JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 1. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

e Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
ureaux, rue Dauphine, 22-24.
Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 3 JANVIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

l y a, dans notre législation, une lacune qu'il faut combler mptement.

mesure que la société se perfectionue, elle considère, estime davantage la vie de chacun, à quelque condition il appartienne. C'est là le grand trait, le caractère essentiel a civilisation. La véritable démocratie consiste dans la saiction des besoins naturels de chacun, et dans le libre emde ses facultés, par suite de cette considération égale de ie de chacun par tous, c'est-à-dire par la société.

'il existe un fait qui dénote le mépris de la société pour la de quelques-uns, ce fait est une trace de barbarie qu'il se hâter de supprimer.

r, dans notre état social, il existe encore plusieurs de ces dont le redressement appartient surtout aux médecins. uns ont rapport à la subsistance; les autres aux dangers vent mortels que le genre de travail fait courir à certaines ses de travailleurs.

ous ne nous occuperons pas de la subsistance. L'hygiène économie politique doivent s'entendre pour qu'elle soit e et suffisante. Une société dont la vie générale souffrirait le défaut de nutrition, serait une société stupide, et si e souffrance avait lieu pour le plus grand avantage de lques-uns, ce serait une société infâme.

a considération du second point suffira à notre tâche jourd'hui.

grands dangers sont attachés au travail. Chose remarquable, c'est ce qui a le moins préoccupé les écrivains qui, quinze ans surtout, ont consacré leurs méditations à immense question du travail.

s'est occupé des moyens d'assurer la subsistance par le ail, et on ne s'est pas dit que ce qu'il faut assurer d'abord, t la vie du travailleur. Vous aurez vainement assuré la istance de l'ouvrier qui travaille à la céruse, si, au bout uelques jours, cet ouvrier est empoisonné. Il y a plus, ain que vous lui offrez se présente à la raison comme un t homicide, et ajoute à la cruauté du procédé.

otre législation sur les *établissements insalubres* se com du décret du 15 octobre 1810, et de quelques ordonces qui ont classé les établissements industriels.

e décret et ces ordonnances sont fondés exclusivement sur *mmodo et incommodo*. « Le décret de 1810, dit M. Trébuchet (1), doit être considéré comme présentant à la fois une garantie aux propriétaires et aux entrepreneurs d'établissements insalubres; aux propriétaires, en les assurant qu'il ne serait point formé dans leur voisinage, à leur insu, et sans précautions, des ateliers dont l'activité pouvait préjudicier à leurs propriétés; aux entrepreneurs, en leur donnant la certitude que, lorsqu'ils auraient obtenu une permission, ils ne seraient plus troublés dans l'exercice de leur industrie. »

Il suffit donc que les propriétaires soient assurés contre les dangers qui pourraient naître de l'établissement d'une manufacture dans leur voisinage, et que le manufacturier, à son tour, soit garanti dans la possession de son droit contre les tracasseries jalouses des premiers! Quant aux individus qui travaillent dans cette manufacture, dont la seule proximité est un telle cause d'appréhension pour les propriétaires, il n'en est seulement pas question. La société les abandonne; ce sont des parias dont elle refuse la tutelle. Qu'ils respirent un air imprégné de miasmes délétères, qu'ils trempent dans le poison leur pain quotidien, qu'ils meurent victimes des besoins de la vie commune ou du luxe, après avoir souffert mille maux, elle ne s'en émeut pas.

Il y a, dans Paris, une place où des racoleurs viennent ramasser, à la face du soleil, les ouvriers sans travail, c'est-à-dire affamés, qu'ils enivrent pour leur ôter l'idée du danger, et qu'ils poussent devant eux dans les établissements où l'on travaille la céruse. Au bout de quelques jours il faut recommencer ce racolage, l'intoxication saturnine ayant diminué le premier contingent.

Nous avons vu, cette année, dans les hôpitaux de Paris, un nombre vraiment considérable d'ouvriers empoisonnés par le plomb. Beaucoup ont succombé après avoir présenté les alternatives douloureuses qui sont le propre de cet empoisonnement. Des hommes étaient emportés au moment où on les croyait sauvés. Un médecin de notre connaissance, peu familiarisé avec cette affection, quoique d'ailleurs très capable et très éclairé, a perdu ainsi un jeune malade dont il avait annoncé la guérison.

Voilà ce que la société laisse faire. A ce prix, sauf la question de dignité morale, il vaut mieux être esclave aux Antilles qu'ouvrier dans un pays libre.

Nous disious tout à l'heure que l'on n'avait tenu aucun compte des ouvriers, dans le décret et les ordonnances relatifs aux établissements insalubres. Nous avons voulu exprimer par là que l'on ne s'est pas occupé de les préserver. En réalité, il en a été question, et l'on va voir comment.

On a dressé un état général des ateliers et établissements insalubres, incommodes ou dangereux. Cet état se compose de quatre colonnes. Dans la première sont désignés les établissements; dans la seconde les inconvénients; dans la troisième est indiqué le degré d'insalubrité (on admet trois degrés d'insalubrité, d'où dérivent trois classes d'établissements insalubres); enfin, dans la quatrième colonne, est consignée la date des décrets et ordonnances de classement. Or, à l'article *Blanc de plomb ou de céruse* (fabriques de), nous trouvons à la deuxième colonne ces mots, dont il est impossible de n'être pas révolté, quand on a la connaissance des faits: « Quelques inconvénients SEULEMENT pour la santé des ouvriers. » Quoi! quelques inconvénients! Et chaque année il y a une foule d'ouvriers qui perdent la vie pour avoir travaillé à la céruse! Puis, que penser de cette restriction: SEULEMENT pour la santé des ouvriers. Il suffit de citer de pareilles phrases. On peut, sans plus d'insistance, compter sur le sentiment qu'elles doivent susciter. Nous nous bornerons à dire que la barbarie du moyen âge n'a jamais rien écrit de plus naïvement cruel.

Mais, nous dira-t-on, existe-t-il des moyens d'obvier à ces graves dangers?

D'abord, au point de vue de la moralité absolue, si une industrie ne pouvait s'exercer qu'à la condition de mort d'hommes, cette industrie devrait être déclarée exécrable, et anéantie.

Ensuite, oui, positivement, la science, par l'organe de M. le docteur Tanquerel des Planches, qui s'est dévoué avec un zèle digne d'éloges à l'étude des maladies de plomb, la science a fait connaître des moyens prophylactiques dont il est permis d'espérer les plus grands succès. Ces moyens, fondés sur l'investigation approfondie du mécanisme de l'intoxication saturnine, sont longuement exposés dans l'ouvrage du médecin distingué qui vient d'être cité, et nous ne pourrions que les résumer ici très incomplètement. Ce que nous devons dire, c'est que les fabriques dans lesquelles on prend des précautions se distinguent par le très petit nombre de malades qu'elles fournissent.

Sans gêner l'industrie, l'état a le droit d'exiger qu'elle soit ménagère de la vie des hommes. Puisqu'il est avéré que là où les maîtres sont vigilants, les ouvriers peuvent être préservés, on pourrait, dans une loi devenue indispensable, rendre, jusqu'à un cerain point, les premiers responsables. Ce serait même le seul moyen efficace. L'état prescirait certaines mesures protectrices de la vie des ouvriers, et s'il était reconnu que ces moyens eussent été omis par suite de la négligence du maître, celui-ci encourrait une peine. Il n'y aurait là rien de vexatoire ni d'injuste. Dans l'espèce, l'industriel est un capital; or, il est tout simple que la société, placée entre des hommes et un capital, garantisse ceux-là contre celui-ci, tout en le respectant lui-même. X...

N. B. Les cliniques ont été fort silencieuses cette semaine, à cause du nouvel an. Samedi prochain nous reprendrons le cours de nos *Revues*, en donnant le plus de place qu'il nous sera possible à la médecine.

(1) Dictionnaire de l'Industrie, t. IV. Art. *Etablissem. insal.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Ecoulement vaginal. Granulations du col. Antéflexion de l'utérus. Des prétendus engorgements de cet organe.

Le 23 décembre 1844, s'est présentée à l'hôpital de la Charité, Hortense Audouard, couturière, âgée de vingt-huit ans. C'est une femme maigre, d'une constitution ordinaire; cheveux bruns, un peu couperosée, qui n'a jamais éprouvé aucune maladie sérieuse. Depuis deux ans à peu près, elle s'est aperçue d'un écoulement blanc par le vagin et d'irrégularités continuelles dans la menstruation. Elle ajoute d'ailleurs qu'elle n'a jamais été bien réglée.

Interrogée sur la cause qu'elle assigne à cet écoulement, elle ne pense pas qu'il lui ait été communiqué; mais personne n'ignore le juste degré de confiance que mérite le dire des malades dans des circonstances seublables. Aussi, leur témoignage, en pareille matière, doit-il être considéré par le

FEUILLETON.

FRAGMENTS D'UN POEME SUR L'ART DE GUÉRIR.

moi, dont la poitrine a vibré de colère,
prompt à déjouer une intrigue scolaire,
urfendre un abus de mes sanglants lazzis,
t fois en deux printemps évoquai Némésis;
jourd'hui, dominé d'une austère pensée,
es austères mains pressant le caducée,
coupe divine ardemment abreuvé,
ux réaliser un bien que j'ai rêvé;
s frères de cœnr offrir un noble exemple;
idaure et de Gos psalmodier le temple,
l'arbre de vie aux rameaux toujours verts,
utumer la sève au joug étroit des vers.
rai de quels maux, éternelle pâture,
nme emprunte en naissant le germe à la nature,
els signes certains doit briller le fanal
heureux pronostic, d'un augure fatal;
d d'un délai prudent ou d'une main hardie
énerve, entretient ou rompt la maladie,
r quelle imprudence ou quelle habileté
L'homme perd ou conserve ou reprend la santé.

Et toi, digne rival des sages de la Crète,
Qui, du Code d'Hygie éloquent interprète,
Gravais en lettres d'or tes préceptes sacrés,
Aphorismes divins par les dieux inspirés;
Hippocrate, aide-moi, je suis plein de mon rêve;
L'art est long, je le sais, et notre vie est brève;
L'expérience trompe, et trop facilement
Notre esprit incertain porte un faux jugement.
Donne-moi ce talent de calme et de mesure,
Cette perçante vue à la fois prompte et sûre,
Qui nous fait réprouver de dangereux essais,
D'une prudente épreuve assure le succès,
Encourage à tenter un effort salutaire,
Mais en désapprouvant tout acte téméraire,
Et frappe également d'un blâme mérité,
L'excès de hardiesse et de timidité.

. . . .

. . . .

L'homme né pour notre art heureusement allie
Au ton modeste et doux la fermeté polie;
Simple dans ses habits, dans son humeur égal,
Un confrère à ses yeux n'est jamais un rival;
Il redresse sans fiel les erreurs qu'il soupçonne,
Sa critique est amie et ne heurte personne;
Il sait à quels soucis, à quels doutes jaloux
Sans cesse est exposé le plus docte entre nous;
Il sait combien nos jours et nos veilles sont rudes....

. . . .

. . . .

Que jamais un client ne vous réclame en vain;
Ce qu'il veut aujourd'hui viendrait trop tard demain.
Grand, petit, riche ou pauvre, et d'étage en étage,
Soyez sans préférence, et partout sans partage;
D'un rapide coup d'œil, observez avec soin
La cause des douleurs dont vous êtes témoin;
Prenez sans hésiter un pouvoir despotique;
Interrogez longtemps, prononcez sans réplique;
Et longtemps médité, portez d'un air serein,
Irrévocablement votre arrêt souverain.
Non que je veuille ici, comme une chambre haute,
Vous juger sottement incapable de faute;
Mais du doute pour vous réservez les terreurs;
L'ægrotant ne doit pas soupçonner vos erreurs.
Il compte sur vous seul, son salut ou sa perte
Sont écrits dans vos yeux comme une page ouverte;

médecin comme ayant fort peu de valeur; et s'il existait seul, sans signes pathologiques qui vinssent le confirmer, à peine faudrait-il s'y arrêter. Or, ce n'est point ce qui paraît arriver dans le cas actuel.

Le toucher, pratiqué chez cette malade, donne les résultats suivants: On trouve un boursouflement évident du museau de tanche, la lèvre antérieure ou supérieure du col est écartée de la lèvre postérieure suffisamment pour qu'on le constate avec facilité; la portion interne de l'orifice inférieur est fongueuse, et l'on y sent des granulations qui se prolongent évidemment dans le col lui-même.

De toutes les maladies qu'on observe dans cette région, ces granulations sont certainement la plus fréquente; c'est pour ainsi dire elles seules que l'on trouve dans les maladies ordinaires de la portion vaginale du col utérin. A ces granulations, il faut rapporter toutes ces ulcérations auxquelles on a donné les noms d'ulcères herpétiques, scorbutiques, et même probablement certaines des ulcérations syphilitiques observées en ce lieu.

Cet état pathologique, si commun chez les femmes, rend compte, chez celle-ci, de quelques-uns des phénomènes de la maladie; mais il en est d'autres, tels que les douleurs et les tiraillements qu'éprouve la malade, qui ne peuvent être rapportés qu'à un autre ordre d'affections qu'on rencontre en effet chez elle.

Outre ces granulations, l'utérus de cette femme est coudé en avant précisément à l'endroit où le corps de l'organe se continue avec le col; l'utérus présente cette maladie, ou plutôt cette difformité ou infirmité, comme on voudra l'appeler, à laquelle on a donné le nom d'antéflexion : état qu'il ne faut pas confondre avec l'antéversion, situation toute différente de l'utérus, qui consiste dans un mouvement de bascule en totalité de la matrice, mouvement qui porte le fond en avant, tandis que le col est rejeté en arrière.

Chez notre malade, l'antéflexion est extrêmement facile à constater. Si, touchant la femme, le doigt est passé sur la face antérieure de l'utérus, c'est-à-dire entre le col et le corps fléchi, qu'on presse avec l'autre main sur l'hypogastre, le corps de l'utérus est alors compris entre les deux mains, celle qui comprime l'hypogastre se trouvant, à travers les parois abdominales, en contact avec la face postérieure, et le doigt introduit dans le vagin pénétrant dans le cul-de-sac formé par la face antérieure fléchie. On peut de la sorte acquérir la certitude de l'existence d'une antéflexion, puisque la matrice est saisie de façon à faire apprécier parfaitement les changements survenus dans sa forme, à la mesurer même, s'il en était besoin.

La difformité dont est affectée cette malade est très fréquente; et depuis bientôt vingt ans que M. Velpeau l'a signalée, il en a rencontré un grand nombre d'exemples.

Selon lui, c'est à cette difformité qu'il faut rapporter presque tout ce qu'on a dit des engorgements de l'utérus. Ces engorgements, que quelques chirurgiens considèrent comme très communs, sont cependant très rares. Il faudrait même dire qu'il n'y a rien de si rare, car on n'en rencontre jamais de traces sur le cadavre; il est bien entendu qu'il s'agit des engorgements simples, et qu'il faut mettre de côté ces états qui accompagnent le squirrhe, le cancer, etc., si fréquents à l'utérus.

Pour M. Velpeau, tout ce qu'on attribue à l'engorgement est le plus souvent l'effet de la déviation de la matrice; et il y a plus, l'erreur peut se comprendre et s'expliquer. Quand, chargé d'explorer les organes génitaux d'une malade, on rencontre une bosselure plus ou moins considérable, on est porté à penser que cette tuméfaction tient à l'utérus, et par conséquent on en conclut que l'organe est engorgé, que la matrice est tuméfiée.

Ce qu'il y a de plus malheureux dans cette erreur, c'est qu'il n'est pas toujours possible de la démontrer à ceux qui l'ont commise. Chez les femmes à parois abdominales molles, lâches, comme chez la malade dont il s'agit ici, les plus incrédules seront forcés de se rendre à l'évidence; mais il s'en faut qu'on puisse toujours prouver sans réplique l'existence de la déviation. Les malades dont le ventre est ferme, résistant, mettent le praticien dans l'impossibilité de constater la difformité; aussi beaucoup de chirurgiens ne reviendront jamais, ou ne voudront jamais revenir de cette erreur; ils croient aux engorgements; mais ceux qui examineront ces malades sans idées préconçues constateront facilement combien sont rares ces prétendus engorgements, et combien sont, au contraire, fréquentes les déviations de l'utérus.

Le diagnostic de la maladie de cette femme doit donc être: granulations du col et antéflexion de la matrice; ce qui explique parfaitement la présence de l'écoulement et les douleurs qu'elle doit ressentir.

La thérapeutique des granulations du col est trop généralement connue pour que nous y insistions, la cautérisation avec le nitrate liquide acide de mercure, les injections, etc., etc.

Quant à la déviation, de tous les moyens successivement employés et vantés il nous paraît que la ceinture hypogastrique est encore celui qui offre le plus d'avantage et le moins d'inconvénients.

Ulcérations et fongosités occupant tout le côté gauche de la langue. Contre-indications à l'opération.

Joseph Cornette, âgé de trente-six ans, journalier, entré le 23 décembre 1844, est couché au nº 9 de la salle Sainte-Vierge. Cet homme vit survenir, il y a près d'un an, un bouton sur le côté gauche de la langue qu'il attribua à l'irritation produite par le tuyau de sa pipe. Il entra à l'hôpital d'Orléans; on cautérisa le point malade, et on le mit probablement, d'après les renseignements qu'il nous a fournis, à l'usage de l'iodure de potassium.

Au bout de quelques mois de séjour, cet homme demanda à sortir, et depuis trois mois il ne s'est plus occupé de sa maladie, et n'a fait absolument aucun traitement.

Aujourd'hui, la maladie présente les caractères suivants: Sur le côté gauche de la langue on voit une ulcération à fond gris, raboteux, fongueux; le bord postérieur en est renversé, il occupe la moitié de l'organe en largeur; le malade ne peut soulever la langue; cette ulcération se prolonge beaucoup en arrière; le doigt, porté aussi loin qu'on le peut, n'en atteint pas les limites postérieures; de plus, le pilier antérieur du pharynx et les parties molles de l'angle de la mâchoire participent à l'ulcération. Cet ulcère repose sur un fond dur, calleux; toute la moitié de la langue qu'il occupe est transformée en un tissu semblable. Le malade dit souffrir.

Tel est l'état de cet homme. Devant une maladie pareille, quels devront être le diagnostic et le pronostic?

D'abord, de toute évidence, il *s'agit* d'un cancer; on est par *conséquent* en droit déjà de porter un pronostic fâcheux. Cependant, quand le cancer est susceptible d'être détruit, le pronostic, sans être favorable, n'est point alors absolument mauvais. Malheureusement nous ne sommes point ici dans de semblables conditions. Il est interdit de songer à emporter ce cancer, car les fongosités descendent tellement loin en arrière, qu'il est impossible de préciser le lieu où elles finissent. Ainsi donc le pronostic est ici le plus fâcheux qu'on puisse porter; la maladie est un cancer, et de plus un cancer qu'on ne peut opérer.

Dans une circonstance aussi grave, contre une maladie aussi redoutable, le chirurgien ne peut que prescrire un traitement interne, et aucun médecin n'ignore ce qu'on doit attendre d'un traitement médical à opposer à une maladie cancéreuse.

Il faut encore ajouter que de toutes les régions où se développe le cancer, il n'en est pas de plus malheureuse que la langue. Nulle part, plus qu'à la langue et à l'œil, on ne voit le cancer se reproduire après l'opération. Dans ces deux régions, la maladie repullule souvent même quand elle paraît parfaitement limitée, et que toutes les conditions dans lesquelles se trouve le malade semblent les plus favorables.

C'est au point que quelques chirurgiens considérables et avancés en âge, qui par conséquent ont été à même de voir et de pratiquer eux-mêmes un assez grand nombre de fois l'ablation de cancer à la langue, en sont venus à se demander si l'on en guérissait jamais un seul par l'opération.

M. Velpeau a opéré cependant deux malades qu'il a pu revoir longtemps après, et chez lesquels la guériso[n s'est] maintenue.

Il n'en résulte pas moins de ce que nous venons d'ex[poser] que de l'aveu de tout le monde le cancer de la langue [est un] des plus dangereux, puisqu'il repousse même quand il [est li]mité. Qu'on réfléchisse donc à une opération pratiqué[e sur] cet homme dont le cancer s'étend si loin en arrière, [qu'on] ne peut atteindre ses limites. Sans doute il serait possi[ble de] fendre la mâchoire inférieure, de mettre ainsi le mal to[ut en]tier à découvert et de l'enlever en totalité; mais c'est [une] opération des plus graves d'abord, et ensuite la récidi[ve est] imminente.

Il reste encore deux moyens qu'il est à peine nécessa[ire de] discuter, tant leur emploi paraît impossible dès qu['on y] songe un moment, la ligature et les caustiques.

La ligature n'est pas proposable, les raisons en son[t évi]dentes; les caustiques qu'on met en usage ailleurs avec [avan]tage sont ici complétement impossibles à appliquer. C[e sont] tous des poisons violents. Comment les placer dans la b[ouche] constamment humide?

La seule ressource qui reste au chirurgien dans d[es cas] analogues, consiste à administrer un traitement antiphl[ogisti]que qui quelquefois a réussi alors que la maladie était [entrete]nue sous l'influence de l'affection vénérienne; ce qui [n'est] pas toujours facile à reconnaître. Mais ici, on doit le d[ire, le] cancer est manifeste, et ce traitement n'a pas de chan[ce de] succès.

C'est donc un mal contre lequel la chirurgie ne peut [rien,] et qui ne peut manquer d'amener une terminaison fune[ste.]

PAJOT.

DU RHUMATISME CÉRÉBRAL.

L'analogie des membranes séreuses entre elle[s rend] toute naturelle, depuis qu'on la connaît, la coïncid[ence fré]quente du rhumatisme articulaire avec la même affe[ction des] faces interne et externe du cœur.

La même analogie devait porter l'attention sur la [mem]brane du cerveau qui appartient à la classe des memb[ranes] séreuses. Cependant on ne décrit point le rhumatisme [céré]bral, comme on décrit celui du cœur, et dans un ou[vrage] complet sur la matière, récemment publié, on ne parle [pas] des maladies de l'arachnoïde par la cause qui nous [occupe.]

Quoique je ne puisse, jusqu'à présent, présenter les [résul]tats d'autopsies pratiquées à la suite de ce que je c[rois] appeler rhumatisme cérébral; la marche de la maladie[, les] symptômes et les circonstances dans lesquelles elle s'es[t déve]loppée ne me laissent point de doute sur sa nature. Ma[lheu]reusement je suis autorisé à croire que les occasions ne [man]queront pas de la vérifier, car je dois la considérer c[omme] souvent mortelle, puisqu'elle l'a été deux fois sur les [trois] cas que j'ai observés, — et ces trois faits m'ont présen[té les] trois formes qu'elle me semble devoir revêtir. — Ils [n'ont] point tous les développements nécessaires à une obser[vation] complète, parce que ce n'est qu'après coup que je les [ai rat]tachés à la cause que je signale. C'est donc, en quelque [sorte,] pour ouvrir la voie ou la frayer un peu si d'autres l'on[t] parcourue, que je vais les rapporter.

Première observation. — Première forme. *Épa[nchement] rapide; mort subite.* — Une femme de quarante-cinq [ans envi]ron, forte et impressionnable, était retenue au lit par [un rhu]matisme articulaire aigu qui suivait sa marche ordinaire[;] un soir, il survint de la céphalalgie avec une agitation [singu]lière. On vint chez moi à dix heures pour me deman[der de] me trouver le lendemain matin à six heures avec son [méde]cin. — A cinq heures on revint m'annoncer que ma [visite] était inutile, que la malade avait succombé dans la nui[t.]

Ce premier fait, dont je n'ai pas été témoin, que j'in[dique] plutôt que je ne le rapporte, me frappa par la rapidit[é de la] mort pendant la durée d'un rhumatisme articulaire et me [donna] l'idée de rattacher à la même cause la lésion cérébra[le qui] avait déterminé une mort si prompte, si imprévue.

Quelque grave destin qui lui soit réservé,
Que vos yeux constamment disent : Il est sauvé.
Avec prudence encor, sagement informée,
Du malade instruisant la famille alarmée,
D'une mère, d'un fils ménagez les douleurs ;
Dussent-ils avec art dissimuler les pleurs,
La vive anxiété peinte sur leur figure
Trahirait à coup sûr les craintes de l'augure ;
Mais ne les bercez pas d'un imprudent espoir,
Rêve faux du matin que détruirait le soir ;
Aveugles que l'on doit éclairer sur la route,
Pour eux comme pour vous doit exister le doute ;
Doute non du talent, doute non du savoir,
Qui pour vous est un sens, un instinct, un devoir ;
Doute non des secours que votre art vous conseille,
Du soin avec lequel votre prudence veille ;
Mais doute des efforts que la nature a faits ;
Doute de son pouvoir, doute de ses bienfaits,
Doute du résultat d'une ressource extrême,
Et de l'arrêt porté par l'Arbitre suprême.

Telle est de nos succès l'irrévocable loi ;
Il faut au médecin que le malade ait foi,
Et que, sans sourciller, comme on écrit un vote
L'Alexandre bourgeois accepte l'antidote.
Mais pour en venir là que de peine et de soins ;
A combien d'alentours, à combien de témoins,
Notre Esculape en frac doit imposer ou plaire !
C'est de faibles parents, un enfant volontaire
Qui veut et ne veut pas, et dont chaque refus
Trouve en eux une excuse ou ne s'excuse plus ;
C'est une jeune femme à l'incessant caprice,
D'un mal qu'elle n'a pas qui veut qu'on la guérisse,
Et jette les hauts cris si l'on n'épand des pleurs,
Sur sa migraine absente ou ses fausses vapeurs ;
C'est un vieillard quinteux qui de sangfroid demande,
Qu'à son adolescence un médecin le rende,
Et ne saurait comprendre en ses vœux impuissants
Que l'on devienne infirme à soixante-dix ans.

Bravez de ces dégoûts la renaissance fade,
Sous vos yeux attentifs n'ayez que le malade ;
D'un sévère examen parcourez tout son corps ;
Un mal grave ou léger se trahit au-dehors.
Si le regard est calme et le maintien tranquille,
La peau quelque peu moite et la langue docile ;
Si d'un rhythme pressé, mais égal, doux et plein
Le pouls bat sous le doigt qui le comprime en vain ;
Si la face à chaleur égale et modérée
D'une vive rougeur n'est soudain colorée
Et ne passe soudain à la morne pâleur ;
Si le malade enfin est exempt de terreur,
Bannissez hardiment toute crainte inutile ;
Le mal qui le menace est léger et futile
Et ne saurait encore, inhabile à changer,
Sans d'imprudents écarts offrir quelque danger.
Mais si l'œil convulsé brille sous la paupière,
S'il clignote sans cesse et souffre à la lumière,
Si le corps agité de soudains soubresauts
Se livre sans relâche à d'intestins assauts,
Que le pouls saccadé redouble de fréquence,
Et n'ait de régulier que son intermittence,
Issue avec douleur de poumons haletants,
Si la parole est brève et les bras jactitants ;
Dans son lit inquiet où l'espoir l'abandonne,
Si pour se reposer nulle place n'est bonne,
Redoutez un malheur ; largement affecté,
Le mal qui le travaille est gros de gravité ;
Heureux si ce tourment, cette énergie active
N'est qu'un prodrome sourd d'une fièvre éruptive,
Et si quelque viscère, en un danger flagrant,

…insi prévenu, j'attendais une occasion nouvelle d'observer …e grave complication qui s'est présentée à moi dernière… …t sous une forme plus lente, mais non moins terrible, …elle a été funeste le septième jour.

…euxième observation. — M. de B., âgé de trente ans en…, d'une taille élevée, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, … tempérament lymphatico-sanguin et d'une grande sensi… …é morale, avait eu, il y a quatre à cinq ans, un rhuma… …e articulaire aigu et général. Sa santé s'était bien réta… De temps en temps cependant il éprouvait dans les pieds …s les mains surtout des douleurs avec un léger gonfle… …t qui se dissipait de lui-même. Il en eut d'assez vives au … de juillet dernier. Dans le mois de septembre il était … disposé, n'avait pas d'appétit. Il partit, néanmoins, … un voyage dans le Midi. La première nuit qu'il passa en …re, il souffrit de la main droite, qui était brûlante et … tint en dehors de la portière pour la rafraîchir.

… fut obligé de s'arrêter dans un hôtel le lendemain de son …t. Il y resta quarante jours, avec des symptômes mal …térisés : des douleurs dans le ventre, dans la main, une …bilité extrême, des besoins de pleurer. Il n'avait point …ès peu de fièvre. Un de ses parents avait peine à croire … fût aussi malade qu'il le disait. On appliqua beaucoup …ngsues, faute de pouvoir le saigner ; il s'était trouvé mal … premières gouttes de sang. L'appétit ne revenait point. …n lui donna un simple maturatif. Il eut des selles nom… …ses et les douleurs du ventre se renouvelèrent ; elles se …èrent cependant, et après quarante jours il put revenir … lui en poste.

… était depuis dix jours dans cet état de malaise plutôt que …aladie ; son dégoût pour les aliments continuait ; il ne …ait que des bouillons maigres et des tisanes émollientes … levait cependant. Le pouls avait de la fréquence et le …vement fébrile présentait tous les jours un paroxisme ré… …r qui engagea à donner du sulfate de quinine. Il en prit … …mes en trois fois, en lavement. Les paroxismes ces… …et la fièvre devint continue, sans autre accident et avec …mplète des faculté intellectuelles, à part la sensibi… … dont nous avons parlé.

… 1er décembre, cinquantième jour de la maladie, cette …ation augmente, il pleure, il prie, il s'agite, s'impatiente …élire. Il s'en aperçoit un instant, et tombe le même jour … un assoupissement pendant lequel il délirait encore. …édecin qui le voyait, homme d'expérience et de sens, …nça tout le danger de cet état, fit appliquer quinze sang… …errière les oreilles et des révulsifs aux extrémités. Pen… l'écoulement de sang le délire et l'assoupissement cessè… …our revenir bientôt avec des alternatives fréquentes. Je …us voir le malade que le cinquième jour : il était à …nte lieues de Paris. Il me reconnut et me témoigna avec …ion sa reconnaissance d'être venu le voir de si loin, puis …tomba dans le même assoupissement.

… s'éveillait de temps en temps avec des hallucinations pas… …res, et parlait encore quelquefois avec justesse. La figure … peu altérée, c'était celle d'un homme endormi, avec des …tions dans la coloration de la peau. Il entendait quelque… …des paroles prononcées un peu haut. La vue était incer… …, quoique les pupilles ne fussent pas dilatées. Il buvait …ment, quoique le passage des liquides de la bouche … pharynx se fît avec lenteur ; il conservait ses bois… … et n'avait pas de diarrhée. Les lavements entraînaient …matières liées. Il témoignait de la sensibilité à l'hypocon… …droit, sans que la pression continuée augmentât cette …bilité. La langue était recouverte d'un enduit visqueux …ugeâtre, semblable à la matière d'une expectoration as… …bondante ; sans la moindre gêne dans la respiration. Le …s était petit et fréquent, s'élevait quelquefois à 120 pul… …ns ; la peau était sèche, sans âcreté ; les urines, abondan… …étaient rendues volontairement, mais avec lenteur. Le …r n'offrait aucun bruit accidentel. Malgré la médication …s active, des ventouses, des frictions mercurielles, des …atoires aux extrémités et sur la tête, le calomel à haute dose, l'assoupissement devint continu, et le malade succomba le septième jour.

Le souvenir de sa disposition rhumatismale, les douleurs qu'il avait éprouvées à la main droite la première nuit de son départ, celles qui occupèrent le bas-ventre pendant si longtemps sans caractère franchement inflammatoire, l'excitation cérébrale qui avait accompagné tous ces symptômes, cette exaltation plus vive encore précédant l'assoupissement qui a marché progressivement et a été funeste le septième jour, toutes ces considérations m'autorisent à penser que la maladie qui s'est montrée sous une forme mal dessinée, à laquelle on avait peine à donner une dénomination précise, était un rhumatisme vague qui, après avoir agi sur les mains, sur le ventre, a porté, en dernier lieu, son action sur le cerveau, qui a d'abord été excité, et comprimé ensuite matériellement par une accumulation de sérosité dans l'arachnoïde, ou d'infiltration dans la pie-mère.

Troisième observation.—La troisième forme que j'ai observée et que j'ai eue récemment sous les yeux à la Maison de Santé, m'a été présentée par M. Flatter, sculpteur, connu de M. Foville. C'est un Allemand, à imagination vive. Il a eu plusieurs fois des rhumatismes articulaires qui ont toujours été accompagnés de délire. Il en était de même cette fois, et son délire était si marqué, qu'il fut transporté des salles communes dans une chambre particulière, et qu'il fut question de le renvoyer comme aliéné. Je m'y opposai parce que ce délire était fébrile, et que je le considérai comme lié à la maladie. Malgré des saignées, des ventouses, des purgatifs, il persista pendant environ vingt jours, et le malade fut regardé comme dans le plus grand danger. Il ne survint jamais d'assoupissement ; c'était toujours de l'agitation, de la loquacité ; le pouls était fréquent, développé, et la peau chaude. Il n'y avait aucun trouble particulier dans le cœur, dans la respiration, ni dans le ventre.

Le rhumatisme, fixé particulièrement aux pieds, aux mains, aux poignets, ne se montrait pas sous forme d'épanchement dans la synoviale, mais sous forme d'infiltration dans les tissus extérieurs aux articulations qui étaient tuméfiées sans fluctuation. C'était le rhumatisme fibreux et celluleux ; car tout le tissu cellulaire qui recouvre les tendons extenseurs, sur le métacarpe, était aussi tuméfié.

N'est-il pas permis de croire que la membrane fibreuse du cerveau a été aussi le siége de la maladie, et qu'il y a un rhumatisme cérébral fibreux comme il y en a un séreux, puisque nous retrouvons ici les mêmes conditions d'organisation qu'aux articulations, que chaque forme a ses symptômes propres ; dans l'une, excitation, délire, qui peuvent durer plusieurs semaines, au même degré, sans entraîner la mort ; dans l'autre, excitation passagère suivie d'un épanchement rapidement mortel, ou d'une accumulation progressive qui permet encore un léger délire avec alternatives d'assoupissement, qui finit par devenir continu et mortel dans un temps qui doit sans doute varier, et qui l'a été le septième jour dans le cas que j'ai observé ?

Je n'insisterai pas, pour l'instant, sur le traitement. On comprend qu'il doit être très énergique à la première apparition des symptômes cérébraux, surtout dans la forme avec coma ; mais comme elle est aussi précédée d'excitation, ce symptôme seul doit donner l'éveil. On a d'ailleurs à craindre que dans la forme fibreuse comme dans la forme séreuse, il ne se fasse, dans la première, une infiltration qui a également son importance et son danger.

Le sulfate de quinine à haute dose pourra-t-il ici, comme dans quelques rhumatismes articulaires dans leur période d'acuité, arrêter presque subitement la marche de la maladie ? L'analogie autorise à le penser ; mais de même que son efficacité n'est pas constante dans le premier cas, on devra craindre qu'il en soit de même dans le second ; et les moyens les plus actifs, saignées, révulsifs, devront être employés sans retard.

Je répète que je n'ai point aujourd'hui la prétention de couler à fond cette question, ni sous le rapport de la description, ni sous celui du traitement ; il faudra, pour remplir cette tâche, des observations plus multipliées et plus complètes.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 décembre. — Présidence de M. FERRUS.

M. Renault annonce qu'il a reçu une lettre d'un vétérinaire de Strasbourg, relative à l'épizootie de typhus dont il a été parlé dans la dernière séance. Ce typhus règne, il est vrai, en Pologne et en Bohême, mais pas en Allemagne. Il est certain qu'il n'existe ni dans le duché de Bade, ni dans le Wurtemberg. Les précautions, d'ailleurs très rigoureuses qui sont prises dans ces deux états, rendent l'invasion de la maladie très difficile en France.

— L'Académie s'occupe ensuite de la nomination des membres à remplacer dans les diverses commissions permanentes.

Commission des épidémies : MM. Mélier et Bricheteau.
— des eaux minérales : MM. Martin-Solon, Prus.
— de vaccine : MM. Devilliers, Bousquet.
— des remèdes secrets : MM. Caventou, Adelon.
— de topographie : MM. Ferrus, Jolly, Burdin.
— du comité de publication : MM. Reveillé-Parise, Bousquet, Cornac, Laugier et Lecanu.

La séance est levée à quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 décembre 1844. — Présidence de M. DUPIN.

M. Rochoux lit un mémoire intitulé : *Notice sur la structure, et sur quelques maladies des poumons.*

Ce travail se compose de deux parties ; l'une presque uniquement anatomique, l'autre se rattachant à la pathologie du poumon. Cette seconde partie est une application de l'observation microscopique à l'anatomie pathologique, qui, par rapport à l'emphysème, aux tubercules pulmonaires et à l'empyème, conduit aux résultats suivants :

1° L'emphysème par dilatation des cellules pulmonaires, tel que l'admettait Laënnec, n'existe pas, n'est pas possible ; et l'hypertrophie ou l'atrophie des parois des cellules pulmonaires, quoique admise par beaucoup de médecins, est encore à démontrer. Il n'y a jusqu'à présent de bien avéré que l'emphysème par infiltration de l'air dans le tissu des poumons.

2° Les tubercules qui, comme toutes les productions accidentelles susceptibles de dégénérer, doivent être étudiés tout à fait au premier instant de leur formation, consistent en un tissu d'abord filamenteux, singulièrement entrelacé, et alors d'une couleur orangé-pâle, lequel ne tarde pas à passer par tous les degrés de dégénération décrits par les auteurs, à partir de l'état dit miliaire.

3° L'existence d'une membrane fibreuse, ou au moins la texture toute particulière du tissu membraneux dont le poumon est essentiellement formé, est la cause principale du retrait presque toujours irrémédiable que cet organe éprouve dans les épanchements inflammatoires qui ont principalement pour source la plèvre viscérale. D'où l'on tire le précepte d'opérer promptement dans ces cas, et avant que le tissu pulmonaire ait subi cette espèce de recoquillement, qui ne lui permet plus de revenir à son état primitif, quoique débarrassé du liquide qui le comprimait.

— *M. Léopold Turck*, médecin à Plombières, adresse un mémoire sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde.

L'auteur cherche à démontrer que les lésions du tube intestinal, et particulièrement de la fin de l'iléum, si fréquentes dans les fièvres appelées typhoïdes, sont des accidents très secondaires, principalement chimiques, et qui, simples effets d'une lésion de sécrétions, ne sont pas plus la maladie qu'ils ne peuvent l'expliquer ; que l'augmentation du volume de la rate et son ramollissement, chez la plupart de ceux qui meurent de fièvres typhoïdes, ont une bien autre valeur que les lésions de l'intestin ; et qu'enfin c'est au quinquina surtout que l'on doit recourir pour le traitement de ces fièvres, qui, presque toutes, ne sont que des fièvres intermittentes subintrantes ou larvées.

— *MM. Barth* et *Henry Roger* présentent à l'Académie, pour le prix Montyon de médecine, la deuxième édition d'un Traité pratique d'auscultation.

— *M. Piorry*, dans le même but, adresse le cinquième volume de son Traité de médecine clinique.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur un nouveau traitement de la fièvre typhoïde ; par le docteur DESPLANTES, de Nantes. — In-8° de 60 pages.

L'auteur entre en matière par quelques considérations sur la nature de la maladie, qu'il regarde, ainsi que la grippe, la dysenterie cholérique, etc., comme n'étant que des variétés de la même maladie, com-

---

…sorba le miasme au germe dévorant.

. . . .

…ez d'un faux éclat le dangereux prestige ;
…ete médecin ne fait point de prodige ;
…sse à Tabarin, qui seul peut tout oser,
…roit insidieux de miraculiser ;
…it que si l'on veut des guérisons fréquentes,
…t des moyens prompts et des promesses lentes ;
…e le surprend plus à graver par écrit,
…e jadis Paré, *je pensan, Dieu guarit :*
… prête aide au docteur s'il aide la nature ;
… il s'occupe peu des soucis de la cure,
…e va pas forger des appareils divers
… redresser un membre ajusté de travers.

. . . .

… vu quelquefois l'opérateur hardi,
…le à manier l'imprudent bistouri,
…ave de son art quand souvent il opère,
…lier aussitôt ce qui lui reste à faire,
…aute du régime ou d'un obscur moyen,
…ser périr celui qu'il opéra fort bien.
…ain ne suffit pas ; à ce manœuvre habile,
A l'ambidextre adroit dont la coupe est agile,
Qui déroule un bandage avec dextérité,
Je préfère le sage et sa sagacité :
Le vieux chirurgien de qui l'expérience
Apprit à calculer toute contraire chance,
Hazarde peu, prévoit ce qu'il doit espérer,
Et s'instruisit long-temps à ne point opérer.

Qui n'a vu les Nestors de notre chirurgie,
Trio d'opérateurs, gloire de la patrie,
Livrés avec douleur à des tâtonnements,
Vingt fois examiner les tristes ægrotans,
Vingt fois près de leur lit, estimer en silence,
Et peser aux plateaux d'une austère balance,
Quelles raisons d'agir, quelles de différer,
Ce qu'ils pouvaient attendre, ou craindre ou préparer ;
Hardis dans l'action, à décider timides,
Apprêter en tremblant les tranchants homicides,
Oui, qui de nous ne vit hésiter mille fois,
De nos jours Dupuytren, et Boyer et Dubois,
Quand d'autres agissaient, d'autres plus téméraires,
Insoucieux fauteurs de chances funéraires,
Aspirants au surnom de chevaliers sans peur !
Que dis-je ! qui n'a vu le bouillant novateur,
Que Bro vient de couler sur sa chaise curule,
Broussais, qui sur notre art versa le ridicule,
A de sages retours depuis longtemps porté,
Modérer sa verdeur et sa témérité,
Longtemps avant l'époque où la froide vieillesse,
Apporte les conseils d'une austère sagesse ?

Mais est-ce seulement dans les extrêmes cas
Que le praticien agit ou n'agit pas ?
Que de fois consulté pour de légers sévices
N'a-t-il pas à prévoir de merveilleux services !
Que de fois l'œil ouvert et l'esprit en éveil
N'a-t-il pas à donner un sévère conseil !
Au savant que la gloire et domine et consume,
Qui vit entre un fauteuil, ses livres et sa plume,
Inhabile à garder son esprit en repos,
Il prohibe à jamais les nocturnes travaux ;
Pour l'avide marchand que la fortune tente
Il proscrit le calcul, il interdit la rente ;
La coquette qu'émeut un délire fatal,
Se voue imprudemment aux fatigues du bal,
Couvre d'un tull léger sa gorge purpurine :
Il interdit le hâle à sa frêle poitrine.

FABRE, Phocéen.

me produites par des germes funestes introduits dans l'atmosphère et portés de là dans le corps humain, partant, comme réclamant l'emploi du même traitement légèrement modifié. Pour l'auteur, c'est par les vaisseaux lymphatiques que se fait l'absorption des liquides, gaz ou miasmes délétères, causes premières de la maladie. C'est en déterminant, à l'aide d'agents thérapeutiques appropriés, un mouvement rétrograde ou antipéristaltique dans ces vaisseaux que l'on peut obtenir les heureux résultats qu'amène l'emploi de certains médicaments, les purgatifs et les vésicatoires, par exemple.

M. Desplantes prétend expulser les virus, cause du mal, en imprimant le mouvement rétrograde aux vaisseaux absorbants de la peau; il y parvient, dit-il, en provoquant des sueurs abondantes, au moyen de tuiles chaudes dont il enveloppe le corps; en employant de larges et nombreux vésicatoires, qu'il appelle de véritables siphons lymphatiques. La médication de M. Desplantes est, on le voit, de la plus grande simplicité; quant aux eschares si fréquentes à la suite des vésicatoires longtemps entretenus dans la fièvre typhoïde, loin de les redouter, il les regarde comme un signe qui n'est point ordinairement mauvais. Nous sommes loin de partager les idées de l'auteur pour le traitement de la fièvre typhoïde, et nous craignons qu'il n'ait donné ce nom à quelques-uns de ces cas légers qui guérissent non-seulement sans médication, mais souvent malgré les médications.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les effets différents que produit l'acide phosphorique suivant qu'il est pur ou impur; par MM. Weigel et G. Krug, de Cassel.

Plusieurs médecins distingués ont avancé que, sous l'influence de l'administration soutenue de l'acide phosphorique officinal, aux doses ordinaires, il se manifestait une modification de la tunique muqueuse de l'estomac, modification qui, après la mort, se traduisait en des taches rouges ou d'un rouge-brun. Ces praticiens, partant de cette observation, ont conseillé de se défier de l'usage longtemps continué de l'acide phosphorique, comme d'une préparation dangereuse.

Mais tous les médecins n'ont pas pu se convaincre de la justesse de ce fait, qui n'arrive sans doute que rarement, parce que, d'après leur expérience, l'acide phosphorique a été employé pendant longtemps avec un succès remarquable.

La divergence de ces opinions contradictoires a fait naître, dans l'esprit de MM. Weigel et Krug, l'idée que cette diversité d'action pourrait provenir d'une légère différence dans la constitution chimique du médicament : en effet, un acide phosphorique pur, administré à doses médicinales, n'est pas capable de produire un pareil effet. Mais tout pharmacien instruit sait que, par un vice de préparation, l'acide phosphorique peut très facilement contenir de l'acide phosphoreux, et même, dans certaines circonstances, de l'acide arsénieux.

Ces deux savants, guidés par cette idée, se déterminèrent à entreprendre une série d'expériences comparatives sur les effets de l'acide phosphorique pur et sur ceux de l'acide altéré soit par l'acide phosphoreux, soit par l'acide arsénieux.

L'acide phosphorique fut préparé en traitant le phosphore pur par l'acide azotique, et, à l'analyse, il fut trouvé chimiquement pur.

L'acide phosphorique, altéré par l'acide phosphoreux, fut préparé en traitant le phosphore pur par une dose insuffisante d'acide azotique : il contenait environ 10 pour cent d'acide phosporeux.

L'acide phosphorique altéré par l'acide arsénieux fut préparé en traitant du phosphore arsenical par une quantité suffisante d'acide azotique pur : il contenait environ un quart pour cent d'acide arsénieux.

Les expériences furent faites sur des lapins du même âge, et soumis à la même alimentation.

Les auteurs auraient désiré administrer à ces animaux les trois sortes d'acide phosphorique à l'état de solution et pendant un temps assez prolongé, comme on le fait ordinairement dans la médecine humaine; mais les difficultés que présentait leur ingestion ont nécessité un changement dans le mode de procéder. Ainsi, ces acides furent donnés à l'état de concentration et par gouttes seulement, en application sur la base de la langue : pour faciliter cette application, les mâchoires étaient écartées au moyen de bandes, de ligatures appliquées derrière les dents.

Les résultats de ces expériences ont démontré que l'acide phosphorique pur, aux doses usuelles, ne peut pas produire d'effets nuisibles sur les parois de l'estomac, parce que, même à l'état concentré, il n'a donné lieu à aucune action caustique, malgré la faiblesse des animaux mis en expérimentation.

Il en ressort aussi que la même quantité d'acide phosphorique, qui à l'état pur peut être administré sans aucun inconvénient, occasionne, lorsqu'il est altéré par l'acide phosphoreux, des accidents très graves, par exemple, une phlegmasie gangréneuse de la membrane muqueuse de l'estomac. La cause de cet effet particulier pourrait peut-être se trouver dans le développement d'un composé très vénéneux, l'hydrogène phosphoré; car l'acide phosphorique qui contient de l'acide phosphoreux dégage, en s'échauffant à l'air, une certaine quantité de ce gaz. Peut-être aussi pourrait-on rapporter les accidents à une oxydation plus grande de l'acide phosphoreux pendant son séjour dans l'estomac.

L'acide phosphorique altéré par l'acide arsénieux est, même à petites doses, un poison violent.

MM. Weigel et Krug sont donc convaincus que si, après l'emploi interne de l'acide phosphorique, on observe à l'autopsie l'existence de taches rouges ou d'un rouge brun sur la tunique villeuse de l'estomac, cette particularité doit être rapportée uniquement à l'emploi d'un acide phosphorique altéré par l'acide phosphoreux, ce qui peut facilement arriver lorsque, pour la préparation de l'acide, on ne fait pas intervenir une suffisante quantité d'acide acétique.

(*Casper's Wochensc.*)

Sur la meilleure manière d'introduire le kermès dans les potions; par M. Mahier.

Lorsqu'il s'agit d'introduire du kermès dans une potion autre qu'un looch, on a généralement l'habitude, dans les pharmacies, de triturer cette substance avec du sucre, d'y ajouter d'abord du sirop, puis d'y verser peu à peu le véhicule dont se composent les potions. En opérant ainsi, indépendamment d'un peu de dégagement de gaz acide sulfurique dû à la décomposition d'une certaine quantité de kermès par suite de la trituration, on ne tarde pas à voir le sel antimoniaque se séparer du liquide, et de là l'inconvénient de n'en pouvoir régulariser la séparation exacte pour chaque dose de la potion, malgré le soin d'agiter cette dernière avant de verser les cuillerées.

M. Mahier a publié dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, le mode opératoire suivant, comme assurant la suspension constante et bien uniforme du kermès dans quelque potion que ce soit. Il triture d'abord le kermès avec un peu d'huile d'amandes douces; puis, à l'aide d'un peu de sucre, il forme un oléo-saccharum auquel il ajoute, par petites parties, le sirop d'abord, et ensuite le véhicule. A l'aide de ce procédé, le mélange est bien intime et la suspension durable, et l'on a même l'avantage de prévenir les réactions qui pourraient résulter de l'addition d'un oxymel à la potion.

M. Mahier emploie, avec non moins de succès, le même mode d'opérer pour introduire dans les potions certaines autres substances insolubles ou presque insolubles dans les véhicules aqueux, telles que le camphre, la quinine brute, la résine de jalap, la résine de scammonée, etc.

Moyens pour combattre les douleurs dues à la présence des calculs rénaux et vésicaux; par M. le docteur Tott, de Ribnitz.

Suivant M. Tott, il n'existe pas de meilleur moyen pour apaiser les douleurs occasionnées par les concrétions calculeuses des reins ou de la vessie, que l'émulsion suivante, dont la formule est due à M. le docteur John aîné :

Pr.		
Huile d'amandes douces,	30	grammes;
Sirop de pavot blanc,	30	id.;
Poudre de gomme arabique,	8	id.;
Jaune d'œuf cru,	13	id.;
Eau de chaux,	100	id.;
Alcoolé d'opium,	4	id.

M. et F. S. A. une potion émulsive parfaitement homogène.

A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Dans quelques cas, M. Tott fait aussi un grand cas de la préparation ci-dessous :

Pr.		
Lycopode,	12	grammes;
Sirop de guimauve,	4	id.

M. S. A.

A prendre par cuillerées à café de temps en temps.

M. Tott a pu, de même, procurer un notable soulagement [illegible] ministration de lavements préparés avec l'asa fœtida et l'opiu[m]

Quant aux moyens vantés comme lithontriptiques, le mêm[e] [mède]cien les a tous mis en usage successivement sans en obtenir [le moin]dre résultat avantageux; l'eau minérale naturelle de Wildun[gen] fait évacuer une grande quantité de graviers, après quoi le[s] [malades] sont restés longtemps sans éprouver de nouvelles douleurs.

Quelques personnes aussi sont parvenues à se soulager des [douleurs] que leur faisaient éprouver les calculs urinaires en faisant [usage de] l'huile dite de Horlem, arcane composé de soufre dépuré e[t d'huile] volatile de genièvre.

(*Hufeland's Journal.*)

NOUVELLES.

M. Magendie, membre de l'Institut, professeur au collége de [France,] a ouvert son cours de médecine le 3 janvier 1845 à onze heu[res.]

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira s[on cours] d'embryogénie comparée le mardi 7 janvier, à une heure et [demie, et] le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— Plusieurs journaux ont annoncé que M. Turquin avait [légué la] totalité de sa fortune, s'élevant à 9 millions, à l'administra[tion des] hospices de Paris, dont la dotation, déjà si considérable, ser[ait nota]blement accrue par cette libéralité.

Voici ce qu'il y a de réel dans les circonstances auxquelles [l'ar]ticle paraît faire allusion.

M. Turquois aîné, et non M. Turquin, a fait donation entr[e vifs à] l'administration des hospices, en nue propriété seulement, d'[un im]meuble évalué 1 million, dont l'administration n'entrera en jo[uissance] qu'après son décès, et si, d'ici là, quelque circonstance légale [ne vient] pas annuler l'effet de la donation.

Le revenu annuel de la dotation des hospices de Paris est si [peu en] proportion avec les besoins de ces établissements, que le con[seil mu]nicipal est obligé, chaque année, de combler le déficit par une [subven]tion de plus de 5 millions.

(*Messager*.)

— On vient de faire une importante découverte à la bibli[othèque] Bodleienne d'Oxford; c'est le manuscrit d'une traduction com[plète en] langue arabe du grand ouvrage sur l'anatomie de Galien, laque[lle con]tient les six livres de cette œuvre qui ne sont pas parvenus [jusqu'à] nous, et que l'on croyait irrévocablement perdus.

— Nous lisons dans le *Courrier français* :

« Il y a quatre jours, le commissaire de police des Batignoll[es-Mon]ceau fit une descente subite chez un nourrisseur de l'avenu[e de Saint-]Ouen, aux Batignolles. On assure qu'il trouva là, outre toute [sorte] d'instruments de boucherie, une masse considérable de viandes [prove]nant de bestiaux morts de maladies. »

Une pareille découverte ne peut qu'exciter le zèle de la pol[ice. Il] est d'autres établissements peut-être où la saisie faite chez le n[ourris]seur de Saint-Ouen se renouvellerait. La police n'aura jamais [trop de] soins dans l'intérêt de la santé publique.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Engel, de C[olmar,] enlevé, dans la force de l'âge, par une longue et douloureuse m[aladie.] La population de Colmar, qui avait apprécié son talent et son [zèle, a] vivement ressenti cette perte prématurée.

— M. Bard, docteur en médecine de la faculté de Strasbour[g, as]socié de l'Académie royale de médecine de Paris, chirurgien [en chef] de l'Hôtel-Dieu de Beaune, vient de succomber dans cette ville, [à l'âge] de soixante-six ans. Philanthrope dévoué et médecin habile, i[l a été] suivi dans la tombe par les regrets unanimes de ses concitoyens.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 2. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Considérations cliniques sur la fièvre typhoïde.

De la nature de la fièvre typhoïde. — Dans nos précédentes conférences nous avons établi qu'il pouvait y avoir des causes spéciales, particulières, présidant à la production et au développement de certaines maladies. Nous avons cité pour exemple les maladies de la peau qui se transmettent d'un individu à un autre. D'où nous avons conclu qu'il y avait une cause saisissable, susceptible de transmettre l'affection. Ce principe de la philosophie médicale une fois admis, cherchons à en faire ici l'application.

La fièvre typhoïde reconnaît positivement une cause spéciale, qui lui imprime un caractère spécial, et peut-être spécifique; nous disons, et peut-ệtre spécifique : ces deux mots, spécial et spécifique, ne représeutent pas à nos yeux la même idée, n'ont pas la même valeur.

Quelles sont les preuves de l'existence de cette cause spéciale? On ne peut faire qu'un érysipèle devienne une variole; eh bien! de même, nous défions que par quelque moyen que ce soit, on fasse une fièvre typhoïde à volonté. Ce n'est pas l'intensité de l'inflammation intestinale qui constitue la fièvre typhoïpe, et l'entérite, si aiguë, si violente soit-elle, ne sera jamais une fièvre typhoïde. Ainsi donc, l'impossibilité de produire cette maladie comme l'on veut, nous prouve tout d'abord qu'il y a une cause spéciale. S'il n'y avait pas une cause toxique qui frappe l'organisme, est-ce qu'il y aurait un désaccord aussi grand entre les lésions locales et les lésions fonctionnelles? Or c'est ce qui résulte de l'observation journalière de la maladie dans ses différentes périodes. N'y a-t-il pas une époque de la maladie, lorsqu'elle a duré longtemps déjà, où les phénomènes typhoïdes sont des plus marqués, des plus intenses, et où, lorsque les malades succombent, on ne trouve que des altérations à peine appréciables ; quelquefois même les lésions matérielles de l'intestin n'ont-elles pas entièrement disparu? N'y a-t-il pas des périodes de la maladie où il arrive de trouver des altérations très profondes de la muqueuse intestinale, et où les phénomènes typhoïdes étaient au contraire non marqués ?

Dans la fièvre typhoïde, vous avez le poumon qui se trouve quelquefois enflammé (pneumonie typhoïde). D'autres fois, le cerveau se prend. N'est-ce pas une preuve qu'il existe une cause générale qui domine l'ensemble de la maladie? Souvent vous voyez apparaître des symptômes très graves à la surface même du corps. La peau se gangrène avec la plus grande facilité, dans tous les points qui sont pendant un certain temps en contact avec le lit, et sur lesquels repose le poids du corps, le sacrum, les trochanters, etc. A quelle cause, sinon à une cause spéciale, rapporterez-vous la production de ces eschares? Voit-on des phlegmasies intenses, mais franches, les déterminer dans d'autres points que ceux où la maladie existe? Dans la fièvre typhoïde seule, vous pourrez observer ces eschares dans les points éloignés du siége véritable de la maladie.

Une autre remarque. La maladie typhoïde ne frappe jamais qu'une seule fois le même sujet. Nous vous avons bien cité un cas où le même individu paraissait avoir eu deux fois la fièvre typhoïde; mais comme il n'y avait pas eu d'intervalle sensiblement appréciable entre les deux attaques, nous sommes en droit de voir dans ce fait un exemple de rechute plutôt qu'une nouvelle attaque de la même affection. Au contraire, on voit souvent la gastro-entérite se reproduire plusieurs fois chez le même sujet. Puis, autre chose encore. Le sang est altéré dans sa composition intime et d'une manière toute particulière, qui ne ressemble nullement à l'altération qu'il présente dans les phlegmasies franches et simples. Enfin une dernière considération, et qui n'est pas la moins importante, peut être tirée du traitement. Le traitement antiphlogistique arrête une inflammation franche, et jamais on ne l'a vu arrêter une maladie de cause spéciale. Il n'arrête pas plus la fièvre typhoïde que la rougeole, la variole ou la scarlatine. Dans les cas où l'on a obtenu par les émissions sanguines un succès complet, c'est qu'on a confondu la gastro-entérite simple avec la fièvre typhoïde, et qu'on a pris la première de ces maladies pour la seconde.

Nous nous résumons en disant que, selon nous, c'est une erreur que de regarder la fièvre typhoïde comme une inflammation pure et simple, qu'au contraire elle nous paraît être une affection de cause et de nature toute spéciale.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre typhoïde est toujours grave, même dans les cas où elle paraît affecter la forme la plus légère et la plus bénigne. On ne doit jamais dire qu'elle est légère, et que le malade guérira à coup sûr. On est, dans la grande majorité des cas, presque certain de guérir une gastro-entérite, et puis nous devons ajouter que cette affection assez rare, en général, est aussi habituellement de médiocre intensité. Il est évident que le pronostic doit varier beaucoup dans les deux cas. C'est là, du reste, l'opinion de la plus grande partie des médecins modernes, et nous la partageons complétement. « Une fièvre typhoïde légère, a dit M. Louis, est toujours une affection grave ; une gastro-entérite grave est toujours une affection légère. » On a remarqué que l'affection typhoïde est d'autant plus grave que les sujets sont plus avancés en âge. Dans la première période de la vie de l'homme, c'est-à-dire jusqu'à vingt-cinq ans environ, la fièvre typhoïde est beaucoup plus fréquente qu'à une époque plus avancée; plus tard, elle est plus rare et en même temps plus grave.

Parmi les jeunes sujets, elle est d'autant moins grave que les sujets sont moins âgés. Proportionnellement, les femmes meurent autant que les hommes, et les sexes n'influent pas sur la mortalité d'une manière sensible. L'acclimatement n'a aucune valeur pour augmenter la gravité de la maladie. Cette circonstance, qui a beaucoup d'influence sur la production de la maladie, n'en a aucune sur le pronostic, et sur l'issue de la fièvre typhoïde. La force ou la faiblesse de la constitution du sujet est une condition dont il faut tenir compte. Une constitution faible est toujours une circonstance fâcheuse. Cependant nous avons dit autre part, et nous pensons encore maintenant, d'après l'expérience de plusieurs années, que des sujets jeunes, forts, vigoureux sont plus souvent et plus rapidement frappés à mort quelquefois que des individus plus faibles.

Le découragement, l'affaissement moral sont une des circonstances les plus défavorables auxquelles les malades puissent être exposés. Pendant les dernières années des guerres de l'empire, en 1814 et 1815, nous avons vu dans les hôpitaux encombrés de militaires, le découragement et les émotions morales tristes déterminer souvent une mort très rapide. Presque constamment, nous avons vu les personnes qui ne craignaient pas la mort guérir en peu temps; tandis que ceux qui avaient l'imagination frappée de pressentiments funestes, succombaient presque tous. Le découragement, l'affaissement moral sont donc des conditions très fâcheuses pour le pronostic. Les excès de tout genre, l'abus des liqueurs alcooliques, les fatigues de toute espèce constituent autant de circonstances mauvaises.

Relativement à la marche de la maladie, nous avons remarqué que lorsque la fièvre typhoïde suit une marche très rapide, et passe en peu de jours par toutes ses périodes, c'était une circonstance très grave, dans la grande majorité des cas. Cependant nous devons dire aussi que, dans quelques circonstances, il peut arriver qu'une fièvre typhoïde débute par des symptômes très graves et que, peu après, les phénomènes s'amendent et disparaissent dans un très court espace de temps.

Les formes de la maladie ne sont pas sans influence sur le plus ou moins de gravité de l'affection. Lorsque la forme encéphalique prédomine, celle que l'on a nommée cérébrale ou ataxique, c'est une circonstance qui rend le pronostic très grave. L'expérience a prouvé que la mort était plus fréquente

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La prose et les vers. — Occupations importantes du moment. — Les étrennes médicales. — Ce qu'a reçu Jean Raimond. — Petits malheurs, petits bonheurs de l'homœopathie. — Un puff extravagant. — Un élixir littéralement recommandé au prône. — Un voleur volé.

Comment faire passer maintenant mon humble prose après les vers que vous venez de lire? et tout imprégnés encore de ce parfum poétique si pénétrant et si suave, n'allez-vous pas bien me trouver prosaïque et vulgaire? Soit, j'y consens, car c'est moi qui l'ai voulu. N'ai-je pas bien fait, pour vos plaisirs, de vaincre cette timide et discrète réserve du poète qui craignait l'éclat de la publicité? Elle lui a été complétement favorable, et je m'en réjouis ; le succès est un puissant aiguillon, et sans doute qu'aujourd'hui le *Phocéen* ne laissera pas dormir inachevé ce poème remarquable dont il a consenti à vous donner un avant-goût. C'est presque même un engagement qu'il vient de contracter ; vous et moi, au besoin, le lui rappellerons.

Du reste, des cinquante-deux semaines de l'année il n'en est pas, pour moi, de plus pauvre et de plus stérile que celle qui vient de s'écouler. Concevez-vous d'occupation plus stupide pour un homme intelligent, que d'envelopper de petits morceaux de carton blanc, d'y mettre des adresses, de lire avec soin cette autre immensité de petits morceaux de carton qu'on vous envoie ; car la moindre erreur ou omission à cet endroit peut vous occasionner une foule de désagréments dont le moindre est de passer pour un mal appris, pour un *incivilisé*? Voilà cependant la belle besogne qui nous a béatement occupés pendant cette grande semaine. Ajoutons les visites obligées à faire ou à recevoir, les petites réunions de famille indispensables, et vous jugerez, si vous étiez à ma place, de l'embarras que j'éprouve en ce moment.

C'est à peine si j'ai pu m'édifier sur les petites étrennes réciproques que se sont données nos confrères parisiens. En voici cependant quelques-unes qui m'ont été racontées discrètement :

M. Orfila a reçu un petit bon homme en sucre habillé en pair de France ;

M. Adelon, un magnifique exemplaire des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine ;

M. Mérat, deux kilogrammes de bougie économique pour éclairer l'Académie ;

M. Piorry, une rate pralinée ;

M. Andral, une éprouvette en sucre d'orge ;

M. Malgaigne, une petite boîte remplie de bossus qui fuyaient à son aspect ;

M. Bérard aîné, une canne à pêche ;

M. Gerdy, un petit chemin de fer conduisant au Palais-Bourbon. *N. B.* La locomotive avait déraillé.

M. Marjolin, un dalhia inédit ;

M. Dumas, un jeton de présence de l'Académie de médecine ;

M. Cruveilhier, une tumeur fibreuse dégénérée en pistache ;

M. Donné, la poche de M. Villemain renfermant depuis trois mois sa nomination à une place importante ;

M. Aubert-Roche, un moellon du lazareth de Marseille ;

Enfin, moi-même, devinez un peu ce que j'ai reçu d'une main anonyme?..... Une plume d'oie en chocolat ! Emblème délicat et gourmand de ma douceur et de mon innocence ; car c'est ainsi, et non avec dépit et colère que j'ai reçu cette épigramme en pur caraque. Seulement je n'ai pu résister à la tentation de faire disparaître le corps du délit, et je déclare au coupable que si son intention est méchante, son chocolat est excellent. Ne pourrait-il pas tirer de son aile quelques douzaines de ces plumes ?

— L'homœopathie vient d'éprouver quelques désagréments dans la ville phocéenne. La doctrine d'Hahnemann est représentée à Marseille, comme un peu partout, par quelques adeptes. Le plus achalandé dans cette ville est le docteur Chargé, qui est en même temps médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu. Il arriva que le médecin titulaire devint empêché de faire son service, et que l'administration nomma pour le suppléer le médecin-adjoint. Cette nomination, comme on le pense bien, mit en grand émoi le corps médical de Marseille. Les austères furent indignés, les sensibles gémirent, les curieux voulurent voir. Qui ne se serait attendu, en effet, que l'homœopathie, trouvant le rare bonheur de pouvoir montrer la puissance et l'efficacité de ses moyens dans un service d'hôpital, ne se serait empressée de saisir cette occasion précieuse? Mais qui pourrait expliquer tes bizarreries et tes caprices, homœopathie, sœur follette et excentrique ! Le désappointement fut général, générale la surprise quand on vit M. Chargé, infidèle à ses convictions, employer sur ses malades de l'Hôtel-Dieu la médecine vulgaire et allopathique.

Mais bientôt une voix sérieuse se fit entendre ; ce fut celle de la *Clinique de Marseille*, excellent journal de province comme devraient en avoir toutes les grandes villes qui crient à la décentralisation ; journal qui a ses Premiers-Marseille, ses causeries, ses articles de fond, qui a de l'intérêt, du mouvement, du style et, mieux encore, de pures et loyales intentions. *La Clinique* interpella gravement M. Chargé, et lui dit, ou à peu près : Qu'est-ce à dire? Vous avez donc deux convictions médicales, une pour la ville et l'autre pour l'hôpital ? Ou bien vous ne croyez pas à l'homœopathie, quoique vous traitiez par ses doctrines les malades du dehors ; ou bien vous manquez à vos convictions en les traitant ici par la méthode ordinaire. Dans tous les cas, cette médecine à deux fins est-elle digne d'un homme de science et de conscience? — M. Chargé ne fit pas la sourde oreille ; il récrimina tant bien que mal, et c'est mal qu'il faut dire, contre cet article fort sensé de *La Clinique*. Mais ce qu'il y avait de mieux à faire, il le fit en donnant sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu.

Voilà les petites contrariétés subies par l'homœopathie. Historien indépendant et fidèle, je dois mettre en regard ses bonnes fortunes et dire aussi les honneurs qu'on lui rend. L'Italie vient d'enfanter, à la gloire d'Hahneman, un poème épique, et un poème écrit en langue virgilienne. C'est M. le baron Quintioo Guanciali qui est l'auteur de ce chef-d'œuvre intitulé : *Hahnemannus seu de homœopathia libri octo*. Un critique a mis bien au-dessus de Lucrèce et de Fracastor le poème du baron napolitain. Les fragments que j'en ai lus sont en effet fort remarquables. Vous lirez peut-être avec plaisir cette description du choléra asiatique, que vous pourrez mettre en parallèle avec celle que vous donna le *Phocéen* dans sa Némésis.

> Vix monstrum afflatu crudeli pandit hiatus,
> Atque aperit fauces ardentia lumina vibrans,
> Ex templo miserorum hominum via facta per artus :
> Labitur effluvio virus lethale per auras,
> Et *tonicus spasmus* stomachum, ventremque requirit ;
> Implicat et nervos, et permeat usque medullas.
> Debilis hinc æger nequit ictus membra movere,
> Nec vitam librare suam gravitate coactam ;
> Horret et aspectus, pallor cava lumina, et ora
> Occupat, atque gelu livent faciesque, manusque,
> Languet et omnino correptum frigore corpus :
> Dejectusque animo, et cassus jam sensibus æger
> Signa refert tacito fugientis anhelitus ore ;
> Nunc stolidus queritur, tenues de pectore voces
> Mittit, et accusat magno in mæmore salutis
> Ardentes stomacho flammas, alvique dolores ;
> At cordis quandoque manu contingitur olli
> Scrobiculum ingentem gemitum dat vocibus altis.

Certes, on ne peut refuser la conviction à cet adepte, dont l'enthousiasme pour la doctrine ne s'est pas refroidi pendant huit chants de ce poème latin.

— Je ne sais pourquoi après avoir parlé d'homœopathie, le magnétisme se présente aussitôt à l'esprit. A l'heure qu'il est, en Fran-

proportionnellement chez les malades qui ont présenté pendant le cours de la maladie des phénomènes du côté du cerveau. La forme adynamique est aussi fort grave, et l'on peut dire que toutes les circonstances étant égales d'ailleurs, c'est parmi les sujets qui ont offert l'une ou l'autre de ces deux formes que l'on compte le plus grand nombre de morts.

Il n'en est pas de même de la forme bilieuse qui est la plus légère, ni de la forme inflammatoire, qui sans être aussi légère que la forme bilieuse, est cependant de beaucoup moins grave que les précédentes. La fièvre typhoïde simple, c'est-à-dire celle qui n'est ni inflammatoire, ni bilieuse, est plus bénigne encore, et guérit presque toujours et souvent seule. Cependant, il serait imprudent de négliger le traitement à cause de cette bénignité. Elle peut présenter des caractères dangereux. Les symptômes, à mesure qu'ils se développent, impriment à la fièvre typhoïde des caractères de gravité différents. Prenons pour exemple le délire, un des phénomènes les plus fréquents dans la maladie qui nous occupe. Son apparition peut avoir lieu à diverses époques de la maladie, soit au commencement, soit à la fin. Il peut être très intense ou léger, continuel ou momentané, toutes conditions qui en modifient la valeur. Au début, il annoncera un danger plus grand que s'il ne se montre que vers la fin de la maladie. Intense et continuel, il est beaucoup plus grave que léger ou momentané.

On a dans ces derniers temps révoqué en doute la valeur des signes tirés de l'état de la langue; la sécheresse, l'état poisseux sont en général du plus mauvais augure; lorsque la langue devient sèche, brune, fuligineuse, se recouvre d'une croûte noirâtre, dans la majorité des cas les sujets succombent. Lorsqu'au contraire elle conserve son aspect presque normal, ou que, du moins, si elle est blanche, elle reste humide; si, après avoir passé par la sécheresse et l'état sécréteux, elle revient peu à peu à la consistance et à l'aspect ordinaires, elle annonce une maladie beaucoup moins grave. et dont l'issue est ordinairement heureuse. Nous avons déjà eu l'occasion de vous faire remarquer qu'il ne faut pas confondre la sécheresse de la langue de ceux qui respirent par la bouche avec l'état fuligineux des sujets atteints de fièvre typhoïde.

Les vomissements sont un phénomène fâcheux, surtout vers la fin de la maladie; ils ont beaucoup moins d'importance quand ils surviennent au commencement: on les trouve souvent ainsi sous la forme biliaire. Quant aux évacuations alvines, il y a des médecins qui ont dit que la constipation était un symptôme plus grave que la diarrhée. Nous ne partageons pas cette manière de voir, surtout si le dévoiement est continuel, et si les selles liquides sont abondantes.

La rétention d'urine et l'émission de l'urine par regorgement, dans certains cas de rétention, pendant le cours de la fièvre typhoïde, sont une circonstance très fâcheuse. Elles annoncent un commencement d'adynamie toujours à redouter. Du côté des phénomènes cérébraux, la carphologie, qui consiste en des mouvements involontaires, est un signe très fâcheux. Les soubresauts des tendons sont beaucoup plus fréquents comparativement dans la fièvre typhoïde que dans les autres affections; ils constituent aussi un signe fâcheux, mais moins dangereux que la carphologie. La contracture, le coma sont deux phénomènes qui doivent faire porter un pronostic funeste le plus ordinairement: il est rare qu'un malade qui en est atteint guérisse. Au nombre des symptômes graves et inquiétants, nous rangerons encore la surdité, l'amaigrissement général et rapide, le *facies* hippocratique, quand l'époque du début de la maladie n'est pas encore éloignée.

La fréquence du pouls, quand il dépasse 120 pulsations par minute, surtout dans les dernières périodes de l'affection, n'est pas d'une petite importance.

Il est rare qu'un malade qui atteint 140 pulsations dans le cours du dernier septenaire, ne succombe pas.

Ce n'est pas la maladie typhoïde seulement en elle-même qui constitue la gravité de la position du sujet: les complications qui surviennent, surtout vers la fin de la maladie, l'aggravent singulièrement. On cite dans les auteurs, et vous trouverez quelques cas, deux ou trois peut-être, de guérison survenue après une perforation intestinale, reste de fièvre typhoïde. Ces cas sont si exceptionnels que l'on doit à peine en faire une simple mention, sans en tirer aucune induction pour des cas analogues. Les inflammations de la plèvre et du poumon, les eschares gangréneuses sont toujours des circonstances fâcheuses, et doivent faire porter un pronostic grave; cependant on voit quelquefois des malades guérir après avoir présenté ces symptômes. Lorsqu'à la suite de l'application et de l'entretien trop prolongé de vésicatoires, des eschares gangréneuses se montrent aux cuisses ou aux mollets, la guérison peut cependant ne pas être rendue impossible par le fait seul de la production de ces eschares.

Il en est de même des abcès multiples qui surviennent quelquefois dans l'épaisseur des membres. Enfin nous devions vous parler d'un phénomène qui, sans être très commun, n'est cependant pas très rare, nous voulons parler de l'apparition des parotidites. Il y a des auteurs qui les ont considérées comme un symptôme critique; nous les regardons, nous, comme une complication très grave et presque toujours quand elle existe, on peut prédire la mort. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette complicatiod dans les circonstances malheureusement trop fréquentes où nous les rencontrerons chez les malades de la clinique.

Traitement. — Une question préalable, et que nous devons poser tout d'abord, est celle-ci: Y a-t-il ou n'y a-t-il pas un traitement spécial pour la fièvre typhoïde? Pour nous, la réponse à cette question est négative, et nous allons essayer de vous faire partager les raisons qui nous font penser de cette manière.

Les principales méthodes de traitement mises en usage contre la fièvre typhoïde sont: la méthode antiphlogistique, l'expectation, les révulsifs, les purgatifs, les toniques, puis l'empirisme. Il y a des auteurs distingués par leur savoir qui prétendent que, quel que soit le traitement employé, les malades ne guérissent ou n'en meurent pas moins. On obtient toujours en définitive, disent-ils, la même moyenne pour la mortalité et la durée de la maladie. Nous ne pouvons malgré toute notre estime pour ces auteurs accepter cette proposition. Nous croyons qu'il y a une ou plusieurs méthodes de traitement de l'affection typhoïde; que ces méthodes varient suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant telle ou telle forme présentée par la maladie.

Combattons d'abord cette proposition qu'il n'y a pas de traitement pour l'affection typhoïde. Pour que l'on ait pu avancer une proposition pareille, il faut que l'on ait pris des malades au hasard. Si l'on avait choisi les cas, on aurait clairement vu qu'il n'était pas possible de l'émettre. Pour arriver à cette conclusion, comment aura-t-on procédé? On aura pris vingt malades au hasard, et après les avoir traités par l'expectation, on aura obtenu pour résultat, nous supposons, douze guéris, huit morts, et pour moyenne trois semaines de durée de maladie. Le même nombre de malades pris également au hasard, sans distinction de cas, auront été traités par les antiphlogistiques, et l'on aura obtenu les mêmes résultats. Le même procédé aveugle aura été mis en usage pour l'expérimentation des purgatifs et des révulsifs cutanés, et toujours on aura obtenu, à peu de chose près, des résultats analogues. On aura conclu ceci, que quel que soit le traitement mis en usage contre la fièvre typhoïde, le résultat est le même, partant qu'il est inutile de chercher à traiter la maladie.

Mais a-t-on été réellement et logiquement autorisé à conclure ainsi? Non certes. Un examen plus approfondi fera reconnaître que dans la première série de vingt sujets, il s'est trouvé des individus ayant présenté des symptômes différents; vous avez traité de la même manière ceux de vos typhoïdes qui présentaient des symptômes légers, des symptômes inflammatoires, des symptômes d'adynamie. Vous avez guéri les uns, auxquels le traitement convenait; vous avez tué les autres. Vous avez tué par les antiphlogistiques, ceux qui avaient des phénomènes adynamiques; vous avez tué par les révulsifs, ceux qui avaient une fièvre typhoïde inflammatoire, et ainsi des autres. Vous les auriez guéris, en grande partie du moins, en établissant le traitement d'après la forme générale de la maladie, d'après l'ensemble des symptômes que présentait le malade. La proposition que vous avez émise est donc fausse et pèche par la base. Une fois ce point établi, entrons dans l'examen des médications.

D[r] A. F.

DE L'ACTION DE LA CINQUIÈME PAIRE SUR LA RÉTINE.

Par le docteur TAVIGNOT.

Après quelques hésitations de la part des ophthalmologistes qui nous ont précédé, la rétine avait fini par être considérée généralement comme l'agent exclusif des perceptions visuelles, lorsque des recherches plus récentes touchant l'influence de la cinquième paire sur l'œil vinrent, un instant, mettre en doute ce qui jusqu'alors avait paru bien démontré. L'on invoqua d'abord l'anatomie comparée; et, se fondant sur l'absence prétendue des nerfs optiques chez certains animaux doués de la vision, l'on fit naturellement intervenir le trijumeau pour expliquer l'état fonctionnel des yeux. Mais bientôt cet argument dût être abandonné; car le fait que l'on invoquait n'était rien moins que prouvé.

L'on eut recours ensuite à l'anatomie pathologique. Un malade était venu se faire traiter à l'Hôtel-Dieu par Sanson, pour un affaiblissement considérable de la vue; néanmoins il fut amélioré tellement par des vésicatoires au front et aux tempes, qu'il put distinguer bientôt les personnes qui passaient, même à une assez grande distance de lui. Mais survinrent des accidents cérébraux qui emportèrent le malade huit jours après le commencement du rétablissement. L'on trouva à l'autopsie un kyste du volume d'un œuf, situé entre le chiasma et le pont de Varole, qui avait détruit complétement les deux nerfs optiques; de sorte que ce kyste était le seul moyen de communication qui existât entre les deux bouts de nerfs.

Cet exemple, à l'appui de l'opinion précédente, ne nous paraît pas avoir une valeur assez absolue pour la faire admettre; il faudrait que d'autres lui vinssent en aide. Et en attendant, nous dirons, avec Mackensie: « Il est probable que le malade s'était abusé sur le degré de vision qu'il avait recouvré après l'application des vésicatoires, ou bien, s'il avait pu réellement voir passer des personnes huit jours avant sa mort, les progrès de la maladie avaient été excessivement rapides pendant cette dernière période. »

Parce que l'on avait véritablement exagéré l'importance de la cinquième paire dans l'acte de la vision, ce n'était peut-être pas une raison suffisante pour lui dénier complétement toute influence, comme quelques personnes ont tenté de le faire dans ces derniers temps. Si l'on veut bien se donner, en effet, la peine d'examiner sans opinion faite à l'avance les faits déjà nombreux qui ont été publiés, et ceux que l'on aura pu recueillir soi-même, l'on verra qu'il n'est déjà pas si facile de trancher la question, soit dans un sens, soit dans un autre, l'on pourra peut-être légitimement douter.

Nous allons maintenant exposer l'état actuel de la science, en divisant en deux catégories les faits qui paraissent pour ou contre l'action du trijumeau sur la rétine.

Faits positifs. 1° Ch. Bell rapporte l'observation d'une malade affectée d'anesthésie faciale droite, chez laquelle la vue était évidemment nulle du côté correspondant. Les mouvements de l'iris étaient conservés (par sympathie); et ce qu'il y a à remarquer dans ce fait, c'est que la vision finit par se rétablir assez complétement. (Ch. Bell, 242, et Mackensie, 661.)

2° M. Landouzy a publié le fait suivant: Le sujet éprouvait dans l'œil gauche des picotements et des démangeaisons insupportables; sa vue s'affaiblit d'abord graduellement de ce côté, et huit mois après elle était tout à fait perdue. On trouva alors l'œil gauche complétement insensible aux agents mécaniques et à l'action de la lumière.

Voici maintenant les détails de l'autopsie qui nous intéressent le plus. Dans la fosse sphéno-temporale et vers sa partie interne, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, présentant à sa partie antérieure un premier renflement, séparé par une espèce de collet d'un second plus petit, situé postérieurement. Cette tumeur, qui a quatre centimètres et demi de longueur, est placée sur le ganglion de Gasser. Sa partie antérieure, cachée sous la petite aile du sphénoïde, répond à la fente sphénoïdale; sa partie postérieure dépasse d'un centimètre environ le bord postérieur du rocher, sur lequel elle appuie, en passant sur la suture pétro-occipitale et occipito-temporale. Sous cette tumeur s'engage le nerf trifacial dont tous les filets, séparés les uns des autres, semblent faire une espèce de réseau qui embrasse sa convexité antérieure. Ces filets nerveux, qui se confondent avec le tissu de la tumeur au moment où ils forment le ganglion de Gasser, se rendent dans une masse cancéreuse occupant la place du ga-

---

ce, la doctrine mesmérienne est évidemment en baisse. Plusieurs grands-prêtres sont aux abois, et la lucidité des somnambules n'a pas été telle qu'ils aient pu prévoir et éviter des catastrophes. Mais il n'en est pas de même en Belgique, où une somnambule remplit tous les soirs une salle de spectacle de Bruxelles; et surtout à Londres d'où nous est venu le puff extravagant qui suit:

Un monsieur se promenait aux alentours d'un jardin public, lorsqu'il s'arrête indigné devant un cocher brutal qui maltraitait ses chevaux. Il veut lui reprocher ses mauvais procédés; mais pour toute réponse, l'Automédon grossier lui sangle un coup de fouet au visage. La foule s'approche et veut venger l'homme frappé, mais celui-ci fait un geste héroïque, se pose en face du cocher, étend vers lui ses mains, et tout aussitôt le coupable fait une horrible grimace et tombe dans l'immobilité de la catalepsie. La foule ébahie le croit mort, frappé par quelque balle muette et invisible, et tourne alors sa colère vers le meurtrier perfide dont la position devient fort anxieuse. Mais il parvient à se faire entendre. Ce que j'ai fait je peux le défaire, dit il, c'est seulement une leçon que j'ai voulu donner à cet impertinent; et d'un geste énergique il rend au malheureux cocher, qui s'empresse d'en jouir, la motilité de ses membres, et la liberté de ses actions.

Pas n'est besoin de dire que ce monsieur n'était qu'un magnétiseu puissant dont le complaisant rédacteur donne l'adresse avec le numéro.

— En France nos faiseurs ne prennent pas tant de peine. Le puff excentrique a peine à s'y naturaliser, et les plus belles fortunes en fait de charlatanerie ont été obtenues par les moyens les plus simples, je dirai même les plus bêtes, ce qui est le comble de l'esprit. J'en citerai pour preuve un certain elixir antiglaireux, dont l'inventeur a plus d'esprit à lui tout seul que quarante de mes pareils. D'abord, quel excellent titre: Antiglaireux! Et qui n'a pas de glaires dans le monde? Lisez plutôt la petite notice de l'auteur, chef-d'œuvre des chefs-d'œuvres du genre. Toussez-vous, ce sont les glaires. Souffrez-vous de l'estomac? glaires. Etes-vous constipé, glaires. Allez-vous en dévoiement, glaires. Est-ce la tête, est ce le cœur, ou le foie, ou la rate, ou la vessie, ou les nerfs, ou le sang, ou les humeurs qui vous font geindre, ce sont toujours les glaires satanées qui sont cause de tout, et qu'il faut expulser au plus vite. Aussi c'est fabuleux ce que ce médicastre a vendu de bouteilles, et ce qu'il a gagné à ce métier honnête.

Mais dans ce fichu temps de concurrence les meilleures choses ont leur terme, ou du moins leur temps d'arrêt. C'est ce qui est arrivé pour le fameux élixir antiglaireux dont le vendeur aperçut avec effroi la baisse rapide. Les gens d'esprit trouvent des expédients d'eux seulement connus, et ce qui ferait le désespoir d'un imbécile donne un nouvel essor à un homme intelligent. Notre inventeur, loin de se décourager, chercha une rubrique nouvelle, et voici ce qu'il trouva. Il envoya, avec un prospectus *ad hoc*, une bouteille à chaque curé de notre beau royaume catholique, avec instante prière d'en user pour lui-même à la plus petite migraine ou embarras gastrique. Sa charité fera le reste pour le recommander à ses ouailles souffrantes. Et puis, tout au bas, cette ligne négligemment jetée: « Une remise de ..... francs sera faite par chaque bouteille demandée par vous. » O démon tentateur de la cupidité, quelle âme sera donc inaccessible à tes séductions, puisque tu as pu faire succomber d'aussi vénérables pasteurs! Le fait est, et j'ai regret de le dire, que dans plusieurs paroisses de France, l'élixir antiglaireux a été littéralement recommandé au prône, ce à quoi s'attendait bien son rusé fabricant. Depuis lors, la vente a repris de plus belle, car qui pourrait résister aux conseils de son curé?

— Par ce temps d'escarpe et de filous qui court, je pourrais bien aussi vous raconter quelque histoire tragique qui vous retiendrait le soir au foyer conjugal. Je sais plusieurs de mes confrères qui ne sortent plus dès neuf heures du soir, tant la panique est grande. Il est de fait qu'on n'est plus en sûreté, même en omnibus et en plein jour. Une dame se trouvait ces jours passés dans un de ces véhicules portant un sac assez semblable à un sac rempli d'argent. Il n'en était rien cependant, car ce sac renfermait deux fioles remplies d'urine. Le mari de cette dame est, en effet, malade, et sa chère moitié allait pieusement consulter un uromane avec les pièces à l'appui. Pour prendre la monnaie de sa place, elle pose avec précaution le sac sur la banquette. Son voisin, qui n'était qu'un voleur, s'en empare adroitement et descend au plus vite avant que la pauvre dame eût pu s'apercevoir de ce larcin. Mais enfin elle voit son malheur, qu'elle déplore en douloureux gémissements. Des urines si extraordinaires, s'écriait-elle, toutes noires et bourbeuses! Jugez de l'hilarité de ses compagnons de voyage, et jugez aussi de la mystification du voleur qui a payé 30 centimes deux fioles d'urine noire et bourbeuse. Le plus volé c'est l'uromane, qui a ainsi perdu une consultation.

JEAN RAIMOND.

— On va élever un monument funèbre au célèbre chirurgien Astley Cooper, dans l'église St-Paul, à Londres.

— La patente médicale produit en Angleterre, année moyenne 30,190 livres sterling.

— Les sœurs hospitalières, que l'on n'avait plus vues depuis la réforme dans la capitale de l'Angleterre, viennent d'y être réintégrées sous la protection du vicaire apostolique, M. Griffith, et de la noblesse catholique.

glion. (Bull. de la Soc. anat., 1838, p. 340.)

3° Le docteur James a rapporté un cas d'insensibilité de tout un côté de la face, avec des désordres dans l'appareil des sens. Le malade n'y voit plus à droite, dit l'auteur; c'est à peine s'il peut distinguer la lumière des ténèbres. Il n'y a pas de troubles dans la structure de l'œil; sa surface est parfaitement insensible aux impressions mécaniques. (Thèse inaugurale, 1840.)

4° Jamais je n'avais vu, dans l'espèce humaine, dit M. Longel, l'anesthésie d'un côté de la face accompagnée de la perte des sens spéciaux du côté correspondant; et lorsque l'année dernière je visitai, avec M, Demeaux, une dame qui présentait cette remarquable coïncidence sans cause connue, toute la moitié gauche du corps fut privée du sentiment, et peu à peu la vue, l'ouïe, etc., se supprimèrent presque entièrement du même côté... Chose étrange! En quelque jours, ces symptômes alarmants se dissipèrent pour ainsi dire d'eux-mêmes, et la malade recouvra l'usage de tous ses sens. (Anat. et phys. du syst. nerv., t, II, p. 199.)

5° Le 1er mars 1840, fut couchée au n° 7 de la salle Saint-Philippe, à l'hôpital Cochin, la nommée Vessyères, âgée de trente-quatre ans, couturière. Elle n'avait jamais fait de maladie sérieuse, lorsque, dans le mois de janvier de l'année dernière, il lui survint brusquement une perte de connaissance accompagnée d'hémiplégie faciale du côté droit. Cette maladie nécessita un traitement assez énergique et un séjour de six semaines à l'hôpital. Maintenant voici les symptômes que nous constatons: L'intelligence est intacte; une céphalalgie continuelle, accompagnée de battements dans la tête, tourmente la malade. Lorsqu'elle essaie de marcher, elle se trouve tout étourdie; son attitude est lourde, embarrassée, chancelante. Les muscles de la face, qui étaient paralysés, ont recouvré leurs mouvements, et la commissure n'est plus déviée. En un mot, il n'existe plus de traces de la paralysie de la septième paire, dont nous n'avons admis l'existence que sur les renseignements fournis par la malade. Mais il existe d'une manière manifeste une paralysie d'une portion de la cinquième paire, reconnaissable aux symptômes suivants: La partie latérale droite du front et les deux tiers supérieurs de la face sont complétement insensibles à la piqûre d'une épingle. Les barbes d'une plume promenées sur la conjonctive oculo-palpébrale ne déterminent également aucune sensation. Mais le tiers inférieur de la face et la face entière de la joue, sont doués de toute leur sensibilité normale. L'iris droit, plus large que l'autre, n'est contractile que lorsque l'œil gauche est ouvert. Le clignement n'est pas aboli. La malade ne voit presque pas de l'œil droit; c'est avec la plus grande peine qu'elle peut reconnaître les objets les plus volumineux et les mieux éclairés. La vue est donc considérablement affaiblie. Après avoir séjourné un mois dans les salles, la malade sortit dans le même état où elle était entrée. Je l'ai revue six mois après; sa position n'était pas changée. (Obs. rec. par l'aut.)

— Un sujet en proie à des accidents syphilitiques tertiaires offrit les symptômes suivants: Les paupières du côté droit pouvaient recouvrir l'œil, mais ne le découvraient qu'imparfaitement. La supérieure restait baissée et rendait impuissant tout effort de la volonté pour la porter en haut. La vue de ce côté était tout à fait perdue; la pupille n'offrait aucune mobilité à l'impression d'une très vive lumière. La sensibilité de la conjonctive était complétement éteinte; il y avait eu même paralysie des muscles de la face.

A l'autopsie, on trouva l'insertion centrale des nerfs de la cinquième paire jaune, molle, privée de substance médullaire et diminuée de volume. En avant, l'altération de la cinquième paire se prolongeait au delà de son ganglion, qui avait considérablement augmenté de volume et offrait l'aspect et la consistance des tissus lardacés. Les filets, qui sont ordinairement séparés de ce ganglion, étaient confondus avec lui de telle sorte qu'il fut impossible d'en reconnaître les traces. La branche ophthalmique était rougeâtre et fortement adhérente à la gaîne fibreuse qu'elle parcourt dans l'intérieur de l'orbite, etc. Au-devant de l'entrecroisement, le nerf optique du côté droit avait à peine le quart du volume de celui du côté gauche; il était ramolli, d'une couleur rose-pâle, presque muqueux et privé de substance médullaire. (Gama, Plaies de tête, p. 180.)

— Ces faits, que nous aurions pu multiplier davantage, si nous n'avions recherché, avant tout, l'exactitude et la précision dans les détails, viennent-ils à l'appui de la doctrine professée par M. Magendie dans les termes suivants: « Je pense que le nerf optique, chez l'homme, pour servir à la vision, a besoin du concours de la cinquième paire; car l'œil des animaux que j'ai mutilés en détruisant ce nerf, a cessé de remplir ses fonctions, et le résultat premier et direct de la section du trijumeau consiste dans l'abolition de la vision? » ou bien faut-il les interpréter différemment, et dire, avec un autre physiologiste, M. Longet: « La vue (dans la section de la cinquième paire), n'est jamais abolie que consécutivement à l'opacité de la cornée; car avant cette altération, prenant le soin de fermer l'œil sain, dirige-t-on vers la lumière solaire l'œil dépourvu de sensibilité générale, aussitôt il y a clignement, la faculté visuelle est pourtant affaiblie, puisque j'ai reconnu que souvent le clignement ne s'y effectuait point par l'impression d'une lumière, d'ailleurs suffisante pour exciter ce mouvement dans l'œil intact: mais je m'explique ce fait par la constriction extrême de l'ouverture pupillaire, qui ne laisse plus passer qu'un trop petit nombre de rayons lumineux pour produire une sensation assez vive? » ou bien encore, faut il admettre, avec un ophthalmologiste distingué, que la lésion de la cinquième paire ne modifie les fonctions de la rétine que d'une manière indirecte, en paralysant l'iris? Il y a pourtant une chose à remarquer au milieu de cette discordance d'opinions; c'est que, dans toutes, il est question d'un changement opéré dans l'état physiologique de la rétine; et si tous les auteurs ne conviennent pas, avec M. Magendie, de l'abolition complète de la vision, tous au moins conviennent-ils qu'il existe un affaiblissement de cette faculté. Cette concession, quelle que soit l'explication dont on use afin d'en atténuer la valeur, ne laisse pas que d'être d'un grand poids, car elle est pour nous une sorte d'acheminement vers la doctrine qui veut que la rétine soit influencée par la cinquième paire. Maintenant les faits pathologiques sont là, et, plus probants encore que les vivisections, ils viennent, comme on l'a vu plus haut, de parler un langage assez significatif. Il me paraît difficile, en effet, de les interpréter d'une manière satisfaisante, en niant l'action directe du trijumeau. On l'a tenté cependant en invoquant une lésion simultanée du trijumeau et du nerf optique; mais cette explication n'est guère soutenable; l'anatomie pathologique est venue déposer contre elle dans l'obs. 2 et dans les obs. 3, 4 et 6. Il n'est guère possible d'admettre que la lésion dynamique de la cinquième paire se soit accompagnée d'une modification semblable dans le nerf optique correspondant, sans qu'il existât quelque lien pathogénique entre ces deux affections. Aucune raison ne venant déposer en faveur d'une pareille hypothèse, elle nous paraît donc jusqu'ici incapable d'être soutenue. Les faits pathologiques viennent encore donner un démenti à ceux qui, dans la paralysie du trijumeau, seraient tentés d'expliquer les aberrations de la vue par la dilatation pupillaire; car la vue n'est pas seulement affaiblie; elle est parfois abolie complétement; et puis, la mydriase elle-même n'existe pas toujours dans l'anesthésie faciale, et souvent l'iris peut encore se contracter sous l'influence de l'autre œil.

Mais si ces diverses objections n'ont pas à nos yeux une grande valeur, nous devons ajouter aussi qu'il en existe d'autres plus embarrassantes, nous voulons parler des faits pathologiques qui semblent contredire les premiers que nous avons fait connaître; des cas, en un mot, où l'on a observé la paralysie faciale avec intégrité de la vision. En voici quelques exemples:

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 18 décembre 1844.

M. Nélaton présente une femme à laquelle il a enlevé une grande portion du maxillaire inférieur envahie par un cancer encéphaloïde. La tumeur avait déjà été montrée à la Société. Une section de l'os a été faite à droite entre la petite dent molaire et la canine; une autre section a porté à deux centimètres au-dessus de l'angle maxillaire gauche. Onze dents ont ainsi été enlevées avec cette portion d'os. La langue a été fixée avec un fil passé à travers le frein et lié aux dents incisives supérieures. Aujourd'hui la guérison est complète, et la malade n'a éprouvé ni accidents consécutifs, ni des accidents tardifs quelquefois observés quand une grande portion du maxillaire inférieur a été ainsi enlevée,

— *M. Huguier* obtient la parole sur le mémoire lu dans la précédente séance par M. Cullerier. Ce dernier chirurgien admet la classification très ancienne des accidents syphilitiques appelés d'après l'ordre de leur développement: 1° accidents primitifs; 2° accidents secondaires; 3° accidents tertiaires. Cette marche régulière de la vérole ne serait pas même entravée par l'administration du mercure.

M. Huguier oppose à M. Cullerier d'abord les autorités, puis la physiologie, l'anatomie, enfin les faits. De ces faits contraires à la filiation si régulière des symptômes syphilitiques, on en trouve un dans les observations contenues dans le travail de M. Cullerier. A la vérité, ce chirurgien a constaté un condylome à l'anus, qui, selon lui, pourrait bien appartenir à une infection antérieure à celle qui a été suivie d'accidents du côté des os, accidents qui, au lieu d'être seulement secondaires, se trouveraient concorder avec la doctrine qu'il soutient, et, reprenant leur place, ils deviendraient réellement tertiaires. Mais M. Huguier ne voit là qu'une explication, et non un fait. Or, dans cette question, ce sont surtout les faits qui doivent former la conviction des chirurgiens. Entre autres faits, M. Huguier en choisit deux. Dans le premier cas, il est question d'un nouveau-né. Sa mère avait eu la vérole au cinquième mois de la grossesse; l'enfant est venu au monde avec des affections des os, du nez, avec des périostoses aux os des doigts: il est donc né avec des symptômes tertiaires, et on n'a constaté chez lui aucun des symptômes qui précèdent toujours, dit-on, ces prétendus symptômes tertiaires.

Le second fait cité par M. Huguier est relatif à une femme de son service, et qui présente encore les symptômes dits tertiaires sans avoir présenté les secondaires. Cette malade a été montrée par M. Huguier à M. Cullerier lui-même, lequel a pu constater le fait. Après ces objections, M. Huguier entre dans des considérations relatives aux tubercules plats ou pustules muqueuses, qui peuvent être considérés comme des accidents primitifs ou secondaires. Selon M. Huguier, cette forme de la vérole peut se transmettre, quoiqu'elle ne soit pas inoculable; car, dit M. Huguier, l'inoculation artificielle n'a jamais la force de l'inoculation ordinaire. Cependant il cite un fait qui prouverait que l'inoculation a eu lieu par une éponge qui avait servi à la toilette d'une femme portant des pustules muqueuses à la vulve; elle eut l'imprudence de laver ses deux petites filles avec cette même éponge, et les enfants eurent à l'anus des tubercules plats analogues à ceux que la mère portait à la vulve.

M. Cullerier insiste pour qu'on note le condylome de la femme qui fait le sujet de son observation; car l'existence de cette tumeur fait supposer une infection plus ancienne que celle qui a été suivie d'accidents du côté des os du crâne. D'ailleurs, là où était l'exostose, la femme avait reçu un coup; ce qui a pu hâter le développement de la tumeur osseuse.

M. Huguier avait fait remarquer une cause d'erreur quand on recueille les observations de vérole ancienne. Ainsi le malade peut avoir eu d'autres affections de la peau qui ne sont pas des syphilides, et qu'on peut noter cependant comme telles. A cela, M. Cullerier répond que dans son interrogatoire il a soin d'indiquer les caractères des syphilides aux malades, afin d'être suffisamment éclairé par eux. Quand il note la syphilide, c'est qu'il y a eu réellement quelque chose de vénérien du côté de la peau ou des muqueuses. Quant à la malade qui lui a été présentée par M. Huguier, M. Cullerier fait remarquer qu'elle a eu la petite vérole; ce qui fait qu'il n'est pas facile de savoir s'il y a eu d'autres affections de la peau. D'ailleurs cette même malade a les amygdales hypertrophiées, et aux angles des lèvres sont quelques stigmates d'une nature suspecte. Ces deux circonstances pourraient bien faire supposer qu'il y a eu dans la bouche des accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle secondaires.

Relativement à l'enfant qui aurait eu des symptômes tertiaires sans avoir présenté à l'observation de M. Huguier aucun phénomène secondaire, M. Cullerier répond que ce qui n'a pas eu lieu après la naissance a pu très bien se produire pendant la vie interne et externe. Ainsi cet enfant, pendant qu'il était embryon, a pu avoir des syphilides. D'ailleurs les enfants nés de parents ayant présenté la vérole constitutionnelle avant la conception procréaient des enfants avec des symptômes directement tertiaires.

M. Malgaigne trouve la discussion très intéressante. Il s'étonne seulement que des chirurgiens qui sont à la tête de services spéciaux ne l'abordent pas comme MM. Huguier et Cullerier. Car ici les autorités, les raisonnements ne sont rien, les faits sont tout. Au silence qui se fait sur cette question, il semblerait que les faits à opposer à M. Cullerier sont extrêmement rares, quoiqu'il reconnaisse que dans le travail même de ce collègue il en est un qui semble parler contre lui.

M. Huguier répond que les faits exceptionnels que M. Malgaigne dit si rares, sont plus nombreux que ceux qu'il a cités. Les cahiers d'observations sont là pour l'attester.

M. Guersant cite des faits à l'appui de la contagion des tubercules plats et de leur existence avant tout autre symptôme syphilitique. Il a observé plusieurs jeunes garçons dont on avait abusé et qui présentaient comme premiers phénomènes observables des tubercules plats autour de l'anus.

— *M. Huguier* présente les os d'une jambe d'une femme syphilitique qui avait une ostéite très développée. On voit les canaux osseux très marqués; c'est un degré beaucoup plus avancé que celui offert par le fémur qui a été présenté par M. Nélaton dans la dernière séance,

— *M. Nélaton* présente à la Société un spina ventosa qui a envahi presque tout un fémur. L'ensemble de la tumeur est énorme. Elle est composée d'une infinité de cellules remplies d'un liquide qui ressemble à une décoction gommeuse qu'on aurait fortement rougie avec du sang

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie; par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE. — Deux vol. in-8°. Paris, 1845. Chez Dentu.

Je viens d'achever la lecture d'un livre qui prendra place dans toutes les bibliothèques, à côté de la *Physiologie et de l'hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit*. Mais j'éprouve une extrême difficulté à en rendre compte; car si je cède au plaisir qu'il m'a procuré, j'en citerai à chaque instant des fragments, et j'arriverai au terme de cet article, ayant à peine indiqué deux ou trois études; si je me borne, au contraire, à donner une idée générale de l'ouvrage, je passerai sous silence cette finesse d'aperçus, cette clarté de déductions, ce bonheur d'expressions, ce coloris de la phrase qui font de M. Réveillé-Parise un des écrivains qui captivent le plus constamment l'attention.

Forcé d'opter entre ces deux manières, je choisis la seconde, tout en me proposant de faire quelques emprunts à la première. M. Réveillé-Parise, qui recommande avec juste raison l'union de la philosophie et de la médecine, montre, par sa première étude sur la santé, que l'élévation de la pensée peut très bien s'allier avec l'exercice de la pratique. Tout ce qu'il importe de connaître, de faire, d'éviter pour conserver un bien aussi précieux, qu'on sacrifie sans cesse aux affaires, est parfaitement indiqué dans ce chapitre, et formulé d'une manière précise par cette phrase: que la santé réside dans l'équilibre normal de l'excitement et de l'excitabilité organiques. Quelque fondés cependant que soient les préceptes de l'auteur, je crains bien que le besoin continuel d'émotions soit un obstacle invincible à leur réalisation.

Je voudrais dire un mot du principe général et des inductions pratiques relatives à la convalescence dans les maladies aiguës, de l'emploi des feuilles de plomb dans le pansement des plaies et ulcères en voie de cicatrisation, du dialogue si remarquable des deux médecins sur la science et la profession; je consacrerai seulement quelques lignes au mémoire sur l'Imagination, considérée comme cause de progrès scientifique. C'est une opinion établie dans les sciences, qu'il faut se défier de l'imagination et laissser cette folle aux poètes et aux romanciers. M. Réveillé-Parise s'élève avec force contre une pareille erreur. Sans doute, dit-il, l'imagination a besoin de régulateur, mais tout ce qui est marqué du sceau de l'invention lui appartient. car, l'histoire à la main, on prouverait qu'une foule de découvertes lui sont dues. C'est ainsi, par exemple, que Bacon devine l'attraction, Newton la combustion du diamant, Marjow une espèce d'air particulier, etc.; la véritable imagination est, pour ainsi dire, une seconde vue qui, dans beaucoup de cas, peut être considérée comme le sens intime du vrai. Voulez-vous encore des noms, il est facile d'en citer beaucoup, même en médecine.

Qu'ont été Paracelse, Vanhelmont, Harvey, Boerhaave, Stahl, Hoffmann, Brown, Bordeu, Bartez, etc., des hommes doués d'une grande et pénétrante imagination, bien qu'à des degrés différents. Linné avait cette faculté au plus haut point. Haller, Bonnet, de Saussure se sont servis de l'imagination sans cesser néanmoins de s'appuyer sur le fait et les phénomènes sensibles. Personne n'eut peut-être une imagination plus exaltée que Napoléon; sa pensée, qui volait sur l'aile de la foudre, dit Fontanes, avait toujours quelque chose de grand, d'extraordinaire, de gigantesque.

M. Réveillé-Parise, après avoir réuni un grand nombre de faits curieux qui mettent hors de doute toute la puissance de l'imagination, pose en principe qu'il n'y a que les systèmes bien coordonnés qui remuent les esprits, les agitent et forment la science. Aussi peut-on regarder comme incontestable cette proposition: Les hommes à idées mèneront toujours ceux qui n'ont que les faits pour eux.

Le second volume commence par une étude très remarquable sur la médecine morale. C'est celle que nous avons lue avec le plus de plaisir, parce qu'elle se rattache à nos recherches, quoique M. Réveillé-Parise n'ait étudié les maladies morales que dans leurs rapports avec la personnalité. Il y a dix ans, en effet, nous écrivions que les causes morales sont dans les pays civilisés les excitants les plus ordinaires de la folie, et que la conséquence de ce fait était que ces nations devaient compter le plus d'aliénés. (De l'influence de la civilisation sur la production de la folie; *Annales d'hygiène.*)

Les quatre cinquièmes des hommes, remarque le médecin Elie de La Poterie, meurent de chagrin, et cette assertion est beaucoup plus véritable qu'on n'est tenté de le croire. A vrai dire, ajoute M. Réveillé-Parise, il est peu de maladie, dans notre état actuel de civilisation, qui ne soit le contre-coup d'une grande et vive affection morale, elle en est le résultat certain dans un temps donné, temps qu'il faut mesurer d'après la violence de l'attaque et la disposition individuelle. Un anévrisme au cœur, un engorgement au foie, un squirre au pylore, un épanchement dans le cerveau, le ramollissement d'un des points de cet organe, une fièvre typhoïde, le plus grand nombre des maladies nerveuses, etc., proviennent plus ou moins directement d'un malheur éprouvé depuis longtemps, mais dont le poids, le souvenir, *velut spina in corde*, ont tout à coup brisé ou détruit peu à peu les ressorts de l'économie. Le chagrin concentré fut le vautour qui déchira les entrailles de Napoléon enchaîné sur le rocher de Saint-Hélène.

De tous les organes, celui qui est le plus exposé aux atteintes de la douleur morale, est sans contredit le cerveau. Mais comme le dit l'auteur dans un exemple parfaitement choisi, comment se fait-il qu'une idée puisse produire les désorganisations les plus profondes? Un homme apprend qu'à deux mille lieues de distance le vaisseau qui portait sa fortune a été englouti; qu'une banqueroute imprévue le ré-

duit à l'indigence ; que son fils unique a perdu la vie, etc. ; rien ne le touche, rien ne l'atteint physiquement, mais l'épine morale, enfoncée dans le cerveau, va presque infailliblement amener les plus graves accidents. Le premier de tous est une commotion extrême, rapide, fulgurante, qui étrangle l'organe. A ce choc électrique succède une douleur plus fixe, plus profonde, dont le résultat est d'irriter continuellement le cerveau ; puis plus tard la méningite, les congestions, l'apoplexie, les paralysies, les ramollissements, l'aliénation mentale, etc. Mais où donc est la racine de tant de maux ? Dans une idée, et cette idée commande à toutes les autres z

Le bon sens ne dit-il point qu'en pareil cas les médicaments ne seront que des palliatifs, que c'est l'idée dont il faut triompher ; c'est aussi ce que l'auteur démontre de la manière la plus évidente, ses indications pratiques révèlent toute la supériorité de la médecine morale sur celle qui ne voit que des lésions locales qu'il faut traiter par des remèdes. Ce chapitre devra être médité par tous les médecins qui s'occupent des affections nerveuses ; ils y trouveront des règles excellentes de conduite.

Le mémoire sur l'existence et la cause organique du tempérament mélancolique porte le cachet d'une saine observation. Après l'avoir lu, on reste convaincu avec l'auteur que ce tempérament existe comme type primitif, et que sa cause organique consiste dans la prédominance du système veineux.

Il nous resterait encore à parler du mémoire sur une nouvelle méthode de hâter la guérison des plaies récentes, de l'hygiène du corset, de l'étude de la base du progrès de la science de l'homme, et surtout de ces charmantes notices biographiques dont plusieurs sont enrichies de *fac simile* très curieux ; mais nous ne pouvons dépasser les limites qui nous sont imposées, et nous engageons tous ceux qui aiment les bonnes choses bien dites à lire les Études de M. Réveillé-Parise. Un pareil livre repose agréablement l'esprit de l'ennui causé par tant d'écrits médiocres et prétentieux.

A. Brierre de Boismont.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de quelques composés cyaniques dans le traitement des maladies des yeux; par M. le docteur Florent Cunier.

Les yeux des individus qui ont succombé à un empoisonnement par l'acide cyanhydrique ne présentent point l'apparence d'obscurcissement que l'on observe ordinairement dans les yeux des autres cadavres. Loin de là, ils sont, au contraire, très limpides, et les pupilles sont fortement dilatées. L'observation de cette particularité a conduit M. le docteur Turnbull, de Londres, à l'emploi de l'acide hydrocyanique dans le traitement de diverses affections des yeux, et c'est ce praticien qui, le premier, a tenté l'essai de cette puissante médication.

Le premier malade que M. Cunier soumit au traitement proposé par le médecin anglais, était un jeune homme âgé de vingt-un ans, d'une constitution éminemment lymphatique, et affecté depuis quarante-neuf jours d'une photophobie des plus intenses, avec épiphora et blépharospasme. Ce ne fut qu'après l'emploi inutile de divers moyens que les instillations d'acide cyanhydrique médicinal entre les paupières furent mises en pratique. Au sixième jour de ce traitement, la cornée avait déjà recouvré tout son éclat, et la lumière était supportée sans aucune difficulté ; mais, par contre, l'acide ne pouvait plus l'être, et commençait à produire quelques accidents d'intoxication. Le trouble général qui était résulté de cette circonstance ayant cédé le lendemain, on passa à l'usage de lotions avec un soluté de cyanure de potassium, et l'on arriva ainsi à obtenir une guérison complète.

Chez un second sujet affecté de la même manière que le précédent, le même traitement fut suivi d'un semblable succès ; avec cette différence toutefois, qu'on se borna à l'usage de lotions pratiquées avec un mélange préparé d'après la formule suivante :

Pr. Hydrolat de belladone,	100 grammes.
Acide cyanhydrique médicinal,	20 gouttes.

M. et renfermer dans un flacon bien bouché et revêtu d'un papier noir.

Dans un troisième cas, où il s'agissait d'une ophthalmie scrofuleuse avec photophobie, on prescrivit d'abord l'emploi d'une pommade avec le cyanure de zinc. Sous l'influence de cette médication, les symptômes commencèrent d'abord à s'amender ; mais bientôt il y eut une rechute, et, dès lors, le cyanure de zinc et l'acide cyanhydrique restèrent impuissants à conjurer les accidents. Le chlorure de baryum et différents autres moyens révulsifs et toniques furent employés, et leur usage amena une nouvelle amélioration dans l'espace de douze jours. Alors, on revint aux applications de cyanure de zinc qui suffirent pour achever la guerison.

M. Cunier a obtenu, à l'aide des composés cyaniques, de rapides guérisons dans des cas d'ulcérations asthéniques de la cornée.

Un pannus vasculaire torpide, avec ulcération centrale, s'est très promptement amélioré sous l'influence d'un soluté de cyanure potassique d'abord, puis d'une pommade avec le cyanure de zinc.

Les douleurs du glaucome, les douleurs névralgiques symptomatiques de l'iritis, et parfois aussi celles des névralgies de la cinquième paire, sont très efficacement calmées par l'huile volatile d'amandes amères : mais cette essence ne doit point être introduite entre les paupières, car elle y est d'un effet nul ou nuisible. Il en est de même de l'huile volatile de laurier-cerise.

Ce qui a particulièrement attiré l'attention de l'auteur, c'est la rapidité avec laquelle l'emploi des instillations a procuré la cicatrisation des ulcères de la cornée, et déterminé la résorption d'épanchements toujours si lents à disparattre. Aussi est-ce aux cas de ce genre et aux pertes de transparence de la cornée qu'il conseille d'en restreindre l'emploi, en donnant la préférence an cyanure de zinc qu'il regarde comme étant moins dangereux à manier que les autres combinaisons cyaniques, et surtout comme étant moins sujet à varier dans ses effets. La dose à laquelle M. Cunier emploie ce médicament est de dix à vingt centigrammes pour quatre grammes d'excipient : dans un cas seulement, il l'a portée jusqu'à cinquante centigrammes sans qu'il en ait vu résulter aucun inconvénient. (*Annales d'Oculistique.*)

De l'ergotine et de ses effets thérapeutiques dans les cas d'hémorrhagie ; par M. le docteur Ebers, de Breslau.

Tandis que quelques auteurs repoussent l'ergot de seigle comme un moyen trop énergique (Hossak l'appelait *pulvis ad mortem*). d'autres, l'ont rayé de la liste des substances médicamenteuses sous prétexte qu'il était entièrment inerte.

La même divergence règne encore sur l'origine de cette production ; car, les uns la considèrent comme le résultat d'une maladie du seigle (Vauquelin, Desgranges), d'autres la preunent pour un champignon ; ainsi c'est un *Fungus* pour De Candolle, Wiggers et autres, un *Clavaria* pour Muenchhausen ; enfin, d'après les dernières opinions émises sur ce point par Debange, un insecte de la famille des téléphores doit déposer sur le grain un liquide qui le transforme en ergot, et la macération de cet insecte doit, d'après cet observateur, donner un suc qu'il appelle *liqueur obstétricale*.

Autant qu'il est possible d'en juger, l'ergot a commencé par figurer dens la médecine populaire, et il a été employé anciennement pour faciliter l'accouchement (C. Bauhin, Geoffroy). Les causes de la diversité des sentiments professés au sujet de cette substance, paraissent surtout devoir être rapportées à l'époque de sa récolte et à la manière d'y procéder. Mais aujourd'hui, on sait positivement que l'ergot recueilli avant la maturité du seigle, et alors qu'il est encore doué d'une qualité huileuse et grasse, est toujours actif. En outre, il faut observer que, dans les années sèches, la présence d'une grande quantité d'ergot dans le seigle produit rarement des effets nuisibles sur la santé des hommes, tandis que le contraire a lieu dans les années humides ; c'est, d'ailleurs, ce qui a lieu également pour d'autres principes végétaux, tels, par exemple, que le *Lolium temulentum*, le *Melampyrum arvense*, etc.

Vauquelin avait déjà examiné l'ergot (Ann. de chimie et de physique, t. III, p. 337); cependant Wiggers doit être regardé comme celui qui a découvert le principe essentiellement actil de cette production (Annalen der Pharmacie, t. I, p. 171 ; Berzelius, Jahresberichat, t. XIII, p. 319).

La seule bonne préparation de cette substance, et qui n'a jamais donné lieu à la manifestation d'aucun accident, est, suivant M. Ebers, l'ergot obtenu d'après le procédé indiqué paa M. Bonjean. C'est avec cette préparation, à la dose de dix à quinze centigrammes toutes les deux heures, que l'auteur a entrepris une série d'essais.

M. Ebers s'en est servi avec un avantage remarquable contre les hémorrhagies utérines qui compliquent le cancer de la matrice et qui, en épuisant si profondément les forces des pauvres malades, amènent si rapidement la mort. Ce résultat est d'autant plus important que les divers médicaments styptiques recommandés jusqu'ici contre ces hémorrhagies, tels que les acides minéraux, l'opium et notamment les préparations ferrugineuses, ne sont que d'un effet très incertain, ont l'inconvénient grave de tourmenter les malades de différentes manières et peuvent même empirer leur état. D'un autre côté, l'inefficacité des moyens styptiques employés à l'extérieur est assez connue. C'est donc une véritable bonne fortune pour les thérapeutistes de posséder dans l'ergotine un moyen d'une action sûre contre un accident aussi grave que la métrorrhagie, et qui n'exerce aucune influence nuisible sur les fonctions digestives ordinairement lésées ou faciles à déranger à cette période de l'affection squirrheuse de l'utérus. L'auteur a vu généralement l'écoulement du sang s'arrêter après l'administration d'une douzaine de doses d'ergotine.

M. Ebers a employé avec non moins de succès le même médicament contre les hémorrhagies atoniques de l'utérus, soit dans le jeune âge, soit surtout à l'époque de la ménopause.

Dans les cas où l'on ne peut se procursr d'ergotine, on peut prescrire en remplacement, bien qu'elle ne puisse lui être assimilée pour le degré d'efficacité, l'infusion de Wright préparée d'après la manière suivante :

Pr. Ergot de seigle concassé,	100 grammes ;
Eau bouillante,	500 id. ;

F. macérer pendant trois heures, passer et ajouter à la colature,

Suc de citron récemment exprimé,	5 grammes.

M. S. A.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

NOUVELLES.

Le ministre de la guerre vient de donner des ordres pour qu'il soit créé dans les principaux hôpitaux de l'Agérie des Bibliothèques composées d'ouvrages de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires.

— Le 10 janvier, M. Édouard ROBIN, commencera par la Chimie, la Physique, l'Histoire naturelle et les Mathématiques, une nouvelle série de Cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen de médecine.

— M. le docteur Belhomme commencera son cours sur les maladies mentales, le mercredi 8 janvier, à sept heures et demie du soir, à l'Athénée royal.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 3. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 8 JANVIER 1845.

L'Académie de médecine a bien commencé l'année; sa première séance a été remplie d'émotions et d'orage, et quoiqu'elle n'ait duré qu'une heure, son nouveau président a rencontré du premier coup une belle occasion de mettre en lumière son aptitude et ses talents. De quoi s'agissait-il? d'un sujet que l'on était bien en droit de croire usé et épuisé, et que d'imprudentes et maladroites manœuvres ont réveillé de son sommeil. En quelques mots, voici le fait.

On se souvient de l'émouvante et dramatique discussion que suscita le rapport de M. Velpeau sur le mémoire de M. Malgaigne, relatif à la myotomie rachidienne. On se rappelle encore le vote solennel et décisif qui termina cette discussion. L'Académie, à une immense majorité, décida par scrutin secret que le travail de M. Malgaigne serait publié dans son *Bulletin*.

Eh bien! il allait arriver, sans la courageuse insistance de M. Velpeau, que cette décision de l'Académie, grave, solennelle, prise après une longue et complète discussion, aurait été regardée comme non avenue, et que sa signification, sa portée, son importance allaient être complétement dénaturées.

En effet, le Mémoire de M. Malgaigne se composait de deux parties; une première, dogmatique, basée sur les faits retrouvés, vus et observés par lui, dont elle n'était que le reflet, l'analyse, la conséquence; l'autre, purement graphique, renfermant ces faits eux-mêmes dans tous les détails de leur description.

Or, suivant en cela tous les usages, toutes les habitudes académiques, M. Malgaigne, pour épargner à la Compagnie les ennuis d'une longue lecture, n'avait lu que la première partie de son travail. Il avait déposé la seconde entre les mains de la commission nommée pour le juger.

C'est principalement, on se le rappelle, sur la seconde partie de ce travail que roula le rapport de la commission. Il s'agissait, en effet, de juger les résultats d'une méthode thérapeutique? Quelle méthode employer, si ce n'est de vérifier les faits. C'est à cela que se livra surtout la commission, et c'est ce qu'elle exposa dans les plus grands détails devant l'Académie tout entière.

Or, il est arrivé que le conseil d'administration, sans autre forme de procès, a supprimé, à l'impression, la seconde partie du Mémoire de M. Malgaigne. Sur quoi s'est-il fondé pour s'armer ainsi des ciseaux de la censure? D'une prétendue non-communication de ces pièces à l'Académie.

Evidemment ce n'était là qu'un prétexte, qu'une occasion pour des amis imprudents de donner une fiche de consolation à un ami vaincu.

Imprudents, disons-nous; peut-on imaginer, en effet, des motifs aussi pauvres, aussi dénués de sens et de raison, que ceux qui ont été invoqués pour soutenir un acte aussi arbitraire! Les faits n'avaient pas été communiqués à l'Académie, dit-on; mais qu'a donc fait la commission, si ce n'est de les examiner ces faits, de les vérifier, d'aller à leur recherche, et de venir ensuite exposer, sur son honneur, ce qu'elle avait vu et observé?

Cette partie du mémoire n'a pas été lue devant l'Académie, ajoute-t-on; mais n'est-ce pas l'histoire quotidienne de tous les corps savants? N'arrive-t-il pas tous les jours qu'un auteur ne communique que les conclusions de son travail, déposant entre les mains des commissaires les faits et les preuves qui les appuient?

Tout cela manque de franchise et de sincérité. Remis du vote accablant et décisif de l'Académie, vous avez voulu l'atténuer, l'escamoter en quelque sorte; et alors que celui que ce vote intéressait le plus est sagement rentré dans le silence, vous, ses amis maladroits et imprudents, avez ranimé une querelle éteinte, ravivé une plaie saignante encore, et remis en présence des hostilités qui ne demandaient que l'oubli.

L'Académie, plus patiente assurément qu'elle n'aurait dû l'être, a écouté pendant une heure les développements des singulières raisons alléguées par ceux qui, du reste, juges et parties, voulaient justifier l'acte du conseil d'administration. M. Velpeau a combattu cette vicieuse argumentation avec un succès complet, et toute cette grande discussion a abouti à une espèce d'ordre du jour motivé, proposé par M. Gaulthier de Claubry, sur l'intention duquel nul doute ne pourra s'élever après avoir lu les termes mêmes dont s'est servi cet honorable académicien.

Pour notre compte, nous aurions voulu un vote plus net et plus explicite; l'occasion était belle et opportune de mettre au néant une fois pour toutes ces petites et misérables intrigues qui déconsidèrent l'Académie; l'occasion était belle encore de pénétrer dans les obscurités de ce conseil d'administration qui s'arroge des droits exorbitants, et qui cherche à imposer ses décisions arbitraires et souvent partiales à toute une compagnie dont la première vertu, comme le premier devoir, doit être la justice pour tous.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

(Suite du n° du 26 et 28 décembre 1844.)

Granulations du col utérin.

Nous avons dit qu'en même temps qu'il y avait de la rougeur au col de l'utérus, dans l'affection qui nous occupe, il n'y avait ni augmentation de chaleur, ni exaltation de la sensibilité. D'après cela, on est naturellement et forcément conduit à se demander: Les granulations du col utérin sont-elles le résultat d'une inflammation? L'état granuleux est-il un état phlegmatique?

Comparées aux parties voisines, les parties du col qui sont le siége de la maladie sont évidemment en relief. Quelques médecins ont employé, pour désigner l'état dont nous vous avons donné la description, les mots excoriations, ulcérations. Il est facile de voir que cette désignation est impropre; lorsqu'il y a ulcération, il y a nécessairement un creux, une perte de substance plus ou moins profonde, plus ou moins étendue, selon les cas. Dans l'état granuleux du col utérin, il y a relief et saillie. Un des phénomènes qui coïncident souvent avec cette disposition du col de l'utérus, c'est l'absence de conception; une sorte de stérilité accidentelle et symptômatique. Cependant, ce n'est point un phénomène constant. Il y a des femmes qui deviennent enceintes non-seulement pendant le cours de la maladie, mais pendant le cours du traitement, et alors que l'on pratique des cautérisations. Néanmoins, nous le répétons, dans le plus grand nombre de cas il y a stérilité, et en examinant avec le soin le plus scrupuleux les conditions dans lesquelles se trouve l'utérus, on ne trouve rien qui puisse expliquer l'absence de conception. On doit donc se demander, vu cette coïncidence, vu aussi l'absence de lésions organiques ou de changements de position dans l'organe lui-même, si ces granulations ne sont pas pour quelque chose dans la stérilité de la femme. Il y a certainement dans cette affection quelque chose qui peut faire que ces granulations ne soient pas étrangères à la stérilité. Lorsque la membrane muqueuse qui tapisse la surface interne de l'orifice utérin est tuméfiée, cette tuméfaction diminue d'autant le diamètre de l'orifice, et peut s'opposer à la pénétration du sperme dans la cavité de l'organe. Puis la viscosité, la glutinosité du liquide muqueux qui s'échappe de cette ouverture, et sur les propriétés physiques duquel nous nous sommes longuement étendu, s'opposent encore à la fécondation. Nous avons dit que ce mucus est tellement tenace, qu'il est difficile de l'enlever même avec des pinces. Toutes ces circonstances se réunissent donc pour rendre difficile la solution de la question.

Ce qui nous porterait encore à croire que cet état granuleux peut s'opposer à la fécondation, c'est que nous avons vu des femmes qui étaient mariées depuis plusieurs années, et qui étaient affectées de maladies de ce genre, devenir enceintes après avoir été soumises à un traitement sévère et à des cautérisations répétées, suivies de guérison. Les cas de cette nature, dans lesquels il y a eu conception après la disparition des granulations chez des femmes jusque-là stériles, sans être très nombreux, ne sont pas non plus tellement rares, que l'on ne puisse croire qu'il y a quelquefois entre ces deux circonstances rapport de cause à effet.

On ne voit guère de femmes chez lesquelles l'état granuleux du col utérin influe notablement sur l'embonpoint, les forces, la santé générale. La leucorrhée plus abondante, la présence du mucus utérin, les dérangements fréquents dans la menstruation, quelques douleurs, mais vagues et supportables dans les aines, la région lombaire, le bas ventre, constituent le plus souvent presque tous les symptômes. Puis il y a encore, et nous ne devons pas les passer sous silence, quelques douleurs d'estomac que les malades désignent sous le nom de tiraillements. Ces souffrances ont cela de particulier et d'important pour le diagnostic, que, quand elles sont sympathiques d'un état morbide de l'utérus, la présence des aliments dans l'estomac n'amène aucun changement, tandis que dans les douleurs de l'estomac qui sont idiopathiques, la présence des aliments n'est pas du tout chose indifférente.

Il n'est pas rare qu'il y ait déplacement de l'utérus, soit antéversion, soit rétroversion, et alors il faudrait appliquer un pessaire pour maintenir l'organe dans sa position normale.

FEUILLETON.

MOTIFS ET PROCÉDÉS D'UNE COMPLÈTE RÉVISION DES LOIS ET ORDONNANCES RELATIVES AUX QUARANTAINES;

PAR M. E. LAGASQUIE,
Membre de la commission médicale d'Égypte (en 1828, 29 et 30),
et vice-président de la Société orientale.

Instituée pour veiller sur la santé publique, non moins que pour sanctionner le progrès et signaler l'erreur dans les diverses branches de l'art de guérir, l'Académie royale de médecine s'est livrée dans le courant de cette année à de longues et de vives discussions concernant l'origine de la peste, et la grave question des quarantaines qui s'y rattache implicitement. L'Institut, le Gouvernement lui-même, ont été plusieurs fois sollicités de prendre en sérieuse considération cet objet important. La presse médicale et politique s'en est activement occupée. Après les faits qui ont été produits, les débats qu'ils ont soulevés et l'ébranlement qu'en a reçu l'opinion publique, l'immobilité des institutions quarantenaires ne me paraît plus possible, et cela me détermina à reproduire un projet de révision que je soumis en 1835 à M. le ministre du commerce. D'ailleurs, les travaux particuliers et les ordonnances royales qui ont ultérieurement paru sur le même sujet, n'ont fait que me fortifier dans l'opinion où j'étais alors qu'une époque d'examen et de libre discussion comme la nôtre, comprendrait tôt ou tard dans ses actives investigations l'appréciation des motifs surannés de notre législation sanitaire.

A moins d'épreuves personnelles et de recherches spéciales, on se fait difficilement une juste idée des dépenses, des longueurs, des embarras et des ennuis que les quarantaines engendrent dans les relations maritimes de la France avec les contrées du Levant. Dès l'origine de ces institutions, le sentiment public d'imminents et de terribles dangers dut parler bien haut pour que la nation consentît à s'imposer d'aussi lourdes entraves; et l'habitude, qui allége le poids de tant de sacrifices, n'a jamais pu faire oublier combien était précieuse la liberté des communications, qu'il fallut alors sacrifier à de sinistres appréhenrions.

Pour maintenir les quarantaines, l'Etat s'appuie toujours des mêmes motifs qui les firent instituer; mais ces mesures préventives, longtemps acceptées avec une confiance aveugle, sont aujourd'hui soumises à l'examen et à la discussion. Tandis que l'immunité de cent vingt-cinq ans éloigne de nos esprits les craintes de la peste, le sentiment d'une foule d'intérêts froissés devient de plus en plus pressant, et l'on se demande si les règlements sanitaires destinés à écarter ce fléau de notre pays ont été conçus sans prévention, s'ils ont été mûrement réfléchis et basés sur une expérience péremptoire.

Déjà bien des fois, sans doute, des plaintes intéressées ou de simples opinions scientifiques (de non contagion) ont sollicité du gouvernement français une révision des statuts qui concernent les quarantaines. Mais en appelant son attention et sa sollicitude sur cette source vive de dépenses et d'embarras, a-t-on proposé une enquête sage et rassurante pour procéder à des réformes légitimes peut-être, et dans tous les cas ardemment souhaitées? A-t-on suffisamment songé que la sécurité de la France contre la peste, et la facilité des relations avec l'Orient devaient se combiner dans la mesure d'une haute raison et d'une sage expérience, et n'être point sacrifiées l'une à l'autre? Car il ne faut point oublier que le bienfait des lois de salubrité ressemble à une Providence occulte, tandis que les lésions d'intérêts qu'elles occasionnent, les plaintes qu'elles soulèvent frappent facilement tous les sens et tous les esprits.

Pour nous qui n'avons point d'opinion anticipée sur les conséquences du projet de révision, dont nous exposerons bientôt les bases, disons d'abord ce qui motive à nos yeux son utilité et son opportunité. Pour être acceptées sans murmure, avec le respect et la soumission dus à des institutions vraiment tutélaires, les règlements sanitaires qui nous occupent en ce moment ont besoin, avant tout, d'une autorité morale qui leur manque. De qui les tenons-nous? Sur quels documents authentiques sont-ils fondés? Et suffirait-il d'ailleurs de citer quelques noms respectables et quelques faits bien observés pour motiver suffisamment tout un code sanitaire? Non, il faudrait le concours des lumières spéciales de plusieurs hommes s'exerçant, au grand jour de la publicité, sur une masse de documents bien établis. Et puis on n'ignore pas qu'un grand nombre d'articles, toujours en vigueur, furent formulés sous l'empire des sinistres préoccupations de l'affreuse peste de Marseille en 1720. Or, dans une telle disposition des esprits, le principe de la contagion ayant prévalu, on dut aller vite en besogne pour en déduire les conséquences les plus rigoureuses, préférant dépasser le but que de s'exposer à ne pas l'atteindre. Et certes, si l'opinion publique fut alors égarée par les frayeurs et les préventions, ce ne sont pas les intendances sanitaires, gardiennes de ces nouvelles lois, qui ont pu s'appliquer à la ramener, puisque ces intendances, aujourd'hui fortes de leur durée, ont toujours eu un intérêt d'existence à fomenter les craintes de la peste. Ainsi, l'utilité de revoir cette législation se fonde principalement sur son défaut d'autorité morale, on obéit en murmurant, parce qu'il manque la conviction de faire un sacrifice bien entendu au maintien de la santé publique.

L'opportunité de cette révision est plus évidente encore, dès qu'il est avéré que d'autres nations d'Europe ont tellement modifié leur régime des quarantaines qu'elles les ont en quelque sorte abolies. Qu'on songe donc à ce qui arrivera si déjà l'Angleterre, l'Autriche, et, plus tard, l'Espagne, l'Italie, la Grèce, les provinces du Danube, admettent immédiatement en *libre-pratique* les provenances de l'Orient! C'est que nos ports de la Méditerranée deviendront déserts; négociants et voyageurs se laisseront rebuter par la perspective d'une séquestration de 15, 20, 30, 48 jours à bord d'un navire au mouillage, ou dans l'isolement d'un lazaret. M. le docteur Aubert a fait de louables efforts pour démontrer que l'allégement des quarantaines nouvellement introduit par l'Angleterre et l'Autriche, portait un préjudice considérable à nos intérêts nationaux. Ce médecin a établi par des calculs dont une commission de la *Société orientale* a vérifié l'exactitude, qu'il pouvait y avoir économie de temps et d'argent pour un voyageur qui, de l'empire ottoman, voudrait se rendre à Paris, à débarquer à Trieste

Mais ce qui importe avant tout, c'est de guérir les granulations. Le contact du pessaire sur le col de la matrice pourrait déterminer une aggravation de l'affection, et produire des accidents fâcheux.

Dans les commencements de la maladie, on peut quelquefois suivre la marche progressive de l'affection, et la voir pour ainsi dire marcher. Si alors on examine les femmes tous les mois, par exemple, car il ne faut pas répéter ces explorations à des intervalles trop rapprochés, on voit la maladie gagner de temps en temps quelques lignes, et étendre sa circonférence. Un phénomène très curieux à noter et des plus intéressants, c'est qu'une fois que l'on a constaté la présence de ces granulations, on ne les voit jamais diminuer spontanément. Il y a encore ce point de contact et cette ressemblance entre les granulations du pharynx et celles du col de l'utérus; c'est que ni dans une partie ni dans l'autre, elles ne cèdent au traitement antiphlogistique, non plus qu'aux injections ou aux douches astringentes. Sous l'influence de ces moyens, elles changent peu d'aspect. Le repos, la continence sont aussi généralement insuffisants pour triompher de cette affection.

Dans quelques cas, voici ce que l'on observe. Lorsque l'on a commencé le traitement par la cautérisation de la surface granuleuse, qu'un amendement un peu sensible s'est produit, la malade devient enceinte. Naturellement, il est indiqué de suspendre le traitement pendant le cours de la grossesse, bien que peut-être les cautérisations superficielles ne produiraient pas d'accidents et ne présenteraient pas un grand inconvénient. Si quelque temps après l'accouchement, on examine de nouveau la malade, on est souvent fort étonné de ne plus rien trouver; les granulations, la rougeur, la tuméfaction ont complétement disparu; l'accouchement a été quelquefois l'occasion d'une guérison parfaite. Nous ferons remarquer cependant que cette terminaison, aussi imprévue qu'heureuse, ne survient que dans les cas où des cautérisations préalables et antérieures à la grossesse ont mis les parties malades dans les conditions nécessaires pour que la guérison puisse s'opérer.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas ordinairement difficile. Il y a bien des cas dans lesquels le col utérin offre une rougeur manifeste, plus ou moins circonscrite, plus ou moins vive. Mais dans la maladie qui nous occupe, il y a une élévation manifeste, un point manifeste, au-dessus du niveau des autres tissus; il y a une surface évidemment grenue, comme si des grains de millet étaient implantés sur la surface muqueuse, disposition qui n'accompagne pas les autres rougeurs du col utérin.

On ne les confondra pas avec les ulcérations et les excoriations; comme nous l'avons déjà dit plus haut, tandis que dans les granulations, la partie qui est le siége de la maladie fait une saillie notable et parfaitement appréciable, dans l'ulcération c'est le contraire, il y a dépression et perte de substance. De plus, l'état granuleux s'accompagne de l'excrétion d'un mucus glutineux, tenace, transparent ou quelquefois légèrement opaque et puriforme; l'ulcération, au contraire, présente du véritable pus à sa surface, sans mélange d'aucun mucus de ce genre. Il y a donc, entre l'état granuleux et les divers autres états morbides du col utérin, des différences très évidentes, tant sous le rapport de l'aspect que du toucher et de la nature des sécrétions qui accompagnent ces maladies.

Traitement. — De tous les moyens thérapeutiques, la cautérisation est le seul qui ait été employé avec succès. Cette cautérisation peut être faite avec des substances solides ou liquides, mais toujours d'une énergie médiocre. Ce n'est pas que des caustiques très puissants ne vinssent plus rapidement à bout de l'affection; mais le cautère actuel, le fer rouge effraie généralement les malades, et il faut prendre des précautions beaucoup plus grandes pour l'appliquer et éviter les accidents. Puis les caustiques faibles ont cet avantage que le médecin voit les tissus malades reprendre, pour ainsi dire, sous ses yeux leur aspect normal et leurs conditions naturelles. Parmi les caustiques, il en est de solides et de liquides. Nous avons donné la préférence aux premiers. Lorsqu'il s'agit de cautériser une surface granulée, ce sont les parties saillantes qu'il faut toucher les premières. Le caustique solide a, en effet, cet avantage d'atteindre d'abord les points les plus élevés. Un autre avantage, et très grand, pour l'emploi du nitrate d'argent solide, c'est que sa composition est toujours la même; tandis que les proportions des éléments qui constituent le nitrate acide liquide de mercure peuvent varier suivant les pharmacies où on l'a préparé, suivant le degré de concentration de l'acide, etc. L'inégalité de cette composition, qui détermine conséquemment l'inégalité de l'action sur les tissus malades, est un des grands inconvénients que ne présente pas le nitrate d'argent.

Les caustiques liquides ont encore d'autres inconvénients. Ils peuvent, si l'on n'a pas eu soin d'essuyer avant de s'en servir, le pinceau qui en est chargé, ils peuvent couler loin du point où on les applique et sur lesquels on veut agir. Il est quelquefois arrivé que le nitrate d'argent s'est séparé du porte-pierre sur lequel il était mal fixé, ou que le bâton, trop considérable, s'est brisé. Il faut donc le manier avec précaution, car, chez certaines femmes, il serait difficile de le retirer. Une dernière circonstance que je ne dois point oublier de vous signaler, et qui m'a fait renoncer à l'usage du nitrate de mercure, c'est qu'il est arrivé quelquefois, rarement il est vrai, de voir à la seconde ou troisième cautérisation, chez des femmes très sensibles à l'action du mercure, survenir une salivation mercurielle parfois même assez abondante; salivation qui a persisté pendant un temps assez long, et qui a nécessairement forcé de suspendre le traitement. On a reproché au nitrate d'argent de déterminer, en se mêlant aux mucosités vaginales, un écoulement qui colore le linge en noir, soit quand il y a suppuration des eschares, soit quand il s'écoule un peu de sang. Ce suintement sanguinolent est quelque chose de tout à fait insignifiant et sans aucune valeur. Quant à la manière dont on doit diriger le crayon, il ne faut pas le promener sur le museau de tanche, en badigeonnant, si nous pouvons nous servir de cette expression; mais il faut toucher la surface malade en pointillant.

On conseillait autrefois les injections après la cautérisation, pour enlever le superflu du caustique. Cette méthode nous semble également mauvaise. On doit employer le coton porté sur une pince droite à longues branches. Nous disons une pince droite, car une pince coudée ne pourrait tourner facilement entre les doigts, et c'est surtout en imprimant un mouvement de rotation au tampon de coton que l'on parvient à nettoyer une surface salie. Les cautérisations doivent être répétées un grand nombre de fois. Il faut ordinairement en faire quinze ou vingt, pour obtenir une guérison complète. Lorsque l'on se borne à pratiquer deux ou trois cautérisations, elles sont absolument inutiles et ne produisent aucun résultat. En règle générale, on doit continuer le traitement jusqu'à ce que la surface granulée ait tout à fait repris son aspect normal. Le jour où l'on a fait une cautérisation, la malade doit rester quelques heures dans un repos complet, horizontalement couchée, prendre un bain; puis, pendant le reste de la journée, éviter la trop grande fatigue. Les jours suivants, les femmes peuvent reprendre leurs occupations. Un grand nombre d'entre elles deviennent, par le fait même de leur maladie et du traitement qu'on leur fait subir, d'une susceptibilité et d'une irritabilité nerveuses telles, que souvent elles sont obligées d'interrompre le traitement parce qu'elles ne pourraient vaquer à leurs occupations habituelles. Une continence absolue et continuelle n'est pas rigoureusement nécessaire.

Il y a des médecins qui ont prétendu qu'il ne fallait pas s'occuper des granulations du col utérin, parce que cette affection ne peut avoir aucune suite grave. D'autres ont dit, au contraire, qu'il fallait s'en occuper sérieusement et avec le plus grand soin, pour prévenir les suites fâcheuses qu'a souvent l'état granuleux du col. Voici, à nous, notre opinion. Lorsqu'une femme jouit d'une bonne santé du reste, qu'elle n'éprouve pas de grandes douleurs, qu'elle a peu de flueurs blanches, il n'y a pas grande nécessité, ce nous semble, de faire un traitement très actif.

Depuis que nous pratiquons la médecine, nous n'avons pas rencontré une seule femme ayant commencé par avoir des granulations simplement au col de l'utérus, granulations qui aient dégénéré en cancer. Dans aucun cas, la maladie ne s'est terminée de cette façon, et cela ne nous étonne point; car nous ne voyons dans ces granulations rien qui ressemble en aucune manière au cancer utérin. Le carcinome utérin débute par l'apparition et le développement progressif de tumeurs globuleuses sur le col, tumeurs que l'on constate par le toucher, mais que souvent le spéculum ne fait pas découvrir. Les granulations, au contraire, commencent par l'intérieur du col, et s'étendent peu à peu de dedans en dehors; les tumeurs carcinomateuses commencent à la partie externe, et s'étendent de dehors en dedans.

Il y a donc différence du tout au tout entre les granulations et le commencement d'une lésion organique du viscère.

Quant à la nature de cette affection, nous avons employé le mot de *granulations utérines* préférablement à tout autre pour les désigner, et voici pourquoi. Elles ne sont pas le résultat d'une inflammation. Les inflammations ont une période d'accroissement, une période d'état, une période de déclin, à laquelle succède la guérison. Les affections qui ne présentent pas ces trois périodes peuvent, il est vrai, offrir des symptômes inflammatoires, mais ne sont pas de véritables et franches inflammations. Les inflammations sont des maladies que les agents excitants, de quelque nature qu'ils soient, exaspèrent, que les moyens thérapeutiques antiphlogistiques et adoucissants modèrent. Nous vous avons suffisamment fait voir que les granulations ne sont pas dans ce cas, et que les antiphlogistiques ne font rien sur elles. Puis, l'absence complète de douleurs est encore une raison qui milite en faveur de notre opinion. Dans l'état granuleux du col, il y a bien quelques souffrances, mais qui ne sont pas celles de l'inflammation. Ni le toucher, ni l'application du spéculum, ni le coït ne les rendent plus fortes.

L'affection dont nous vous entretenons paraît consister en une hypertrophie de la membrane muqueuse ou des follicules nombreux qui existent dans l'épaisseur de cette membrane, follicules qui sont plus abondants dans l'orifice utérin que partout ailleurs. Ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est que la membrane muqueuse du pharynx présente la même disposition folliculaire, et que le pharynx est le seul point du corps où se montrent aussi des granulations analogues à celles du col de l'utérus. Ce ne semble être que l'exagération d'une disposition normale; c'est à cette conclusion seule que nous conduisent et l'examen de la maladie elle-même et l'examen de son siége.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite du n° 152.)

Paralysie, emploi de la brucine.

Je m'excusais, dans le résumé du premier semestre, de donner le mot paralysie pour titre à un de mes chapitres. Ce titre est au moins singulier de la part d'un médecin qui fait son éducation au milieu d'un entraînement général, peut-être un peu exagéré, pour l'anatomie pathologique. Mon intention était alors, comme aujourd'hui, de rapprocher quelques considérations sur les effets avantageux d'un même médicament dirigé contre plusieurs maladies, sans doute différentes de siége et de nature, présentant le symptôme commun, paralysie. Ce médicament est la *brucine*, en faveur de laquelle je veux faire appel de l'arrêt de proscription prononcé contre elle dans l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux.

Un fait avait particulièrement fixé mon attention, et je ne puis me dispenser de le reprendre rapidement. Une femme de cinquante-huit ans fut apportée à l'hôpital, paraplégique, ne pouvant mouvoir en aucune manière les membres inférieurs, condamnée au repos du lit; et là à l'immobilité la plus complète. Les selles étaient rendues involontairement; la sensation du besoin d'aller à la garde-robe était perdue. La vessie avait conservé l'intégrité de ses fonctions. En outre, une plaie

---

sur l'Adriatique, ou même à faire l'immense détour du détroit de Gibraltar pour toucher en Angleterre et de là traverser aussitôt la Manche, au lieu de venir directement par Marseille où l'attendrait un arrêt variable entre 10 et 40 jours.

Dans une telle conjoncture, alors même que la France se croirait redevable à la permanence de ses lazarets de l'éloignement de la peste, il ne saurait lui suffire de déplorer l'imprudence des autres nations. Le gouvernement aurait un de ces trois partis à prendre: protester au nom de l'humanité contre la violation de traités sanitaires qui faisaient partie du droit international, et en obtenir le rétablissement; modifier nos statuts; ou se résigner au dépérissement de notre commerce. Une insouciante expectation serait, en pareil cas, un parti détestable, et c'est pourtant celui que nous paraissons adopter.

Il y aura dix ans bientôt que je présentai à M. le ministre du commerce un projet de révision des règlements sanitaires affectés aux ports du Levant. Le moyen que je proposais, et que je vais reproduire, ne préjugeait en rien la question des quarantaines; il n'avait d'autre but que d'en éclairer les motifs. Il s'agissait de recueillir sur la contagion ou la non-contagion de la peste, sur le mode d'origine et de propagation de cette maladie, les nombreux documents qui existent dans les intendances de santé et les consulats des échelles du Levant, et puis enfin dans la mémoire des hommes instruits et sans préjugés.

La question de contagion ou de non-contagion de la peste domine évidemment ici toutes les autres. Si cette maladie n'était point reconnue contagieuse, les quarantaines ne seraient qu'une gênante et dispendieuse inutilité; la contagion démontrée, il resterait à déterminer, conséquemment aux faits, les lois suivant lesquelles elle s'exerce dans les personnes ou dans les choses dépositaires de ce levain meurtrier, la durée de l'incubation dans les corps vivants, la persévérance des miasmes et du virus dans les matières inertes. A l'aide des documents dont je viens d'indiquer la source, on apprendrait dans chacune des villes importantes qui bordent la Méditerranée, à quelles époques la peste avait paru, dans quelle saison, comment elle s'était manifestée et propagée, si l'opinion générale fut en faveur de l'infection ou de la contagion; dans ce dernier cas, quels navires furent présumés l'avoir apportée, d'où ils venaient, quelle était leur cargaison, quel temps ils avaient mis dans la traversée, si la peste était ou n'était pas dans les lieux d'où ils étaient partis, dans ceux où ils avaient touché, s'il s'était déclaré des accidents pestilentiels durant le voyage (la note conservée des patentes ferait foi de tout cela); après combien de jours d'arrivée des navires la peste avait éclaté, si elle avait débuté à bord du bâtiment, dans le lazaret ou en ville, etc.... Il suffit d'indiquer ici quelques points de vue, attendu qu'un projet semblable ne saurait être convenablement mis à exécution sans demander préalablement des instructions à l'Académie de médecine.

Deux moyens se présentent pour recueillir les éléments d'une judicieuse révison des lois et ordonnances qui régissent les quarantaines. Le relevé que nous venons de mentionner pourrait être demandé aux consuls des stations du Levant, on aurait ensuite les pièces officielles de même ordre qui sont déposées aux ministères des affaires étrangères, de la marine, du commerce et de l'intérieur. Ce procédé, le plus expéditif, le moins dispendieux et dont on a sans doute déjà fait usage toutes les fois qu'on a apporté quelques modifications à notre régime sanitaire, ne saurait pleinement satisfaire les légitimes exigences de l'esprit public. Ces enquêtes occultes ne garantissent ni les lumières, ni l'indépendance et des agents qui y procèdent et des hommes qui interprètent et concluent.

Le procédé qui nous paraîtrait de beaucoup préférable, ce serait l'envoi d'une commission expresse, composée de trois membres désignés l'un par le gouvernement, l'autre par l'Académie de médecine et le troisième par la Chambre de commerce de Marseille. Ainsi seraient représentés l'administration tutélaire, la science et les intérêts spéciaux du commerce; car, il ne faut point se le déguiser, il existe des préventions et des intérêts fort divergents relativement à l'institution des quarantaines, et du moment qu'on se déterminerait à en soumettre les bases à un nouvel examen, il serait indispensable d'offrir d'égales garanties aux opinions et aux vœux opposés.

Constituée dans ces vues et de la manière que nous venons de dire, cette commission se rendrait dans les intendances sanitaires, les lazarets, les consulats des ports de la Méditerranée pour y puiser des documents selon les instructions émanées du gouvernement, de l'Académie de médecine et des Chambres du commerce. Elle ne négligerait pas non plus de s'éclairer des témoignages des hommes de sens et d'expérience qui lui seraient signalés sur les lieux, en ayant toujours soin de relater les circonstanses susceptibles de répandre des lumières sur les faits et les jugements. Enfin, les sceaux consulaires seraient apposés au bas de tous les procès-verbaux, pour en garantir l'authenticité.

Avec la vitesse et la régularité du service des paquebots tout autour de la Méditerranée, une année suffirait pour compléter cette enquête, et les frais en seraient assurément bien minimes eu égard aux questions importantes dont elle préparerait la plus satisfaisante solution.

Au retour de la commission, l'Académie de médecine, qui réunit dans son sein les membres les plus éminents du Conseil supérieur de santé, serait naturellement appelée la première à examiner, à discuter cette masse de pièces officielles et à préparer les bases d'un projet de loi qui serait ensuite soumis aux Chambres. Jamais, il est permis de l'affirmer, la question de contagion ou de non-contagion de la peste et des circonstances appréciables qui entravent ou favorisent l'extension de cette redoutable maladie, n'aurait été pesée et résolue à l'aide de documents aussi étendus et aussi soigneusement réunis. Après tous les soins, la prudence et la perspicacité de la commission d'enquête; après les débats publics de l'Académie de médecine et des deux Chambres législatives, la société qui demande protection contre le typhus d'Orient, les négociants et les voyageurs que froissent les quarantaines, accepteraient, la première sans contrainte et les autres sans récrimination, un nouveau Code sanitaire qu'ils jugeraient sagement motivé. L'exemple donné par la France entraînerait probablement les autres nations d'Europe à la réforme de leurs règlements sur le même objet. Dans tous les cas, le moment serait alors opportun pour convoquer le congrès sanitaire européen proposé par M. Hamont.

Nous insistons sur le besoin d'une discussion publique, basée sur des documents exacts et nombreux, parce que les lois et ordonnances conçues par quelques hommes à huis-clos, touchant des institutions aussi ardues, aussi controversées que les quarantaines, n'ont que la

énorme existait à la région du sacrum. Bref, lorsque l'usage de la brucine a été commencé, nous étions convaincu du danger dans lequel se trouvait cette malade, et nous craignions une mort prochaine. Tous ces désordres dataient d'un mois seulement; ils avaient été précédés de coliques et de douleurs très vives dans la région des reins. Rien du reste pour expliquer l'origine de la maladie. Cette femme a été domestique toute sa vie, et l'était encore au moment de l'invasion du mal qui l'a conduite à l'hôpital.

La plaie du sacrum fut pansée simplement, saupoudrée avec la poudre de quinquina, et la brucine prescrite immédiatement. Une première dose de 2 centigrammes fut tellement mal supportée, qu'il fallut, le lendemain, la réduire à 1 centigramme; et plus tard il a fallu toujours mettre la plus grande circonspection dans l'augmentation progressive des doses. Du reste, l'amélioration se montra dès les premiers jours. Tandis que la plaie du sacrum marchait assez rapidement vers la guérison, les selles recommencèrent à redevenir volontaires, la malade recouvrait quelques mouvements dans les jambes; bientôt elle put les remuer, puis les soulever dans le lit. Après six semaines, la plaie fut entièrement cicatrisée, et la fonction de la défécation pleinement rétablie. La malade se levait seule, marchait dans les salles et dans les cours à l'aide d'une chaise dont elle se servait comme point d'appui en la faisant avancer au-devant d'elle. Bientôt après, elle put se passer de ce point d'appui, et marcher sans aucun secours, du moins quelque temps; car sa démarche restait mal assurée, titubante, et surtout ne pouvait être prolongée longtemps. Les choses en étaient là au commencement du semestre que je résume actuellement, et j'avais espéré alors que la continuation du traitement produirait des améliorations toujours croissantes. Cette espérance a été trompée; mais je n'en persiste pas moins à considérer cette observation comme extrêmement remarquable, et le résultat obtenu comme très satisfaisant.

Plusieurs faits nouveaux ont permis l'administration de la brucine en des cas semblables, et ses bons effets ont encore été constatés, quoique à un moindre degré. Sept paralytiques divers, dont quatre femmes, ont été reçus dans le service. Quatre ont été traités par la brucine; un seul a offert une amélioration digne de remarque. C'est un jeune homme; ancien cérusier, qui, après treize affections saturnines, a dû renoncer à sa profession, et est maintenant incapable d'en exercer aucune. Lorsque ce malade est venu réclamer nos soins, il était, par le fait de cessation d'action des muscles respirateurs, dans un état immédiatement compromettant pour sa vie. Après avoir remédié à ces premiers accidents, nous avons traité le symptôme de paralysie des membres, dont nous avons obtenu un amendement fort remarquable. Les autres malades seraient moins probants, et je ne crois pas devoir y insister.

MM. Trousseau et Pidoux disent que la brucine ne se recommande par aucune propriété spéciale, et qu'elle est bannie avec juste raison de la thérapeutique. Ils disent aussi que la strychnine et la brucine agissent de la même manière, à cela près de leur énergie différente d'action, celle de la brucine étant d'un tiers seulement. Or, je trouve aussi, d'autre part, confirmé par mes observations actuelles, ce que j'avais signalé déjà dans le premier résumé, c'est que certains malades supportent très difficilement la brucine, même à la dose de 1 ou 2 centigrammes au début. Un exemple vient d'en être consigné dans cet article. La strychnine agissant de la même manière avec une triple énergie, serait moins supportée encore; et à ce titre, la brucine me semble avoir cet immense avantage, d'être un agent thérapeutique tout aussi certain dans son action, mais surtout beaucoup plus facile à manier pour le malade et pour le médecin.

Fièvres éruptives.

Ces maladies se développent communément sous une influence épidémique, et je n'ai à relever aucune épidémie de cette espèce. Aussi je compte seulement quatre varioles très légères, ou plus exactement quatre varioloïdes. Ajoutez une rougeole et une scarlatine, toutes deux fort simples, et cela constitue un assez chétif et assez insignifiant bagage au chapitre des fièvres éruptives.

Trois des varioleux avaient été vaccinés: nous avons pu le constater; un quatrième ne l'avait pas été. La maladie a duré dix-huit à vingt jours pour les premiers, et trente-deux pour l'autre.

Il est inutile de dire que, sauf quelquefois un purgatif le premier jour, des boissons chaudes et des lavements émollients, la nature a été chargée seule du soin de la guérison. Cette conduite avait été suivie déjà dans les premiers mois de l'année, en présence de plusieurs cas graves, toutefois sans complications évidentes; à plus forte raison elle devait être continuée dans les conditions que je viens d'exposer.

— J'arrive maintenant à n'avoir plus matière pour grouper en un chapitre un certain nombre de maladies semblables. Ainsi que je l'ai dit en commençant, les malades qui restent encore vont être distribués en trois catégories, dont chacune ne sera guère qu'une simple énumération. Autant que possible, je m'efforcerai d'y ajouter quelques réflexions; mais les faits serviront mal ma bonne volonté.

1° Mort par causes diverses.

2° Malades traités d'affections diverses, toutes sans intérêt.

3° Individus non malades.

1° Mort par causes diverses

J'ai noté la mort des malades qui ont succombé par l'une des affections successivement passées en revue jusqu'à présent. Pour compléter le tableau de mortalité du service pendant les six derniers mois, il faut y joindre treize morts pour les causes suivantes.

— Un homme est entré le 17 juillet avec les signes d'une hépatite et d'une péritonite chronique. Epuisé par une maladie déjà ancienne et par de longues souffrances, il a succombé le 2 août suivant.

— Le 26 juillet, on a apporté une femme prise depuis la veille de symptômes graves qui dépendaient d'un étranglement interne; elle est morte trois jours après son entrée.

— Nous avons trouvé une apoplexie pulmonaire chez un malade qui a succombé le 6 septembre, au vingt-huitième jour de son entrée, et dont la maladie avait été constamment fort incertaine.

— Une femme a été traitée pour une suppuration abdominale, dont le siége n'a pas été de facile découverte. Elle est morte le 28 septembre, au vingt-deuxième jour de traitement, avec les signes d'une péritonite suraiguë. Elle portait, ainsi que l'autopsie l'a révélé, un abcès ovarique, dont l'ouverture spontanée a déterminé la péritonite mortelle.

— Un cas grave et mortel de dysenterie a été soumis à notre observation. C'est du mois de septembre.

— On a porté, le 29 septembre, un homme qui a succombé quelques heures après, et chez lequel nous avons constaté, l'autopsie, un foyer apoplectique.

— Je note un homme mort avec une ascite, pour laquelle une ponction avait été déjà faite, et dont l'autopsie n'a révélé aucune cause organique. Une deuxième ponction devait être pratiquée le jour même de la mort, qui a paru déterminée par une oppression extrême, liée à l'énorme distension des parois abdominales par le liquide épanché.

— L'exemple d'une congestion cérébrale sans hémorrhagie, qui a entraîné la mort d'un de nos malades en moins de quarante-huit heures, malgré l'extrême énergie du traitement, peut-être rapproché du fait d'apoplexie qui vient d'être cité.

— Et voici une troisième observation semblable aux précédentes, celle d'un homme mort en trois jours par ce que je nommerai une compression cérébrale, quelque chose d'assez analogue à la congestion et à l'apoplexie, ou plutôt tenant un milieu entre les deux, l'infiltration sanguine ou l'hémorrhagie capillaire, un des innombrables degrés de l'encéphalite.

— Trois femmes sont mortes dans un âge avancé. L'une avait présenté les signes d'un ramollissement cérébral que nous avons constaté après la mort. Les deux autres se sont éteintes par la décomposition en quelque sorte naturelle des organes, par une adynamie sénile sans lésion appréciable sur le cadavre.

— Enfin, le dernier malade de la présente catégorie avait un abcès du foie, unique lésion retrouvée à l'autopsie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 janvier. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Baillarger annonce sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. le président* donne communication du discours qu'il a adressé au roi à l'occasion de la nouvelle année, et la réponse de Sa Majesté,

— *M. Caventou* remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence, et il propose de voter des remercîments à M. Ferrus, président sortant; ce qui est adopté.

— *M. Velpeau.* Avant que l'Académie reprenne ses travaux, je désirerais que M. Bousquet, secrétaire du conseil, voulût bien donner quelques explications sur un fait relatif au *Bulletin*.

M. Bousquet. Si M. Velpeau a quelques plaintes à élever, qu'il veuille bien les formuler, j'y répondrai ensuite.

M. Velpeau. Mon Dieu! M. Bousquet sait bien de quoi il s'agit; car il y a eu échange entre nous de communications à cet égard. J'aurais désiré de ne point porter l'affaire devant l'Académie; mais puisqu'on m'y invite, je dirai donc que l'Académie doit se souvenir qu'après une longue et solennelle discussion sur le rapport relatif au mémoire de M. Malgaigne, il fut voté que ce travail serait inséré dans le *Bulletin*. Or, par les épreuves qui m'ont été communiquées, j'ai vu qu'une partie seule de ce mémoire devait être publiée; que tout ce qui est relatif aux faits, aux observations sur lesquels M. Malgaigne a basé la partie dogmatique de son travail, a été supprimé à l'impression. Je viens demander compte de cette violation du vote de l'Académie, et provoquer des explications à cet égard.

M. Bousquet. Les explications qu'on me demande sont bien simples. La partie du mémoire qu'on imprime est la seule qui ait passé par mes mains, et la seule qui ait été lue devant l'Académie. L'autre partie a été remise directement à la commission, et n'a point été lue ici. Le conseil d'administration, consulté sur la convenance d'imprimer cette partie, a décidé, *à l'unanimité*, que cette impression ne devait pas avoir lieu. (Marques d'étonnement.)

M. Dubois (d'Amiens). J'en demande bien pardon à M. Bousquet; mais il commet une légère erreur en disant que cette décision fut prise *à l'unanimité*; il y eut deux voix opposantes, celle de M. Mérat et la mienne. (Mouvement.)

M. Gauthier de Claubry. Cette décision du conseil est vraiment singulière. Il y a eu vote de l'Académie; vote précis, solennel et d'une clarté patente; que signifie donc cette interprétation contraire à notre décision?

M. *P. Dubois.* Les explications de M. Bousquet ne sont ni complètes ni parfaitement exactes. (Marques d'étonnement. Ecoutez! Ecoutez!) Membre du conseil par qui cette décision a été prise, je tiens à rectifier les faits. On posa au conseil cette question: Les observations qui accompagnent le mémoire de M. Malgaigne n'ont été ni lues devant l'Académie, ni déposées sur son bureau; faut-il les insérer au Bulletin? Le conseil décida qu'elles ne devaient pas l'être, parce que le Bulletin doit être la reproduction fidèle de ce qui se passe dans cette enceinte, et ne doit rien accueillir de ce qui a été étranger à l'Académie. Voilà le principe que le conseil a voulu faire prévaloir en cette circonstance, et cela par respect pour l'Académie. Il est certain que les observations n'ont pas été communiquées à l'Académie; elles ont été transmises directement à la commission. Le conseil a vu là quelque chose d'irrégulier, et a voulu rentrer dans l'esprit et la lettre de son règlement. (Agitation.)

M. Velpeau. Je suis vraiment désolé qu'on me force à revenir sur un sujet difficile et pénible. Plus que personne je déplore qu'un zèle trop actif, mais qui n'est peut-être pas suffisamment éclairé de la part de certaines personnes, m'oblige à revenir sur une question irritante. Mais enfin, on le veut, voyons donc. L'Académie a décidé que le travail de M. Malgaigne serait inséré dans son *Bulletin*. Ce travail se composait de deux parties: une partie dogmatique, pour ainsi dire, celle qui a été lue devant vous; une partie renfermant les faits sur lesquels s'appuyait la première. Selon les usages reçus dans toutes les sociétés savantes, M. Malgaigne ne lut que la première partie, se réservant de remettre la seconde aux commissaires qui seraient nommés. C'est ce que M. Malgaigne fit, en effet. Le lendemain de sa lecture, je reçus, en ma qualité de commissaire, la seconde partie de son travail. J'ajoute même que je reçus cette seconde partie avant la première, et cela par des motifs que je ne veux pas dire, mais dont quelques personnes sont bien instruites ici. (Mouvement.) Que vient-on donc nous dire que ces observations ne faisaient point partie du mémoire de M. Malgaigne? Mais c'est là une erreur capitale; c'est sur ces observations que

---

force matérielle pour être obéies, et sont véritablement dépourvues d'une suffisante autorité sur les intelligences. Du reste, nous ne nous abusons pas au point de croire que notre manière de procéder porterait la conviction dans tous les esprits. Comment ne pas prévoir que les archives des consulats et des intendances de santé pourraient ne pas fournir à la commission une moisson abondante, et qu'en outre elle rapporterait une foule de documents contradictoires et conséquemment propres à étayer les préventions et les vœux opposés? Mais le choix des inconvénients n'est-il pas la condition habituelle de l'humanité? Faut-il rester dans le *statu quo* lorsque les réformes du système sanitaire de l'Angleterre et de l'Autriche enlèvent annuellement à la France quelques millions? I . si la prudence ne nous interdit pas d'entrer dans la même voie, nous pensons qu'on ne saurait mieux procéder que par une enquête et une discussion rendues publiques. Ainsi le veulent les mœurs de notre temps. Les ordonnances qui paraissent de loin en loin, et toujours pour alléger les quarantaines, ne satisfont pas l'opinion. On leur reproche d'accorder trop ou trop peu; trop, si elles compromettent les intérêts sanitaires; trop peu, si elles perpétuent d'inutiles précautions. Il faut éclairer le public pour avoir droit à sa justice. L'inconvénient le plus grave de notre projet, eu égard aux souffrances récentes de nos intérêts commerciaux, c'est la lenteur obligée de son exécution. Mais les règles d'une haute prudence ne doivent pas être légèrement sacrifiées, et c'est déjà beaucoup pour le gouvernement d'adopter quelques mesures provisoires, en attendant des lumières suffisantes pour fixer irrévocablement ses actes et ses convictions.

Il serait difficile et même téméraire d'annoncer dès à présent quelles seraient les conséquences plausibles des documents recueillis par la Commission dans les ports de la Méditerranée, car ces conséquences se trouveraient implicitement contenues dans les documents eux-mêmes ou dans l'appréciation intelligente qu'on en ferait. Mais pour en découvrir la portée, il est permis de raisonner par hypothèse; ainsi, par exemple, s'il était établi que jamais l'apparition de la peste n'a coïncidé avec l'arrivée de navires provenant de quelque port de Turquie où cette maladie ne régnait pas notoirement au départ; que jamais on n'a observé d'accidents pestilentiels dans les lazarets ou en ville, quand il n'en avait pas existé à bord pendant la traversée, etc., sur quelle considération reposerait désormais la séquestration d'une durée quelconque pour les bâtiments qui seraient dans de semblables conditions? En effet si, au lieu d'asseoir les mesures sanitaires sur des faits, on voulait arguer de possibilités, de conjectures, il n'y aurait plus de raison pour ne pas prolonger les quarantaines indéfiniment, sous le prétexte, trop peu concluant, que ce qui n'a pas été pourrait être. Je ne m'étendrai pas davantage sur les conséquences, encore hypothétiques, auxquelles pourrait conduire l'interprétation judicieuse des documents réunis par la Commission.

Dans sa réponse, en date du 13 juin 1835, M. le ministre du commerce, auquel je venais de soumettre ce projet, et qui avait bien voulu le considérer avec attention, m'annonçait, comme difficulté principale à son exécution, « ne pouvoir modifier efficacement notre régime sanitaire que d'un commun accord avec les pays qui obéissent depuis longtemps à des usages plus ou moins semblables aux nôtres. » Aujourd'hui c'est précisément parce que certains de ces pays, l'Angleterre, l'Autriche, ont profondément modifié leurs statuts qu'il devient urgent de s'occuper des nôtres. Déjà d'ailleurs, de son plein pouvoir, le gouvernement ne leur a-t-il pas porté une atteinte énorme en abolissant les quarantaines pour les provenances de l'Algérie, qui était auparavant suspecte au même titre que l'Egypte, la Syrie, l'Asie-Mineure et la Turquie d'Europe?

Nous ne prétendons pas cependant que la France doive réformer son régime sanitaire en vue de favoriser le mouvement commercial dans ses ports, le transit à l'intérieur des voyageurs et des marchandises, et cela parce que d'autres puissances lui auraient donné l'exemple de ces réformes, sans autre mobile apparent. A Dieu ne plaise que nous subissions jamais l'autorité d'hommes d'état, dont le cœur sec et l'imprévoyante raison pourraient mettre en balance quelques millions du revenu national avec les soins bien plus précieux de la santé publique! Au contraire, si la raison sanitaire le voulait, il appartiendrait aux sentiments généreux qui ont dans tous les temps distingué la France, de faire prévaloir les grands intérêts méconnus de l'humanité, de protester avec fermeté et persévérance contre de périlleux allégements que d'autres nations ont nouvellement introduits dans le régime des quarantaines, et de les maintenir sévèrement dans ses ports. Appuyé sur des faits patents, notre gouvernement rallierait facilement à sa cause une partie du littoral de la Méditerranée où subsistent toujours de vives appréhensions de la peste, et bientôt les quarantaines seraient partout rétablies conformément à l'ancien Code international. Mais pour agir de la sorte, il est nécessaire d'avoir le bon droit de son côté, afin de n'être point dupe de nobles sentiments étayés sur des préventions, sur une fausse expérience. Or, nous le redisons, nos règlements sanitaires des ports du Levant, n'ont jamais subi l'épreuve d'une enquête large, de la discussion publique et de la sanction des pouvoirs constitués. Il est d'ailleurs incontestable que les maladies de même espèce sont fortement modifiées par la succession des temps, et que les causes d'épidémie varient beaucoup d'intensité selon les conditions variables des peuples. Par tous ces motifs, l'autorité morale de notre système des quarantaines est ruinée de nos jours. A Dieu seul appartiennent la science et la sagesse éternelles, et les mesures préventives contre la peste, décrétées par nos aïeux, ont aujourd'hui besoin de produire leurs droits de perpétuité.

En insistant sur l'utilité et l'opportunité d'une complète révision de cette importante partie de notre code sanitaire, j'espère n'avoir pas été mu par ces dispositions inquiètes et remuantes auxquelles il faut toujours du nouveau, et n'avoir cédé qu'au sentiment réfléchi d'une entreprise motivée et urgente. Telle que je la proposai à M. le ministre du commerce, en 1835, cette révision me paraissait offrir des garanties suffisantes soit au commerce du Levant, qui ne cesse de souffrir et de se plaindre, soit à la Société française, qui demande à être protégée contre l'invasion d'un fléau des plus désastreux. Après avoir observé les ravages de la peste en Orient, je me croirais doublement coupable d'émettre légèrement un vœu dont les conséquences possibles exposeraient notre fortunée patrie à de nouvelles irruptions de cette hydre du Levant qui, dans les siècles derniers, couvrit plus d'une fois le globe entier de funérailles.

roule tout le mémoire de M. Malgaigne ; ce sont elles qui en font la base, le motif, le sujet. Il ne les a point lues, c'est vrai ; mais cela ne se fait-il pas toujours ainsi, à l'Institut, ici, partout ? N'arrive-t-il pas tous les jours qu'un auteur ne lise devant les corps savants qu'un extrait de son mémoire, souvent même que les conclusions, pour remettre ensuite aux commissaires les documents, les faits, les preuves sur lesquels il appuie son travail ! Cette première objection est donc puérile et mal fondée. (Assentiment.)

On dit encore : L'Académie n'a pas eu connaissance de ces observations. Mais, en vérité, pense-t-on bien à ce qu'on dit ? Quel a été donc le travail de la commission, et en quoi a-t-il consisté, si ce n'est à prendre une à une les observations de M. Malgaigne, à se transporter chez les malades qui en font le sujet, à se livrer à toutes les recherches, à toutes les investigations possibles ? Et le rapport, n'a-t-il pas été l'exposé fidèle de tout cela ? n'est-ce pas surtout sur cette seconde partie qu'il a roulé presque en entier ? Nous avons cru, en effet, et l'Académie nous a donné son assentiment, devoir être très sobre sur la partie purement dogmatique, la réservant avec prudence aux sages et lentes investigations scientifiques ; mais sur les faits, sur les actes accomplis dont la commission avait ordre et mission de s'enquérir, certes qui pourrait dire ici que nous n'ayons pas fait tout ce que nous pouvions faire ? Et si nous l'avons fait, que signifie cette assertion que les observations de M. Malgaigne n'ont pas été connues de l'Académie ? (Vif assentiment.)

En résumé. M. Malgaigne a suivi la voie habituelle ; l'Académie, après un vote solennel, a décidé l'insertion de son mémoire ; cette insertion ne se fait que par fragments : il y a donc violation et mépris du vote de l'Académie. (Une vive agitation succède à cette allocution.)

M. Londe prononce quelques mots que nous ne pouvons entendre, et auxquels répond M. Velpeau.

M. P. Dubois insiste pour prouver que les observations n'ayant pas été communiquées à l'Académie, le conseil a usé de son droit en en interdisant l'impression.

M. Velpeau répond qu'après ce qu'il vient de dire, soutenir que les observations n'ont pas été connues de l'Académie, c'est dire un non sens.

M. Gerdy. J'avoue que cette affaire je suis obligé de la caractériser en disant que c'est une petite chicane. Ce qu'a fait M. Malgaigne se fait tous les jours et partout, afin d'abréger les séances et d'économiser le temps des académies. Mais je ne comprends pas qu'on veuille supprimer, à l'impression, les preuves sur lesquelles s'appuie le mémoire. Je ne comprends pas qu'une Académie dise au public : Nous vous refusons les lumières nécessaires pour porter un jugement.

(L'agitation augmente.)

M. Gérardin trouve qu'évidemment le conseil a dépassé les limites de ses droits. Il propose de renvoyer l'affaire au comité de publication.

M. Ferrus. J'avais l'honneur de présider le conseil quand la décision a été prise. Je regrette d'abord l'expression de chicane dont vient de se servir M. Gerdy. Le conseil a délibéré mûrement, gravement, et sans partialité aucune, (Rires et dénégations.) Deux questions lui ont été soumises ; la première, toute de principe, consistait à décider que rien de ce qui n'avait pas été communiqué à l'Académie, ne devait figurer dans le *Bulletin*. Cette décision fut prise à l'unanimité. La seconde était de savoir si la seconde partie du mémoire de M. Malgaigne avait été réellement communiquée à l'Académie. Le conseil a pensé que non, et il en a rejeté l'impression. En effet, cette partie du mémoire n'a été ni lue, ni déposée ; elle ne porte pas le paraphe de M. le secrétaire perpétuel ; elle est arrivée à la commission on ne sait par qui, ni comment. (M. Velpeau fait des signes de dénégation.) Enfin cette communication a été tellement irrégulière, que la décision du conseil est plus que légitime.

(Le tumulte s'accroît de plus en plus ; plusieurs membres demandent la parole avec force ; le président agite en vain sa sonnette.)

M. Baudelocque. On parle de principes ; en voici un incontestable et que néanmoins on viole en ce moment. Est-il vrai, oui ou non, que les commissions représentent l'Académie ? (De toutes parts : Oui ! Oui !) Eh bien, la commission Malgaigne a eu communication des preuves, donc cette communication a été faite aussi à l'Académie.

La proposition de *M. Gérardin*, combattue par *M. Dubois* (d'Amiens), qui se fonde sur ce que la rédaction du Bulletin n'est jamais confiée au comité de publication, est retirée.

M. le président fait de vains efforts pour poser les questions sur lesquelles l'Académie doit voter. Plusieurs membres demandent encore la parole contre la clôture.

M. Barthélemy, se trompant sur le sens des paroles de M. Velpeau, lui fait tenir un langage qu'il n'a pas tenu. Il conclut, après des considérations analogues à celles de MM. P. Dubois et Ferrus, à ce que la décision du conseil soit maintenue.

M. Velpeau se plaint que malgré ses explications si claires, on établisse encore de la confusion sur la question de savoir si les observations ont été communiquées ou non à l'Académie ; cela est clair comme le jour.

M. Ferrus parle au milieu du bruit, et reproduit sa précédente argumentation.

M. le président. M. Barthélemy persiste-t-il dans sa proposition, qui est de supprimer la deuxième partie du mémoire de M. Malgaigne ?

M. Barthélemy, avec force : Oui ! oui !

M. le président. Je dois alors la mettre aux voix.

Mais le tumulte devient extrême. Une partie des membres se lèvent et parlent à la fois ; d'autres frappent sur leurs pupitres ; ceux-ci crient, la clôture ; ceux là, aux voix : le président est fort embarrassé.

M. Roux, pendant une éclaircie de silence et avec animation. Je ne comprends pas que des esprits ordinairement aussi justes, aussi clairs, aussi lucides que MM. Ferrus et Barthélemy, puissent soulever de pareilles subtilités. (Bravos et vive approbation.) C'est une injure qu'on adresse à votre commission, qui s'est donné tant de soins, tant de peine pour vérifier les faits de M. Malgaigne, qui est venue vous les exposer dans leurs détails les plus minimes et sous la garantie de son honneur, c'est une injure de lui dire que l'Académie n'a pas connaissance de ces faits. (Sensation.) J'en appelle à la bonne foi et à la conscience de l'Académie, que l'on veut surprendre et entraîner. (Agitation croissante.)

M. Ferrus, au milieu du tumulte, se défend d'élever des subtilités. C'est l'exécution du règlement qu'il demande.

Une discussion des plus tumultueuses s'engage sur la position de la question, que le président s'épuise en vain à formuler.

M. Renauldin. Qu'on relise le procès-verbal de la séance où la décision a été prise.

Les interpellations se croisent sans aboutir à rien.

M. Velpeau. On me dit que les deux parties du mémoire n'ont pas été simultanément remises à la commission. Je m'étonne de cette maladroite provocation. Je ne voulais pas dire tout ce que je sais, et on m'y pousse sans cesse. Savez-vous pourquoi la commission a reçu la seconde partie du mémoire avant la première ? C'est que celle-ci, quand je l'ai réclamée, avait déjà disparu du secrétariat de l'Académie. (Se tournant vers M. Bousquet :) Il y a des membres ici qui connaissent bien ce fait. (Explosion d'hilarité et de surprise.)

Que craignent donc tous les amis si empressés d'une personne que je ne veux pas nommer ? Hélas ! tout le mal qui pouvait se faire est fait ; les petites restrictions, les petites mutilations ne l'atténueront en rien, tandis qu'elles atténuent les besoins de la science et même la considération de l'Académie.

M. P. Dubois insiste au milieu des murmures de l'assemblée.

On lit le procès-verbal relatif à la décision de l'Académie.

M. P. Dubois reprend encore la parole au milieu des interruptions.

M. Bégin insiste pour qu'on laisse au vote de l'Académie toute sa signification, et que le mémoire de M. Malgaigne soit inséré en entier.

M. Gaulthier de Claubry. L'Académie n'a rien à voter, rien à décider. Il y a eu décision prise ; elle doit être respectée. Agir autrement, c'est violer d'une manière flagrante la partie la plus importante de notre règlement, qui impose le respect absolu à un vote solennel. Ce qui vient de se passer avertira le conseil qu'il a usurpé des droits qu'il n'avait pas. Je propose l'ordre du jour. (Oui ! oui !)

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté à une immense majorité.

A quatre heures passées, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 janvier 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Elie de Beaumont remplace au fauteuil M. Dupin, dont les fonctions sont expirées. L'Académie procède à la nomination d'un vice-président ; M. Mathieu réunit la majorité des suffrages, et est élu à cette fonction.

— *M. Wolff*, médecin de Berlin, lit un mémoire sur un nouveau mode de traitement des maladies de l'oreille moyenne et interne.

Ce nouveau traitement consiste dans l'injection de la vapeur d'eau soit comme véhicule, soit comme remède simple. Quelques médecins l'ont recommandée avant M. Wolff ; aussi ne peut-on dire que ce traitement soit absolument nouveau. Mais ce qui est nouveau, c'est l'appareil imaginé par l'auteur pour pratiquer ces injections. L'eau contenue dans un vase ordinaire en tôle et chauffée au moyen d'une lampe à esprit-de-vin, entre en ébullition et laisse échapper les vapeurs, qui montent par un tuyau dans un second vase beaucoup plus grand que le premier et contenant un troisième vase rempli d'eau froide, de manière que les vapeurs chaudes qui s'élèvent du premier vase sont obligées de passer au-dessous de cette eau froide avant de sortir par un petit tuyau qui se trouve à la périphérie du couvercle du grand vase à vapeur.

Par ce moyen simple, M. Wolff est parvenu à se procurer des vapeurs aqueuses d'une température telle qu'il les voulait, et par cela même, il avait la faculté d'introduire les substances médicales les plus diverses dans l'oreille moyenne. Du reste, M. Wolff annonce qu'il suffit d'approcher le tube conducteur de l'ouverture de la trompe pour que la vapeur d'eau pénètre dans ce conduit, sans qu'il soit besoin de pratiquer le cathétérisme.

— *M. Chatin*, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, lit un mémoire intitulé : Etudes de physiologie végétale faites au moyen de l'acide arsénieux.

Nous ne citerons de ce mémoire que les applications qu'on en peut faire. A l'économie rurale, l'arsenicage des céréales, dans le but de détruire le charbon, est inutile, attendu que l'acide arsénieux employé même en grande proportion, est sans influence sur les cryptogames en général et sur l'*Uredo carbo* en particulier.

Indiquer l'inutilité de l'arsenicage, c'est démontrer l'urgente nécessité de prohiber la vente de l'acide arsénieux pour cette opération agricole.

Application à la chimie légale. L'élimination de l'acide arsénieux par les plantes, dans un temps donné, prouve qu'on n'en peut pas trouver de traces dans les céréales dont on a arseniqué les semences en automne.

Applications à la thérapeutique : 1° En comparant les résultats de ce travail à ceux que l'auteur a obtenus précédemment chez les animaux, on remarque que la chaleur a une influence pareille sur les effets toxiques, qu'il s'agisse de ceux-ci ou des végétaux. Cette analogie sur le seul point comparativement observé, ne justifierait-elle pas des essais entrepris par les thérapeutistes, dans le but de reconnaître si un air calme et humide, l'obscurité, l'électricité agissant par influence continue, ne seraient pas favorables à l'homme et aux animaux dans la première période de l'empoisonnement ? et si, par contre, un air agité et sec, l'éclat de la lumière, etc., ne seraient pas à leur tour utiles vers cette seconde époque, où l'absorption ayant eu lieu, il faut faciliter l'élimination ?

2° La neutralisation complète par le chlorure de calcium de l'acide arsénieux *absorbé* par les plantes et passé à l'état de combinaison saline avec les bases alcalines de leurs sucs, et la nature alcaline du sang des animaux qui rend si vraisemblable la formation d'une combinaison analogue à la précédente, au moment même où ils absorbent l'acide arsénieux, indiquent suffisamment que le chlorure calcique doit être le contre-poison de l'acide arsénieux absorbé par ces derniers.

— *M. le docteur Tavignot* adresse une lettre sur les substitutions nerveuses.

Partant de ce fait, établi aujourd'hui d'une manière incontestable par un grand nombre d'expériences, qu'un nerf coupé, lorsqu'il est placé dans certaines conditions (la juxtà-position des deux bouts), recouvre sa continuité et reprend ses fonctions, il s'est demandé si ce qui se passe entre les deux extrémités d'un *même* nerf n'aurait pas également lieu entre les bouts juxtà-posés de nerfs *différents*. Voici, d'après les expériences de l'auteur, la solution de ce problème.

1° Si l'on étreint dans une même ligature deux cordons nerveux voisins l'un de l'autre dans le but d'opérer leur section simultanée, on ne tarde pas à voir se développer entre leurs quatre extrémités une sorte de *ganglion nerviforme* qui leur est commun, et dans lequel les fibres des deux nerfs et leurs fonctions semblent confondues.

2° La section des deux nerfs, peu distants l'un de l'autre, pratiquée de manière à ce que le bout supérieur de l'un soit adapté au bout inférieur de l'autre, donne pour résultat la formation d'un nerf *nouveau* qui conserve intégralement ses fonctions.

La possibilité de *greffer* un nerf sur un autre, une fois bien démontrée, ouvrira naturellement la voie à diverses expériences nouvelles et propres à éclairer la physiologie du système nerveux.

M. Flourens, à l'occasion de cette communication, rappelle qu'il a publié il y a vingt ans le résultat d'expériences analogues.

NOUVELLES.

— Par suite d'un concours qui a eu lieu entre les internes des hôpitaux civils, les prix ont été décernés de la manière suivante :

Première division. — 1° E. Cloquet (médaille d'or) ; 2° A. Deville (médaille d'argent) ; 3° Delpech (premier accessit) ; 4° Racle aîné (première mention) ; 5° Demarquay (deuxième mention).

Deuxième division. — 1° Lafaurie (premier prix) ; 2° Racle jeune (premier accessit) ; 3° Sée (première mention) ; 4° Cahen (deuxième mention).

— Il est question d'établir à Berlin *une morgue*, à l'instar de celle qui existe à Paris. La ville de Berlin, qui compte plusieurs *maisons mortuaires*, ne possédait pas encore une morgue.

— Durant l'année académique 1844, il y a eu à l'université de Prague quarante-six promotions doctorales. Là aussi, on se plaint du manque de débouchés pour les jeunes médecins ; l'espoir d'une existence assurée est pour plusieurs d'entre eux un espoir bien chimérique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 JANVIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 4. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 10 JANVIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Lobstein, dont on oublie les services, a envisagé l'anatomie pathologique à un point de vue très élevé. Il a créé deux mots qui résument deux idées capitales: celui de *pathogénie* et celui de *thanatologie*. Le premier désigne l'étude du mécanisme suivant lequel les altérations morbides se produisent, et le second, celle du mécanisme suivant lequel ces altérations font mourir. (La thanatologie serait mieux appelée *thanatogénie*, ou *nécrogénie*.)

La pathogénie est définitivement inscrite dans la science. M. le professeur Andral n'a pas manqué de l'admetire dans le cadre compréhensif et régulier de son cours de pathologie générale.

Il n'en est pas de même de la nécrogénie.

On ne confondra pas la nécrogénie telle que la conçoit Lobstein, avec celle de Bichat, qui est à la première ce que la pathologie générale est à la pathologie spéciale. Il s'agirait d'étudier le mécanisme de la mort, non plus d'une manière générale, appareil par appareil, mais maladie par maladie. Dans ce sens, l'idée de Lobstein est neuve. La phrase suivante fera bien comprendre la pensée de l'ancien professeur de la faculté de Strasbourg:

« Ces sortes de questions paraissent sans doute puériles au vulgaire; mais pour le médecin qui veut porter le flambeau de la physiologie jusqu'aux portes par lesquelles la vie s'échappe, la mort, ou, pour mieux dire, l'*action de mourir*, est encore un acte de la vie qui a ses lois et son mécanisme particulier, suivant la nature de la maladie à laquelle il succède. » (*Anat. pathol.*, t. I, p. 21-23.)

Le rôle de médecin praticien a un triple objet. Le premier est la prophylaxie: le médecin, guidé par l'hygiène, s'occupe de mettre l'organisme à l'abri des causes de maladie. Le second objet consiste, lorsque la cause morbide elle-même n'a pu être prévenue, à prévenir du moins ses effets: il est très difficile à remplir, attendu que la cause ne se révèle le plus souvent que par ses résultats. C'est ici surtout que l'on peut dire *occasio præceps*. Enfin, par rapport au troisième objet de sa tâche, le médecin, quand les altérations sont produites, s'efforce de les faire disparaître, ou, si leur disparition est impossible, s'interpose pour ainsi dire entre elles et la vie, qu'il cherche à prolonger le plus possible, nonobstant les atteintes qu'elle a reçues. On voit que la nécrogénie n'est pas seulement une vue théorique, et qu'au contraire elle a une importance pratique réelle. Comment s'opposer au suprême effet des altérations morbides, si l'on ignore par quel mécanisme elles produisent cet effet? Il y a là, nous osons l'affirmer, un riche filon à poursuivre.

Revenons à la *pathogénie*. Ce n'est point dans son étude que brille l'école d'observation. Habile et encore plus minutieuse dans l'investigation des altérations et des symptômes, cette école, qui a un cadavre pour symbole et qui tente de bâtir sans ciment, manque essentiellement de la qualité nécessaire pour remonter du fait pathologique matériel au fait pathogénique, et pour embrasser le mécanisme des maladies. Il n'y a là du reste, rien de surprenant. Les hommes que la considération de la matière retient beaucoup, ne trouvent qu'à elle seule les caractères de la certitude, et répugnent aux inductions.

C'est l'école d'observation qui, par l'organe d'un de ses principaux adeptes, a voulu désintéresser le gros intestin dans la production des phlegmons des fosses iliaques. Tandis qu'en Allemagne on faisait une *typhlite* (inflammation du cœcum) et une *pérityphlite* (inflammation du tissu cellulaire qui environne le cœcum), en France on contestait qu'il y eût un seul cas prouvant la propagation de l'inflammation de l'intestin au tissu cellulaire environnant. Ce point de doctrine est assez important pour que nous ne craignions pas d'entrer dans quelques détails à son égard. Commençons par le résumé du fait qui a été l'occasion de ces remarques.

Il y a, dans la salle d'hommes de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, un garçon de dix-sept ans, qui travaillait dans une fabrique d'objets en cuivre de la rue de Berry, n° 22. Il très sujet aux coliques; il avait dû prendre le lit plusieurs fois; dans ses maladies, il avait la diarrhée. On sait que, par opposition à la colique de plomb, la colique de cuivre se distingue par l'existence d'un flux intestinal.

Au moment de son admission dans le service de M. Rayer, le jeune homme dont il s'agit souffrait de ses coliques depuis quelque temps et avait eu de la diarrhée. C'est au milieu de ces circonstances qu'une tumeur se développa dans la région iliaque droite. La partie était douloureuse et tendue. La marche était difficile; aujourd'hui même, après un mois environ d'un traitement efficace, elle est encore pénible. M. Rayer diagnostiqua aisément un phlegmon de la fosse iliaque. Une saignée de 380 grammes fut pratiquée, et l'on appliqua trois fois des sangsues *loco dolenti*, une fois vingt, les deux autres fois vingt-cinq. Le malade fut purgé avec une bouteille d'eau de Sedlitz. Nous ne parlons pas des cataplasmes dont la partie fut couverte.

Sous l'influence de ces moyens le procédé inflammatoire fut enrayé et la résolution eut lieu.

Un noyau d'induration persiste, comme dans l'immense majorité des cas de ce genre, et se dissipera à la longue. Ce noyau induré ne doit pas toutefois être négligé par le médecin; il peut s'échauffer et reproduire le phlegmon.

Colique de cuivre et diarrhée à plusieurs reprises; formation d'un phlegmon dans la fosse iliaque droite: voilà, finalement, ce que nous présente cette observation. N'est-on pas fondé à dire que la phlogose s'est propagée par voie de contiguïté de l'intestin au tissu cellulaire ambiant? Cette induction n'est-elle pas naturelle et légitime?

Nous croyons qu'elle paraîtra telle à la plupart des lecteurs. Mais voici l'objection qu'élève M. Grisolle: « Les médecins qui ont fait jouer un rôle à l'entérite comme cause des tumeurs phlegmoneuses ont cité, à l'appui de leur opinion, l'histoire de plusieurs individus chez lesquels la maladie avait été précédée pendant quelque temps de coliques et de dévoiement. Mais on ne peut rien conclure de cette circonstance; car il faudrait préalablement déterminer quel est le point précis de l'intestin qu'occupe la phlegmasie....... » C'est là, nous le croyons, l'effet d'un amour excessif, l'exactitude. La détermination du point précis de l'intestin qui a donné lieu au phlegmon, est fournie par le phlegmon lui-même. Il sera bon, toutefois, de demander aux malades, à l'avenir, si les douleurs qu'ils ont éprouvées antérieurement au phlegmon, avaient pour siége plus spécial la partie dans laquelle celui-ci s'est manifesté.

Le sujet dont il a été parlé ne nous a point répondu assez nettement pour que nous puissions tenir compte de sa réponse, qui était d'ailleurs favorable à la doctrine que nous défendons. Quoi qu'il en soit, la seule existence de coliques et de dévoiement ayant précédé le phlegmon, sera, *en l'absence d'une autre cause appréciable*, regardée généralement comme prouvant que le tissu cellulaire s'est enflammé par suite de l'irritation du tube digestif. Il faudra distinguer, bien entendu, le cas dans lequel les troubles intestinaux auront pu être l'effet du phlegmon au lieu de l'avoir précédé et déterminé. Ces troubles propagés du phlegmon à l'intestin, M. Grisolle les admet (p. 10 de son Mémoire). Dès-lors, comment peut-il contester la propagation en sens inverse? Quoi! L'opinion de Bordeu et de Bichat, par suite de laquelle le

FEUILLETON.

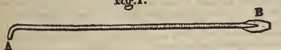
SUR LES CATHÉTERS COUDÉS, SUR LA MANIÈRE DE LES INTRODUIRE ET SUR LES AVANTAGES QU'ON PEUT RETIRER DE LEUR EMPLOI;

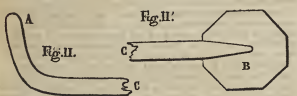
Par le docteur L.-A. MERCIER.

Je donne le nom de *cathéters coudés* à des instruments formés par une tige droite dans presque toute sa longueur, et courbée, à 12 ou 16 millimètres seulement de son extrémité, à angle presque droit (100 à 110 degrés). Leur portion recourbée serait un peu plus longue, comme l'est, par exemple, celle du lithotriteur de M. Heurteloup, que ce que je vais dire sur la manière de les introduire dans la vessie leur serait encore applicable.

Ces instruments me paraissent offrir tant d'avantages dans la pratique, qu'ils deviendront un jour, je n'en doute pas, d'un emploi général. Le modèle que je donne ici représente le cathéter qui me sert à explorer d'une manière si précise la prostate, le col de la vessie et la vessie elle-même. La fig. I donne une idée générale de l'instrument, et les fig. II représente ses deux extrémités avec leurs dimensions réelles.

Fig. I.





La sonde à l'aide de laquelle je puis forcer, sans crainte de fausses routes, les obstacles que les hypertrophies de la prostate et les valvules du col de la vessie opposent si souvent à l'introduction des sondes ordinaires, les instruments que j'emploie pour pratiquer dans cette région des cautérisations, des incisions, des excisions; enfin les sondes à double courant que j'ai imaginées, soit pour laver la vessie, soit pour la débarrasser des graviers, des fragments de calcul, du sang coagulé, etc., sont tous construits sur ce modèle.

Indépendamment des avantages spéciaux qu'ils présentent, ces instruments ont encore celui d'avoir tous la même forme, de s'introduire tous d'après les mêmes règles. Par conséquent, celui qui se sera exercé à pratiquer le cathétérisme avec l'un d'eux, les maniera tous avec une égale précision.

Pour les introduire on peut se placer à gauche ou à droite du malade, que je suppose couché sur le dos, et, dans les deux cas, on peut se servir de la main droite; cependant la position à droite est presque toujours préférable pour la dernière partie de l'opération qui est la plus délicate; elle est d'ailleurs impérieusement exigée quand le cathétérisme n'est que le préliminaire d'autres manœuvres.

Après avoir saisi la verge entre le médius et l'annulaire de la main gauche tournée en supination, après l'avoir relevée dans une direction verticale, et avoir, à l'aide du pouce et de l'index, abaissé le prépuce et écarté les lèvres du méat urinaire, on présente, de la main droite, le bec de l'instrument à cet orifice.

On pourrait tenir le pavillon dirigé vers le ventre du malade, mais cette manière de faire aurait des inconvénients.

D'abord, le canal présente une courbure en vertu de laquelle il se dirige du sommet du gland vers la face inférieure de la verge; la forte courbure de l'instrument expose donc à frotter trop rudement contre la paroi supérieure de cette portion du canal; cependant cet inconvénient serait de peu d'importance puisque, la vergo étant mobile, il serait facile de lui donner une direction appropriée

Mais arrivé au-devant de la symphyse pubienne, au niveau du ligament suspenseur, l'urètre présente une seconde courbure également d'avant en arrière et de haut en bas, pour passer au-dessous de l'arcade. Cette courbure serait difficile à franchir, surtout chez les sujets obèses dont le ventre très développé ne permet pas d'incliner fortement le pavillon dans ce sens.

Pour éviter ces inconvénients, je conseille d'introduire toujours ces instruments de côté, c'est-à-dire de diriger le pavillon vers l'aine gauche quand on est à droite, et réciproquement; puis, sitôt que le bec est engagé dans le canal, de ramener la tige à vingt-cinq degrés environ de la verticale et de pousser suivant une ligne qui, des doigts conducteurs, irait tomber sur le milieu de la portion recourbée.

De cette manière, si l'on ne serre pas la tige trop fortement, le bec se tourne de lui-même dans la direction du canal, et on aura en outre l'avantage suivant: Quand on introduit ces instruments le bec tourné vers la paroi supérieure, c'est la paroi inférieure seule qui est obligée de se prêter à leur courbure, puisque la première est fixée dans toute sa longueur; tandis que si l'on suit mon conseil, les parois latérales, étant libres toutes deux, obéissant l'une à la pression du bec, l'autre à la saillie de l'angle, le canal forme une espèce de zigzag et la pression, se trouvant ainsi partagée, devient moins sensible.

Lorsqu'on est arrivé au bulbe, il suffit d'incliner légèrement le pavillon vers l'abdomen pour que le bec se tourne spontanément vers la vessie et s'engage dans la portion ascendante du canal: alors commence le temps le plus délicat de l'opération.

En effet, si l'on se contentait d'abaisser le pavillon, le bec, qui est très court, irait immédiatement arc-bouter contre la paroi pubienne de la portion membraneuse, et on pourrait faire fausse route, comme cela est arrivé en ma présence avec des instruments de lithotritie. Ces fausses routes sont très dangereuses, car il existe, entre le canal et la symphyse, des sinus veineux considérables; ces sinus peuvent alors s'enflammer et donner lieu à toutes les conséquences d'une phlébite. Dans le cas en question, j'avais annoncé que très probablement l'individu ne tarderait pas à succomber: c'est ce qui arriva en effet au bout de quelques jours, et nous trouvâmes tous les plexus veineux qui avoisinent le col de la vessie enflammés, et du pus dans la plupart des grandes articulations.

Si, au lieu d'abaisser seulement le pavillon, on se contentait de pousser l'instrument suivant l'axe de la tige, le talon se trouverait arrêté par la paroi postérieure, surtout si le bord postérieur du col de la vessie se projetait en avant comme je le dirai plus loin. C'est donc d'une habile combinaison du mouvement d'abaissement avec celui d'impulsion que dépend le succès; et cette combinaison, il est plus facile de la concevoir et même de s'y habituer, que de la décrire. Dans quelques cas, au lieu de combiner ces mouvements, je me suis bien trouvé de les exécuter alternativement.

Une fois le col franchi, l'instrument entre brusquement, et à une grande profondeur, si la vessie est pleine; on peut le tourner, l'incliner dans tous les sens, ce qui lui donne un grand avantage lorsqu'il s'agit d'explorer la vessie et surtout le pourtour de son col, le bas-fond, etc. Si les calculs échappent si souvent aux explorations, c'est parce qu'on se sert de sondes dont le bec trop allongé ne peut être tourné en arrière.

Voilà les règles à l'aide desquelles il est toujours facile d'introduire les instruments coudés toutes les fois que l'urètre est à l'état normal. Je ne dirai pas que le cathétérisme est plus facile avec eux qu'avec les courbes; mais j'ai dit précédemment qu'ils peuvent servir à des usages auxquels ces derniers sont tout à fait impropres.

Bien plus, il est des cas où les cathéters coudés pénètrent beaucoup plus facilement que ne le feraient les courbes.

D'abord, n'auraient-ils d'autres avantages que d'avoir une forme différente des sondes ordinaires, que ce serait déjà beaucoup dans les

tissu cellulaire qui entoure les organes isolerait leurs actions morbides, cette opinion serait vraie contre la théorie qui admet le passage de l'inflammation de l'intestin au tissu cellulaire (p. 8 du Mém.), et elle cesserait de l'être quand il s'agirait d'expliquer la propagation de la phlogose du tissu cellulaire à l'intestin! L'opinion de Bordeu et de Bichat est fausse, et la propagation peut avoir lieu aussi bien dans un sens que dans l'autre.

Nous aurons, d'ailleurs, plus d'une fois l'occasion de revenir sur les abcès iliaques. Bornons-nous à ajouter, quant à présent, qu'une circonstance, entre autres, prouve de la manière la plus évidente l'influence que l'état de l'intestin exerce sur le tissu cellulaire ambiant, et la part que l'entérite peut avoir aux phlegmons iliaques. Cette circonstance est l'extrême rareté des phlegmons du côté gauche par rapport à ceux du côté droit. D'où vient cette rareté? De ce qu'il y a, du côté gauche, pour l'S iliaque du colon, un repli du péritoine qui l'éloigne de la fosse iliaque, dont le tissu cellulaire est soustrait, jusqu'à un certain point, par cela même, à l'influence de l'intestin; tandis que du côté droit, le cœcum repose en plein sur la fosse iliaque, non-seulement sans repli, mais encore sans l'intermédiaire d'une simple lame séreuse, le péritoine manquant ordinairement. comme chacun sait, sur sa face postérieure.

Le fait d'un abcès de la fosse iliaque lié à la colique de cuivre, est assez intéressant pour que nous ayons dû nous y arrêter. Ce fait viendrait d'ailleurs à l'appui de l'opinion de M. Ménière, qui signale les individus respirant habituellement certaines poussières métalliques comme plus sujets que d'autres aux abcès phlegmoneux des fosses iliaques.

Nous avons, dans ce qui précède, critiqué nettement les opinions d'un confrère; il nous serait bien pénible que l'on pût en inférer que nous méconnaissons les services réels rendus à la science par ce laborieux observateur.

— Dans le fait suivant, il s'agit d'un abcès pelvien survenu à la suite d'une variole, entée sur une fièvre typhoïde. Le sujet est un jeune militaire couché dans l'une des salles de M. Alquié, au Val-de-Grâce. La tumeur siége en grande partie derrière le muscle droit, à la partie inférieure; elle est un peu oblique de dehors en dedans, et de haut en bas. Sa grosse extrémité est tournée en haut. Le doigt, porté dans l'anneau inguinal externe, ne reçoit aucune impulsion quand on presse sur la tumeur, qui est d'ailleurs très résistante. La peau est très mobile sur elle, et en est manifestement séparée par une certaine épaisseur de tissus.

On peut conclure de ces caractères et des antécédents, qu'il existe là, suivant le diagnostic de M. Alquié, un abcès critique développé dans le tissu cellulaire intermédiaire au péritoine et aux muscles (sous-péritonéal).

Le caractère critique se révèle ici dans tout son jour. On ne peut arguer, en effet, pour expliquer cet abcès, de l'échauffement du tissu cellulaire par suite de l'éruption variolique, puisque celui qui s'est enflammé est séparé par une couche épaisse du siége de l'éruption.

M. Alquié a insisté sur la nécessité de donner une prompte issue au pus de ces abcès, en raison de la possibilité de leur ouverture dans la cavité péritonéale. L'état général du sujet est bon.

— Dans le service de M. Rayer se trouve un varioleux auquel on a ouvert cent soixante abcès. Le mouvement critique n'est point achevé et il se forme journellement chez cet individu d'autres collections purulentes.

— Un autre sujet, voisin du précédent, est entré avec une encéphalopathie saturnine, et a été pris à l'hôpital d'un état typhoïde intense, avec stupeur, fuliginosité des lèvres et des dents, gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais sans taches ni diarrhée. Est ce une intoxication saturnine à forme typhoïde? est-ce une fièvre typhoïde entée sur une intoxication saturnine? Nous inclinons fortement vers cette dernière opinion. Les taches hémorrhagiques ne sont pas constantes dans la fièvre typhoïde; et quant à l'absence de la diarrhée, on sait combien le poison saturnin est apte à produire la constipation. D'ailleurs, la diarrhée n'est pas constante non plus dans la fièvre typhoïde.

— M. Rayer a administré l'ammoniaque liquide à la dose de huit gouttes dans 120 grammes d'eau à un individu affecté d'emphysème pulmonaire. Cinq jours après l'usage de ce médicament, une amélioration notable a été observée; mais à la septième potion, le malade s'est plaint de *maux de cœur* et de *battements dans la poitrine*. On a suspendu l'administration de la potion, et le mieux s'est continué. La poitrine est plus bombée, les cartilages costaux sont plus saillants, et le son est plus sonore du côté de l'emphysème (côté droit) que du côté opposé.

On sait qu'il faut prendre la précaution de percuter la poitrine à droite et à gauche dans le même temps de la respiration. Si, par exemple, dans l'état le plus normal, on percutait à droite pendant l'inspiration et à gauche pendant l'expiration, on aurait inévitablement, de ce dernier côté, un son plus obscur.

M. le docteur Barth, qui fait avec tant de soin un cours d'anatomie pathologique à l'Ecole pratique, et qui, d'un autre côté, est si compétent en matière de percussion d'auscultation, ne manque jamais d'insister sur le précepte que nous venons de rappeler.

M. le professeur Skoda, de Vienne, dit que le son n'est pas toujours plus clair du côté de l'emphysème. Il a fortement distendu un poumon, et en le percutant il l'a trouvé moins sonore qu'à un moindre degré de distension. Il en est de même de l'estomac. Cela n'a rien d'incompréhensible. Quand l'air est si abondamment accumulé dans un organe creux, celui-ci se rapproche de l'état d'un solide. Reste à savoir si le poumon emphysémateux d'un homme vivant peut jamais être porté à ce degré de distension.

— Une femme a succombé dans le service de M. Cruveilhier, avec un bel emphysème de l'un des poumons. Les lobules étaient très distincts; on eût dit l'agglomération d'une foule de poumons de batracien, chaque lobule représentant un de ces poumons. C'est là, pour M. Cruveilhier, l'emphysème général. Ce savant et habile observateur n'admet pas que les cellules pulmonaires soient complètes. Chaque lobule forme un système dans lequel les cellules communiquent les unes avec les autres, leurs parois étant naturellement incomplètes.

— On serait dans une erreur dangereuse si l'on croyait à la nécessité de la couenne du sang dans l'inflammation. Il existe un caillot essentiellement lié à l'état phlegmasique, et qui n'offre pas de couenne. C'est le *caillot glatineux* de M. le professeur Bouillaud. Nous venons d'en voir un exemple dans un cas de bronchite aiguë, au Val-de-Grâce (service de M. Alquié).

Le caillot est rouge, très volumineux; conséquemment la sérosité est peu abondante autour de lui. Il est dense, résistant et se laisse enlever par son bord sans se rompre. Le nom de caillot *glutineux* lui convient à merveille.

Nous avons appris à le connaître dans une circonstance douloureuse. Il s'agissait d'une personne qui est au premier rang dans notre attachement. Cette personne, affaiblie par de longs chagrins et de continuelles souffrances, venait d'être atteinte d'une double pneumonie. La dyspnée était extrême, la toux suffocante; les crachats étaient striés de sang; râle crépitant, etc. Nous pratiquâmes une première saignée, et huit ventouses scarifiées furent appliquées en arrière sur le thorax. Un léger amendement s'ensuivit. Le caillot était tel que nous venons de le décrire. Le lendemain, nouvelle saignée; même apparence du caillot. Troisième saignée le soir; le caillot ne varie pas. Cette circonstance nous jeta dans une étrange angoisse. Tant de sang n'était-il pas enlevé inutilement à une personne si faible, puisque la couenne classique faisait défaut? Nous passâmes outre cependant, et une quatrième saignée, faite le matin du jour suivant, jusqu'à syncope, jugea la maladie.

— M. Rayer administre l'indigo à un épileptique. Déjà les accès semblent plus éloignés. Nous observerons ce malade avec soin. M. Gerdy a reçu de Russie un mémoire dans lequel il est question d'un assez grand nombre de succès dus, contre la même maladie, à l'indigo uni à une autre substance (M. Gerdy n'a pu nous la désigner, le mémoire ayant été égaré). On se rappelle le fait remarquable de M. le baron Michel. Il convient de ne pas trop se hâter de conclure. La thérapeutique est féconde en illusions. Mais il y a lieu de poursuivre l'expérimentation.

— La semaine a été bonne pour la chirurgie; mais nous sommes obligé de renvoyer l'analyse des faits chirurgicaux à notre prochaine *Revue*. Annonçons, toutefois, un événement chirurgical important: l'application, par M. le professeur A. Bérard, de la méthode de M. Vidal (de Cassis), au traitement d'une fistule vésico-vaginale. Les détails à samedi prochain.

X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Rétrécissement de l'œsophage. Des causes diverses de ces rétrécissements. De l'indication à remplir quelle que soit la cause.

Au n° 16 de la salle des femmes, est couchée la nommée Lavenant (Julie), domestique, âgée de trente-quatre ans. Cette femme, d'une constitution sèche mais bonne, n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a un an elle fut prise, dit-elle, d'un mal de gorge. Elle éprouva d'abord une difficulté légère pour avaler; elle n'avait point été sujette aux angines; n'avait jamais eu de pneumonie, et ne s'enrhumait pas pendant l'hiver. Son mal augmenta lentement; elle en vint à ne pouvoir plus avaler du tout; à peine peut-elle prendre de petites quantités d'aliments et de boissons; il lui est difficile même d'avaler sa salive.

Quand on examine le siége de la maladie, on ne voit rien à l'extérieur ni à l'intérieur; mais en portant le doigt sur la région hyoïdienne, on découvre un point douloureux, inégal, raboteux. Du reste, il faut que la malade se plaigne pour qu'on sache le lieu occupé par l'affection. Aujourd'hui la maladie en est arrivée à ce degré, qu'elle ne peut plus avaler même de l'eau; aussi est-elle maigrie, affaiblie depuis quelque temps. Cette femme tousse, mais ne souffre pas en respirant. La voix est pourtant altérée.

Cet ensemble de symptômes nous indique que le point où souffre cette femme est l'œsophage, et non la trachée, comme on pourrait le croire si l'on se méprenait sur la valeur de ce signe, l'altération de la voix.

Il paraît évident, en effet, que l'altération de la voix résulte seulement de ce que la cloison se trouve comprise dans la maladie de l'œsophage, et même c'est là un signe à ne pas négliger, puisqu'il nous précise le siége de la maladie. C'est

cas où de fausses routes ont été faites avec ces dernières. Car, par cela seul que leur bec appuie dans une direction suffisante, ils auraient peu ou même point de tendance à s'engager dans la voie anormale.

Mais il est d'autres cas encore où, même comme simple moyen de pénétrer dans la vessie, et d'évacuer l'urine, ils ont sur les algalies un avantage incontestable.

Je dois dire que pour remplir cette destination j'ai fait faire par M. Charrière des sondes coudées creuses et munies d'un seul œil ouvert sur la tige, à 10 ou 12 millimètres de l'angle rentrant que celle-ci forme avec le bec. Cette position de l'œil fait qu'il n'expose pas à excorier les tissus, même lorsqu'on se sert de l'instrnment comme explorateur.

Je fais voir dans mes *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*, et particulièrement dans un ouvrage que je livrerai incessamment à la publicité (*Recherches anatomiques pathologiques et thérapeutiqnes sur les rétrécissements de l'urètre*), que presque tout ce qu'on a dit sur les rétrécissements spasmodiques de l'urètre est à revoir. J'admets d'abord, avec MM. Ségalas, Amussat, et plusieurs autres chirurgiens qui se sont sérieusement occupés de ce sujet, que ce n'est que dans la partie profonde du canal qu'on rencontre des phénomenes qui méritent ce nom; mais je crois, en outre, que c'est moins alors un rétrécissement qu'une déviation.

Je ne crois pas, ainsi que je l'ai dit ailleurs, la portion membraneuse susceptible de se resserrer circulairement, mais il existe en dehors d'elle une disposition que Wilson a remarquée dès l'année 1808 (*Med. chir. trans.*, t. I), sans toutefois y avoir attaché toute l'importance qu'elle mérite. Une portion du muscle releveur de l'anus que cet auteur a regardée à tort comme un muscle particulier, est disposée de telle sorte qu'ayant son point fixe derrière la symphyse pubienne, elle vient s'entrecroiser avec celle du côté opposé, derrière la portion membraneuse de l'urètre, de manière à former une anse embrassant ce canal dans sa concavité.

Il résulte de cette disposition que si les fibres charnues qui composent ces deux vaisseaux viennent à se contracter, la portion que cet anse embrasse est tirée en avant et fait un angle plus aigu avec la portion bulbeuse du canal, laquelle est fixée en arrière par une partie des fibres du sphincter externe de l'anus qui s'y insère.

Si donc cette portion de l'urètre jouit, pour une raison quelconque, d'une sensibilité exagérée et qu'on vienne à introduire une sonde dans le canal, il pourra se faire qu'arrivé dans le bulbe l'instrument provoque la contraction spasmodique de l'anse musculaire, qu'il ne puisse se porter assez en avant pour se prêter à l'augmentation de courbure de l'urètre et passer au delà du bulbe.

Sans doute le spasme de cette anse musculaire pressera les parois latérales de l'urètre l'une contre l'autre, et plus encore la postérieure contre l'antérieure; mais celle-ci sera libre ou presque libre de céder à une propulsion qui agirait de sa face interne vers l'externe.

Qu'on ne croie pas que cette distinction soit sans importance.

Si le canal était véritablement rétréci par le spasme de fibres musculaires faisant partie de ses parois, celles-ci opposeraient une résistance réelle au passage de l'urine ou des instruments, quelle que soit la direction qu'on leur imprime. Dans le cas au contraire où la pression serait produite par un muscle extérieur au canal, il suffirait de diriger le bec des instruments du côté opposé à cette pression pour écarter la paroi non comprimée et passer outre. C'est en effet ce que j'ai bien des fois remarqué. Chez plusieurs sujets à urètre irritable, une sonde droite, même très fine et très souple ne pouvant s'engager dans la portion membraneuse, il m'a suffi de courber son extrémité à l'aide d'un mandrin, ou même du simple fil d'argent qui sert à désobstruer les algalies, ou bien de prendre une sonde à courbure fixe pour franchir aisément le point qui paraissait d'abord si étroitement coarcté.

Dans ces cas, où souvent la courbure ordinaire ne suffit pas encore pour suivre la portion membraneuse entraînée vers la symphyse, la sonde coudée devient on ne peut plus utile. On comprend comment sa forte courbure se prête merveilleusement à cette déviation, et comment, une fois engagée dans la portion ascendante de l'urètre, elle peut toujours vaincre la résistance de l'anse contracturée. Comme ce n'est pas le bec, mais le talon de l'instrument qui lutte contre cette résistance, on n'a pas à craindre de fausse route, et il est toujours permis d'employer une force suffisante.

Mais c'est surtout au col de la vessie que la sonde coudée devient fréquemment utile.

J'ai démontré dans mes *Recherches* que cet orifice ne se ferme pas, comme on le croit généralement, par un rapprochement des divers points de sa circonférence, mais par une sorte d'entraînement de son bord postérieur en avant; d'où résulte une sorte de soupape adhérente en arrière, tendue transversalement au-dessus du canal, et s'appliquant par son bord antérieur qui est libre, sur le bord antérieur de l'ouverture de l'urètre. J'ai aussi fait voir comment cette valvule peut être tirée en arrière par la distension de la vessie et par la contraction de fibres longitudinales que j'ai décrites à sa surface.

Cette découverte anatomique nous explique pourquoi, tant que la valvule n'est pas tirée en arrière, elle s'oppose si facilement et avec si peu de participation de notre volonté au passage de l'urine. Qu'on suppose la vessie fermée comme l'anus, et son contenu pressé par toutes les forces qui agissent habituellement sur lui, croit-on qu'il serait retenu avec autant de facilité et pendant un temps aussi long? Ce qui se passe lorsqu'on est affecté de diarrhée, lorsqu'on a pris un lavement et qu'on reste debout de manière que le liquide ne se répande pas dans les parties supérieures du gros intestin, répond suffisamment à cette question; et cependant, quelle différence de force entre le double sphincter de l'anus et celui de la vessie, si petit qu'on a douté de son existence, si pâle qu'on a douté de sa nature musculaire! Un mécanisme de soupape nous rend très facilement compte de la rétention normale de l'urine, et c'est un mécanisme analogue qu'on emploie journellement dans les arts industriels toutes les fois qu'on veut obtenir un effet analogue.

Ainsi donc, même dans l'état normal, c'est en appuyant le bec de la sonde sur la paroi antéro-supérieure de l'urètre qu'on rencontre le plus facilement son orifice interne. Toutefois, l'oubli de cette règle n'a pas alors une très grande importance, parce que la valvule se laisse si facilement soulever qu'il est difficile, lorsqu'on se sert des sondes ordinaires, de sentir d'une manière précise quand leur bec pénètre dans la vessie.

Mais, supposons qu'une irritation quelconque détermine le spasme ou la contracture des fibres musculaires qui tendent cette valvule (et c'est là une cause fréquente de rétention d'urine), n'est-il pas évident que celle-ci deviendra plus difficile à soulever, et que les sondes à courbure ordinaire, et à plus forte raison les sondes droites, qui toutes se présentent à cette valvule par leur bec, rencontreront des difficultés, et seront même exposées à s'enfoncer dans l'opercule? J'ai vu nombre de fois des fausses routes dans l'épaisseur du bord postérieur du col de la vessie, dans des cas où, après la mort, la formation d'un pareil accident semblait inexplicable.

Eh bien! qu'on prenne alors une sonde coudée. Il est évident qu'avant que son bec arrive au col de la vessie, il aura fallu rapprocher sa tige de l'axe du tronc. Le bec se dirigera donc presque directement en avant, et ce ne sera pas lui, mais le dos de la portion recourbée qui se présentera à la valvule; aussi pourra-t-on constamment pousser l'instrument avec assez de force pour soulever cet obstacle sans avoir à redouter les fausses routes.

Dans les hypertrophies de la prostate, les sondes coudées sont encore plus souvent indispensables que dans les cas précédents.

Ces hypertrophies ne rétrécissent pas le canal. J'ai fait voir, au contraire, qu'elles en augmentent nécessairement le diamètre antéro-postérieur, et quelquefois assez pour lui faire atteindre 25 et même 30 millimètres. La rétention d'urine peut alors être produite de deux manières. Ou bien la partie centrale de l'un des lobes latéraux de la glande fait saillie du côté du canal, de manière à creuser pour ainsi dire le lobe opposé, et alors la portion prostatique se trouve fortement comprimée et déviée, de telle sorte que si on la coupait perpendiculairement à son axe, elle représenterait une ligne antéro postérieure, dont les extrémités n'auraient pas changé de place, mais qui formerait dans le reste de son étendue une courbe embrassant par sa concavité la saillie du lobe hypertrophié.

donc à la portion de l'œsophage qui correspond au larynx, que doit se trouver le point affecté.

Aucun doute ne peut nous rester sur la nature du mal ; il est évident que nous avons affaire à un rétrécissement de l'œsophage ; mais il existe plusieurs variétés de cette maladie ; leur nombre est bien plus considérable que celui des rétrécissements de l'urètre, par exemple.

Dans l'urètre, le rétrécissement reconnaît ordinairement pour cause une altération soit de la membrane muqueuse, soit du tissu sous-muqueux ; c'est le plus souvent un épaississement lardacé plus ou moins considérable d'un des deux tissus précédents. Dans l'œsophage, outre cet épaississement des tissus muqueux ou sous-muqueux, il se rencontre des dégénérescences de toutes sortes : tumeurs colloïdes, encéphaloïdes, mélaniques et fongueuses, surtout et encore les ulcérations de toute espèce. Parmi ces dernières, on trouve fréquemment des ulcérations syphilitiques ; et hâtons-nous d'ajouter que c'est un cas des plus heureux.

De laquelle de ces variétés de maladie s'agit-il ici ? On voit qu'on peut hésiter entre l'épaississement des tissus muqueux et sous-muqueux, l'ulcération vénérienne et la dégénérescence cancéreuse. Il est à craindre qu'on ne doive mettre de côté tout d'abord l'épaississement des tissus sous-muqueux ; car il est rare qu'il survienne sans avoir été précédé de l'ingestion de quelque substance irritante caustique, ou de maux de gorge répétés, ou encore d'une affection des voies digestives. A la suite de l'action de pareilles causes, ou comme conséquences de ces différentes maladies, on est en droit de soupçonner le rétrécissement de l'œsopbage par épaississement des tissus muqueux. Or, ici rien de tout cela n'a existé ; la femme a toujours été bien portante.

Cette première hypothèse rejetée, resteut donc seules l'affection vénérienne et l'encéphaloïde.

La malade n'a pas été encore interrogée au point de vue de la première de ces causes ; mais il y a lieu de douter fortement que ce soit à elle qu'il faille rapporter le développement de la maladie actuelle, et voici sur quoi se base cette assertion.

Quand on explore avec le doigt, on provoque très facilement une exsudation sanguine, bien qu'on n'y mette pas la moindre force ; le contact est douloureux : ces caractères indiquent l'existence de quelque cbose de fongueux, d'encéphaloïde. De plus, le doigt lui même tombe sur un point qui donne aussi la sensation d'une fongosité.

Quoi qu'il en soit, en face d'une maladie semblable, on ne peut se dispenser de porter un prouostic très grave, même en faisant la supposition la plus avantageuse à la malade, c'est-à-dire en supposant que l'affection soit syphilitique. L'œsophage, sous un point de vue, peut être comparé à la coruée. Nous disions l'an dernier, en traitant des *maladies des yeux*, que la cornée est un de ces organes chez lesquels même la guérison a de fâcheux résultats ; car si la maladie n'existe plus, la fonction n'est pas moins souvent troublée, quelquefois abolie après la *guérison*. Il en est de même de l'œsophage.

Qu'ou suppose des fongosités syphilitiques, qu'on les suppose guéries, le rétrécissement n'en existera pas moins ; et quelles conséquences n'entraînent-ils pas !

Mais dans tous les cas, dans celui-ci comme dans les autres, dans les rétrécissements de l'œsophage, quels qu'ils soient, quelles que soient leur nature, leurs causes, il est une indication absolue générale qu'il faut commencer à remplir avant tout ; c'est celle de dilater le canal. Est-il besoin d'en exposer les raisons ? Non, sans doute, il est trop facile de les saisir. Dès aujourd'hui, chez la malade dont il s'agit ici, on a introduit une sonde du n° 9.

Ces jours-ci, on prendra des renseignements sur une syphylis antécédente ; mais quand bien même, ce qui est si fréquent, la malade nierait complétement son existence, on la transmettrait à un soument mercuriel, puisque nous n'avons malheureusement aucune médication efficace contre un semblable cancer.

S'il survient quelque phénomène intéressant chez cette malade, nous en rendrons compte à nos lecteurs.

DE L'ACTION DE LA CINQUIÈME PAIRE SUR LA RÉTINE.

Par le docteur TAVIGNOT.

(Suite du n° 2.)

Septième observation. — Faits négatifs. — Bellengieri, à propos d'une observation de lésion du trijumeau droit, s'énonce ainsi : L'ouïe était conservée ainsi que la vue ; les mouvements de l'œil étaient conservés, etc.

Huitième observation. — Ch. Bell, en rapportant le fait de Crampton, ajoute : Nous devons surtout faire remarquer que la vision qui est la fonction du nerf optique, reste entière pendant la perte de la sensibilité générale.

Neuvième observation. — Dans le courant de cette année, j'ai observé moi-même à la Pitié un homme qui venait me consulter pour une conjonctivite légère. Il avait une anesthésie faciale du côté gauche, avec conservation de la vue ; paralysie de l'un lorsque l'on fermait l'œil droit, et conservation de ses mouvements lorsque les deux yeux étaient ouverts. (Observation recueillie par l'auteur.)

Dixième observation. — Le 20 avril 1840 est entré à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 10, Bertrand, compositeur, âgé de trente-cinq ans. Il y a cinq ans qu'à la suite de travaux trop longtemps prolongés, ce malade s'aperçut d'une insensibilité de tout le côté gauche de la face ; bientôt survint une perte des mouvements de ce côté, avec strabisme de l'œil gauche. Un an après ce début, la vue, qui était restée bonne, s'est affaiblie gradnellement, et la cécité est devenue complète du côte gauche. Actuellement voici ce que nous rencontrons : La paupière supérieure gauche recouvre presque complétement et d'une manière continue, le globe oculaire ; la commissure droite est portée en haut et en arrière ; la perte de motilité est complète du côté gauche ; toutefois le muscle orbiculaire des paupières continue encore de fonctionner. L'anesthésie se rencontre partout où se distribue le trifacial. La pupille n'offre rien de particulier à noter, elle est peu dilatée, mais ne se contracte presque pas. Dans l'état ordinaire, le malade voit à peine à se conduire à cause du prolapsus de la paupière supérieure ; mais une fois celle-ci relevée, la vision est assez nette pour que le malade puisse lire et écrire avec cet œil. Circonstance d'autant plus heureuse, que l'œil droit offre un leucoma assez étendu pour masquer presque complétement le champ pupillaire. (Observation recueillie par l'auteur.)

Onzième observation. — A la suite d'une lésion traumatique fort grave, la vision étant restée intacte, l'on rencontra à l'autopsie les particularités suivantes. Le nerf de la cinquième paire est injectée, les filets sont ramollis et se déchirent facilement au niveau du bord supérieur du rocher et sur la face supérieure de cet os. La sérosité qui l'environne dans ce point a disparu, le ganglion de Gasser offre des altérations analogues à celles du nerf trifacial ; ses filets nombreux sont mous, et se déchirent avec tant de facilité, qu'il est impossible de les suivre. Les nerfs qui naissent des ganglions sont sains ; le maxillaire supérieure seul est un peu injecté. (M. A. Bérard, Gaz. méd., 1840.)

Douzième observation. — Dans le fait rapporté par Alison, on voit un malade affecté d'anesthésie du côté gauche de la face, qui était sujet de temps en temps à une inflammation de l'œil correspondant, accompagnée d'obscurcissements de la cornée que l'on faisait disparaître par les moyens antiphlogistiques ordinaires. Mais au bout de deux mois il se forma un sillon autour de la cornée, qui fut à la fin éliminée sous forme d'escbare, et l'œil se vida entièrement. Comme il n'est pas fait mention dans cette observation que la vision fût abolie ou même altérée, en l'absence des pbénomènes phlegmasiques, nous nous croyons autorisé à ranger ce fait parmi ceux qui démontrent que la paralysie rétinienne n'est pas toujours la conséquence de la paralysie trifaciale. Notons qu'à l'autopsie l'on trouva qu'outre un ramollissement considérable de quelques unes des parties centrales du cerveau, le nerf de la cinquième paire du côté gauche, suivi en arrière, à partir du ganglion était du tissu très dense d'abord, mais quant à lui il était atrophié à sa jonction avec le *tuber annulare* ; il paraissait réduit à une enveloppe névrilématique. (*Abercrombie*, traduct., pag. 617.)

— Nous pourrions faire d'autres citations, mais elles auraient trait plus directement aux inflammations de l'œil consécutives à la lésion de la cinquième paire. Nous avons donc cru devoir passer sous silence les faits rapportés par Stanley, Carré, Decbambre, Montault, Serre.

Nous venons de rapporter une nouvelle série d'observations qui tendent à annihiler la première, en mettant ainsi dans une sorte d'équilibre les preuves positives et les preuves négatives touchant l'action de la cinquième paire sur la vision. En face d'une pareille anomalie, il serait peut être plus prudent de s'abstenir de toute interprétation et d'atteudre eucore de nouveaux faits pour juger. Toutefois nous dirons, jusqu'à plus ample informé, qu'une chose nous a tout d'abord frappé dans l'analyse des autopsies que nous possédons sur les maladies de la cinquième paire ; c'est l'existence ou l'absence d'amaurose, selon que le ganlion de Gasser était ou n'était pas envahi par l'altération.

Ce gonflement ganglionnaire, nons sommes-nous demandé alors, ne pourrait-il pas prendre sa part dans la physiologie des organes des sens et dans celle de l'œil en particulier ? Et selon que la lésion existerait sur sa partie intra-ganglionnaire ou cérébrale, ou sur le ganglion lui-même et la portion extra-ganglionnaire de la cinquième paire, la vue ne pourrait-elle pas être conservée ou abolie !

Etant admis, pour un instant en effet, que la branche ophthalmique, qui est en communication avec deux masses nerveuses, reçoit une double influence, l'une de l'encéphale propre à produire la sensibilité générale de l'organe, l'autre du ganglion de Gasser et destinée à mettre en jeu la sensibilité spinale de la rétine ; ne s'ensuivrait-il pas que ces deux propriétés différentes du nerf de la cinquième paire, réunies dans l'état normal, pourraient exister l'une sans l'autre dans quelques cas pathologiques ? Ainsi une altération de la partie intra-ganglionnaire du trijumeau n'abolirait que la sensibilité générale de la branche ophthalmique, tandis que la lésion du ganglion de Gasser et de la branche ophthalmique, ou système ciliaire aurait pour résultat de produire non seulement la perte de sensibilité générale, mais encore la perte de sensibilité spéciale.

Voici maintenant les raisons que l'on peut faire valoir en faveur de cette hypothèse ; nul doute que si les faits étaient plus nombreux daus la science, l'opinion que nous formnlons sous forme de doute deviendrait une certitude.

Le sujet de la deuxième observation était amaurotique ; la maladie occupait le ganglion de Gasser.

Lorsqu'on sonde alors avec une algalie ordinaire il faut, pour éviter les difficultés qui pourraient provenir de la déviation, faire longer au bec la paroi postérieure ou la paroi antérieure de la portion prostatique, c'est-à-dire qu'il faut passer derrière ou devant la tumeur. Ce dernier parti est beaucoup préférable pour plusieurs raisons ; mais si l'on échouait malgré cette précaution, il faudrait prendre une sonde coudée, l'introduire jusqu'à l'obstacle, et alors, rapprochant sa tige de l'axe du tronc, on pousserait, non pas dans le sens du bec, mais de manière que le dos de la portion recourbée marche en avant. On conçoit que de la sorte il est impossible de faire une fausse route, et qu'on peut toujours pousser assez fortement la sonde pour refouler de côté la tumeur qui lui fait obstacle.

Le plus ordinairement, c'est en formant une tumeur saillante derrière le col de la vessie ou sur ses côtés que l'hypertrophie de la prostate met obstacle au cours de l'urine : jamais on n'en rencontre directement au-devant de cet orifice.

Si, dans ces cas, les algalies éprouvent quelque obstacle, on introduit jusqu'à l'opercule une sonde coudée dont la tige se trouve alors très rapprochée de l'axe du tronc. Alors, sans s'inquiéter si c'est en arrière ou sur les côtés que le tumeur a son point d'origine, on pousse directement en abaissant tant soit peu le pavillon et en portant par cela même le bec vers la symphise pubienne et on arrive infailliblement dans la vessie, parce qu'il est impossible qu'avec le dos de la portion recourbée de mon instrument on parvienne pas à soulever la tumeur qui ferme le canal. Il en serait de même si, au lieu d'une tumeur, la prostate formait une valvule derrière le col de la vessie.

On sent qu'avec une sonde moins courbée que la mienne, on perdrait ces avantages, parce qu'alors ce serait le bec qui marcherait en avant, qui se présenterait à l'obstacle, comme cela a lieu avec les sondes ordinaires.

On voit qu'il s'agit d'une espèce de cathétérisme forcé, mais basé sur des préceptes tout autres qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. On cherchait à soulever et même à traverser l'opercule avec le bec quelquefois pointu d'une sonde ; moi, j'oppose à l'obstacle une surface de 15 à 16 millimètres de longueur. Le bec est toujours tourné du côté où l'on a le moins de parties à ménager, le moins de résistances à vaincre. Avec les principes que j'ai établis, on ne rencontrera pour ainsi dire jamais de cas réfractaires et on aura moins souvent encore à déplorer ces accidents graves qui compromettent la vie des malades. On a tant sacrifié depuis quelques années au désir de faire du nouveau, qu'on regardera peut-être les idées précédentes comme étant produites par le même besoin ; mais je m'adresse aux hommes sérieux, aux véritables praticiens ; qu'ils veuillent bien méditer ce que je viens de dire et le soumettre à l'expérience ; je ne doute pas qu'ils n'arrivent aux mêmes conclusions.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes d'oculistique ; par le docteur GUÉPIN, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. In-8° de 150 pages. — Germer Baillière.

Cette brochure se compose d'une collection de mémoires sur divers points importants de la spécialité ocluistique. Tout en convenant que les spécialités, telles qu'elles existent maintenant, sont souvent une chose fâcheuse, en ce sens qu'elles favorisent ce charlatanisme éhonté, l'une des plus hideuses plaies de la médecine moderne, M. Guépin, dans quelques pages aussi bien raisonnées que bien écrites, placées en tête de son travail, s'attache à démontrer les services que peuvent rendre à la science les spécialistes, lorsque, mus par le double intérêt de la science et de l'humanité, et ne se bornant pas à une servile routine, ils consacrent à l'étude particulière d'une des branches nombreuses des connaissances médicales les études fortes et sérieuses auxquelles ils se sont livrés au commencement de leur carrière. Nous recommandons à nos lecteurs la lecture de ces considérations préliminaires écrites par un chirurgien consciencieux, dont le langage prouve de la manière la plus manifeste que toutes les parties de l'art de guérir lui sont également familières, et qu'il est pénétré au plus haut degré du sentiment de la dignité de notre profession.

Dans un premier mémoire, l'auteur cherche à prouver l'excellence de la méthode abortive dans le traitement des inflammations aiguës du globe oculaire. Partisan, sur ce point, des idées de M. Velpeau, il s'attache à démontrer comment la méthode abortive doit être employée dans toutes les ophthalmies aiguës, et à expliquer les éléments thérapeutiques dont elle se compose. Pour M. Guépin, la méthode abortive ne comprend pas seulement l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies catarrhales et purulentes. Elle comprend un ensemble de moyens s'appliquant à tous les cas, aux piqûres, blessures, contusions de l'œil, et à ses diverses inflammations non traumatiques.

Un second mémoire sur les taches de la cornée et leur traitement, indique comme la meilleure méthode à employer pour les faire dissoudre l'usage d'une poudre composée, suivant certaines proportions, de sulfate de cuivre, de sulfate de morphine et de sucre. L'auteur alterne les insuflations de cette poudre avec quelques insuflations de poudre à l'iodure de potassium, hormis les cas où la tache n'est autre chose qu'un épanchement séreux sous-muqueux ou entre les lames de la cornée, cas auquel le nitrate d'argent est préférable.

Le travail qui termine le livre de M. Guépin est une monographie sur l'iritis, accompagnée de six figures pathologiques d'une exactitude et d'un fini précieux. Nous avons remarqué principalement le paragraphe consacré à l'iritis syphilitique et à l'appréciation des caractères séméiotiques que les auteurs lui ont attribués. Outre les iritis scrofuleux, rhumatismal, traumatique, psorique, l'auteur admet une forme nouvelle à laquelle il donne le nom d'iritis chlorotique, et dont il rapporte succinctement plusieurs exemples. Enfin, suivent quelques courtes considérations sur la pupille artificielle et les méthodes à mettre en usage pour la pratiquer.

Fidèle à son épigraphe, *utilité*, l'auteur a voulu faire un livre éminemment pratique ; aussi n'y trouvera-t-on, et les praticiens lui en sauront gré, que des faits et des lois établies d'après l'observation clinique.

NOUVELLES.

— Durant l'année 1844, il y a eu cent vingt cinq promotions doctorales à l'université de Berlin.

— La Société de médecine de la Franconie moyenne (royaume de Bavière) a mis au concours la question suivante : « Décrire l'identité, la différence et surtout les rapports entre le typhus abdominal et la fièvre muqueuse. » Le prix est de 25 ducats. Les mémoires doivent être envoyés, franc de port et dans les formes académiques, avant le 1er janvier 1845, à MM. les docteurs Von Bezoid ou Kaiser, à Anspach (Bavière). Le mémoire couronné reste la propriété de la Société ; l'auteur en recevra vingt exemplaires.

— Le 18 septembre dernier a eu lieu à l'hôtel-de-ville de Brême le vingt-deuxième congrès des médecins et naturalistes allemands. Le nombre des savants qui avaient répondu à l'appel s'élevait à 339. Parmi cette imposante multitude on remarquait les premiers praticiens, professeurs et journalistes de l'Allemagne. Nous n'en citerons que quelques-uns plus particulièrement connus ; ce sont : Van Ammon (de Dresde) ; Albers (de Brême) ; Treviranus (de Bonn) ; Langenbeck (de Kiel) ; Textor (de Wurtzbourg) ; Escherich (de Copenhague) ; Holscher (de Hanovre) ; Oppeinheim (de Hambourg, etc., etc.

— Le 16 septembre dernier a eu lieu à Magdebourg la première réunion de la Société de chirurgiens de l'Allemagne du Nord. Soixante-onze membres étaient présents.

— D'après une communication faite par le docteur Henschel à la section médicale de la Société pour la culture des sciences en Silésie, il paraît que pendant le quatorzième siècle il existait déjà des pharmacies très bien organisées dans les villes de Breslau, Glogau, Neisse et Schweidnitz. En cela, comme en bien d'autres choses, l'Allemagne a devancé le mouvement scientifique en Europe.

La sixième observation nous offre également un exemple de dégénérescence comme squirrheuse du ganglion, et le sujet avait également perdu la vue.

Dans la onzième observation, l'on constate une sorte d'inflammation qui ramollit et désorganise la portion intra-ganglionnaire du nerf, qui est venue se terminer au ganglion de Gasser lui-même injecté, mais non détruit; le nerf opthalmique est lui-même intact; la vision est conservée.

Nous trouvons dans la douzième observation une inflammation de l'œil qui compromet l'existence de cet organe, néanmoins la rétine, par elle-même, n'aurait pas cessé de fonctionner, et, à l'autopsie, le nerf trifacial n'est trouvé altéré qu'à partir du ganglion vers le cerveau.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'existence de larves de mouches dans le vagin et dans la cavité des narines. Observations recueillies par M. BERGMANN, chirurgien à Belgern (Prusse.)

La première observation est celle d'une femme qui se plaignait de fortes douleurs entre le vagin et l'anus. Ces douleurs étaient accompagnées de fièvre. La malade ne voulant pas se soumettre à un examen local, M. Bergmann se trouva réduit à la nécessité de faire la médecine de symptôme; et, en conséquence, il prescrivit d'abord une émulsion laudanisée et des lavements lactés.

Le lendemain, la douleur et la fièvre s'étant trouvées plus intenses, le chirurgien fit ajouter à l'émulsion une certaine dose de nitrate de potasse et d'extrait de jusquiame; il ordonna aussi une adjonction d'huile de jusquiame aux lavements déjà employés, et des applications narcotiques sur l'abdomen et sur le périnée.

Malgré l'emploi de ce traitement, la douleur ayant continué de s'accroître, la malade ce décida enfin à se laisser visiter, et M. Bergmann, en inspectant le vagin, découvrit, dans un sillon creusé aux dépens de la paroi postérieure de cet endroit, des laves de la *Musca vomitoria.* Ces larves, au nombre de neuf, longues de plus de seize centimètres et de la grosseur d'un tuyau de plume, furent retirées avec soin; elles étaient toutes vivantes et d'une couleur blanchâtre. La douleur cessa instantanément.

M. Bergman prescrivit alors des cataplasmes émollients, et fit panser la plaie, d'abord avec de la pommade d'oxyde de zinc, puis avec l'onguent basilicum; et, sous l'influence de ce traitement si simple, la guérison fut obtenue dans l'espace de quelques jours.

Probablement, la femme dont il vient d'être question s'était couchée nue sur son lit, en raison de la chaleur, et, comme elle était affectée d'un flux leucorrhéique, une mouche, attirée par cet écoulement, était venue déposer ses œufs dans la cavité du vagin, où les larves n'auront pas tardé d'éclore et se seront ensuite nourries de cette sécrétion.

La seconde observation est relative à un jeune enfant âgé de dix-huit mois, appartenant à des gens nécessiteux; de sorte qu'il était vêtu de linge malpropre et rarement lavé Cet enfant, qui jetait des cris incessants, était en proie à une fièvre brûlante; il était dans un état d'excessive émaciation; la face était rouge, surtout autour du nez et à la région frontale.

Les parents rapportaient que le petit malade se frottait continuellement le nez et le front, en se plaignant beaucoup.

En examinant avec une minutieuse attention l'orifice des narines, M. Bergmann y reconnut, à son grand étonnement, la présence de quelques larves de la Musca vomitoria, semblables à celles qui ont été décrites dans l'observation précédente. Après avoir retiré ces insectes, l'enfant redevint bientôt tranquille et recouvra rapidement la santé.

Il est digne de remarque que, dans ce cas, le petit malade n'a pas été pris de fréquents éternûments; mais il est probable que cette particularité doit être rapportée à ce que les larves, revêtues d'une couche épaisse de mucosités, n'ont pas irrité les papilles des nerfs olfactifs, ou peut être encore à ce que la sensibilité propre de ces nerfs était déjà obtuse comme elle l'est chez les forts priseurs.

(*Medicinische Zeitung.*)

Note sur un nouveau dépilatoire à employer dans le traitement de la teigne; par M. le docteur MARTENS.

M. Boettger, chimiste distingué de Francfort-sur-le-Mein, a, le premier, signalé cette préparation comme pouvant offrir à la thérapeutique un dépilatoire d'une grande énergie.

Cette matière, qui n'est autre que le sullbydrate de sulfure de calcium (sulfhydrate calcique vert), s'obtient en faisant absorber du gaz sulfide-hydrique, jusqu'à saturation, par une bouillie formée de deux parties de chaux éteinte, ou hydratée sèche, et de trois parties d'eau. Elle se présente sous la forme d'une gelée de couleur blanc-verdâtre.

Pour l'employer, il suffit d'en étendre une couche de l'épaisseur de deux millimètres environ sur la partie qu'on veut dépouiller de ses poils. En enlevant ensuite la pâte, après deux ou trois minutes d'application, à l'aide soit d'un couteau en ivoire, soit d'un linge, on trouve la peau sous-jacente entièrement débarrassée des poils qui la recouvraient, et cela sans que l'épiderme soit en aucune manière entamé ou excorié, et sans que l'individu ait ressenti la plus légère douleur.

M. Martens, dans une note lue à l'Académie de médecine de Bruxelles, a préconisé fortement cette substance contre la teigne. Il recommande d'en faire une ou deux applications par jour, et de la laisser, chaque fois, pendant trois à cinq minutes en contact avec les portions du cuir chevelu qui sont le siége du mal.

Tout en engageant les praticiens à tenter l'essai de ce nouveau moyen lorsqu'ils en trouveront l'occasion, il faut les prévenir en même temps que dans certains cas l'épiderme se trouve légèrement attaqué, et que souvent l'action du médicament détermine un peu de rougeur et de douleur. D'ailleurs, ces signes d'irritation sont toujours trop minimes pour contre-indiquer l'emploi de ce moyen.

(*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.*)

Note sur l'acide valérianique et le valérianate de zinc; par M. WUAFLART.

Dans une note lue à la dernière séance de la Société de Pharmacie et insérée en extrait dans le n° de septembre du *Journal de pharmacie et de chimie*, l'auteur, M. Wuaflart, fait observer qu'en préparant le valérianate de zinc d'après le procédé suivi par MM. Guillemond et Fournier, pharmaciens à Lyon, procédé qui est à peu près le même que celui de M. Trommsdorff, il est essentiel, lorsque la combinaison de l'acide valérianique avec l'oxyde de zinc est opérée, d'ajouter assez d'eau distillée pour dissoudre complétement le valérianate. Sans cette précaution, il serait difficile de filtrer la liqueur, et si l'on ne procédait pas à cette filtration préalable, on s'exposerait à voir le sel altéré par le mélange d'une partie du dépôt rougeâtre qui existe au fond du vase dans lequel on a opéré, ou par une portion de la matière légère qui surnage, matière qui doit être distinguée du valérianate zincique et qu'il faut en séparer avec soin. On retire de quatre à cinq grammes de valérianate de zinc par kilogramme de racine de valériane, sans employer l'huile essentielle.

Au lieu d'employer le carbonate potassique pour neutraliser l'oxyde que l'hydrolat de valériane tient en dissolution, on peut se servir de baryte, puis faire rapprocher la liqueur jusqu'à consistance sirupeuse. En décomposant alors le valérianate barytique par un soluté de sulfate zincique, on obtient le valérianate de zinc sans avoir besoin de recourir à la distillation dans une cornue.

Du reste, il faut reconnaître que, par ce procédé, dont l'idée première est due à M. Ossian Henry, on n'obtient jamais un valérianate aussi blanc que par le procédé de MM. Guillermond et Fournier.

M. Wuaflart termine sa note en disant que M. le docteur Piron-Sampigny, après avoir essayé ce nouvel agent contre un assez grand nombre de maladies nerveuses, et presque toujours avec un succès remarquable, vient de le prescrire avec non moins de bonheur dans un cas de satyriasis qui durait depuis fort longtemps: déjà, au bout de quelques jours de l'usage de ce médicament, le malade éprouvait un soulagement très sensible, et tout fait espérer qu'en continuant l'emploi du même moyen, la guérison sera obtenue entièrement.

Le *Moniteur de l'Armée* du 29 décembre 1844, publie quelques modifications importantes apportées aux examens que subissent chaque année à l'Hôpital militaire de perfectionnement, les chirurgiens-élèves et les chirurgiens sous-aides, pour obtenir les grades de chirurgien sous-aide et de chirurgien aide-major.

Ces examens se composeront, à dater de l'année 1845, des épreuves suivantes:

I. *Examen des chirurgiens-élèves de l'Hôpital de perfectionnement aspirant au grade de chirurgien sous-aide.*

1° *Composition écrite.* — Pathologie médicale, en insistant spécialement sur les maladies aiguës. Trois formules indiquées *après le formulaire des hôpitaux.*

Les questions de formules, extraites du Formulaire, seront placées dans une urne.

Trois d'entre elles seront tirées devant les candidats et dictées par le président, en même temps que la question principale, comme il est indiqué à l'article 151 de l'instruction du 14 août 1837.

2° Anatomie et physiologie.— *Examen oral.* Question comprenant, en anatomie, les viscères de la respiration, de la digestion, des sécrétions. En physiologie, les parties relatives aux fonctions de ces organes.

3° Hygiène.

4° Pathologie externe d'après le programme du cours.

Opérations chirurgicales simples, telles que incisions, ponctions, réunions, sutures, application de bandages et appareils, etc.

Les sujets de ces épreuves pratiques auront été choisis, groupés, et auront eu des numéros d'ordre avant l'ouverture de la séance.

La liste arrêtée par le jury restera entre les mains du président.

Le sort ayant déterminé l'ordre selon lequel les candidats devront paraître. chacun d'eux, après sa réponse, recevra du président l'indication de ce qu'il a à pratiquer, d'après la liste indiquée plus haut.

II. *Examen des chirurgiens sous-aides pour le grade d'aide-major.*

I. *En pharmacie.*

1° *Composition écrite.* Question de chimie organique.

2° *Examen oral.* Question de botanique et d'histoire médicale. — Déterminer trois plantes et trois substances médicinales simples. —

3° *Examen oral.* Question de pharmacie. Deux questions de comptabilité.

4° *Epreuve pratique.* Trois opérations pharmaceutiques, dont la nature et le mode seront déterminés par le jury.

II. *En chirurgie.*

1° *Composition écrite.* Question de pathologie interne, puisée spécialement dans les maladies organiques, les affections chroniques profondes, et se prêtant à des développements d'anatomie pathologique.

2° *Examen oral.*— Anatomie. — Question d'anatomie des régions, comprenant les applications chirurgicales qui s'en déduisent.

3° *Examen oral.* — Question d'hygiène et de médecine légale. — Question comprenant principalement ce qui est relatif au soldat, tel que ce qui compose son vêtement, son régime en garnison et en campagne; les conditions de son habitation; les cas de réforme; les conditions de mise en non activité, en retraite, et catégorie de celle-ci, etc.

4° *Pathologie externe*, et pratiquer deux opérations sur le cadavre. — *Huit minutes* seront accordées à la première partie de cette épreuve, et *sept* à la seconde. Pour celle-ci, une liste aura été dressée à l'avance, comprenant avec des numéros d'ordre, autant de sections de deux questions qu'il y aura de candidats. Après la réponse à la question de pathologie externe, le président du jury indiquer au candidat sur cette liste, les deux opérations correspondant à son numéro de série, et qui devront être exécutées immédiatement.

(Extrait du *Moniteur de l'Armée*, du 29 décembre 1844.)

Nous ne saurions trop approuver les modifications dont nous venons de parler. Elles tendent à rendre les connaissances des officiers de santé militaires de plus en plus positives, et surtout de plus en plus pratiques; ce qui ne peut manquer de produire par la suite de très heureux résultats.

La *Société de pharmacie de Paris* avait proposé un prix de 1000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur *la digitale.* Ce prix a été accordé à M. le docteur Homolle, docteur et médecin à Paris. L'auteur de ce mémoire a envoyé à la Société un échantillon de digitaline, et a décrit le procédé pour extraire ce principe.

L'auteur a observé l'action de la digitaline sur lui-même et sur quelques autres personnes; il résulte de ses expériences que cette matière, prise à la dose de 0,005 gr. à 0,02 gr., ralentit la circulation et peut développer des phénomènes toxiques, tels que nausées, éblouissements, céphalalgie et vertiges.

Des expériences faites par M. Martin-Solon ont montré la digitaline plus active que l'auteur ne l'avait vue lui même. Il a toujours constaté qu'à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour, son action sur la circulation était sensible et faisait tomber en moyenne les pulsations de 72 à 55 par minute; les effets toxiques précités ont presque toujours apparu dès que la dose de la substance active était portée à 1 centigramme par jour.

L'action diurétique signalée par l'auteur ne s'est pas confirmée. En résumé, l'ensemble des observations faites par M. Martin-Solon le porte à penser que la digitaline devra, dans son application thérapeutique, être comprise entre les doses de 1 milligr. à 1 centigr.

— Parmi les médecins de Hambourg, existe la louable convention que, lorsqu'un jeune médecin est nouvellement admis à la pratique, il doit s'obliger à ne rien entreprendre contre l'intérêt de ses collègues, et surtout de ne rien publier, soit en annonces, soit en recommandations personnelles dans les journaux politiques.

— La seconde réunion générale de la Société des médecins de la province a eu lieu à Dusseldorf le 26 septembre dernier. Le président temporaire, docteur Küster, y a communiqué un projet de fondation d'une caisse de prévoyance pour les veuves des membres de la Société.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 5. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. ALQUIÉ, médecin en chef, premier professeur.

Pleurésie aiguë avec épanchement remplissant toute la cavité thoracique gauche. Mort le huitième jour de la maladie. Considérations cliniques recueillies par M. le dr L. SERRIER, chirurgien sous-aide major, chef de clinique interne.

Il est entré depuis un mois environ à la clinique médicale du Val-de-Grâce, un assez grand nombre de malades porteurs d'affections inflammatoires aiguës très graves des plèvres et des poumons. Ces malades, dont la plupart sont en convalescence dans nos salles, et dont nous publierons plus tard les observations avec tous les détails qu'elles méritent, ont été soumis à un traitement antiphlogistique énergique, qui a presque constamment été couronné du plus heureux succès. Chez quelques-uns, la phlegmasie thoracique a été compliquée de phénomènes gastro-intestinaux peu graves, qui ont cédé à l'emploi de quelques doux purgatifs.

— La pleurésie, par l'histoire de laquelle nous commencerons notre compte-rendu, est un des cas les plus curieux que nous ayons observé depuis le commencement de l'année scolaire. La gravité des symptômes offerts par le malade qui en était atteint ayant rendu infructueux les efforts du traitement le plus énergique, l'autopsie nous a permis de constater des lésions anatomiques très intéressantes que nous relaterons avec soin, et que nous ferons suivre des considérations éminemment pratiques auxquelles s'est livré M. Alquié. Voici le fait :

Le 1er décembre 1844, est entré au Val-de-Grâce, et y a été couché au n° 35 de la salle 26, le nommé Juères (Pierre), âgé de vingt-deux ans, fusilier au 47e de ligne.

A trois heures du soir, ce malade était en proie à une fièvre violente, avait la face injectée, se plaignait d'une céphalalgie intolérable, était tourmenté d'une dyspnée intense, et n'accusait cependant de douleur aiguë dans aucun point de la poitrine. Il nous apprit seulement qu'il avait éprouvé, un mois auparavant, une douleur assez intense à la partie inférieure et latérale gauche du thorax; que cette douleur n'avait conservé de l'acuité que pendant deux jours, et que depuis ce temps elle avait disparu, ne laissant après elle qu'une gêne légère pendant les grands mouvements du thorax. L'auscultation nous fit entendre du râle sibilant et des rhonchus sonores dans toute l'étendue de la poitrine, et en même temps que la percussion nous donna pour résultat une matité considérable en avant des deux côtés, et surtout en arrière et à gauche. — Diète; infus. pect. tiède; saignée de 500 gram.

Le 2, dyspnée plus intense; pouls fort et fréquent, à 108; peau très chaude; face injectée; langue sèche; soif vive; urines bourbeuses et sédimenteuses, persistance de la matité, surtout du côté gauche, où le murmure respiratoire ne se fait plus entendre, ce qui porte à diagnostiquer un épanchement pleurétique remplissant la cavité thoracique correspondante. — Diète; eau de gomme; saignée de 500 grammes à neuf heures du matin ; application de 8 ventouses scarifiées à la partie postérieure gauche du thorax; seconde saignée de 400 grammes à quatre heures du soir.

Le sang fourni par la saignée de la veille offre un caillot très dense, recouvert d'une couenne verdâtre et à bords retroussés.

Le 3, persistance des mêmes phénomènes généraux et de la matité thoracique. Absence complète du bruit respiratoire en arrière et à gauche; respiration puérile en arrière et à droite. Pas d'égophonie; déplacement notable du cœur; cet organe est évidemment refoulé à droite, et ses battements se font sentir fort en avant du côté droit du thorax. Augmentation d'un centimètre et demi dans la voussure de la cavité thoracique gauche; couenne épaisse et verdâtre sur les deux saignées de la veille. — Diète; eau de gomme; deux nouvelles saignées de 400 grammes chaque.

Le 4, teinte violacée des lèvres. Coloration des pommettes. Fréquence extrême du pouls; dypsnée très intense. Absence totale de couenne dans les deux saignées pratiquées la veille. — Diète. Large vésicatoire à la partie postérieure gauche du thorax; saignée de 300 grammes. Pas de couenne à la surface du caillot.

Le 5, il y a eu aggravation de tous les symptômes. Deux nouvelles saignées ont été pratiquées, et les caillots qu'elles ont fourni ont été couverts d'une couenne jaunâtre très épaisse.

Le 6, léger souffle tubaire au sommet du poumon gauche; râle sous-crépitant fin, mêlé à quelques bulles de râle muqueux à la partie postérieure et inférieure du poumon droit. Ces derniers symptômes ont été regardés comme les indices d'une légère pneumonie développée par surcroît d'action à la partie postérieure du poumon correspondant. — Six ventouses scarifiées ont été immédiatement appliquées sur la partie postérieure droite des parois thoraciques.

Le 7, rien de nouveau.

Le 8, la dyspnée a été très forte; le pouls battait 126, et le malade offrait 39 inspirations par minute. — Saignée, 300 grammes. Potion stibiée à 4 décigr.

Cette potion a amené un grand nombre de selles séreuses.

Le 9, à huit heures du soir, le malade succombe au milieu d'une véritable asphyxie.

Autopsie le 11, à neuf heures du matin.

Cavité crânienne. Rien d'anormal.

Cavité thoracique. Après avoir enlevé le sternum et les cartilages costaux, nous avons pu constater que la cavité thoracique gauche était entièrement pleine d'un liquide séreux citrin, qui par sa masse avait déjeté le cœur à droite, et que la pointe de cet organe dépassait d'un pouce le bord droit du sternum. La consistance du liquide épanché était plus grande vers l'angle costo-diaphragmatique, où il formait une masse presque de consistance gélatineuse, que dans tous les autres points de la cavité thoracique gauche. Il existait entre la clavicule en haut et la face convexe du diaphragme en bas, quatre productions pseudo-membraneuses de récente formation, transversalement dirigées de la colonne vertébrale vers la plèvre costale, et divisant pour ainsi dire la cavité pleurale correspondante en cinq petits compartiments très nettement séparés les uns des autres. Le poumon de ce côté était complétement refoulé vers la colonne vertébrale, et son tissu serré, comprimé, et pour ainsi dire feutré, présentait cependant au centre de l'organe une assez grande quantité de cellules perméables à l'air. Quelques fragments de ce poumon placés à la surface de l'eau plongeaient au fond de ce liquide, tandis que d'autres surnageaient.

La plèvre costale gauche était manifestement enflammée; elle offrait une coloration rosée, et présentait un épaississement considérable (une ligne environ) surtout dans la portion diaphragmatique.

Du côté droit, c'est-à-dire du côté où nous avions successivement entendu pendant la vie une respiration ronflante, puis une respiration puérile, et en dernier lieu du râle crépitant et du râle muqueux, nous avons constaté un engouement très prononcé siégeant sur toute la face postérieure et seulement dans la couche superficielle du poumon. Les bronches présentaient, des deux côtés, des signes manifestes d'irritation.

Le péricarde contenait une petite quantité de sérosité jaunâtre, et nous avons pu constater, en dernier lieu, une légère hypérémie de l'endocarde, un faible épaississement des valvules du cœur, et une coloration rougeâtre très prononcée siégeant au pourtour de l'orifice de tous les vaisseaux situés à la base de cet organe.

Cavité abdominale. Rien d'anormal.

Il est très rare, dit M. Alquié, d'observer un cas de pleurésie dans lequel les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie du cadavre, rendent compte d'une manière aussi exacte de tous les symptômes observés dans le cours de la maladie. En effet, l'épanchement énorme que nous avons rencontré dans la cavité thoracique gauche, nous explique parfaitement la matité et l'absence du bruit respiratoire pendant les six derniers jours de la vie.

Le 6 vous avez pu entendre, quand le malade se livrait à de grands mouvements inspiratoires, un peu de souffle tubaire et de râle ronflant au sommet du poumon gauche. Il est probable que le poumon, quoique refoulé contre la colonne vertébrale par l'épanchement pleurétique, se laissait cependant encore un peu distendre par l'air atmosphérique, et vous transmettait à travers le liquide épanché les bruits dont nous parlons. Vous vous rendrez aussi parfaitement compte de la respiration puérile que fournissait l'augmentation du poumon droit, si vous réfléchissez que le poumon gauche étant complétement refoulé par l'épanchement vers la colonne vertébrale, et se trouvant dans l'impossibilité de remplir normalement ses fonctions, était suppléé par son congénère.

Nous croyons enfin pouvoir expliquer par l'excès de fatigue d'une part, et, en second lieu, par la gêne occasionnée par l'épanchement siégeant dans le côté opposé de la poitrine, et par la déviation du cœur, l'engouement que nous a offert toute la couche superficielle et postérieure du poumon droit... Cet engouement justifie parfaitement à son tour le râle crépitant que notre oreille a perçu les deux derniers jours de la maladie; tandis que l'irritation des bronches nous rend

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Scènes académiques. — La fatalité. — La fée Mandragore. — Est-ce fini? — Conseils. — La rate innocente, malheureuse et persécutée. — L'inspecteur général des Facultés et Ecoles de médecine. — Le journal de clinique d'un praticien. — Influence désastreuse de la cherté des truffes. — Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres.

L'affaire de mardi a été chaude. Ce combat d'arrière-garde a été presque aussi meurtrier que la bataille principale; il a été surtout bien imprévu, pour nous du moins qui ne vivons pas dans les coulisses académiques, car il paraît que M. Velpeau avait fait tout ce qu'il pouvait faire pour éviter le conflit, et qu'il ne s'est adressé à l'Académie tout entière qu'après avoir épuisé son argumentation sur quelques membres en particulier. Quand on se remémore toutes les phases, tous les accidents, toutes les péripéties de cette grande affaire de la myotomie rachidienne, on ne peut ne pas être frappé de cette suite incroyable d'imprudences, de cette accumulation de maladresses et de fautes, de cette persistance malheureuse et inexplicable à suivre une voie semée d'embarras, de périls et conduisant inévitablement à une confusion certaine. On la dirait frappée, cette question, de cette terrible fatalité antique qui marquait au front Œdipe, Oreste et toute la lamentable famille des Atrides. N'avez-vous pas aussi été tous bercés par un conte de nourrice qui se représente involontairement à ma mémoire : La fée Mandragore voulait beaucoup de bien à la princesse Argentine, qui, jeune, riche et d'une beauté incomparable, était vivement recherchée par tous les seigneurs des alentours. Les parents pressaient la jeune fille de faire un choix; mais celle-ci haïssait tous ses adorateurs, car elle avait donné son cœur et sa foi à Poudre-d'Or, gentil petit page qui avait été le compagnon des jeux de son enfance. Argentine alla trouver la fée Mandragore, qui lui remit un nœud de ruban rose avec recommandation de le porter toutes les fois que ses adorateurs se présenteraient devant elle. Or, ce nœud avait une singulière propriété, c'était celle de faire dire et faire les plus incroyables balourdises aux personnes que n'aimait pas celle qui le portait. Les soupirants se présentèrent à la file, mais ils dirent et firent tant d'extravagances que les parents indignés les mirent à la porte. Argentine épousa Poudre-d'Or, et ils eurent beaucoup d'enfants.

En entendant, en voyant tout ce qui se dit et tout ce qui se fait depuis deux ans passés sur la myotomie, on est tenté de croire que la fée Mandragore a jeté quelque sort sur certains de nos confrères. Dans le commerce ordinaire de la vie, dans les fonctions médicales dont ils sont revêtus, vous les trouvez hommes de sens et de haute raison, médecins savants, professeurs célèbres, écrivains distingués, académiciens influents par leur savoir et par leur caractère; mais s'agit-il de la myotomie et de tous les accessoires qui s'y rattachent, voilà le nœud de ruban rose qui agit! C'est une intempérance de faux raisonnements, un luxe de sophismes, une profusion telle d'incohérences et de contradictions que, sans une influence surnaturelle, il est impossible d'expliquer cela. A-t-on jamais entendu rien de plus piètre, de plus déraisonnable que ce que disaient mardi dernier les honorables académiciens qui voulaient légitimer un acte inqualifiable du conseil d'administration? On était vraiment affligé de voir des hommes de ce mérite faire tant d'efforts pour soulever des subtilités, des chicanes, comme l'ont dit MM. Roux et Gerdy, qui n'ont pas voulu sans doute dire le véritable mot, des escobarderies. Oui, c'est le mot propre; on voulait escobarder le mémoire de M. Malgaigne. On voulait lui enlever sa raison d'être, son motif, son support, c'est-à-dire ses observations, pour le réduire à une pure discussion dogmatique sans preuves et sans appui. Vainement l'Académie, pour voter cette insertion intégrale, avait fait appel à toute sa solennité, trois ou quatre membres du conseil ont cru ne pas devoir en tenir compte, pouvoir casser l'arrêt de la Compagnie, et lui substituer une pénalité plus douce et plus bénigne. Intention bien charitable assurément, mais qu'il fallait manifester plus franchement, plus ouvertement que par une discussion occulte du conseil des Dix.

Le vote de mardi terminera-t-il cette affligeante affaire? J'en doute. On assure que les intéressés ne se tiennent pas pour battus par l'ordre du jour adopté, et qu'ils croient pouvoir laisser les choses *in statu quo*; c'est-à-dire que ce vote ne les oblige pas suffisamment à respecter et à suivre les décisions de l'Académie. C'est là évidemment encore un résultat de la funeste influence de la fée Mandragore. Ces messieurs veulent porter la provocation envers la commission Malgaigne jusqu'aux dernières limites de l'imprudence et de la maladresse. Soit, dira la commission, qui paraît décidée, c'est son devoir, à soutenir la lutte jusqu'au bout; et si cela arrive, on entendra d'étranges choses.

Mais au milieu de cette lutte passionnée et personnelle, que devient l'honneur, que devient la dignité de l'Académie? Que deviennent les intérêts de la science? Et où sont la gravité, le respect, le sentiment des convenances dont le premier corps médical de notre pays devrait donner l'exemple?... Réflexions pénibles que je ne suis pas le seul à faire, et qui, en dehors de l'Académie, préoccupent tous les esprits sages, tous ceux qui voudraient voir cette Compagnie entourée de toute la considération qui lui est nécessaire pour agir sur l'esprit public. La première réforme à laquelle l'Académie doive songer, est celle de sa constitution même, celle qui aurait pour but de modifier profondément l'organisation de son conseil d'administration, qui a de si nombreux et si gros péchés sur la conscience, depuis la radiation du vénérable Larochefoucauld-Liancourt du comité de vaccine (1826), jusqu'à la mutilation du mémoire Malgaigne (1845). Qu'elle cherche d'abord à se débarrasser des entraves et de cette lourde chaîne que le conseil fait peser sur elle. Mais que de courage, que d'énergie et de persévérance, quel sang jeune et vigoureux il faudrait pour remuer tant d'apathie, tant d'insouciance, tant de sénilité indifférente et égoïste?

—La rate est dans ce moment l'objet d'une vive convoitise entre deux médecins fort honorables de Paris. L'un assure qu'avec quelques grains de sulfate de quinine il peut ramener, en quarante secondes et moins, une rate hypertrophiée à ses dimensions naturelles, ce que la percussion plessimétrique indique clairement; l'autre conteste formellement

très bien compte du râle sibilant et des rhonchus sonores que nous avons entendus au même point, lorsque le malade est entré à l'hôpital.

S'il y a une maladie dans le traitement de laquelle on doive employer avec énergie la médication antiphlogistique, c'est assurément la pleurésie, surtout lorsqu'elle a une marche aussi rapide, et qu'elle offre des symptômes aussi graves que dans le cas dont je viens de vous entretenir. Je me suis conformé à cette règle de l'expérience journalière ; et cependant, tout en employant avec une extrême énergie les saignées générales et les saignées locales, j'étais secrètement tourmenté d'une très vive inquiétude sur l'issue de la maladie, car j'ai rarement vu, dans le cours de ma longue expérience, les saignées avoir raison d'un épanchement remplissant la totalité d'une cavité thoracique. Notre malade a été saigné neuf fois; on lui a tiré de la veine environ 3,400 grammes de sang. Vous savez que les trois premières saignées ont été recouvertes d'une couenne inflammatoire très épaisse; que la quatrième, la cinquième et la sixième n'en ont pas présenté; et qu'enfin, les trois dernières émissions sanguines ont présenté les mêmes caractères que les premières.

Cette circonstance, qui se renouvelle assez souvent dans nos salles, me fournira l'occasion de vous répéter encore aujourd'hui ce que je vous ai déjà dit plusieurs fois, à savoir : que la présence de la couenne à la surface des caillots n'est, pas plus que son absence, un indice sur lequel on doive régler le nombre des saignées à pratiquer à tel ou tel malade atteint d'une phlegmasie quelconque, car bien souvent on ne rencontre pas de couenne inflammatoire à la surface des caillots de la première et de la seconde saignée, et on la voit se former à la surface du caillot des saignées subséquentes. D'autres fois la couenne existe encore après un nombre très considérable de saignées, comme, par exemple, la huitième, la dixième et même la quatorzième. J'ai eu l'occasion de vous en citer un exemple dans le cours de nos conférences cliniques. Quoi qu'il en soit, toutes les émissions sanguines que nous avons pratiquées sont demeurées sans effet.

Le 4 décembre, nous avons fait appliquer un large vésicatoire à la partie postérieure gauche du thorax; et le 6, nous avons eu une faible lueur d'espérance en entendant au sommet du poumon correspondant le souffle tubaire dont nous avons parlé plus haut. Notre espoir n'a pas été de longue durée, car l'effet du vésicatoire n'a pas été plus heureux que celui des saignées, et ici encore je dois vous répéter ce que je vous ai dit plusieurs fois quand il s'est agi des révulsifs cutanés; c'est que, autant le vésicatoire est un excellent moyen thérapeutique dans les pleurésies légères, autant il se trouve impuissant dans les pleurésies du genre de celles dont il s'agit maintenant, et dans lesquelles il est presque impossible d'égaler la force du mal par la force du remède.

En présence des phénomènes graves et inquiétants que nous offrait ce malade, nous avons pensé à l'empyème, opération au sujet de laquelle nous partageons pleinement les idées de M. Trousseau. Peut-être avons-nous trop attendu; mais vous savez que l'hésitation est en général fort naturelle en présence d'un parti actif. Si la thoracentèse eût été une de ces opérations qu'on pratique journellement dans les hôpitaux, je l'aurais assurément faite, comme j'en ai eu la pensée, dès que j'ai acquis la certitude que la cavité thoracique gauche était totalement occupée par un épanchement; mais, je vous le répète, et c'est un fait dont vous pourrez vous convaincre mille fois par vous-mêmes quand vous serez livrés à vos propres ressources, l'hésitation est naturelle quand il s'agit d'employer un moyen thérapeutique que la pratique journalière n'a pas encore totalement consacré, quand en un mot la vie des malades est en quelque sorte l'enjeu de la décision qu'on va prendre.

L'autopsie, dont je vous ai plus haut relaté toutes les circonstances, nous a prouvé que l'opération de l'empyème aurait pu être suivie d'heureux résultats chez notre malade. En effet, le poumon droit était sain ou dresque sain; il n'a commencé à être légèrement altéré dans sa texture et dans ses fonctions que lorsqu'il a subi de la part de l'épanchement situé dans la cavité pleurale opposée et de la part du cœur dévié par cet épanchement une compression plus ou moins forte, et lorsqu'il est devenu le siége d'une hypersécrétion muqueuse assez abondante. — Je crois donc que si quatre ou cinq jours avant la mort nous avions retiré de la cavité thoracique une portion du liquide qui s'y trouvait épanché, le poumon gauche refoulé contre la colonne vertébrale aurait pu revenir plus facilement sur lui-même, aurait reçu avec plus de liberté l'air atmosphérique dans une partie de ses cellules, que le cœur, déjeté à droite, serait revenu à sa position normale, et qu'enfin le poumon droit ne serait pas devenu le siége de l'engouement mécanique qu'il nous a présenté.

Je vous engage à garder le souvenir de cette observation, rarement vous serez à même de voir un cas de pleurésie aussi tranché, aussi remarquable; et comme cependant nous avons souvent à traiter dans nos salles des soldats atteints de cette affection, je crois devoir vous présenter à la suite de ce fait quelques considérations générales sur la nature, les causes et le traitement de la pleurésie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Diminution rapide de la rate par le sulfate de quinine. Résultats de la plessimétrie et de la palpation combinées, le plessimètre servant lui-même de porte-crayon dermographique.

(Troisième article.)

Reprenons l'observation n° 6, salle Saint-Raphaël; observation dans laquelle une rate très volumineuse avait visiblement diminué, le 6 décembre, sous l'influence du sulfate de quinine.

Le 7 décembre, le volume de cet organe était resté le même qu'au moment où, le 6, on avait cessé de l'explorer, c'est-à-dire le même que dix minutes après l'administration du sel de quinquina. M. le docteur Bouvier, médecin de l'hôpital de la Pitié, assistait à l'expérimentation qui fut faite.

On limita avec une exactitude minutieuse par la palpation et par la plessimétrie, le pourtour de la rate; et quand cela fut fait, on administra en une seule dose 1,50 centigr. de sulfate de quinine acide. Le décroissement de la rate commença dès la quarantième seconde de la manière la plus évidente, et vers la quatrième minute il était de plus de 3 centimètres en bas, et d'autant par en haut. Le fait était tellement palpable, que M. Bouvier affirma sur-le-champ qu'il était incontestable. Si un tel nom de suffisait pas pour garantir l'exactitude du fait, on pourrait y ajouter celui de l'interne attaché au service de cet honorable médecin et ceux des personnes qui suivent ordinairement le service de M. Piorry. Ainsi la question est jugée, bien jugée; le sulfate de quinine acide fait très rapidement diminuer la rate : le fait est surprenant, mais il n'en est pas moins certain. Du reste, il ne l'est pas plus que ne l'est la diminution très considérable, en huit jours, d'un os hypertrophié à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium, ainsi qu'on en peut avoir un exemple remarquable pour le tibia, chez une femme de la salle Sainte-Geneviève, 21.

Le crayon dermographique a de grands inconvénients dans sa pratique. Difficile à tailler, on fait, en s'en servant, des traces trop larges; se ramollissant à une température élevée, il devient une sorte de bouillie; trop dur lorsqu'il est froid, il ne marque plus; il faut beaucoup trop appuyer pour dessiner les limites des organes.

Le 7 décembre, à la clinique, M. Piorry a trouvé un moyen bien simple de remédier à ces imperfections; il suffit, en effet, de frotter le rebord du plessimètre sur le crayon pour y déposer une couche de la substance noire qui le forme; l'instrument devient alors lui-même le porte-crayon. Or, le plessimètre, qui permet de trouver la limite de l'organe, sert au même instant à marquer celle-ci. Cette bien petite découverte va nécessiter une modification nouvelle du plessimètre, c'est de pratiquer sur l'un des points de la circonférence de la plaque d'ivoire une petite rainure qui contienne une couche suffisante de crayon dermographique. Alors rien ne sera plus facile que de tracer, immédiatement après avoir percuté, la ligne noire devenue indispensable pour la pratique. Ce sera encore là un avantage de plus du plessimètre proprement dit sur le plessimètre-doigt.

Revenons actuellement, dit M. Piorry, à la question agitée par M. Gouraud. Certes, des gaz développés dans le tube digestif, à l'occasion de l'ingestion du sulfate de quinine ou de l'acide sulfurique, ou encore de l'eau, ne sont en rien les causes des changements survenus dans la limitation de la rate par la plessimétrie. Il serait, en vérité, contraire à tous les faits physiologiques connus, d'admettre un tel dégagement de gaz survenant aussi rapidement dans l'estomac.

D'ailleurs, dans une multitude de cas, c'est le colon (transverse ou descendant) qui se trouve situé au-dessous de la rate.

Comment comprendre, alors, que l'ingestion de liquides dans l'estomac, provoque la formation de gaz qui rendraient sonore la région splénique? Injecté dans le rectum trente fois pendant quatre ans, le sulfate neutre de quinine ne fit jamais diminuer la rate.

Dès l'instant qu'on augmenta la quantité d'acide, et que le sel de quinquina devint soluble, la même injection fut suivie, en moins d'une demi-minute, du décroissement de la rate. Ne dites pas qu'alors des gaz se dégagèrent dans les gros intestins, car cela serait bien autrement invraisemblable que l'action du sulfate de quinine absorbé et agissant sur la rate. Se dégagerait-il aussi des gaz dans le conduit alimentaire, alors que le sel acide de quinquina est porté dans la bouche; alors que du citrate, de l'acétate de quinine sont ingérés dans le rectum : et cependant l'organe splénique diminue ici avec la même rapidité!

La limitation du décroissement de la rate, faite un quart d'heure après l'emploi du sulfate de quinine, s'est trouvée exactement la même le lendemain, les jours suivants; et tant qu'on ne donna pas des doses nouvelles de sel de quinquina. Est-ce qu'alors les gaz se seraient sans cesse formés, ou seraient-ils restés là tout exprès pendant un temps fort long pour simuler le décroissement de la rate? Lorsqu'après une première diminution on vient à donner une nouvelle proportion de sulfate de quinine, la rate diminue encore d'une manière aussi fixe et aussi constante que la première fois, et reste ensuite dans la circonscription des limites tracées pendant les jours qui suivent. Est-ce encore par le dégagement de gaz qu'on expliquerait de tels faits? Et la salicine, le houx, les amers qu'on a employés et qui jamais n'ont diminué la rate, est-ce qu'ils n'étaient pas aussi ingérés en boisson? N'auraient-ils pas dû, dans l'hypothèse de M. Gouraud, dégager du gaz, et partant, rendre la matité splénique moins marquée?

De quelque manière donc qu'on prenne la question de la diminution de la rate sous l'influence du sulfate de quinine, elle est résolue par l'affirmation. Les autorités les plus imposantes, la publicité la plus complète donnée aux expériences ne permettent pas d'élever le moindre doute sur le fait. Quant à son explication, elle n'est en rien donnée, et n'est pas plus claire que celle de l'action de la belladone sur l'iris. L'interprétation qu'a donnée M. Gouraud du phénomène observé, n'est en rien applicable à la diminution de la circonscription de la rate après l'emploi du sel de quinquina.

Il reste cependant quelque chose du travail de M. Gouraud, c'est qu'il est bon d'insister sur le fait de la diminution dans le degré de la matité de l'hypocondre gauche, alors qu'en voulant percuter la rate on fait placer le malade sur le côté droit; c'est qu'un tel phénomène, en rapport avec le déplacement des gaz et des liquides dans l'abdomen, doit être tenu en ligne de compte; c'est qu'il faut attendre qu'il se soit effectué avant de limiter la rate; enfin, c'est qu'il est bon, comme l'a fait M. Piorry, d'appliquer l'auscultation au diagnostic des maladies du tube digestif, et d'engager, comme l'avait vu aussi M. Piorry, le malade à se livrer à des expirations, au

---

le fait, et attribue les modifications de la sonoréité splénique, dans ces cas, à un développement gazeux gastro-intestinal, qu'il est tout aussi facile de produire par l'injection de quelques gouttes d'eau que par l'administration du sulfate de quinine. Surprendre la percussion plessimétrique en flagrant délit d'illusion ou d'erreur, la chose était piquante; aussi l'accusation a-t-elle été vivement repoussée par celui qu'elle intéressait le plus. Arguments anatomiques, arguments physiologiques, arguments de faits, c'est-à-dire de palpation, de mensuration et de délimitation, il a tout employé pour convaincre son rebelle adversaire, mais vainement jusqu'ici, car celui-ci persiste dans sa dénégation formelle. La plessimétrie s'inquiète, se désole et s'irrite. Mais surtout, ce qui vaut mieux pour elle, elle convie chaque matin les curieux au spectacle étrange de la disparition de la rate en quarante secondes; phénomène visible tous les jours, de huit à dix heures, à l'hôpital de la Pitié.

Je me garderai bien de mettre mon doigt entre la rate et l'estomac, et de prendre couleur en cette affaire passablement difficultueuse. Je ne comprends pas, il est vrai, toutes les merveilles de la plessimétrie, et cela faute, sans doute, d'un exercice suffisant. Mais ce que je dois faire remarquer, c'est l'excellent ton de discussion et de polémique des deux adversaires, et les armes courtoises dont ils ont fait usage jusqu'ici. La chose est assez rare pour que je la signale. Dans l'espèce, elle est surtout phénoménale; ravir la rate à la plessimétrie sans que celle-ci devienne pourpre de fureur, voilà ce que certainement l'Almanach Prophétique, qui prédit tant d'orages, n'aurait pu prévoir.

— La chose paraît décidée, nous aurons un inspecteur général des Facultés et Ecoles préparatoires de médecine. La nomination assure-t-on est faite et va prochainement paraître dans le *Moniteur*. Vous savez que la Faculté de Paris s'est prudemment et aristocratiquement soustraite aux visites de M. l'inspecteur, qui n'aura rien à voir de ce qui s'y passe. Cela est bon pour Montpellier, Strasbourg et les dix-huit Ecoles des départements. Paris est à l'abri de tout contrôle, de tout examen; et de fait, les choses s'y passent avec une perfection telle, que l'inspection en serait injurieuse et tout au moins inutile. C'est l'interprétation la plus naturelle qu'on puisse donner de cette exception qui doit être singulièrement agréable et honorable pour Montpellier et Strasbourg! Nous aurons à revenir, dans les colonnes supérieures de ce journal, sur l'utilité et l'opportunité de cette création; votée par les chambres, c'est aujourd'hui un fait acquis que nous n'aurons pas l'outrecuidance de vouloir détruire. Mais il paraît nécessaire d'examiner l'institution en elle-même, ce qu'elle pourra devenir dans l'exécution et partant le choix des hommes qu'on revêtira de ces fonctions élevées. Il est à désirer que la faveur et les coteries y jouent un moindre rôle que le mérite. Je ne veux désigner personne, car, après tout, les nouvelles qui circulent peuvent être erronées.

— Je lisais dernièrement dans un journal de Montpellier, qu'un de nos plus honorables confrères de province possédait un journal de clinique en cinquante-quatre volumes in-4°, tout entier rédigé de sa main et renfermant toutes les observations recueillies dans sa longue pratique. Il en avait même extrait une pour l'occasion qui était des plus intéressantes. C'est M. le docteur Pleindoux, de Nîmes, qui a donné ce bel exemple. Combien il est rare, hélas! Et où sont aujourd'hui, surtout parmi nos brillants confrères parisiens, ceux qui possèdent un seul cahier de notes cliniques? Ceci me rappelle que j'ai eu dans le temps entre les mains un cahier qui avait appartenu à un de nos plus célèbres médecins mort il y a quelques années couvert d'honneurs et de richesses. Ce cahier contenait pour toute indication le nom et l'adresse du malade, la désignation de la maladie, sa terminaison, et chaque note se terminait invariablement par ces mots caractéristiques : *Doit..... visites*. J'avoue que ce registre me faisait mal au cœur à parcourir. Pas un mot qui indiquât l'homme de science, pas une expression qui désignât l'homme de cœur!

— La désolation règne à cette heure chez quelques ampbytrions du monde médical et surtout chez un grand nombre de leurs commensaux. Les truffes sont hors de prix cette année; quinze et vingt francs la livre, et elles menacent d'augmenter encore! Je rencontrai ces jours passés un confrère célèbre dans le monde gourmet; sa mine triste et piteuse m'inspire de la pitié : — Qu'avez-vous donc, cher confrère? lui dis-je avec intérêt. — J'ai mal dîné hier, me répondit-il. — Je crus à une indigestion, et, poussant mes interrogations vers cette idée, je fus interrompu par une exclamation héroïque : Au contraire! s'écria-t-il. Vous connaissez bien les dîners du confrère X..., si renommés par leur délicatesse et leur recherche! — De réputation seulement, lui dis-je, car ce confrère n'est pas de mes amis, et je ne dîne que chez mes amis. — Eh bien! hier, à son dîner, il n'y avait pas de truffes!!!.. Il m'est impossible de vous rendre l'accentuation et la mimique de ce confrère désolé. J'en fus profondément touché, et lui promis de dire quelques mots de sa mésaventure, afin qu'à son premier gala, le docteur X..... réparât l'échec notable fait à sa réputation. Encore un autre dîner sans le succulent tubercule, et sa table inhospitalière sera abandonnée.

— Un livre impatiemment attendu vient de paraître; c'est celui de M. Sachaile de La Barre, intitulé : *Les Médecins de Paris jugés par leurs œuvres*. Je n'ai pu encore que le parcourir, et je ne veux pas me hâter d'en dire mon avis. Mais vous ferez tous ce que j'ai fait en le recevant; vous courrez d'abord à votre article, puis à ceux de vos amis puis à ceux de vos ennemis; car, très naïvement, je vous assure que c'est là d'abord ce qui vous intéressera. Cette entreprise était hardie, périlleuse et singulièrement compromettante. Ce que j'ai lu me donne espoir que l'auteur s'en est tiré avec bonheur, et qu'il a justifié son épigraphe, qui devrait être celle de tout homme qui a l'honneur de tenir en main la plume du critique : « Je donne un démenti à qui » prétendrait avoir acheté mes éloges ou payé mon silence. »

Jean RAIMOND.

— *Origine de la qualification des plaies sans lésion de la peau.* — Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup servi du mot composé sous-cutané pour désigner les plaies accidentelles avec intégrité de la peau, et les plaies chirurgicales qu'on cherchait à placer dans les mêmes conditions. Il y a même eu, je crois, une chirurgie sous-cutanée, c'est-à-dire une chirurgie qui avait ses raisons pour ne pas être à ciel ouvert. On sera peut-être curieux de savoir qui a inventé cette qualification. On la trouvera dans la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, qui appelait déjà les contusions sans division de la peau, *plaies sous-cutanées*.

VIDAL (de Cassis).

soupir, etc., alors que l'on veut palper la rate le mieux possible.

Rappelons-nous aussi que ce même médecin emploie un bain prolongé pour ramollir les parois abdominales et pour palper les viscères qui y sont contenus. En effet, ce praticien tient autant de compte de la palpation que de la plessimétrie, et nous savons qu'il blâmerait fort ceux qui se conduiraient autrement. X...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 28 décembre 1844.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, *M. Nélaton* fait un rapport au nom du comité de publication, qui proposc d'insérer dans le Bulletin de la Société : 1° un mémoire de M. A. Bérard sur une nouvelle forme d'anévrisme variqueux ; 2° une observation de M. Maisonneuve, ayant pour objet un malade sur lequel on a pu recueillir plusieurs dragonneaux ; 3° un mémoire de M. Chassaignac sur les résections articulaires ; avec le rapport de la commission; 4° une observation de M. Robert sur une luxation particulière du maxillaire inférieur. (Adopté.)

— *M. Pauli* fait hommage à la Société d'un travail écrit en allemand, et intitulé : *Recherches et expériences dans le domaine de la chirurgie.* (M. Monod fera un rapport verbal sur cet ouvrage.)

— *M. Huguier* propose de renvoyer au comité de publication le travail qui a été lu par M. Cullerier dans une précédente séance. (Adopté.)

— *M. Robert* a la parole pour lire une note sur une luxation de la tête de l'humérus. Après avoir indiqué les symptômes de cette luxation et décrit les manœuvres employées pour la réduction, il ajoute que les tentatives de réduction par les tractions en haut ont échoué, tandis que les tractions horizontales ont été facilement couronnées de succès. Le malade ayant succombé, voici ce que l'autopsie a montré. Un peu de sang est infiltré dans l'épaisseur du muscle sous-scapulaire. Les vaisseaux et les nerfs axillaires adhèrent assez fortement à la face antérieure de ce muscle. Le deltoïde ayant été disséqué, détaché à son insertion inférieure et relevé, on a pu voir que le tissu cellulaire filamenteux très lâche qui lui est sous-jacent et qui s'unit à la face antérieure et externe de la capsule articulaire, est épaissi et converti en une couche fibrineuse peu épaisse et d'un blanc rosé. De légers mouvements imprimés à la tête de l'humérus ont facilement surmonté la résistance de ce tissu de formation nouvelle, et ont permis de reproduire la luxation observée pendant la vie. La tête de l'humérus est alors venue se placer au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde, et en même temps l'humérus a exécuté sur son axe un léger mouvement de rotation de dedans en dehors, de telle sorte que la surface articulaire, au lieu de regarder la cavité glénoïde, était dirigée en avant. Dans cette nouvelle position, la tête humérale était recouverte seulement par le muscle deltoïde.

La capsule de l'articulation était largement déchirée à sa partie antérieure et externe; mais elle était intacte dans le reste de son étendue. La lame fibreuse épaisse qui complète en dehors la coulisse bicipitale, était déchirée près de son insertion à la petite tubérosité de l'humérus. La coulisse n'était plus occupée par le tendon du muscle biceps, mais à moitié comblée par le gonflement inflammatoire des tissus fibreux voisins. Le tendon du biceps, placé au côté interne de l'articulation, contournait la partie correspondante du rebord de la cavité glénoïde. La petite et la grosse tubérosité de l'humérus étaient à découvert; leur surface était rugueuse et dépourvue de périoste ; les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit-rond et sous-scapulaire, avaient été rompus ou plutôt arrachés à leur insertion humérale sans avoir entraîné avec eux la moindre parcelle osseuse. Leurs extrémités se voyaient à nu dans la cavité de l'articulation; une partie seulement du petit-rond était restée confondue avec la capsule.

La surface de l'articulation, rougeâtre, contenait une quantité notable de synovie ayant la même couleur.

M. Robert admet, à l'exemple de M. Velpeau, trois variétés de la luxation du bras en dedans et du côté de l'aisselle : 1° la sous-scapulaire; 2° la sous-pectorale ; 3° la sous-claviculaire. Il regarde la luxation qu'il vient de décrire, comme un type de la luxation sous-pectorale.

Il fait remarquer combien sont grands les désordres survenus dans l'articulation, et blâme à cette occasion les chirurgiens qui, regardant comme légères presque toutes les luxations du bras, permettent aux malades d'opérer des mouvements au bout de peu de jours, et avant que du tissu de nouvelle formation ait pu s'organiser et remplacer la capsule déchirée.

Enfin il signale comme remarquable, la rupture de tous les muscles qui s'insèrent aux tubérosités de l'humérus, la déchirure de la coulisse bicipitale et la nouvelle position du tendon du biceps, lequel accolé au-devant de l'articulation est placé entre la tête de l'humérus et le bord antérieur de la cavité glénoïde, échappait inévitablement à toute teutative de réduction.

M. Bérard admet une seule luxation en bas et en dedans de la tête de l'humérus. Cette luxation offre des différences qui sont dues à la gravité des désordres et à l'étendue du déplacement. Ce chirurgien regrette que les muscles qui ont été arrachés des tubérosités humérales n'aient pas pu être conservés. M. Bérard a coustaté que ces tubérosités avaient perdu la couche de tissu compacte qui les revêt. Il y a contradiction entre cet état des os et l'absence aux bouts des tendons correspondants de toute parcelle osseuse.

M. Robert a constaté la rugosité des tubérosités, tandis que les bouts tendineux étaient rougeâtres et contribuaient à fermer la capsule au moment de l'autopsie, laquelle a été faite la réduction de l'os étant opérée. M. Robert est porté à admettre qu'il n'y a pas eu arrachement même partiel des tubérosités ; car on n'a rien trouvé au bout des muscles qui s'inséraient à ces tubérosités. Si celles-ci ont été trouvées raboteuses, c'est qu'il y a eu résorption de la couche superficielle et compacte.

M. Maisonneuve fixe l'attention de la Société sur les lésions du tendon du biceps, surtout sur la position en dedans de la cavité glénoïde. C'est ce qui lui explique les difficultés qu'on rencontre alors si on veut faire la réduction par les tractions de bas en haut.

M. Chassaignac fait remarquer que les lésions qui sont la suite des luxations de l'humérus, ont été étudiées avec soin, et observations à l'appui dans les notes ajoutées à l'ouvrage d'A. Cooper. Plusieurs des détails fournis par MM. Robert et Maisonneuve se trouvent dans les notes en question.

La discussion se prolonge, surtout relativement à la dénudation des tubérosités humérales. Est-ce par lésion physique ou par absorption que le tissu spongieux a été mis à nu ?

M. Huguier prétend que par l'ébullition on pourrait s'assurer s'il y a eu réellement arrachement d'une couche osseuse, ou absorption parcellaire.

— *M. Malgaigne*, qui a bien examiné la pièce présentée par M. Robert, n'a rien trouvé sur les bouts des muscles. Mais les tubérosités étaient manifestement dénudées, et, selon lui, les tendons n'auraient pas emporté une même couche osseuse.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la réalité de l'art orthopédique, et ses relations nécessaires avec l'organoplastie; par le docteur Pravaz, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, membre correspondant de l'Académie de médecinc.

Après la bataille il faut panser les blessés; c'est généreux pour tous les partis. Pour moi, qui ne suis ni Guelfe, ni Gibelin, je dirai que jamais publication ne fut plus opportune. Les bienfaits de l'art orthopédique ont été mis en demeure. Dans la tourmente qui emportait la myotomie rachidienne, s'est trouvée compromise cette branche importante de l'organoplastie humaine, si cultivée par les anciens.

« Il y a un art de former les corps aussi bien que l'esprit, a dit Bosset ; cet art, que notre nonchalance nous a fait perdre, était bien connu des anciens, et l'Egypte l'avait trouvé, ainsi que d'autres peuples célèbres dans l'antiquité. »

Notre thérapeutique actuelle, qui s'occupe exclusivement de soulager ou de guérir les maladies qui attentent à la vie, puise ses ressources dans la polypharmacie et néglige beaucoup trop la diététique et la somascétique ; cette partie de l'hygiène publique qui doit fixer l'attention du physiologiste et du législateur, est aujourd'hui ridiculement abandonnée à ceux qui s'occupent de l'élève des bestiaux. Cette méthode, connue sous le nom d'*entraînement*, développe des qualités physiques d'une manière incroyable, telles que la force musculaire, l'agilité, la souplesse, la célérité, etc. ; elle amène une régularité dans les fonctions et une perfection inaccoutumée.

Au milieu de ces améliorations si exclusivement réservées au bétail, dont on ferait bien de ne pas toujours se préoccuper autant, on est surpris de l'oubli de la physiologie comparée, qui devrait nécessairement produire chez l'homme des modifications analogues dans l'intérêt de son perfectionnement et de sa conservation. Sa constitution, plus flexible, plus malléable, se prête merveilleusement à tous les moyens organo-plastiques employés avec succès sur des êtres inférieurs.

Il est également incontestable que la connaissance que nous avons de l'anatomie et de la physiologie, éclaire assez l'art pour lui donner le pouvoir de réparer, de redresser certaines déformations du corps humain. Mais tous les médecins ne peuvent s'en occuper avec un égal avantage, et les clameurs poussées contre les spécialités sont dénuées de sens commun ou de bonne foi, quand il s'agit d'hommes instruits, qui consentent à se limiter seulement dans la pratique, afin de se rendre et plus profitables à la science et plus secourables à l'humanité. Ces sections diverses dans la pratique, si on s'obstinait à les trouver mauvaises, n'en subsisteraient pas moins comme des nécessités qu'il faut aujourd'hui admettre et protéger. On peut déclamer contre les chemins de fer, en faire ressortir tous les inconvénients ; cependant on continue de les exécuter et de s'en servir; c'est une nécessité : ainsi tombent toutes les objections.

Le véritable médecin spécialiste, dans l'acception honorable, restreinte et rigoureuse du terme, doit être instruit autant que tout autre, et sur une branche plus que tout autre. Il n'est donc pas loyal de le confondre avec la tourbe de ceux tenant boutique de consultations dites gratuites, et qui par ignorance s'accrochent comme industriels à un rameau dont ils ne connaissent pas le tronc. La société, lésée par ces hommes, use de son droit de les poursuivre et de les traquer ; tandis que quelques-uns de nous se contentent de leur appliquer cette pensée de Platon, qui compare l'or et la vertu à deux poids que l'on met dans les plateaux d'une balance, dont l'un ne peut monter sans que l'autre descende.

Notre savant et honorable confrère, M. Pravaz, a obtenu depuis dix-sept ans l'appui et les suffrages des sociétés scientifiques pour substituer à l'iatro-mécanisme étroit qui a longtemps prédominé en orthopédie, le système éclectique qui admet le dynamisme vital comme élément principal à introduire dans le traitement des hétéromorphies non essentiellement incurables. Les découvertes récentes sur l'hématose sont venues expliquer le rôle de la respiration, soit pour maintenir les fonctions éliminatoires et dépuratoires, en produisant une élimination convenable des matériaux alibiles et en entretenant le mouvement normal de la rénovation organique. Ces connaissances, dont les anciens furent privés, ont conduit M. Pravaz à cette double indication : développer la capacité thoracique, et augmenter la densité du fluide, l'air, l'aliment sur lequel s'exerce l'activité fonctionnelle des poumons.

M. Velpeau, dans son habile et très remarquable rapport à l'Académie de médecine, ne frappe pas d'ostracisme, comme on pourrait le croire toute l'orthopédie ; il lui refuse, il est vrai, le pouvoir d'effacer complétement les déviations du tronc arrivées au troisième degré ; mais il n'est aucune partie de l'art de guérir qui ait la prétention de remédier entièrement à des déviations anciennes, à des lésions profondes qui ont altéré intimement la constitution, la formc des organes. L'ablation d'un sein cancéreux, l'extraction, le déplacement ou le broiement d'une cataracte, l'autoplastie, etc., ou toute autre opération pratiquée sur une région quelconque du corps, n'a jamais réparé totalement une difformité ou complétement guéri ceux qui s'y étaient soumis. Dans le domaine de la pathologie interne, quelle est la maladie qui ne laisse pas de traces du passé ou des germes pour l'avenir ? Si donc l'orthomorphie peut ramener un torse à une condition voisine de l'état normal et régulariser davantage des fonctions importantes, cette branche de la médecine n'a rien à envier aux autres.

Les hautes connaissances physiologiques de M. Velpeau, ne récuseraient donc pas les corollaires sagement déduits par M. Pravaz ; ils sont ainsi formulés ; je ne dois ni ne veux ici les abréger, moins encore les passer sous silence.

1° Les déviations latérales de l'épine peuvent dépendre de plusieurs causes prédisposantes ou efficientes, telles que l'inégalité des membres inférieurs, l'engorgement des fibro-cartilages intervertébraux, une affection spasmodique des muscles rachidiens ; le plus grand nombre d'entre elles est le résultat d'un défaut d'harmonie entre l'accroissement du système osseux et celui du système musculaire.

2° Quelle que soit la cause qui détermine l'inflexion vicieuse du rachis, il est presque toujours possible de la combattre avec succès au début de la déformation.

3° Les seuls efforts de la nature conservatrice et médicatrice suffisent quelquefois pour arrêter les progrès de la déformation et même l'effacer complétement ; mais il serait imprudent de compter exclusivement sur cette tendance orthomorphe de la force plastique.

4° Les conditions sous lesquelles certaines déviations commençantes guérissent sans intervention de la mécanique, nous indiquent la voie dans laquelle l'art doit entrer pour venir en aide au *nisus formativus*. Ces conditions, qui ne sont autres que celles d'une saine hygiène, doivent être élevées à une puissance relative à l'allanguissement des fonctions nutritives ; source première des aberrations organiques.

5° Dans les classes moyennes ou supérieures de la Société, qui présentent, en général, une prédisposition plus grande aux déformations de la colonne vertébrale, ce n'est pas le défaut d'une alimentation convenable qui s'oppose au développement régulier des formes du corps, mais bien l'insuffisance de l'assimilation.

6° Cette insuffisance dépend, le plus ordinairement, d'un vice primitif ou consécutif de l'hématose, qui ne permet pas une élaboration convenable des éléments nutritifs.

7° Deux modificateurs puissants peuvent être employés pour perfectionner la sanguification et, par suite, la nutrition ; ce sont la gymnastique médicale et l'inspiration fréquente de l'air condensé ; l'une et l'autre agissent en augmentant l'exhalation de l'acide carbonique et la production de la fibrine.

8° Dans les déviations un peu prononcées de l'épine, les moyens organoplastiques empruntés à la matière de l'hygiène, ne suffisent plus pour amener la guérison ou l'aténuation de la difformité ; il faut leur associer l'emploi d'appareils mécaniques.

9° Ces appareils doivent agir plutôt en inclinant l'épine en sens contraire de sa déviation qu'en distendant violemment le système ligamenteux ; leur application doit aussi se concilier avec la possibilité d'efforts musculaires simultanés.

10° Lorsque le rayon des courbures d'inflexion alternatives que décrit le rachis est très court, la perte de substance des vertèbres, du côté de chaque concavité est à peu près irréparable ; et l'on ne saurait obtenir un redressement notable de l'épine.

11° Dans ces cas graves, le problème orthopédique doit être posé autrement qu'on ne l'a fait ; il peut être formulé en ces termes :

12° Incliner, à l'égard du bassin, la ligne axuelle qui coupe les flexuosités de l'épine sous un angle propre à rétablir le niveau des épaules,

13° Redresser la courbure des côtes qui constitue la gibbosité dorsale.

14° La seconde et la plus importante de ces modifications ne peut être opérée d'une manière satisfaisante et durable qu'à la condition de développer le poumon en même temps que l'on dilate la cavité thoracique.

15° L'exercice musculaire *simultané* combiné avec l'action des appareils qui tendent à régulariser le thorax, et l'emploi du bain d'air comprimé, sont jusqu'ici les moyens les plus efficaces que l'art ait employés pour effacer les gibbosités graves. CAFFE.

REVUE GÉNERALE.

Du traitement arabique. M. Jaumes vient d'exposer dans le *Journal de la Société pratique de Montpellier*, quelques particularités sur le traitement arabique dont il a été question depuis quelque temps dans la presse médicale. Ce traitement est employé par les médecins du midi de la France contre les syphilis invétérées, lorsqu'elles ont résisté aux médication régulièrement instituées.

Il y a 150 ans environ qu'il fut importé, dit-on, à Marseille, par un apothicaire espagnol. Il s'est conservé par tradition dans cette ville et les localités environnantes.

Il se compose de pilules, d'un opiat, d'une tisane et d'un régime particulier connu sous le nom de *diète sèche*.

Pilules arabiques.

Mercure coulant pur,
Deuto-chlorure, } de chaque 2 grammes.

Séné,
Racine de pyrèthre,
Agaric, } de chaque 2 grammes.
Miel, Q. S.

On réduit en poudre les substances végétales ; on divise exactement le mercure coulant avec le deuto-chlorure de mercure, jusqu'à ce que les globules métalliques aient complétement disparu ; ensuite, avec le miel, faites une masse qu'on divise en pilules de 20 à 25 centigrammes. Le malade en prendra deux par jour.

Opiat arabique.

Salsepareille,	150 grammes;
Squiue et séné,	90 id.;
Coquilles de noisette torréfiées,	30 id.;
Gérofle,	4 id.;
Miel,	S. Q.

On en prescrit soir et matin, depuis 8 jusqu'à 15 grammes.

La tisane sudorifique est faite avec la salsepareille et la squine ; c'est la seule boisson permise au malade, il en boira un litre ou deux dans les vingt-quatre heures.

Le régime rejette les aliments ordinaires, et ne consiste qu'en galettes, raisins secs, noix, figues sèches, amandes torréfiées. On le regarde généralement comme un accompagnement indispensable.

Voici l'ordre selon lequel les remèdes sont administrés : Une pilule le matin, et par-dessus un verre de la tisane sudorifique ; une heure plus tard, l'opiat à la dose indiquée avec un second verre de la tisane. Le soir, on répète la même chose ; ce qui reste de la tisane est consommé dans le courant de la journée, pendant les repas ou dans les intervalles.

La dose du sublimé qui entre dans la composition des pilules semble trop forte; cependant il est inouï que ces pilules aient jamais produit des effets nuisibles. D'ailleurs la chimie a prouvé, par des analyses exactes, que le sublimé est décomposé, et qu'il forme alors un composé mercuriel nouveau, dont la nature n'est pas encore bien connue, et auquel les partisans du traitement arabique attribuent essentiellement la propriété antisyphilitique.

La durée de cette médication varie de trente à cinquante jours ; il est rare qu'on soit obligé de dépasser le quarantième. Quelquefois on voit le ptyalisme se montrer vers la fin, mais presque toujours alors le traitement peut être considéré comme suffisant ; et l'accident, arrêté par la cessation du remède, ne prend jamais des proportions sérieuses.

Dans le commencement, les malades s'accommodent très bien de la diète bizarre qu'on leur impose ; leur appétit même est remarquable. Mais, plus tard, cet appétit diminue, et vers la fin ils attendent avec impatience le terme d'une alimentation aussi monotone. Il est rare, toutefois, qu'ils refusent d'aller jusqu'au bout.

Voilà le traitement arabique, tel du moins que l'expose M. Jaumes. Certes, aux yeux de la science moderne il doit paraître bizarre et incohérent. Les professeurs de Montpellier n'ont pas craint cependant d'en expérimenter l'efficacité devant leurs élèves, et M. Jaumes rapporte deux observations curieuses de syphilis invétérée, datant de plusieurs années, guéries par M. Lallemand au bout de trente et de quarante jours, sans récidive.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le lichen de Ceylan, médicament nouvellement introduit dans la matière médicale européenne; par M. Schacht, pharmacien à Berlin.

Depuis quelque temps, dit M. Schacht, on trouve dans le commerce de la droguerie, sous le nom de *Lichen de Ceylan*, un médicament qui trouve son indication dans tous les cas où le Carragaheen est lui-même indiqué.

D'après les dernières déterminations qui ent ont été faites, ce lichen est le *Sphærococcus*, ou *Fucus lichenoides*.

Sous le rapport de son emploi pour la préparation d'une gélatine médicinale, M. Schacht a fait quelques essais comparatifs sur le nouveau cryptogame, sur le carragaheen, et sur le lichen d'Islande ; et il en résulte que, pour obtenir 100 grammes de gélatine presque au même degré de consistance, il faut employer 24 grammes de lichen d'Islande, 4 grammes de carragaheen, et 6 grammes de lichen de Ceylan. Ce dernier est donc moins gélatineux que le carragaheen ; mais

il a sur lui l'avantage de fournir une gélatine moins colorée et presque complétement colorée.

M. le docteur Siegmund prétend que ce nouveau médicament ne contient pas d'iode; mais la présence de ce principe peut facilement y être démontrée de la manière suivante. On incinère le lichen, on traite à plusieurs reprises le résidu par l'eau chaude, on évapore les liquides réunis jusqu'à siccité; on agite la masse solide obtenue avec de l'alcool très rectifié, puis on laisse reposer; on sépare l'alcool par décantation, et on le fait évaporer. Le produit de cette évaporation est introduit dans un tube de verre bien sec; on verse par dessus quelques gouttes d'acide sulfurique concentré; on ferme promptement le tube avec un bouchon de papier amidonné, et on chauffe doucement. La coloration bleue du bouchon de papier démontre la présence de l'iode.

Il est difficile de déterminer la proportion de l'iode contenu dans le lichen de Ceylan comme dans le carragaheen. Trente grammes furent traités comme il vient d'être dit, avec cette différence toutefois que le produit de l'évaporation du soluté alcoolique fut redissous dans l'eau distillée, puis précipité par le nitrate d'argent en solution.

Le précipité formé fut recueilli, et délayé d'abord avec de l'acide nitrique étendu, puis avec l'ammoniaque liquide diluée. Après avoir été complétement desséché, il pesait un centigramme, et il consistait en iodure d'argent: cette quantité d'iodure argentique correspond à 0 gr., 000460 d'iode pour 31 grammes de lichen de Ceylan.

Un pareille quantité de carragaheen, soumise au même traitement, a fourni 0 gr., 0125 d'iodure d'argent, ou 0 gr., 00057 d'iode; de telle sorte que le carragaheen contient plus d'iode que le nouveau médicament.

Nouvel emploi thérapeutique de l'avoine; par M. le docteur Thémont, d'Ath (Belgique).

Suivant M. Thémont, l'avoine possède une vertu diurétique des plus remarquables. C'est sous la forme de décoction que ce praticien la met en usage, d'après la formule suivante :

Avoine,	deux fortes poignées.
Eau commune,	trois litres.

Faire bouillir jusqu'à ce que le liquide soit réduit à deux litres, puis tirer à clair.

On administre cette décoction par tasses, de temps en temps.

Sous l'influence de cette boisson, M. le docteur Thémont a vu, dans un cas d'hydropisie par hypertrophie du cœur, une diurèse abondante s'établir dès le troisième jour de l'usage de la décoction, et cette diurèse, qui continua pendant plusieurs jours, termina l'hydropisie.

Action exercée par certains médicaments sur les différentes facultés de l'esprit humain; par M. le docteur Otto, de Copenhague.

Toutes les substances excitantes déterminent l'afflux du sang vers le cerveau, et les facultés intellectuelles se trouvent excitées si la dose de la substance ne dépasse pas une certaine limite; mais on remarque, d'ailleurs, que chacun de ces excitants a une manière d'agir qui lui est propre. Ainsi, l'ammoniaque et les préparations dont elle constitue la base, le musc, le castoréum, le vin et l'éther développent l'imagination et rendent plus facile l'exercice de la méditation. Les huiles pyrogénées disposent à la mélancolie, à la mauvaise humeur, aux hallucinations. Le phosphore stimule les organes de la génération; aussi, dans quelques cas, a-t-on pu l'administrer avec succès contre l'impuissance. L'iode produit des effets analogues; mais, en même temps, il donne lieu à une diminution des facultés intellectuelles. Il en est de même aussi des cantharides, tandis que le contraire a lieu pour le camphre.

L'usage de l'arsenic détermine de la tristesse, celui de l'or est suivi de gaîté; le mercure entretient une sensibilité morbide et un dégoût prononcé pour quelque occupation que ce soit.

Parmi les corps gazeux, l'auteur mentionne seulement le protoxyde d'azote qui, pris en inspiration, fait naître des sensations délicieuses.

Tous les narcotiques n'agissent pas de la même manière. L'opium active l'instinct érotique ainsi que les facultés intellectuelles, et spécialement l'imagination; son abus donne souvent naissance au priapisme; à dose légère, il fait naître des idées et provoque des hallucinations, de telle sorte que l'esprit semble continuer à veiller tandis que les organes sont en repos. M. le docteur Gregory note encore la loquacité comme un des effets produits par l'opium et surtout par le chlorydrate de morphine; il affirme avoir observé ce phénomène chez tous les individus auxquels il a fait prendre cet agent médicamenteux, et il dit qu'il l'a aussi éprouvé lui-même. Il sentait, ajoute-t-il, se développer en lui, après l'administration du sel morphine, une loquacité irrésistible, avec une facilité remarquable d'élocution. Aussi, va-t-il jusqu'à conseiller l'ingestion d'une légère dose d'opium à tous ceux qui ont à parler en public et à prononcer un discours devant une assemblée quelconque.

Les autres narcotiques ne déterminent pas sur l'encéphale les mêmes effets que les préparations opiacées; ainsi, la belladone amoindrit l'action intellectuelle; la jusquiame rend les individus tristes, violents et colériques; la ciguë porte une atteinte profonde à l'activité de l'intellect; la digitale agit à la manière des aphrodisiaques; le chanvre fait naître une intarissable gaieté, et c'est par cela que les Indiens le font entrer dans la composition de plusieurs boissons enivrantes; l'amanite fausse oronge excitait chez les anciens guerriers de la Scandinavie une fureur sauvage, un courage qui tenait de la férocité; enfin, le tabac exerce, même sur les individus qui en font usage, une influence analogue à celle de l'opium. Aussi les fumeurs s'accordent-ils à dire qu'il fait naître des idées en eux.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Il paraît que la mortalité par suite de la petite-vérole à Londres, a subi l'année dernière un accroissement considérable. En 1840, elle a été de 1235; en 1841, de 1053; en 1842, de 360; en 1843, de 435. Dans le premier trimestre de 1844 seulement, elle s'est élevée à 252.

— Par arrêté de M. le préfet de police, en date du 7 de ce mois, MM. les docteurs Baude et Cadet Cassicourt ont été nommés, le premier vice-président, le deuxième secrétaire du Conseil de salubrité du département, en remplacement de MM. Lecanu et Payen dont les fonctions viennent d'expirer.

— La Société de pharmacie de Paris a élu pour président, M. Frémy; pour vice-président, M. Vée; pour secrétaire particulier, M. Mialhe; et pour trésorier, M. Tassart.

— *Fréquence de l'aliénation mentale dans la population blanche et noire des Etats-Unis.* — Le chiffre des aliénés noirs a été beaucoup plus élevé dans les Etats où la population noire est libre.

Etats du Nord. — Population blanche. Sur 9,557,065, il y a eu 9603 aliénés : 1 sur 995.

Etats du Sud. — Population blanche. Sur 4,632,153, il y a eu 4900 aliénés: 1 sur 945.

Etats du Nord. — Population noire. Sur 171,894, il y a eu 1191 aliénés : 1 sur 144,5.

Etats du Sud. — Population noire. Sur 2,701,491, il y a eu 1731 aliénés : 1 sur 1,557,9.

— *Accouchement de deux jumeaux, dont l'un au bout de trente-deux jours.* — M. John Irvine, chirurgien de marine, a communiqué au *Medical Times* du 28 décembre dernier, le fait suivant qui est fort remarquable :

Mary Faulkner, âgée de trente-cinq ans, robuste, saine et de taille moyenne, femme d'un fermier du comté de Donegal, mariée depuis sept ans, a eu trois enfants mort-nés et deux vivants, dont le plus jeune a trois ans. Le 1er octobre dernier elle fut prise de douleurs d'enfantement à la fin du neuvième mois de grossesse, et fit appeler M. Burleigh, médecin de sa ville, qui, aussitôt après son arrivée, la délivra d'un enfant femelle plein de santé, mais de petite taille; trois heures après le placenta fut expulsé naturellement. M. Burleigh, en examinant alors cette femme, acquit la certitude que l'utérus était encore en état de grossesse; il attendit en vain plusieurs heures et partit; il revit la femme trois jours après et la trouva hors de son lit livrée à ses occupations domestiques et parfaitement bien portante. Certain qu'il existait un second enfant, il conserva des inquiétudes et continua à visiter la femme fréquemment. Enfin le 2 novembre le travail se déclara rapidement et M. Burleigh arriva juste au moment où un enfant mâle venait de naître; deux heures après il délivra la femme du placenta. Le troisième jour, la femme reprit ses occupations de famille.

Sur la communication du fait par M. Burleigh, M. Irvine alla voir la mère et les deux enfants, le 25 novembre, et les trouva aussi bien que possible. Il apprit de la femme que la rupture des membranes et l'issue d'une quantité d'eau considérable avaient eu lieu une semaine avant le début du premier travail; aucun écoulement locbial ne survint ensuite, et ce qui est aussi digne de remarque, c'est qu'il n'y eut aucune sécrétion de lait jusqu'après le second accouchement; alors les mamelles, qui étaient grosses et bien formées, furent bientôt distendues de liquide.

— *Prix proposés par la Société de pharmacie de Paris.* — La Société de pharmacie propose les trois sujets de prix suivants.

Prix sur les teintures alcooliques. — « Déterminer par des expériences précises, quels sont les degrés de l'alcool les plus favorables à la préparation des teintures alcooliques médicinales; quelle est la proportion d'alcool indispensable pour dissoudre toutes les parties actives des substances médicamenteuses les plus généralement employées. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

(Voir le programme, *Journal de Pharmacie et de Chimie*, t. III, p. 91, janvier 1833.)

Prix sur l'analyse de la scille. — « Une analyse de la scille, faite avec le secours des données que la science a acquises depuis le travail de Tilloy, ne peut manquer de donner des résultats pleins d'intérêt. La Société de pharmacie demande que les concurrents fassent une nouvelle analyse de la scille. Qu'ils s'attachent surtout à obtenir à l'état de pureté le principe âcre et fugace et le principe amer et fixe que la plante paraît contenir, et qu'ils fassent une histoire complète de ces produits. Ils devront joindre à leur travail quelques expériences thérapeutiques qui puissent faire connaître l'activité médicale de ces corps, et les rapports qui existent entre leurs propriétés et celles des squames de scille.

» Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr. »

Prix sur l'étude de l'action des bases alcalines sur les matières azotées organiques. — « La Société de pharmacie n'exige pas l'examen de l'action des alcalis sur un grand nombre de substances, et sans en désigner aucune en particulier, elle demande l'étude complète de l'action des alcalis sur des substances azotées provenant des corps organisés, la détermination des diverses réactions qui peuvent se succéder, et l'analyse des produits obtenus, afin qu'il devienne possible de tirer des faits quelques conséquences générales. La Société appelle principalement l'attention sur les quatre principales matières neutres de l'économie animale, c'est-à-dire sur la fibrine, l'albumine, la gélatine et la caséine. Quelque intéressant que pût être un travail sur des produits dérivés des substances organiques, il ne pourrait être compris dans le nombre de ceux que la Société de pharmacie récompenserait.

» Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être envoyés, francs de port, à M. Soubeiran, secrétaire général de la Société de Pharmacie, rue de l'Arbalète, à Paris, avant le 1er juillet 1846, pour les deux dernières questions, et le 1er août 1845, pour la première.

» Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 6. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT père.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Quelques symptômes du côté du cœur. Emissions sanguines. Guérison.

Au n° 18 de la salle Sainte-Anne, est couché le nommé Victor T....., âgé de treize ans et demi, malade depuis cinq jours. D'une constitution assez forte, à Paris depuis quatre ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament sanguin, cet enfant, qui sert les maçons, est exposé aux intempéries de l'air. Dernièrement, il se refroidit brusquement après avoir eu chaud. Le lendemain, il ressentit quelques douleurs vagues dans les jointures des membres supérieurs surtout, sans rougeur encore et sans gonflement apparent. Le surlendemain, douleur et rougeur des articulations des membres supérieurs, avec un peu de gonflement; impossibilité de fléchir ou de faire exécuter le moindre mouvement aux bras. Ces symptômes ayant augmenté et les mêmes phénomènes ayant commencé à se faire ressentir dans les articulations des membres inférieurs, le malade, qui pour tout traitement a eu des cataplasmes sur les points douloureux, se décide à entrer à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel il se présente :

Visage assez animé, surtout aux pommettes; peau chaude, sudorale. Le sujet dit, du reste, avoir beaucoup sué depuis le commencement de la maladie. Les moindres mouvements sont impossibles, et le plus léger attouchement fait pousser des cris à l'enfant. Les articulations des membres inférieurs sont un peu gonflées, un peu rouges, principalement celles du genou gauche, et l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Un peu de développement des veines sous-cutanés qui se dessinent sous la peau. Le gonflement et la douleur sont plus considérables et plus étendus aux articulations des membres supérieurs, principalement aux coudes et aux poignets. Pouls à 112-116, développé, non redoublé; pas de toux ni d'expectoration. Résonnance et respiration bonnes. La matité précordiale normale. Les bruits du cœur sont un peu obscurs, mais sans souffle ni bruit de frottement. Leur rhythme est parfaitement normal. — Six sangsues au genou et au coudepied, et autant aux coudes. Saignée de deux palettes. Cataplasmes émollients. Diète.

Le lendemain, on ne remarque pas une amélioration bien sensible. Cependant le mouvement fébrile est moins fort; le pouls ne donne que 108 par minute. Même état du cœur. A peu près même état des articulations malades. — Même régime.

Le 9, une amélioration notable se fait apercevoir dans l'état général et local. Le pouls ne donne que 104-108 pulsations par minute; le coude et le poignet droit sont presque entièrement dégagés. Le genou et le coudepied gauche sont aussi dégonflés, moins rouges et moins douloureux. Le coude et le poignet gauche encore rouges, tuméfiés, douloureux. Peau toujours chaude, sudorale. En examinant les régions sus et sous-claviculaires, on aperçoit une assez grande quantité de sudamina volumineux, transparents. Les bruits du cœur un peu plus obscurs et sourds, mélangés d'un léger souffle un peu rude, surtout au premier temps. — Application nouvelle de six sangsues sur le coude et le poignet gauches; dix sansues sur la région précordiale. Diète. Cataplasmes.

Le 11, l'état local est à peu près le même; le genou gauche est de nouveau tuméfié, douloureux. La rotule est manifestement soulevée par un liquide qui l'écarte des surfaces articulaires du fémur; les bruits du cœur toujours accompagnés d'un bruit de souffle râpeux, un peu rude; cependant ils sont moins obscurs, moins profonds. Peau sudorale, chaude. Pouls à 104-108, non redoublé, assez développé. — Cataplasmes. Diète.

Le 13, les jointures sont un peu mieux; le gonflement, la rougeur et la douleur sont moindres. Mais on ne trouve aucun changement dans l'état du cœur, qui présente un souffle très prononcé au premier temps. Pouls toujours à 108. Résonnance et respiration toujours bonnes. Le malade demande à manger. — Vésicatoire sur la région précordiale. Un bouillon coupé.

Le 15, persistance des mêmes bruits du cœur. Cependant le souffle est un peu moins rude et râpeux. Les articulations de plus en plus dégagées, moine douloureuses et moins gonflées. — Pansement du vésicatoire avec la digitale, 0,20 chaque jour.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant était évidemment en voie de convalescence, lorsqu'une imprudence qu'il fit en se levant un jour qu'il était dans un état de moiteur, occasionna une rechute. Il n'y eut que les genoux et le coudepied gauche qui furent le siége du gonflement et de la rougeur. Les articulations des membres supérieurs étaient seulement un peu douloureuses, sans tuméfaction ni changement de couleur à la peau. Les bruits du cœur, toujours accompagnés d'un léger souffle, de moins en moins rude, ont repris à peu près leur type normal. L'emploi des cataplasmes laudanisés, d'un vésicatoire sur le genou gauche, ont fini par déterminer, mais au bout de plus de quinze jours, la guérison complète du rhumatisme. Au moment de sa sortie, le sujet, pâle et amaigri, offre encore un bruit de souffle au premier temps, mais tenant probablement en grande partie à l'état anémique dans lequel il se trouve.

— A propos du cas dont nous venons de raconter l'histoire, nous aurons à examiner d'abord les particularités du fait en lui-même, puis à présenter quelques courtes considérations sur la fréquence des affections rhumatismales dans l'enfance, et sur la complication admise par les uns comme fréquente, regardée comme exceptionnelle par les autres, de l'inflammation de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.

Ici, l'on avait affaire à un rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile, intense; disons, en passant, que chez l'enfant, surtout lorsqu'il a passé la première période de la vie, les symptômes du rhumatisme sont, à très peu de chose près, les mêmes que chez l'adulte, mais que généralement leur intensité est moindre, et que la durée de l'affection semble être aussi moins longue. Chez notre sujet, le fait a été remarquable en raison de son intensité même.

Relativement à la cause, l'un des points qui ont le plus soulevé les discussions des pathologistes, elle est souvent obscure. Dans la grande majorité des cas, c'est le froid que l'on peut regarder comme la cause occasionnelle, et dans le cas actuel en particulier. Mais très souvent aussi, le froid a bien des fois agi sur le sujet malade, antérieurement au développement de l'affection actuelle, sans l'avoir déterminée. Il faut donc admettre, et sur ce point nous sommes d'accord avec M. Chomel, que la cause occasionnelle n'agit qu'autant que le sujet se trouve déjà dans des conditions telles qu'il y a prédisposition. Une constitution molle et lymphatique, la finesse et la minceur de la peau, sont autant de causes qui favorisent le développement de cette maladie. L'existence de rhumatismes antérieurs y prédispose également; l'influence de l'hérédité est encore chose trop obscure pour que nous puissions nous prononcer sur ce point. C'est, du reste, une circonstance sur laquelle nous reviendrons en parlant des rechutes et des récidives.

Dès le début, on a trouvé de la fièvre; pendant tout le cours de la maladie, nous voulons dire pendant la première période, le mouvement fébrile a été d'une intensité proportionnée à l'étendue et à la généralisation de l'affection. Le pouls, d'abord à 116, n'est redescendu à 108 et à 104 qu'après les émissions sanguines répétées et abondantes, vu l'âge du sujet, que l'on a été obligé de mettre en usage. Du reste, si le pouls

---

FEUILLETON.

NOTE SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS DE NITRATE D'ARGENT A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE, SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES; par M. le docteur A. FOUCART.

La première partie de cette note, que son étendue nous empêche de reproduire entièrement ici, est consacrée à un examen rapide des médications mises en usage contre la blennorrhagie; et c'est principalement la méthode abortive, employée pour la première fois par Carmichaël et remise en honneur par Debeney, qu'a voulu défendre M. Foucart. On sait que cette méthode consiste dans l'emploi d'injections dans le canal de l'urètre d'une solution de nitrate d'argent dans la proportion de 0,50 à 0,60 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée. L'auteur rappelle les heureux résultats obtenus par M. Debeney, qui sur soixante-huit malades, traités complétement, ne compte que deux insuccès. On place hors de rang dix-sept cas dans lesquels les sujets, ayant été perdus de vue avant la fin du traitement, ne peuvent être mis en ligne de compte.

Dans un mémoire récent, M. le docteur Vénot, de Bordeaux, a cherché à exposer les résultats de sa pratique à l'aide de la même médication. Sur vingt-deux malades qu'il a soignés ainsi, les uns ont éprouvé des douleurs tellement atroces qu'ils n'ont point consenti à se soumettre à de nouvelle injections; les autres ont présenté les accidents les plus graves; hématuries, orchites, bubons, ophthalmies blennorrhagiques, etc. Il n'est pas un seul des vingt-deux malades de M. Vénot qui n'ait offert des accidents de cette espèce; d'après cela M. Vénot conclut, en retournant l'une après l'autre les conclusions de M. Debeney, que les injections caustiques par le nitrate d'argent à haute dose ne sont jamais innocentes, amènent rarement la guérison, qu'elles déterminent le plus souvent des accidents très graves dont le moindre est l'urétrorrhagie, partant qu'il faudra se garder de les employer.

M. Foucart pense, tout au contraire, que la méthode de M. Debeney réussit souvent, que les accidents quand il en survient, et sur dix-sept cas il n'en a rencontré qu'une fois, sont peu graves; enfin que *la guérison est la règle, la non-guérison l'exception*. « Deux mots avant d'aller plus loin, dit M. Foucart, sur un fait grave contenu dans le travail à propos duquel nous avons rédigé cette note. On a cru pendant longtemps que la blennorrhagie chez l'homme siégeait toujours dans la fosse naviculaire. Or, M. Ricord a prouvé, de la façon la plus positive, que le siége de la douleur, pris d'une manière absolue comme indiquant le siége unique de la blennorrhagie, pourrait souvent induire en erreur, tous les points de l'urètre n'étant pas doués d'une égale sensibilité; que chez un grand nombre de malades, la matière blennorrhagique est *très souvent* fournie par les parties postérieures du canal, et que l'on peut la ramener du périnée par des pressions exercées d'arrière en avant le long du trajet de l'urètre; enfin, que si l'écoulement commence dans le point qui a été soumis à l'action de la cause, il peut s'étendre fort loin dans le canal par voie de continuité.

D'où il résulte : que si la substance de l'injection ne pénètre pas dans toute l'étendue du canal, il est possible que les points le plus affectés de la muqueuse ne soient point touchés par le liquide, conséquemment que l'écoulement persiste, malgré les injections les plus héroïques.

Or, que voyons-nous dans la première observation de l'auteur que nous essayons de réfuter? Nous copions textuellement : « Je prescris » au malade un bain, à l'issue duquel je le soumets à une injection » caustique, *avec* la précaution de comprimer le périnée, malgré l'as- » surance donnée par M. Debeney qu'aucun accident ne peut survenir » par la pénétration du caustique dans la vessie. » Que M. Debeney ait tort ou raison de soutenir l'innocuité du contact de l'injection avec la muqueuse de la vessie, et l'on sait, pour le dire en passant, que l'on a fait sans dangers des injections de nitrate d'argent dans la vessie dans certains cas de catarrhe vésical, il n'en est pas moins vrai que M. Vénot, en comprimant le périnée du malade, a dû empêcher le liquide de parcourir toute l'étendue du canal, et par suite, de se mettre en contact avec certaines portions de la muqueuse, alors siéges de l'écoulement et de la phlegmasie blennorrhagique. L'auteur aura, sans nul doute, procédé de même chez les vingt-deux malades qu'il a traités, puisqu'il ne parle plus, dans les observations suivantes, de la manière dont il pratiquait l'injection, et l'on voit alors que par cela seul qu'il n'employait pas dans toute sa rigueur la méthode en litige, ses observations, parfaitement rédigées d'ailleurs, perdent considérablement, sinon tout à fait, la valeur que l'auteur leur attribue. Il est évident que si l'on cautérise seulement les trois quarts antérieurs de l'urètre, et que le quart postérieur soit malade, la médication est inutile, et l'écoulement persiste. Cette objection nous semble une des plus graves que l'on puisse faire au travail de M. Vénot. Elle nous paraît capitale, et nous n'en ferons aucune autre, bien que peut-être eussions-nous le droit de nous étonner aussi du *déluge* d'accidents qui ont été observés par lui chez ses vingt-deux malades, accidents qui, fort heureusement pour l'innombrable quantité des sujets atteints de blennorrhagies, sont encore assez rares. Pour notre part, nous n'avons jusqu'ici rencontré aucun phénomène qui nous ait fait supposer l'entrée de l'injection dans la vessie. La contraction involontaire du sphincter nous a toujours paru suffisante pour résister à une injection autre qu'une injection forcée. Chez un de nos malades, même, d'une haute stature, et chez lequel le canal de l'urètre paraissait extrêmement large, nous n'avons pas craint de faire pénétrer la contenance d'une seringue et demie en verre, et cela sans aucun accident.

Nous avons dit que, bien que partisan des opinions de M. Debeney, nous n'étions pas sans faire quelques restrictions. En effet, ce chirurgien a vu dix-neuf fois l'écoulement cesser après une seule injection, et cela d'autant plus fréquemment que la blennorrhagie était plus rapprochée du début. Sur les dix-seps sujets que nous avons traités depuis quinze mois, nous n'en avons pas trouvé chez lesquels une seule injection ait suffi, quelle que fût l'époque à laquelle la blennorrhagie ait été prise. Chez quatre, deux nous ont suffi pour tarir l'écoulement. Chez neuf, nous avons été obligé d'en employer trois; chez deux, quatre ont été nécessaires. Deux malades que nous éliminons ne se sont point représentés à nous après la seconde injection. L'un d'eux, ivrogne incorrigible, est revenu nous voir au bout de trois semaines, et nous avons été forcé d'abandonner tout traitement à cause des excès journaliers de toute sorte auxquels il se livrait.

Restent donc quinze cas de guérison. Parmi ces malades il n'en est que quatre qui aient accusé de violentes douleurs, et encore ces douleurs diminuaient-elles aux injections suivantes. Chez un seul, elles ont été aussi fortes à la dernière qu'à la première injection. Nous allons revenir sur ce fait, le malade ayant présenté quelques accideots, qui, du reste, ne dépendaient peut-être pas de l'injection. Entre autres individus, nous avons traité trois jeunes gens qui n'en étaient pas à leur première chandepisse, et qui nous ont déclaré que les injections à haute dose ne leur avaient guère paru plus douloureuses que les injections à faible dose dont ils s'étaient servis pour leurs affections antérieures. Chez presque chez tous nos malades, les douleurs ont cessé assez rapidement, et au bout d'une demi-heure, une heure au plus, il n'existait plus qu'un sentiment de cuisson supportable, augmentant seulement pendant la miction. Chez aucun, l'urétrite n'a été assez intense pour nécessiter l'emploi des émissions générales ou locales.

Nous avons dit qu'un de nos malades nous avait offert des accidents. Chez lui, la douleur fut aussi forte à la troisième qu'à la première injection; après chacune d'elles, la première émission de l'urine était accompagnée de quatre à cinq gouttes de sang, et extrêmement douloureuse. Nous devons dire que cet homme portait, par suite de blennorrhagies antérieures, un rétrécissement dans la portion membraneuse, rétrécissement peu considérable cependant, et qui ne gênait pas notablement l'excrétion de l'urine. Après chaque injection, un large cataplasme fortement laudanisé fut appliqué sur le périnée et sur la verge

s'est maintenu aussi élevé pendant longtemps, c'est autant à la complication survenue du côté du cœur qu'à l'affection rhumatismale elle-même qu'on doit l'attribuer. Dans les cas où il n'y a pas de complication, la fièvre est ordinairement peu intense et de courte durée. La chaleur de la peau et l'élévation du pouls indiquent d'une manière exacte l'intensité du rhumatisme. Dans les cas très légers, disent MM. Rilliet et Barthez, nous avons vu le mouvement fébrile presque nul du sixième au huitième jour. Lorsque l'affection était plus intense, la fièvre durait plus longtemps, mais elle cessait avant la disparition des douleurs rhumatismales; dans les cas, au contraire, où il existait une complication, la fièvre persistait après la disparition du rhumatisme.

Chez notre malade, comme chez la plupart des rhumatisants, la peau était chaude, sudorale; elle le fut si longtemps et à un tel point, que l'on put constater sur la peau du tronc, dans les régions sus et sous-claviculaires, une assez grande quantité de sudamina, qui ne sont autre chose, on le sait, que des vésicules formées par le soulèvement de l'épiderme, par des gouttelettes de sueur. On avait cru pendant longtemps que les sudamina ne se montraient que dans la fièvre typhoïde, et quelques auteurs partagent encore cette opinion. L'observation journalière des cas semblables à celui que nous venons de rapporter, a prouvé que les sudamina apparaissent dans presque toutes les maladies qui s'accompagnent de sueurs abondantes et longtemps prolongées.

Les douleurs articulaires ont été chez ce sujet d'une intensité remarquable, accompagnées de gonflement, de rougeur et de tension de la peau, avec dilatation, dans quelques points, des veines sous-cutanées; elles ont également précédé de vingt-quatre heures le gonflement, la rougeur et le mouvement fébrile. Il arrive assez souvent cependant que le mouvement fébrile se montre avant la production des douleurs; le plus souvent, disent les auteurs, les douleurs occupent d'abord les articulations des membres inférieurs, principalement les genoux et les coudepieds. Souvent, lorsque le rhumatisme est grave, la rotule se trouve soulevée par un liquide contenu dans l'articulation, et qui l'écarte des condyles du fémur. Ici, comme chez l'adulte, les douleurs articulaires restent rarement fixées et bornées aux articulations où elles se sont primitivement développées. Elles marchent, au contraire, avec rapidité, et finissent par envahir, soit successivement, soit simultanément, toutes les articulations. Pour la durée des douleurs, elle est extrêmement variable; on les a vues durer depuis huit ou dix jours seulement jusqu'à quinze, vingt jours et même plus. Cependant il est rare qu'elles durent maintenant comme autrefois, et, lorsqu'on dirige contre elles un traitement convenable, il est rare, disons-nous, qu'elles durent quarante jours, comme on le croyait inévitable il n'y a pas encore très long-temps.

Chez l'enfant, la durée du rhumatisme est ordinairement moindre que chez l'adulte. Elle est d'autant plus courte que la maladie est plus simple; il est facile de concevoir que dans les cas où l'affection est légère et sans complications, la durée doit en être plus courte. Chez notre petit malade, il y a eu rechute pendant le cours de la convalescence, à la suite probablement d'une imprudence commise par le malade, et d'un refroidissement. Les récidives et les rechutes des affections rhumatismales, si communes chez l'adulte, ne sont pas moins fréquentes dans l'enfance. Le rapport est à peu près le même, quel que soit le malade.

Nous arrivons aux complications, et, sans vouloir traiter longuement cette question, nous pensons cependant devoir y insister quelques instants. Chez le jeune sujet dont nous avons rapporté l'histoire, on constata quelques jours après le commencement du traitement des symptômes phlegmoniques du côté du cœur, bruit de souffle rude et râpeux, etc. Il y avait ici ce que, dans ces derniers temps, on a nommé endocardite, ou inflammation de la membrane interne du cœur. Cette complication est-elle fréquente comme le prétendent quelques auteurs, est-elle rare comme d'autres le soutiennent? MM. Rilliet et Barthez, dans l'ouvrage qu'ils ont publié sur les maladies des enfants, n'en font pas mention à l'article des complications, par conséquent ne l'ont point observée pendant le temps assez long qu'ils ont passé dans les hôpitaux consacrés à l'enfance. Chez l'adulte, il est incontestable qu'elle est assez fréquente, et sans parler des travaux récents qui ont contribué à faire connaître cette complication, Broussais l'avait lui-même bien reconnue et bien clairement indiquée dans la 163e proposition de son *Examen*, lorsqu'il écrivait: « Le cœur s'enflamme par sa membrane interne, c'est la cardite la plus ordinaire. Cette cardite affecte de préférence les orifices artériels où elle devient souvent chronique, et où elle produit l'obstacle au cours du sang, l'épaississement, les végétations, l'ossification, etc. L'irritation ou l'inflammation, qui a débuté par l'appareil locomoteur, produit souvent cette cardite en se fixant dans l'intérieur du cœur. » (*Examen des doctrines*, 1821.) Cette citation de l'immortel ouvrage du professeur du Val-de-Grâce suffit pour faire voir que la complication du rhumatisme par l'inflammation de la membrane interne du cœur était déjà regardée comme fréquente il y a plus de vingt ans. De nouveaux travaux ont depuis confirmé l'assertion de Broussais, et il reste à peu près admis par tous les pathologistes que souvent l'endocardite complique les affections rhumatismales aiguës, intenses, généralisées.

A ce propos, nous ne croyons pas déplacé de mentionner une opinion récemment émise par un médecin distingué des hôpitaux, relativement à cette complication et à sa production. Observant que d'une part les médecins qui traitent le rhumatisme articulaire par les émissions sanguines rencontrent souvent l'endocardite chez les sujets qui sont soumis à cette médication, tandis que ceux qui emploient d'autres méthodes de traitement la rencontrent beaucoup plus rarement, M. Legroux, dans un travail qui date de quelques jours à peine, est conduit à se demander si les émissions sanguines répétées ne favorisent pas les migrations des congestions rhumatismales sur le cœur; les congestions internes, cardiaques, pleurales ou autres? La réponse qu'il croit pouvoir faire à cette question est affirmative; et la preuve en est que, sous l'influence d'autres traitements moins débilitants, il a observé un bien moins grand nombre de complications du côté du cœur.

Chez notre malade, l'apparition des phénomènes bien tranchés d'endocardite n'a lieu qu'après les émissions sanguines. Aussi, bien qu'on ne puisse d'un seul fait tirer aucune conclusion, devons-nous cependant faire remarquer qu'il vient à l'appui de l'opinion émise, encore sous forme de doute, il est vrai, par M. Legroux, mais que l'expérience journalière semble devoir confirmer. Une application de sangsues et un vésicatoire sur la région précordiale, avec addition de poudre de digitale dans le pansement, suffisent pour faire disparaître cette inflammation de l'endocarde, et, à la place du souffle rude et râpeux caractéristiques, le malade, au moment où il demanda sa sortie, n'offrait plus qu'un léger bruit de souffle anémique tout à fait indépendant de la maladie principale.

Le rhumatisme simple, chez l'enfant, paraît constituer une maladie légère, lorsqu'il est compliqué d'une affection inflammatoire aiguë de la membrane interne du cœur ou du péricarde; car nous ne devons pas oublier de dire que la péricardite comme complication du rhumatisme n'est pas extrêmement rare dans l'enfance: cette phlegmasie, souvent peu intense, n'empêche pas le retour à la santé. Dans les cas où elle est plus étendue, elle offre une assez grande gravité.

Sous le rapport du diagnostic, le rhumatisme est assez facile à distinguer des autres affections articulaires. Elle ne pourrait guère être confondue qu'avec l'inflammation articulaire variolique, celle qui est liée à la phlébite, et une maladie tout récemment décrite, les épanchements sanguins dans les articulations. L'ensemble des symptômes qui caractérisent le rhumatisme ne laissera dans le plus grand nombre des cas aucun doute sur la véritable nature de l'affection à laquelle on aura affaire.

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement. Celui qui a été mis en usage dans le cas actuel, a été le traitement antiphlogistique, modifié suivant l'âge et la constitution du jeune malade, et consistant en émissions sanguines et en révulsifs cutanés. Nous n'avons point encore eu occasion de voir employer d'une manière suivie à l'hôpital des enfants le traitement du rhumatisme par les nouvelles médications instituées depuis un an ou deux, nous voulons parler du nitrate de potasse, du sulfate de quinine et du tartre stibié. La rareté des cas de rhumatisme dans le jeune âge exigera un temps assez long avant que l'on puisse, dans cette maladie, arriver sous ce rapport à des résultats certains et positifs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Calcul vésical chez un jeune sujet. Broiement de la pierre dans la vessie.

Le nommé Balme (Jacques), corroyeur, est entré à la Charité le 11 décembre 1844. C'est un garçon de dix-sept ans et demi, assez grand, d'une constitution passable, mais qui paraît avoir tout au plus douze à quatorze ans, tant sa figure est jeune et ses organes génitaux peu développés. On ne trouve chez lui aucun des signes qui annoncent la puberté; la verge et les testicules sont ceux d'un enfant de douze ans; et cela est singulier; car l'on n'ignore pas que les calculeux sont portés ordinairement à toucher, à tirailler le gland, qui, chez eux, est le siége d'une démangeaison incommode.

La santé générale de ce sujet est bonne; la nutrition n'a pas souffert; il dit n'éprouver aucune douleur dans les reins; il n'a jamais rien ressenti dans les uretères; et malgré les signes ordinaires d'un calcul vésical, il n'a pas été possible d'en constater la présence dans une première exploration. La seconde n'eut pas plus de succès. Ce ne fut qu'à la quatrième que M. Velpeau, persistant à croire à la présence d'une pierre dans la vessie, parvint à la rencontrer.

Ceci mérite de fixer l'attention du praticien de deux manières; d'abord, en ce que ce fait prouve combien il faut se garder d'abandonner un diagnostic établi sur des signes rationnels, par cela seul qu'on échoue plusieurs fois dans la recherche du signe pathognomonique; ensuite, en ce qu'il démontre qu'un calcul peut exister depuis long-temps (il y a, selon toute apparence, douze ans que ce malade porte le sien), sans que pour cela il ait acquis un volume qui le fasse trouver dès les premières recherches.

Dans le cas actuel, il était évidemment très difficile d'en constater la présence, puisque ce n'est qu'à la quatrième tentative que M. Velpeau a pu le découvrir. Cependant, il a été senti cette fois d'une manière positive.

Une circonstance qui se présente encore assez souvent, c'est que l'urètre supporte mal le cathétérisme. Ainsi, chez ce jeune malade, le canal manifestait, dans le principe, une

---

qu'il enveloppait. A partir de la troisième injection, l'écoulement cessa complétement.

Chez un de nos malades, nous essayâmes les injections à haute dose pour tarir la *goutte militaire* qu'il portait depuis plus de six mois. Après la première injection, l'écoulement était repassé à l'état aigu. Des cataplasmes, deux bains furent prescrits. Quarante-huit heures après une seconde injection fut faite, qui fut suivie d'une troisième et d'une quatrième à deux jours d'intervalle. La guérison fut complète au bout de huit jours. C'est le seul cas de *goutte militaire* que nous ayons eu à traiter de cette manière. Nous ne voulons pas dire, d'après cela, et vu le cas unique, que les injections caustiques doivent toujours réussir dans le traitement de cette espèce chronique de la blennorrhagie, qui est si souvent le désespoir du praticien.

Enfin, chez deux de nos malades, nous avons employé pendant deux jours chez l'un, pendant trois jours chez l'autre, après la dernière injection de nitrate d'argent, *une seule* injection suivant la formule ci-après, pour tarir un léger suintement qui persistait.

Pr.	Eau de roses,	100.
	Sulfate de zinc,	0,50.
	Laudanum,	10 gouttes.

Dans tous les cas, nous avons obtenu la guérison dans un espace de temps qui a varié entre cinq et neuf jours; résultat bien différent, on le voit, des six semaines ou deux mois exigés par les anciens auteurs.

Pour nous résumer, nous n'avons observé qu'une seule fois, sur dix-sept cas, des accidents après les injections caustiques, et encore, chez le malade dont nous avons parlé, cette légère urétrorrhagie, qui en raison des circonstances particulières du cas, ne dépendait peut être pas de la haute dose du nitrate d'argent, n'a-t-elle pas empêché ni retardé la guérison? Logiquement, on comprend difficilement pourquoi ces injections produiraient chez l'homme des accidents si funestes, lorsque nous voyons tous les jours employer dans le traitement de l'urétrite, chez la femme, une cautérisation bien autrement puissante, une cautérisation directe avec le crayon de nitrate d'argent introduit dans le canal de l'urètre, et promené lentement sur toute la surface de la muqueuse. A coup sûr, la femme ne pourrait présenter d'orchite, mais il pourrait se développer chez elle, comme chez les malades de M. Vénot, des adénites, des ophthalmies blennorrhagiques, des métastases rhumatismales, etc. Nous avons, dans un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 septembre dernier, publié plusieurs cas de guérison d'urétrites, obtenue chez la femme par ce moyen; faits que nous avons recueillis dans le service de notre habile et obligeant confrère M. Cullerier, à l'hôpital de l'Oursine.

Les injections de nitrate d'argent à haute dose exposent-elles les sujets aux rétrécissements? Nous ne le pensons pas. Pour nous, qui partageons complétement les idées de notre savant maître, M. Ricord, sur ce sujet, ce ne sont point les injections qui produisent les rétrécissements; c'est la longue durée de la phlegmasie chronique de l'urètre; phlegmasie dont le résultat inévitable est l'épaississement, l'hypertrophie de la membrane muqueuse, l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux, et conséquemment la diminution du calibre du canal. Ce qui prouve évidemment qu'il en est ainsi, c'est que l'on observe souvent des rétrécissements chez des sujets qui ont conservé des blennorrhagies pendant plusieurs mois ou plusieurs années, et qui n'ont jamais fait une seule injection.

Voici comment nous procédons lorsque nous employons ces injections dans le traitement de la blennorrhagie. Quand il existe une très violente inflammation, nous commençons par l'apaiser au moyen de sangsues, de bains et de cataplasmes. Jusqu'à présent, nous avons rarement eu l'occasion de rencontrer des cas pareils, et chez nos dix-sept malades, pas un seul n'en a subi l'emploi.

Dans la blennorrhagie simple et ordinaire, nous prescrivons une injection chaque soir avec une solution de 0,60 de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, et nous revoyons le malade le lendemain, afin de surveiller la marche de la maladie. Souvent la première injection détermine un redoublement de l'écoulement; la seconde le diminue toujours et l'arrête quelquefois complétement. Lorsque nous ne sommes point sûr de l'adresse ou de l'intelligence du malade, nous pratiquons l'injection nous-même. Nous avons pris ce parti à propos d'un sujet chez lequel ne voyant survenir aucun changement après plusieurs injections, nous eûmes la curiosité de lui faire faire une injection devant nous. Cet individu, ramenant en avant le prépuce en forme de bourse, dirigeait le liquide entre le gland et le prépuce, et avait réussi à se donner une balanite des plus intenses. On conçoit facilement qu'il ne lui fut pas plus possible de réussir qu'à M. Vénot, qui par la compression du périnée empêche le liquide caustique de parcourir toute l'étendue du canal.

Un mot encore avant de terminer. Dans aucun cas nous n'avons employé les injections seules. Concurremment avec elles, nous avons mis en usage les pilules suivantes:

Pr.	Cubèbe pulvérisé,	60
	Alun,	25
	Extrait de ratanhia,	Id.
	Sangdragon,	20

F. S. A. 100 pilules. Chacun de nos malades a pris vingt de ces bols par jour. Que si l'on voulait nous objecter que c'est à l'emploi seul du médicament interne qu'est due la guérison, tout en ne nous refusant pas à admettre l'influence de ces bols, et en leur attribuant la part qu'ils peuvent avoir eue dans le succès, nous ferons observer qu'on ne doit pas trop leur accorder, car trois fois nous avons essayé leur emploi seul dans le traitement de la blennorrhagie et trois fois nous avons été obligé, après quinze jours de leur usage, d'en revenir aux injections.

Une remarque dernière et à laquelle nous attachons la plus grande importance est la suivante: les anciens auteurs conseillaient l'usage de boissons émollientes et mucilagineuses en grande quantité, et nous voyons dans tous les anciens traités et dans quelques traités modernes, préconiser l'usage des délayants. Notre méthode est tout à fait contraire. Nous avons pour principe de faire boire les malades le moins possible et de leur recommander, autant que faire se peut, l'abstinence de toute espèce de boissons. L'on nous a objecté que l'urine, étant plus concentrée, les principes qu'elle contient naturellement seront plus âcres, et causeront, pendant la miction, une irritation plus vive et plus douloureuse sur le point malade. La réponse est facile. Le passage de l'urine est très rapide, et, dût le malade souffrir un peu plus à chaque fois, ce que nous nions, si nous parvenons à ne le faire uriner que deux fois, je suppose dans les vingt-quatre heures, nous croyons avoir plus gagné que s'il urine douze ou quinze fois dans le même espace de temps un liquide analogue à de l'eau presque pure, l'observation prouvant que le contact du liquide le plus innocent cause presque toujours des douleurs assez violentes, et entretient sur le point malade l'irritation blennorrhagique.

Comme exemple de l'efficacité de notre manière d'agir, nous citerons le fait d'un jeune homme, élève en médecine, qui se traitait depuis fort longtemps déjà par le baume de copahu, les injections à faible dose, et accompagnait ce traitement de boissons abondantes. La blennorrhagie persistait, moins forte, il est vrai, qu'au commencement de la maladie; comme il s'en étonnait, nous lui fîmes cesser les boissons; dans l'espace de deux jours, la sécrétion urinaire devint très rare, le malade se trouva mieux, et la guérison fut bientôt complète.

— M. Gama, chirurgien-major en Algérie, est cité avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur-général en date du 26 novembre 1844.

— M. Larivière, chirurgien aide-major au 69e de ligne, est autorisé à participer au prochain concours pour les emplois de médec. adjoint.

— M. Ragueau, chirurgien sous-aide à l'hôpital de perfectionnement, est décédé.

extrême sensibilité, aussi a-t-il dû être pratiqué assez souvent pour l'y habituer peu à peu.

M. Velpeau ayant résolu de recourir à la lithotritie pour débarrasser la vessie, il était important, en effet d'accoutumer l'urètre au contact de l'instrument lithotriteur par le passage suffisamment répété de sondes de grosseur à peu près semblable; car si le canal eût conservé son état de susceptibilité et d'impatience, le broiement aurait été impossible, parce que les instruments dont il faut se servir ayant besoin de conditions suffisantes de solidité, doivent être, par cela même, d'un volume qui, bien que diminué autant que possible, ne laisse pas que d'être encore assez considérable pour un sujet organisé comme celui-ci.

Du reste, c'est une question tout animée de controverse que celle de savoir si, dans des cas pareils, il vaut mieux recourir à la lithotritie qu'à la taille.

Chez les jeunes sujets, la taille expose à moins de dangers que chez les vieillards; ceci paraît incontestable. Chez les enfants donc, a-t-on dit, puisqu'on ne perd qu'un enfant sur vingt, et que d'ailleurs la lithotritie est extrêmement difficile chez le jeune sujet, il est évident que la taille est plus convenable. Mais les lithotriteurs spéciaux auxquels ont été données ces raisons, n'y ont voulu répondre que d'une seule manière; leur réponse à eux, a été des faits, et ils ont montré des enfants lithotritiés et guéri.

Nous le répétons, c'est là une question qui a soulevé des discussions interminables qui en sont venues, où en viennent tant de discussions, à ne prouver que peu de chose. C'est qu'en effet, pour M. Velpeau, la question a été mal posée et mal résolue; car les lithotriteurs ont fait voir des enfants guéris par la lithotritie; mais ce n'était point ainsi qu'il fallait procéder; il fallait soumettre trente enfants, par exemple, à la taille, un même nombre à la lithotritie, et comparer les résultats.

Car, de ce qu'on montrera des enfants taillés ou lithotritiés et guéris, cela prouvera qu'on peut guérir par ces deux moyens; mais cela n'entraînera d'aucune manière la conviction qu'un de ces moyens est préférable à l'autre.

Théoriquement, la question est autre; voici les raisons à donner contre la lithotritie chez les enfants.

D'abord, à cause de l'étroitesse des voies, les instruments manquent, ou doivent être si faibles qu'il devient impossible de broyer une pierre pour peu qu'elle soit volumineuse et dure; si, au contraire, le calcul est petit et friable, la lithotritie peut être employée avec avantage.

Ensuite, l'indocilité du sujet, sur lequel la raison et les conseils ne peuvent rien à cause de son âge, ce qui fait que le petit malade cède à la douleur et rend la lithotritie fort difficile, outre que cela doit se renouveler un plus ou moins grand nombre de fois.

Puis la contractilité fâcheuse de la vessie, qui ne tarde pas à réagir sur l'injection et à la chasser, ce qui expose à des accidents dans le broiement.

Puis encore, la position plus relevée de la vessie, qui rend moins facile l'introduction d'un instrument droit, la courbure plus considérable du canal de l'urètre dans sa partie profonde, ce qui gêne la marche des instruments; la position du canal, obstacle déjà signalé pour l'introduction, et qui se représente de nouveau pour s'opposer à la sortie des fragments, qui s'y arrêtent, occasionnent des douleurs et sont très difficiles à aller chercher, toutes circonstances qui n'existent pas chez l'adulte.

Telles sont les objections à opposer à l'emploi de la lithotritie chez l'enfant. Nous pourrions également faire voir les désavantages de la taille; mais les inconvénients qui se rattachent à l'une et à l'autre de ces opérations, sont assez généralement connus, aussi bien que leurs avantages, nous n'y insisterons pas. Disons seulement qu'il n'y a rien d'absolu dans toutes ces considérations.

Ainsi, toutes les fois que le calibre de l'urètre permettra l'introduction des instruments lithotriteurs, dans tous les cas où le calcul sera petit, friable, il sera tout naturel de préférer la lithotritie à la taille, et réciproquement.

Le sujet dont il s'agit ici étant âgé de près de dix-huit ans, bien qu'il en paraisse moins, nous paraît devoir être traité par le broiement, surtout aujourd'hui que la sensibilité qu'offrait son canal a été émoussée par le cathétérisme.

On se contentera aujourd'hui de pousser l'injection dans la vessie pour s'assurer qu'elle pourra y demeurer, et de quelques courtes tentatives de broiement.

Le litholabe se trouvant trop gros, n'a pu être introduit; le lendemain un instrument plus petit a pénétré, et le calcul a été broyé en cinq ou six fragments, puis le malade a été ramené à son lit pour ne pas le fatiguer; il a à peine manifesté quelque douleur.

On continuera la semaine suivante, en laissant quelques jours d'intervalle entre chaque séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 janvier. — Présidence de M. Caventou.

M. Dupuy rapelle l'article 2 du règlement qui prescrit à l'Académie de s'occuper des épidémies et des épizooties. Ce sujet est de la plus grande importance. Dans un espace de temps déterminé, la France a perdu deux millions de têtes bovines; à 200 francs chaque tête, cela fait une perte énorme de deux millions. Il se vend chaque jour à Paris pour trente mille francs de lait; or, il est prouvé que les laitières y mêlent au moins un tiers d'eau, ce qui fait que tous les jours les habitants de Paris payent dix mille francs d'eau qu'on leur vend pour du lait.

M. Dupuy est interrompu dans le développement de sa pensée par M. le president, qui lui promet que sa demande sera portée devant le conseil d'administration.

— *M. Gimelle* répond, par une note écrite, à quelques observations faites lors du rapport qu'il lut dans la séance du 26 novembre dernier, sur un mémoire de M. Robert, relatif aux fractures du col du fémur avec pénétration des fragments.

Le même membre présente un rappport sur le même sujet, traité par M. Loreau, professeur-suppléant à l'Ecole préparatoire de Poitiers.

Conclusions: Remercîments à l'auteur; dépôt du mémoire aux archives.

M. Lagneau présente quelques réflexions que nous ne pouvons entendre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Roux* commence la lecture d'un mémoire étendu sur les tumeurs anévrismales des vaisseaux des os.

Il est interrompu à quatre heures, et l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 janvier 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Maisonneuve lit un mémoire sur un moyen simple et sûr de pratiquer le cathétérisme dans les cas les plus difficiles.

Entre les mains des chirurgiens les plus habiles et les plus expérimentés, le cathétérisme, dans les cas de rétention d'urine, est souvent une opération difficile, quelquefois même une opération dangereuse. Entre les mains des praticiens vulgaires, il est chaque jour la source d'accidents redoutables... Depuis quelques années cependant, de nombreux efforts ont été tentés dans le but de faciliter cette opération, de la rendre plus sûre et moins dangereuse. M. Maisonneuve vient à son tour proposer une modification dont il est l'inventeur. Ce moyen consiste à introduire d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique n° 1 ou 2 (excessivement fine), à faire glisser ensuite sur cette bougie une sonde ouverte à ses deux bouts et proportionnée au calibre du canal. Cette introduction de la sonde est rendue facile au moyen d'un fil de soie ou de métal que l'on fixe à l'extrémité externe de la bougie après l'avoir préalablement passé dans le canal de la sonde. Il suffit, en effet, de pousser doucement la sonde sur la bougie conductrice, en tendant préalablement le fil, pour la faire pénétrer facilement et sans douleur jusque dans la vessie.

Ce moyen a réussi à l'auteur dans tous les cas où il l'a expérimenté, et parmi ces cas il y en avait d'une extrême gravité où toute tentative de cathétérisme par les moyens ordinaires avait échoué.

De ces faits et de ces considérations, M. Maisonneuve tire les conclusions suivantes:

1° Le cathétérisme à l'aide d'une bougie conductrice est, de tous les modes de cathétérisme connus, le plus facile et le plus sûr;

2° Il réussit parfaitement partout où les autres procédés sont applicables;

3° Il réussit encore alors que les autres échouent;

4° Il met complétement à l'abri des tâtonnements douloureux, des déchirures du canal, des fausses routes et des nombreux accidents qui en sont la suite;

5° Il n'exige aucune habileté spéciale, et peut être pratiqué par les mains les moins exercées;

6° Il rend inutile tout l'arsenal d'instruments proposé pour vaincre les obstacles divers, et n'exige l'emploi que d'instruments usuels.

— *M. F. Lebeuf*, pharmacien à Bayonne, adresse des notes sur une plante originaire du Brésil, appelée *canchalagua*, chironia chilensis. Cette plante populaire au Brésil, également employée en Espagne, est prescrite dans les congestions sanguines et dans diverses maladies, lorsqu'il est nécessaire d'atténuer le sang ou d'en régulasiser la circulation. Une plante, dit l'auteur, qui dans la patrie du quinquina est estimée à l'égal de cette précieuse écorce, mérite l'attention de la science.

— *M. Aubert-Roche* lit un nouveau mémoire relatif à la réforme des quarantaines pour la peste.

— *M. Gannal* demande que les nouveaux procédés d'embaumement dont il a été récemment question, soient renvoyés à l'examen d'une commission qui les jugera comparativement avec celui dont il est l'inventeur.

Cette demande est accueillie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 5 *novembre* 1844. — Présidence de M. Belhomme.

M. Blatin présente un petit appareil qu'il nomme *affuseur utérin*, destiné à verser presque goutte à goutte sur le col de la matrice, de l'eau ou un liquide médicamenteux. Cette affusion lente, et que l'on peut prolonger durant plusieurs heures ou même tout un jour, se fait pendant que la femme est debout ou assise, qu'elle marche ou qu'elle est couchée. L'affuseur consiste en une poche plate, souple et imperméable, qui contient environ deux verres de liquide. et qui se suspend au moyen d'un cordon sur la région hypogastrique, où elle se trouve entièrement dissimulée quand la femme est vêtue. Il suffit qu'à travers ses vêtements, et sans se découvrir, elle tourne la clef d'un robinet pour activer, ralentir ou suspendre l'affusion, dont la température se trouve constamment celle des organes qui la reçoivent. La petite quantité du liquide qui n'a point été absorbée par les parois vaginales, est reçue par des linges dont la femme doit se garnir comme si elle avait ses règles. Au bout de la canule courbe et flexible qui pénètre dans le vagin, il est bon d'enrouler une petite bande de linge en forme de tampon, pour que son contact soit plus doux et l'affusion plus efficace. Dans ce cas, les capsules introductrices trouvent une utile application.

— *M. Félix Legros* lit une note dans laquelle il fait ressortir les divergences d'opinions qui se sont produites depuis quelque temps, soit au sein de la Société, soit ailleurs, sur différentes questions, et en particulier sur les qualités nuisibles ou non de la morelle, sur la grandeur relative de l'ouverture d'entrée et de celle de sortie, dans les plaies par armes à feu, sur la couleur des négrillons au moment de leur naissance, et sur celle des cicatrices chez les nègres.

M. Beaugrand. J'ai vu à Saint-Louis un assez bon nombre de plaies par armes à feu, et j'ai remarqué que, selon des circonstances qu'il est difficile d'apprécier, l'ouverture d'entrée est tantôt plus grande et tantôt plus petite que celle de sortie, et qu'ainsi on ne peut rien établir de positif à cet égard.

M. Bonnafont. La plaie d'entrée est toujours plus régulière, plus ronde que celle de sortie qui est, au contraire, plus déchiquetée, plus morcelée. Il en est constamment ainsi dans les membres où la balle traverse une grande épaisseur de chairs. Quelquefois cependant, lorsque, par exemple, elle rencontre avant de sortir, un os très rapproché de la peau, comme l'omoplate, la plaie de sortie se rapproche jusqu'à un certain point, pour la forme, de celle d'entrée; mais elle est toujours un peu déchiquetée, et un observateur exercé la distingue aisément de l'autre.

M. Félix Legros. Après la révolution de juillet, j'ai pu vérifier sur tous les blessés, à l'hôpital de convalescence établi à Saint-Cloud, que la plaie d'entrée était plus grande que celle de sortie. J'ai fait, dans la même occasion, avec le docteur Arnal, des expériences qui ont confirmé cette règle. Ainsi, en tirant sur cinq planches écartées les unes des autres, nous avons vu que l'ouverture de la première représentait à peu près la circonférence de la balle, que celle de la seconde était un peu plus grande, et qu'elles allaient ainsi en s'élargissant jusqu'à la dernière. Le fait avancé est donc bien acquis à la science, et non contestable, tout en admettant qu'il peut y avoir quelques exceptions.

M. Bonnafont. Relativement à la couleur des cicatrices chez les nègres, il est certain qu'elles sont plus foncées que le reste de la peau. Jamais les cicatrices linéaires ne sont blanches.

M. Félix Legros. Oui, contrairement à l'assertion de Bichat, la cicatrice chez le noir est généralement noire, plus noire que la peau. Cependant il y a des cicatrices blanches. Lorsque l'épiderme et le corps muqueux de Malpighi ont été seuls intéressés, la cicatrice est noire parce que ces parties se reproduisent; mais lorsqu'il y a eu destruction du tissu cellulaire et perte de la substance, la cicatrice est blanche.

M. Chailly. J'ai reçu à la clinique deux enfants de femmes noires; ils sont venus au monde d'un blanc mat. Trois ou quatre jours après ils ont commencé à se colorer, et au bout de quinze jours ils étaient tout à fait noirs.

M. Toirac. J'ai vu naître à Saint-Domingue beaucoup d'enfants de nègres. Ils ne sont pas entièrement noirs, mais ils ne sont pas blancs non plus. Leur couleur est basanée, d'un rouge cuivré.

M. Lozes. J'ai accouché une négresse qui assurait n'avoir eu de relations qu'avec un nègre. L'enfant était couleur de cuivre. Il a noirci ensuite.

M. Szokalski. De quelle manière tous ces enfants sont-ils devenus noirs? On a prétendu qu'ils noircissaient ordinairement par plaques disséminées sur la surface du corps, et qui finissaient par se réunir et se confondre.

M. Lozes. Celui que j'ai vu a noirci d'une manière uniforme.

M. Bonnafont. J'ai vu naître plusieurs enfants de nègres; ils sont toujours très cuivrés et jamais blancs. Leur couleur se fonce uniformément.

M. Félix Legros rappelle qu'il a accouché à l'Hôtel-Dieu une négresse dont l'enfant était blanc, à l'exception des parties génitales et des ongles.

— *M. Lesage* fait remarquer que le rapport lu à l'Académie par M. Henry sur l'eau sulfureuse de la rue de Vendôme, lui a donné raison dans l'opinion qu'il avait soutenue, savoir, que cette eau n'était pas identique à celle d'Enghien.

— *M. Lozes*. Me trouvant dernièrement à Boussu, village de Belgique voisin de Valenciennes, j'eus occasion d'accompagner le médecin du pays, M. de Neubourg, auprès d'un jeune homme pris subitement de rétention d'urine. La verge était gonflée depuis sa racine jusqu'au dessous du gland, et offrait dans ce point une sorte de nœud ou de bourrelet saillant. Une sonde portée dans le canal fut arrêtée à peu de distance par un obstacle que M. de Neubourg présuma être une pierre. N'ayant pas sous la main d'instrument convenable pour l'extraire, il introduisit une pince à pansement, saisit le corps étranger, et s'efforça de l'attirer au dehors; mais ce fut en vain. Alors il serra fortement le mors de la pince; sous cette pression la pierre éclata et fut rendue en plusieurs morceaux qui nous parurent former la grosseur d'un noyau de prune. Le lendemain le malade était guéri.

M. Ségalas. Ce qu'a fait accidentellement le médecin qu'on vient de citer, je le pratique depuis longtemps comme méthode générale, je ne trouve plus, comme quelques chirurgiens, dans la circonstance d'une pierre arrêtée dans l'urètre, une source de difficultés ou de dangers. Tout récemment encore, dans le compte-rendu du service chirurgical d'un des principaux hôpitaux de Paris, il était fait mention d'un cas où le chirurgien n'ayant pu extraire, avec une curette, un fragment de pierre arrêté dans l'urètre, à la suite d'une séance de lithotritie, se crut dans l'obligation de faire l'opération de la boutonnière. C'est une extrémité à laquelle je n'ai jamais été réduit. Lorsque le calcul ou le fragment de calcul arrêté dans le canal est trop gros pour que je puisse espérer de l'extraire entier, je l'écrase là où il se trouve, à l'aide d'un petit brise-pierre disposé pour l'urètre, et les fragments sont ensuite en partie ramenés par l'instrument, en partie entraînés par les urines. Cette sorte de lithotritie urétrale est tout à fait innocente. Je la pratique souvent et avec un succès constant, soit sur des adultes, soit, et plus souvent encore, chez des enfants, et, grâce à cette manœuvre, je ne redoute plus l'arrêt des pierres dans l'urètre.

M. Félix Legros demande ce que M. Ségalas pense de la succion, et rappelle que Dubois a rapporté le fait d'une mère qui, à l'aide de ce moyen, débarrassa son fils d'une pierre engagée dans l'urètre.

M. Ségalas ne croit pas que cette pratique puisse avoir d'action sur la pierre, pour peu que celle-ci soit située à une certaine profondeur; car alors la succion ne doit avoir pour effet que de rapprocher les parois du canal, et ajouter ainsi un nouvel obstacle à la sortie du corps étranger. Il est plus probable que des tractions avec la main, machinalement ajoutées à la succion, auront procuré un résultat dont on aura fait honneur à ce dernier moyen.

— *M. Bonnafont* rend compte des expériences qu'il a faites à Alger dans le but de s'assurer si la tête des décapités conserve encore pendant quelques instants la faculté de percevoir des sensations. (Ces expériences ont été rapportées dans un des derniers compte-rendus de l'Académie des sciences.)

M. Ségalas. J'admets qu'après la décapitation, la vie doit cesser aussitôt par la syncope et surtout la perte énorme de sang qui a lieu en un instant. Mais à part cela, et en supposant, par exemple, que les gros vaisseaux pussent être épargnés dans la section du cou, je ne verrais pas, dans cette section, une cause de mort immédiate. Que faut-il, en effet, pour qu'un organe fonctionne? Qu'il reçoive du sang suffisamment oxygéné. Et encore, le sang noir est-il susceptible d'entretenir la vie pendant un certain temps, comme tendent à le montrer les expériences suivantes que j'ai faites sur des animaux! Je leur liais l'aorte, et bientôt les membres inférieurs, ne recevant plus de sang, étaient frappés de paralysie. Si je liais en même temps l'aorte et la veine cave, la paralysie arrivait plus lentement. Je pense donc que dans la décapitation, la mort est instantanée ou presque instantanée, surtout parce que le cerveau est dépouillé en un instant extrêmement court de tout le sang nécessaire à l'entretien de ses fonctions.

M. Félix Legros. Bichat avait déjà fait des expériences qui contredisaient l'opinion que la continuation de la vie était encore possible un certain temps après la séparation de la tête. Le fait souvent cité de Charlotte Corday dont la joue, dit-on, frappée par la main du bourreau, rougit d'indignation, ce fait n'est point d'accord avec la physiologie. Pour moi, je crois que la sensibilité est abolie immédiatement.

M. Vernois. M. Bonnafont a-t-il remarqué des contractions soit dans la tête, soit dans d'autres parties du corps? Ces contractions sont positives pour certains organes: le cœur, par exemple, se contracte encore avec une énergie remarquable lorsqu'on le serre. Voici un fait qui m'a été rapporté par une personne digne de foi. Cette personne assistant dans sa jeunesse à une exécution, la tête roula sur le pavé jusqu'à l'endroit où elle se trouvait, et lui mordit la jambe.

M. Bonnafont répond qu'il n'a remarqué aucune contraction du visage, et que, pour le corps, il ne s'en est point occupé.

M. Lagasquie. Les mouvements ou contractions des muscles du visage, simulant jusqu'à un certain point des expressions diverses de la physionomie, s'expliquent par des phénomènes d'irritabilité. C'est l'interprétation qu'on a voulu en donner qui est fausse. Il est impossible d'admettre que ces inconvénients s'exécutent sous l'influence de la volonté.

— *M. Bonnafont*. J'ai expérimenté le traitement conseillé par M. Debeney contre l'urétrite, c'est-à-dire les injections de solution concentrée de nitrate d'argent. J'ai essayé ce moyen à toutes les périodes de l'inflammation, au début, après dix à douze jours de durée, et à

l'état chronique, sur un total de quinze malades divisés en trois catégories correspondant à chacune des périodes indiquées; et voici les résultats que j'ai observés : Au début, l'infection a déterminé une douleur très vive accompagnée de turgescence de la verge et d'hémorrhagie; puis l'écoulement s'est arrêté, mais pour reparaître au bout de cinq ou six jours avec la même force. Lorsque la maladie datait de dix à douze jours, l'injection a encore provoqué les mêmes symptômes, et de plus des orchites. Enfin, à l'état chronique, deux malades ont été guéris par l'injection, et trois ont éprouvé les mêmes accidents que les précédents, seulement moins violents. Dès lors je n'y suis plus revenu. — Voici du reste le traitement que j'emploie habituellement et avec succès : Je prescris une potion composée de copahu et de cubèbe, 2 grammes de chaque, et on la répète tous les jours. Il est rare qu'à la septième ou huitième potion la maladie ne soit pas arrêtée. Je ne fais point faire d'injections.

M. Toirac. J'ai employé les injections de nitrate d'argent au début de la blennorrhagie, il y a quinze ou vingt ans, mais à faible dose, un ou deux grains seulement par once d'eau; et dans beaucoup de cas j'ai obtenu une guérison immédiate. Je communiquai ce moyen à M. Velpeau, alors chef de clinique de M. Bougon; il lui réussit mal; mais les sujets chez lesquels il l'employa étaient malades depuis déjà quatre à cinq jours. Pour soutenir ce traitement, il est bon d'y joindre l'usage du copahu. Mes observations à ce sujet sont consignées dans les Archives, année 1826.

M. Amédée Latour. Je remercie M. Bonnafont d'avoir expérimenté et fait apprécier à sa juste valeur un mode de traitement qui avait été annoncé avec une certaine solennité. Le mémoire de M. Debeney s'appuyait sur un chiffre considérable de faits; il avait été reproduit par la plupart des journaux de médecine, et avait fait une vive sensation. Dans la médecine militaire, ce moyen a été essayé; mais je ne sache pas que les résultats en aient été publiés. M. Bonnafont a donc bien fait de répéter ces expériences, qui, déjà faites par M. Vénot, de Bordeaux, ont donné lieu, entre ses mains, aux mêmes accidents. Pour ma part, un jeune homme sur le point de se marier est venu me demander si j'approuvais qu'il fît ces injections, qu'un pharmacien lui avait conseillées. Loin de l'y engager, je l'en dissuadai fortement. Il ne tint pas compte de mon avis, et le lendemain je fus appelé en toute hâte pour traiter une orchite que l'injection avait déterminée.

M. Ségalas. J'emploie souvent avec succès les injections de nitrate d'argent à forte dose, mais voici comment je les fais : Je porte une sonde jusque dans la vessie; puis, en même temps que je la retire, je pousse l'injection. La sonde ramène toujours avec elle un peu d'urine qui tempère l'action du liquide injecté sur les parois du canal, et j'évite ainsi les inconvénients des injections faites à la manière ordinaire. J'injecte même le nitrate d'argent dans la vessie, dans les cas de catarrhe qui ne reconnaissent pas une cause mécanique, et j'en obtiens des résultats très remarquables. Sous l'influence de cet agent, les urines cessent d'être alcalines et purulentes. Souvent même des douleurs qui avaient résisté à tous les autres moyens se calment comme par enchantement.

M. Ed. Louis a essayé, dans deux cas d'urétrite, les injections concentrées de nitrate d'argent. Les malades ont éprouvé, pendant plusieurs heures, une douleur vive, mais non pas telle cependant que l'un d'eux n'ait consenti à faire une seconde injection et l'autre plusieurs. Du reste, ils n'ont eu ni hémorrhagie, ni autre accident. Chez l'un même, l'inflammation qui était très aiguë avant l'injection, parut moins intense les jours suivants. Quant à l'écoulement, il s'arrêtait d'abord, mais reparaissait ensuite, ainsi que l'a observé M. Bonnafont, et la durée totale de la maladie n'a pas été sensiblement abrégée.

M. Bourrières. Le temps n'est pas toujours favorable pour les injections. Quelquefois aussi on les fait trop répétées; mais elles n'en constituent pas moins le meilleur mode de traitement des blennorrhagies. Je ne les ai jamais vues produire d'accidents.

M. Toirac fait observer que, pour être efficaces, les injections doivent aller profondément et parcourir toute l'étendue du canal affectée.

M. Dubart. On diminue beaucoup la douleur des injections, en associant le nitrate d'argent à l'acétate de plomb, au cérat et à l'huile d'amandes douces. On incorpore d'abord séparément le nitrate d'argent et l'acétate de plomb à une petite quantité de cérat, puis on étend ces deux mélanges dans l'huile d'amandes douces : on obtient ainsi un liquide huileux propre à être injecté, et qui ne cause presque pas de douleur.

M. Bonnafont pense que les injections de nitrate d'argent n'agissent pas mieux que celles d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc.

M. Ségalas. On se demande quelquefois si les injections ne produisent pas des rétrécissements. On peut supposer, en effet, *à priori* qu'elles agissent comme cause d'irritation; mais il ne paraît pas en être ainsi. J'ai vu beaucoup de malades qui m'ont dit avoir fait des injections, et qui n'avaient pas de rétrécissements. L'un d'eux surtout, qui avait eu, selon son calcul, vingt-deux blennorrhagies, et qui les avait toutes traitées par les injections, avait le canal tellement libre que j'ai pu de prime-abord et sans difficulté y introduire des instruments lithotriteurs d'un assez fort calibre.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde; par C.-E.-S. Gauthier de Claubry, membre de l'Académie de médecine, etc. — Un vol. in-8°. — Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière.

Les opinions au développement desquelles cet ouvrage est consacré sont fort explicites. Nomenclature; symptomatologie; intensité et gravité variables; formes diverses; existence, époque de la manifestation et caractères de certains symptômes en particulier; altérations anatomiques : aptitude relative des deux sexes; âge des sujets affectés; mortalité balancée entre des chiffres extrêmes très distants; propriété de n'affecter un même sujet qu'une fois dans la vie; causes prédisposantes qui modifient la constitution des sujets; caractère contagieux, dépendant d'un principe miasmatique spécifique, transmis dans un corps sain, et y développant une maladie semblable à celle de laquelle il provient; traitements autrefois employés; traitement rationnel qu'il convient d'employer; prophylaxie relative à l'individu et aux masses : tels sont les rapports nombreux et essentiels sous lesquels le *typhus* et la *fièvre typhoïde* présentent, non pas seulement de l'analogie, mais une complète identité. Seulement, les causes prédisposantes moins défavorables, et, par une conséquence nécessaire, l'altération préalable de la constitution moins profonde, et les circonstances environnantes plus propices, font que la fièvre typhoïde est généralement moins intense que le typhus, et que la contagion de la première s'exerce avec moins d'énergie, et peut même manquer de s'exercer. Mais, en définitive, sous le quadruple rapport de la condition pathogénique, des symptômes caractéristiques, des altérations anatomiques, et du caractère d'affection spécifique contagieuse, le typhus et la fièvre typhoïde sont une seule et même maladie, une *fièvre exanthémateuse contagieuse spécifique*.

L'auteur voudrait qu'on lui imposât désormais le nom de *fièvre typhode*, pour éviter l'expression typhoïde, qui n'indique qu'une analogie de forme, et le mot typhus, qui effraie les imaginations. Et puisque la fièvre typhoïde est essentiellement contagieuse, la conséquence pratique est que les médecins, le public, l'administration, devront prendre, à l'avenir, dans les cas sporadiques, et principalement dans les cas d'épidémie, les mesures d'hygiène et de prophylaxie qui sont généralement indiquées dans les maladies contagieuses.

Telles sont les opinions développées dans cet ouvrage remarquable, qui a reçu un prix de l'Académie de médecine dans le concours ouvert sur cette question. M. Gauthier de Claubry n'a rien négligé pour que la conviction qui l'anime passe dans l'esprit de ses lecteurs. Il invoque des preuves nombreuses, puissantes, puisées aux sources les plus authentiques et les plus estimées, et nous ne croyons pas, pour notre compte, qu'on puisse se refuser à l'évidence des faits invoqués par l'auteur. Les faits d'anatomie pathologique surtout, cette dernière et suprême raison de la science actuelle, résolvent la question d'identité d'une manière définitive.

Cet ouvrage fait le plus grand honneur à M. Gauthier de Claubry. Le style en est pur, sobre, scientifique, sans manquer d'une certaine élégance et surtout de force. Les matériaux y sont disposés avec le plus grand ordre, ce qui en rend la lecture facile et attrayante. L'auteur, en soulevant les grands et intéressants problèmes qui l'ont occupé sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, de cette peste de nos climats qui fait tous les jours, parmi nous, de si nombreuses victimes, l'auteur, disons-nous, s'est élevé à la hauteur de son sujet et de cette mission profondément humanitaire que l'on ne retrouve plus aujourd'hui que dans les écrits des médecins.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyen de déterminer l'expulsion des calculs vésicaux chez les enfants, sans recourir à l'emploi d'aucune opération chirurgicale; par M. le docteur Aberle, de Riedlingen (Wurtemberg).

M. Aberle pratique la médecine dans une contrée baignée par le Danube, et dans laquelle la gravelle se rencontre assez fréquemment chez les jeunes enfants. En conséquence de l'opinion qu'il professe sur la nature musculaire des parois de la vessie, ce médecin a recours, dans les cas dont il s'agit, à l'emploi de remèdes qui possèdent la propriété de diminuer la contractilité des fibres musculaires dont les plans constituent les parois de cet organe.

Le sujet pour lequel il mit pour la première fois cette médication en usage, était un jeune enfant âgé de deux ans, chez lequel le cathétérisme avait fait constater l'existence d'un calcul vésical du volume d'un gros pois. Il fit administrer à l'intérieur une boisson émulsive préparée avec les semences de chènevis et additionnée d'extrait de jusquiame, et il prescrivit en même temps de pratiquer sur le périnée, des frictions avec une pommade dont la belladone formait la base. Au bout de huit heures de ce traitement, le calcul commença à s'engager dans le canal de l'urètre, et bientôt après il sortit spontanément.

Depuis cette époque, M. Aberle a eu encore l'occasion de donner des soins, dans l'espace d'une seule année, à quinze enfants atteints de la même affection. Chez tous, le même traitement a été prescrit, et chez tous aussi il y a eu expulsion de petits calculs dans un laps de temps qui a varié de dix-huit à trente-six heures. Dans tous ces cas, la paralysie, pharmacologiquement produite du sphincter de la vessie, n'a été que d'une courte durée.

Nouveau mode de traitement de l'épilepsie, par M. le docteur Sélade, de Bruxelles.

Le célèbre professeur Dumas a donné pour précepte de réduire le traitement de l'épilepsie à deux indications principales : 1° suspendre, retarder, régulariser autant que possible les attaques; 2° combiner les premiers moyens avec l'état périodique.

M. le docteur Sétade, ayant réfléchi que l'apparition d'une fièvre intermittente chez un épileptique a eu quelquefois pour résultat de modifier avantageusement l'épilepsie, en apportant une nouvelle modification dans le système nerveux et amenant un état pathologique différent de celui qui existait avant qu'elle se développât, a eu l'idée d'essayer le développement d'une pyréxie périodique artificielle contre les accès épileptiques.

On peut, en effet, déterminer artificiellement le développement des divers symptômes dont l'ensemble constitue les caractères apparents de la fièvre intermittente, ainsi que M. le professeur Rostan l'a signalé depuis plusieurs années. Ainsi, en faisant prendre un bain très froid, prolongé pendant une heure, une heure et demie ou deux heures, on obtient un état à peu près semblable à celui du fébricitant pendant le premier stade de la maladie. Si on fait ensuite entrer le sujet de l'expérience dans une chambre dont la température soit élevée, qu'on le place dans un lit bien chaud et qu'on l'entoure de couvertures, une forte chaleur de tout le corps se manifeste à peu près de la même manière que dans le stade correspondant de la fièvre intermittente, et elle est suivie de même d'une abondante transpiration. Les jours suivants, l'usage des mêmes moyens reproduit de nouveaux accès, et, après avoir agi ainsi avec quelque persévérance, les accès continuent à se reproduire encore pendant quelques jours avec la même périodicité, bien qu'on n'emploie plus aucun moyen pour en provoquer le retour.

Au lieu de recourir au bain froid pour obtenir l'effet dont il vient d'être question, on peut se borner à placer les sujets légèrement vêtus dans un lieu froid, comme une cour, par exemple, où on les laisse exposés à l'impression de l'air pendant une heure et demie à deux heures.

M. Sélade rapporte deux observations d'épilepsie dans laquelle il a agi de cette dernière manière, et, dans les deux cas, la fièvre intermittente artificielle qu'il est parvenu à développer a suffi pour faire disparaître les accès épileptiques.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

M. le docteur Lallemand vient, pour cause de santé, de donner sa démission de professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier.

— *Statistique des aliénés*. — D'après *The London medical gazette*, il y a en Espagne 1 aliéné sur 7,180; en Italie, 1 sur 4,876; en Belgique, 1 sur 1,014; en Hollande, 1 sur 1,001; en France, 1 sur 1,000; aux Etats-Unis, 1 sur 978; à Malte et Gozzo, 1 sur 932; en Westphalie, 1 sur 846; en Angleterre, 1 sur 807; en Irlande, 1 sur 774; en Ecosse, 1 sur 648; en Norwége, 1 sur 551; dans le duché de Brunswick, 1 sur 539.

— Un cours de maladies mentales a été institué comme cours supplémentaire à l'Académie de Nancy; c'est M. Archambault, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, qui est chargé de cet enseignement.

— M. Delestre, chirurgien-dentiste de l'hôpital des Enfants Malades, reprendra le lundi, 20 courant, son cours clinique, théorique et pratique des maladies des dents. Tous les jours, un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, les jeudis et dimanches exceptés.

Nota. Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Delestre, à son cabinet, de onze à quatre, quai Conti, 5.

— M. le docteur Auzoux commencera, pour les gens du monde, son cours gratuit d'anatomie humaine et comparée, le dimanche 19 janvier, à une heure, dans son nouveau local, rue de l'Observance, 2. Au moyen de ses préparations d'*anatomie clastique*, il expliquera comment s'opèrent les principales fonctions de la vie dans tous les animaux, depuis l'homme jusqu'au zoophyte.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 JANVIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 7. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 17 JANVIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons hâte de faire connaître, dans tous ses détails, l'opération pratiquée par M. A. Bérard. Il s'agit, comme on sait de l'oblitération artificielle du vagin pour un cas de fistule vésico-vaginale incurable autrement. (*V.* l'article suivant.)

— Un phthisique du service de M. Andral avait, depuis dix-huit mois, un écoulement fétide par l'oreille droite. Il y a quinze jours, il éprouva les symptômes d'une paralysie du côté droit de la face. La commissure labiale est fortement déviée à gauche; quand on dit au malade de souffler, la joue gauche reste aplatie, tandis que la droite se laisse soulever en même temps que les lèvres s'écartent du côté cerrespondant, comme dans l'action de fumer; la luette est manifestement tirée du côté gauche en forme de crochet ou de virgule.

On doit être porté à supposer qu'il existe chez cet homme des tubercules suppurés dans le rocher comme dans le poumon, et que la destruction s'est étendue jusqu'au canal de Fallope, c'est à-dire jusqu'au nerf facial, d'où la paralysie. Il n'est que trop certain qu'il y aura lieu prochainement à vérifier ce diagnostic.

La déviation de la luette, phénomène intéressant de l'hémiplégie faciale, a été contestée. M. Debrou (thèse inaugurale, 1841) fait observer que la luette est naturellement portée d'un côté ou de l'autre chez certaines personnes; cinq fois il appliqué le galvanisme au nerf facial dans l'intérieur du crâne, et une fois seulement il a vu se produire des mouvements très manifestes dans le voile palatin. Il n'en conclut pas moins que le nerf facial ne donne aucun mouvement à cette partie. Mais plusieurs faits négatifs ne peuvent infirmer un fait positif. D'ailleurs M. Longet remarque avec heaucoup de raison qu'il en est du facial par rapport au voile palatin comme du nerf moteur oculaire commun relativement à l'iris. Les filets de ces deux nerfs « traversent des ganglions sympathiques avant d'arriver aux parties contractiles qu'ils font mouvoir, et il faut savoir que ces parties sont bien loin de réagir d'une manière constante, quand on applique le galvanisme à leurs nerfs modifiés dans leur passage à travers des ganglions. » (Longet, *Anat. et phys. du syst. nerv.*, t. II, p. 452.)

— Nous avons vu dans la même salle un cas singulier d'intoxication saturnine. Un homme de quarante-cinq ans, qui a travaillé, il y a six mois, pendant trois semaines, dans une fabrique de céruse, se plaint, depuis quinze jours environ, de douleurs vives à la partie inférieure de la colonne vertébrale, dans les cuisses, les genoux et les mollets. La marche est impossible à cause de la douleur. Il est aisé de distinguer cette impossibilité de celle qui caractérise la paraplégie. L'absence de tout antécédent autre que le séjour au milieu des émanations saturnines, et la présence du liseré caractéristique autour des dents, ne permettent guère de douter qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une rachialgie saturnine, le poison ayant fixé son action sur la partie inférieure de la moelle et sur les nerfs qui en émanent.

— Un homme du service de M. Rayer est affecté d'encéphalopathie saturnine, caractérisée par un certain degré de stupeur, d'hébétude. Il ne comprend pas bien les questions qu'on lui adresse, et répond avec hésitation. M. Rayer lui ayant présenté son doigt et lui ayant demandé ce qu'il lui montrait, le malade a paru surpris et n'a pas répondu; mais il a nommé, après un court instant, la montre que M. Rayer lui a mise sous les yeux: ce sont là des signes encore peu accentués; mais ceux qui connaissent les jeux funestes du poison saturnin ne se fient pas à ces bénignes apparences, et réservent leur pronostic. Il n'y a pas un très grand pas de cette hébétude aux attaques épileptiformes.

— Un autre malade offre la coïncidence, plusieurs fois observée par M. Rayer, de la phthisie pulmonaire avec l'albuminurie.

— Nous avons cité un cas d'emphysème pulmonaire dans lequel la potion d'ammoniaque a produit une sédation marquée. Le même effet, seulement moins prononcé, a suivi l'emploi de ce moyen chez un autre emphysémateux.

M. Rayer est persuadé que l'ammoniaque agit efficacement contre l'emphysème pulmonaire, et cette opinion d'un pareil observateur vaut pour nous un grand nombre de faits, attendu qu'elle les suppose. L'ammoniaque ne peut rien sur l'état anatomique; elle agit comme sédatif du système nerveux. Telle est du moins l'explication plausible de M. Rayer.

— Un malade du même service nous a vivement intéressé par l'étrangeté des symptômes qu'il présente. Il a la poitrine et le cou sillonnés de veines dilatées, variqueuses, sensibles à la vue et au toucher, et dont plusieurs renferment des caillots plus ou moins durs. On remarque particulièrement un paquet variqueux au niveau de la fourchette sus-sternale. Les bras ont été œdématiés; ils sont comme turgides; la face et le cou sont dans le même état; les lèvres sont bleuâtres; une teinte cyanosée sensible s'étend sur le visage et le cou. Le malade a eu des éblouissements. On entend un hruit de souffle très prononcé aux deux temps de la circulation cardiaque. Quelle est la lésion, ou plutôt quelles sont les lésions; car il existe évidemment deux ordres de symptômes supposant deux états pathologiques coïncidants? Quant au double bruit de souffle, il ferait supposer ou un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit avec insuffisance des valvules, ou une altération de deux orifices, ou toute autre lésion, car on ne peut rien fonder de certain sur ce signe, comme chacun sait. Le siége du double hruit de souffle légitimerait l'idée d'une affection du cœur droit, attendu que c'est surtout vers le sternum que ce bruit se fait entendre. Mais les varices, les caillots, la cyanose, l'œdème ne sont point passibles de cette explication, et M. Rayer suppose une oblitération de la veine cave supérieure. On remarquera que les signes précités d'un obstacle au retour du sang veineux sont limités à la moitié supérieure du corps.

— M. Demarquay a montré, il y a quelques jours, à la Société anatomique, des tumeurs assez rares. Ces tumeurs appartiennent au genre *ganglion*. Mais ce genre comprend deux variétés; celle que l'on pourrait appeler *arthro-synoviale*, et celle qui serait bieu désignée sous le nom de *téno-synoviale*. Les tumeurs présentées par M. Demarquay appartenaient a la première catégorie. Elles étaient formées aux dépens de la membrane synoviale fémoro-tibiale, et auraient pu être confondues avec des tumeurs de la seconde variété, le genou étant le rendez-vous d'une foule de bourses tendineuses. L'une d'elles offrait environ le volume d'une noix. On pouvait faire refluer la synovie de leur intérieur dans l'article. C'est là ce qui distingue essentiellement le ganglion arthro-synovial du ganglion téno-synovial. Quoique ces tumeurs soient peu communes, et surtout heaucoup moins fréquentes que celles de l'autre variété, il est peu d'anatomistes qui n'aient eu l'occasion d'en disséquer quelques-unes. Nous en avons vu plusieurs exemples au dos du pied.

— Nous croyons utile de dire quelques mots d'une pratique de M. Denonvilliers, qu'il a eu l'occasion d'appliquer avantageusement pendant qu'il remplaçait M. Roux à l'Hôtel-Dieu, dans ces derniers temps. Généralement, lorsqu'une partie est écrasée (soit un doigt ou un orteil), on pratique l'amputation en arrière de l'écrasement. M. Denonvilliers a remarqué combien ces opérations sont dangereuses. Il a été frappé de plusieurs cas de mort pour des amputations de doigts ou d'orteils à la suite d'écrasements.

Voici la pratique qu'il a adoptée, et qui lui a réussi jusqu'à présent: supposons que la phalange onguéale du gros orteil soit écrasée entièrement, et que la violence se soit étendue à la phalange métatarsienne qui offre une ou plusieurs esquilles. Au lieu d'amputer en arrière de la lésion, c'est-à-dire dans l'articulation métatarso-phalangienne, suivant la règle commune, M. Denonvilliers enlève les esquilles, régularise la plaie des parties molles, et plus tard, s'il devient nécessaire de réséquer une nouvelle portion d'os, il procède à cette résection en toute sécurité. Ainsi, le histouri fait naître plus de dangers quand il divise les parties intactes que lorsqu'il agit sur des parties lésées profondément par une violence extérieure. Ainsi encore, une violence qui écrase les parties molles et les os, est moins funeste dans ses suites qu'une opération méthodique. Questions assurément bien dignes de méditation.

— On ne sait que trop quels dangers sont attachés aux *piqûres anatomiques*, ainsi qu'à l'absorption de matières cadavériques, à la faveur d'une solution de continuité préexistante sur un point quelconque de la main. La nécessité de se prémunir contre cette absorption en garantissant la partie dénudée, est sentie par tout le monde. On se sert communément de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap. M. Barth emploie pour son propre usge un moyen qu'il nous a paru hon de faire connaître.

Ce moyen consiste à chauffer un morceau d'onguent diachylon que l'on étend sur la partie dénudée ou incisée, jusqu'à une certaine distance au delà de la plaie. Il en résulte une espèce de cuirasse qui reste solidement en place, et moyennant laquelle on peut impunément tenir les mains plongées dans les matières cadavériques. Rien de plus facile que d'enlever la plaque emplastique en la soulevant par un

FEUILLETON.

ESSAI SUR LES CROYANCES ET SUPERSTITIONS RELATIVES AUX AMULETTES;

Par M. le docteur F.-E. PLISSON.

Le mot AMULETTE (*Amuletum.* Pline) est dérivé d'*amoliri*, détourner de, éloigner, écarter. C'est ainsi qu'on appelait encore les amnlettes: *praebia* (Festus Pompeius), *proebia* (Varron), du verbe *prohibere*, défendre, préserver, garantir, et aussi *proba, proebra, servatoria, amolimenta* (bass. lat.). Chez les Grecs, ils étaient connus sous les noms d'*apotropea*, de *phylocteria*, d'*amynteria*, d'*alexiteria*, d'*alexipharmaca*, parce qu'ils croyaient que la vertu de ces remèdes les mettait à l'abri, non-seulement des maladies provenant de causes naturelles, mais encore des charmes, des maléfices ou des enchantements que d'autres pouvaient leur donner. Ils les nommaient également *periapta* ou *periommata*, d'un verbe grec qui signifie *attacher autour de quelque chose*, parce qu'en effet on les portait sur le corps, particulièrement sur la tête, au cou, aux bras, aux doigts, sur la poitrine, etc. C'était, comme on voit, des moyens propres à se garantir de toute espèce de maux, *mala amoliri dicebantur*.

L'origine des amulettes se perd dans la nuit des temps, et il n'est pas douteux que la ridicule et puérile confiance qu'elles inspirent encore aujourd'hui, n'ait saisi la pauvre humanité dès son antique berceau; et il devait en être ainsi, s'il est vrai, comme on l'a dit, que l'*homme soit tout de feu pour le mensonge, et de glace pour la vérité.* Si absurdes que soient ces vieilles croyances populaires, elles se sont perpétuées jusqu'à nous à travers les siècles, et passeront pour la plupart, selon toute apparence, d'âges en âges, jusqu'à nos derniers descendants. Sans aucun doute, elles se modifieront, comme elles l'ont déjà fait; elles changeront d'objets et de formes; mais qu'il est affligeant, qu'il est honteux même pour la raison humaine, si fière et si humble tout à la fois, d'être contrainte de s'avouer que jamais peut-être ces déplorables erreurs ne cesseront d'infecter l'esprit crédule des nations! Quoiqu'll en puisse être, les voyageurs ont trouvé ces funestes et imbéciles coutumes établies dans toutes les contrées du globe chez les peuples les plus policés, comme parmi les plus abruties des tribus sauvages. Le musulman, en adoration devant l'anneau et la veste de Mahomet, se moque des grisgris du pauvre nègre. Chez nous, des hommes instruits en beaucoup de choses, excepté en physique, se déclarent ouvertement les adeptes de Mesmer; et tels autres qui plaisantent à bon droit du magnétisme animal, vantent avec conviction (nous le croyons du moins) les prodiges infinitésimaux de l'homœopathie. Triste espèce que la nôtre! Partout, et toujours, de misérables et avilissantes superstitions! Partout, et toujours, des niais, des dupes, des jongleurs, des devins, banquistes, charlatans!

Mais entrons un peu plus en matière, et examinons ceux des amulettes ou préservatifs qui ont été en plus grand renom. En général, ils consistèrent, comme aujourd'hui, en des substances diverses, des simulacres, des images, des écrits, qui passaient pour posséder des propriétés merveilleuses, soit par la nature même des matières qui les composaient, soit par l'influence secrèle des singulières cérémonies auxquelles on se livrait en les confectionnant. Les superstitions indiennes, égyptiennes, juives, grecques, latines, mahométanes, etc., dotèrent presque tous les corps de la nature de quelques-unes de ces vertus occultes, et en attribuèrent même aussi à de simples paroles, comme nous aurons bientôt occasion de le rapporter.

Parmi les substances naturelles qui servaient le plus habituellement d'amulettes, il faut d'abord citer la plante *moly* dont parle Homère, et qui était très célèbre contre les enchantements; la racine *baaraath*, avec laquelle les Hébreux chassaient le diable du corps des possédés; les excréments du grand lama portés avec respect par les plus grands potentats de l'Asie; le gui de chêne des druides, qu'il fallait cueillir avec une faucille d'or; les racines de mandragore et de bryone, auxquelles les magiciens, les bateleurs et autres fripons s'efforçaient de donner des formes humaines pour abuser les sots et leur soutirer de l'argent. A ces amulettes célèbres, nous pourrions en ajouter un grand nombre d'autres, tels que la pierre appelée *serpentine*, qui, d'après Dioscoride, guérit des morsures de serpent et des douleurs de tête; la racine de pivoine, que Galien recommande contre les hémorrhoïdes; le pénis de baleine, qui, au rapport d'Ettmuller, est un puissant remède contre la dysenterie; les coraux, le succin, le mastic, et une multitude d'autres matières dans lesquelles des nations entières ne faisaient aucune difficulté de placer leurs plus chères espérances: aussi l'interminable liste de cés substances s'est-elle incessamment accrue avec le temps, et sans qu'on puisse assigner ni prévoir quel en sera le terme, tant la crainte des souffrances et les frayeurs de la mort ont de puissance pour égarer l'esprit pusillanime de l'universalité des hommes. Or, telle est la faiblesse de l'intelligence commune, que bien souvent les plus étranges analogies, les rapports les plus insignifiants entre les différents êtres et l'homme, ont suffi à celui-ci pour lui faire découvrir les plus étonnantes propriétés là où il est clair qu'il n'y en avait pas le moindre vestige, la plus petite apparence. Au lieu de chercher, par la voie de l'observation soutenue, de l'expérimentation attentive et sage, la raison des choses qu'il désirait connaître, il préféra inventer ce qu'il n'avait pas la patience d'étudier. C'est ainsi qu'il s'imagina, sans aucun motif, que la rhubarbe, les carottes, les lentilles et les autres couleurs plus ou moins jaunes devaient dissiper l'ictère; que les corps rouges, comme le corail, le sang-dragon, la cire à cacheter, le drap écarlate, le fil cramoisi, etc., étaieut très propres à prévenir les hémorrhagies et à purifier le sang. « Un malade qui devait guérir, dit Voltaire, se trouva mieux le lendemain qu'il eut mangé des écrevisses, et on en conclut que les écrevisses revivifiaient le sang parce qu'elles sont rouges quand elles sont cuites. » Il en faudrait dire autant des anguilles, qui guérissent de la paralysie parce qu'elles frétillent; des dents de loup, de chien, de renard, qui sont fort aiguës, et qui, sur ce fondement, servent à fabriquer des colliers pour aider à la sortie des dents des jeunes enfants; et mentionner aussi la singulière coutume de quelques bonnes vieilles qui suspendent au cou des femelles de nos animaux domestiques des bouchons de liége coupés, dans l'intention de faire passer leur lait, que le liége est censé devoir absorber.

de ses bords. Si cependant elle résiste, M. Barth l'enlève à l'aide d'un papier rude qu'il colle d'abord par pression à sa surface.

X...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Fistule vésico-vaginale. Oblitération artificielle du vagin.

La malade a trente ans. Elle est mariée. La cause de sa fistule est la cause ordinaire : la rétention de la tête du fœtus au passage. Quelques jours après l'accouchement les urines sont sorties par le vagin, coulant sur la vulve, sur le haut des cuisses, et irritant ces parties. Une tumeur arrondie, rouge, molle, du volume d'un œuf de poule, s'avançait jusque dans l'intervalle des lèvres. On la réduisait facilement en la comprimant. Elle était due à la paroi supérieure de la vessie, refoulée par les viscères abdominaux à travers une vaste ouverture résultant de la destruction de la cloison vésico-vaginale. En réduisant cette masse rouge, on entrait dans une cavité à replis, contenant de véritables pierres, très friables, nullement adhérentes, que M. Bérard a retirées avec le doigt, à l'exception d'une seule qui a été amenée au moyen de pinces à polype : c'était la cavité vésicale.

Il importe de bien préciser l'étendue de la perte de substance. Non-seulement la cloison vésico-vaginale est détruite, non-seulement la partie inférienre de la vessie manque, mais encore la partie postérieure de l'urètre est comprise dans la destruction, circonstance éminemment défavorable.

M. Bérard a fait disparaître par les moyens connus les irritations locales résultant du contact des urines. Pour prévenir le refoulement de la vessie à travers la fistule, il a mis une sonde à demeure. Mais le bout vésical de cet instrument s'incrustait promptement de sels urineux, dont il a fallu chercher à empêcher la précipitation. L'eau de Vichy paraît avoir produit un bon effet.

Ces premiers résultats obtenus, il est devenu nécessaire de prendre un parti définitif. Ce parti devait-il consister dans l'apposition d'un appareil propre à recueillir les urines, et dans la continuation de quelques moyens accessoires ? En d'autres termes, devait-on se borner au traitement palliatif. Ce traitement comporte beaucoup d'embarras et de sujétion pour un résultat très incomplet.

Mais s'il fallait en venir au traitement curatif, quel moyen était applicable dans l'espèce? Les procédés opératoires imaginés pour la guérison de la fistule vésico-vaginale, sont divisés par M. Vidal (de Cassis) en deux méthodes : A *Méthode directe;* B *Méthode indirecte.* La première comprend les moyens qui s'appliquent directement à la fistule, que l'on se propose de fermer. Dans la seconde, inventée par M. Vidal, on cherche, non plus à fermer la fistule, ce résultat étant reconnu impossible, mais à oblitérer le vagin.

Les procédés compris dans la première méthode sont : 1° Le *tampon;* 2° la *cautérisation* (potentielle ou actuelle); 3° la *suture*, qui comporte une foule de procédés, savoir : ceux de MM. Malagodi, Lewzinski, Nægelé, Deyber, Roux, Colombat, Lallemand, Laugier, Dupuytren, Gerdy, Le Roy d'Etiolles; 4° l'*autoplastie*, dans laquelle rentrent divers procédés de MM. Velpeau, Jobert de Lamballe et Le Roy d'Etiolles.

On trouvera la description de ces procédés, d'autant plus fidèle qu'elle est généralement littérale, dans le tome I[er] de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* (Maladies des femmes), l'ouvrage incontestablement le plus complet qui ait paru en aucune langue sur les affections propres au sexe.

Il suffira d'un instant de réflexion pour se convaincre qu'aucun des procédés cités n'était applicable à la malade de M. Bérard, à cause de la largeur de la fistule.

Restait donc la méthode indirecte, dont la science, comme nous l'avons dit, est redevable à M. Vidal (de Cassis), qui la proposa et l'exécuta en 1834, sur une femme du service de M. Bérard, à l'hôpital du Midi, où l'on admettait, à cette époque, des malades des deux sexes. M. Vidal ayant fait par *interim* le service de la salle où se trouvait cette malade, s'était arrêté à la pensée de l'opérer suivant la méthode précitée. M. Bérard, après un mûr examen, se prêta aux vues de son confrère, qu'il assista dans l'opération.

On a supposé que M. Vidal proposait l'oblitération du vagin à titre de méthode générale. Rien n'est moins exact. M. Bouisson, dans sa thèse (1839), a fait connaître les cas auxquels le chirurgien de l'hôpital du Midi restreint l'application de sa méthode. Ce sont : 1° celui d'une perte de substance comprenant la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale (c'est le cas de la malade de M. Bérard); 2° celui d'une perforation ayant résisté à tous les autres moyens; 3° enfin, celui d'une fistule très reculée et n'ayant d'autre limite que l'utérus. Nous ne mettrions en question l'application de la méthode indirecte au second et au troisième cas que si la fistule était étendue et livrait passage à une quantité considérable d'urine. L'inefficacité de la médecine opératoire n'est pas une raison pour que l'on doive désespérer de la guérison. Une femme qui avait depuis plusieurs années une fistule vésico-vaginale, et qui avait été traitée par divers chirurgiens, notamment par M. A. Bérard, à la Pitié, la nommée Aimée Favret, a fini par guérir spontanément, ce dont nous nous sommes récemment assuré. Quant au siége de la perforation au voisinage de l'utérus, si cette circonstance constitue un inconvénient réel, il est possible en revanche d'y voir un avantage, l'utérus pouvant, en s'abaissant légèrement, obturer la fistule.

Cet article n'est pas un travail *ex professo* sur les fistules vésico-vaginales, et nous ne pouvons donner place aux considérations sur lesquelles M. Vidal fonde sa méthode, ni reproduire l'observation qui lui en donna la première idée en 1832. (*V.* Vidal, *Pathol. externe*, t. V.)

La malade opérée à l'hôpital du Midi par M. Vidal, avec l'assistance de M. A. Bérard, donna un instant au chirurgien l'espoir du succès, et cet espoir peut-être se fût réalisé, sans la nécessité dans laquelle on se trouva de pratiquer le cathétérisme. «...... Un élève voulant introduire une algalie dans l'urètre, il la porta sur la cicatrice, qui fut ainsi déchirée..... La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie, puisque les fils avaient été retirés. » (Bouisson, *loc. cit.*)

Les objections à la nouvelle méthode ont été résumées par M. Velpeau (*Méd. op.*, t. IV). M. Michon, dans une thèse extrêmement remarquable, les a reproduites d'une manière pressante : « En admettant, dit-il, le résultat heureux de l'opération de M. Vidal, on ne saurait considérer ce résultat comme une guérison de fistule vésico-vaginale; ce ne serait guère qu'une infirmité substituée à une autre infirmité. Par cette opération, en effet, non-seulement on oblitérerait le vagin, mais on constituerait une poche urinaire formée de pièces dissemblables dont la vitalité n'est pas également résistante aux qualités irritantes de l'urine. Cette poche, formée en partie par la vessie, par le vagin, par le col de l'utérus, aurait en haut une ouverture libre, conduisant par la cavité utérine jusque dans le péritoine, en bas, une autre ouverture représentée par l'urètre, à laquelle il faut arriver par la perforation de la vessie. Cette poche serait nécessairement privée, dans la plus grande partie de son étendue, de la contractilité nécessaire pour évacuer le liquide urineux. Le séjour de ce liquide ne l'altérera-t-il pas? Ne contractera-t-il pas des qualités délétères? Ne donnera-t-il pas naissance à des formations calculeuses, comme des observations analogues semblent le faire craindre? Le col de la matrice s'accoutumera-t-il à baigner dans l'urine? Ne résultera-t-il pas de cette circonstance des inflammations redoutables? Enfin, jusqu'à quel point est-on assuré que le liquide ne puisse pas pénétrer en nature par la cavité de l'utérus jusque dans les trompes et dans le péritoine? »

Cette attaque est catégorique. Ce n'est pas non plus la précision qui manque dans la réponse. Mon demi-succès, dit M. Vidal, sert à prouver : « 1° que les règles peuvent passer par l'urètre ; 2° que l'urine peut être chassée par cette nouvelle vessie, et qu'elles peuvent jaillir ; 3° que ces urines n'entrent pas dans la matrice pour passer par les trompes et aller inonder le péritoine ; 4° la cicatrice s'est assez maintenue pour me faire penser que les dépôts calcaires ne se feraient pas facilement dans cette nouvelle vessie. Quant au reproche d'imperfection qui est adressé à ce nouvel organe, j'avoue qu'il est mérité ; il est si bien mérité, si bien reconnu, qu'on pouvait s'épargner la peine de le faire. Je n'ai jamais prétendu établir de toutes pièces une vessie aussi parfaite que celle qui existait avant la fistule. »

Mais non seulement, d'après M. Michon, le succès de l'opération n'est pas désirable, il est encore improbable. « Est-il probable, dit cet auteur, qu'on puisse obtenir l'occlusion de la vulve? Je ne le pense pas. » M. Velpeau avait déjà dit : « Encore est-il à craindre qu'il ne soit pas beaucoup plus facile de fermer hermétiquement l'ouverture vulvaire que la fistule vésico-vaginale elle-même. » A quoi M. Vidal réplique ainsi : « La difficulté de fermer l'orifice du vagin est réelle; l'impossibilité est une assertion. »

On se rappelle la polémique qui eut lieu dans ce journal entre M. le professeur Blandin et M. Vidal, touchant la méthode indirecte.

Il est bien digne de remarque qu'une femme affectée d'une large fistule vésico-vaginale, avec occlusion presque complète de l'ouverture, réduite par suite de l'inflammation à un pertuis d'*une demi-ligne de diamètre*, n'eut de cesse que lorsque M. Velpeau l'eut opérée de son atrésie vulvaire, préférant ainsi les inconvénients d'une fistule vésico-vaginale à ceux de l'occlusion du vagin.

M. A. Bérard a discuté les diverses objections adressées à la méthode indirecte, et il s'est décidé à passer outre. Dans son désir de porter remède à une infirmité qui rend la vie insupportable à la malheureuse femme qui en est affectée, M. Bérard ne s'est même pas laissé arrêter par une circonstance dont il reconnaît cependant l'extrême gravité quant au succès de la tentative. On se rappelle, en effet, que la destruction ne se borne pas à la cloison vésico-vaginale; elle s'étend jusqu'au col de la vessie, jusqu'à la partie postérieure de l'urètre inclusivement. Le vagin oblitéré, à supposer que l'on réussisse, n'aura-t-on pas, après tant de souffrances, substitué l'incontinence d'urine par l'urètre à l'incontinence par la vulve? Mais, dans les cas extrêmes, on est autorisé à compter au nombre des éventualités les chances d'un hasard heureux.

Il va sans dire que la malade et son mari ont été informés des suites nécessaires de l'opération, au cas où elle réussirait.

Dans la leçon clinique qui a précédé l'opération, M. Bérard, après la discussion des objections faites à la méthode indirecte, a examiné successivement trois points : 1° le manuel de l'opération qui allait être pratiquée ; 2° les accidents qui peuvent la compliquer ; 3° ses suites. M. Bérard n'a pas opéré tout à fait comme il l'avait prévu. Relativement aux accidents, M. Bérard place l'opération dont il s'agit parmi les opérations *mixtes ;* seulement il la considère comme devant être très douloureuse et très difficile. Quant aux suites, les développements dans lesquels le professeur est entré sont compris dans ce qui a rapport aux objections.

Voici, maintenant, comment l'opération a été faite. Pour plus de clarté, nous la diviserons en six temps.

La malade a été couchée de telle sorte que le bassin dépassât un peu le bord de la table d'opération. Les cuisses étaient maintenues écartées par deux aides; les bras et le tronc étaient fixés. Le jour venait d'en haut, et les parties se présentaient bien à l'opérateur.

Premier temps. — M. Bérard commence l'incision du côté gauche, un peu en arrière du méat urinaire, en dedans de la nymphe, qu'il laisse en avant, et la termine un peu en arrière de la commissure postérieure. Une incision symétrique est faite du côté opposé. Il en résulte une incision elliptique circonscrivant l'ouverture vaginale, en arrière des petites lèvres. Le bord postérieur de l'incision est saisi avec une pince, et la muqueuse est disséquée dans l'étendue de trois centimètres environ. On obtient ainsi un diaphragme percé d'une ouverture centrale, et formé par la muqueuse disséquée, qui présente une face saignante, externe, et une face épithéliale

---

Veut-on que nous ajoutions d'autres faits encore à ces incroyables exemples d'ignorance et de crédulité ; que nous citions les os de pendu, de taupe, de crapaud, de carpe; la poudre de vipère, le sel de cuisine, le mercure renfermé dans une petite cassolette de fer, les sachets d'Arnoud et le fameux argument à l'aide duquel il était parvenu à capter la faveur des amateurs d'amulettes : « Il n'est pas prouvé, disait-il, que mes sachets ne guérissent point quelquefois de l'apoplexie ; donc il faut en porter pour prendre le parti le plus sûr. » Mais nous n'en finirions pas s'il fallait rapporter toutes les sottises que débitent les empiriques au sujet de ces arcanes et amulettes, qui ont joui et jouiront longtemps encore, au moins dans de certaines localités, d'une vogue populaire. Mais que dis-je, populaire? que dis-je, dans certaines localités? A Paris, à Paris même, au centre de cet actif foyer de lumières et de civilisation, au sein d'un des plus savants corps de l'Europe, à l'Institut en un mot, un membre de cette illustre compagnie, M. A. D., de l'Académie ou classe des inscriptions et belles-lettres, frère d'un de nos plus illustres auteurs dramatiques, et lui-même littérateur éminemment distingué, affirme s'être guéri d'hémorrhoïdes opiniâtres et excessivement douloureuses, en portant cinq marrons d'Inde dans sa poche. Bayle aussi a prétendu que la poudre de crâne humain, appliquée sur la peau jusqu'à ce qu'elle fût échauffée, l'avait débarrassé d'un saignement de nez auquel il était fort sujet, et qui avait résisté à beaucoup d'autres. Van-Helmont et Zwelfer, hommes supérieurs aux connaissances de leur siècle en quelques points, croyaient également aux propriétés antipestilentielles des trochisques des crapauds. Ce dernier avançait même que ces trochisques l'avaient préservé, lui, ses amis et ses domestiques, de cette redoutable maladie, et qu'ils avaient soulagé et même guéri de véritables pestiférés. Que peut-on opposer à de si graves témoignages en faveur des amulettes? Rien autre chose que cette déplorable et humiliante considération, qu'il n'est pas rare de voir des hommes d'un mérite incontestable, du plus grand génie même, partager, avec les dernières classes du peuple, les préjugés les plus absurdes et les plus grossières erreurs !

Après avoir parlé de la puérile confiance d'esprits aussi distingués, nous sommes heureux de rencontrer sous notre plume le nom d'un philosophe sceptique, dont la haute raison lui faisait justement mépriser les erreurs les plus accréditées de son temps, mais qui ne dédaignait pas d'y sacrifier lorsque c'était le seul moyen qui lui restât d'arriver à ses fins, c'est-à-dire d'être utile à ceux qu'il ne pouvait servir en les éclairant. Voici donc la petite histoire si galment contée par Montaigne, dans le livre I[er], chapitre 20, de ses immortels Essais, laquelle montre toute la puissance d'un remède imaginaire appliqué à une maladie également imaginaire.

« Un comte de très-bon lieu, de qui i'estois fort privé, se mariant avecques une belle dame, qui avoit esté poursuyvie de tel qui assistoit à la feste, mettoit en grand'peine ses amis, et nommément une vieille dame sa parente, qui présidoit à ses nopces, et les faisoit chez elle, craintive de ces sorcelleries ; ce qu'elle me feit entendre. Je la priay de s'en reposer sur moy. J'avoy, de fortune, en mes coffres certaine pièce d'or platte, où estoient gravées quelques figures célestes contre le coup de soleil, et pour oster la douleur de teste, la logeant à poinct sur la couture du test ; et pour l'y tenir elle estoit cousue à un ruban propre à rattacher soubs le menton : resverie germaine à celle de quoy nous parlons. Jacques Peletier, vivant chez moy, m'avoit faict ce présent singulier. J'advisay d'en tirer quelque usage, et dis au comte qu'il pourroit courre fortune comme les autres, y ayant là des hommes pour luy en vouloir prester une ; mais que hardiment il s'allast coucher ; que ie lui ferois un tour d'amy, et n'épargnerois à son besoing un miracle qui estoit en ma puissance, pourveu que sur son honneur il me promeist de le tenir très fidèlement secret : seulement, comme sur la nuict on iroit lui porter le resveillon, s'il lui estoit mal allé, il me faist un tel signe. Il avoit eu l'ame et les aureilles si battues, qu'il se trouva lié du trouble de son imagination, et me feit son signe à l'heure susdicte. Ie luy dis lors à l'aureille qu'il se levast, soubs couleur de nous chasser, et prinst en se iouant la robbe de nuict que i'avoy sur moy (nous estions de taille fort voisine), et s'en vestist tant qu'il auroit exécuté mon ordonnance, qui feust, quand nous serions sortis, qu'il se retirast à tomber de l'eau ; dist trois fois telles paroles, et feist tels mouvemens qu'à chacune de ces trois fois il ceignist le ruban que ie luy mettois en main, et couchant bien soigneusement la médaille qui y estoit attachée sur ses roignons, la figure en telle posture : cela faict, ayant, à la dernière fois, bien estreinct le ruban pour qu'il ne peust s'y desnouer ny mouvoir de sa place, qu'en toute asseurance il s'en retournast à son prix faict, et n'oubliast de reiecter ma robbe sur son lict, en manière qu'elle les abriast touts deux. Ces singeries sont le principal de l'effect ; nostre pensée ne se pouvant demesler que moïens si estranges ne viennent de quelque abstruse science : leur inanité leur donne poids et reverence. Somme, il fut certain que mes characteres se trouvèrent plus veneriens que solaires, plus en action qu'en prohibition. » Puis, notre auteur ajoute : « Ce feut une humeur prompte et curieuse qui me convia à tel effect esloingné de ma nature. Ie suis l'ennemy des actions subtiles et feinctes ; et hay la finesse, en mes mains, non-seulement recreative, mais aussy proufitable : si l'action n'est vicieuse, la route l'est. »

— Tel est le piquant récit de notre philosophe et son plaisant stratagème aphrodisiaque, dont il n'est pas rare, au reste, de rencontrer des exemples dans les anciennes chroniques ou dans les traités sur l'art de dénouer l'aiguillette. La dame était jolie, l'amulette a réussi, c'est au mieux sans doute, mais si c'eût été un laideron les choses auraient bien pu se passer différemment ; car bien qu'il arrive que nos forces puissent quelquefois nous abandonner en présence des Grâces et défaillir au moment où nous en aurions le plus de besoin, ainsi qu'on vient de le voir, il n'en faut pas moins reconnaître, en thèse générale, que le meilleur et le plus sûr des amulettes en ce genre est encore la société d'une femme belle, aimable et tendre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— M. Maillot a commencé le 13 janvier, à midi, un cours public de percussion, à l'amphithéâtre, n° 2, de l'École pratique. Il le continuera tous les deux jours à la même heure.

tournée vers l'utérus.

Dans la pensée du chirurgien, ce diaphragme devait être excisé; mais, à l'instant même, il eut l'idée lumineuse de le conserver, et de le faire servir, au contraire, à l'obturation du vagin.

Ce diaphragme renversé en haut, il restait nécessairement, en avant de lui, toute la surface de laquelle la muqueuse avait été séparée, conséquemment une étendue de tissus saignants, profonde de trois centimètres.

Deuxième temps. — M. Bérard fait autour de la petite circonférence du diaphragme muqueux une suture à points passés, qu'il commence et termine supérieurement. Les deux bouts du fil réunis pendent hors de la vulve.

Troisième temps. — Une sonde de Belloc est introduite par le méat urinaire, traverse la vessie, la fistule, et sort par l'ouverture centrale du diaphragme. Les deux bouts du fil réunis sont passés dans son ouverture et entraînés en sens contraire à travers la fistule et la vessie hors de l'urètre.

Quatrième temps. — Les deux bouts du fil réunis sont passés en travers dans les yeux d'une sonde de femme, qui est introduite dans la vessie. A mesure qu'elle pénètre, les fils sont tirés d'avant en arrière, et l'ouverture centrale du diaphragme se ferme par le renversement de ses bords, dont les surfaces saignantes finissent par se toucher. La sonde est confiée à un aide.

Cinquième temps. — Les surfaces desquelles le lambeau circulaire de muqueuse a été détaché, sont affrontées et maintenues en contact par cinq points de suture enchevillée, passés au moyen de l'instrument de Foraytier.

Sixième et dernier temps. — La sonde est retirée et les fils sont fixés au-dessus du pubis.

Pansement à l'eau froide.

Le séjour des fils dans l'urètre, sans intermédiaire, est un inconvénient : l'ulcération de la muqueuse peut s'en suivre. On éviterait cet inconvénient en se servant d'un sonde percée d'un seul trou au centre, à son extrémité vésicale, et à travers laquelle le fil serait engagé. La sonde serait laissée en place, et on y adapterait un long tube en gomme élastique pour conduire l'urine hors du lit.

La malade a eu peu de fièvre. Le gonflement a été modéré. Aujourd'hui la cicatrisation semble assurée; mais on ne peut rien affirmer sur la solidité des adhérences. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui arrivera.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Remarques générales sur les affections du foie. Engorgement chronique de cet organe. Hypertrophie énorme de la rate avec ascite; soupçon de tubercules au sommet des deux poumons. — Mort.

Nous avons dans nos salles, dit M. Fouquier, deux malades sur lesquels je crois devoir appeler votre attention. Leur maladie a son siége principal dans le foie, et est accompagnée de symptômes tels qu'ils rendent le diagnostic très obscur et incertain. Nous entrerons tout à l'heure dans les détails de ces deux intéressantes observations.

Les maladies du foie sont assez communes, et fort nombreuses. Elles peuvent affecter un organe dans toute son étendue, et par conséquent être *générales*, ou n'être que *partielles*.

Le foie est sujet à plusieurs altérations organiques, ou dégénérescences, qu'on comprend sous le nom générique de cancer, et dont on distingue communément les espèces, soit comme affection générale, soit comme partielle; ce sera le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, le *cancer mélanique*, etc. On trouve aussi des tubercules mêlés au tissu squirrheux; ce qui constitue une altération complexe.

Le foie présente assez souvent une altération particulière qui consiste dans une substance grasse, huileuse, dont son parenchyme s'infiltre, et qui le fait appeler foie gras; cette maladie est ordinairement liée à un état de marasme, et accompagne par conséquent très fréquemment l'affection tuberculeuse du poumon. Ainsi les phthisiques le présentent assez souvent. Partout on l'a remarqué aussi (quoique rarement) dans d'autres circonstances indépendantes de la phthisie pulmonaire.

On voit aussi le foie dans un état de véritable hydropisie. On ne comprend pas que cela puisse avoir lieu autrement que par la présence des hydatides dans le tissu hépatique. Ce sont elles qui donnent lieu à une espèce de tumeur, plus ou moins considérable, sensible au toucher, à travers les parois abdominales; tumeur qui finit souvent par s'ouvrir une issue dans les parties voisines, et donner lieu à des accidents plus ou moins graves.

Dans cette énumération des maladies dont le foie peut être le siége, je n'ai pas fait mention de l'inflammation simple, soit aiguë, soit chronique, de l'hépatite, qui, très commune dans les contrées méridionales, est plutôt rare dans notre climat.

Les appendices du foie sont aussi sujettes à des maladies; ainsi la vésicule du fiel présente souvent des concrétions calcaires, elle peut être atteinte d'une inflammation franche avec des symptômes qui lui sont propres. J'ai vu des individus succomber à des vomissements opiniâtres et indomptables produits par une phlegmasie aiguë de cet organe. Ces inflammations finissent souvent par des abcès qui s'ouvrent et donnent issue à des calculs biliaires. Vous comprenez quelles peuvent en être les conséquences.

La vésicule peut aussi devenir malade par suite d'une rétention anormale de la bile, qui distend considérablement cette poche. Alors il en résulte une tumeur dépassant le bord libre du foie, appréciable au toucher, et disparaissant d'une manière subite par une expulsion critique de l'humeur qu'elle renferme en excès. Cette affection, qui était peu connue par nos devanciers, l'est mieux aujourd'hui, quoiqu'on puisse encore la méconnaître. Quand on découvre au-dessous des fausses côtes une tumeur allongée, piriforme, dépassant le bord libre du foie, dure et d'une certaine élasticité, il est difficile de se tromper sur la nature de la maladie.

Voilà les principales maladies dont le foie et la vésicule de la bile peuvent être affectés. Je ne vous citerai pas parmi elles la jaunisse (ou ictère), qui est ordinairement le symptôme d'une maladie du foie plutôt qu'une maladie véritable, soit qu'il reconnaisse pour cause une altération de l'organe, ou une simple névrose.

Le sujet de la première observation est digne de toute votre attention.

En voici en raccourci l'histoire.

Le 9 septembre dernier est entré à l'hôpital le nommé Boulier, âgé de quatre-vingt-trois ans, tôlier, né à La Villette. Cet homme est habituellement d'une bonne santé; il n'eut jamais de maladies graves, suit un régime convenable, et travaille modérément. Il n'a jamais eu d'accès de fièvre, n'a habité des lieux marécageux. Il n'a jamais non plus, avant ces derniers temps, éprouvé d'accidents du côté de la poitrine.

Il y a huit mois qu'ont débuté les accidents pour lesquels il se décida à entrer à l'hôpital. Sans cause connue, il eut un rhume violent accompagné d'hémoptysies abondantes, de dyspnée qui n'a pas cessé depuis cette époque. C'est de là que date aussi le début de l'ictère et des vomissements. Ceux-ci consistaient dans le rejet des aliments ingérés, et avaient lieu presque tous les jours; il est vrai que le malade continuait à manger. A cette époque, il n'eut pas de fièvre; mais il a maigri beaucoup, et cet amaigrissement n'a pas cessé depuis. Les pieds devinrent en même temps œdémateux pendant deux mois seulement.

Il y a que trois mois que le malade a commencé à souffrir dans l'hypochondre droit et à l'épigastre; il ressentait dans cette région des élancements, comme des coups de canif bien caractérisés; les douleurs étaient exacerbantes. Depuis ce moment le ventre a commencé à gonfler un peu, mais très lentement. Vers le même temps, le malade a ressenti dans le flanc et l'hypochondre gauche, de même que dans l'épaule droite, des douleurs intermittentes qui ont disparu peu avant l'entrée à l'hôpital; vers ce moment, il a eu aussi des démangeaisons à la peau. Il a continué à manger un peu; il était constipé, et n'avait pas de céphalalgie.

Voici son état lorsqu'il entra dans notre service. Homme brun, d'une forte constitution; le pouls est à 60-70, régulier; l'état du cœur normal; respiration naturelle; l'appétit médiocre; de la constipation; le ventre un peu développé et douloureux généralement, surtout à l'épigastre, où on sent une rénitence mate s'abaissant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du sternum. Cette matité ne se prolonge pas dans l'hypochondre droit, qui est cependant douloureux, mais dans l'hypochondre gauche, où elle occupe la même étendue verticale qu'à l'épigastre. On sent au niveau de la limite inférieure de cette matité le bord inférieur du foie. Le flanc gauche et la partie inférieure de la région iliaque sont occupés par une masse rénitente, peu douloureuse, mate, ellipsoïde, à grand diamètre vertical, constituée par la rate.

Il n'y a pas de liquide dans le péritoine. Pas de céphalalgie.

L'expression de la face est naturelle; mais il y a une teinte ictérique générale du corps, principalement à la face et aux conjonctives.

Nous l'avons d'abord purgé avec de l'eau de Sedlitz, et soumis à une application de sangsues à l'anus; il en est résulté un peu de soulagement et de diminution dans le volume de la rate. Ensuite on a appliqué des ventouses sur l'épigastre, et administré pendant plusieurs jours des pilules d'aloès, qu'on a pourtant dû supprimer à cause des vives coliques qu'elles produisaient.

Dans les premiers jours d'octobre, on vint à l'usage du sulfate de quinine, qui fut continué plusieurs jours sans que la rate diminuât de volume.

Vers le 20 de ce mois, les mêmes symptômes continuant du côté du foie et de l'épigastre, on appliqua à différentes reprises des sangsues avec un soulagement notable du malade, mais sans durée.

On revint encore de temps en temps à quelques applications de sangsues et à quelques purgatifs salins, sans une amélioration marquée. Au contraire, vers la moitié de novembre, le malade cracha plusieurs fois du sang vermeil. L'auscultation découvrit au sommet des deux poumons une respiration rude et une expiration prolongée; de même en arrière à droite, et des râles ronflants dans toute l'étendue du thorax. On administra un julep avec de l'extrait de ratanhia; malgré cela, les crachats sanguins continuèrent jusque vers la fin du mois. A cette époque, le foie, la rate, l'épigastre étaient dans le même état, et, en outre, l'ascite avait considérablement augmenté. On revint à une application de sangsues à l'anus, et en même temps on donna la scille unie à la digitale. On a répété les sangsues alternativement avec les ventouses scarifiées, les pilules de digitale et la scille, toujours avec quelque soulagement passager.

Le 7 décembre, un gonflement énorme se développa à la conjonctive de l'œil droit avec exsudation mucoso-purulente. Avant d'avoir mal à cet œil, le malade avait déjà souffert au gosier et à la mâchoire. On fit usage d'un collyre au nitrate d'argent, et d'un peu de calomel à l'intérieur; on appliqua en même temps 20 sangsues derrière l'oreille correspondante. Malgré ces moyens, le gonflement des yeux et d'une partie de la face, dont les téguments présentent une rougeur très vive, continue. La muqueuse buccale aussi devient rouge et tuméfiée, surtout près de la luette, qui est grosse et tapissée de fausses membranes blanchâtres. On voit également des pustules ou bulles purulentes paraître à la surface de la figure, sur le nez et les joues.

Voilà l'état dans lequel se trouve aujourd'hui ce malade. Arrêtons-nous maintenant quelques instants sur la série des phénomènes qu'il a présentés, et voyons quel est le diagnostic et le pronostic que nous pouvons en tirer.

Que chez lui le foie soit malade, il n'y a pas le moindre doute. Il existe une tumeur occupant la partie la plus externe de l'organe, surtout son bord libre, et s'étendant de droite à gauche. En même temps dans l'hypochondre gauche, on perçoit une autre tumeur qui paraît positivement appartenir à la rate, ce qui est assez rare. Cette tumeur paraît très peu douloureuse, car la pression exercée sur cette partie fait peu souffrir le malade.

De quelle nature sont-elles, ces tumeurs? Probablement elles sont cancéreuses. Il y a une jaunisse persistante depuis le commencement de la maladie malgré tous les moyens qu'on a mis en usage; c'est un signe qui, joint à la faiblesse progressive du sujet, semblerait déposer en faveur d'une affection cancéreuse. Mais nous n'osons pas nous prononcer franchement, d'autant plus que la légère amélioration qui avait suivi l'emploi des émissions sanguines prouverait plutôt l'existence d'une maladie inflammatoire que d'un cancer, qui généralement empire sous l'action des antiphlogistiques.

Quant à la rate, elle est évidemment affectée d'une inflammation chronique. Il n'y a pas eu de fièvre d'accès comme quelquefois il arrive, et qu'à la suite la rate très souvent s'engorge. L'organe n'est pas raboteux, bosselé à sa surface, autant qu'on peut en juger par le toucher; il manquerait donc le symptôme physique principal de la présence du cancer.

On pourrait supposer l'existence d'une hépatite et d'une splénite partielles; mais, je le répète, ce sont des suppositions pures et simples; nous croyons devoir suspendre notre jugement sur la nature véritable de cette maladie complexe.

Il existe une ascite; cette complication ne doit pas surprendre dans le cas qui nous occupe; elle est assez commune dans les affections inflammatoires chroniques du foie.

Il y a une autre complication bien plus grave, c'est celle du poumon. En pratiquant l'auscultation, on trouve une respiration gênée, irrégulière, mais ni souffle, ni râle, ni gargouillement marqué. Nous avons appris aussi qu'il a craché du sang, cela est significatif, et nous inspire beaucoup de soupçon sur l'existence d'une affection tuberculeuse. Les Anglais avaient déjà admis une espèce de phthisie dépendante d'un état morbide chronique du foie; cette doctrine n'a pas eu d'écho en France; pourtant il y a du vrai, pratiquement parlant, et notre cas actuel pourrait en être un exemple. Quoi qu'il en soit, j'admets dans notre malade des symptômes précurseurs d'une phthisie pulmonaire.

On l'a traité par les purgatifs d'abord. On a voulu voir jusqu'à quel point la sécrétion intestinale qui en résultait serait utile contre l'affection hépatique. Pas d'amélioration sensible. On a eu recours aux émissions sanguines, principalement locales, à cause de la grande faiblesse du malade, elles ont produit quelque avantage, mais passager. On a employé les boissons tempérantes nitrées, telles que la décoction de chiendent, de bourrache, etc.; on a fait usage aussi de l'extrait de ratanhia sans un succès appréciable. Je commence par conséquent à désespérer de l'issue heureuse de la maladie, d'autant plus que l'ascite menace de s'étendre, et les forces du sujet déclinent notablement. Quand même il n'y aurait pas d'affection organique, mais une simple inflammation chronique du foie et de la rate, le danger subsiste également. On pourrait maintenant essayer les vésicatoires volants et les frictions mercurielles sur les régions qui sont le siége de la maladie, mais comme tentative en désespoir de cause, et probablement sans succès.

Deux ou trois jours après que M. Fouquier eut parlé de ce malade, les pustules développées sur la face étaient séchées; il y avait des croûtes noires, et l'épiderme tout autour tombait en poussière. Le matin du 15 décembre les lèvres étaient violettes, la figure fatiguée, abattue; sur le midi le malade, sans cause connue, a été pris d'un malaise inexprimable; il sentait un poids étouffant à la région épigastrique, de la difficulté à respirer et une grande oppression. A quatre heures du soir, sa face est terriblement changée et exprime la plus vive souffrance. Malgré cela, le malade voulait quitter l'hôpital. Il a vomi ensuite deux fois des matières bilieuses, et enfin au milieu de plaintes continuelles, le ventre devenu fort tendu et ballonné, la mort arriva à huit heures.

On a fait l'ouverture du cadavre trente-huit heures après la mort; voici les altérations qu'elle a révélées.

La peau de la face était encore un peu gonflée, mais pâle; le derme et le tissu sous-cutané étaient un peu plus humides qu'à l'ordinaire. Le cœur était sain.

L'examen du sang dans les vaisseaux n'a offert rien de particulier.

Les poumons étaient engorgés en arrière et à la base, mais ils ne présentaient aucune trace de pneumonie; on n'y voyait pas non plus de tubercules. Il y avait seulement quelques adhérences dans les plèvres.

Les bronches étaient à l'état normal, de même que la trachée et la langue.

L'estomac était sain, ainsi que le duodénum.

L'intestin grêle présentait trois ou quatre plaques de Peyer un peu plus visibles qu'à l'état normal; et dans le tiers inférieur de sa longueur on voyait des follicules isolés en très grand nombre.

Dans le colon, il y avait une injection pointillée assez étendue et considérable sans ramollissement, mais avec épaississement des membranes et engorgement des ganglions.

Le ventre contient environ deux litres de liquide rougeâtre louche, et la cavité du bassin est tapissée de pus véritable.

Les circonvolutions intestinales sont unies par une matière opaque, jaunâtre qui a commencé à former des adhérences. La péritonite était générale.

L'intestin, insufflé comme l'estomac, n'a présenté aucune altération notable.

Les reins étaient un peu anémiés, pâles; la vessie était ratatinée, avec une très petite cavité, mais saine.

La rate est d'un volume vraiment énorme; son diamètre vertical est de 27 centimètres; le transversal, à la partie moyenne, est de 16, et de 19 à la partie supérieure. Le maximum de son épaisseur à la partie inférieure est de 7 centimètres. Elle pèse 2000 grammes. Vue en place, elle occupait l'hypocondre gauche, le flanc et arrivait jusqu'à la région iliaque, et même jusqu'au bassin. Elle était recouverte en partie par l'épiploon; plus large à sa partie supérieure qu'à l'inférieure; d'une consistance ordinaire.

Le foie est aussi hypertrophié. Son diamètre transversal est de 34 centimètres, le vertical de 22 et son épaisseur de 10. Son poids est de 3500 grammes. Il ne dépasse pas le rebord des fausses côtes au niveau de l'hypocondre droit, mais il le dépasse à l'épigastre, descendant jusqu'à quatre travers de doigt au dessous de la partie inférieure du sternum. Il n'offre in inégalité à sa surface, ni irrégularité dans sa forme. Les deux lobes sont développés proportionnellement. La couleur est terne, brune, d'un vert jaunâtre. Quand on le coupe, on voit une couleur égale, régulière; seulement à la face inférieure on trouve un certain nombre de granulations plus volumineuses que les autres, un peu plus pâles, et dépassant le niveau de l'organe. La vésicule contient 60 grammes de bile verdâtre foncé. Les voies biliaires sont libres. J'oubliais de dire qu'à la partie supérieure du foie on voyait les mêmes granulations hypertrophiées très distinctes, de sorte qu'on aurait pu les énucléer; elles sont d'un jaune clair. Le tissu du foie est d'une dureté extrême, et résiste au couteau qui le coupe.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite et fin du nº 3.)

2° *Malades traités d'affections diverses.*

Huit individus ont été traités pour des accidents syphilitiques divers. Deux étaient porteurs de chancres, compliqués, chez l'un, d'un engorgement ganglionnaire assez considérable, que nous avons heureusement fait avorter. Ces deux hommes ont été facilement guéris de ces premiers signes d'une infection vénérienne. Malgré la non-induration des chancres, un traitement général a été commencé; mais dès la guérison locale, les malades ont voulu sortir, et nous n'avons pu faire compléter sous nos yeux un travail peut-être nécessaire. Les six autres malades étaient pris d'accidents tertiaires qui ont été combattu avec un succès prompt et facile uniquement par l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 8 grammes, qu'on introduisait dans la tisane.

— Dix blennorrhagies, deux femmes et huit hommes, ont été guéris par l'emploi d'une potion composée avec le baume de copahu, de 4 à 8 grammes; des bains ont été donnés comme adjuvant, ainsi que de simples injections émollientes chez les deux femmes.

— Je mentionne dans la foule qui m'occupe actuellement trois cas de néphrite, ce qui pourra surprendre à bon droit. Voici mes motifs: L'une des observations est un fait de néphrite albumineuse, dans lequel la maladie était déjà fort avancée. Nous n'avions certes pas conçu l'espérance de guérir, mais le malade a voulu quitter les salles après quelques jours, et je l'ai trop peu observé pour pouvoir lui donner la place à laquelle, malheureusement pour lui, la gravité de son état lui aurait donné droit.

Les deux autres malades ont paru en proie aux symptômes d'une néphrite calculeuse; mais ils ont également été soumis très peu de temps à notre observation, et ce diagnostic est plutôt une présomption plus ou moins probable qu'une certitude absolue.

— Cinq érysipèles de la face, trois hommes et deux femmes, ont fourni cinq guérisons de plus pour mon travail actuel; mais dans aucun cas il n'y a eu même apparence d'accidents graves ou de complications légères. Un purgatif a été le plus ordinairement la médication unique, sans laquelle les malades auraient probablement guéri à peu près aussi bien.

— Sous la dénomination générale d'hypérémie, je range huit malades tenus avec quelques signes de congestion, et qu'une saignée, un purgatif, ou plus simplement quelques jours de diète, ont ramené dans la plénitude de leur santé. Parmi eux, je trouve trois femmes enceintes, qui ont été saignées et ont séjourné pour cela deux ou trois jours dans le service.

— Plusieurs femmes ont éprouvé quelques symptômes de métrite légère à la suite d'un accouchement d'ailleurs bien terminé; elles sont au nombre de cinq. Un peu de repos et quelques bains ont suffi pour les remettre, au bout de quelques jours, en état de reprendre leurs occupations habituelles. Une autre femme a été guérie d'engorgement avec granulations du col utérin; mais le traitement a dû se prolonger assez longtemps. Enfin, deux autres se plaignaient d'hémorrhagies utérines, lesquelles n'ont jamais été bien sérieuses; car les malades ont pu quitter les salles après dix-neuf et quinze jours, se trouvant assez bien pour demander elles-mêmes leur sortie.

— Je rencontre dix malades atteints de névralgie; deux de névralgie faciale, les huit autres de névralgie sciatique. Plusieurs de ces dernières semblaient produites sous l'influence d'une cause rhumatismale, ainsi que je l'ai annoncé au chapitre du rhumatisme articulaire. Ni les uns, ni les autres ne donnent lieu à des observations spéciales; je me contenterai de répéter cette réflexion, triviale à force d'être bien connue, que le traitement a toujours été fort long et fort difficile. D'ailleurs, les nombreux moyens conseillés contre ces difficultueuses maladies ont été quelquefois épuisés sans succès bien marqué.

— Une jeune fille a été guérie après vingt-cinq jours de traitement d'une chorée qui a été combattue par l'extrait de noix vomique.

Neuf individus ont été atteints de chloro-anémie: trois hommes et six femmes. Je n'y comprends pas le rhumatisant chlorotique dont j'ai parlé ailleurs. Deux des femmes ont offert des complications nerveuses auxquelles il a fallu s'adresser quelquefois directement. Pour tous, le fer a constitué la base du traitement: et si les hommes ont attendu patiemment l'effet du traitement, il n'en a pas été de même des femmes. Plusieurs se tenaient satisfaites d'une amélioration plus ou moins prononcée, du retour plus ou moins complet de la menstruation. D'autres, en plus grand nombre peut-être, voulaient absolument être saignées, et abandonnaient les soins d'un médecin qui refusait de leur tirer du sang, alors que celui-ci les tourmentait évidemment, et constituait par sa non-issue la cause unique de leur maladie.

— Cinq tumeurs abdominales, dont il a été difficile d'établir un diagnostic précis et certain, sont entrées dans le service. Elles avaient déjà suivi plusieurs hôpitaux, et probablement continueront de les suivre tous, jusques au moment plus ou moins éloigné d'une terminaison funeste. Ces malades servent communément de matière à quelques leçons dans les cliniques de la Faculté ou à des épreuves de concours. Ils restent, en tout cas, trop peu dans chaque service, pour qu'on puisse rien faire qui leur soit profitable.

— Cinq angines simples, dont deux seraient plutôt des abcès des amygdales. Elles ont été traitées par quelques sangsues, ou plus communément par l'administration d'un vomitif.

— Dix vieux tousseux, pour me servir encore de l'expression favorite d'un des plus anciens médecins des hôpitaux, à propos desquels je veux noter seulement l'heureuse influence de la fumée du datura stramonium, soit seul, soit associé au tabac. Cette remarque est surtout vraie pour les personnes atteintes d'emphysème pulmonaire.

— Que dire de trois hypocondriaques, d'une tentative de suicide par le sulfate de cuivre, déterminant seulement quelques coliques et quelques vomissements, de deux zonas?..... Heureusement cette énumération est terminée, et je ne cherche pas à la prolonger, me plaisant peu dans un travail qui est simplement une matière à addition.

NOUVELLES.

— Le tribunal de Versailles (2e chambre) vient de juger une question qui intéresse le corps des médecins. Il s'agissait de savoir si la cession d'une clientèle de médecin est un contrat licite. Un médecin avait cédé une clientèle importante, moyennant la somme de 3,500 francs. A l'échéance du premier terme de paiement, l'acquéreur refusa d'exécuter le contrat, et prétendit que la convention était nulle comme contraire aux lois, et comme portant sur une chose qui n'est pas dans le commerce (Cod. civil, art. 1128). Mais le tribunal a rejeté la demande en nullité, attendu que la cession d'une clientèle de médecin n'a rien de contraire aux lois et aux bonnes mœurs.

— M. Marit, chirurgien aide-major de première classe au 7e chasseurs, est nommé à l'hôpital de Metz.

M. Lacordaire, chirurgien-major de deuxième classe au 22e léger, passe au 9e chasseurs, en remplacement de M. Leloire, nommé au 1er chasseurs d'Afrique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 8. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. DELARROQUE.

De la fièvre typhoïde et de son traitement par les évacuants. Relevé statistique; par M. G. GOGUÉ, interne du service.

Bien des années déjà se sont écoulées depuis que M. Delarroque, médecin à l'hôpital Necker, a signalé l'avantage des évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde à toutes ses périodes et dans toutes ses formes.

Ce médecin distingué présenta en 1834, à l'Académie, un relevé statistique de cent malades, duquel il résultait :

1° Que la mortalité s'élevait seulement à un dixième ;

2° Que les eschares et les ulcérations de la peau se produisaient très rarement.

M. Louis, ayant examiné la méthode par les évacuants, éleva lui-même à un dixième environ la proportion des morts.

Plusieurs autres médecins l'ont également expérimentée et ont obtenu des résultats, il est vrai, un peu moins satisfaisants.

Sans vouloir énumérer toutes les causes de cette différence dans les résultats, nous nous bornerons à faire remarquer :

1° Que, parmi ces praticiens, les uns, soit par une idée préconçue, soit par crainte d'accidents, ou pour une raison quelconque, ont cru devoir modifier le traitement indiqué. Ainsi ils ont fait usage des purgatifs, mais n'ont pas, comme M. Delarroque, donné des vomitifs au début ;

2° Que les autres ont rangé parmi les fièvres typhoides des observations qui autorisent à penser qu'ils n'ont pas toujours eu affaire à cette affection.

Ces circonstances ne suffisent-elles pas pour modifier le chiffre de la mortalité, et par conséquent pour nous expliquer la divergence des opinions sur l'efficacité des évacuants dans le traitement de cette redoutable maladie.

M. le docteur de Crozant, ancien interne des hôpitaux, convaincu de la supériorité de la méthode évacuante sur les autres méthodes, publia dans ces derniers temps (*Journal de médecine*), pour faire partager aux autre sa conviction propre, un travail intéressant et un relevé des fièvres typhoïdes traitées pendant huit mois dans le service de M. Delarroque.

Sans espérer convaincre les esprits, nous tâcherons au moins d'attirer de nouveau l'attention sur cette médication exempte de tout danger et souvent suivie des plus beaux résultats.

Dans ce but nous signalerons quelles modifications le traitement par les évacuants imprime aux symptômes, à la marche et aux complications de la fièvre typhoïde. Nous dirons également ce que l'on a observé de remarquable chez les malades qui ont été soumis à ce traitement, et dont le nombre s'élève à plus de 140 ; nous donnerons enfin le relevé statistique des fièvres typhoïdes traitées pendant l'année 1844, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delarroque.

Marche, convalescence.— Voici ce que l'on observe le plus fréquemment : Après l'administration d'un éméto-cathartique et de quelques purgatifs (du deuxième au sixième jour ordinairement), le délire cesse, la stupeur se dissipe, l'intelligence revient ; le malade, auparavant indifférent sur sa position, s'empresse de demander au médecin s'il va mieux ; le météorisme, le gargouillement, les douleurs de ventre disparaissent ; la fièvre tombe, la langue se nettoie, s'humecte ; l'appétit renaît, et à tel point, que le malade lui-même sollicite le médecin de lui donner à manger. En effet, combien de fois n'avons-nous pas observé ces malheureux, poussés par la faim, implorer de leurs voisins quelques aliments ! Nous devons le dire, nous avons même vu ces derniers assez faibles pour partager leurs vivres et exposer ainsi ces convalescents à une rechute des plus graves. De tous les symptômes typhoïdes, il ne reste que la faiblesse et souvent des douleurs dans les membres.

Tous ces phénomènes, le retour de l'intelligence, la disparition des symptômes abdominaux, etc., et surtout ce sentiment impérieux de la faim ne sont-ils pas indiqués par tous les auteurs comme les signes les plus certains de la convalescence ! On ne pourra pas objecter que cet état n'est qu'une de ces améliorations passagères que la fièvre typhoïde offre quelquefois dans sa marche ; car toutes les fois que le malade a été observé avec soin, que l'on a surveillé son régime et continué, malgré cette amélioration, l'usage des purgatifs, nous n'avons rien constaté de nouveau, si ce n'est une convalescence plus solide et plus prononcée que jamais.

Inutile de dire que cette esquisse rapide de la marche de l'affection ne s'applique qu'aux malades que l'on a pu soumettre au traitement peu de jours après le début ; qu'aux malades chez lesquels on a pu déclarer des évacuations abondantes et chez lesquels enfin aucune grave complication (comme une hémorrhagie intestinale, par exemple) n'est venue empêcher complétement l'emploi des évacuants.

Cette forme de guérison est, sans contredit, la plus fréquente ; mais il arrive parfois, et dans des cas que l'on ne peut prévoir, que la maladie affecte une autre marche, que la guérison revêt une autre forme.

Voici un tableau des différentes formes de guérison que présente la fièvre typhoïde traitée par les évacuants, tableau que j'emprunte à M. de Crozant, parce qu'il les résume en peu de mots et avec exactitude.

« *Première forme:* Disparition complète et rapide (en quatre, cinq ou six jours) de tous les symptômes typhoïdes qui ne laissent après eux que de la faiblesse, dont les toniques et l'alimentation font justice.

» *Deuxième forme:* Après la disparition des symptômes primitifs, le malade se trouve dans un état spécial qui prouve qu'il est encore sous l'influence du poison typhique, *hujus atrocissimæ belluæ venenum*, selon l'énergique expression de Forestus ; état qui ne ressemble plus aux accidents ordinaires de la maladie, et qui est caractérisé tantôt par un engourdissement général qui agit à la fois sur les organes des sens et de la locomotion et sur l'intelligence, une sorte d'ivresse ; tantôt par une fièvre intermittente bien dessinée. Dans ces deux variétés, il peut arriver que les accidents nouveaux soient combattus hardiment par les remèdes qui conviennent; d'autres fois, par suite d'une influence qu'on ne peut deviner à l'avance, ces remèdes font reparaître une partie des accidents primitifs, et ne peuvent être continués sans de grandes précautions.

» *Troisième forme:* Les symptômes de la fièvre typhoïde ne disparaissent pas brusquement ; ils persistent, mais moins graves, et diminuent peu à peu sous l'influence des évacuations. »

Examen des symptômes et complications. — *Anorexie.* L'anorexie est, d'après les auteurs, un symptôme des plus fréquents qui ne cesse qu'à l'époque de la convalescence ; et cette dernière, dans des cas très rares et très bénins, ne commence que vers le second septenaire. Cependant, par l'emploi des purgatifs, l'anorexie ne tarde pas à disparaître et la convalescence à se montrer.

L'observation suivante nous montre un cas de fièvre typhoïde grave, dans lequel néanmoins la faim se fit sentir d'une manière impérieuse dès le sixième jour du traitement, ou le quatorzième jour de la maladie.

OBS. I. — Au n° 2 de la salle Saint-Jean est couché le nommé Thomas Louis, âgé de vingt ans, commis dans les nouveautés. Ce jeune homme, indisposé depuis quelques jours, se livra néanmoins à des excès vénériens avec une femme qui, entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, en était sortie depuis trente jours. Après cet excès, il ne tarda pas à être pris de frissons ; il éprouva de plus un sentiment de courbature, de lassitude dans les membres, de l'anorexie, des étourdissements et de la céphalalgie ; il eut aussi trois épistaxis abondantes.

Un médecin fut appelé, et prescrivit l'usage des toniques, viandes rôties et vin de Bordeaux.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les embaumeurs. — La pétrification et ses conséquences. — Les médecins aux Champs-Elysées. — Une séance de l'Académie de médecine belge. — Une anecdote du bal de l'Opéra. — L'aveugle clairvoyant. — 30,000 francs une cure miraculeuse. — Le corps médical parisien.

En vérité, si tous tant que nous sommes ne passons pas à la postérité, c'est que nous y mettrons mauvais vouloir. Je parle de nous-mêmes, de nos chairs, de notre peau, de nos os et du reste ; car pour nos œuvres c'est une autre affaire, la chose paraît un peu plus difficile, et pas le plus petit Gannal ne s'est encore trouvé qui puisse embaumer le souvenir intellectuel de notre passage sur la terre. Pour notre corps, c'est bien différent, les Gannal à cette heure abondent et foisonnent ; cette espèce est prodigieusement féconde, et malgré toutes les précautions prises par Gannal Ier pour n'avoir pas de progéniture, la force séminale, comme diraient les Allemands, s'est fait jour par le trou même où le brevet d'invention veillait en sentinelle, par le trou carotidien. Donc, pour le quart d'heure, nous avons des embaumeurs pour tous les goûts et pour toutes les bourses. Voulez-vous être conservé par l'arsenic — ce qui vous garantira du moins de la perspective de servir de festin à quelque bête immonde ? Vous n'avez qu'à parler. Préférez-vous être mitonné dans la créosote ? Faites-vous servir. Aimez-vous mieux le bain de sublimé ? Vous n'avez qu'un mot à dire. Mais peut-être avez-vous un penchant pour les procédés galvano-électriques de M. de Ruoltz ? La chose est bien facile, et, selon le métal que vous préférerez, votre enveloppe cutanée va se recouvrir d'une couche ou d'or, ou d'argent, ou de bronze, ou de cuivre, d'après le prix que vous attacherez à votre humaine dépouille. Mais tous ces procédés ne sont rien encore comparativement à celui d'un brave abbé italien qui me semble avoir atteint les dernières limites du genre. Transformer notre corps périssable et fragile en quelque chose de plus dur que le silex et aussi indestructible que le granit; que voulez-vous de plus, ambitieux d'immortalité? Et remarquez de combien d'utiles et de pieuses applications ce procédé suggère l'idée ! Il n'y aura plus de cimetières que pour le vulgaire et pour le menu peuple ; les grands hommes, on les pétrifiera; leurs corps naturels servant de statues naturelles, orneront nos lieux publics, et tandis que la mort est aujourd'hui un sujet d'effroi et d'aversion, elle va devenir un objet d'art et d'ornementation. Qui empêchera, par exemple, à Paris, que les Chamds-Elysées deviennent un lieu tout à fait en rapport avec leur dénomination ? J'y vois déjà l'allée consacrée aux médecins ; j'y vois M. Chomel tendant les bras à M. Bouillaud ; M. Lisfranc côte à côte avec M. Velpeau ; M. Piorry percutant amicalement la rate de M. Trousseau ; M. Civiale bras dessus, bras dessous avec M. Le Roy-d'Etiolles, et tous nos célèbres confrères réunis dans un sentiment de mutuelle estime et de réciproque affection, se souriant les uns aux autres. O bon abbé ultramontain, quelle métamorphose vous allez produire !... Avouez que la mort seule peut produire de tels prodiges. Broussais a bien séjourné trois ou quatre ans sans mot dire à côté de Pinel. Oh ! si ces deux fantômes avaient pu secouer leur linceul, briser leurs enveloppes et de bois et de pierre et se trouver face à face !..... j'en frémis à la seule pensée ; pour éviter tout malheur parmi nos sonfrères contemporains, même *post mortem*, la précaution de M. l'abbé me paraît très bonne et je vote, moi qui connais tous les tendres et confraternels sentiments de nos célébrités entre elles, je vote des deux mains pour la pétrification.

— Prôneurs académiques de la moutarde blanche, prosternez-vous ! Défenseurs trop zélés des pois Frigéris, braves chevaliers des pains Gricini, rengaînez votre ardeur belliqueuse ! Et vous, héroïques champions des bouchons de bouteille, pendez-vous ! Pendez-vous ! votre gloire s'éclipse ; elle s'évanouit devant les hauts faits de vos collègues de l'Académie de médecine de Bruxelles ; académie tout aussi royale que la vôtre, mais plus que la vôtre, en certains jours, excentrique, drolatique et burlesque. Elle vient d'atteindre, à votre barbe, le sublime du genre, et sa séance du 29 décembre dernier, doit être pieusement recueillie par le Feuilleton. La voici, telle qu'elle est racontée par la *Gazette Médicale belge*, journal fort malin, à qui je laisse toute la responsabilité de ses renseignements et de sa rédaction :

« M. Fallot demande la parole pour donner quelques explications sur une *pièce pathologique* sortie du vagin ou du rectum d'une vache.

» Attention ! ! !

» M. Fallot s'exprime à peu près en ces termes : Une vache laitière était en proie à d'horribles souffrances ; elle exprimait sa douleur par les beuglements les plus plaintifs. Les commères du voisinage s'assemblèrent et décidèrent que l'animal était ensorcelé. On fit appeler les personnes qui font métier de conjurer les sortiléges ; mais, efforts infructueux ! la vache criait de plus belle. Voyant que rien ne pouvait la soulager, on vendit l'animal à bas prix. Mais le marché n'était pas plutôt conclu, que les beuglements cessèrent. On remua la bouse de l'étable et on y trouva la pièce que je viens présenter à l'Académie.

» Ici MM. les académiciens se précipitent de leurs bancs et tombent comme une avalanche dans l'hémicycle. Tous veulent voir à la fois la pièce en question ; on se heurte, on se pousse ; désordre général. Représentation du chaos !...

» Le président parvient à grand'peine à rétablir l'ordre.

» Après que MM. les académiciens ont regagné leurs places, M. Pétry, médecin vétérinaire, obtient la parole.

» Pendant que M. Pétry parle, la *pièce pathologique* circule de main en main. Elle semble fixer à un haut degré l'attention des honorables.

» M. Pétry dit qu'il ne faut pas s'étonner de voir rejeter des objets semblables par les animaux de race bovine. Il a trouvé, dit-il, dans l'estomac de quelques vaches, des clous, des couteaux et même un soc de charrue ! (Cris d'étonnement : Ah ! oh !). Il a, ce qui est plus étonnant encore, trouvé un jour une veste de boucher dans l'estomac d'un bœuf ! : Ah ! Oh ! ! Eh ! ! !

» M. le président interrompt le bruit et les causeries fort animées que font naître les parolec de M. Pétry, pour demander d'un ton grave et pénétré, à M. Fallot, s'il est bien prouvé quo le corps étranger ait été rejeté par la vache ? Question à laquelle M. Fallot répond par un OUI bien senti.

» Ici commence la farce. Attention ! attention!

» Un académicien qui s'était jusque-là tranquillement tenu sur son banc, quitte brusquement sa place et vient examiner l'objet qui fixe à un si haut degré l'attention de l'assemblée. Après un court examen, il déclare que le *corps étranger* ou plutôt la *pièce pathologique* n'est rien autre chose que. . . . . LA CRÊTE ÉCAILLEUSE D'UN DOS D'ESTURGEON ! ! !

» O déception amère !.....

» Cette déclaration trouve tous les graves fronts académiques impassibles. Chacun se regarde. — C'est à ne pas y croire ! — Puis on rit dans sa barbe. — La bévue en effet est un peu forte !

» M. Seutin cependant ne se laisse pas déconcerter pour si peu de chose. Il demande la parole. Elle lui est accordée. Silence dans l'assemblée. Que va-t-il dire ?

» Messieurs, étant un jour à la chasse (rires interrupteurs). Ce n'est pas une plaisanterie, Messieurs. Etant donc un jour à la chasse, je vis mon chien qui était tourmenté de vains efforts ponr aller à la selle. Je m'approche de lui, j'examine son rectum, et que vois-je?..... un corps étranger.... formant comme une espèce d'anse !.... J'introduis le doigt dans l'anus, je saisis le corps étranger, je tire..... je tire..... je tire....., et qu'est-ce que je retire du corps de mon chien ?..... Un torchon, messieurs, un véritable torchon à laver la vaisselle. (Hilarité générale.).....

— Voici une anecdote qui court le monde littéraire et artistique, mais qui n'a pas encore pénétré, je crois, dans le monde médical. Je veux bien être son introducteur, mais sans me porter garant de son

Huit jours s'écoulèrent ainsi ; pendant ce temps, il fut obligé de garder le lit.

Le 2 décembre 1844, il entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delarroque.

Le 3, à la visite, il présente l'état suivant : Anorexie, soif, nausées sans vomissements, bouche pâteuse, langue chargée ; coliques, diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite, météorisme et gargouillement ; décubitus dorsal, faiblesse extrême, stupeur, prostration, point de délire, pupilles dilatées, narines pulvérulentes, épistaxis peu abondantes, taches lenticulaires ; peau chaude, sèche ; pouls fréquent. A la percussion, la poitrine rend le son qui lui est naturel ; et à l'auscultation, on constate l'existence des râles sibilant et ronflant. On prescrivit 10 centigrammes de tartre stibié et 15 grammes de sulfate de soude, de la limonade, lavement avec le sulfate de soude, sinapismes, diète.

Le 4, point d'amélioration ; une nouvelle épistaxis est survenue, de plus deux selles involontaires. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz, lavement purgatif, sinapismes.

Le 5, le malade rend des crachats opaques qui contiennent quelques caillots sanguins ; en effet, du sang était tombé des fosses nasales dans le pharynx. Quoi que l'on dise pour rassurer le malade, ces crachats l'inquiètent vivement ; il en résulte un abattement moral profond, un découragement extraordinaire ; il se croit voué à une mort inévitable. Malgré cette fâcheuse complication, on constate de l'amélioration dans l'état général : coliques moindres ; plus de météorisme, ni gargouillement ; la céphalalgie est diminuée, la stupeur est disparue, mais la fièvre persiste. La toux n'est plus douloureuse ; l'expectoration est plus facile, et les crachats sont blanc opaque. — Limonade, eau de Sedlitz, lavement avec le sulfate de soude, sinapismes, diète.

Le 6, selles abondantes, fétides, mais non involontaires ; l'amélioration continue. Même prescription.

Le 8, le malade est moins abattu, moins affecté ; plus de coliques, plus de céphalalgie ; la fièvre tombe ; l'appétit est revenu ; il demande à manger. — Limonade, calomel, lavement purgatif, deux bouillons seulement.

Le 10, le malade se plaint d'avoir trop peu d'aliments ; mais, après un état aussi grave, M. Delarroque craignant une rechute, refuse d'augmenter les. — Même prescription. Malgré la surveillance des gens de service, le malade se procure des aliments dans la salle.

Le 11, rien de nouveau n'est survenu dans l'état du sujet, qui ce jour fut vivement contrarié ; car le malade qui lui avait donné à manger fut immédiatement renvoyé du service. — Limonade, eau de Sedlitz ; lavement purgatif ; deux bouillons.

Le 12, malgré les aliments qu'il avait pris et la contrariété qu'il avait éprouvée, aucun symptôme grave n'a reparu. — Même prescription.

Le 13, on augmente ses aliments. — Limonade vineuse ; deux verres d'eau de Sedlitz ; lavement purgatif ; deux bouillons, deux soupes.

Le 16, on cesse l'usage de l'eau de Sedlitz. On continue la limonade vineuse, le lavement purgatif, et l'on donne une portion.

Le 19 et jours suivants, plus de lavements purgatifs, mais bordeaux et deux portions.

Le 29, vin de Bordeaux et trois portions.

Le 30 décembre, le malade est parfaitement rétabli, ses forces sont tout à fait revenus ; il se promène tous les jours ; mais il reste encore à l'hôpital pour des circonstances particulières, qui n'ont aucun rapport avec la santé du corps.

Nota. Nous avons appris qu'il était sorti de l'hôpital le 5 janvier 1845.

Constipation. — La constipation est un symptôme à la fois rare et d'un fâcheux pronostic ; car, si l'on examine le relevé de M. Louis, on voit que trois de ses malades seulement ne présentèrent pas de selles et qu'il les perdit tous trois ; que quinze autres qui n'en eurent que du troisième au quatorzième jour succombèrent également. Nous ne pouvons donc mieux faire que de renvoyer à la cinquième observation, dans laquelle on voit : 1° la constipation se prolonger pendant les quinze premiers jours ; 2° les vomissements arriver vers le début ; 3° les parotides se terminer sans suppuration.

Cavité buccale. — Vomissements. — Chez les malades qui se sont présentés cette année, on a souvent remarqué des symptômes d'embarras gastrique ; mais un vomitif ou un éméto cathartique, que l'on répétait au besoin, en avaient bientôt fait justice.

Les vomissements, dit-on, ne viennent ordinairement qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie ; cependant assez souvent nous avons observé des vomissements dès le début.

Les principales particularités offertes par la muqueuse buccale ont été des fausses membranes. On les a observées sur la langue, et surtout sur le voile du palais et ses piliers ; elles ne se sont pas étendues dans les voies aériennes. Trois cas se sont présentés, et l'on a été assez heureux pour en sauver deux malgré cette fâcheuse complication. On les a cautérisés avec un mélange d'eau et d'acide chlorhydrique, et saupoudrés ensuite avec le chlorure de chaux.

Diarrhée. — La diarrhée est généralement considérée comme étant proportionnée à l'intensité de la maladie, et comme un phénomène qui ajoute à sa gravité ; mais si l'on voulait parler ainsi de ces selles abondantes et fétides provoquées par les purgatifs, il en serait tout autrement ; car un grand nombre de faits nous prouvent le contraire. Après des selles abondantes et fétides, on ne tarde pas à voir une amélioration notable et quelquefois rapide dans l'état général ; plus tard, tout en continuant les purgatifs, la diarrhée diminue peu à peu. Si au contraire dès le commencement l'on ne peut obtenir d'évacuations, malgré l'emploi répété des purgatifs, l'état du sujet loin de s'améliorer s'aggrave de plus en plus ; les symptômes typhoïdes, loin de disparaître ou de diminuer, ne font qu'augmenter en intensité, et l'on peut dans ce cas, sans craindre de se tromper, porter un pronostic fâcheux. Il en est encore de même si les selles viennent à se supprimer tout à coup, soit par la suspension trop brusque des purgatifs, soit par toute autre cause. Voilà ce que nous montre chaque jour l'observation clinique. Sans recourir à aucune théorie, sans vouloir l'expliquer d'aucune manière, nous nous contentons de signaler ce fait qui n'avait point échappé à l'observation de MM. Delarroque, Beau, etc., et même d'anciens praticiens. Huxham n'avait-il pas vu la disparition du délire et de la somnolence coïncider avec la diarrhée ! Pringle, Grant, etc., n'avaient-ils pas été conduits à considérer les évacuations abondantes comme un phénomène critique ! Cependant de nos jours nos savants professeurs, MM. Andral et Chomel, émettent des doutes sur la diarrhée critique. A ce sujet, le premier s'exprime ainsi dans sa Clinique médicale :

« Pour nous, nous dirons que les cas de fièvre continue dans lesquels nous avons vu l'établissement de la diarrhée être suivi de quelque bien, sont si rares que nous croyons ne pouvoir rien en conclure relativement à la nature critique de ce phénomène. Ici, toutefois, il nous a semblé bien de rappeler ces cas, parce que les faits ne peuvent être utiles qu'autant qu'on les envisage sous tous les points de vue, et qu'il n'est pas sans importance de soumettre de temps en temps à des investigations nouvelles ces points de doctrine qui, sous l'influence de théories différentes des nôtres, ont occupé jadis une si large place dans la science comme dans la pratique. »

Météorisme. — Gargouillement. — Le météorisme, à tous ses degrés, est, comme le dit M. Andral, un accident qui augmente beaucoup la gravité du pronostic, quelle que soit sa cause prochaine. Hé bien, sous l'influence des évacuants, le météorisme et le gargouillement disparaissent ordinairement dès les premiers jours et pour toujours. Cependant, parfois on les voit se reproduire même pendant le cours de la convalescence ; c'est alors qu'il convient de reprendre les purgatifs si déjà on les avait cessés. Enfin, dans d'autres cas rares, mais ordinairament mortels, ces phénomènes résistent à tout traitement.

Stupeur. — Délire. — La stupeur et le délire éprouvent généralement une modification remarquable par l'emploi des purgatifs. Ainsi, la stupeur, que l'on dit se prolonger assez longtemps, disparaît ordinairement dans les premiers jours du traitement ; il en est de même du délire. Dans certains cas, sans que l'on puisse en découvrir la raison, le délire, chose remarquable continue en même temps que tous les autres symptômes diminuent. A ce sujet, nous allons rapporter le fait suivant :

Obs. II. — Au n° 9 de la salle St-Jean, est couché le nommé Baudet (Jean), âgé de vingt-ans, charretier. Ce jeune homme, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, sans peine morale, mais à la suite d'un excès de boisson, éprouva, il y a six jours, un sentiment de malaise général, anorexie, soif, diarrhée, coliques, céphalalgie ; point d'épistaxis ; douleurs dans les reins ; enfin il eut du frisson, de la fièvre ; le même jour il fut pris de vomissements composés de matières jaunâtres et de couleur lie-de-vin.

Malgré cet état, il ne cessa pas de conduire sa voiture, tout en éprouvant de temps à autre des étourdissements et un sentiment de faiblesse qui, dit-il, allait presque jusqu'à la défaillance. Cependant, le 26 décembre, il fut forcé de s'aliter. On le conduit le lendemain à l'hôpital Necker ; il entre dans le service de M. Delarroque.

A la visite du 28 décembre, il présente les symptômes suivants :

Anorexie, soif, bouche pâteuse, mais sans amertume ; langue sèche, rouge à son pourtour, pointillée, un peu allongée en pointe, recouverte seulement à sa base d'un enduit blanchâtre ; point de nausées ni vomissements ; douleurs dans la fosse iliaque droite, augmentée par la pression ; diarrhée, météorisme, gargouillement.

Sentiment de lassitude, de courbature, de faiblesse ; apathie, pesanteur de tête, céphalalgie frontale, étourdissements ; douleurs dans les membres et surtout aux lombes ; stupeur assez prononcée : prostration ; insomnie complète depuis trois jours ; délire calme la nuit. Décubitus dorsal, face terne, œil éteint, pupilles dilatées ; aucune épistaxis ; urines pulvérulentes ; peau chaude, sèche et âcre au toucher ; taches lenticulaires ; pouls fréquent.

La poitrine offre à la percussion une sonoréité normale, et à l'auscultation des râles sibilant et ronflant ; quelques crachats muqueux ; toux qui fatigue le malade ; un peu de dyspnée. — Limonade, 10 centigr. de tartre stibié et 15 gram. de sulfate de soude ; lavement avec le sulfate de soude ; diète.

Le 29, plus d'étourdissements ; céphalalgie et coliques diminuées, ainsi que la stupeur ; il me dit lui-même qu'il se trouvait mieux, et qu'il s'apercevait maintenant de tout ce que l'on faisait et disait autour de lui. En effet, sa figure exprimait de l'intelligence et avait perdu cette empreinte de stu-

---

exactitude. Je suis même obligé de déguiser un peu les personnages, circonstance, d'ailleurs, toute de saison et d'opportunité, car le héros de l'aventure a été forcé de quitter le foyer de l'Opéra la nuit dernière, poursuivi qu'il était par un satané domino qui racontait beaucoup trop haut l'histoire que voici :

Un confrère voyait avec douleur décliner rapidement une grande entreprise à laquelle étaient liées sa gloire et sa fortune. Avant toute catastrophe dernière et irrémédiable, en homme prévoyant il chercha, dans la thérapeutique, quelque moyen retentissant de se créer une réputation nouvelle. Il lui fallait quelque chose de nouveau, d'inédit, de renversant ; aussi ne pensa-t-il ni aux bossus, que cinq ou six orthopédistes guérissaient alors (il y a plusieurs années), ni aux bègues à qui on commençait de couper la langue pour les faire mieux parler, ni aux louches dont on avait la prétention déjà de redresser l'axe visuel. Mais en pensant aux louches, une idée lui vint, ce fut celle des aveugles, idée lumineuse comme vous allez voir. Parbleu, se dit-il ! voilà une infirmité qui est presque toujours au-dessus des ressources de l'art ; c'est celle que je dois et que je veux guérir. Se rappelant l'apophthegme profond de la *Cuisinière bourgeoise :* Pour faire un civet de lièvre, etc., notre confrère se mit aussitôt à la recherche..... d'un aveugle ? Non pas, s'il vous plaît, le moyen eût été trop vulgaire, mais de quelqu'un qui consentit à le paraître pendant un temps déterminé, au bout duquel une cure éclatante aurait porté son nom aux confins des deux mondes.

Vous concevez que ce n'était pas d'un aveugle ignoré et inconnu qu'avait besoin notre confrère. Il lui fallait quelque nom populaire, soit dans les sciences, soit dans les lettres, soit dans les arts. La recherche fut longue ; car la demande était fort périlleuse.

Enfin, dans un atelier solitaire, il dénicha un pauvre artiste ; pauvre, mais portant un nom célèbre entre tous ; aussi populaire que ceux de Rossini, de David ou d'Ingres, et que la fortune avait traité en marâtre inhumaine. Voilà mon homme, se dit-il, et il alla vers lui. Hardiment, et du premier coup, il l'aborde par ces mots :

— Cinq cents francs par mois, ça vous irait-il ?

— Très fort ; et pourquoi ?

— Rien.

— Comment rien !

— Si ce n'est d'en jouir et de vous distraire.

— Vous êtes donc une fée bienfaisante ou quelque envoyé du satanique empire ?

— Ni l'un, ni l'autre, mon très cher ; mais un simple médecin qui vient, en vous associant à sa fortune, vous demander de faire sa réputation.

— L'énigme se complique, et je suis un très mauvais Œdipe.

— Il ne s'agit que d'en devenir un bon.

— Quoi ? Un Œdipe ?

— Précisément, c'est-à-dire aveugle.

— Monsieur ! vous êtes un fou ou un impertinent.

— Ne le croyez-pas, cher artiste ; aveugle seulement pendant un an, au bout duquel mon art vous guérira, au bout duquel six mille francs résonneront agréablement à vos oreilles.

Et alors, le confrère déploya toute son éloquence, fit valoir des raisons bien puissantes, fit mouvoir des ressorts bien énergiques, sans doute ; car, quelques jours après, un journal bien connu renfermait ces lignes qui furent reproduites par la presse tout entière :

« Un accident affreux vient de frapper au milieu de sa carrière M.
» X..., si honorablement connu dans les arts. Une cécité subite s'est
» déclarée ; cet artiste est aveugle. » Et il le fut, en effet.

Au bout d'un an, le confrère était introduit auprès de son aveugle.

— Eh bien, mon cher ! fidèle à ma promesse, je viens vous guérir au jour marqué.

— Quoi, sitôt ? Mais savez-vous bien que ma position d'aveugle est pleine de charmes ? Quand j'étais clairvoyant, j'étais seul, triste, isolé. Aujourd'hui les sympathies m'arrivent de toutes parts ; je suis recherché, fêté, choyé partout. Et puis, le ministre pense à moi, j'ai promesse d'une pension ; vous voyez bien que je ne puis pas guérir encore. Un an de plus, cher docteur, c'est résolution bien arrêtée.

Les prières n'y firent rien, il fallut en passer par là.

L'année suivante, mêmes obstacles, mêmes difficultés de la part de l'aveugle. La pension ministérielle était arrivée, mais insuffisante ; il y avait promesse d'augmentation, et il voulait l'attendre.

— Je ne veux pas guérir avant l'année prochaine, docteur, lui dit-il, et si vous annoncez ma guérison, je la démentirai.

Que faire ? Se résoudre à attendre le bon vouloir de cet aveugle si clair-voyant.

Ce que l'on assure, c'est que voilà bientôt cinq ans que notre infortuné confrère attend ; il court sur les 30,000 francs de pension qu'il a déjà fournis à son aveugle qui s'obstine opiniâtrement dans sa cécité.

Si le tour est vrai, il est charmant. C'est une rude et spirituelle leçon infligée à l'ambition désordonnée, extravagante de quelques médecins qui pour arriver à la fortune sautent à pieds joints sur l'honnêteté et les principes les plus sacrés de notre profession. Courage, patience et devoir, telle doit être notre austère devise, et c'est aussi, croyez-moi, la plus sûre et la meilleure des spéculations.

— Mais qu'ai-je besoin de sermonner ? Que ceux qui crient à la démoralisation profonde du corps médical parisien, que ces jérémiques prophètes faisant retentir nos écoles et nos académies de leurs lamentations, que ces écrivains à pensées aussi noires que leur encre, veuillent bien lire *les Médecins de Paris jugés par leurs œuvres*, ouvrage dont je vous parlais la semaine dernière et que j'ai lu tout entier dans celle-ci. Mais nous sommes presque tous des petits Saint-Jeans, sages comme une image et dignes de toutes sortes de tartines aux confitures. A part une douzaine au plus de ces gens que personne de nous n'oserait appeler confrères, de ces impudiques marchands de drogues et d'ordonnances que l'auteur sangle d'un bon coup de cravache ; à part une autre demi-douzaine de petites ou de grandes réputations déloyalement acquises et sévèrement, justement jugées, l'énorme masse — et c'est du reste ce que j'ai toujours pensé et ce que j'ai quelquefois dit — est bonne, digne, honnête, laborieuse et éclairée. J'ai été vivement satisfait de me trouver d'accord avec l'auteur de cet ouvrage, qui a fait une étude approfondie du corps médical parisien et qui l'a apprécié avec justice, convenance et de loyales intentions. Dans un ouvrage qui contient quinze cents noms au moins, il y aurait mauvaise grâce à remarquer quelques inexactitudes, quelques erreurs même, quelques appréciations où l'on désirerait plus de justesse et de vérité ; dans un travail aussi ingrat, pénible et monotone, il serait peut-être exigeant de demander des formes plus variées, plus littéraires, plus châtiées ; l'essentiel est que la conscience publique et que notre sens intime à tous soient satisfaits, que nous y rencontrions le sincère désir d'être vrai, d'être juste, et c'est l'impression que m'a faite ce livre qui a exigé un grand courage et une détermination rare, dont les bonnes choses resteront et dont les imperfections peuvent être tous les jours corrigées.

Jean Raimond.

— *Mortalité à Londres.* — Pendant les années 1836 à 1842, la mortalité à Londres a été d'une moyenne de 45,570 individus par an. En 1843, la mortalité a excédé cette moyenne de 3,004 ; elle a été de 48,574 individus, dont 24,761 du sexe masculin et 23,613 du sexe féminin. Les décès sont répartis comme suit quant à leurs causes : maladies épidémiques, 10,008 ; maladies ordinaires, 33,907 ; vieillesse, 3,541 ; morts violentes, 1,118. On remarque qu'en 1843 le chiffre des morts par suite de maladies épidémiques a dépassé de 2,312 celui des décès par la même cause en 1842. Les décès se sont divisés comme suit relativement à l'âge des personnes décédées : entre l'âge de naissance et 15 ans, 23,261 ; entre 15 et 60 ans, 15,397 ; de 60 ans et au-dessus, 9,850 ; âges inconnus, 166. Total, 48,574. Cette mortalité sur une population de 1,878,000 habitants, donne 1 décès sur 39 individus. Cette moyenne est loin d'être élevée en proportion de la mortalité dans les autres capitales de l'Europe et notamment à Bruxelles.

— Des *meetings* nombreux de médecins se tiennent à Londres et dans les provinces anglaises pour protester contre le bill de réforme de l'organisation médicale présenté par lord Graham.

peur et d'insouciance de la veille. Cependant le malade se plaint de n'avoir pu reposer la nuit. — Limonade, 1 bouteille d'eau de Sedlitz ; lavement avec le sulfate de soude. Le soir, une seule épistaxis était survenue dans la journée (au huitième jour).

Le 30, un peu d'appétit ; douleurs de ventre presque nulles et développées seulement par une forte pression ; pas de météorisme ni gargouillement ; un peu de céphalalgie ; pas de nouvelle épistaxis ; chaleur normale de la peau ; pouls à 80. D'après une telle amélioration, on pense que la convalescence va commencer à s'établir ; aussi M. Delarroque le fait passer dans une salle de convalescents. — Même prescription.

Le 31 décembre, le malade a eu du délire, des rêvasseries pendant toute la nuit ; il a troublé le sommeil de ses voisins, et on est obligé de le placer ailleurs. Malgré ce fâcheux phénomène, aucun symptôme grave n'a reparu, et l'on ne constate aucune augmentation dans les autres symptômes.

Ayant quitté le service, nous n'avons pu suivre cette observation jour par jour ; mais le 10 janvier 1845, nous avons revu le malade, qui se trouve encore dans le même état : Faiblesse extrême ; point de céphalalgie ; douleur de ventre nulle, même à la pression ; sécheresse de la peau, pouls calme ; mais la nuit, le délire persiste toujours.

Organes des sens. — La pulvérulence des narines et la dilatation des pupilles sont des phénomènes qui n'ont manqué que très rarement. Quelquefois l'épistaxis, loin de se montrer au début, n'est survenue que bien plus tard ; dans l'observation précédente, on voit une seule épistaxis arriver au neuvième jour. Quant aux taches lenticulaires, quelque soin que l'on ait apporté à leur recherche, parfois on n'a pu en trouver ni sur le thorax ou l'abdomen, ni à la partie postérieure du tronc.

Eschares et ulcérations. — Les eschares et les ulcérations sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde, que certains auteurs les ont regardées comme des lésions inhérentes à l'affection, et ont cru devoir, pour cette raison, les ranger parmi les symptômes et non parmi les complications. Quoi qu'il en soit, les eschares sont une complication fâcheuse de la fièvre typhoïde, non-seulement par elles-mêmes, mais encore par la gravité de l'état général, avec laquelle elles coïncident toujours. Mais laissons parler M. Littré :

« C'est surtout dans cet état (adynamie) que les eschares se forment, d'abord au sacrum, puis ailleurs, sur d'autres points comprimés, sur des surfaces de vésicatoires, sur des piqûres de sangsues, enfin sur des taches pétéchiales.

» Le contact des matières excrémentitielles contribue indubitablement à la formation et à l'extension de ces eschares ; aussi cette complication est-elle surtout à craindre quand les malades, plongés dans la stupeur et l'immobilité, ont des évacuations involontaires. » (*Dict.*, t. x, p. 433 et 461.)

Hé bien, nous allons rapporter en peu de mots l'observation d'un malade qui présenta les conditions les plus favorables au développement des eschares, et sur lequel cependant nous n'en avons observé aucune pendant toute la durée de l'affection.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 7 janvier 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

La lecture du procès-verbal de la séance précédente est faite par le vice-secrétaire. Sa rédaction est mise aux voix et adoptée, sauf quelques légères modifications demandées par M. Robert et M. Malgaigne.

M. Malgaigne obtient la parole à l'occasion du procès-verbal ; il a vu le matin même un malade qui offrait le genre de luxation du bras signalé par M. Robert dans la dernière séance. Dans ce cas aussi, la réduction de la luxation ne put être obtenue par des tractions exercées dans le sens vertical, et s'est au contraire effectuée par suite de tractions horizontales. M. Malgaigne ajoute qu'après cette réduction il a constaté une crépitation très manifeste quand il faisait exécuter des mouvements aux bras. Il signale cette circonstance comme une contre-indication à l'emploi de la méthode de réduction par des tractions dans la position verticale du bras, car il n'a jamais vu la réduction d'une luxation de l'humérus avoir lieu par cette méthode quand il a eu occasion de constater la crépitation dont il s'agit.

M. Chassaignac demande à M. Malgaigne depuis combien de temps avait lieu l'accident quand il a constaté la crépitation et obtenu la réduction de la luxation ; car il se pourrait que cette crépitation tînt à un épanchement de lymphe plastique qui se fait dans l'intérieur de l'articulation et dans son voisinage, phénomène des luxations qui a été signalé par A. Cooper et rangé par lui dans les effets consécutifs de ces sortes de lésions.

M. Robert indique une autre cause de la crépitation qui peut accompagner les luxations du bras, c'est la fracture de la cavité glénoïde du scapulum, accidents qui se rencontrent spécialement dans les luxations par cause directe ; il donne comme caratère de ce genre d'accident, la reproduction du déplacement après sa réduction.

M. Malgaigne répond que dans le cas dont il a entretenu la Société, la crépitation ne tenait pas à une fracture de la surface articulaire du scapulum ; car la luxation ne s'est pas reproduite après sa réduction, bien qu'il ait fait exécuter au bras des mouvements assez grands, comme c'est son habitude après toute réduction de luxation. D'ailleurs, il ne nie pas que ces luxations compliquées de fractures des surfaces articulaires soient assez communément observées dans certaines jointures, mais pour celle de l'épaule, il n'en connaît pas un seul exemple ; tandis qu'il peut affirmer que les luxations de l'humérus compliquées d'arrachement de la grosse tubérosité de cet os se rencontrent souvent dans la pratique.

— *M. le président* rend compte à la Société de la visite que les membres du bureau ont faite à M. le préfet de la Seine à l'occasion de la nouvelle année.

M. le secrétaire donne lecture du discours prononcé par M. le président dans cette circonstance. Ce discours sera déposé aux archives.

— *M. Morel-Lavallée* envoie une lettre avec un paquet cacheté concernant des recherches sur la physiologie physique de la poitrine. — Dépôt aux archives.

— *M. Lebaudy* écrit une lettre dans laquelle il manifeste le désir de faire partie de la Société, et demande quelles formalités il faut remplir pour y être admis. Il sera répondu à M. Lebaudy en lui donnant connaissance de l'article 15 du règlement, relatif aux conditions d'admission.

—*M. Guersant* fait un rapport verbal sur un travail de M. Béniqué, intitulé : Réflexions et observations sur le traitement des rétrécissements de l'urètre.

L'auteur s'est proposé la solution du problème suivant : Arriver graduellement avec sûreté et peu de douleurs à une dilatation qui sera consolidée par l'introduction de bougies à des intervalles de plus en plus éloignés.

A cet effet, 1° il a fait construire des bougies, soit élastiques, soit métalliques, dont la graduation offre une progression par sixième de millimètres ; de sorte que l'intervalle de zéro à dix millimètres comprend soixante numéros également espacés.

2° Il ne fait qu'entrer le corps dilatant dans l'intérieur du rétrécissement, et le retire de suite pour lui en substituer successivement un autre ou deux de calibre plus fort si la sensibilité de l'urètre le permet. Il reconnaît à cette manière de faire l'avantage de ne produire que peu de douleur, de permettre aux malades de vaquer à leurs affaires, et de n'exiger pour chaque séance qu'une ou deux minutes, et pour la durée du traitement qu'un mois à six semaines.

M. le rapporteur donne son approbation à la doctrine soutenue par M. Béniqué, et propose de lui voter des remercîments.

M. Robert rappelle la distinction établie par Dupuytren entre la dilatation vitale et la dilatation physique. On a cru pendant longtemps que cette dernière ne donnait que des succès passagers et peu durable. La pratique de M. Lallemand et celle de M. Pasquier sont déjà venues déposer contre cette doctrine, et le travail de M. Béniqué lui donne un nouveau démenti. M. Robert a vu M. Béniqué pratiquer sous ses yeux. Il lui a même confié un malade de son service, et ce malade, au bout d'un mois, avait son urètre amplement dilaté ; mais il ne peut dire si depuis il y a eu récidive du rétrécissement) car il a perdu de vue l'opéré. M. Robert, tout en reconnaissant à cette pratique les avantages que lui reconnaît son auteur, ne pense pas qu'elle convienne à toutes les variétés de rétrécissement qu'on rencontre ; il doute surtout qu'on puisse surmonter par son emploi les rétrécissements qui sont la suite d'une rupture de l'urètre, et constitués par le tissu cicatriciel.

M. Malgaigne nie que ce mode de traitement des rétrécissements de l'urètre tel qu'il est exposé par M. Béniqué, et consistant dans l'emploi de bougies finement graduées et dans leur simple introduction dans le rétrécissement, soit de l'invention de ce médecin. Pour lui, il a traité ainsi, depuis quatre ou cinq ans, une partie des rétrécissements qu'il a vus, et cela à l'exemple de plusieurs autres chirurgiens. Il n'a pas remarqué que la récidive fût moins commune à la suite de ce traitement qu'à la suite de tout autre, et il croit, comme M. Robert, qu'il doit être peu efficace dans les rétrécissements anciens et indurés, et dans ceux par cicatrice du canal ; il ajoute, au reste, qu'il n'a jusqu'à ce jour réussi par aucun moyen à guérir cette dernière espèce de rétrécissement de l'urètre.

M. Vidal exprime la même opinion que M. Malgaigne sur la priorité d'invention réclamée par M. Beniqué ; lui aussi traite depuis longtemps ses malades par cette manière. C'est une méthode qu'il ne réclame pas, car elle n'est pas à lui ; il la connaît par tradition, sans pouvoir indiquer de qui il la tient. Mais si l'on veut absolument un nom d'auteur, tout en distinguant le moyen employé pour la dilatation d'avec le temps pendant lequel ce moyen reste appliqué, M. Vidal revendique en faveur de M. Mayor le principe du *cathétérisme instantané*.

M. Guersant, tout en reconnaissant la valeur de quelques-unes des objections faites au travail de M. Beniqué, s'attache à démontrer ce qu'il y trouve de nouveau, et ce que le moyen qui y est indiqué offre d'avantageux dans certains cas, puisque ce moyen a réussi, au dire de l'auteur, dans des cas où la cautérisation avait été déjà employée sans succès.

M. Chassaignac profite de l'occasion de cette discussion pour faire connaître une modification qu'il a apportée à l'introduction des bougies à demeure. Elle consiste, quand on substitue une bougie d'un n° plus élevé, à introduire dans l'urètre la bougie nouvelle au fur et à mesure qu'on retire l'ancienne. Il reconnaît à cette modification l'avantage de ne pas laisser le rétrécissement sans corps dilatant dans son intérieur.

Après cette communication, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Bérard* montre une pièce d'anatomie pathologique qu'il a recueillie sur un enfant de six à sept ans. La pièce, quoique légèrement altérée, présente un bel exemple de cancer de la rétine ; on voit, en effet, dans le fond du globe oculaire une masse blanche de nature encéphaloïde, tenant bien évidemment à la rétine, et saillante de quelques lignes dans la partie du globe de l'œil occupée par le corps vitré : tout le reste de l'organe, ainsi que les parties qui l'avoisinent, y compris le nerf optique, étaient à l'état sain.

L'enfant qui portait cette remarquable dégénérescence de la rétine n'a jamais éprouvé de douleur ni dans l'œil malade, ni à la tête ; sa vue s'était éteinte graduellement dans cet œil ; il y avait mydriasis et une teinte d'un blanc miroitant dans le fond du globe oculaire. L'extirpation de cet organe a été pratiquée par M. Bérard, d'après le procédé décrit par M. Bonnet (de Lyon) ; il n'y eut, à la suite de cette opération, aucune réaction inflammatoire, et c'est à peine si quelques gouttes de pus se sont formées pendant la période de cicatrisation.

— *M. Guersant* rapporte l'observation d'un autre enfant qui portait depuis six jours un corps étranger dans le commencement de l'œsophage ; ce corps étranger était une pièce d'un sou, qui ne déterminait de douleur que quand on pressait la partie inférieure du cou, et qui ne s'opposait qu'à la déglutition des aliments solides. Comme cette pièce était placée de champ dans l'intérieur de l'œsophage, M. Guersant put facilement l'extraire à l'aide d'une longue pince courbe qu'il introduisit un peu obliquement, de manière qu'un de ses mors regardât en avant et l'autre en arrière.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 novembre 1844. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Foucart* lit une note sur l'emploi des injections du nitrate d'argent à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie. (Voir le numéro de jeudi 16 janvier.)

M. Guillon, tout en reconnaissant que cette note est fort intéressante, trouve cependant que les faits son peu nombreux, et qu'on n'a pas assez tenu compte de l'effet produit par les pilules et par les injections de sulfate de zinc. Il a vu des malades traités par cette méthode des injections à hautes doses rendre des escharres d'une longueur démesurée. Il pense que c'est une question qui est loin d'être résolue, puisque des praticiens du plus grand mérite sont encore divisés sur ce point. A ces objections, M. Foucart répond qu'il n'a point nié l'influence des pilules ou celle des injections de sulfate de zinc, mais qu'avant la science même il a dû penser au bien des malades. Quant aux injections dans le canal et aux escharres qu'elles peuvent produire, il ne regarde pas cet accident comme fâcheux, et il cite, à cette occasion, l'exemple de la pratique de M. Cullerier, qui cautérise avec le nitrate d'argent solide l'urètre des femmes, sans qu'il en résulte le moindre mal. A cela M. Guillon objecte que le canal de l'urètre de la femme est bien autrement dilatable que celui de l'homme, et qu'il est dépourvu de prostate ; d'où il résulte qu'il n'y a chez cette dernière à craindre ni rétrécissement, ni inflamation de la prostate.

M. Sorlin ne croit pas que ces injections soient toujours aussi innocentes qu'on veut bien le dire, et il rapporte, à l'appui de cette opinion, le fait suivant : Un homme, très rangé d'ailleurs, vivait avec une femme sujette aux flueurs blanches. Lui-même fut pris d'un écoulement blennorrhagique qui alternait avec des hémorrhoïdes fluentes. Lorsque le sang s'arrêtait, l'écoulement paraissait, et *vice versâ*. Il alla consulter un praticien célèbre qui trancha la question, considéra la question comme syphilitique et conseilla l'usage du copahu et ensuite celui des injections. Après quelque temps de leur usage, cet homme fut pris d'un rétrécissement épouvantable ; et il est difficile de ne pas regarder l'injection comme la cause de ces accidents ; car jusque-là le malade avait toujours uriné avec la plus grande facilité. Depuis lors il a renoncé à ces injections, les hémorrhoïdes ont reparu, et le malade est revenu dans l'état où il était auparavant, à cela près cependant que l'émission des urines se fait toujours un peu moins librement que par le passé.

M. Foucart. Je ne révoque point en doute que des injections faites dans un canal sain ne puissent produire une inflammation ; j'en ai vu une très vive survenir après une décoction de tanin injectée dans le canal dans une blennorrhagie.

M. Léger. Le mémoire de M. Foucart nous a séduit parce qu'il est bien écrit et qu'il contient des faits bien et rapidement reproduits ; mais il se sent un peu de l'ardeur de la jeunesse ; il tranche un peu trop des questions indécises, et je crois que le temps n'est pas encore venu où la chaude-pisse aura trouvé son spécifique. Mais je ne m'arrêterai qu'à relever une assertion qui me semble erronée. M. Foucart avance qu'il est indifférent que le malade rende beaucoup ou peu d'urine, qu'elle soit aqueuse ou concentrée ; je ne puis admettre cette proposition. Dans les premiers jours surtout, il importe que le malade urine beaucoup moins ; enfin que l'urine ne coule pas âcre et concentrée sur les parois du canal.

M. Serrurier. Le professeur Dubois disait aux malades atteints de blennorrhagie : Mettez-vous sous le robinet de la fontaine.

M. Foucart. Je n'ai point dit que les injections constituassent une méthode spécifique ; non, mais elles réussissent plus souvent. Quant aux boissons prises en abondance, voici en quoi je les juge nuisibles : elles font uriner trop souvent ; il vaut mieux que le malade souffre un peu plus, deux fois en vingt-quatre heures, qu'un peu moins, mais vingt fois dans le même espace de temps.

M. Guersant. Je demande la parole pour apprécier tout ce qu'a dit M. Foucart. J'ai fait depuis longtemps des injections dans le canal, sans dépasser cependant 20 centigr. de nitrate d'argent par 20 gramm. d'eau distillée, et je dois dire que j'ai réussi à guérir des écoulements anciens comme aussi des écoulements récents. Ces injections réussissent mieux chez les individus à leur seconde ou troisième chaude-pisse. Ainsi que l'avance M. Foucart, on fait mal ces injections si on craint que le liquide pénètre dans la vessie. Cette affection déterminant des ulcérations à la portion membraneuse de l'urètre, il est clair qu'on ne modifie pas les parties malades si l'injection n'est point poussée assez avant. Il en est de ce moyen comme de tous les autres ; il échoue si on l'emploie mal.

Avant de pratiquer ces injections, je m'assure que la vessie contient de l'urine, afin que ce liquide puisse être rejeté promptement et affaibli par son mélange avec l'urine, dans le cas où il pénétrerait dans la vessie. Mais en supposant même que cette introduction ait lieu, qu'en résulterait-il ? Aucun mal. Il m'est arrivé bien souvent d'introduire des solutions de nitrate d'argent dans la vessie pour combattre des faiblesses ou des catarrhes chroniques de cet organe ; je l'ai toujours fait impunément, souvent avec succès. Une seule fois j'ai provoqué une hématurie.

Quant à ces fausses membranes qui se forment et sont rejetées, il ne faut pas plus s'en effrayer que de celles qui succèdent aux applications de nitrate d'argent sur les membranes muqueuses, sur celles de l'œil, par exemple, dans le traitement de l'ophthalmie.

M. Guersant. On a parlé de la courbure des os pouvant survenir par l'effet d'une chute, et pouvant par des efforts convenables cesser instantanément. Je ne pense pas que cette courbure puisse arriver brusquement sur un os sain, et surtout qu'il ne puisse se redresser à l'instant ; les lois physiques s'y opposent. On aurait affaire dans ce cas à une fracture sans lésion du périoste. Voici l'avant-bras d'un enfant mort du croup pendant le traitement d'une fracture soignée avec peu d'intelligence. Les deux fragments du radius en se réunissant d'une façon défectueuse ont entraîné la courbure du cubitus.

M. Guillon. Mais rien ne prouve que le cubitus ait été courbé par l'effet du choc qui a déterminé la fracture du radius. Il est à croire même que cette courbure a nui au développement de l'os fracturé ; dans le cas cité par moi d'un os courbé et redressé, j'ai été obligé d'employer beaucoup de temps (une demi-heure) et d'efforts ; ce qui ne serait point arrivé si je n'avais eu affaire qu'à une fracture.

M. Thore. Un de nos confrères, M. Lombart, est tombé ; sa jambe s'est trouvée courbée sans qu'on ait pu constater l'existence d'une fracture. On n'a point mis d'appareil. La jambe est restée raccourcie et déjetée. Notre confrère marche sur la pointe du pied.

— *M. Duperthuis* fait voir deux petits corps fibreux implantés naguère sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure de la matrice. La malade avait été cautérisée plus d'une centaine de fois et toujours inutilement ; elle l'avait même été par des praticiens renommés pour la cure de ces sortes de maladies. Ces tumeurs assez larges ont été enlevées avec des ciseaux courbes. Les plaies sont maintenant presque complétement cicatrisées ; les règles sont revenues, et sept semaines après l'opération la malade jouit de toutes les apparences de la santé.

MM. Guillon et Tanchou sont disposés à regarder ces tumeurs comme des prolongations squirrheuses de la matrice. M. Duperthuis répond que le col est fermé, et qu'il ne présente aucune végétation.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Charles Masson.

REVUE GÉNERALE.

Note sur un dragonneau observé à Paris. — Le dragonneau est à peu près inconnu en France et surtout à Paris. On sait qu'Amb. Paré, et de nos jours Richerand et Larrey ont soutenu que ce n'était pas un animal. Mais des recherches précises ont démontré l'erreur de cette opinion. L'observation suivante publiée dans les *Archives* par M. Maisonneuve, offre un grand intérêt.

Le 10 octobre 1843, M. Maisonneuve reçut dans son service à l'hôpital Saint Antoine, un homme de vingt-huit ans, ancien militaire, actuellement émailleur. Cet homme se plaignait d'une petite tumeur furonculeuse située sur le dos du pied gauche, au niveau de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien. Cette tumeur existait depuis un mois, avait résisté à tous les moyens usuels, s'accompagnait d'une vive démangeaison, et d'une douleur vague dans le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne. On fit une petite incision avec la lancette, et on prescrivit l'application d'un cataplasme émollient. Le lendemain 11, M. Maisonneuve remarqua, sans y faire grande attention, qu'il sortait de la plaie un petit filament blanchâtre.

Le jour suivant, ce filament existait encore ; M. Maisonneuve l'examina avec soin, et il reconnut qu'il était d'un blanc opaque, long de

2 centimètres, et de deux millimètres à peu près d'épaisseur. Au premier coup d'œil, il paraissait d'une texture tendineuse; il le saisit avec les doigts, et faisant sur lui de légères tractions, il s'aperçut qu'il cédait. Il en avait attiré déjà au dehors une longueur de 20 centimètres environ quand il se rompit.

Après hésitation sur la nature de ce filament, M. Maisonneuve diagnostiqua, mais avec réserve, que c'était un ver. Pour s'éclairer autant que possible, il se livre à un examen minutieux du malade, et il reconnut : léger gonflement œdémateux autour des malléoles et dans le voisinage de la petite tumeur furonculeuse, avec douleur profonde exaspérée par la pression de la main. A la même jambe, à 5 centimètres au-dessous de la tête du péroné, autre petite tumeur furonculeuse assez semblable à la première, indolente et donnant lieu seulement à une légère démangeaison. De cette petite tumeur partait un relief flexueux, bosselé, se prolongeant sous forme de cordon tortueux vers la partie antérieure, puis interne de la jambe, et disparaissant entièrement au niveau du mollet, d'une consistance singulière, analogue à celle d'une corde à boyau.

Rien autre sur le reste du corps du malade, qui était amaigri, mais, du reste, fort et vigoureux. M. Maisonneuve apprit qu'il avait fait huit ans de service militaire; qu'il avait habité le Sénégal en qualité de soldat pendant deux ans et demi; que souvent, dans ce pays, il lui était arrivé de marcher pieds nus sur le sol humide. Il n'avait pas connaissance qu'aucun de ses camarades eût jamais été atteint d'une maladie semblable à la sienne; mais il affirma que cette affection était fréquente chez les Nègres. Du reste, pendant toute la durée de son séjour au Sénégal, non plus que pendant la traversée et les quatre mois qui suivirent son retour en France, il ne s'était aperçu de rien. C'était depuis un mois seulement qu'il avait remarqué la présence de la petite tumeur furonculeuse du pied. Quelques jours avant son entrée, il avait, à deux reprises, extrait plusieurs centimètres du ver sans se douter de sa nature.

Du 13 au 23, des abcès se formèrent et donnèrent issue, au moyen de la traction, à plusieurs portions de ver de longueur différente. Sous l'influence du repos et des cataplasmes, les abcès de la partie inférieure de la jambe se détergèrent et guérirent.

Pendant que ces choses se passaient à la partie inférieure de la jambe, la partie supérieure offrait aussi des phénomènes dignes d'attention. Le 17, en explorant la petite tumeur furonculaire supérieure, M. Maisonneuve fit sortir quelques gouttelettes d'un liquide blanc semblable à du petit-lait. Examinée au microscope, on vit dans cette liqueur des myriades de petits vers cylindriques, à queue effilée, à tête mousse et non renflée, longs en apparence de cinq centimètres. Ils s'agitaient avec une rapidité surprenante. Il fut impossible de constater une ouverture buccale ou caudale, ni trace de crochets, de tentacules, de prolongements d'aucun genre. La queue, qui fait environ le tiers de la longueur totale de l'individu, se continue insensiblement avec le corps, et se termine en pointe très effilée, absolument comme un tube étroit que l'on étire à la lampe.

Le 18, extraction d'une petite portion du ver supérieur. Le 21, M. Maisonneuve pratiqua une incision sur la tumeur, qui mit à nu plusieurs circonvolutions du ver, dont l'aspect rappelait assez bien le canal déférent, à la sortie de l'épididyme. L'animal était plongé dans le tissu cellulaire lamelleux sous-cutané. Disséqué avec soin, on put en extraire 40 centimètres d'un blanc mat, cylindrique et du volume d'une plume de corbeau.

A 9 centimètres au-dessous, seconde incision qui met à nu une seconde portion du ver dont on put extraire 20 centimètres. Le lendemain, le malade put extraire lui-même les portions du ver qui étaient restées, et la plaie guérit quelques jours après.

M. Maisonneuve expose ensuite les résultats de l'inspection des portions du ver extraites, qui ne diffèrent en rien des descriptions connues. Mais il fait remarquer que trois circonstances se sont présentées ici qui n'avaient pas été notées par les observateurs, 1° l'écoulement spontané d'une liqueur blanche lactescente par l'orifice de la tumeur furonculeuse, liqueur absolument semblable à celle que l'on avait signalée déjà comme remplissant le tube intérieur de l'animal; 2° la présence dans cette liqueur de myriades de petits dragonneaux microscopiques; 3° la résistance vitale de ces animalcules qui peuvent vivre plusieurs jours dans l'eau, même à une basse température.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Dentiste des familles, ou *Manuel d'hygiène de la bouche*; par M. Paul Gresset. — In-12. Chez Just Rouvier.

L'art du dentiste dont l'exercice est malheureusement souvent confié aux mains inhabiles et inexpérimentées des charlatans nomades, est devenu depuis quelque temps l'objet d'études sérieuses de la part d'hommes véritablement instruits. Déplorant le discrédit dans lequel est tombée cette branche accessoire des connaissances médicales, M. Gresset a eu pour but, dans ce petit volume, de donner à ceux que leur position ou des circonstances de localités éloignent des grands centres d'instruction, les préceptes les plus usuels et les plus indispensables pour entretenir la santé de la bouche. C'est ainsi qu'il examine rapidement, en mettant ses descriptions à la portée des gens du monde, la structure des parties constituantes de la bouche, et les phénomènes des diverses dentitions; la première partie est terminée par l'hygiène de la bouche, et des conseils adressés principalement aux nourrices pour les précautions à prendre pendant la première dentition.

La seconde partie comprend l'étude sommaire de quelques maladies de la bouche et des tissus qui en composent l'ensemble; puis quelques pages sont consacrées à l'examen de quelques affections générales, le scorbut, la syphilis, etc., qui affectent l'organe buccal. Enfin, une troisième section renferme un formulaire de préparations pour la propriété et les soins de la bouche, et quelques préceptes concernant les dents artificielles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la goutte par les fleurs de colchique; par M. le Dr De Bourge, de Rollot.

Les nombreux essais tentés tant en Angleterre qu'en France et en Allemagne, ont mis hors de doute, aujourd'hui, les bons effets du colchique dans le traitement des affections goutteuses et rhumatismales. Mais, jusqu'ici, les bulbes et les semences de cette plante avaient seuls été mis en usage, et on n'avait pas songé à en utiliser les fleurs pour les besoins de la thérapeutique. M. De Bourge a eu l'heureuse idée de le faire, et il préconise ces fleurs à l'état d'extrait associé à celui d'aconit contre l'arthritis et les affections rhumatismales articulaires. Il préconise surtout, comme étant douées d'une grande efficacité, des pilules composées de quinze parties en poids d'extrait de fleurs de colchique, et de quatre parties d'extrait d'aconit.

Il emploie aussi avec avantage un sirop d'extrait de fleurs de colchique, dans la composition duquel il fait également entrer l'extrait d'aconit napel en même proportion que pour les pilules.

On ne peut qu'approuver ce conseil donné par M. De Bourge, d'associer à l'extrait de fleurs de colchique l'extrait d'aconit dont les propriétés narcotiques et anodynes peuvent avantageusement mitiger l'action trop vive du colchique sur l'économie et spécialement sur les organes de la digestion.

Cas d'empalement terminé sans accidents consécutifs.

On apporta, il y a quelque temps, à l'hôpital civil d'Anvers, un garçon, dévideur en soie, qui, trois jours auparavant, avait fait une chute dans laquelle il s'était empalé avec un axe de dévidoir. Cet axe, consistant en une tige de fer à pointe mousse, de la longueur de trente-trois centimètres et du volume d'une grosse plume à écrire, avait pénétré par la fesse gauche, avait traversé les cavités périnéale et abdominale et était sorti à la droite de l'ombilic, sans intéresser dans son trajet aucun des viscères contenus dans l'abdomen.

Il ne survint, à la suite de cette grave lésion aucun symptôme d'inflammation du péritoine; l'appétit se conserva intact; les évacuations alvines, ainsi que l'excrétion de l'urine, se firent toujours comme à l'état normal; et vingt jours après son admission à l'hôpital, l'individu sortit complètement guéri, sans qu'il eût été besoin de recourir à aucun traitement pour l'amener à ce point.

Correspondance.

Paris, 17 janvier 1845.

Monsieur le Rédacteur,

Je réclame de votre impartialité l'insertion dans la *Gazette des Hôpitaux* de ma réponse à l'assertion avancée par M. Berton dans votre n° du 17 décembre 1844; à savoir : qu'il a observé dans l'emploi que j'ai fait des injections caustiques à l'infirmerie dont il était chef, des insuccès que j'aurais passés sous silence. Cette assertion est grave; mais elle est positivement contraire à la vérité. Je n'ai pu éprouver d'insuccès dans l'infirmerie de M. Berton, pour une raison aussi simple que concluante : c'est que je n'y ai jamais fait de service. M. Berton s'était opposé, dès l'origine, au nom de sa responsabilité, à l'emploi d'une méthode qui lui paraissait dangereuse, je me suis refusé, dès l'origine aussi, à faire le service dans la susdite infirmerie; partant, là où je ne pratiquai pas, je n'ai pu recueillir d'insuccès.

Agréez, etc. Dedeney, D.-M.-P.

NOUVELLES.

Prix fondé par les Annales médico-psychologiques. — La question mise au concours pour 1845 est ainsi conçue :

Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés, et la monomanie homicide; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires; répondre à cette question : La monomanie homicide est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales?

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 fr., sera décerné le 1er janvier 1846.

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1845.

— Plusieurs médecins viennent d'adresser à M. le professeur Bouillaud, membre de la Chambre des Députés, une pétition dans laquelle ils réclament la révision de la loi du 10 mars 1803, relative à l'exercice de la médecine et de la chirurgie; ils signalent à l'attention des Chambres les effets désastreux de l'incurie des autorités locales, qui ne répriment point les délits de ces guérisseurs non diplômés qui exploitent tous les points de la France.

— Sont admis à la retraite, MM. Dupuy, médecin principal de première classe, premier professeur à l'hôpital de Lille; Bourdin, chirurgien major de première classe à l'hôpital de Briançon; Pommier, *idem* au 6e dragons; Icard, *idem* de 2e classe au 59e de ligne; Perrotte, chirurgien aide-major de 2e classe en Algérie; Robert, *idem* au fort de Pierre-Chatel.

— Un Français, M. le docteur Labat, est en ce moment, à la cour du shah de Perse, l'objet de distinctions d'autant plus flatteuses, qu'elles sont la récompense de son mérite et de l'habileté dont il a fait preuve en guérissant d'une grave maladie le shah, impotent depuis dix ans. M. Labat a été élevé au rang des *saïbs*, seigneurs de l'empire, et décoré de l'ordre du Portrait, réservé jusqu'ici aux princes de la famille régnante, et conférant à celui qui le porte le droit de préséance sur tous les Persans. Cette décoration se compose du portrait du shah, en costume impérial et tout couvert de brillants. Shah Mohamed a écrit au gouvernement français qu'il désirait garder M. Labat pendant cinq ans, et lui a assuré pour tout ce temps une pension annuelle de 50,000 francs. Cette dernière libéralité est d'autant plus étonnante, qu'il n'est pas d'usage en Perse de donner des honoraires aux médecins : le malade, une fois guéri, se contente de leur faire cadeau d'une orange ou d'un citron.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 9. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal parait les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 22 JANVIER 1845.

Trois séances de comité secret employées à l'examen d'une demande ministérielle, en voilà plus qu'il n'en fallait pour exciter la curiosité publique; aussi l'Académie de médecine, qui depuis bientôt un mois n'ouvre ses portes au public que pour le renvoyer aussitôt — ce qui, pour le dire en passant, pourrait être plus poli —, donne lieu à une foule de questions et de commentaires.

Et d'abord, pourquoi le comité secret?

Il s'agit d'une question où les hommes sont beaucoup moins en jeu que les principes; d'une question qui, resserrée aujourd'hui entre les murs d'un seul établissement, peut devenir commune aux nombreux établissements de même nature disséminés sur le sol de la France; d'une question dont la solution, par conséquent, intéresse un bien plus grand nombre de personnes que celles qui l'ont soulevée, et dont il eût été fort utile de suivre tous les développements. Mais l'Académie, obéissant on ne sait trop à quelle exagération de prudence, a décidé qu'elle ne s'occuperait de ce sujet que portes closes, et elle a privé le public de connaître, et la presse de reproduire des débats qui présenteraient un certain intérêt.

Il ne nous convenait pas d'écouter aux portes; l'Académie refusant toute publicité à ce débat, nous ne voulons pas lui faire violence; qu'elle se drape à l'aise dans la dignité de son huis-clos; nous ne dirons ni les orages de sa discussion, ni les singulières conclusions de sa commission, ni sa solution définitive, toutes choses néanmoins qui nous sont parfaitement connues. Mais, heureusement, rien ne nous empêche de dire notre avis, eussions-nous même la mauvaise chance d'être en opposition avec la docte compagnie.

Faisant abstraction des hommes qui ont soulevé le débat, et pour lesquels nous professons grande estime; ne tenant aucun compte des circonstances au milieu desquelles ce débat s'est engagé, et l'envisageant du seul point de vue des principes d'utilité générale, nous réduirons la question à ses termes les plus simples:

Dans un asile consacré au traitement de l'aliénation mentale et où existe un service chirurgical, quels sont les droits respectifs du médecin et du chirurgien à l'égard des autopsies des sujets morts dans le service de chirurgie?

Une dissidence survenue à cet égard à la Maison royale de Charenton, et portée devant le ministre de l'intérieur, a engagé celui-ci à consulter l'Académie de médecine. C'est de ce sujet qu'elle s'occupe en comité secret depuis trois séances.

Ainsi posée, nous n'avons à résoudre, ce nous semble, qu'une simple question de bon sens flanquée de quelques considérations de convenances. Ne serait-il pas, en effet, puéril et ridicule de soulever, à l'époque où nous vivons, une discussion de prééminence entre la médecine et la chirurgie? Ne serait-il pas absurde de mettre en question la liberté complète du médecin et du chirurgien dans les services nosocomiaux confiés à leur zèle? Chacun d'eux, dans sa sphère, ne doit-il pas rester libre d'agir sous l'inspiration de ses lumières et de sa conscience? Et quand la mort vient tromper ses espérances, chacun d'eux ne doit-il pas pouvoir y puiser une consolation ou un enseignement? Nul, à cette heure, ne pourrait assurément faire un semblant d'opposition à ces principes désormais incontestables.

Mais, transportée sur le terrain d'un établissement *spécialement* consacré à l'aliénation mentale, la question ne se présente pas à tous aussi claire, aussi nette. Les uns veulent que là où l'administration a nommé un chirurgien, celui-ci y vive avec la même indépendance et la même liberté que dans tout autre établissement. L'aliéné comme un autre, plus qu'un autre, peut être en proie aux affections chirurgicales. Comme un autre, il peut être une source d'instruction, un motif de recherches. Pourquoi enlever au chirurgien qui a suivi toutes les phases de la maladie, la possibilité de s'édifier sur la vérité de son diagnostic, sur la certitude dont sa conscience a besoin que ses efforts n'ont pu être qu'infructueux; sur tous les éléments enfin de science et de pratique que peut renfermer une autopsie.

La chose ne peut être ainsi, disent les autres. Ce n'est pas en qualité de *blessé* que cet individu est entré dans l'établissement, mais au seul titre d'*aliéné*. Moi, médecin, depuis deux ans, depuis dix ans, depuis vingt ans peut-être, j'observe ce malade; un accident indépendant de sa folie lui survient, auquel il succombe, et vous voudriez me priver du droit d'examiner les désordres matériels que l'aliénation a produits dans ses organes? Cela serait injuste et contraire au but qu'on se propose. Ici, la lésion chirurgicale n'est qu'un hasard, qu'un accident; la maladie constante, c'est l'aliénation; c'est elle qui est le motif de toutes les dépenses, de tous les soins, de toutes les recherches, de toutes les études parmi lesquelles l'anatomie pathologique est un élément des plus précieux. Un malade peut mourir d'une affection chirurgicale intercurrente: mais il n'en est pas moins mort aliéné, et comme tel il incombe de droit aux investigations du médecin.

Il ne nous paraît pas possible de trancher ces difficultés d'une manière absolue, si l'on ne veut léser un de ces deux intérêts fort respectables et dont il faut tenir compte. A moins de se mettre en contradiction flagrante avec le but des établissements consacrés à l'aliénation mentale, on ne peut priver le médecin du droit d'investigation anatomique. Sans commettre une injustice et une inconvenance, on ne peut chasser le chirurgien de la salle aux autopsies. Quel moyen donc de maintenir tous les droits, de ménager toutes les susceptibilités et d'accorder toutes les convenances? Est-ce, comme on l'a ridiculement proposé, d'abandonner au médecin la tête, le reste du corps au chirurgien? Notre feuilleton a déjà fait justice de cette sorte de jugement de Salomon qui ne donnerait satisfaction à personne, et qui a le grand tort de friser la barbarie.

A notre avis, le seul moyen de sortir de ces difficultés et de satisfaire aux légitimes exigences de la médecine et de la chirurgie, c'est que l'une et l'autre pratiquent en commun l'autopsie des sujets morts dans le service chirurgical. Dans ces circonstances, le chirurgien doit être tenu de prévenir son collègue médecin; celui-ci restera libre d'y participer, celui-là conservera toute sa liberté d'examen et de recherches; tous les deux garderont leur dignité et leur indépendance.

Mais, va-t-on nous dire, comment voulez-vous mettre en contact deux hommes que l'inimitié divise? Ne craignez-vous pas quelque conflit affligeant?

Nous répondrons que nous n'avons pas voulu précisément nous occuper de ce sujet au point de vue actuel et individuel, mais sous le rapport d'une application générale et comme question, nous le répétons, de bon sens et de conscience. Si, dans l'occasion présente, les inimitiés sont assez vives pour refuser la solution que nous donnons, c'est un malheur que nous regrettons mais dont nous ne pouvons pas tenir plus grand compte.

Et ceci nous donne, en terminant, l'occasion de répondre un mot à chacun des mémoires qui ont été publiés dans cette circonstance.

L'un affecte un dédain superbe pour la presse périodique, et fait valoir auprès du ministre le soin extrême qu'il a pris de ne pas livrer la question aux discussions du journalisme. Le journalisme, en effet, — du moins comme nous l'entendons — aurait pu se montrer tant soit peu récalcitrant contre des prétentions exorbitantes et des opinions qui rappellent d'une manière malheureuse les ridicules querelles des médecins et des barbiers.

L'autre insinue que c'est sous l'inspiration de son antagoniste que, dès le début de la querelle, nous exprimâmes une opinion fort en rapport avec celle que nous venons d'émettre. Il se trompe assurément. Nous ne dédaignons ni les conseils, ni les éclaircissements, mais nous n'avons à personne donné le droit de dire que nous exprimions des opinions en dehors de nos convictions et de nos principes.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

Des fractures chez les enfants.

Nous reproduirons dans cet article les considérations générales auxquelles M. Guersant s'est livré dans son cours clinique relativement aux fractures chez les enfants. Le grand nombre d'affections de ce genre que reçoit annuellement l'hôpital spécial de la rue de Sèvres, le chiffre assez élevé, ou du moins suffisant pour servir d'appui à ces assertions, et que renferme son service, permettent à M. Guersant d'établir des généralités sur les solutions de continuité du système osseux, dans ce qu'elles peuvent avoir de caractéristique dans ce qui peut les séparer des fractures observées aux autres âges de la vie.

Nos salles, dit M. Guersant, sont assez bien montées en fractures pour que vous puissiez y trouver le contrôle des opinions émises dans cet enseignement. Nous avons en ce moment 13 cas de fracture, 5 à la section des filles, 8 à celle des garçons.

FEUILLETON.

ESSAI SUR LES CROYANCES ET SUPERSTITIONS RELATIVES AUX AMULETTES;

Par M. le docteur F.-E. PLISSON.

(Suite et fin du n° 7.)

Les simulacres des anciens, usités comme amulettes, étaient de petites figures en métal, en pierre, en bois, en ivoire, qu'on portait sur soi dans différentes vues. Les athlètes en avaient pour se rendre invincibles, et se préserver des charmes que leurs adversaires voudraient leur faire éprouver; c'est ce qui avait fait nommer les amulettes de cette espèce *profisini*, de *pro* et de *fascinatio*. c'est-à-dire *qui va au-devant de la fascination, qui la prévient*. Les femmes en suspendaient à leur cou pour avoir des enfants mâles; et, dans ce cas, nous ferons observer que ces figurines offraient l'expression naturelle du sexe pour lequel elles faisaient des vœux. On ne regardait pas cette pratique comme malhonnête, ni hardie, ni obscène; car c'était un usage accrédité, et les temples des dieux en étaient remplis, tout comme on fait actuellement, dans les pays catholiques, pour les *ex-voto* consacrés aux madones et aux saints, pour tous ces bras, ces jambes, ces yeux, ces nez, ces bouches, ces mains en or, en argent, en plâtre ou en cire, que la piété et la reconnaissance des fidèles viennent y déposer, soit avant, soit après la réussite. Ces pratiques et leurs analogues sont aussi vieilles que les sociétés humaines, comme si un cœur droit et sincère n'était pas une plus noble offrande qu'une dégradante et imbécile superstition. « Un philosophe de l'antiquité, auquel on montrait dans un temple, pour exalter la puissance du dieu qu'on y adorait, les *ex-voto* de tous ceux qui, après l'avoir invoqué, s'étaient sauvés du naufrage, fit justement observer, dit M. de Laplace (Essai phil. sur les probabilités), qu'il n'y voyait point inscrits les noms de ceux qui, malgré cette invocation, avaient péri. » Les vêtements et tous les objets de toilette des enfants *voués au blanc* ne sont pareillement, dans le fait, que de purs amulettes, qui ont du moins le mérite de témoigner en faveur, non de l'esprit éclairé, mais de la tendre sollicitude des mères de ces enfants. Il en est de même des images de saint Janvier à Naples, de saint Nicolas chez les Russes, des médailles à l'Ange Gardien, des bagues de saint Hubert, des effigies de la Vierge, et des chapelets que les chrétiens ont empruntés à l'islamisme. Mais après avoir fait tout ce qu'il a jugé bon de faire pour s'assurer personnellement la bienveillance et l'assistance des élus du Seigneur, l'homme a cru pouvoir mettre aussi sous leur puissante protection tout ce qui lui appartient, et jusqu'aux animaux eux-mêmes. Dès lors il chargea saint Martin, saint Georges et saint Eloi de la santé de ses chevaux; saint Luc et saint Joseph de la prospérité du bétail à cornes; saint Antoine, des pourceaux; sainte Geneviève, des bêtes à laine; et tel ou tel autre, des ânes, des mulets, des oiseaux de basse-cour, des abeilles, etc. Enfin, on poussa le délire jusqu'à composer pour eux des prières dont les formules nous ont été conservées dans les Rituels du temps. Voici une de ces prières pour garantir les faucons des serres et du bec des aigles, qui en détruisaient beaucoup à l'époque où les nobles châtelains se livraient avec tant d'ardeur à la chasse à l'oiseau. Ces oraisons, par lesquelles on invoquait toute la hiérarchie céleste dans un but que la religion mieux entendue blâme et désavoue avec raison, étaient bariolées de croix, ainsi que cette coutume s'est pratiquée durant tout le moyen âge, non-seulement pour les prières, mais aussi pour les ordonnances des médecins, les plaidoyers des avocats, les actes des notaires ou tabellions, les livres des marchands, et généralement pour tous les écrits publics ou privés. Il y en avait en tête et entre chaque membre de phrase, comme on le voit ici:

† † †

† *Adjuro vos, aquilarum genus*, † *per Deum verum, per Deum vivum*, † *per Deum sanctum*, † *per beatam Virginem Mariam*, † *per novem ordines angelorum*, † *per sanctos prophetas*, † *per duodecim apostolos*, † *per sanctas virgines et viduas*, † *in quorum honorem et virtutem vobis præcipio, ut fugiatis, exeatis et recedatis, et avibus nostris ne noceatis*. † *In nomine Patris, etc.*

Un curé, homme de goût et érudit, mais qui se croyait obligé à se prêter à la sotte crédulité de ses paroissiens qu'il craignait de ne pouvoir désabuser, et qui voulaient absolument faire exorciser leurs bestiaux, leur récitait des vers d'Horace et de Virgile, plus harmonieux que ceux des hymnes et que la prose des psaumes. L'amulette produisait le même effet, et les confiants villageois se retiraient satisfaits et reconnaissants. Est-il besoin d'ajouter que, de nos jours, les hommes vraiment pieux de tous les pays civilisés repoussent, d'un accord unanime, ces profanations sacriléges, qui, il le faut espérer, ne se renouvelleront plus? N'est-ce pas, au reste, travailler à entretenir de stupides superstitions qu'il faudrait plutôt s'attacher à déraciner de l'esprit de pauvres gens qui ne demandent pas mieux peut-être que d'être éclairés sur leurs véritables intérêts; et qui, d'ailleurs, est plus propre, à cet égard, qu'un ministre des autels pour faire entendre et écouter de sages conseils?

Un autre ordre d'amulettes que les Orientaux, grands amateurs en ce genre, désignent plus spécialement sous le nom de *talismans*, mais qui ne sont pas moins irrationnels, fantasques et ridicules que les précédents, se compose d'images symboliques, d'emblèmes, de signes, de lettres, de caractères gravés, tantôt sur de petites plaques métalliques, tantôt sur des pierres dures, d'autrefois dessinés ou écrits sur du parchemin et autres matières convenables. Ces sortes d'amulettes représentent en général des figures d'animaux imaginaires, des espèces de monstres, des Chimères; ou bien des emblèmes célestes, des constellations, des signes du zodiaque; ou bien encore des caractères d'écriture, isolés ou formant des mots, qui ont un sens ou qui n'en ont aucun; mais par une bizarrerie qu'on ne saurait trop comment expliquer, il est arrivé que les mots qui ont été les plus recherchés et estimés sont précisément ceux qui ne signifiaient rien, et qui conséquemment étaient incompréhensibles, comme, par exemple, le terme *abrosac*, ou *abrosax*, ou *abroxas*, qui, au rapport de l'égyptien Basilide, avait le pouvoir de chasser les mouches et les autres insectes d'un cercle au milieu duquel il était tracé. C'est après avoir prononcé ce mot magique, et s'être frottées d'un onguent mêlé de bouse de vache et de poils de chèvre, que de misérables femmes, abusées par de

Nous débuterons dans la matière que nous voulons traiter ici par l'exposé des causes fracturantes.

D'abord, nous rencontrons la classe des causes prédisposantes qui se présentent sous trois formes différentes.

A la première, se rattache peut-être la constitution chimique et normale du système osseux de l'enfant; car en présence du grand nombre de fractures dont sont atteins les enfants; en songeant, de plus, à la divergence d'opinions des auteurs, quant à la composition élémentaire des os, nous nous sommes demandé si cette composition chimique ne fournissait pas à l'action des causes efficientes une prédisposition favorable.

Du reste, les analyses que nous nous proposons de faire sur ce point nous permettront peut-être d'éclairer cette question.

Une deuxième classe de causes prédisposantes s'adresse à la faiblesse des muscles de l'enfant.

Vous connaissez tous, en effet, la coloration plutôt rose que rouge-vif des chairs de l'enfant, et la gracilité de sa fibre musculaire.

Dans une autre division, nous mettrons toutes les maladies qui, sévissant sur le système osseux, apportent à l'édifice, déjà si peu solide du squelette de l'enfant, de nouvelles causes de brisement. C'est ainsi que le rachitisme, en exagérant les courbures osseuses, et peut-être en altérant la constitution chimique des leviers, donne de la prise à l'agression des agents extérieurs.

Enfin, nous pourrions terminer cette énumération des causes prédisposantes, en rappelant combien, par son peu de raison, par son ignorance à savoir fuir le danger ou bien à lui résister, l'enfant rencontre dans son caractère une prédisposition morale qui vient en aide aux causes déterminantes des fractures.

Ces dernières fournissent un chapitre bien peu étendu, puisque, à part les chutes, plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, nous pouvons dire que les causes qui *solutionnent* véritablement les organes osseux, sont les mêmes aux diverses phases de la vie. En un mot, ce sont toujours les agents qui nous entourent qui produisent les fractures chez l'enfant.

Comme suite nécessaire de cette question de causalité, découle celle de l'entamure complète ou non des os fracturés.

C'est un point fort important qui imprime à l'histoire tout entière des solutions du système osseux de l'enfance un cachet tout particulier. Inconnu, il induira en erreur le chirurgien qui n'en est pas dûment averti, et pourra provoquer des manœuvres exploratrices douloureuses et très nuisibles, compromettre, en résumé, le diagnostic et la thérapeutique du praticien.

Les fractures, chez les enfants, sont le plus souvent incomplètes, en entendant par là que la partie solide, osseuse du levier, est solutionnée dans toute son épaisseur, sinon la portion molle, enveloppante, le périoste. Cette définition, à première vue, peut paraître complaisante; elle est cependant rigoureuse, et satisfait l'esprit, qui ne cherche dans l'idée du complet ou de l'incomplet d'une fracture, que la conséquence, c'est-à-dire le déplacement ou non des fragments.

Voici, dit M. Guersant, deux pièces, l'une d'anatomie normale, l'autre d'anatomie pathologique, qui vous feront connaître le rôle que joue le périoste quant aux solutions de continuité du système osseux de l'enfant. Sur la première, qui est un tibia, cette membrane est détachée du corps de l'os; le lambeau, qui tient encore à l'une des extrémités osseuses tibiales, est aussi grand que l'os lui-même; il est aussi épais, aussi résistant qu'une aponévrose de l'abdomen; on le détacherait très facilement, mais on ne pourrait le briser dans sa continuité.

Souplesse et résistance dans sa texture, telles sont les conditions qui le font fuir, et céder rarement, devant l'action des causes déterminantes.

La deuxième espèce consiste dans une fracture de la jambe: les deux os sont brisés à leur partie moyenne, et cela dans toute leur épaisseur; le périoste seul a été conservé. Ici, on est encore à même de pouvoir apprécier la force avec laquelle cette membrane résiste aux efforts que font les pointes des fragments pour la rompre.

A côté de cette forme de fracture incomplète s'en présente une autre, signalée par les auteurs, que M. Guersant avoue n'avoir pas rencontrée jusqu'alors chez les enfants. La solution de continuité n'a porté que sur une portion de l'épaisseur de l'os, après avoir toutefois exagéré sa courbure, absolument comme une branche d'arbre, qui a ployé au-delà des limites voulues, se brise sur un sens et ne présente qu'un simple froncement sur l'autre.

Tout ceci bien compris, bien admis, on arrive facilement à comprendre comment, une fracture étant chez un enfant presque neuf fois sur dix incomplète, il n'existe pas de déplacement, dont l'absence peut en outre être expliquée par la faiblesse du système musculaire. — Point de changement de rapports des fragments, point de difformités.

Puis dérive également de la conservation du périoste l'absence si fréquente de la crépitation. Et cependant, c'est un signe si probant d'une fracture que le bruit résultant du frottement, que l'on a peine à se défendre de le rechercher. Mais prenez garde, ajoute M. Guersant, ce que vous aviez tout à l'heure comme garantie de la coaptation, vous allez le perdre, et cela pour obtenir un indice qui vous aura fait continuer, compléter l'œuvre de la cause fracturante.

On peut, en effet, avoir détruit la virole naturelle que présentait le périoste intact ou du moins assez entier pour ôter au déplacement la possibilité de se former.

La douleur est-elle un signe de quelque valeur? Seule, elle ne prouve pas grand'chose; réunie aux autres phénomènes de la fracture, elle a quelque valeur.

Enfin, si nous examinons les fonctions des leviers blessés, nous voyons qu'ils présentent peu de gêne dans l'exécution des mouvements. Proposition dont la source se trouve encore dans ce fait primitif, capital, la conservation du périoste. Aussi s'explique-t-on comment la progression a pu se faire avec facilité chez certains enfants, malgré leur membre fracturé.

Comment donc reconnaître une fracture chez un enfant? C'est une question qui nous occupera dans la prochaine leçon. Mais avant d'en finir aujourd'hui, M. Guersant fait l'exposé du siége des fractures de l'enfance. On voit qu'il n'a pas tout à fait suivi l'ordre classique; mais il a cru devoir le sacrifier à l'avantage de faire ressortir les signes de la fracture de l'espèce de solution de continuité de l'os, c'est-à-dire de son état incomplet.

Chez les tout petits enfants, les membres inférieurs sont plus souvent fracturés que les supérieurs; à mesure qu'ils grandissent, la plus grande fréquence se fait au détriment des membres thoraciques. Puis, passant en revue chacune de ces deux grandes sections des membres, le chirurgien de l'hôpital des Enfants dit que l'on rencontre les mêmes fractures aux membres supérieurs que chez les adultes. Ainsi, il a observé des solutions de continuité de l'omoplate; cependant cette espèce de fracture est rare.

La clavicule se fracture fréquemment, et le plus souvent à sa partie moyenne.

L'humérus se brise rarement chez les enfants très petits, et cette blessure siége le plus ordinairement à l'extrémité inférieure. Quant à la fracture du col, M. Guersant ne l'a pas rencontrée.

Les fractures de l'avant-bras sont les plus nombreuses parmi celles du membre supérieur. Elles sont presque toutes directes, fait qui trouve son explication dans cet autre, que les petits enfants ne tombent point le plus souvent sur les mains, mais bien sur toute la longueur du membre. Du reste, le plus souvent la solution de continuité repose sur les deux os à la fois et à la même hauteur.

Pour ce qui est des fractures de la main, rien de particulier: la même chose que pour les adultes.

Aux membres inférieurs, on rencontre plus fréquemment la fracture de jambe que celle de cuisse, chez les enfants un peu grands: c'est l'inverse chez les petits.

La rotule n'a pas été vue fracturée par M. Guersant.

Le pied n'offre rien de spécial, et il en est de même pour les fractures des autres points du corps.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Résumé du service pendant le deuxième sémestre de 1843.

(Suite du nº 7.)

3° *Individus non malades.*

Arrivé presque au terme de ce travail, je trouve environ deux cents malades, ou mieux deux cents individus dont il n'a pas été parlé. J'en avais seulement cent quarante dans le premier semestre, et je vais bientôt revenir sur ce point. Comme précédemment, ils peuvent être distribués en plusieurs catégories.

Quelques-uns sont des ouvriers malheureux venant chercher à Paris un travail absent ou moins productif dans leur province, mais pour le moment incapables du moindre travail. Ils arrivaient immédiatement, exténués par une longue route faite à pied, sans ressources pour prendre quelques jours d'un repos cependant nécessaire. La fatigue n'est point une maladie, sans doute; mais il faut bien ouvrir les hôpitaux à ces malheureux, à défaut d'Hôtel-Dieu, dans le sens primitif du mot et dans la destination primitive de la maison. Des bains, de la nourriture, et par-dessus tout le repos, voilà le traitement unique et facile.

J'avais parlé en second lieu d'une autre classe d'individus fatigués, lesquels étaient des ouvriers employés aux fortifications. Me fondant sur l'observation des faits du premier semestre, et confirmant l'autorité de ces faits par le souvenir de ceux que j'avais observés dans un autre service, j'avais cru pouvoir dire qu'on demandait aux travailleurs des fortifications une somme de besogne au-dessus des forces humaines. Suivant leur vigueur différente, disais-je, les ouvriers résistent pendant plus ou moins longtemps à ces travaux forcés; mais presque tous finissent par succomber sous le faix. Ils viennent alors demander du repos dans un hôpital, véritablement surmenés, sinon malades. J'ajoutais qu'à une certaine époque, plusieurs journaux ayant parlé d'une épidémie de fièvre typhoïde parmi les ouvriers des fortifications, la police s'enquit avec soin, auprès de l'administration des hôpitaux, de la maladie de chacun des travailleurs que celle-ci recevait dans ses établissements. Le directeur de la maison dans laquelle j'étais alors attaché, ne se contentait pas de l'annotation mise sur la pancarte; il venait en outre s'informer lui-même auprès de l'interne de service. Chaque fois je répondais que la fièvre typhoïde était une chimère, mais qu'il y avait réellement à réformer la mesure du travail. J'avais consigné toutes ces remarques, parce qu'elles se rapportent à une question de santé publique, que je voyais avec étonnement méconnue dans des travaux confiés à la direction du gouvernement.

Aujourd'hui je trouve à répéter la même réflexion; néanmoins, je dois à la vérité d'ajouter que les individus entrés ainsi dans le service sont remarquablement moins nombreux; je n'ai pas la prétenion d'en imputer le mérite à mes précédentes remarques, restées perdues dans mon obscurité. Je me contente de signaler le fait, ne voulant ni en exposer les faits, ni en rechercher les causes.

Les paresseux constituent le plus grand nombre des individus non malades, auxquels le désir d'être complet me fait consacrer ce chapitre. Des douleurs, des contusions vraies ou fausses, sont ordinairement les prétendues maladies qu'ils accusent. Une maladie fort commode parmi eux, et dont ils se plaignent assez souvent, c'est la fièvre intermittente; avec accès éloignés. Il en est plusieurs que j'ai recueillis moi-même avec une persévérance obstinée, et dont je n'ai jamais pu observer personnellement les accès. La raison de cette préférence est aisée à comprendre. Le médecin voudra attendre, pour agir, le prochain accès; celui-ci manquant, il attendra

---

prétendues sorciers et se croyant sorcières elles-mêmes, s'imaginaient qu'elles allaient au sabbat sur un manche à balai à l'heure où volent les chauves-souris, et où les hibous font entendre leur cri sauvage. Entre tous les mots ayant une signification connue et arrêtée, on a dû nécessairement en appeler souvent au nom même de la Divinité, que l'on n'a pas craint de souiller et de prostituer en l'inscrivant sur une multitude d'objets employés à un usage aussi irréprochable qu'insensé. Chez les Israélites, c'était le nom de *Jéhovah;* chez les Grecs, le tétragramme Θεός; et *Allah*, parmi les mahométans. Ces derniers, à l'instar des Juifs qui portaient aux bras et sur le front de petites bandelettes de peau ou de parchemin sur lesquelles étaient écrits les commandements de Dieu ou des passages de la Bible, ont eu recours, de leur côté, aux sentences et aux sura du Coran, qu'ils regardent comme d'infaillibles préservatifs contre toutes espèces de maléfices et sortiléges. Ils lèvent les bras au ciel, les portent à leur tête, puis les croisent sur la poitrine, gesticulent, s'agitent, se démènent de cent façons diverses pour éloigner d'eux l'esprit malin; de la même manière que, dans nos petites villes, de vieilles femmes, incapables de comprendre la sainteté de la religion qu'elles croient professer, se signent et courent s'asperger d'eau bénite quand il tonne, il grêle, il vente, ou qu'elles viennent à entendre une parole irrévérencieuse, un terme grossier, ou quelques jurons de la place publique.

Il n'y a qu'un instant nous parlions du mot *abrosac*, *abrosax* ou *abroxas*, mais le plus curieux et le plus célèbre amulette de ce genre est sans contredit *abracadabra*, dont, pour cette raison, nous croyons devoir faire une mention toute particulière. Il devait être écrit sur autant de lignes qu'il y a de lettres, et par conséquent répété autant de fois, avec la précaution, toutefois, de supprimer la dernière lettre de chaque ligne, afin d'en former une manière de triangle dont la base fût en haut.

Il fallait porter cette inscription pendue au cou avec un fil de lin. Serenus Samonicus, qui vivait dans le deuxième siècle, et qui était sectateur de l'hérétique Basilide, soutient que ce baroque amulette préservait et guérissait de la fièvre hémitritée et de plusieurs autres maladies. Il a laissé, sous le titre de: *De medicinâ parvo pretio parabili*, un ouvrage de médecine en vers hexamètres, comme on les faisait dans ce temps-là, dans lequel il indique clairement la disposition et l'usage de ce barbare assemblage de caractères:

« Inscribes chartæ quod dicitur *abracadabra*,
» Sæpius et subter repetes, sed detrahe summam;
» Ut magis atque magis desint elementa figuris
» Singula quæ semper rapies, et cætera figes,
» Donec in angustum redigatur littera conum;
» His lino nexis collum redimire memento:
» Talia languentis conducent vincula collo,
» Lethalesque abigent (miranda potentia!) morbos. »

Les Juifs ont attribué le même pouvoir à l'expression *abracala*; qui ne signifie rien, pas plus que la précédente et beaucoup d'autres, cependant, à en croire le savant Selden (*De Diis Syriis*), il paraîtrait qu'elles seraient l'une et l'autre l'imitation du nom d'une idole des Syriens. Au surplus, et quelle que soit l'opinion qu'on se fasse du sujet de ces paroles magiques, qu'elles aient ou non une signification ce qui doit peu nous importer, on ne saurait douter que les anciens n'eussent la foi la plus aveugle en leurs vertus prétendues, et ne s'en servissent pour charmer les souffrances des malades. On appelait tous ces mots *epaoidai* en grec, et *incantamena* ou *carmina* en latin, d'où sont dérivées les expressions françaises *enchantements* et *charmes*. Α et Ω, première et dernière lettres de l'alphabet grec, passèrent aussi pour des signes magiques; c'était comme le commencement et la fin de tout, *principium et finis*. On en pourrait dire autant ou à peu près des rêveries pythagoriciennes relatives aux nombres. Entre les hommes remarquables qui s'abandonnèrent trop complaisamment à ces singulières idées, il faut surtout citer le philosophe Leibnitz, qui crut voir l'image de la création dans son arithmétique binaire, où il n'employait que les deux caractères 0 et 1. Il imagina que Dieu pouvant être présenté par l'*unité*, et le néant par *zéro*, la souveraine puissance avait tiré du néant tous les êtres, comme l'unité avec le zéro exprime tous les nombres dans ce système d'arithmétique. Cette idée bizarre plut tant à Leibnitz, qu'il en fit part au jésuite Grimaldi, président du tribunal de mathématiques à la Chine, dans l'espérance que cet emblème de la création convertirait à la foi chrétienne l'empereur qui régnait et qui aimait passionnément les sciences mathématiques.

Qu'il nous soit permis, pour clore ces quelques considérations sur les croyances et superstitions relatives aux amulettes, d'emprunter à Cicéron un passage dans lequel on se plaît à retrouver les traits de la raison universelle qui, après avoir dissipé par sa lumière les innombrables et honteux préjugés qui la deshonorent, deviendra peut-être un jour l'unique fondement de nos mœurs et de nos institutions: « La superstition, partout répandue, dit l'illustre orateur romain (*Traité de la Divination*), a subjugué la plupart des esprits et s'est emparée de la faiblesse des hommes. C'est ce que nous avons développé dans nos livres *Sur la Nature des Dieux* et particulièrement dans cet ouvrage, persuadé que nous ferons une chose utile aux autres et à nous-même si nous parvenons à détruire la superstition. Cependant (et je désire surtout qu'à cet égard ma peine soit bien comprise), en détruisant la superstition, je suis loin de vouloir ébranler la religion. La sagesse nous prescrit de maintenir les institutions et les cérémonies de nos ancêtres touchant le culte des Dieux. D'ailleurs la beauté de l'Univers et l'ordre des choses célestes nous forcent à reconnaître quelque nature supérieure qui doit être remarquée et admirée du genre humain. Mais autant il convient de propager la religion qui est jointe à la connaissance de la nature, autant il faut travailler à extirper la superstition; car elle nous tourmente, nous presse et nous poursuit sans cesse en tous lieux. Si vous consultez un devin ou un présage, si vous immolez une victime, si vous regardez le vol d'un oiseau, si vous rencontrez un Chaldéen ou un aruspice, s'il éclaire, s'il tonne, si la foudre tombe, enfin s'il naît ou se manifeste une espèce de prodige, toutes choses dont souvent quelqu'une doit arriver; alors la superstition qui vous domine ne vous laisse point de repos. Le sommeil même, ce refuge des mortels dans leurs peines et dans leurs travaux, devient par elle un nouveau sujet d'inquiétudes et de frayeurs. »

Cicéron, ainsi que le fait remarquer un célèbre écrivain, croyait, en cette occasion, ne parler qu'à quelques Romains: il parlait à tous les hommes et à tous les siècles!

le deuxième et peut-être les suivants. Ainsi on gagne du temps, et c'est tout ce qu'on désire pour se faire garder à l'hôpital. Plusieurs individus ont peut-être été atteints réellement de fièvre, ou mieux d'accidents intermittents ; mais sur ce point mon scepticisme est aussi grand que la facilité de quelques médecins à l'admettre. Voilà pourquoi j'ai relégué toutes ces fièvres intermittentes trop douteuses dans ma grande classe des individus non malades. Tous ces paresseux divers ont été après tout fort peu tourmentés ; le plus communément les lits vacants étaient nombreux dans les salles. Pourquoi dès lors se montrer difficils? Autant les places ainsi occupées, que procéder à l'évacuation souvent presque complète des salles.

En voilà assez pour justifier mon silence sur les deux cents individus relégués ici. Il a bien fallu les mentionner pour avoir tout dit ; mais la mention est suffisante.

Tableau comparatif des deux semestres.

Je n'ai point l'intention de présenter un parallèle complet, cela m'entraînerait dans un travail tout aussi long que tout ce qui précède ; et en outre, comme j'ai souvent touché à la comparaison des deux semestres, il faudrait souvent aussi me répéter. Mon but unique est de reprendre le service pendant l'année entière sous un coup d'œil d'ensemble, et même je veux seulement indiquer quelques considérations qui m'ont frappé davantage.

Mes souvenirs et mes notes me donnent d'abord cette première impression, que, durant la dernière moitié de l'année, nous avons eu fréquemment un très grand nombre de lits vacants dans le service : circonstance qui avait au contraire été fort rare durant le premier semestre. Bien plus, alors qu'elle s'était présentée, elle n'avait point offert une remarquable persistance ; tandis que dans les six derniers mois, nous avons eu souvent de douze à vingt lits vacants, et cela huit, dix ou quinze jours consécutifs.

Je viens à l'instant de faire ressortir la différence dans le nombre des individus non malades admis aux deux moitiés de l'année : 140 pour le premier semestre, 200 pour le deuxième. Le simple rapprochement de ces chiffres dispense de tout commentaire ; et ce qui leur donne une valeur plus grande, c'est que la salle des hommes a été évacuée pendant les trois dernières semaines du mois de juin, ce qui constitue l'inoccupation absolue de 49 des 70 lits du service presque pendant un des mois du premier semestre.

Comme mortalité totale, 92 malades ont succombé sur 500 au premier semestre, 62 seulement sur 600 pendant le deuxième.

Je viens d'insister avec soin sur les éléments de ces chiffres ; mais je puis maintenant en tirer la conclusion générale, que si le second semestre a été un peu plus chargé de malades, les maladies ont été remarquablement moins graves. Ceci est vrai non pas seulement pour les maladies plus ou moins au pouvoir des ressources thérapeutiques, mais encore pour celles dont la guérison est impossible. En m'occupant de ces dernières, j'ai en effet toujours eu un moindre chiffre de mortalité à signaler. Ces remarques me conduisent à généraliser davantage les considérations que j'ai plus spécialement exposées à propos de la fièvre typhoïde. Nul doute, à mon avis, que communément, l'ensemble de certaines conditions qui, nous échappent, et désignées du nom de constitutions épidémiques ou médicales, n'aient une influence capitale sur la marche et la terminaison des maladies. Dans quelques cas, nous pouvons apprécier certaines conditions, et rapporter, par exemple, les faits observés à l'action de la saison ou de certains états atmosphériques. Ainsi, chacun a observé dans les hôpitaux la singulière mortalité qui signale les jours d'orage. Alors, l'air étant saturé d'électricité, les malades succombent avec une abondance et une rapidité surprenantes. Tout récemment, j'ai vu par une journée pareille, dans l'hôpital auquel je suis actuellement attaché, tous les services de la maison représentés à la salle des morts ; les deux services de chirurgie, par une exception heureuse, mais facile à comprendre, y figuraient seuls pour un cas. La mort, ces jours-là, frappe impitoyablement, et elle atteint de la même manière les maladies aiguës et les maladies chroniques. Mais on ne peut toujours saisir directement le rapport de l'effet à la cause, ou, si l'on aime mieux, le fait de coïncidence. Une mortalité semblable, aussi bien qu'une réussite incroyable, peuvent être observées, alors que rien dans les conditions inhérentes aux malades ou dans les circonstances environnantes n'est apprécié par nos moyens d'investigation. Tous les chirurgiens ont remarqué que quelquefois tous leurs opérés guérissent ou succombent, sans qu'ils puissent l'expliquer autrement que par le bonheur ou le malheur du moment. Dans mon hôpital, toutes les plus graves opérations pratiquées depuis le commencement de l'année ont réussi, et j'entends dire que le contraire avait lieu l'an passé..... Il faut donc reconnaître la grande valeur des circonstances appréciables autrement que par leur résultat, des constitutions épidémiques et médicales..... Peut-être faut-il admettre aussi des constitutions analogues, durant un ou quelques jours seulement ; peut-être encore faut-il admettre qu'elles existent toujours plus ou moins, sinon capables de déterminer seules la proportion de la mortalité, pouvant du moins influer d'une certaine façon sur la terminaison des maladies guérissables, ou sur la rapidité de la marche de celles qui sont essentiellement mortelles. Une comparaison grossière fera mieux saisir ma pensée. Chaque jour les élèves en médecine entrent dans les pavillons de dissection ; et, à leur entrée, rien ne les frappe ; à peine s'ils remarquent le changement d'atmosphère en passant de la cour au pavillon. Prenez un étranger, et faites-le pénétrer ; il sera immédiatement saisi à la gorge par l'odeur désagréable que l'élève en médecine n'avait pas remarquée. L'acclimatement en quelque sorte a produit chez ce dernier cet effet nécessaire. De même un homme en bonne santé ressentira certainement, quoique à un degré inférieur, la grande saturation électrique de l'air des jours d'orage, comme un élève en médecine serait également suffoqué par un pavillon de dissection trop mal tenu. Mais au lieu de cette grande circonstance atmosphérique, supposez les variations plus légères, l'homme en bonne santé ne les apprécie plus, tandis qu'elles retentissent très douloureusement pour les malades : c'est l'étranger dans nos pavillons de dissection.

Toutes ces réflexions sont un peu éloignées des habitudes anatomo-pathologiques par trop exagérées de l'époque. Mais puisque j'y suis amené, je dirai ne pouvoir admettre le système qui consiste à voir seulement dans un malade un état organo-pathologique. Du reste, les conditions dont je viens de parler ne sont pas les seules négligées par une semblable manière de voir..... Sans doute la médecine organique, les états anatomo-pathologiques sont une chose plus simple et plus séduisante pour l'esprit, toujours avide d'éviter des efforts de travail. Mais je dirai volontiers sur ce sujet ce que j'entendais dire récemment dans un des cours de la Faculté, à propos d'une autre question : c'est trop simple pour être vrai. La proposition généralisée est sans doute paradoxale, mais elle est applicable dans le cas particulier, car il importe de se méfier beaucoup des choses trop simples, alors qu'il s'agit d'étudier les phénomènes si essentiellement complexes, dans lesquel rentre d'abord le chapitre si important des influences morales, touchant lesquelles j'ai souvent exposé des faits bien dignes de la méditation des médecins.

Au total, j'arrive à deux grandes conclusions finales, à savoir que nos ressources thérapeutiques sont souvent subordonnées : 1° aux circonstances atmosphériques (le mot est pris dans son sens le plus général) qui environnent les malades ; 2° à l'état moral ou physique des malades. — Voilà pourquoi la médecine pratique est si difficile et si infidèle ; les états organo-pathologiques sont loin de la rendre plus aisée, par la préoccupation trop exclusive de beaucoup de médecins actuels. Peu de moyens sont aussi incontestablement bons contre la pneumonie que la saignée, peu s'adressent plus rationnellement à l'état du poumon dans cette maladie ; j'ai pourtant noté son impuissance absolue contre toutes les pneumonies observées dans un moment donné, pendant le premier semestre, sous l'influence d'une constitution médicale. L'histoire comparée des fièvres typhoïdes des deux semestres, révèle le même fait d'une manière éclatante. Est-il besoin de rappeler aussi combien souvent les conditions personnelles des malades ont modifié la maladie ? Je ne puis que renvoyer à tout mon travail. Les malades savent bien eux-mêmes la bonne influence d'un événement heureux, et tous, après une nouvelle agréable, annoncent une sensible amélioration dans leur état. Le vulgaire connaît également l'influence des bonnes et mauvaises constitutions médicales ou épidémiques. Dans son langage ignorant, mais vrai, il dit chaque jour : « Il y a eu ce moment beaucoup de maladies et elles sont graves. » Ou bien : « mais elles ne sont pas dangereuses. » — Je crains que les médecins ne soient devenus trop savants en devenant anatomo-pathologistes. Au risque de compromettre les progrès de la science, mais dans l'intérêt des malades, ce qui vaut mieux sans doute, je les adjure de devenir un peu *vulgaires*.

— Mon travail est terminé et je suis obligé de reconnaître qu'il est moins riche en réflexions et en renseignements que n'avait été le précédent. La faute en est au sujet et non à moi. L'observation des malades est, en effet, généralement d'autant plus féconde pour notre instruction, que les maladies ont été plus nombreuses, plus compliquées, et, il faut le dire aussi, plus mortelles. A ce point de vue, je me réjouis d'avoir été cette fois moins bien servi par les circonstances. Montesquieu a dit : « Heureux les peuples dont l'histoire est ennuyeuse. » Pour ma justification, je modifierai cette maxime en ces termes : Heureux les malades dont l'histoire est ennuyeuse ! — Heureux moi-même, si le lecteur assez bienveillant et assez patient pour pousser jusqu'au bout cette trop longue lecture, ne cherche pas ailleurs les causes de son ennui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 janvier. — Présidence de M. CAVENTOU.

MM. Chassaignac et *Belhomme* adressent leur demande de candidature pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. Gannal* écrit pour prier l'Académie de procéder à des expériences comparatives sur divers procédés d'embaumement préconisés en dernier lieu. Il rappelle les titres qu'il croit avoir à la confiance des médecins et des familles, et les récompenses académiques que ses travaux lui ont values.

M. Dupuy. Cette demande devrait être renvoyée à la commission de la peste. (Rires.) Les rires ne signifient rien, et ne prouvent que peu de politesse et d'attention. S'il est vrai, comme je le crois, que la peste soit originaire de l'Egypte ; s'il est vrai, et cela ne peut pas faire un doute, que cet horrible fléau y soit endémique ; s'il est vrai, comme je suis très porté à l'affirmer ; que cette maladie ne s'est développée dans ce pays que depuis que ses habitants ont perdu l'usage de l'embaumement des corps, vous voyez, messieurs les rieurs, que la question est grave et sérieuse, et que ma demande n'a rien de bien risible. (Assentiment.)

M. le président. Une commission a été nommée pour examiner les divers procédés d'embaumement soumis à l'Académie. La demande de M. Gannal lui sera transmise. Je ne vois aucun inconvénient à ce que la commission de la peste se réunisse à celle de l'embaumement ; la proposition de M. Dupuy lui sera communiquée.

— *M. P. Dubois* présente à l'Académie un ouvrage de M. Lucas Championnière, intitulé : *Statistique du personnel médical en France.* (Cet ouvrage sera prochainement l'objet d'un examen étendu dans ce journal.)

— *M. Blandin* présente un individu sur lequel il a enlevé, au moyen de la ligature, un cancer occupant toute l'étendue du voile du palais. (Cette opération unique, et offrant un grand intérêt, sera publiée *in extenso* dans un de nos prochains numéros.)

A trois heures et demie l'Académie se forme en comité secret, nonobstant les observations de M. Londe, qui ne trouve aucun inconvénient à ce que le sujet qui occupe l'Académie soit discuté en séance publique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 janvier 1845. — Présidence de M. ÉLIE DE BEAUMONT.

M. Bouchardat lit en son nom, et au nom de M. Sandras, un Mémoire sur la digestion des matières féculentes et sucrées, et sur le rôle que ces substances jouent dans la nutrition.

En 1842, nous avons eu l'honneur de lire à l'Académie un premier mémoire dans lequel toutes nos observations concourent à prouver que les chylifères ne prennent dans les intestins que les matières grasses, et ne jouent, contrairement à l'opinion généralement admise, que ce rôle très secondaire. Aujourd'hui nous allons exposer nos recherches sur la digestion des sucres et des matières féculentes.

Digestion des sucres. Nous avons nourri des chiens avec du sucre de canne en excès. Nous avons retrouvé ce principe dans toute la longueur du canal digestif ; une partie était encore à l'état de sucre de cannes, une autre à l'état de sucre interverti, une autre enfin à l'état d'acide lactique. Quand l'animal est nourri pendant plusieurs jours avec du sucre, l'urine en contient des traces. Nous en avons trouvé dans la bile, dans le sang, dans le chyle ; ce dernier liquide est très peu abondant, il ne contient aucune trace de la matière colorante qui a été prise trois heures avant la mort de l'animal en dissolution avec le sucre. C'est sous les états de sucre interverti et d'acide lactique qu'il est absorbé.

Du sucre de cannes introduit en nature dans le sang passe dans les urines. La glucose et le sucre interverti ne se retrouvent pas dans les urines.

Toutes nos expériences et nos observations nous ont nettement démontré que le sucre de canne pour être détruit dans le sang, devait au préalable être changé en sucre interverti ou converti en acide lactique dans le canal digestif.

Digestion de la fécule crue. — Nos expériences nous ont prouvé que l'homme ou les animaux carnivores digèrent très imparfaitement la fécule crue. Nous l'avons retrouvée en grande partie dans leurs excréments, sous forme de grains inaltérés.

C'est dans l'intestin grêle des animaux herbivores que s'opèrent les modifications principales qui doivent rendre la fécule crue soluble dans l'eau. Mais la digestion de la fécule crue n'est pas toujours absolument complète chez ces animaux. Cette fécule se convertit en produits solubles suivants : 1° dextrine ; 2° glucose ; 3° acide lactique, que nous avons pu suivre dans le sang, dans la bile, et que nous n'avons jamais retrouvé dans l'urine.

Après l'usage des féculents, nous n'avons jamais trouvé d'acide formique dans le sang.

La digestion de la fécule crue est plus facile et plus complète chez les oiseaux granivores que chez les mammifères. C'est surtout dans l'intestin grêle que s'opèrent la décomposition et la transformation de la fécule.

Nous avons constaté dans le sang des oiseaux granivores des traces de glucose, de dextrine et d'acide lactique.

Digestion de la fécule cuite. — L'homme et les animaux carnivores digèrent les féculents après que la coction a brisé les téguments de la fécule. La dissolution commence dans l'estomac, elle se continue dans les diverses parties du canal intestinal.

Une condition très importante de la digestion des sucres et des féculents, est qu'une proportion très modérée (1 gramme au plus pour un chien adulte) de ces substances soit versée à la fois dans le torrent de la circulation ; si, par une circonstance quelconque, ces proportions sont exagérées, il y a du sucre éliminé par les reins.

Deux moyens principaux sont réunis pour concourir à ce but de l'introduction lente et successive dans le sang de produits dérivés des féculents. En première ligne, la lenteur de la dissolution ; en seconde ligne, la voie principale de leur absorption. En effet, les substances féculentes se convertissent principalement en composés solubles dans les intestins ; cette solution, absorbée par les expansions des rameaux de la veine porte, est transportée au foie, et si les matériaux combustibles surabondent dans le sang, la majeure partie de ces principes solubles sont sécrétés par le foie associé avec la bile, qui est de nouveau versée dans les intestins. Les parties solubles de la bile sont absorbées à leur tour et suivent la même voie. Il s'établit ainsi une circulation bornée de la matière alimentaire combustible qui n'est par cet admirable artifice que transmise successivement par le torrent de la circulation.

L'idée que nous venons de développer est en opposition avec la théorie qui voulait que tous les aliments soient convertis en chyle ; mais si on se rappelle avec nous, qu'après l'introduction dans l'estomac des animaux d'aliments sucrés ou féculents, le chyle est très-peu abondant dans le canal thoracique ; si on considère qu'après l'ingestion des dissolutions sucrées contenant de la matière colorante, du safran et du prussiate de potasse, le chyle ne contient aucun de ces produits, et que la bile en renferme, on admettra que c'est principalement par les ramifications de la veine porte que sont absorbés les sucres et les produits dérivés des féculents : non-seulement on les retrouve dans la bile, mais encore la matière colorante et le prussiate de potasse qui ont été ingérés avec eux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 décembre 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Forget* prie M. Faivre de vouloir bien entrer dans quelques détails sur un fait dont il a parlé au sujet de l'emploi du cautère actuel dans le traitement des affections utérines. Il résulterait de la communication de M. Faivre, que la malade aurait beaucoup souffert, ce qui ne s'accorde pas avec l'observation journalière.

M. Faivre, après avoir rejeté toute espèce de tendance hostile à l'usage du cautère actuel qu'il a plusieurs fois employé avec avantage, dit que madame L..., après avoir été guérie par des cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure, d'ulcérations granuleuses du col, conservait un engorgement considérable de l'utérus ; que M. Jobert la cautérisa une fois avec le fer rouge, et que, malgré ses propres instances pour qu'elle laissât ce chirurgien continuer le traitement, elle s'y refusa énergiquement, alléguant les atroces douleurs qu'elle avait éprouvées, non pendant, mais immédiatement après l'opération. Toutefois, M. Faivre n'a d'autres garanties que les affirmations de cette dame ; dont l'exagération, les caprices et la moralité sont peu propres à lui donner beaucoup de poids.

— *M. Belhomme* rend compte de la mission qu'il avait acceptée dans la précédente séance au sujet de la communication faite par M. Piedagnel. Il déclare avoir examiné la femme qui en était en partie l'objet, et n'avoir trouvé aucune trace d'éruption sur quelque point que ce fût de la surface cutanée. Cette femme, âgée aujourd'hui de vingt-un ans, d'une constitution lymphatique, porte de belles cicatrices vaccinales. Réglée à quatorze ans, elle devint épileptique à seize, à la suite d'un accès de colère. Pendant sa dernière grossesse, elle eut de vio-

lents chagrins.

M. Piedagnel exprime le regret de n'avoir pu apporter les pièces. La gature varioleuse des pustules était si évidente, que MM. Gauthier de Claubry et Bousquet, priés d'en examiner plusieurs, n'hésitèrent pas à déclarer que c'était du vaccin primitif. — M. Piedagnel communique des pièces provenant d'un homme mort de la morve.

— *M. Bernardo Joaquim da Cruz Teixeira*, de Braga, adresse un travail intituté : Des retrécissements organiques de l'urètre; plus, sa thèse inaugurale sur la péritonite en général. Il demande le titre de membre correspondant. (Commissaires, MM. Caffe, Cherest, Faivre.

— *M. Szerlecki* adresse la collection du journal de thérapie allemand renfermant plusieurs mémoires originaux dont il est auteur. (Commissaires, MM. Gillette, Caffe, Brierre de Boismont.)

— *M. Giraldès* lit un rapport sur la thèse de concours de M. Cazeau, intitulée : Kystes de l'ovaire.

Après avoir insisté sur l'intérêt qui s'attache à la physiologie et à la pathologie de ces organes, après avoir résumé les connaissances récemment acquises sur leurs fonctions, il analyse le travail de M. Cazeau, qui est connu, et dans lequel il voit d'abord deux points saillants, l étiologie des kystes de l'ovaire et leur thérapeutique.

Dans un second chapitre, il s'occupe des tumeurs contenant seulement une matière liquide plus ou moins amylacée, renfermée dans une poche séro-fibreuse ; tumeurs généralement désignées sous le nom d'hydropysie enkystée.

L'auteur arrive ensuite à la thérapeutique. Une question capitale, celle de l'extirpation, la domine actuellement. Le rapporteur se plaint de la brièveté avec laquelle elle est traitée ; brièveté, du reste ; toujours excusable en face des exigences d'un concours, et il y supplée par une dissertation longue et savante, dans laquelle comparaissent tous les auteurs qui, depuis Peyer (1718), se sont occupés du sujet.

En résumé, les nombreux essais tentés dans le but de faire admettre dans la pratique cette opération, étaient loin de plaider en sa faveur ; une série de revers devait éloigner un chirurgien prudent de suivre cette voie. Il n'en fut pas ainsi. En 1842 et 1843, deux chirurgiens anglais, MM. Walne et Clay, essayèrent à leur tour; tous deux réussirent. Leur exemple entraîna deux chirurgiens distingués des hôpitaux de Londres, qui échouèrent.

Nous possédons maintenant un assez grand nombre d'extirpations des ovaires, pour qu'il soit possible d'en grouper les observations. Dans le tableau donné par M. Cazeau, on trouve 65 opérations. Le chiffre s'est augmenté depuis, et on peut affirmer que l'extirpation ovarienne a été pratiquée 74 fois. Sur ce nombre on compte 24 morts, c'est-à-dire 1 sur 3. Dans 23 cas, c'est-à-dire 1 sur 3 13/16, les difficultés de la manœuvre durent faire cesser toute tentative. Quelques erreurs de diagnostic ont été commises : trois fois il n'y avait pas tumeurs, trois autres fois les tumeurs appartenaient à l'utérus, une autre encore au bassin. Enfin on a vu l'opération être suivie d'hémorrhagies foudroyantes, où la mort arriva au bout d'une heure 1/2, de 2 heures, de 30 heures, de 36 heures, de 3 jours et de 7 jours.

On peut raisonnablement croire que nous connaissons aujourd'hui tous les cas heureux, on peut penser aussi qu'un certain nombre de malheurs sont restés cachés. Mais en acceptant même le chiffre de 74 comme représentant la somme de toutes les observations, nous restons en présence d'une opération dangereuse, effrayante, non-seulement par la proportion de mortalité qu'elle donne, mais encore par sa trop fréquente inutilité par suite d'erreurs de diagnostic. Elle doit donc être énergiquement rejetée.

La commission propose de nommer M. Cazeau membre de la société.

M. Piédagnel fait observer que dans une des précédentes séances, alors que M. Giraldès avait déja eu occasion d'entretenir la société de l'ovariotomie, il avait cru devoir faire remarquer que cette opération n'était pas plus meurtrière que quelques autres. Les faits consignés dans le rapport lui semblent de nature à corroborer cette opinion. Il demande, en conséquence, pourquoi elle serait rejetée.

M. Giraldès répond que la plus grande mortalité est de 1/3 dans les opérations graves, et de 1/2 dans les hernies étranglées; que si on s'arrêtait à cet aperçu superficiel, on pourrait infirmer ses conclusions, les résultats étant à peu près de même pour l'ovariotomie ; mais qu'au fond il y a de très grandes différences.

L'opération en question a pour but l'ablation de kystes qui laissent vivre longtemps, puisque des malades en ont porté pendant soixante ans, qui se guérissent quelquefois, et qui en tout cas peuvent être soumis à un traitement palliatif sans danger, puisque la ponction a été pratiquée jusqu'à deux cents fois sur une même femme (Dezeimeris, journal l'Expérience). Toutes les autres grandes opérations sont faites pour conserver les jours des malades, dans des cas où les chances de terminaison funeste sont très probables. Il n'y a donc pas là des éléments de statistique comparables.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Cazeau est nommé membre titulaire.

Elections. — L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau. Il est constitué, comme il suit, pour l'année 1845 :

Président, M. Gillette, ancien vice-président;
Président honoraire, M. Brierre de Boismont, ancien président;
Vice-président, M. Larrey;
Secrétaire-général. (M. Caffe, nommé pour deux ans, continue ses fonctions.)
Secrétaires particuliers, M. Cherest, réélu ;
M. Faivre, réélu;
Trésorier, M. Boulard.

La séance est levée à dix heures.

Docteur J. Cherest, *secrétaire annuel.*

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie; par M. le docteur Ribes, ancien médecin en chef des Invalides. — 1841-1844. Trois volumes in-8° avec planches ; J.-B. Baillière.

Au milieu des nombreux ouvrages qui viennent chaque jour augmenter les bibliothèques médicales, c'est une bonne fortune pour nous et pour nos lecteurs de rencontrer un livre de M. Ribes, l'un des glorieux débris du corps de santé des armées impériales, l'homme des conseils duquel, nous pouvons le dire sans nous écarter du respect dû à ceux qui sont morts, son ami et collègue M. Larrey se disait heureux de profiter dans les cas graves et difficiles. Savant autant que modeste, et l'un des plus habiles anatomistes de notre époque, il n'est presque pas un point que M. Ribes n'ait abordé. On sait combien de services il a rendus à la science par ses minutieuses et délicates recherches sur l'anatomie du globe oculaire en particulier, et de ses parties constituantes, travaux qui après avoir été publiés à diverses époques dans les recueils périodiques, ont été rassemblés par l'auteur dans le premier volume de l'ouvrage dont nous rendons compte. On lui doit des études non moins remarquables sur l'appareil nerveux encéphalo-rachidien, sur les appareils des sens, et notamment sur l'organe de l'ouïe, puis sur la rate et les glandes salivaires.

Chirurgien militaire, M. Ribes a nécessairement rencontré souvent dans sa pratique des cas rares de maladies et d'affections articulaires, traumatiques ou non. Les circonstances toutes particulières dans lesquelles sa position le plaçait lui ont fourni l'occasion de recueillir un grand nombre d'observations curieuses, et les mémoires qu'il a publiés sur les maladies des os, la carie, la nécrose, les fractures et les luxations, les tumeurs blanches, accompagnées qu'ils sont de faits intéressants et de réflexions judicieuses, auraient seuls suffi pour placer leur auteur au rang des pathologistes les plus distingués. Nous n'oublierons pas les recherches de M. Ribes sur la phlébite et l'inflammation des veines, maladies peu connues à l'époque où il les publiait, et sur laquelle il a le premier fixé l'attention des praticiens; celles sur l'anatomie chirurgicale du périnée et les abcès urineux ; enfin le chapitre consacré aux erreurs dont peut être l'objet le diagnostic des abcès et des anévrismes; et ici, un mot en passant. Si contrairement à l'aveu que font noblement nos plus savants professeurs de chirurgie, il pouvait rester à quelques praticiens cette opinion accréditée dans le public, que la chirurgie est une science toujours exacte et positive, plus certaine et moins sujette à l'erreur que la médecine, nous leur recommanderions de lire attentivement la première partie du mémoire dont nous parlons, et dans laquelle l'auteur, entre autres faits, rapporte quatorze observations d'abcès pris pour des anévrismes, et dix d'anévrismes pris pour des abcès. La seconde partie comprend quatre faits d'anévrismes spontanément guéris par oblitération, chose rare, et quelques autres de tumeurs de la même nature portés par des sujets, sans qu'ils en fussent notablement incommodés pendant vingt, vingt-huit ans, et plus longtemps encore.

Sans vouloir entrer dans une plus longue analyse des deux premiers volumes dont la publication (1841) faisait impatiemment attendre le complément, nous nous bornerons ici à examiner rapidement le troisième volume qui, nous l'espérons bien, ne sera pas le dernier mot de M. Ribes. Des recherches sur les perforations de l'estomac, dans lesquelles l'auteur a rapporté un grand nombre des réflexions du professeur Chaussier ; un traité de la taille bilatérale ; l'histoire d'une tumeur blanche du genou avec luxation spontanée consécutive, occupent les premiers chapitres. Parmi les nombreuses observations que l'auteur rapporte dans ce volume, on distinguera principalement l'autopsie du duc Fernand-Nunez, qui succomba à une phlébite, et chez lequel on trouva des traces d'inflammation veineuse jusque dans les sinus de la dure-mère. Le sujet dont M. Ribes s'est le plus spécialement occupé dans les mémoires que contient ce volume, c'est l'anatomie et la pathologie de la colonne vertébrale, son mécanisme, ainsi que les maladies qui affectent le plus souvent cette portion du squelette. Enfin, une dernière partie est consacrée à un coup-d'œil rapide sur le service de santé de la maison de l'empereur, à la suite de la grande armée. Ce chapitre, qui peut être considéré comme une page anecdotique de la grande épopée impériale, renferme entre autres choses des détails peu connus sur l'embaumement du général Morlant, dont on a pu voir, pendant les premières années de la restauration, le corps parfaitement conservé au Musée de l'Ecole de médecine de Paris ; sur la mort du général Duroc, et quelques cas intéressants de plaies d'arme à feu.

Bien qu'il termine son ouvrage par un adieu à ses vieux camarades des armées impériales, et qu'il semble vouloir se retirer de la vie publique, nous espérons bien que cette publication ne sera pas la dernière ; que l'auteur nous communiquera encore quelques-uns des résultats de sa longue et solide expérience, et qu'il ne laissera pas enfouis dans ses cartons les nombreux matériaux que les occupations continuelles et fatigantes du service actif l'avaient empêché jusqu'à ce jour de mettre complétement en œuvre.

Dr A. Foucart.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Les journaux de Montpellier se préoccupent beaucoup de la démission de M. le professeur Lallemand, que l'on a donnée comme certaine. Il paraît que déjà les intrigues se croisent ; des professeurs demandent une mutation de chaire. Le *Courrier* et l'*Echo du Midi* publient à ce sujet des réflexions fort justes, et auxquelles nous nous associons volontiers. « Sans parler, dit le *Courrier*, des intérêts, des droits même qu'une telle combinaison pourrait froisser, n'est-il pas vrai que, pour occuper une chaire de clinique chirurgicale, des qualités spéciales sont nécessaires? A des études solides, il faut joindre un coup d'œil dès longtemps exercé ; il faut posséder, en outre, une habileté de main incontestable ; en un mot, il faut être un praticien éprouvé. »

— A propos de clinique, des discussions fort vives ont eu lieu, dit-on, depuis quelque temps, dans le sein du conseil-général des hôpitaux. Sur la plainte de quelques malades, plusieurs membres ont demandé s'il n'y avait pas danger à livrer des sujets à l'examen de nombreux élèves ; l'auscultation, la percussion répétées par un grand nombre de personnes nuiraient à la santé et au repos des malades ; le meilleur moyen d'obvier à ces inconvénients serait le retour à l'exécution du règlement, qui accorde aux seuls professeurs de la Faculté 40 lits et 40 élèves ; on s'est demandé si les cours de clinique étrangers à la Faculté ne devraient pas être interdits ; si les agrégés eux-mêmes devraient avoir l'autorisation de continuer leurs leçons cliniques ; la sollicitude de M. le doyen s'est émue, et après une lutte assez vive de sa part, dit-on, il a été arrêté que les cours cliniques des chefs de services seraient tolérés, et que la prohibition pèserait exclusivement sur les chefs de clinique et quelques internes qui réellement n'ont pas qualité pour un professorat aussi important, où il faut des hommes d'expérience et offrant toutes les garanties convenables.

A ce sujet, nous ferons remarquer, pour la millième fois, combien la présence de plusieurs médecins dans le conseil des hôpitaux serait avantageuse. Quelques éclairés, quelques consciencieux que soient les membres du conseil, tous les jours il se présente une foule de questions dans lesquelles ils sont obligés de déclarer leur incompétence. Nous reviendrons plus longuement sur ces importantes matières.

Monsieur le rédacteur,

C'est à mon tour à réclamer de votre impartialité l'insertion d'une courte reponse aux dénégations de M. Debeney, qui soutient n'avoir pas expérimenté sa prétendue méthode dans mon infirmerie et en mon absence momentanée... La mémoire de M. Debeney le sert sans doute très mal en cette circonstance ; car *j'affirme* de nouveau que ce fait et les conséquences que j'ai relatées sont de la plus stricte exactitude.

Agréez, etc.,

Dr Berton.

Paris, 21 janvier 1845.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 JANVIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 10. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 24 JANVIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Au moment où l'on s'occupe de toutes parts, comme par une sorte de recrudescence, du traitement de la fièvre typhoïde, nous croyons utile de rappeler l'attention sur la doctrine et la thérapeutique de M. le baron Michel.

Parlons d'abord de la doctrine.

Nous admettons que « les plaques jaunâtres, l'état exanthémateux, puis ulcéreux, des follicules intestinaux, sont un effet de la maladie... (1) » Mais cela étant, où réside la cause prochaine? Dans l'axe cérébro-spinal, d'après l'auteur, dont voici les paroles : « L'action morbide semble émaner du système cérébro-spinal, avec réaction sur les nerfs ganglionnaires. Wogel, Gottel, Marcus, Jemina, parlent d'une phlogose particulière du cerveau comme cause première de la fièvre typhoïde. » M. le baron Michel cite le cas d'un jeune soldat plein de force qui, par suite du refus de son colonel d'admettre son remplaçant, fut pris de symptômes typhoïdes et mourut au cinquième jour de la maladie. A l'autopsie, on trouva quelques plaques jaunes dans l'intestin et une légère injection des méninges.

Dans cette observation, il est bien évident que la maladie a eu sa source dans une cause morale ayant agi d'abord nécessairement sur l'encéphale. Mais dans une foule d'autres cas il n'en est pas ainsi. A la vérité, M. le baron Michel dit : « Nul doute que le système nerveux n'ait besoin, pour une semblable maladie, d'acquérir la diathèse qui lui est propre, comme cela a lieu dans les fièvres intermittentes pernicieuses. Cette diathèse peut être amenée par des causes diverses qui agissent sur la sensibilité; toutes les puissances nuisibles, morales ou physiques, peuvent donc produire les mêmes résultats... »

L'auteur admet donc les causes physiques, mais il les admet à titre de circonstances productrices de la diathèse cérébro-spinale, à laquelle il lui semble indispensable de remonter toujours comme au fait pathogénique essentiel et dominant.

Nous ne connaissons qu'une manière de montrer l'estime que l'on a pour une doctrine, c'est de la soumettre à un libre examen et de la discuter avec franchise.

(1) Statistique médicale de l'hôp. milit. du Gros-Caillou, etc.

Pour nous, le fait essentiel et dominant, c'est toujours l'altération du sang. Point d'état typhoïde hors de cette condition. M. le baron Michel tient grand compte assurément de l'altération du sang, mais il la subordonne à la diathèse cérébro-spinale. Or, à nos yeux, c'est le trouble cérébro-spinal qui est subordonné. En effet, lors même que, comme dans le cas de ce jeune militaire dont il a été question tout à l'heure, lors même, disons-nous, que la cause a été toute morale, on ne peut admettre que le fait pathogénique essentiel ait consisté dans un état morbide de l'encéphale, pas plus qu'il n'a consisté dans un état morbide du tube digestif, lorsque la pyrexie s'est développée à la suite d'un mauvais régime alimentaire. L'encéphale dans un cas, le tube digestif dans l'autre, sont les voies de la cause morbide; mais celle-ci les dépasse et va produire son effet sur l'ensemble de l'économie, en viciant l'humeur vitale. Ainsi, le fait essentiel et dominant de la pathogénie, dans le typhus de nos contrées, c'est l'altération du sang, à laquelle on peut rattacher aussi bien les accidents cérébraux que les lésions intestinales, celles-ci se présentant, en particulier, comme le résultat d'une élimination du principe miasmatique tentée par la nature à travers des organes glandulaires. Seulement, dans certains cas, l'altération humorale sera due à des conditions de régime, d'habitation, à des causes matérielles, en un mot, et dans d'autres à des causes immatérielles ou morales. On devra à M. le baron Michel une démonstration plus évidente de la réalité et de l'importance de ces dernières. Nous avons déjà dit, dans un autre article, qu'il est impossible de méconnaître l'influence des violentes perturbations morales sur l'état du sang. Qui voudrait nier les effets des passions tristes sur la nutrition? Or, le sang n'est-il pas la condition matérielle principale de la nutrition?

Quoi qu'il en soit de ces dissidences sur le mode pathogénique, toujours est il que M. le baron Michel a été conduit à essayer et à adopter contre la fièvre typhoïde une thérapeutique avantageuse. Elle consiste dans l'administration d'une boisson ainsi composée : eau gommeuse édulcorée; acétate ammoniacal, 4 à 8 grammes; teinture thébaïque, 6 décigrammes; à prendre par demi-verre de demi-heure en demi-heure. « L'opium ajoute à l'action sudorifique de l'acétate ammoniacal, et un malade peut, dans les vingt-quatre heures, boire deux à trois litres et plus de ce mélange; ce qui fait 3 grains d'opium qu'il prend dans cet espace de temps. » Quelquefois, mais rarement, M. le baron Michel fait poser des sangsues derrière les oreilles ou à l'épigastre. Jamais de saignées générales. Vers la fin de la maladie il a retiré de bons effets des préparation de quinquina. « Je ne dirai pas que tous les malades ont guéri; mais je certifierai que c'est la méthode qui réussit le mieux, et que c'est à elle que j'attribue la diminution des morts de fièvre typhoïde du deuxième semestre. »

Tous les médecins et chirurgiens du Gros-Caillou ont été à même d'apprécier les bons effets que M. le baron Michel, médecin en chef de ce grand établissement pendant plusieurs années, a obtenus de son mode de traitement. D'ailleurs, il n'est plus le seul aujourd'hui à l'avoir employé. M. le docteur Maillot, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, l'auteur justement estimé du *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, l'a souvent prescrit, et s'en loue beaucoup. Il a vu, sous l'influence de l'acétate ammoniacal, la langue s'humecter, la peau s'assouplir, et la stupeur diminuer : signes certains de l'atténuation du principe morbide. « Quand la langue reprend son humidité, dit M. le baron Michel, c'est un signe réel de guérison. » Nous pourrions citer d'autres médecins qui ont employé également avec avantage la médication de M. le baron Michel. On doit la rapprocher de celle qui a été ultérieurement essayée par M. le docteur Laveran, professeur au Val-de-Grâce, et dont nous avons parlé. La créosote manifeste aussi son action par une diaphorèse abondante (certains malades sont comme macérés). On ne comprendrait pas que de pareilles méthodes curatives ne devinssent sur nos grands théâtres cliniques, de la part des hommes qui ont pour mission spéciale de travailler au progrès de la science et au perfectionnement de la pratique, un objet de recherches et d'expérimentation.

— M. le professeur Chomel traite dans son cours de clinique, à l'Hôtel-Dieu, des tumeurs de l'ovaire. Un de nos collaborateurs rendra compte de ces leçons, empreintes d'un caractère pratique. Nous voulons dire un mot seulement d'un cas qui nous a paru fort intéressant au point de vue du diagnostic. Une femme éprouve tout à coup des douleurs vives dans le ventre, des vomissements, de la diarrhée. Elle n'a pas eu d'enfants. La palpation abdominale, le toucher vaginal et le toucher rectal, font reconnaître deux tumeurs, l'une considérable située à droite, l'autre peu volumineuse, placée à gauche. On peut pousser le museau de tanche en haut et à gauche, sans que la grosse tumeur, celle du côté droit, éprouve de mouvement; d'où il suit qu'on doit la considérer comme indépendante de l'utérus. La soudaineté, l'acuité des accidents pouvaient faire croire à une tumeur inflammatoire. Voilà où est l'intérêt. Mais, d'une autre part, le volume de la tumeur, sa forme bosselée, les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, ont fait penser à M. Chomel qu'il s'agissait d'un kyste ovarique ancien, développé à l'insu de la malade, et s'étant révélé tout à coup par des accidents aigus, à l'occasion d'une cause quelconque, peut-être d'un refroidissement. Quelques antiphlogistiques, le régime, le repos, ont fait justice de ces accidents. La tumeur reste ce qu'elle était; seulement les tissus tuméfiés autour d'elle, et qui ajoutaient à son volume, se sont affaissés. L'indépendance de la tumeur vis à vis de l'utérus n'excluerait pas l'idée d'un phlegmon. En effet, à la suite de l'accouchement, il arrive que l'ovaire s'enflamme, se tuméfie, et subit la fonte purulente; or les auteurs, M. Grisolle entre autres, indiquent alors comme signe pathognomonique une certaine mobilité de la tumeur.

Chez la femme dont il vient d'être question le col de la matrice est effilé et recourbé en bec d'oiseau, en même temps que l'orifice utérin est très petit : double circonstance qui rendrait compte de la stérilité, si l'état des ovaires (nous sommes fortement porté à supposer que la tumeur gauche est aussi ovarique) ne l'expliquait de reste.

— A l'occasion du fait du service de M. Rayer, relatif à une oblitération supposée de la veine cave supérieure, M. Vigla nous a cité un cas semblable qu'il a observé chez une femme de cinquante ans. Les symptômes étaient les mêmes que chez le malade de la Charité. L'oblitération était fort ancienne; car, à l'autopsie, au-dessous d'elle, on trouva le sang comme pulvérulent.

— Il y a une artérite oblitérante comme il y a une phlébite oblitérante. Un des exemples les plus curieux que nous connaissions de la première de ces affections, a été rapporté par M. Pingrenou, chirurgien-major, dans le tome LIV des

FEUILLETON.

OBSERVATIONS SUR LE DRAGONNEAU EN AMÉRIQUE.

Ayant habité l'Amérique septentrionale pendant plus de vingt ans, ayant parcouru par terre la longue ligne qui se trouve entre Lima, la capitale du Pérou, et Mattogroso, Para, Maranhao, provinces de l'empire du Brésil, j'ai recueilli pendant ce voyage quelques faits assez curieux sur le dragonneau, cet insecte si remarquable dont vous vous occupiez dans votre feuille de mardi dernier, 21 janvier. Je vous les remets en partie, ces faits; si vous les croyez dignes d'intérêt, veuillez leur accorder une place dans les colonnes de votre scientifique journal.

Les observations suivantes extraites de mon Journal de voyage, ont été recuelllies aux *Jungas*, forêts du Pérou et de Bolivie, à *Chiquitos* et *Moxos*, missions appartenant à Bolivie; enfin chez les *Apiacas*, *Mandurucus*, *Gamelas*, *Acarapos*, *Arenas*, etc., etc., peuplades qui habitent les vastes forêts qui se trouvent entre Chiquitos et Mattogroso, et entre Mattogroso et le Para, et Maranhao.

Les Péruviens et les Boliviens connaissent le dragonneau sous le nom de *guzano penetrador*. Les Indiens descendants des Incas, sous celui de *itchouvaou*. Les Brésiliens lui donnent celui de *vermes penetrans*. Les Indiens du Brésil, en langue générale, l'appellent *tanacurarè*, qu'il ne faut pas confondre avec le *tamacuraré*, qui est une espèce de lézard.

On ne rencontre le dragonneau que dans les régions chaudes et humides, plus communément dans les forêts que dans les lieux habités, et plus encore au temps de la chute des feuilles. Il est blanc-perlé de texture tendineuse; le plus long que j'ai vu avait dix-huit pouces; il était de la grosseur d'une plume d'oie. Les Indiens m'ont assuré qu'il y en avait de beaucoup plus longs et plus gros. Selon eux, cet insecte attaque le singe, le tapir, le jaguar, enfin tous les quadrupèdes, aussi bien que l'homme. Il se loge dans tous les muscles superficiels du corps, mais préférablement dans ceux des jambes et des cuisses.

D'abord insecte microscopique, ayant comme la chique et comme la puce la propriété de sauter, le dragonneau s'élance sur le corps où il veut se fixer, s'y attache, et pénètre en séparant les fibres cutanées jusqu'au tissu cellulaire, où il prend un développement proportionné au temps où il y demeure. Comme la chique encore, il y dépose ses larves qui sont renfermées dans un kyste rempli d'un liquide blanchâtre et épais. Après un certain temps d'incubation, ces larves deviennent de très petits vers, qui par leurs mouvements et leur présence causent dans les parties où ils se sont développés un abcès qui, s'ouvrant spontanément, leur donne une issue par laquelle ils s'échappent et se répandent sur le sol. Les personnes chez lesquelles le dragonneau s'est logé, et qui ne se soumettent à aucun traitement, éprouvent les symptômes suivants, que je diviserai, pour plus de clarté, en trois périodes. 1° Période de production; 2° période de développement; 3° période de reproduction.

1° Quand le dragonneau a pénétré dans une des parties du corps, on y ressent quelque temps après une légère démangeaison, qui augmente graduellement, et finit par s'élever au point d'exciter à se gratter avec une espèce de désespoir. Comme rien à l'extérieur, si ce n'est un petit point semblable à une morsure de puce, ne peut faire découvrir la présence de l'insecte aux personnes qui ne connaissent pas le dragonneau, ou à celles qui nient son existence, il arrive souvent qu'elles se soumettent à une médication plus ou moins rigoureuse, en supposant que ce prurit si incommode n'est que la conséquence d'une affection interne (je pourrais au besoin citer plusieurs observations sur ce fait). Cet état peut durer plusieurs mois, sans que l'on en puisse découvrir la véritable cause.

2° A cette cruelle démangeaison viennent se joindre des lassitudes, des élancements, des douleurs plus ou moins vives, et un peu d'œdème dans le membre ou toute autre partie que le dragonneau occupe. Ces douleurs augmentent à la pression; cependant il n'existe ni chaleur, ni rougeur. On remarque seulement une ou plusieurs petites élévations sur la peau, un peu sensibles au toucher, et resserrées dans un espace plus ou moins étroit, sous les téguments qui se trouvent entre ces élévations; qui simulent parfaitement le furoncle indolent à son début. On sent distinctement, au toucher, une certaine tension qu'on pourrait comparer à une corde. Cette partie est quelquefois un peu œdémateuse. Le malade éprouve quelquefois des frissons, de la chaleur, des sueurs, des envies de vomir; il perd l'appétit, s'inquiète et s'amaigrit rapidement.

3° Les douleurs deviennent plus vives; la fièvre continue, s'allume; les tumeurs augmentent de volume, et suivant la marche régulière de l'inflammation, elles s'ouvrent spontanément et donnent issue à un liquide blanchâtre quelquefois mêlé de pus. Les plaies se nettoient et se cicatrisent en peu de temps, et le malade ne souffrant plus, se croit guéri. Mais, quelque temps après, les démangeaisons recommencent, ainsi que la série de symptômes que nous venons de retracer, suivant toujours la même marche tant que le dragonneau n'est pas extirpé.

Il est bien rare de pouvoir suivre la marche de la maladie dans ces trois périodes; car les nègres dans les villes, et les Indiens dans les forêts, sont si habiles à reconnaître la cause de ce mal, qu'on en est délivré presque aussitôt qu'on en est atteint.

Je passe au traitement; mais avant d'aller plus loin, je dois faire observer, comme chose très remarquable, que toutes les différentes peuplades que j'ai visitées en allant de Lima à Maranhao, malgré leur éloignement, et le peu ou point de communication qu'elles ont entre elles, emploient toutes le même procédé curatoire.

Traitement pendant la première période.

Les Indiens appliquent alors sur le point où ils reconnaissent que le ver a pénétré, et sur celui où la démangeaison est la plus vive, quelque peu de brou d'écorce de châtaigne du *caju*, qui est, comme on le sait, un caustique assez violent. Ils le laissent séjourner jusqu'à ce que l'épiderme soit détruit; ils recouvrent l'eschare de feuilles fraîches de ricin. Après vingt-quatre heures, plus ou moins, l'eschare tombe, la cicatrice se forme presque en même temps, et le malade est guéri.

Traitement de la deuxième période.

Les Indiens percent d'outre en outre, et en plusieurs endroits de

Mémoires de médecine militaire. L'inflammation de l'artère crurale, l'oblitération de ce vaisseau et la gangrène spontanée, furent la suite de l'irritation communiquée à l'artère iliaque externe par un ulcère de l'S du colon, chez un dysentérique.

— M. Vigla nous a cité aussi le cas d'un homme qui, après avoir éprouvé les accidents d'une vive réaction, dont on ne pouvait saisir la cause, offrit un bruit de souffle au second temps, qui fixa le diagnostic. L'artère sous-clavière, puis l'axillaire et la brachiale s'oblitérèrent. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'une des valvules ventriculo aortiques, transformée, comme par un emporte-pièce, en une sorte d'anneau, à travers lequel le sang refluait de l'aorte dans le ventricule : insuffisance d'une espèce toute particulière, dont il existerait un second exemple dans Kreisig.

— Encore un mot sur l'artérite, puisque l'occasion s'en présente. On lit dans Hogdson, une observation d'ulcération de l'aorte à son origine. L'ulcération contenait du pus. Le malade avait succombé dans un état typhoïde, c'est-à-dire avec les symptômes qui caractérisent l'infection purulente. Ce cas nous a toujours frappé. Existe t-il une pyohémie dans laquelle l'infection procède des artères ?....

— M. Chassaignac a extirpé, à l'Hôtel-Dieu, avec l'habileté qu'on lui connaît, un cryptocèle remarquable en ce que la matière contenue était stratifiée, dure, résistante, lisse et donnait tout à fait l'idée d'un kyste à parois denses, comme cartilagineuses. Le kyste producteur, dont on avait énucléé cette matière après l'opération, se présentait sous l'aspect d'une membrane fine et rosée. Ce cas est intéressant en ce que l'on aurait pu prendre le contenu du kyste pour le kyste tout entier.

— A l'occasion de ce fait, M. Blandin a cité celui d'une dame chez laquelle il extirpa une cryptocèle de la face dont elle avait déjà été opérée. On s'était borné à inciser le kyste et à presser la peau sur ses côtés pour le faire sortir, en quoi évidemment on n'avait pas réussi. Ces cas ne sont pas rares ; mais par cela même il est nécessaire d'y revenir pour montrer l'attention qu'il faut apporter à cette opération.

— M. Blandin a extirpé un testicule tuberculeux intra-inguinal, pour lequel le malade était entré plusieurs fois à l'hôpital. Il a fait une incision en T ; les vaisseaux du cordon ont été liés au fur et à mesure qu'ils étaient divisés. La tumeur était bilobulaire. Une portion comprenant le testicule très réduit était intra-inguinale ; l'autre était extra-apouévrotique, et située sur la paroi antérieure du canal. On peut admettre, avec M. Blandin, que la fonte de la portion intra-inguinale, manifestement tuberculeuse, a été suivie de la fusée du pus à travers une éraillure de l'aponévrose, et de la formation d'un foyer constituant la portion extra-inguinale de la tumeur.

— M. Barth, dans une de ses démonstrations d'anatomie pathologique, a cité une observation qu'il a recueillie pendant qu'il était chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, et dans laquelle, à la suite d'une fistule vésico-vaginale qui pendant longtemps avait rendu l'urètre inutile, il fut démontré que ce canal était oblitéré. M. Barth publiera sans doute ce cas curieux d'anatomie pathologique ; en attendant nous avons voulu en consigner ici la substance, et nous le faisons avec toute la sécurité que peut donner l'affirmation d'un observateur attentif et consciencieux.

— Un médecin ayant introduit dans l'urètre d'un homme atteint de rétrécissement, le porte caustique droit de M. Lallemand pour cautériser le canal, éprouva, quand il voulut retirer l'instrument, une légère résistance, et reconnut, après avoir retiré le porte-caustique, que la cuvette s'étant détachée à l'endroit de sa soudure avec la tige, et était restée dans l'urètre.

Le malade eut, pendant les deux jours qui suivirent l'accident, trois accès absolument semblables à ceux de la fièvre intermittente, phénomène assez commun, comme chacun sait, à la suite des opérations pratiquées sur l'urètre ; il y eut de la dysurie. M. le docteur Tertelin, qui nous communique cette observation, ayant été appelé, eut recours, pour extraire le corps étranger, à la pince de Hunter, qu'il introduisit jusqu'au delà du bulbe, pendant qu'il pressait de l'un de ses doigts sur le périnée, en arrière du point où la cuvette s'était arrêtée. Il crut avoir réussi à une première tentative, mais la pince n'amena qu'une portion d'eschare. L'instrument ayant été introduit une seconde fois, le patient rendant compte de ses impressions et aidant ainsi l'opérateur, la cuvette fut extraite avec facilité. Elle tomba à terre aussitôt que l'instrument fut hors du canal. Entre les mors de la pince se trouvait un corps pulpeux d'assez gros volume, qui fut aisément reconnu pour une eschare. Cette eschare avait conservé la forme du canal, c'est-à-dire qu'elle était tubuleuse ; la longueur du cylindre qu'elle constituait était de plus d'un centimètre ; sa surface externe était imbibée de sang, tomenteuse et épaissie, surtout dans un point que l'on supposa avoir correspondu au rétrécissement. Le malade n'éprouva pas sur-le champ de douleur vive, et rendit goutte à goutte par le méat urinaire environ 16 grammes de sang rouge-vif. Quelques heures après il urina à plein canal, mais avec douleur.

Il est dit dans l'observation que la dysurie se reproduisit insensiblement, et qu'en définitive le rétrécissement ne fut aucunement amélioré. L'importance d'un tel fait n'échappera à personne. Il prouve que la cautérisation, si profonde qu'elle soit, est insuffisante pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre. Faut-il en conclure que la cautérisation doit être rejetée ? Les fauteurs des opinions exclusives trouveront cette conséquence légitime. Pour nous, qui nous sommes fait une opinion sur le traitement des coarctations urétrales d'après la pratique de M. le docteur Pasquier, aux Invalides, ce cas, fût-il accompagné d'une foule d'autres semblables, ne prouve rien contre la cautérisation. Il prouve seulement qu'il faut savoir l'employer, et qu'il doit y avoir deux éléments dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, comme il y a deux éléments dans la lésion elle-même.

M. le docteur Pasquier s'est appliqué, depuis longtemps, à bien faire comprendre que, dans une coarctation de l'urètre, il y a généralement deux choses : l'inflammation chronique de la membrane muqueuse, et l'épaississement de la tunique sous-jacente par suite de cette inflammation. Le caustique agit substitutivement sur le premier de ces éléments morbides ; il fait disparaître l'inflammation. Mais le rétrécissement persiste, attendu qu'on n'a encore rien fait contre le second élément, contre l'épaississement sous-muqueux.

Il y a plus : comme la lésion de la muqueuse n'est pas toujours une simple inflammation, qu'il y a souvent érosion ou même ulcération de cette membrane, et qu'alors, par suite de l'action du caustique, il y a plaie par brûlure, puis cicatrice de brûlure, la cautérisation pourra ajouter à la coarctation déjà existante celle qui résulte de la rétraction du tissu inodulaire. C'est l'objet de la compression ou dilatation de détruire le second élément de la lésion, l'épaississement de la couche sous-muqueuse. Ainsi, cautérisation pour dissiper l'inflammation de la muqueuse, ou pour cicatriser l'érosion ou l'ulcération ; dilatation pour résoudre l'induration de la tunique sous-muqueuse ; tel est le traitement *mixte;* tel est le traitement adopté par M. le docteur Pasquier, et auquel il doit des succès dont l'authenticité pourrait être affirmée par toutes les personnes qui ont suivi pendant quelque temps la clinique chirurgicale de l'hôtel des Invalides.

— Il y a une grande différence entre la perforation et la rupture. Cette différence est triple :

1° La rupture suppose une violence ; la perforation suppose un travail morbide (différence étiologique) ;

2° La rupture est généralement immédiate ou abrupte ; la perforation est lente (différence pathogénique) ;

3° Enfin la rupture se présente sous l'aspect irrégulier et caractéristique de la déchirure ; la perforation n'offre rien qui puisse rappeler une lésion traumatique. Différence plus facile à sentir qu'à bien décrire (différence anatomique).

Sous le titre de rupture du cœur, un élève des hôpitaux a présenté à la Société anatomique une lésion qui a été généralement regardée comme une perforation.

Le sujet était un vieillard de soixante-quinze ans. On ne sait rien de ses antécédents, si ce n'est qu'il avait souvent des maux de tête, des étourdissements, et qu'il était tombé plusieurs fois sur la face. On l'a trouvé mort le matin dans son lit. Il s'était couché le soir, sans rien éprouver qui pût faire pressentir ce qui allait arriver. Sa fin n'a pas été violente, puisque les malades couchés près de son lit ne s'en sont pas aperçus.

L'attention s'est d'abord portée sur le cerveau. On a trouvé les os du crâne très imbibés de sang. La dure-mère adhérait à l'arachnoïde. La substance médullaire du cerveau était piquetée.

On a examiné ensuite la poitrine. Le péricarde renfermait une grande quantité de sang. Le cœur était perforé sur le bord du ventricule gauche dans deux points extérieurement, et dans trois points à l'intérieur. En d'autres termes, il y avait trois trajets dont deux s'ouvraient dans un orifice externe commun. Ces orifices, tant internes qu'externes, étaient très petits, difficiles à bien apercevoir ; un stylet a été introduit dans les trajets qui y faisaient suite, et aucun doute n'a pu subsister sur la réalité de l'altération. Il n'en est pas de même de sa nature. Il n'a point paru que ce fût là une rupture. On ne peut voir les caractères de cette espèce de lésion dans un trajet, à la vérité déchiqueté à sa surface interne, mais d'une petitesse extrême. Comment concevoir une violence qui se concentrerait sur une aussi petite surface ?

Il est à remarquer qu'il y avait un décollement au pourtour de l'un des orifices externes dans l'épaisseur même du tissu musculaire, et que le foyer était rempli de sang. Le travail morbide a donc trouvé une certaine résistance vers la surface externe du cœur. Le ventricule gauche était un peu hypertrophié. L'auteur de la présentation affirme que son tissu était sensiblement ramolli.

Y a-t-il eu, dans ce cas, une violence extérieure ? — Non. — La lésion a-t-elle été abrupte ? — Non. — Les caractères anatomiques sont-ils ceux d'une lésion traumatique ? — Non. — La lésion n'est donc pas une rupture, et il faut établir dans la nomenclature, à côté des ruptures du cœur, un genre pour les perforations de cet organe.

— M. Bérard a appliqué sur un jeune homme très vigoureux, ayant les jambes parcourues de varices énormes, son procédé de cautérisation. Ce jeune homme avait été opéré à l'Hôtel-Dieu par la ligature, suivant le mode qui consiste à étrangler la veine au moyen d'une aiguille passée au dessous d'elle, et autour des extrémités de laquelle on enroule un fil avec force. L'opération avait été faite sur les deux membres. D'un côté, la circulation s'est rétablie au bout de huit jours, et de l'autre l'opéré ne s'est point aperçu que la circulation eût été arrêtée. Nous n'avions pas besoin de ce fait pour penser que la ligature des veines est un procédé insuffisant, outre qu'il constitue une opération très dangereuse. X...

HOPITAL NECKER. — M. DELARROQUE.

De la fièvre typhoïde et de son traitement par les évacuants. Relevé statistique ; par M. G. GOGUÉ, interne du service.

(Suite du n° 8.)

OBS. III. — Le nommé Hubert (François), âgé de dix-neuf ans, domestique, après avoir éprouvé un grand refroidissement, il y a environ une semaine, a ressenti un malaise général, de la courbature, du frisson et de la fièvre.

Il entre à l'hôpital Necker le 5 décembre 1844, et est couché au n° 16 de la salle St-Jean.

On constate les symptômes suivants :

Le malade est couché sur le dos, un peu incliné sur le côté droit. Douleur aiguë, fixe, continue, siégeant sous la région mammaire du côté droit : elle augmente par la pression, la percussion et la toux. Dyspnée, respiration courte, toux sèche et sans crachats rouillés ; peau chaude, pouls fréquent. A la percussion, sonoréité affaiblie, et à l'auscultation, bruit de frottement dans une étendue assez limitée et correspondant au point douloureux ; pas d'égophonie, pas de râle crépitant ;

---

leurs bases, les tumeurs qui existent, suivant du doigt le trajet tendineux qui se fait sentir entre les tumeurs, ils le percent également à distance très rapprochée, et après avoir introduit dans ces petites ouvertures quelques brins d'une herbe nommée Matruz, qui est un anthelmintique puissant, ils recouvrent toute la partie d'un cataplasme fait avec cette plante crue et pilée. Vingt-quatre heures après, ils lèvent l'appareil ; ils nettoient les tumeurs, qui jettent un liquide blanchâtre et épais ; ils les expriment et en font sortir une espèce de filament blanc qu'ils arrachent en le tirant doucement : c'est le ver. Après avoir ainsi pansé toutes les tumeurs, ils les recouvrent d'un cataplasme pareil au premier, et ordinairement le malade est guéri du troisième au quatrième jour.

Voilà comme les Indiens, les sauvages, s'y prennent pour perforer les tumeurs. Ils prennent une épine de porc-épic entre les paumes des deux mains ; ils en appliquent la pointe sur l'endroit qu'ils veulent percer ; ils se frottent les mains avec plus ou moins de vitesse et font ainsi tourner l'épine.

Traitement de la troisième période.

S'il y a plusieurs tumeurs, ils appliquent sur celle qui se perd sur la partie la plus déclive de l'endroit occupé par le dragonneau, un cataplasme fait avec de la farine de mandioc et du miel. La tumeur ne tarde pas à s'ouvrir. La plaie est lavée et examinée avec soin ; s'ils n'y trouvent rien, ils appliquent de nouveau le même cataplasme, qu'ils lèvent trois ou quatre heures après ; il est rare qu'ils soient obligés d'y revenir une troisième fois. S'ils trouvent une extrémité de l'insecte, ils la pincent entre les deux parties d'un petit morceau de roseau qu'ils ont divisé dans sa longueur ; ils assujettissent ces deux pièces en les liant ensemble avec quelques brins de liane très déliée. Ils tournent les extrémités de ce morceau de roseau entre l'index et le pouce de chaque main, et le ver qui y est attaché se roule sur le roseau. Ils s'arrêtent à la moindre résistance ; car ils regardent comme un cas très fâcheux (religieusement parlant), non pour le patient, mais pour l'opérateur, la rupture de l'insecte.

Si le dragonneau se présente en forme d'anse, ils le tirent doucement en passant une épine de porc-épic dans l'anse, font couler sur cette épine une des parties du roseau dont nous avons parlé ; cette opération faite, l'autre partie du roseau est appliquée sur la partie convexe de l'anse. Ces deux parties réunies et fixées, ils leur font exécuter le mouvement de rotation de la manière que nous avons dit, et le ver se roule sur le roseau.

Si l'insecte se rompt et qu'il y ait plusieurs des tumeurs dont nous avons parlé, ils procèdent sur la tumeur la plus éloignée de la même manière que sur celle déjà ouverte.

Enfin, s'il n'y a qu'une tumeur et que le ver se soit rompu en travaillant à l'extraire, ils appliquent sur l'endroit du mal le plus éloigné de la tumeur déjà opérée, le caustique dont nous avons parlé. Quand l'eschare est tombée, ils cherchent à saisir une des extrémités du ver, sur laquelle ils manœuvrent comme déjà nous l'avons dit.

Voilà les observations que j'ai pu recueillir sur le dragonneau ; l'on voit que les sauvages ont aussi leurs principes de chirurgie. Je désire que le lecteur prenne autant d'intérêt à entendre les faits que je viens de narrer, et dont je garantis la rigoureuse vérité, que j'en ai pris à les observer. D. P. SAULNIER DE PIERRELEVÉE.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Voici un fait qui semble prouver que le mercure n'agit sur les gencives que lorsque celles-ci sont garnies de leurs dents. Une femme appartenant au service de M. A. Bérard, à la Pitié, a été soumise à l'usage des frictions mercurielles jusqu'à salivation. Or cette femme n'avait que deux chicots, et l'on a remarqué que la stomatite mercurielle s'était manifestée seulement dans le voisinage de ces deux chicots.

— On dit qu'un médecin de Paris serait parvenu à construire une poche dans laquelle il pourrait saisir et emprisonner les calculs de la vessie ; cette poche serait assez bien close pour permettre d'agir sur ces calculs au moyen d'un acide concentré, dont aucune partie ne pourrait s'échapper pour agir sur les membranes de la vessie. Aucun essai n'a été fait encore sur le vivant ; mais des tentatives ou sur le cadavre ou dans une bouteille permettraient, ajoute-t-on, d'espérer un succès complet. On sait qu'à plusieurs reprises et avant la découverte de la lithotritie, des travaux ont été faits dans ce but. On a échoué alors ; sera-t-on plus heureux aujourd'hui ? Nous le désirons sans oser y croire bien sérieusement.

— Pour éviter toute interprétation relativement au débat élevé avec M. Guillon, M. Le Roy-d'Etiolles nous prie de faire savoir que dès le soir même de la publication de la lettre dans la *Gazette des Hôpitaux*, il a notifié son acceptation de la gageure ; mais que n'ayant pu, après quinze jours de discussion, tomber d'accord sur le sens et la valeur du mot *guérison*, on a confié à une commission le soin de rédiger les clauses d'exécution.

—*Fait pathologique extraordinaire ;* observation recueillie par M. le docteur BARY, chirurgien de l'hospice des orphelines de Nivelles.— Une orpheline âgée de onze ans, employée à l'atelier de couture, présenta tout à coup une tumeur située à la base du nez, vers l'angle interne de l'œil gauche. Quelques jours après cette apparition, on vit sortir de l'œil, qui était rouge et enflammé, de petits amas de fils de couleurs différentes et de longueurs variées. MM. les docteurs Bary et Hanon, qui furent appelés, purent se convaincre de la réalité du fait. Ils constatèrent que ces petites pelottes sortaient par une fausse voie existant au milieu de la caroncule lacrymale.

Le nombre des petits amas de fils qui furent expulsés ainsi s'éleva à soixante-deux.

M. Bary ajoute que cette orpheline avait, comme presque toutes les couturières, l'habitude de couper avec les dents certains bouts de fil, de les rassembler dans sa bouche en petites pelotes qu'elle avalait ensuite. On lui a recommandé de ne plus mâcher de bouts de fil à l'avenir, ce qu'elle a fait, et, depuis lors, il ne s'est plus rien présenté à l'orifice de l'ouverture de la caroncule.

rien de remarquable du côté des autres appareils ; point de coliques, point de diarrhée.

M. Delarroque diagnostiqua une pleurésie et prescrivit : Gomme ; looch ; 15 sangsues sur le point douloureux ; cataplasme ; diète.

Le 6, point d'amélinration ; mêmes syptômes. — Même prescription ; et de plus, une saignée de 3 palettes.

Le 7, douleur presque nulle ; plus de dyspnée ; pouls calme. — Gomme ; looch ; vésicatoire ; 2 bouillons.

Le 8, l'amélioration continue ; plus de bruit de frottement. — 2 bouillons ; 2 soupes.

Le 10, à la visite, on est surpris de trouver tant de modification dans l'état du malade. Céphalalgie, stupeur, prostration des forces ; annrexie, coliques, diarrhée, gargouillement, météorisme ; peau chaude, sèche ; fièvre intense.

M. Delarroque le met au traitement ordinaire des fièvres typhoïdes. — Limonade ; 10 centigrammes de tartre stibié ; lavement avec le sulfate de soude ; diète.

Le 11, même état. — Limonade ; 1 bouteille d'eau de Sedlitz : lavement purgatif.

Le 12 et jours suivants, on continue le même traitement ; mais on ne remarque aucune amélioration dans l'état du sujet. Bien plus, l'adynamie se manifeste par les symptômes les plus caractéristiques : hébétude de la face ; prostration extrême ; selles involontaires ; fuliginosités de la bouche ; épistaxis ; pouls lent et petit, mais pas d'ulcérations, point d'eschares ; la voix est fortement altérée et comme étouffée.

Le 17, on trouve enfin des taches lenticulaires sur la peau de la poitrine et de l'abdomen.

Le 19, point d'amélioration dans les symptômes. De plus, on découvre dans la cavité buccale, et surtout sur le voile du palais et ses piliers, des fausses membranes ; on le cautérise avec un mélange d'eau et d'acide chlorhydrique ; on les saupoudre de calomel et on les détache.

Le 20, on réitère cette opération ; mais malgré tous ces soins, malgré l'emploi des purgatifs, des préparations de camphre, etc...., le malade succomba le 22 décembre, sans présenter aucune trace, ni d'ulcérations, ni d'eschares.

Autopsie. — La plèvre, dans le point jadis affecté, est un peu opaque, mais sans adhérences ; point d'épanchement dans leur cavité. Les poumons sont seulement engoués à la partie postérieure.

Dans le larynx, on trouve quelques mucosités plus ou moins épaisses, mais pas de fausses membranes ; les ligaments glosso-épiglottiques sont très épais, confondus ensemble, et présentent plusieurs plis transverses ou obliques ; l'épiglotte elle-même est hypertrophiée et en partie détruite. Cette destruction est assez étendue et occupe le côté gauche et toute la longueur de l'épiglotte.

Vers la fin de l'intestin gêle, on trouve quelques plaques de Peyer ulcérées. Aucune lésion remarquable des autres organes.

Nota, On sait que, d'après M. Louis, les ulcérations de l'épiglotte, quand elles existent, paraissent propres à l'affection typhoïde.

— Après ce que nous venons de dire au sujet des eschares, nous ferons remarquer :

1° Que pendant toute l'année aucun malade soumis au traitement n'a été affecté ni de gangrène, ni d'ulcérations ;

2° Que ceux chez lesquels on a pu les observer en étaient affectés lors de leur entrée dans le service.

Il est impossible cependant de supposer que, sur un nombre aussi élevé de fièvres typhoïdes, il ne se soit pas trouvé plusieurs cas intenses et un grand nombre de formes adynamiques.

Convalescence. — Nous avons déjà dit que la convalescence ne tardait pas à se manifester, dans la majorité des cas, par les symptômes les plus irrécusables. Quant aux phénomènes indiqués comme étant assez fréquents pendant sa durée, nous dirons que l'on a observé rarement l'œdème des extrémités inférieures, et plus rarement encore la chute des cheveux et un dérangement notable des facultés intellectuelles.

Très souvent, au contraire, on a noté, pendant la convalescence, la présence de douleurs dans les membres, de troubles plus ou moins prononcés du côté de l'audition, tels que surdité, dureté de l'ouïe, écoulement purulent par l'oreille.

Complications. — *Diphthérite.* — Cette année, l'on a observé trois cas de diphthérite dont deux guérirent, et le troisième succomba. L'observation de ce dernier a été déjà rapportée (*voir* Obs. III). Voici en peu de mots l'observation d'un malade qui fut affecté successivement de rougeole, de fièvre typhoïde et de diphthérite ; il sortit néanmoins parfaitement guéri.

Obs. IX. — Le nommé Goutte (Louis), âgé de quinze ans, maçon, entre le 23 octobre 1844 à l'hôpital Necker, pour s'y faire traiter d'une rougeole.

La convalescence était parfaitement établie, lorsque, dans les premiers jours de novembre, il survient des troubles du côté de l'appareil digestif ; enfin la fièvre typhoïde se caractérise. On le met au traitement par les évacuants ; mais les symptômes persistent.

Le 8 novembre, stupeur et prostration très prononcées, céphalalgie, langue fuligineuse ; coliques, selles involontaires, météorisme, gargouillement, sécheresse de la peau, pouls lent et petit. — On continue le traitement.

Le 9, on découvre des fausses membranes sur la muqueuse qui tapisse le voile du palais, ses piliers et la voûte palatine. On les cautérise avec un mélange d'eau et d'acide chlorhydrique, puis on les saupoudre de calomel. On continue cette cautérisation les jours suivants, jusqu'à disparition complète des fausses membranes. La faiblesse est telle, que le malade ne peut se prêter en aucune façon à cette petite opération ; il se laisse aller comme une masse inerte, et ne répond que par des signes de tête.

Le 12 et jours suivants, le malade, dont on avait désespéré, se trouve mieux ; la stupeur se dissipe, il répond aux questions qui lui sont adressées ; les coliques, le météorisme, le gargouillement diminuent un peu chaque jour ; mais la faiblesse est extrême. — On continue toujours l'usage des purgatifs.

Le 20, on commence à lui donner des aliments ; le 1er décembre, il mange trois portions, et sort enfin parfaitement guéri le 23 décembre 1844.

Hémorrhagie intestinale. — Deux malades seulement ont eu des hémorrhagies intestinales ; l'un en était même affecté quand il est entré dans le service, et n'a pu par là même être soumis au traitement habituel. Tous deux succombèrent à ce funeste accident.

Perforation intestinale. — Cette complication est la plus grave qui puisse survenir pendant le cours de la fièvre typhoïde ; elle n'est pas plus fréquente après le traitement par les purgatifs qu'après tout autre traitement, puisque M. Louis, sur 38 malades, ne l'a pas observée une seule fois, et que MM. Andral et Piedagnel n'en parlent pas.

Bien plus, si l'on s'en rapporte à la statistique de M. Grisolle, qui dit qu'on l'observe environ une fois sur cinquante ou soixante, on voit au contraire que cet accident formidable se rencontre moins fréquemment, puisque cette année, sur 142 malades, on ne l'a observé que deux fois, c'est-à-dire une fois sur 71. Ce dernier résultat s'accorde d'ailleurs avec l'observation de M. Grisolle, qui a constaté que l'hémorrhagie et la perforation intestinales étaient beaucoup plus rares chez les malades traités par les purgatifs que chez ceux soumis aux autres traitements.

Parotides. — Les parotides sont des complications rares à tous les âges, et généralement fâcheuses. Les exemples en sont fort rares dans les ouvrages de M. Chomel et de M. Louis. M. Littré, dans son article remarquable sur la fièvre typhoïde, ne juge même pas convenable d'en faire mention parmi les complications.

M. Andral lui-même dit à ce sujet :

« Cinq fois seulement nous avons observé une tuméfaction notable de la région parotidienne. Dans ces cinq cas, elle eut lieu chez des individus qui avaient eu à un haut degré les symptômes de la fièvre ataxo-adynamique. Dans aucun de ces cas, nous ne pûmes regarder comme critique l'engorgement parotidien ; il ne nous parut être qu'un accident qui venait compliquer la maladie d'une manière fâcheuse ou entraver la convalescence, lorsque la parotide se développait seulement à cette dernière période. » (Andral, Clinique médicale.)

Si l'on consulte M. Rochoux, dont l'attention s'est fixée d'une manière toute particulière sur ce point, voici ce qu'il nous dit :

« Tout nous porte à considérer la parotide comme un symptôme en quelque sorte caractéristique des maladies typhoïdes... Il se montre à des époques fort variables de la durée de la maladie principale, depuis le deuxième ou troisième jour, jusqu'au sixième ou huitième, et dans quelques cas assez rares, plus tard encore. Son apparition est presque toujours l'indice d'un grand danger, ainsi que le savait très bien Hippocrate. » (*Dict. de Méd.*)

M. Delarroque, qui est à même d'observer un grand nombre de fièvres typhoïdes, m'a affirmé n'avoir pas rencontré cette complication depuis trois ans.

Tout ce qui précède nous engage donc à rapporter avec détail le fait suivant :

Cinquième observation. — Au n° 11 de la salle Sainte-Adélaïde fut couchée la nommé Réautté (Elizabeth), âgée de vingt-trois ans, giletière. Cette fille, d'une bonne constitution, jouissait d'une santé parfaite, quand, à la suite d'un excès de travail et de veilles prolongées, elle fut prise il y a environ cinq semaines d'un malaise général et de douleurs dans les reins et les membres ; elle eut aussi un peu d'inappétence et de constipation, et n'en continua pas moins son travail. Mais le 17 novembre elle fut forcée de garder le lit. Elle éprouvait alors les phénomènes suivants :

Céphalalgie frontale, étourdissement, sentiment de courbature, douleurs dans les membres, pas d'épistaxis.

Anorexie, soif, nausées, *vomissements* fréquents, mais peu abondants de matière jaune ou verdâtre ; coliques et *constipation* opiniâtre.

Quinze jours s'écoulèrent ainsi sans qu'elle reçut les soins d'aucun médecin. Ce n'est que le 2 décembre qu'elle entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delarroque. Elle présente l'état suivant :

Anorexie, soif, bouche amère, langue rouge aux limbes et recouverte d'un enduit jaunâtre, épais ; nausées, *vomissements* peu abondants de matière bilieuse, douleurs dans le ventre vives à la pression, météorisme, gargouillement ; *constipation.*

Etourdissements, céphalalgie violente, stupeur, courbature ; prostration avec des moments de délire et d'exaspération pendant lesquels elle s'agite, se plaint, et fait effort pour sortir de son lit. Pupilles dilatées, pas d'épistaxis, narines pulvérulentes, peau chaude et sèche, taches lenticulaires. Pouls fréquent.

A la visite du soir, on prescrivit 10 centigrammes de tartre stibié, et 15 grammes de sulfate de soude.

Le soir, vomissements bilieux et selles peu abondantes.

Le 3 décembre, à la visite, même symptômes ; la nuit, la malade pendant un accès de délire, s'était transportée au lit de sa voisine. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz, lavement avec le sulfate de soude ; sinapismes.

Le 4, peu d'amélioration ; cependant la malade s'aperçoit qu'elle est dans un hôpital ; de plus, l'ataxie était disparue, l'adynamie lui avait succédé ; langue sale, etc.

M. Delarroque prescrivit un second éméto-cathartique ; limonade ; lavement avec le sulfate de soude ; sinapismes. Vomissements presque nuls ; mais selles très abondantes.

Le 5, diminution des symptômes cérébraux et abdominaux. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz ; lavement avec le sulfate de soude ; sinapismes.

Le 6, amélioration notable ; plus de céphalalgie, aucune trace de stupeur ; plus de fièvre, mais faiblesse extrême ; on commence à donner quelques aliments. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz ; lavement avec le sulfate de soude ; deux bouillons, deux potages.

Le 7, même état : même prescription ; mais le soir, la malade accuse de vives douleurs à la face. En effet, on constate les symptômes suivants :

Tumeur dure, considérable à la région parotidienne des deux côtés, s'étendant sur la face et le cou ; douleur vive, augmentant surtout par la pression et les mouvements de la mâchoire ; ces derniers sont même devenus presque impossibles ; la malade peut à peine faire saillir la pointe de la langue entre les arcades dentaires ; gêne de la déglutition, même des boissons ; dureté de l'ouïe ; point de symptômes de gêne dans la circulation cérébrale. La respiration se fait librement par les fosses nasales. La peau qui recouvre les régions parotidiennes est brûlante et d'un rouge foncé. Le diamètre transversal de la face est tellement accru, que la figure revêt un aspect particulier. Malgré cette complication, aucun changement appréciable n'est survenu du côté de l'abdomen. Mouvement fébrile, salivation peu modifiée, bouche mauvaise, saveur amère, langue chargée, quelques nausées.

On prescrit 10 centigrammes d'émétique en lavage. La malade vomit beaucoup malgré la gêne causée par le gonflement des régions parotidiennes.

Le 8, les symptômes de la veille, douleur, tuméfaction, etc., étaient notablement diminués, et néanmoins rien de nouveau du côté des mamelles ou des parties génitales ; en un mot, aucune trace de métastase. Le mouvement fébrile était tout à fait disparu. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz, lavement avec sulfate de soude, cataplasme émollient arrosé d'eau blanche. Deux bouillons seulement.

Le 9, l'amélioration continue. — Même prescription.

Le 10, la douleur et surtout la tuméfaction des régions parotidiennes ont reparu, mais point de fièvre. — Limonade, Sedlitz, lavement avec sulfate de soude, cataplasme maturatif, deux bouillons.

Le 11, la malade commence à se dégoûter de l'eau de Sedlitz ; on la remplace par le calomel ; du reste même prescription.

Le 12, le gonflement est diminué ; aucun signe de suppuration ; mais il existe encore un peu de douleur à la pression et dans les mouvements de la mâchoire ; néanmoins elle demande à manger. — Limonade, magnésie calcinée, cataplasme émollient arrosé de baume tranquille ; deux bouillons, deux potages.

Le 13 et jours suivants, la douleur diminue de plus en plus. Même prescription.

Le 17, on cesse les purgatifs ; elle mange une portion.

Le 21, on la met aux toniques. — Camomille, vin de quinquina ; deux portions. (Comme il reste encore un peu d'engorgement dans les régions parotiennes, on prescrit des frictions avec la pommade à l'iodure de plomb.)

Le 26, plus de douleurs et diminution progressive de l'engorgement des parotides. M. Delarroque constate du côté gauche, dans un point assez limité, un peu de fluctuation ; néanmoins la malade se plaint d'avoir trop peu d'aliments. — Camomille, vin de quinquina, frictions avec la pommade à l'iodure de plomb ; trois portions.

Le 30 décembre, après un examen attentif, on ne retrouve plus ce point de fluctuation ; il n'existe aucune tuméfaction notable du côté des régions parotidiennes, et les mouvements de la mâchoire s'exécutent avec facilité. La malade est gaie, se trouve parfaitement bien et demande son *exeat*. On le lui accorde.

Elle sort donc après vingt-huit jours seulement de séjour à l'hôpital.

Remarques. — 1° On voit dans cette observation que le vomitif a parfaitement réussi la première fois contre la parotide ; néanmoins cette médication n'est indiquée nulle part que nous sachions. Mais on doit remarquer qu'avec la parotide il existait en même temps des symptômes d'embarras gastrique, anorexie, bouche amère, langue chargée, quelques nausées : ce n'est probablement qu'à la coïncidence de cette complication que l'on doit un tel résultat.

Quoi qu'il en soit, lorsque dans le cours d'une fièvre typhoïde il survient une parotide, qu'elle ne paraît pas devoir être favorable (comme dans le cas précédent, puisqu'elle pouvait entraver la marche de l'amélioration) et de plus, qu'il y a complication d'embarras gastrique, la prescription d'un vomitif semble avantageuse et rationnelle. Du reste, cela s'accorde avec cette proposition si bien développée par M. le docteur Neucourt, ancien interne des hôpitaux : « Les vomitifs ne sont indiqués, le plus souvent, que quand la maladie se complique d'embarras gastrique. » (Thèse 1844. *De la médication purgative.*)

2° On voit survenir les parotides lorsqu'une amélioration notable s'est manifestée depuis trois jours ; comment les considérer ? Les jugera-t-on critiques ? Mais déjà la fièvre était tombée et les symptômes graves étaient disparus. Les dira-t-on acritiques ? Mais, malgré cette complication, la convalescence n'a pas été retardée, l'amélioration n'a été aucunement modifiée, et enfin la maladie principale s'est heureusement terminée.

Dans ce cas, les parotides nous ont paru être une complication que l'on ne peut rattacher ni à un mouvement véritablement critique, ni à un mouvement acritique.

3° D'après tous les auteurs, les parotides se terminent ordinairement par suppuration, souvent par gangrène et rarement par résolution. Cette dernière est, au contraire, la terminaison la plus fréquente des oreillons. Cependant nous

voyons ici la résolution se faire des deux côtés, et cela malgré l'emploi des cataplasmes maturatifs et émollients.

Si ce résultat peu ordinaire peuvait laisser quelque soupçon sur l'existence d'une vraie parotidite, nous rappellerions les circonstances suivantes :

L'âge du sujet, qui était adulte ;

L'apparition de la tumeur à l'état sporadique et au déclin d'une maladie grave, d'une fièvre typhoïde ;

Sa disparition sans trace aucune de métastase ;

Enfin ses caractères : elle était considérable, très dure et très douloureuse.

4° L'observation ordinaire prouve que les choses vont mieux quand les parotides suppurent que quand elles se résolvent, aussi conseille-t-on prudemment l'usage des cataplasmes maturatifs. Néanmoins dans le cas précédent la résolution n'a pas aggravé l'état du sujet, et bien plus n'a même pas entravé l'amélioration ni retardé la convalescence.

5° Nous noterons enfin que les parotides ne sont survenues qu'au vingtième jour de l'invasion de la maladie, au cinquième jour du traitement et au troisième jour de l'amélioration.

Pronostic. — Quant au pronostic, nous avons peu de choses à ajouter. On a seulement remarqué que certaines conditions rendaient le pronostic plus grave ; telles sont : Les saignées antécédentes qui augmentent la faiblesse du sujet, retardent ou prolongent la convalescence ; les épistaxis abondantes ou répétées ; les diverses complications, la perforation et l'hémorrhagie inestinales, la diphtérite, etc. Nous noterons encore un abattement moral profond, des chagrins cuisants, la tristesse, la mélancolie, la nostalgie et enfin la tolérance de évacuants. Pour mieux nous faire comprendre sur ce dernier point, nous emprunterons à M. de Crozant l'observation suivante.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de suture contre la division de l'intestin ; par M. Gély. — Brochure in-8, avec planches.

Les plaies des intestins, quelles qu'en soient les causes, sont toujours tellement graves que dans l'immense majorité des cas, la mort en est la suite certaine, et sur le point de thérapeutique relatif à leur traitement, comme sur beaucoup d'autres la chirurgie est tellement peu avancée que l'on peut regarder l'entéroraphie comme une opération toute nouvelle et dans l'enfance. Jusqu'à présent elle a compté trois méthodes générales, indépendamment des nombreux procédés qui se groupent diversement autour d'elles. La première, ou méthode ancienne, consiste à mettre en contact les deux surfaces saignantes (nous ne parlons ici que des plaies simples). La seconde, ou méthode de Randhor, consiste à mettre en contact permanent la surface muqueuse du bout inférieur, au moyen de l'invagination. La troisième, due à M. Jobert, peut être appelée méthode par adossement des séreuses.

Dans un historique raisonné et complet, M. Gély examine la valeur de ces trois procédés opératoires ; il rejette complétement les deux premiers, et arrivant à la méthode de M. Jobert, qui constitue réellement une méthode générale, il pose cette conclusion : que la première condition à réaliser dans la thérapeutique des plaies intestinales, c'est l'adossement des séreuses. Suit la description du procédé de M. Jobert et des modifications qui lui ont été faites par MM. Denans, Lembert et Baudens. A ce procédé, M. Gély a cherché à en substituer un, fondé sur le même principe de l'adossement des séreuses, mais dans lequel il est parvenu à réunir les conditions suivantes :

1° Adossement des séreuses par demi-renversement des lèvres de la plaie, tant pour les divisions partielles que pour les plaies complètes ;

2° Occlusion exacte de l'ouverture accidentelle, ne laissant aucune chance à l'épanchement primitif ou consécutif ;

3° Disposition des fils telle, qu'aucun nœud ne soit visible du côté du péritoine, qu'aucun chef n'en reste dans la plaie, et que la chute du fil soit assurée dans la cavité intestinale ;

4° Enfin, possibilité de fermer immédiatement la plaie de l'abdomen après avoir réduit l'intestin, de manière à obtenir la réunion par première intention et à prévenir les dangers attachés à la pénétration de l'air.

Nous ne pouvons entrer dans les détails du procédé opératoire de M. Gély, qui réunit effectivement ces conditions qui paraissent au premier abord, sinon tout à fait impossibles, au moins difficiles à réaliser. Qu'il nous suffise de dire que M. le docteur Gély a obtenu par la nouvelle suture qu'il pratique et à laquelle il a donné le nom de suture *en piqué*, un assez grand nombre de succès, et que de nombreuses expériences sur les animaux vivants ont été suivies des plus heureux résultats.

Quelques planches, jointes au mémoire, aident avec bonheur à la démonstration du nouveau procédé, qui, désormais acquis à la science, rendra, nous n'en doutons pas, de grands services à la thérapeutique chirurgicale.

Réflexions et observations sur le traitement des rétrécissements de l'urètre ; par M. le docteur Béniqué. — In-8° (Fortin-Masson).

Frappé des insuccès et des dangers que rencontre dans la pratique la dilatation progressive des rétrécissements par des bougies à demeure dans le canal, M. Béniqué, tout en admettant comme seule utile dans la plupart des cas la dilatation progressive, ne l'opère pas de la même manière. Les sondes dont il se sert, de zéro à dix millimètres de diamètre, présentent soixante numéros, disposés de telle sorte que chaque sonde offre un sixième de millimètre de différence avec le numéro supérieur et avec l'inférieur. Adversaire déclaré de la scarification et de l'incision, voici la méthode que suit M. Béniqué : il introduit, dans la même séance, et à quelques minutes d'intervalle, successivement trois bougies de numéros différents, chacune d'elles ne sejournant que fort peu de temps. La même opération est répétée chaque jour, et toujours le succès, dit l'auteur, s'obtient sans le moindre accident et beaucoup plus rapidement que par les autres méthodes. Il termine son mémoire par les trois conclusions suivantes :

1° Les douleurs que la nouvelle méthode cause au malade sont nulles ;

2° Pendant la duré du traitement le malade peut vaquer à ses occupations, saus être exposé à aucun accident inflammatoire direct ou métastatique ;

3° La durée du traitement n'est que d'un mois à six semaines ;

4° Chaque séance n'exige qu'une ou deux minutes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement interne pour diminuer le volume des hernies et pour faciliter leur réduction; par M. le docteur Dieffenbach, professeur à l'université de Berlin.

Si la réduction, complète ou partielle, des hernies considérables et en partie adhérentes ne peut être obtenue à l'aide du taxis, un traitement interne bien méthodique peut quelquefois encore procurer, dans ce cas, un résultat avantageux.

Ce traitement consiste essentiellement dans la position couchée horizontale que l'on fait garder longtemps au malade, et dans l'emploi simultané d'un certain régime diététicо-pharmaceutique.

Le nombre des observations recueillies par l'auteur et les succès qu'il en a obtenus ont été si surprenants, qu'il a vu dépasser de beaucoup toutes les espérances qu'il en avait conçues dès l'abord. Ainsi, des hommes qui, depuis dix à quinze ans, s'étaient trouvés dans l'impossibilité de recourir à l'application d'un bandage en raison du volume excessif de leurs hernies, et qui avaient été par ce motif obligés de se borner à l'emploi du suspensoir, ont pu, grâce à ce traitement, voir leurs hernies réduites et l'application du bandage devenir possible.

M. Dieffenbach commence le traitement par le séjour au lit, et il fait observer, à cette occasion, qu'il ne suffit pas de laisser les malades tout habillés s'étendre sur un canapé, parce qu'alors ils ont d'un côté trop de facilité à se lever ou à s'asseoir, et que, de l'autre, on n'obtient point sur un canapé le relâchement général qu'amène toujours le lit.

Le malade prend matin et soir une certaine quantité d'eau minérale naturelle de Pullna, mais cependant à dose telle qu'il n'en puisse résulter des déjections alvines aqueuses. Lorsque cette eau n'agit plus convenablement, on doit avoir le soin de l'alterner avec d'autres moyens, tels, par exemple, que la potion laxative de Vienne ou l'électuaire de séné composé. Plus tard, on donne des pilules formées de parties égales de savon, de résine de jalap et d'extrait de rhubarbe composé. Ces pilules doivent être administrées à dose suffisante pour soutenir l'effet laxatif. Vers la fin du traitement, on prescrit presque exclusivement l'huile de ricin, qui convient le mieux alors pour favoriser la réduction de la hernie.

Pendant toute la durée du traitement, on doit interdire l'usage des aliments trop nutritifs ou d'une digestion difficile; il convient même d'interdire les aliments solides. On ne doit permettre ni viande, ni bouillon ; on fait prendre des soupes à l'eau, des fruits cuits, des pommes de terre, mais toujours sans addition de viandes. Seulement, dans les derniers temps du traitement, on permet un peu de poisson cuit à l'eau et au sel, et on finit par aller jusqu'au bouillon de veau léger et à un petit morceau de veau maigre.

En même temps, on doit soumettre la tumeur herniaire à un traitement local. Si la hernie ne contient presque des intestins, et si l'on a la conviction qu'il n'y a pas ou presque pas d'adhérences, l'emploi du froid est indiqué, et nuit et jour on doit recourir à l'application de compresses froides convenablement humectées et renouvelées.

Si, au contraire, la hernie est surtout formée d'épiploon et de tissu graisseux, il faut prescrire des cataplasmes tièdes aspergés d'extrait de saturne.

En outre, la position horizontale est tellement importante que le malade, pour aller à la garderobe, doit toujours se servir d'un bassin plat.

M. Dieffenbach affirme qu'il a souvent vu, dans l'espace de huit jours, les hernies les plus volumineuses diminuer d'un tiers ou même de moitié sous l'influence de cette médication.

Appareil périodique avec ceinture modifié et perfectionné; par M. le docteur d'Anfossy.

Sous ce nom est désigné un appareil ingénieux destiné plus particulièrement aux dames pendant leurs menstrues, mais pouvant s'appliquer à plusieurs autres usages, tels que incontinence d'urine, pertes, etc., etc. Sa description en fera ressortir les avantages.

D'une forme conique, dont le sommet est placé à la partie la plus déclive à laquelle est adaptée un robinet ovalaire qui permet de vider l'appareil sans qu'il soit besoin de le déplacer ; d'une imperméabilité absolue, car la couche intérieure est une lame continue de caoutchouc, à bords arrondis formés de tubes aérés de la même substance, et qui, par conséquent, se prêtent à tous les mouvements, sans irriter ni fatiguer les parties en contact, se fixant à la ceinture élastique au moyen de boucles à recouvrement, qui préviennent et empêchent tout contact des ardillons ; ces appareils peuvent se placer ou s'ôter avec la plus grande facilité, ou se défaire partiellement suivant les besoins, et offrent pour avantages propreté, commodité, simplicité, économie, et avec de légères modifications, deviennent applicables dans beaucoup de circonstances.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 JANVIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 11. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Généralités sur la phthisie d'après la doctrine de Bayle. — Cas remarquable de gangrène du poumon. — Mort. — Autopsie constatant la guérison d'un foyer gangréneux ancien.

A propos d'un cas de phthisie dite gangréneuse existant dans le service clinique, M. Fouquier a fait une digression dans les domaines de la pathologie.

Le mot phthisie est complexe : pour s'en faire une idée bien exacte et avoir des données sûres dans le traitement qu'elle réclame, il faut nécessairement, avec les auteurs, distinguer plusieurs sortes de phthisie. Bayle en admettait six espèces qu'il rapportait toutes à une altération organique du poumon, et qui toutes entraînaient cette consomption, ce dépérissement lent qui est presque toujours suivi d'une terminaison funeste.

Les anciens allaient plus loin ; ils appelaient phthisie toute espèce de maladies chroniques amenant après elles une consomption lente, suivie le plus souvent de mort. Ainsi pour eux c'était une phthisie, cette affection chronique de l'intestin, qui conduisait les malades au tombeau après les avoir jetés dans un état de marasme ; c'était aussi une phthisie, cette autre maladie chronique du foie ou des reins qui était suivie d'un résultat funeste après un dépérissement graduel des malades, et pour cela ils admettaient une phthisie intestinale, hépatique, rénale, etc., quoique dans ces cas on ne trouve à l'autopsie aucune lésion appréciable dans les poumons. Donc, pour les anciens, toute maladie accompagnée de fièvre, de diarrhée plus ou moins abondante, suivie d'un épuisement lent et progressif qu'aucun traitement n'arrêtait, et se terminant enfin par la mort, était une véritable phthisie quel que fût l'organe qui était le siége principal des lésions.

En effet, en prenant ce mot dans la signification la plus large, on pourrait admettre aussi un phthisie *laiteuse*, c'est-à-dire celle qu'on remarque souvent chez les femmes qui nourrissent leurs enfants ; car on voit de ces femmes à constitution faible, à poitrine délicate, tomber pendant l'allaitement dans un état de consomption, et être sujettes consécutivement à une véritable altération organique des poumons ; comme on en voit qui, sans donner aucun signe de tuberculisation pulmonaire, sont amenées, par un allaitement au-dessus de leurs forces, à un épuisement et un dépérissement général tel, qu'il est bientôt suivi de mort si on n'y remédie en temps oportun.

De même, sous ce point de vue, on peut admettre une phthisie catarrhale qui serait le résultat final d'une bronchite chronique accompagnée de suppuration véritable des bronches et d'un dépérissement consécutif mortel.

Enfin on pourrait aussi admettre, dans le sens des anciens, une *phthisurie* ou phthisie produite par le diabète, car à la suite de cette terrible maladie et des énormes quantités d'urine que les malades excrètent, on les voit tomber peu à peu dans un état de faiblesse, de marasme véritable qui se termine d'une manière fatale.

Le mot phthisie pourtant est restreint par Bayle, suivi en cela par les auteurs récents, aux lésions organiques du poumon qui amènent après elles une consomption lente et la mort. Seulement il admet, lui, comme cause de phthisie, non seulement les tubercules, mais quelques autres affections organiques de l'appareil respiratoire accompagnées de symptômes généraux semblables à ceux de la phthisie tuberculeuse, et suivies presque inévitablement par la mort. En cela il diffère de l'opinion des plus modernes pathologistes, Laennec en tête, qui généralement bornent la phthisie aux véritables tubercules pulmonaires.

Ainsi Bayle admet une phthisie granuleuse méconnue ou non admise par Laennec, et il en cite dans son ouvrage des histoires intéressantes. Elle consiste dans l'existence de granulations semi-cartilagineuses qui se développent dans le parenchyme pulmonaire accompagnées de symptômes généraux de plus en plus graves, tels que fièvre, diarrhée, et se terminant après un temps plus ou moins long par la mort.

Il y a aussi, selon Bayle, une phthisie qu'on peut appeler mélanique, produite par la mélanose du poumon. En effet, il se forme au milieu de ces masses mélaniques développées dans le parenchyme pulmonaire une espèce de craie qui se ramollit peu à peu et donne lieu à une expectoration grisnoirâtre tout à fait caractéristique. Les malades, qui généralement appartiennent à l'âge avancé, s'épuisent peu à peu, et finissent par mourir dans un état de véritable marasme.

Une troisième espèce de phthisie, selon Bayle, est celle qu'il appelle calculeuse, caractérisée par la présence de concrétions calculeuses dans l'organe de la respiration. Il se développe dans ces cas autour des bronches une matière calculeuse qui peu à peu altère le tissu pulmonaire et trouble profondément les fonctions respiratoires ; les malades rendent de cette matière avec leurs crachats, dépérissent lentement et succombent à une fièvre hectique.

En quatrième lieu Bayle admet une espèce de phthisie qu'il nomme cancéreuse. Le nom même indique en quoi elle consiste, dans le développement de matière squirrheuse ou cancéreuse dans le parenchyme du poumon. Dans ces cas on trouve dans l'organe malade de la matière appartenant aux différentes formes de cancer, le plus souvent pourtant le cancer encéphaloïde ou cérébriforme. Les malades finissent tristement, de la même manière que les précédents, par une consomption lente et mortelle.

Il y a aussi pour Bayle une sorte de phthisie appelée ulcéreuse ou gangréneuse, c'est l'espèce à laquelle nous avons affaire dans le cas pratique que je signalais à votre attention au début de ces remarques. On rencontre deux espèces de gangrène du poumon. Ainsi un malade est pris d'une affection aiguë pulmonaire, et au bout de quelques jours on remarque des crachats très fétides. La maladie peut guérir, car les crachats peu à peu perdent de leur fétidité, deviennent purement muqueux et la résolution s'opère, ou elle se termine fatalement, et à l'autopsie on trouve toutes les traces de la gangrène du poumon. J'ai eu dans ma pratique un exemple remarquable de cette maladie ; le malade rendait des crachats d'une fétidité repoussante ; pourtant il ala mieux, et finit par se rétablir. Certes, s'il eût en le malheur de succomber, la section cadavérique nous aurait montré une portion du poumon affectée de gangrène. C'est précisément la phthisie gangréneuse de Bayle ; car dans cette maladie, qui est très souvent mortelle, on voit aussi la fièvre hectique se développer et les malades succomber à une véritable consomption, comme dans la phthisie tuberculeuse. Les cavernes que présentent les poumons de ces malheureux, indépendamment du détritus fétide qu'elles renferment, sont traversées par des espèces de filaments qui ne sont ni des tuyaux bronchiques, ni des vaisseaux, et qui se détachent du tissu environnant, semblables à des flocons de tissu cellulaire.

Chez le malade qui est actuellement dans nos salles, il y avait à son entrée une excavation pulmonaire considérable accompagnée de crachats très fétides ; par conséquent c'était bien une gangrène du poumon plutôt qu'une affection tuberculeuse.

Toutes ces sortes de phthisies du poumon ne pouvaient pas être distinguées exactement avant la découverte de la percussion et de l'auscultation ; on les distingue très bien aujourd'hui à l'aide de ces moyens, qui font connaître par des signes bien positifs les tubercules et les autres altérations organiques.

Laënnec avait observé que dans la phthisie granuleuse, par exemple, il y avait toujours une expectoration sanguinoleute,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La question de Charenton s'étend et s'agrandit. — Les morts et les vivants. — Les médecins et les chirurgiens. — La balance est tenue par les pharmaciens. — La casse et le séné. — Une séduction indirecte. — Discours en quatre parties avec exorde et péroraison. — Une formule inédite. — Une démission qui émeut Paris et Montpellier. — Ceux qui craignent qu'on leur prenne et ceux qui craignent qu'on ne leur laisse pas. — La peste et l'embaumement.

Sans avoir écouté aux portes de l'Académie, j'ai appris plurieurs choses qui s'y sont passées, et le comité n'a pas été assez secret pour que rien n'en transpirât. Il paraît que la question de Charenton s'est singulièrement agrandie et élevée. La querelle née, dit-on, d'une autopsie, ne portait, dans le principe, que sur la possession des morts, sans être cependant, comme on pourrait le croire, une question de pompes funèbres. Ces pauvres morts sont aujourd'hui un peu relégués sur le deuxième plan. Il s'agit de bien autre chose, en vérité, car c'est la position même du chirurgien, sa part légale et officielle d'intervention dans le service sanitaire de l'établissement que l'on discute en ce moment. Ce n'est pas seulement le droit de pouvoir faire seul une autopsie qu'on lui conteste, mais encore le droit de panser et d'opérer ses blessés, sans contrôle et sans conseil. Vous voyez que l'appétit vient en mangeant : il ne s'agissait d'abord que des morts ; il s'agit aujourd'hui des vivants et des morts, c'est-à-dire que l'on ne s'arrête qu'aux extrêmes limites de l'exigence.

La chose paraît fort exorbitante aux chirurgiens en masse, tandis qu'elle semble on ne peut plus naturelle aux médecins. Les premiers y voient une sorte d'attentat à leur indépendance, une tentative de subordination de la chirurgie à la médecine, un vasselage humiliant et indigne, et leur opposition est vive et énergique. Les seconds, soutenus surtout par un des plus éminents d'entre eux qui met au service de cette cause toute la vivacité de sa parole, l'imprévu de son argumentation et la chaleur de ses convictions, ne cèdent pas un pouce à leurs adversaires et deviennent au contraire de plus en plus exigeants. Comme le nombre des médecins proprement dits l'emporte, à l'Académie, sur celui des chirurgiens, ceux-ci pourraient bien être écrasés par le vote. Ils voient toute la gravité de la situation, et aussi font-ils les plus grands efforts pour éviter la catastrophe. Il y a, en effet, à l'Académie, une portion considérable de membres qui, fort désintéressés sur la question, peuvent cependant, à leur gré, faire pencher la balance du côté de la médecine ou de la chirurgie. Cette portion, on le devine, est formée par la respectable section de pharmacie. Cette section, en ajoutant quelques membres disséminés dans la médecine légale et l'histoire naturelle, dispose du chiffre énorme de vingt-cinq voix ? Vingt-cinq voix dans un moment décisif, c'est presque le quart du scrutin ; aussi, dans tout vote important, il faut de toute nécessité, compter avec messieurs les pharmaciens, qui tiennent souvent la dragée haute et qui ne passent pas la casse si on ne leur passe le séné. Aussi dans ce moment sont-ils, de la part des deux fractions, l'objet de toutes sortes de cajoleries. Ajoutons qu'un pharmacien, et des plus considérables, jouit, cette année, des honneurs de la présidence, et vous comprendrez le motif de toutes les *mamours* qu'on leur prodigue. Mais l'honorable section de pharmacie se tient encore sur la réserve ; soit qu'elle ne se sente pas suffisamment éclairée, soit que le paquet de séné ne soit pas assez gros, elle n'a pas dit encore de quel côté elle ferait passer la casse, de sorte que toute décision est encore en suspens.

Ce ne sont point les séductions qui leur manquent, à ces Brutus austères, et je n'en veux citer qu'une qui mettra dans tout son jour la fermeté de leurs convictions. Cette séduction est de celles que l'on pourrait appeler du genre indirect.

Dimanche dernier, 26 janvier, où étiez-vous, monsieur l'apothicaire académicien, que je ne veux pas désigner, de deux à six heures de l'après-midi ? Vous en souvient-il ? Oh ! que oui ; car une séance semblable laisse de durables souvenirs ; en tout cas, permettez que je les rafraîchisse.

A Paris vit un médecin, un médecin amateur, qui en pays étrangers, et même transatlantique, a gagné une fortune de nabab. Il en jouit largement et luxueusement. Privé des joies de la famille, son plaisir est de réunir des convives à sa table. Aussi rarement est-elle solitaire. Ne faisant qu'un repas par jour, mais copieux, succulent, recherché, il n'invite jamais qu'à déjeuner. Ses prétentions gastronomiques sont extrêmes, et les fines fourchettes parisiennes les reconnaissent légitimes. Il sait par cœur Brillat-Savarin, et suivant à la lettre l'aphorisme de ce divin vieillard, ses convives sont toujours plus nombreux que les Grâces, moins nombreux que les Muses.

Dimanche ils étaient huit, dont notre pauvre pharmacien. A deux heures sonnant on se mit à table.

Comme ce déjeuner est un discours, comme ce discours avait un but et qu'il aura probablement un résultat, il est de toute nécessité que j'en présente une analyse ; analyse bien maigre, hélas ! sans fumet et sans goût, et qui n'aura peut-être pas le mérite d'en faire venir l'eau à la bouche.

Exorde. — Huîtres de Marennes.

Ce mollusque est rare à Paris, très recherché et très apprécié. Leur fraîcheur était irréprochable.

Premier point. — Filet de chevreuil dans sa boîte.

Je parie qu'il n'y a pas dix de mes lecteurs qui connaissent ce mets digne de Lucullus. Heureureusement notre pharmacien en a pris la formule, qu'il voulait garder secrète, mais qu'une charitable indiscrétion m'a révélée. Je vous la donne ici *gratis ;* car vous ne la trouveriez dans aucun classique de la table :

Filet de chevreuil piqué et mariné,		1 kilogramme.
Truffes, Champignons, Beurre frais, Biscotes en poudre,	de chaque,	500 grammes.

Pilez menu truffes et champignons ; mêlez peu à peu votre beurre ; incorporez la poudre de biscotes, et faites du tout une pâte homogène légèrement saupoudrée de muscade. Assaisonnez. Asseyez votre filet sur une couche épaisse de cette pâte ; recouvrez le d'une autre couche de la même pâte. Jetez sur le tout un grand verre de bon madère et un petit verre d'excellent rhum. Fermez exactement la boîte. Feu dessus, feu dessous ; cuisez pendant deux heures, et servez brûlant dans la boîte.

Après avoir goûté de ce plat délectable, le pharmacien devint très attentif au discours de son amphitryon.

Deuxième point. — Pâté chaud de laitance de carpes au coulis de truffes.

L'argumentation de l'amphitryon produisait un effet visible.

A ce moment, il se fit une pause de méditation. Notre confrère, en homme habile, ne voulut pas brusquer la conviction de son convive, charger son intellect et son gaster d'une argumentation trop rapide, et pour ménager la transition, les esclaves servirent à la ronde un sorbet au marasquin, digne des dieux.

Troisième point. — Gélinotte d'Ecosse entourée de morilles.

On dit qu'un grand personnage a ramené un certain nombre de dissidents à l'*entente cordiale* en faisant servir sur sa table des gélinottes d'Ecosse et des faisans anglais. Si de grandes conversions politiques se sont opérées au moyen de ces précieux volatiles, que voulez-vous que fît un pauvre pharmacien ? Qu'il mangeât ; c'est ce qu'il fit, et dès ce moment ses convictions marchaient grand train vers celles de l'amphitryon.

Quatrième point. — Crême de Viry glacée à l'ananas.

Le parfum délicat et suave de cet argument décida la victoire.

Plus n'était besoin de ce dessert luxueux, de ces chatteries délicieuses, de ces fruits de la plus rare beauté ; la conviction était entière, expansive, animée... ; car, lecteur bourguignon, et vous, Champenois,

et que la maladie se présentait avec des symptômes d'acuité qu'on ne voyait pas dans la phthisie calculeuse. Relativement à la phthisie dite cancéreuse, il disait qu'on avait une expectoration cancéreuse tout à fait caractéristique, c'est-à-dire le détritus de la matière cancéreuse ramollie. Quant à la gangréneuse, enfin, il signalait les crachats très fétides mêlés de substances noire mélanique; ce qui, du reste, s'observe quelquefois aussi dans la phthisie tuberculeuse.

Cette dernière espèce de phthisie, qui est désormais la seule que les modernes reconnaissent, présente des variétés. Ainsi on voit des personnes scrofuleuses succomber à un état de véritable consomption sans présenter de traces de tubercules dans les poumons. De même la phthisie dite laryngée peut quelquefois se présenter sans tubercules dans l'organe propre de la respiration; des tubercules se développent derrière la muqueuse du larynx, qui finit par en être enflammé, s'ulcère, et donne lieu à l'aphonie et au dépérissement propre de la phthisie; à l'autopsie, on trouve les poumons sains. Il y a de ces exemples. Il faut dire pourtant que ce sont là de véritables exceptions; car ordinairement l'affection tuberculeuse du larynx est secondaire et consécutive à celle du poumon.

Il y a une autre phthisie tuberculeuse beaucoup plus rare que la précédente, c'est la *trachéale*. Elle consiste dans des tubercules développés dans la trachée-artère, et amenant les mêmes altérations qu'on observe dans la phthisie laryngée sans tubercules dans les poumons. J'en ai rencontré quelques rares exemples dans ma longue pratique. M. Cayol, étant interne dans cet hôpital, en a recueilli aussi deux ou trois cas pleins d'intérêt, dont il fit le sujet de sa thèse inaugurale.

On a cité des observations de phthisie purement intestinale dans laquelle les intestins seuls présentaient des traces de tuberculisation, pendant que les poumons se montraient à l'état normal. Ces cas doivent être excessivement rares. On connaît bien des cas où la maladie tuberculeuse commence par les intestins, et fait ensuite explosion dans les poumons; mais qu'elle se borne exclusivement au tube digestif, pour ma part, je n'en ai pas eu d'exemple. Toujours est-il que dans cette sorte de phthisie la surface interne des intestins est tapissée de granulations tuberculeuses, qui successivement se ramollissent, et donnent lieu à des ulcérations et à un dévoiement colliquatif intarissable.

Après ces remarques de M. Fouquier, nous faisons suivre l'histoire abrégée du cas pathologique très important que nous tions au commencement, d'après les vie notre excellent confrère, M. Boudet, chef de clinique, a bien voulu nous communiquer.

Le 9 décembre entra à l'hôpital, et fut reçu dans le service clinique, salle Saint-Charles, le nommé Tiby (François), âgé de cinquante-cinq ans, boulanger, demeurant à Paris depuis trente ans, et marié depuis vingt et un ans.

Cet homme se dit malade depuis deux ans; il accuse des sueurs nocturnes depuis cette époque, et surtout de la toux et de l'expectoration. Il n'a jamais eu d'œdème aux membres inférieurs. Depuis huit jours la fièvre est devenue considérable; il est survenu un grand abattement, de l'amaigrissement depuis un mois.

Actuellement il présente un état de maigreur notable; le pouls donne 100 pulsations, avec chaleur fébrile de la peau; il y a des sueurs seulement à la tête. La poitrine trop bombée à la partie supérieure, en avant, offre les signes physiques suivants: En avant, à gauche, une expiration allongée, et très rude de haut en bas; en avant et à droite, une respiration un peu soufflante; en arrière, à gauche, l'inspiration est prolongée, et il y a de haut en bas du râle ronflant; en arrière, à droite, et principalement au sommet, respiration soufflante, rude, avec un peu de retentissement de la voix. Dans le reste de la poitrine il existe du râle ronflant, qui prend le caractère de sous-crépitant moyen dans la moitié inférieure. La respiration est gênée à 36.

Les lèvres sont violettes; il y a un affaiblissement très considérable, et on prononce un pronostic grave.

Ne voulant pas se borner aux renseignements recueillis de la bouche du malade, impuissant d'ailleurs à répondre à des questions multiples sur ses antécédents, nous nous sommes adressé à sa femme, et voici ce que nous avons appris.

Ses parents furent toujours d'une assez bonne santé, d'une forte constitution, et moururent; l'un à soixante-dix-huit; l'autre à quatre-vingt-trois ans. Exerçant la profession de boulanger depuis trente ans, il adopta toujours un régime satisfaisant, sans s'adonner jamais aux excès d'aucune espèce. Depuis quatre ans ses forces, à cause de l'âge, commençant à s'affaiblir, on ne voulut plus de lui comme boulanger, ce qui l'affecta considérablement. L'état de sa poitrine ne fut jamais solide; il avait depuis longtemps une dyspnée continuelle, qui augmentait surtout dans les moments de fatigue inséparable de sa profession. Il était sujet à s'enrhumer très fréquemment. En 1829, il eut une pleuropneumonie grave, pendant laquelle il crachait du sang, et fut saigné plusieurs fois.

Depuis six mois il est plus souffrant, la respiration est plus gênée, pourtant sa femme assure qu'il n'a jamais eu d'hémoptysie, et que ses crachats ont toujours été blanchâtres et non fétides; il n'a jamais gardé le lit, a continué à manger toujours comme à son ordinaire. Mais depuis quatre ans, comme nous disions tout à l'heure, le chagrin de ne pouvoir plus travailler comme par le passé, l'a secoué profondément. Il eut les membres enflés, il y a un an, pour la première fois; l'enflure des pieds et des jambes dura tout l'hiver.

Le 4 décembre il était bien le matin, mais le soir il se plaignit d'un malaise extrême; la toux était fréquente, avec dyspnée et crachats abondants; une douleur continue se manifesta au côté gauche du thorax; il n'y eut pas d'hémoptysie; frissonnements nombreux avec fièvre fréquente depuis le début de la maladie; il n'avait pas de palpitations habituellement, mais une faiblesse extrême quand il s'occupait de quelque chose ou qu'il marchait; il avait une céphalalgie continuelle; les crachats étaient devenus grisâtres, et l'haleine fétide.

Le 7 décembre, malgré ces symptômes si graves, il ne voulut pas rester au lit jusqu'au moment d'aller à l'hôpital. Il n'a jamais vomi, ni eu de diarrhée, et a continué à manger le jour même de son entrée à l'hôpital.

Ces renseignements ne firent que nous confirmer dans notre fâcheux pronostic. En effet, le jour suivant de notre premier examen, la dyspnée était extrême; il y avait 50 respirations; le pouls petit, fréquent et irrégulier; l'haleine avait une fétidité extrême, une odeur vraiment gangréneuse. Les crachats étaient diffluents, aqueux, inodores; le malade en a rendu environ 200 grammes. La respiration est très gênée généralement. A droite en arrière, le son est très exagéré; à gauche, dans le tiers inférieur, il existe un gargouillement manifeste avec retentissement de la voix. La face était altérée, couverte de sueur; la poitrine se soulevait d'une manière brusque et très pénible; les lèvres étaient violettes; l'affaissement était extrême. Tous ces symptômes de l'asphyxie allèrent progressivement en augmentant, et la mort survint sur les deux heures de l'après-midi.

On ouvrit le cadavre trente heures après la mort.

Le péricarde était sain; le cœur volumineux, hypertrophié, avec opacité et épaississement de la membrane interne du cœur gauche; les cavités sont proportionnées à l'épaisseur des parois, qui ont deux centimètres à la partie la plus forte du ventricule gauche en tenant compte des colonnes charnues.

La plèvre droite est adhérente partout; des saillies nombreuses du volume d'un gros grain de raisin ou d'une aveline sont disséminées à la surface du poumon, surtout au niveau du bord antérieur de cet organe: ces saillies sont formées par des cellules pulmonaires d'une dimension plus grande que dans l'état naturel.

Le poumon droit est engoué partout, et ne contient pas de tubercules. Il présente un engorgement considérable, surtout à la partie inférieure; un peu de friabilité, mais sans imperméabilité de tissu. Aucune trace de gangrène.

Du côté gauche, la plèvre est adhérente dans plusieurs points. Il n'y a aucune trace d'inflammation récente; excepté à la partie inférieure et externe, où il existe de l'injection autour d'un foyer gangréneux dont on parlera plus tard.

Le lobe supérieur du poumon gauche présente une congestion générale; il est parsemé à sa surface de bourrelets emphysémateux, et à l'intérieur de matière noire, partout perméable à l'air.

Le lobe inférieur est profondément altéré. Quand on l'arrache de la poitrine, on constate qu'il adhère intimement dans presque toute son étendue, mais surtout au niveau de sa partie postérieure et antéro latérale, et, quoi qu'on fasse, on produit par les manœuvres de l'extraction une solution de continuité au niveau des deux tiers inférieurs du lobe et sur le côté. En examinant avec soin le lobe, on reconnaît que la déchirure a porté sur la partie inférieure de l'organe, qui présente dans la hauteur de cinq travers de doigt un cloaque contenant une matière sanieuse avec odeur manifeste de gangrène, d'un gris noirâtre, et baignant une vaste et large caverne aréolaire parcourue par des filaments du volume d'un fil de coton à celui de la ficelle appelée *fouet*, très friable et sans cavités. Ces filaments sont des vaisseaux oblitérés, des débris de cloison intra lobulaire des bronches, et du tissu pulmonaire ramolli. Le centre de la cavité, qui est anfractueuse, évasé en bas surtout, ovalaire, et capable de contenir un œuf de poule, est presque dépourvu de parenchyme pulmonaire; mais vers les parties périphériques, on trouve plusieurs cavités anfractueuses qui pénètrent assez profondément dans le tissu du poumon. Cette caverne gangréneuse est tapissée par une membrane jaunâtre, inégale, très mince, assez ferme, marquée surtout à la périphérie de la cavité, mais excessivement mince dans l'intérieur de celle-ci; elle arrive jusqu'à deux travers de doigt de la base, et cet espace est formé par un tissu hépatisé au deuxième degré.

Tout à fait en arrière, au niveau des deux tiers moyens du lobe, et sur la convexité du bord pulmonaire postérieur, il existe une altération très remarquable, une excavation ellipsoïde de la grandeur d'une pomme d'api, entourée à l'extérieur d'une plèvre cartilaginifère, et recouverte seulement par la plèvre mince et flottante comme un cadran de montre par le verre existe à la partie la plus déclive. Cette cavité renferme des lamelles minces de tissu cellulaire, et des tractus nous tendus entre les parois. Au delà de la partie extérieure de la cavité, le tissu pulmonaire est encore raréfié; on y découvre des interstices, des lacunes. Aucune odeur dans ces parties, qui sont grises.

Dans la couche du poumon qui sépare les deux cavités, la récente et l'ancienne, il existe deux petites cavités, comme une aveline, isolées du tissu par une membrane jaune, dure, inégale, assez épaisse. Ces cavités communiquent avec le foyer récent. Les parois de ce foyer sont engorgées de saug, mais sans hémorrhagies ni hépatisation. Les bronches voisines sont

---

et vous aussi, Bordelais, vous voulez savoir sans doute comment fut arrosé ce déjeuner de Sybarite. L'exorde fut appuyé par d'excellent sauterne; le premier point par un romanée du premier crû; le second et le troisième, par du Laffitte d'un âge de plus en plus respectable, le quatrième, par de l'aï frappé; et la péroraison... Ah! la péroraison! Il me semble voir la figure attendrie et vraiment pathétique du brave pharmacien, en dégustant ce constance acheté au Cap par l'amphitryon lui-même. Quel nectar! disait-il; comme c'est résolutif, digestif et incisif!

Un moka brulant, des liqueurs de la plus grande finesse, corroborèrent notre catéchumène dans sa foi nouvelle, et il se retira ver les six heures, tout guilleret, tout rondelet, tout disposé surtout à faire de la propagande en faveur d'une argumentation aussi riche et aussi bien nourrie.

Vous comprenez que l'amphitryon est l'ami d'un ami de l'un des contendants de Charenton, et que ce déjeuner mirifique avait pour but de raffermir une voix chancelante et d'en attirer quelques autres avec.

— La démission de M. Lallemand agite Paris et Montpellier. Ici, on a quelque tendance à ne pas croire à la réalité des motifs invoqués par le célèbre professeur. Parce qu'à Paris, nos très hauts confrères se montrent jusqu'au bout âpres à la curée; parce qu'ils meurent à la peine et qu'ils ne se trouvent jamais assez riches de fortune et d'honneurs pour passer leurs vieux jours dans une douce quiétude, ils ont peine à croire qu'il se soit rencontré un philosophe pratique qui, encore dans la force de l'âge, renonce à la vie militante et productive pour jouir en repos d'une position honorablement et laborieusement acquise. Cette conduite est, en effet, si rare, qu'à grand'peine en pourrais-je citer un ou deux exemples. Il est vrai que M. Lallemand allègue aussi sa santé compromise; et sous ce rapport il faut avouer que le *facies* est bien trompeur. Bonne jambe, bon air, appétit très physiologique, figure pleine et colorée, voilà les graves symptômes que j'ai pu observer *de visu*, ce qui est très alarmant. Toujours est-il qu'à cause même de ces tristes apparences, l'alarme règne dans le camp des nombreux aspirants, en perspective, au fauteuil de l'Institut. D'autres craignent aussi une candidature à l'Académie de médecine. Il en est qui vont jusqu'à appréhender un concurrent pour quelque chaire de chirurgie à venir. D'autres enfin sont sur les transes à l'endroit de la clientèle. En un mot, M. Lallemand passe aujourd'hui pour un véritable Croquemitaine dans le monde chirurgical de Paris, et la venette est grande en certains lieux.

A Moutpellier, l'émotion n'est pas moins vive, mais pour d'autres motifs. Une magnifique place à prendre au soleil du professorat et de la pratique, voilà certes de quoi tenter de nombreuses ambitions; aussi assure-t-on qu'il en surgit de tous côtés, et les prétentions indigènes auront à lutter contre toutes sortes de prétentions exotiques. On cite ici plusieurs chirurgiens plus ou moins jeunes qui auraient manifesté des velléités de concourir pour la place de Montpellier, espérant pouvoir y continuer la tradition de gloire, de renommée et de fortune chirurgicales laissée par Delpech et M. Lallemand. Mais, voyez la faiblesse humaine, voyez aussi le contraste! M. Lallemand invoque la santé pour quitter le doux et bienfaisant soleil du Midi; c'est aussi la santé que prennent pour prétexte ces chirurgiens plus ou moins jeunes, pour abandonner le froid et brumeux climat de Paris. Des gens que vous vous plaisiez à croire dans l'état le plus florissant de santé étaient, à votre insu, atteints d'affections les plus graves. Celui-ci a crachoté un peu de sang, celui-là en a vu avec effroi dans son pot de nuit; l'un tousse en criant le tubercule, l'autre digère mal et en accuse le foie. Ah! comme vous les verriez se redresser, ces Sixtes-Quints de la chirurgie, si le concours leur était favorable.

Le plus curieux de tout ceci, c'est qu'il y a très peu de jours, la démission de M. Lallemand n'était pas encore officielle. Si ce n'était là qu'une ruse de guerre? Si par un bruit adroitement semé et qu'on peut démentir au besoin, on avait voulu sonder le terrain et connaître des choses qu'on avait intérêt à savoir? Si, comme Charles-Quint, pour juger de la sincérité des regrets que l'on laisse après soi, on avait voulu vivant, assister à son enterrement? Voilà des appréhensions ou plutôt des opinions que j'entendais émettre par quelques don Carlos qui aspirent à la succession et qui craignent qu'elle ne soit pas décidément ouverte.

— Ah, par exemple! M. Gannal ne s'attendait pas à celle là. Son procédé d'embaumement a été renvoyé à la commission de la peste, sur la proposition de M. Dupuy, qui en a quelquefois de fort inattendus. L'Académie, qui ne comprenait pas trop de prime-abord ce que M. Gannal pouvait avoir de commun avec la peste, s'est mise à rire; ce dont l'honorable vétérinaire l'a vertement relevée en lui donnant une petite paraphrase des opinions de M. Pariset sur l'origine de ce fleau. S'il était donné à l'embaumement, comme le pense le célèbre secrétaire perpétuel, de faire disparaître de la terre cette abominable maladie, il ne faudrait plus rire, Messieurs, de ceux qui consacrent leurs recherches à obtenir ce résultat; il faudrait leur bâtir des pyramides, ou plutôt, puisque le temps a épargné celles des Pharaons, il faudrait y transporter, luxueusement injecté, le corps de M. Gannal, lorsque ce célèbre restaurateur de l'embaumement abandonnera sa dépouille mortelle, comme un défi à l'impuissance de la destruction.

JEAN RAIMOND.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

M. Leuret avait proposé pour 1844 un prix de 300 fr. à donner à celui de ses élèves qui aurait recueilli les meilleures observations sur les maladies incidentes des aliénés. Ce prix vient d'être remporté par M. Marcel, élève interne des hôpitaux.

— M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui a rempli une mission scientifique en Allemagne, où il a surtout étudié l'ophthalmie épidémique qui sévissait dans les armées belge, hollandaise et prussienne, vient d'être nommé chevalier de la légion d'honneur, par ordonnance du 16 décembre.

— MM. Benjamin Levraud et Thierry, docteurs en médecine, ont été nommés, le premier médecin, et le deuxième chirurgien du collége royal de Charlemagne.

— Nous lisons dans la *Gaz. méd. belge*, que le ministère de l'intérieur a invité l'académie royale de médecine de Belgique, « à examiner s'il n'y aurait pas lieu de provoquer une disposition législative qui *obligeât* les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs à donner les soins de leur art à toutes les personnes qui viennent les réclamer. »

— La mortalité de Londres a considérablement diminué la semaine dernière. Le chiffre des décès, qui était la semaine précédente de 1417, ne s'est élevé qu'à 1,109. C'est une dimution de 308.

— Un homme consomme par heure au moins six mètres cubes d'air; la plupart des plaisirs pris en commun, les bals, les soirées, les spectacles, les assemblées, commencent par diminuer considérablement cette ration indispensable. Il est difficile que dans un rout, dans une soirée comme on les donne aujourd'hui, chaque personne ait pour sa part plus d'un mètre et demi d'air respirable. Vous vous décideriez difficilement à prendre quelques-uns de ces plaisirs s'il vous fallait les acheter au prix de la privation des deux tiers de vos aliments. La privation d'air a des effets moins immédiats, mais il est probable qu'elle engendre la plus grande partie des maladies des villes. (*Les Guêpes.*)

— M. Guillon nous prie de déclarer que « ce n'est qu'avant-hier seulement, et après avoir reçu sa lettre du 22 courant, que M. Le Roy s'est enfin décidé à remettre à M. Aug. Bérard, qui les attendait depuis cinq semaines, les pièces nécessaires pour régler les clauses de leur lutte chirurgicale; ce n'est qu'avant-hier aussi que le jury a été constitué, M. Le Roy ne s'étant pas assuré plus tôt du consentement de MM. Blandin et Jobert qu'il avait choisis pour arbitres un mois auparavant. »

dilatées, leur muqueuse est noirâtre et l'artère pulmonaire présente des caillots sanieux, mous, non gangréneux dans son intérieur.

Rien à noter dans la langue ni dans la trachée.

L'estomac est injecté, et présente une éruption très évidente de petits points rouges très rapprochés. La muqueuse est un peu épaissie.

L'intestin offre une rougeur générale très vive, pointillée, et arborisée dans certains points, mais sans ulcérations ni ramollissement.

Le foie est à l'état normal, la bile jaune-verdâtre clair.

Les reins sont sains aussi, injectés; le droit a un tiers de plus de volume que le gauche.

La rate est d'un volume moyen, saine.

Ainsi on ne trouve de traces de gangrène que dans le poumon gauche.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Albumine dans l'urine (maladie de Bright). Utilité, dans cette affection, de l'abstinence des boissons et de l'administration de l'urée.

Il y a actuellement dans les salles de M. Piorry trois sujets atteints de la maladie dite de Bright, un cas remarquable de catarrhe vésical et un autre non moins intéressant d'hématurie. Ces diverses affections ont fait le sujet d'une des dernières leçons cliniques de ce professeur. Nous nous bornerons, pour l'instant, à rapporter la première de ces observations, à laquelle se rattachent des faits cliniques dignes d'intérêt.

Une femme d'environ trente ans, couchée au n° 45 de la salle Ste-Geneviève, est entrée à l'hôpital il y a quinze jours. Elle était souffrante depuis six mois, et depuis trois mois elle était devenue pâle et bouffie; elle éprouvait aussi depuis longtemps des accès fébriles intermittents quotidiens. Lors de son entrée, la région lombaire et les extrémités inférieures étaient œdémateuses. Elle avait senti récemment de vives douleurs dans la région rénale gauche. La plessimétrie permit de constater une hypertrophie du rein gauche, dont les dimensions, suivant les deux diamètres, longitudinal et transversal, dépassaient de deux centimètres les dimensions correspondantes du rein droit, qui était sain.

La percussion, ainsi que la palpation (laquelle n'eût point permis de reconnaître l'hypertrophie), déterminait une vive douleur. Les signes physiques et les symptômes fonctionnels se réunissaient donc ici pour faire admettre l'existence d'une néphrite albumineuse, pour nous servir de la dénomination la plus communément admise.

Mais à côté de ces premiers états organo-pathologiques, il en existait d'autres. Le sang était peu coloré, et contenait évidemment une plus grande proportion de sérum qu'à l'ordinaire. De plus, la rate était hypertrophiée; circonstance qui expliquait les accès de fièvre quotidiens qu'éprouvait la malade. Il y avait enfin une rétention de matières fécales; car cette femme n'avait pas été à la selle depuis plusieurs jours, et la plessimétrie démontrait que les gros intestins étaient distendus par des matières solides.

Chez les deux autres malades atteints de la même affection, le cas est plus simple.

L'un est un homme de trente ans, robuste, qui est dans les salles depuis douze jours. Il est atteint d'un léger œdème. La maladie s'est développée, chez lui, à la suite d'une scarlatine. Les reins, mesurés par la plessimétrie, ont peu de volume. On ne trouve pas d'autre état organo-pathologique appréciable.

A ces deux cas, on pourrait en joindre un troisième, celui d'un malade qui est affecté à la fois de la maladie de Bright et d'une maladie organique du cœur; mais cet homme ne fait que d'entrer dans le service, et avant d'établir nettement le diagnostic, il devra être examiné de nouveau.

Il en est de l'albuminurie comme de toutes les autres collections de phénomènes auxquelles on donne le nom de maladies; elle se montre rarement la même chez divers sujets; ou plutôt les coïncidences morbides entraînent dans la séméiologie, et surtout dans la thérapeutique de cette affection, les plus notables différences. Et, par exemple, la malade du n° 45, atteinte d'une véritable néphrite lors de son entrée, a dû être traitée par des évacuations sanguines locales, dont l'action a été promptement suivie de la diminution de la douleur et du volume du rein malade. Puis cette femme est devenue anémique, et on lui a administré du fer; il y avait de la constipation, les purgatifs l'ont fait disparaître. La rate est restée hypertrophiée; la fièvre d'accès persiste; il faudra administrer le sulfate de quinine. Enfin, la présence de l'albumine dans l'urine est à son tour en rapport avec une indication particulière dont il a fallu également tenir compte. C'est de l'ensemble de ces indications et des moyens propres à les remplir, que résulte le traitement général. Mais on ne peut pas dire que ce soit là une maladie et lui assigner d'avance un traitement déterminé. Le traitement qui a convenu à cette femme ne conviendrait pas aux deux autres malades, par exemple; aussi faut il oublier autant que possible l'idée générale de maladie, pour s'occuper avec soin de ses éléments primitifs et des causes qui les ont produits ou qui les entretiennent.

Quant à l'état pathologique spécial, cet état, considéré isolément, semble, *à priori*, devoir être combattu par des moyens chimiques. La plupart des agents thérapeutiques qu'on lui a opposés jusqu'à présent ont eu peu d'efficacité. Il y a deux ans, qu'après avoir inutilement tenté l'usage, soit des aliments exclusivement fibrineux, soit de plusieurs médicaments, j'eus recours à des boissons à doses répétées, dans la proportion de cinq à six litres dans les vingt-quatre heures. Dans deux cas où cette tentative fut faite, c'était chez des hommes, le rein était hypertrophié, non douloureux; et vingt-quatre heures à partir du commencement du traitement, les reins devinrent le siége de vives douleurs et augmentèrent de volume, ainsi que la plessimétrie en fournit la preuve. Il fallut renoncer promptement à l'administration des boissons à doses répétées. On fit plus, on prescrivit, à dater de ce moment, l'abstinence absolue des boissons et de tout aliment aqueux. Or, dès le premier jour de ce changement la douleur cessa. Le lendemain, l'organe était notablement diminué, et l'amélioration devint très marquée. Une fois même il arriva que pendant deux jours, sous cette influence, l'urine cessa de contenir de l'albumine. Malheureusement ce succès ne fut que momentané; l'état de faiblesse, l'œdème reparurent promptement, et la maladie reprit son cours ordinaire. Il reste certain cependant qu'en général l'abstinence des boissons et l'alimentation corroborante ont été suivies de diminution dans l'œdème et d'amélioration dans la constitution.

L'usage de l'urée m'a paru avoir une influence très marquée sur les malades atteints de maladie de Bright. L'idée de l'emploi de ce moyen, en pareil cas, m'est venue de ce que, en cherchant un moyen d'agir sur le rein, j'ai pensé que le produit principal de la sécrétion des reins devait être la substance la plus propre à modifier l'état de ces organes. Je fis, en conséquence, prendre à quelques malades dont l'urine était fortement albumineuse, d'abord 3 ou 4 grammes d'urée, puis j'en portai la dose jusqu'à 8 ou 10 grammes.

Or, dans ces deux cas, et principalement dans l'un d'eux, chez une femme qui est sortie de l'hôpital dans le mois de novembre dernier, l'œdème, l'épanchement séreux péritonéal, la faiblesse générale, disparurent sous l'influence de l'urée; ils reparurent après qu'on en eut cessé l'emploi, pour disparaître de nouveau sous l'influence de nouvelles doses de ce médicament, et ainsi de suite à trois ou quatre reprises différentes. En somme, il en est résulté un amendement notable des symptômes et une amélioration sensible chez cette femme, qui continue, en ville, à prendre de l'urée. Nous devons dire toutefois que ses urines contiennent encore de l'albumine.

Comment agit l'urée (car d'après les faits qui précèdent et quelques autres, son action ne peut pas paraître douteuse)? On ne pourrait répondre à cette question que par des hypothèses. On pourrait, par exemple, se demander si, dans la maladie en question, le rein ne cesserait pas de sécréter une quantité suffisante d'urée, laquelle pourrait, à la rigueur, exercer, par suite de la résorption, un action utile sur le sang. Ce n'est évidemment qu'une pure hypothèse, et ce n'est point là, en vérité, ce qu'il s'agit de discuter ici. Ce qu'il est important de noter, c'est que l'urée, administrée à l'intérieur, modifie utilement l'état des personnes atteintes de la maladie de Bright.

M. Piorry s'était demandé encore si la glace, appliquée sur la région lombaire, ne pourrait pas modifier avantageusement l'état pathologique du rein. Il a fait une seule tentative de ce genre sans résultat avantageux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 15 janvier 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente; la rédaction est mise aux voix et adoptée.

— *M. Malgaigne* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il dit qu'ayant avancé dans la dernière séance, que le traitement des rétrécissements de l'urètre adopté par M. Béniqué était connu dans la science bien avant ce chirurgien, il s'est cru obligé de rechercher dans les livres les preuves de son assertion. Or, il a trouvé dans un article du *Bulletin de thérapeutique* et dans le livre de M. Civiale, que ce praticien traite souvent les rétrécissements en introduisant dans leur intérieur deux ou trois bougies de différent calibre en moins de dix minutes; M. Malgaigne cite le texte même de ces ouvrages qui établit ce point de doctrine, et que voici :

« En peu de mots, le traitement par les bougies molles, *dans les cas ordinaires*, se réduit à l'introduction journalière de bougies dont le volume croît depuis une demi-ligne jusqu'à trois lignes et demie de diamètre, qu'on gradue de manière à exercer une dilatation régulière, méthodique et progressive, et qui séjournent *depuis deux à trois minutes jusqu'à une demi-heure* »

Certains sujets ne supportant pas même ce séjour, il faut alors agir — « soit en choisissant des bougies plus petites, soit *surtout* en ne » les introduisant que tous les deux jours, abrégeant la durée de leur » séjour dans le canal, ou même *les retirant sur-le champ*. »

M. Malgaigne, passant ensuite à l'analyse des observations contenues dans le mémoire de M. Béniqué, fait remarquer que, de l'avis même de son auteur, ce mode de traitement est impuissant dans beaucoup de cas, et ne vaut pas celui qui consiste dans l'emploi de sondes à demeure. Quant aux cures radicales obtenues par ce moyen, l'auteur reconnait avec loyauté qu'elles sont rares, et il ne donne que deux observations dans lesquelles il en soit fait mention.

Enfin M. Malgaigne demande qu'on ne publie pas la partie du procès-verbal qui contient la discussion sur le travail de M. Béniqué, ce travail étant un de ceux qui sont soumis actuellement à la commission du prix d'Argenteuil; car cette discussion pourrait lui être défavorable.

M. Nélaton s'attache à démontrer qu'il existe une différence notable entre la manière d'agir de M. Civiale et celle de M. Béniqué, quoique l'un et l'autre emploie l'introduction faite coup sur coup de bougies graduellement plus fortes. M. Civiale, en effet, ne regarde cette méthode que comme une exception à celle qu'il emploie ordinairement; il ne l'a tentée que chez les sujets trop irritables qui ne peuvent supporter le séjour de la sonde pendant quelques heures.

M. Monod appuie l'opinion de M. Nélaton, et dit avoir employé avec succès la méthode de M. Béniqué dans un cas difficile où cependant la dilatation fut complète au bout de six semaines.

M. Laugier croit en effet que M. Civiale emploie surtout le mode d'introduction instantanée des bougies dans le but d'amortir la sensibilité de l'urètre, et non dans celui de dilater ce canal et qu'il ne regarde jamais ce moyen comme suffisant pour obtenir une dilatation permanente. Cette distinction dans le mode de l'introduction coup sur coup de bougies graduellement plus fortes dans les rétrécissements de l'urètre, est important aux yeux de M. Laugier, et manque dans le travail de M. Béniqué. Il ne croit pas, au reste, que cette méthode de traitement soit toujours sans inconvénients.

Pour l'apprécier à sa juste valeur, dit-il, il faut la comparer à celle qui lui est opposée, c'est-à-dire le séjour prolongé d'une bougie, depuis un quart-d'heure jusqu'à plusieurs heures. Or, l'introduction coup sur coup des bougies dans le canal est loin d'être sans inconvénient chez beaucoup de sujets, par l'irritation qu'elle cause; puisque souvent l'introduction d'une seule bougie produit des douleurs fort vives et de l'inflammation; peut-on dire, dès-lors, d'une manière générale, qu'elle est préférable, par son innocuité, à la méthode généralement usitée?

M. Vidal combat l'opinion de M. Malgaigne sur le danger qu'il y aurait à publier la discussion soulevée par l'envoi du mémoire de M. Béniqué à la Société. Il demande en conséquence qu'il soit passé outre. La Société, consultée, rejette la proposition de M. Malgaigne.

— *M. Nélaton* présente un malade qui, après avoir ressenti pendant quelques jours des *douleurs dans la tête*, s'aperçut que plusieurs tumeurs se formaient à la surface de son crâne; ce qui le décida à consulter un chirurgien. Voici ce que l'on put constater à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, le 28 octobre : Il existait à la surface du crâne quatre tumeurs adhérentes formant un relief d'un centimètre environ, ayant une base à peu près circulaire, et un diamètre de 6 à 7 centimètres; la consistance de ces tumeurs était ferme, sans cependant présenter la dureté du tissu osseux; il n'existait d'ailleurs ni rougeur, ni empâtement, ni chaleur, rien en un mot qui pût donner l'idée d'un travail phlegmasique; elles étaient indolentes à la pression, irréductibles, ne présentaient point de pulsations. (Application d'emplâtres de ciguë.) Aucun changement ne fut observé jusqu'au 1er novembre. A cette époque, l'une d'elles commença à présenter des battements isochrones aux pulsations artérielles et aux mouvements d'expiration; quelques jours plus tard, on put constater les mêmes battements sur une seconde tumeur, puis sur une troisième; en même temps, on reconnaissait que toutes ces tumeurs diminuaient graduellement de volume; elles ont maintenant complétement disparu, et sont remplacées par des dépressions qui correspondent à autant de perforations des os du crâne. La quatrième tumeur n'est point devenue pulsatile, elle a disparu complétement comme les autres, et le crâne n'est point perforé dans le point qu'elle a occupé.

A aucune époque, on n'a observé de troubles dans la sensibilité, les mouvements, les fonctions des organes des sens. Cet homme semble jouir d'une santé parfaite; jamais il n'a eu d'affections syphilitiques.

En résumé, dans l'espace de trois mois environ, trois tumeurs se forment à la surface du crâne, puis elles disparaissent pour ainsi dire sans aucun traitement, et sont remplacées par de larges perforations des os. Quelle est la nature de ces tumeurs? C'est là une question que M. Nélaton se propose d'examiner lorsqu'il communiquera à la Société l'observation détaillée de ce fait.

— *M. Malgaigne* présente un autre malade qui porte à l'aine une tumeur d'un diagnostic douteux. Les uns pensent qu'elle est formée par un abcès froid sorti du bassin par le trou obturateur; d'autres, par un kyste contenant des hydatides; d'autres enfin, par un ganglion. M. Malgaigne promet de tenir la Société au courant de ce qui sera fait pour ce malade.

— *M. Maisonneuve* présente une pièce d'anatomie pathologique qu'il a recueilli à Bicêtre chez un homme qui a été traité et guéri depuis longtemps par M. Robert d'un anus contre nature siégeant à l'ombilic.

La Société décide que cette pièce sera dessinée à ses frais.

Séance levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 3 décembre 1844. — Présidence de M. BELHOMME.

M. Forget fait hommage de son mémoire sur le Galactocèle mammaire. — Remercîments.

— M. le docteur Vinchon écrit pour solliciter son admission, et envoie, avec sa thèse, trois observations médicales. (Commissaires : MM. Blatin, Gaide et Lagasquie.)

— M. le docteur Labarraque adresse la même demande, et l'appuie d'une observation de rhumatisme articulaire aigu guéri très rapidement par le sulfate de quinine à dose modérée. (Commissairres : MM. Richelot, Collomb et Raymond.)

— Toute cette séance est remplie par le renouvellement du bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1845.

MM. Ségalas, président;
Gaide, vice-président;
Edouard Louis, secrétaire-général;
Blatin, secrétaire particulier;
Géry, trésorier.

Membres du comité de publication :
MM. Richelot et Bréon.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

Nota. Dans notre dernier compte rendu (numéros des 6 et 16 janvier), on a fait dire à M. Félix Legros que, dans les plaies d'armes à feu, la plaie d'entrée est *plus grande* que celle de sortie. C'est *moins grande* qu'il faut lire.

Autre *erratum* : Dans cette phrase de M. Lagasquie : « Il est impossible d'admettre que ces inconvénients s'exécutent sous l'influence de la volonté, » au lieu d'*inconvénients*, lisez : *mouvements*. Il s'agit des mouvements qu'on observe dans les muscles de la face chez les décapités.

Enfin qu'on nous permette une dernière rectification : l'étendue de ce compte-rendu ne nous ayant pas permis de reproduire textuellement la note lue dans la même séance par M. Félix Legros, et dans laquelle étaient largement posées et résolues plusieurs questions intéressantes, il en est résulté une lacune qui laisse ignorer que ce confrère a le premier exprimé l'opinion contraire à celle de Bichat, que la couleur des cicatrices des nègres était le plus souvent *noire*. Nous devons donc constater qu'à M. Félix Legros appartient l'initiative de cette observation, que M. Bonnafont a ensuite confirmée.

(*Note du secrétaire-général.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Du muguet chez les enfants à la mamelle. MM. Trousseau et Delpech publient dans le *Journal de Médecine* un mémoire d'un grand intérêt pratique. Nous allons en résumer les points principaux.

Le muguet fut longtemps considéré comme une forme de cette classe de maladies que l'on réunissait sous la dénomination commune d'aphthes. Il est caractérisé par une exsudation spéciale siégeant plus particulièrement sur la membrane muqueuse buccale. Mais cette exsudation n'est pas toujours la maladie tout entière; car si quelquefois le mal est purement idiopathique en ce sens qu'il occupe la bouche sans que d'ailleurs il existe aucune autre lésion, le plus souvent il se lie, comme chez l'adulte, à des lésions graves altérant profondément l'économie. Quoi qu'il en soit, la lésion buccale est la même, que le muguet soit idiopathique ou qu'il soit symptomatique. Tous les auteurs sont d'accord sur son aspect à l'état le plus simple. C'est une éruption plus ou moins discrète ou confluente de points blancs répandus sur une partie ou sur la totalité de la muqueuse de la bouche, et affectant de préférence certaines portions de cette membrane. Mais quelle est la nature de ces points blancs? Aux dépens de quels organes se développent-ils? A quelle profondeur sont-ils situés? Telles sont les questions que les auteurs cherchent d'abord à résoudre, et sur lesquelles ils s'é-

tendent longument. Ils résument en ces mots la discussion à laquelle ils se livrent sur ce sujet :

L'éruption caractéristique du muguet est contituée par des pseudo-membranes fibrineuses siégeant à la surface de la membrane digestive dépouillée de son épiderme.

Siége. La fausse membrane qui constitue le muguet peut se développer dans la bouche, dans le pharynx et dans l'œsophage ; très rarement dans l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin

Elle se présente sous trois formes principales qui ne peuvent, toutefois, apporter au pronostic des éléments aussi importants qu'on le supposait autrefois.

Tantôt de petits points blancs sont épars sur la langue ou sur les parois de la bouche, tantôt ils s'agglomèrent en plaques plus ou moins étendues ; quelquefois une large pseudo-membrane recouvre la langue et le reste de la cavité buccale.

Ces trois apparences du muguet ne se rencontrent pas indifféremment sur tous les points de la membrane muqueuse. Les plaques isolées se présentent souvent à la face postérieure des lèvres, dans le principe de l'affection. La face interne des joues se recouvre, en général, de pellicules larges et épaisses ; la langue et la voûte palatine sont quelquefois recouvertes d'une plaque continue, rugueuse et d'une épaisseur considérable.

Dans le pharynx, le muguet est ordinairement en grains isolés, peu confluents ; ils sont en général peu adhérents à la membrane muqueuse. Dans l'œsophage, tantôt la membrane est recouverle d'une couche de muguet confluent ; tantôt des points isolés sont disposés en lignes longitudinales plus ou moins régulières ; fort rares dans l'estomac, ces points y affectent une disposition analogue.

Plusieurs auteurs ont signalé l'existence du muguet dans toule l'étendue du canal intestinal et jusqu'à l'anus. Ces faits n'ont pas paru assez évidents aux auteurs pour leur donner toute l'importance qu'on leur a attribuée, laissant, toutefois, à l'inflammation de l'intestin sa valeur qui est très grande.

Le gros intestin est presque toujours altéré dans les cadavres des enfants qui meurent avec le muguet. Ces altérations sont, par ordre de fréquence, l'épaississement, l'injection, le ramollissement, l'ulcération.

Causes. — Les fausses membranes du muguet se produisent sous l'action de deux séries d'influences, dont les unes s'exercent directement sur les points de la muqueuse qui deviennent le siége de l'altération ; les autres modifient plus ou moins profondément l'organisme. De là deux états particuliers, deux formes de la maladie : le muguet idiopathique qui se manifeste sous l'influence de causes locales ou qui se localise dans leur expression, et le muguet symptomatique qui est le résultat de l'altération profonde de l'organisme.

Parmi les causes locales les auteurs signalent la malpropreté de la bouche, l'acidité de la salive, la desquammation normale de l'épithélium, l'usage des biberons, le frottement des joues qu'une succion trop forte occasionne sur le rebord alvéolaire.

Les conditions générales au milieu desquelles se développe le muguet, sont d'abord l'âge. La plupart des auteurs le regardent comme une affection propre aux enfant à la mamelle ; M. Valleix ne l'a jamais vu se développer sur les enfants âgés de plus de deux mois. D'autres auteurs ont nié son développement chez l'adulte. Les auteurs l'ont observé chez neuf enfants âgés de deux mois et demi à vingt-deux mois. Ils l'ont vu assez fréquemment apparaître soit à la bouche, soit à la vulve, chez les adultes affectés de phthisie ou de fièvre puerpérale.

Suivant M. Lelut, le muguet n'existerait à Paris qu'à l'hospice des Enfants trouvés et à l'hospice des Vénériens. D'accord en cela avec le plus grand nombre des praticiens, les auteurs croient à son existence en dehors de ces localités, et ils citent des faits qui mettent leur opinion hors de doute.

Les auteurs manquent d'éléments suffisants pour apprécier les influences du climat et de la température sur la production du muguet.

Quant à la contagion admise par quelques observateurs, les faits que MM. Trousseau et Delpech ont observés ne sont pas assez évidents pour lever tous leurs doutes à cet égard. Ils seraient assez disposés à croire que cette affection est transmissible par contagion directe ; mais ils croient à une disposition épidémique ou contagieuse générale qui peut produire le muguet aussi bien que toute autre phlegmasie des muqueuses chez les enfants nouveau nés.

Ce travail sera continué.

Médications des diverses affections de l'estomac. D'un moyen contre certaines gastralgies avec éréthisme considérable de l'estomac. — Il est généralement usité, dit le *Journal de Médecine*, et avec grande raison, de n'administrer les préparations opiacées et toutes celles qui ont des propriétés analogues, qu'à une époque assez éloignée des repas, pour que l'action stupéfiante de ces médicaments ne paralyse pas les forces de l'estomac.

Mais il est des exceptions à cette règle thérapeutique, et on le comprendra aisément.

On a dit, en effet, d'une manière trop générale, que les gastralgiques étaient soulagés par l'alimentation, comme on a fait aussi du soulagement de la douleur par la pression de l'épigastre un caractère différentiel trop général de la gastralgie et de la gastrite. Sans doute il est de ces névroses douloureuses de l'estomac que la pression et l'alimentation apaisent ; mais il en est aussi que ces modifications exaspèrent horriblement.

C'est dans ce dernier cas qu'il faut savoir violer la règle de n'administrer les narcotiques que lorsque l'estomac n'est pas appliqué à la digestion, et les faire prendre au contraire immédiatement avant le repas, immédiatement après, ou mieux encore avec les aliments. Il n'y a pas alors d'autre moyen de garantir leur tolérance et de favoriser leur digestion. Sans cette précaution, l'irritabilité extrême, l'éréthisme de l'estomac fait, ou que la nourriture est vomie bientôt, ou qu'elle provoque une exacerbation cruelle de l'accès gastralgique.

Un ou deux centigrammes d'extrait thébaïque, une ou deux cuillerées à café de sirop diacode, sont souvent alors la seule condition de digestibilité des aliments.

BIBLIOGRAPHIE.

Raccolta di memorie chirurgiche ; du docteur Jus. CASCHIO-CORTESE, de Palerme.

On a souvent fait le reproche aux chirurgiens italiens de ne s'inspirer que des préceptes de leurs maîtres, et de sacrifier trop exclusivement aux préjugés de leurs écoles tout ce qui se dit et se fait en dehors de leur pays. Bien que la chirurgie italienne soit assez riche de son propre fonds, et qu'on se plaise à reconnaître chez nous le bon esprit pratique et la véritable supériorité avec laquelle la chirurgie est cultivée au delà des Alpes, l'Italie n'aurait cependant rien à perdre sousce rapport dans un commerce plus large d'échange et de communication avec ses voisins. Nous devons convenir, toutefois, que ce reproche est de moins en moins mérité, et que depuis quelques années les chirurgiens italiens semblent avoir pris à tâche de s'en justifier à nos yeux : témoin le dernier congrès scientifique de Milan, où la lithotritie a enfin trouvé des défenseurs et point d'adversaires exclusifs. On trouvera plus d'un exemple aussi de cette condescendance à notre égard dans le livre du docteur Caschio-Cortese, que nous avons actuellement sous les yeux. Disons d'abord ce que renferme ce volume, dont quelques parties nous ont paru dignes d'une sérieuse attention.

C'est, ainsi que le titre l'indique, un recueil de mémoires sur différents sujets de chirurgie. Ce recueil s'ouvre par un chapitre sur les qualités et les devoirs du chirurgien ; chapitre plein d'excellents préceptes et de bonnes pensées, que ne sauraient trop méditer les élèves en chirurgie auxquels il s'adresse. Les autres mémoires éminemment pratiques, ont pour objet des questions de thérapeutique chirurgicale du plus haut intérêt. Nous mentionnerons, par exemple, les observations sur l'opération de la cataracte par la méthode de la dépression. L'auteur s'y livre à une appréciation comparative et raisonnée des questions de l'abaissement et de l'extraction.

Après avoir rapporté les opinions des différentes autorités de tous les pays, l'auteur discute les avantages et les inconvénients de ces méthodes dont il pose les indications de la manière suivante :

La méthode de l'extraction, dit-il, est préférable dans tous les cas suivants :

1° Lorsque la cornée offre une étendue suffisante à la chambre aqueuse pour rendre moins chanceuse la lésion de l'iris ;

2° Lorsque la pupille peut être maintenue suffisamment dilatée pour permettre le jeu des instruments et obtenir facilement la sortie du cristallin ;

3° Dans les cas où il y aurait peu d'espoir que le cristallin fût résorbé ;

4° Quand il existe un vice constitutionnel qui pourrait produire, à la suite de l'opération, une ophthalmie aiguë.

Voici, d'un autre côté, les cas dans lesquels la dépression peut être employée avec des chances de succès :

1° Lorsque les yeux, petits et enfoncés dans les orbites, laissent un espace trop petit à la chambre antérieure ;

2° Lorsque la pupille est constamment maintenue contractée par suite d'une procidence de l'iris ou par des adhérences qui rétrécissent cet espace, ou bien encore lorsqu'il existe une hernie de l'iris ;

3° Lorsque les malades sont sujets aux spasmes, aux inflammations spécifiques aiguës ou aux accès de toux qui pourraient amener la perte totale de l'humeur aqueuse. L'indication d'opérer par la dépression deviendra plus formelle encore dans ces diverses circonstances, si l'on a quelque soupçon que cette humeur a une faible consistance, ce qui est annoncé ordinairement par un certain mouvement de tremblement de l'iris.

4° Dans le cas, enfin, où quelques troubles dans les actes de composition et de décomposition pourraient exercer une fâcheuse influence sur les forces absorbantes.

On peut voir par cette courte citation avec quel esprit de méthode et de rigoureuse analyse l'auteur apprécie ces deux méthodes, dont il subordonne l'usage à des indications nettes et précises. Il y a loin de là à cette aveugle prévention qu'on reprochait jadis à l'école de Scarpa. On voit que nous ne sommes plus à l'époque où M. Roux déplorait, en pleine Académie, que l'on ne connût même pas en Italie l'extraction de la cataracte.

Les autres sujets, traités dans ce recueil, ne sont pas moins capables d'intéresser les praticiens. On trouvera de judicieuses réflexions sur le cancer, ses causes, son origine et son siége primitif, dans un mémoire sur l'extirpation de la glande sous-maxillaire ; des considérations pratiques pleines d'intérêt sur la ligature des artères, à propos d'un cas de ligature de l'artère carotide primitive ; enfin deux cas de hernie étranglée opérés avec succès, le premier chez une femme qui portait une hernie crurale entéro-épiploïque du volume d'une tête de fœtus à terme ; le second chez un homme chez lequel il existait une hernie inguinale compliquée d'hydrocèle. Outre l'intérêt particulier qui s'attache à chacun de ces faits, on retrouve partout et dans leur relation et dans les considérations cliniques dont l'auteur les accompagne, ce même esprit de saine pratique et de critique judicieuse que nous avons signalé dans le premier mémoire sur la cataracte.

Nouveau mode de préparation du proto-lactate de fer ; par M. F. RODER, de Lenzburg.

M. Roder prépare ce sel en ajoutant de la limaille de fer au lait, additionné de sucre et de lait, aussitôt que ce dernier commence à s'aigrir. Il laisse reposer le tout, en un vase bien clos, aussi longtemps qu'on y remarque encore des signes de réaction. Il filtre ensuite avec rapidité au travers une toile, et il fait évaporer aussi promptement que possible jusqu'à cristallisation.

Si les cristaux obtenus ne sont pas assez blancs, on les recueille sur un filtre, et on les lave à l'eau froide jusqu'à ce qu'ils soient arrivés au degré de pureté nécessaire.

Il est indispensable, pour obtenir de beaux cristaux et pour ne pas éprouver de perte, d'opérer autant que faire se peut à l'abri du contact de l'air, parce que la solution du lactate de protoxyde de fer absorbe bientôt de l'oxygène atmosphérique et passe ainsi à un degré d'oxydation supérieur.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 JANVIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 12. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Leçons cliniques sur le mal vertébral de Pott.

La présence dans les salles de plusieurs malades affectés du mal vertébral de Pott, a fourni à M. le professeur Bérard l'occasion favorable d'entretenir son auditoire de cette maladie si grave encore, quoique son étude ait fait de nos jours de grands progrès. Après quelques mots sur chacun de ces malades et sur les particularités les plus remarquables qu'ils présentent, M. Bérard a tracé en ces termes l'histoire générale de la maladie dont il s'agit.

Les symptômes que présente cette maladie, et surtout la difformité qu'elle entraîne dans un grand nombre de cas, ont dû de bonne heure attirer l'attention; aussi voyons-nous les auteurs les plus anciens s'en occuper, et la traiter d'une manière plus ou moins convenable. Pour les uns *Gibbositi*, *paralysie des membres abdominaux* pour les autres, elle est généralement désignée aujourd'hui sous le nom de *mal vertébral de Pott*, du nom de l'auteur qui le premier en fit une si belle étude.

Le mal vertébral de Pott consiste dans la production et le développement de tubercules dans le corps des vertèbres et les cartilages intervertébraux. Ce travail morbide s'y fait de la même manière que dans les autres os, c'est-à-dire que le tubercule s'y débute sous deux formes bien distinctes : ou bien à l'état de granulations qui passent ensuite à celui de tubercules enkystés; ou bien à l'état d'infiltration pure et simple.

Le mode de développement n'étant pas le même pour l'une et l'autre forme, nous en traiterons séparément.

Commençons par le tubercule enkysté.

Ce tubercule naît d'une ou de plusieurs granulations voisines les unes des autres, et qui peuvent occuper à la fois le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, et en même temps les cartilages intervertébraux. Peu à peu les granulations deviennent plus considérables, se rapprochent, et, au bout d'un temps variable, elles se confondent. Le tubercule alors existe.

Si à ce moment on fend le corps de la vertèbre, on voit qu'il contient un noyau formé d'une matière grisâtre, non élastique, dépressible, assez semblable au mastic des vitriers, insoluble dans l'eau, et en tout identique à celle qui se développe dans les poumons et les autres organes.

Ce tubercule dans son volume ou sa circonscription n'offre rien de positif; tel sera gros comme un pois, qui pourra acquérir par la suite le volume d'une noisette, et prendre un accroissement beaucoup plus considérable, jusqu'à occuper le corps de plusieurs vertèbres, après avoir détruit le cartilage qui les sépare. La caverne est tantôt sphérique, tantôt anfractueuse, selon la forme du tubercule, et plus régulière en général si une seule vertèbre est malade.

L'épaisseur de ses parois est en raison inverse de la quantité de matière tuberculeuse. Cette partie enveloppante ne subit presque aucune altération; ou remarque seulement dans sa partie la plus interne une injection légère. Quant à la portion d'os remplacée par le tubercule, elle est disparue comme par emporte-pièce; on n'en retrouve aucune trace, ni dans la matière tuberculeuse, ni dans la condensation du tissu osseux qui la contient. Le même travail, lorsqu'il a lieu sur le cartilage intervétébral le fait également disparaître, comme l'os, sans résidu.

Pendant que ces altérations s'opèrent, il se produit, entre le tubercule et les parties qui le circonscrivent, une membrane de nouvelle formation, membrane qui se continue par sa face externe avec les vaisseaux du diploé, et intérieurement avec le tubercule, par des prolongements cellulaires. Le tubercule est enkysté.

Ce que nous venons de dire se passe dans la première période de la maladie. Les symptômes jusqu'ici sont pour ainsi dire nuls; la colonne vertébrale ne présente encore rien de particulier que puisse constater l'observateur. Le malade, de son côté, ne se doute nullement d'être atteint d'une affection si grave; il a, tout au plus, ressenti dans la région quelques douleurs vagues, et souvent arrive le second période, période de ramollissement, que rien n'a fait soupçonner la première.

De concret, le tubercule va passer à l'état d'abcès. Ce passage est accompagné d'un travail phlegmasique annoncé par des douleurs sourdes. En se ramollissant, le tubercule prend plus de développement; il amincit les parois de la poche, et se porte à l'extérieur. Cependant il s'exécute un travail particulier, d'où résulte, entre le tissu osseux et le périoste, le dépôt d'une matière cartilagineuse nouvellement secrétée, qui s'ossifie bientôt, et détermine une sorte d'exostose. Ce travail est constant; il est commun à tous les tubercules enkystés des os, et ne varie que d'après leur forme et leur volume. Fait bien curieux ! ne semble-t-il pas que la nature veuille compenser la perte subie par la vertèbre, et, contrairement à toutes les règles, emprisonner de plus en plus le tubercule devenu corps étranger, et l'empêcher de se faire jour au dehors.

Mais l'équilibre n'existe pas entre le travail de désorganisation et la production nouvelle; le premier l'emporte, et il arrive un temps où le tubercule qui tend sans cesse à déborder, ne trouve plus d'obstacle que dans le périoste renforcé. Celui-ci résiste; mais la production de matière tuberculeuse continuant à se faire, il est graduellement soulevé, il s'élargit, s'allonge, et comme le ligament vertébral antérieur le retient de ce côté, la tumeur se produit, à droite ou à gauche, et quelquefois de l'un et de l'autre côté en même temps. Il existe alors un abcès.

Telle est la succession des phénomènes que présente le tubercule enkysté des vertèbres. Il arrive quelquefois que le mal ne va pas plus loin, et qu'il ne se forme pas d'abcès par congestion.

Voici ce qui se passe dans ce dernier cas :

L'abcès contient du pus provenant de la matière tuberculeuse ramollie, et de cette même matière encore concrète. La matière tuberculeuse cesse d'être sécrétée, et les parois du kyste absorbent celle qui est déjà produite; en même temps le pus n'étant pas dans un état tel qu'il excite, comme le fait le pus des abcès phlegmoneux ou même celui des abcès froids, un travail phlegmasique qui ulcère et perce la paroi, ce pus, disons-nous, est de son côté soumis à la même action absorbante de la caverne, et les parties les plus séreuses disparaissent; il ne reste plus alors qu'une matière crétacée, la même que l'on rencontre dans tous les tubercules guéris.

Avant que ce travail heureux ne s'opère, il a pu se passer deux choses différentes : ou bien la colonne vertébrale n'a subi aucune altération dans sa forme, ou bien elle a pris une direction anormale.

Avec la disparition de la matière tuberculeuse et du pus, a commencé un travail réparateur; et si la perte de substance n'est point trop considérable, si les parois de la caverne sont encore assez épaisses, et laissent à la colonne vertébrale une solidité telle qu'elle résiste au poids qu'elle est destinée à soutenir, des bourgeons charnus se développent, comblent peu à peu le vide, et après un temps généralement long, rendent, après s'être ossifiés, à la colonne vertébrale sa solidité première.

Si au contraire la perte de substance a été poussée trop loin, il arrive un moment où malgré la présence de la matière osseuse nouvellement formée entre l'os et son périote, la partie malade n'offre plus une assez grande résistance et s'écrase. La colonne vertébrale s'affaisse sur elle-même. La vertèbre supérieure privée d'appui par devant, mais soutenue en arrière par les lames de la vertèbre malade qui ne se ramollissent pas, a exécuté un mouvement de bascule en vertu duquel son apopbyse épineuse s'est redressée, et fait une saillie remarquable sous la peau qui la recouvre. La colonne vertébrale décrit un angle obtus rentrant en devant, saillant en ar-

FEUILLETON.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET DANS QUELQUES AUTRES CONTRÉES DE L'EUROPE, AVEC UNE CARTE FIGURATIVE DU NOMBRE DES MÉDECINS COMPARÉ A LA POPULATION.

Par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, D.-M., etc.

Nosce te ipsum, telle est l'épigraphe de ce livre, épigraphe à laquelle la sagesse antique avait donné un sens profond dont toutes les applications individuelles ou générales démontrent tous les jours la justesse. Appliquée au corps médical qui depuis bientôt un demi-siècle fait entendre les doléances les plus vives et les plus légitimes, cette maxime prend un degré de vérité plus grand encore. Avons-nous assisté, depuis 15 ans surtout, à des scènes assez animées sur l'organisation médicale? A-t-il été publié assez de plans; a-t-on mis en avant assez de projets; a-t-on nommé assez de commissions; a-t-on fait assez de bruit, et s'est-on donné assez de mouvement pour arriver à des changements désirés de tous? Et cependant jamais plus pauvre besogne a-t-elle été faite? Jamais des résultats plus stériles ont-ils été obtenus? Pourquoi donc? Parce que le *nosce te ipsum* avait été complétement négligé; parce que tous ces beaux projets élaborés avec peine, discutés avec vivacité, publiés avec de grandes apparences de conviction, péchaient néanmoins tous par la base, et qu'il n'était pas possible à un homme d'état tant soit peu sérieux de prendre en considération des élucubrations si futiles. *Voces prætereaque nihil*, pouvait-on dire de tous ces plans d'organisation échafaudés sur le vide.

M. Lucas-Championnière a compris toute l'inanité de travaux semblables. Ayant aussi des idées organisatrices à produire, il a voulu d'abord connaître l'état réel des choses avant de rechercher ce qu'il devrait être. Médecin prudent et positif, avant de penser au traitement du malade, il a voulu rechercher où il avait mal, de qu lle nature était son mal; en un mot, poser son diagnostic avant de recourir à une médication quelconque Cette marche est sage, prudente, tout à fait philosophique; aussi a-t-elle conduit à une œuvre pleine d'intérêt, de résultats inattendus et de documents de la plus grande valeur. Essayons d'abord de présenter un résumé succinct de cet ouvrage fort curieux.

Le premier sujet de recherches de M. Lucas-Championnière, a été le nombre des praticiens exerçant, à des titres différents, l'art de guérir en France. Les plus grandes divergences régnaient à cet égard dans l'opinion publique, non-seulement dans le monde, mais encore parmi les médecins. Et comment en aurait-il été autrement? La loi, il est vrai, prescrit aux préfets des départements de dresser tous les trois ans une liste officielle de toutes les personnes exerçant légalement l'art de guérir. Mais c'est incroyable comme la loi est exécutée à cet égard. Dans quelques départements, il n'existe nulle trace de liste officielles; elles n'ont jamais été dressées; dans quelques autres, elles datent de trente ans, de vingt-cinq ans, de quinze ans ou de dix ans. Dans les départements les mieux en règle, ces listes sont fautives et incomplètes; de sorte que ces documents prétendus officiels n'ont pu être d'aucune utilité à M. Lucas-Championnière.

C'est dans son zèle, dans la persévérance de son travail, dans ses nombreux rapports avec les médecins et dans l'obligeance de ses correspondants qu'il a trouvé les moyens de s'éclairer d'une manière positive et de pouvoir dire qu'il a été mieux renseigné que le ministre lui-même.

Le nombre des médecins en France ne s'élève pas au chiffre énorme de 40,000, comme le croient quelques personnes; il ne descend pas non plus au chiffre de 10,000, comme l'ont dit d'autres personnes. Le chiffre réel et authentique qui résulte du dépouillement des matériaux recueillis par M. Lucas-Championnière, est de 18,803.

Disons tout de suite un résultat curieux, très significatif et fort inattendu pour beaucoup d'entre nous; ce chiffre de 18,803, qui représente la totalité des médecins en France, se décompose de la manière suivante en recherchant le nombre des docteurs en médecine et celui des officiers de santé :

Docteurs en médecine,	10,715
Officiers de santé,	8,088
Total égal,	18,803

Il est assurément fort curieux d'apprendre, et nous reviendrons plus bas sur ce point, que le nombre des officiers de santé est, en France, presque égal à celui des docteurs en médecine.

Quoi qu'il en soit, en ne tenant compte que du chiffre brut de la population médicale comparée à la population générale du royaume, qui est de 34 millions d'habitants, la proportion serait de 1 médecin sur 1,800 habitants environ.

Mais, il s'en faut qu'il en soit ainsi. Il résulte d'un tableau fort curieux dressé par M. Lucas-Championnière, que les médecins sont répartis d'une manière très inégale sur le territoire; que, dans certains départements, ils doivent fournir à peine aux besoins de la population; que dans d'autres, et c'est le plus grand nombre, ils sont tellement multipliés qu'ils ne doivent pas trouver dans l'exercice de leur art un salaire suffisant. Ainsi, pour ne prendre que les termes extrêmes, tandis que dans le département de la Seine il y a un médecin sur 662 habitants; dans le Morbihan, il n'y a qu'un médecin sur 5,274 habitants.

« Le département dans lequel la population médicale présente les plus fortes proportions est celui de la Seine, dit l'auteur. Il était facile de prévoir ce résultat. Paris, le centre des richesses et de l'industrie, le rendez-vous de toutes les ambitions, la source des honneurs, est le but vers lequel tendent tous ces esprits inquiets ou ardents auxquels une existence modeste ne peut suffire.

» Des médecins en grand nombre croient dans leur illusion que, plus le théâtre est élevé, plus l'acteur se fait applaudir, et l'exemple de quelques célébrités parties de bien bas leur fait quitter leur province, où ils avaient un revenu modique, mais assuré, pour la capitale, où les attendent des succès problématiques et toutes les chances de l'émigration.

» Mais dans les Pyrénées, dans les Landes, dans la Corse, départements les plus pauvres de la France, pourquoi le personnel médical se presse-t-il comme dans les grands centres de population? Pourquoi dans les Landes y a-t-il six fois plus de médecins que dans le Morbihan? Dans le Gers, cinq fois plus que dans le Finistère? Pourquoi dans des départements voisins qui doivent offrir les mêmes ressources à la population médicale, trouve-t-on si souvent d'immenses différences dans la proportion des médecins? C'est ce qu'il n'est pas toujours aisé d'expliquer, et il faut bien convenir que cette inégale distribution est très fréquemment la cause du malaise extrême qui pèse sur la profession. »

Pour rendre plus sensible encore cette inégale distribution, M. Lucas-Championnière donne à la fin de ce volume une carte qui complète cette statistique en indiquant par des teintes moins foncées, les départements dans lesquels la population médicale est la plus forte.

Dans un autre tableau, M. Lucas-Championnière recherche la proportion des médecins avec la population d'après la richesse générale des départements. Pour établir cette richesse, il s'est basé sur la côte d'impôt territorial payé par chaque habitant, en moyenne. En jetant les yeux sur ce tableau on voit que, bien que le nombre des médecins, comparé à la population soit, en général, en rapport avec la richesse des départements, il existe cependant à cette règle générale de nombreuses exceptions, et que le personnel médical est quelquefois fort nombreux dans des départements extrêmement pauvres. Pour mieux constater cette inégale répartition, il a recherché les moyennes, et il a obtenu les résultats suivants :

Dans les départements où l'impôt territorial s'élève par chaque citoyen de 8 fr. à 8 fr. 85 c., la moyenne de la population médicale est de 1 médecin sur 1745 habitants;

7 fr. à 8 fr., moyennne, 1 médecin sur 2020 habitants.
6 7 1 1791

rière, et dont le sommet correspond à celui de l'apophyse épineuse redressée. Le mécanisme est le même, quel que soit le nombre des vertèbres affaissées, et la gibbosité se manifeste en raison directe de ce nombre.

Dans cette forme de tubercule, l'affaissement est toujours rapide. Il est complet au plus tard au bout de quelques semaines, souvent au bout de peu de jours, quelquefois même il s'opère avec une rapidité effrayante. On cite des cas où la colonne vertébrale a subi instantanément un raccourcissement de 4, 5, 6 centimètres et plus.

A l'affaissement, et toujours dans le cas où la sécrétion de matière tuberculeuse a cessé, succède le développement de bourgeons charnus, et puis une cicatrisation durable.

On conçoit que si cette déviation peut avoir lieu quand la production tuberculeuse a cessé, elle s'opérera à plus forte raison, et inévitablement si celle-ci persiste, et cela d'après le même mécanisme et avec la même rapidité dès le début, pour perdre ensuite un accroissement progressif.

Voyons maintenant ce qui se passe quand le tubercule existe à l'état d'infiltration.

Disons d'abord que pendant la première période, qui dure plus ou moins longtemps, la maladie ne se trahit par aucun symptôme. Si on fend alors le vertèbre, on voit la matière tuberculeuse, gélatiniforme, disséminée dans le parenchyme de l'os, et plutôt dans le tissu compacte que dans le tissu spongieux.

A cette première période succède celle de ramollissement. De concret le tubercule devient liquide, purulent, et remplit les cellules du tissu de l'os.

Il s'opère alors un travail singulier dans cette partie infiltrée; elle augmente de densité par suite d'une production osseuse interstitielle, en même temps que les vaisseaux diminuent et disparaissent.

Voici comment les choses se passent :

A mesure que les cellules de l'os s'hypertrophient, leurs parois augmentent d'épaisseur, mais du côté de l'intérieur seulement; de sorte que sans augmenter de volume elles présentent une densité plus considérable. Le travail continuant, il arrive un moment où les vaisseaux ont disparu complétement, et en même temps la cavité des cellules.

On voit qu'ici, comme dans le tubercule enkysté, il y a production nouvelle; mais dans le tubercule par enkystement, l'augmentation de matière se manifeste à l'extérieur sous l'aspect d'une exostose, tandis qu'ici elle ne se trahit ni au toucher, ni à la vue. De spongieux, l'os est devenu compacte; il a changé de densité, mais nullement de volume.

La portion d'os privée de vaisseaux subit le même sort que toutes celles chez lesquelles la circulation est abolie; elle est frappée de mort.

Comme dans le cas de tubercule enkysté, il peut arriver, ou que la production de matière tuberculeuse cesse, ou qu'elle continue.

Dans le premier cas, voilà ce qui se passe :

La partie saine de l'os, dit M. Nélaton, irritée par le contact du séquestre, s'enflamme sur tous les points contigus à la partie morte; elle rougit et se creuse de petits cauaux, au centre de chacun desquels existe un petit vaisseau. Ces canalicules augmentent et se développent d'autant plus que la surface osseuse est plus enflammée; par conséquent cet accroissement se fait surtout aux limites mêmes de la mortification, et le calibre de ces canalicules vasculaires devenant plus considérable, l'intervalle qui les sépare diminue; peu à peu leurs parois graduellement amincies se touchent, se confondent et disparaissent. Pendant que les éléments solides de l'os sont ainsi résorbés, les vaisseaux graduellement dépouillés de leur état calcaire, et enfin mis à nus, prennent plus de développement. Une lymphe plastique s'épanche entre eux et à leur surface, se condense et se vascularise. Ces vaisseaux nouveaux s'ajoutent aux vaisseaux primitifs. Ainsi naissent les bourgeons charnus qui s'unissent à leur base, et forment une membrane granuleuse; celle-ci s'étale à la surface de l'os sain qu'elle protége, en même temps qu'elle repousse le séquestre, dont les dernières adhérences sont bientôt rompues.

Cette membrane granuleuse, véritable membrane pyogénique, suppure : le pus s'amasse en foyer, et perce la paroi de la vertèbre pour former abcès par congestion. Si au moment de cette suppuration le séquestre est mobile et d'un petit volume, et si surtout l'ouverture est favorable relativement à la direction qu'il doit suivre pour la franchir, il est entraîné par le flot purulent; s'il est adhérent, la sécrétion du pus continue, et l'ouverture reste béante jusqu'à l'époque où l'os nécrosé pourra s'engager dans la voie préparée pour son expulsion.

Si la dégénérescence tuberculeuse n'est point poussée trop loin, la colonne vertébrale sera encore assez solide et l'affaissement n'aura pas lieu, et la sécrétion purulente cessant aussitôt l'expulsion du séquestre, la caverne osseuse pourra à la longue se cicatriser; si, au contraire, la désorganisation est trop considérable, la colonne vertébrale est exposée aux accidents dont nous avons parlé, relativement au tubercule enkysté.

Il y aura, dans l'un et l'autre cas, persistance de l'abcès par congestion; nous nous en occuperons plus tard.

Voyons maintenant ce qui se passe quand la sécrétion de matière tuberculeuse infiltrée continue :

L'infiltration continuant, la sécrétion de la membrane granuleuse n'a point le temps de se faire; le travail d'élimination ne peut par conséquent avoir lieu, et la nécrose devient de plus en plus considérable.

Les vaisseaux étant oblitérés dans toute la partie malade, il arrive un moment où toute adhérence cesse du périoste à la vertèbre, en même temps que paraît entre eux une collection purulente. Le cartilage intervertébral ne recevant pas d'autres vaisseaux que ceux qui lui viennent de la face inférieure de la vertèbre située au dessus de lui et de la face supérieure de celle située au-dessous, tombe en gangrène et se putréfie. La collection de pus fait des progrès, et distend de plus en plus le périoste qu'elle finira par rompre pour former abcès par congestion.

A l'autopsie, si l'on fend le siége du mal, on voit la partie frappée de mort éburnée, et se continuant sans interruption avec les parties de l'os encore vivantes.

Le périoste, comme nous l'avons vu, est décollé; mais au commencement surtout de la période dont nous parlons, les vertèbres ne paraissent pas malades au premier aspect; et la disparition complète du cartilage intervertébral porterait à croire que c'est en cela seul que consiste la maladie, si l'on n'était prévenu que cette disparition n'est que la conséquence nécessaire du développement du tubercule enkysté dans les vertèbres entre lesquelles il est situé. C'est toujours par cette destruction que la maladie commence à se manifester.

Mais quelle sera la conséquence d'une telle altération? Soit, par exemple, la portion contiguë de deux vertèbres malades; le cartilage intervertébral a disparu; et partant, la colonne vertébrale a subi un raccourcissement, mais tellement peu considérable que, dans la plupart des cas, il passe inaperçu, et d'autant plus que rarement il est accompagné de symptômes graves. Le malade, que rien n'inquiète encore, continue ses exercices et s'adonne à ses occupations habituelles. Il y a deux vertèbres en contact immédiat et se touchant par des plans très durs : à chaque mouvement du malade il s'exécute sur ces deux surfaces mortes des frottements qui les usent, et qui, répétés longtemps, finissent par déterminer une déperdition de substance considérable, quelquefois même la disparition complète de corps entiers de vertèbres. Il y aura dans ce cas, on le conçoit, gibbosité; mais cette gibbosité se formera d'une manière lente, progressive et proportionnelle à l'usure des corps des vertèbres en rapport.

Dans une seconde leçon, nous parlerons des abcès par congestion.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

Des fractures chez les enfants.

(Suite du nº 9.)

A l'appui des assertions émises dans la dernière leçon, nous pouvons invoquer, dit M. Guersant, l'expérience que nous avons acquise depuis quatre années à l'hôpital des Enfants, les faits que vous rencontrez aujourd'hui dans nos salles, et les fractures que nous avons produites sur les cadavres.

Ainsi, pour ce qui est des faits que notre service renferme, vous constaterez une fracture de l'humérus, deux fractures de l'avant-bras, trois fractures de la cuisse, chez des enfants de trois, quatre, cinq ans; trois fractures de jambe sur d'autres enfants plus âgés, une fracture de la mâchoire et une fracture de la clavicule.

Pour ce qui a trait aux fractures faites à l'amphithéâtre, nous vous présenterons deux nouvelles pièces remarquables à plusieurs titres. Le périoste est conservé, la solution de continuité ne porte que sur une partie de l'épaisseur de l'os; et de plus, sur l'une des pièces, la fracture a débuté par le côté convexe; sur l'autre, par le côté concave.

Si, maintenant, passant à l'histoire des signes qui font reconnaître une fracture chez un enfant, nous les cherchons dans le groupe de ceux que nous rencontrons chez l'adulte, c'est-à-dire la crépitation, le déplacement, le raccourcissement, etc., nous trouvons, par l'absence si fréquente de ces signes dans les cas de fractures des enfants, le problème difficile à résoudre.

Aussi, dans la généralité des cas, c'est à d'autres moyens de diagnostic qu'il faut recourir.

Supposons absents, la crépitation, le raccourcissement, la difformité, etc., même la possibilité de produire une courbure de l'os (vous voyez que nous mettons les choses au pis), s'il existe une contusion assez marquée sur le membre avec douleur permanente en un même point de ce dernier, si les circonstances dans lesquelles se trouvait l'enfant à l'instant de sa blessure, étaient de nature à produire une fracture; et si enfin, vous vous rappelez la grande fréquence des fractures des enfants, et prévoyez les conséquences d'une fracture qui n'est pas traitée, vous appliquerez par prudence, et prévenant toutefois les parents du doute que vous éprouvez, vous appliquerez, dis-je, un appareil de fracture comme si vous aviez affaire à une solution de continuité du système osseux.

Mais les choses ne se passent pas toujours de la sorte. Bien que souvent l'état incomplet de la fracture, chez un enfant, n'offre point les caractères qu'on observe chez l'adulte, disons que très souvent aussi on constate chez le premier un signe à l'aide duquel on peut diagnostiquer la nature de l'affection; nous voulons parler de la courbure que le membre présente par le fait de la fracture, et que l'on peut produire ou augmenter par des manœuvres exploratrices.

C'est un fort bon signe, c'est le seul, pour ainsi dire, qui prouve en faveur d'une fracture chez un petit enfant, que cette courbure.

Toutefois, nous devons vous dire que des auteurs prétendent avoir pu courber des os non fracturés des enfants, et par conséquent, pour eux, le signe que nous avons reconnu comme caractéristique d'une fracture, n'aurait pas cette importance.

Pour nous, nous doutons de la possibilité de produire cette courbure sur un os d'enfant quand il n'est point fracturé; mais lors même que nous admettrions cette possibilité, nous verrions encore un grande différence entre la facilité avec laquelle on produit la courbure sur un membre fracturé, et celle avec laquelle on courbe un membre non fracturé. Nous sommes porté à croire que toutes les fois qu'on a pu courber un os d'enfant, c'est qu'on avait affaire à une fracture d'une partie de son épaisseur.

Un troisième cas se présente relativement au diagnostic d'une fracture d'enfant : c'est celui où nous rencontrons tous les signes d'une fracture de l'adulte. Alors toutes les difficultés s'effacent; seulement, remarquons qu'alors aussi nous avons affaire à des cas de fractures obliques avec déchirure du périoste. De plus, la crépitation n'est pas aussi apparente que chez l'adulte.

En résumé, nous signalerons comme les caractères les plus fréquents des fractures chez les enfants, la douleur, la courbure du membre, quelquefois la difformité, et toujours un peu de gêne dans l'exécution des mouvements.

Mais là ne s'arrête pas tout ce que nous avons à dire sur le diagnostic des fractures chez les enfants.

Ainsi, si la fracture est récente, on peut la reconnaître, comme nous l'avons indiqué. Mais si la fracture commence à vieillir, comment en constater l'existence? Cependant, on peut vous amener un enfant qui revient de nourrice, et dont un des membres présente de la difformité; et les parents, voulant porter plainte contre la femme qui a élevé l'enfant, vous demanderont s'il y a eu fracture ou non. Eh bien, rappelez-vous que si, au bout de huit ou dix jours, il vous est parfois difficile de constater l'existence d'une fracture chez un enfant, à plus forte raison au bout de deux ou trois mois, il ne

---

5	6	1	1931
4	5	1	2006
3	4	1	2616
2	3	1	2511

Dans un seul département, la moyenne de l'impôt territorial est de 1 à 2 fr.; il y a un médecin sur 2120 habitants; et enfin dans la Corse, où l'impôt ne s'élève qu'à 77 centimes, par une étrange anomalie, les médecins sont excessivement nombreux; il y en a 1 sur 950 habitants.

Dans le chapitre suivant, l'auteur examine la répartition sur le territoire des docteurs en médecine et des officiers de santé. Nous bornant, quant à présent, à exposer les résultats obtenus par l'auteur, nous nous abstiendrons de tout examen des conséquences qu'il en tire. C'est une tâche que nous remplirons plus bas avec notre liberté ordinaire, mais avec tout le soin qu'exige un travail aussi consciencieusement fait que celui de M. Lucas-Championnière.

Etablissons d'abord avec l'auteur que le nombre des officiers de santé est considérable; il n'y en a pas moins de 8088; c'est-à-dire 4 officiers de santé sur 5 docteurs environ.

L'auteur a voulu rechercher quelles localités habitaient de préférence les docteurs en médecine et les officiers de santé. Pour cela, il prit dans les listes générales six départements dans les diverses zones de la France; il a dressé des tableaux dans lesquels on reconnaît, dès l'abord, que les officiers de santé sont, en général, relégués dans les grands centres de population.

Ces six chefs-lieux de départements ont un personnel médical de 307 médecins; sur ce nombre, il y a 257 docteurs en médecine et 50 officiers de santé seulement : c'est-à-dire, 19 officiers de santé sur 100 docteurs en médecine.

Dans les chefs-lieux d'arrondissement, la différence est un peu moins forte : sur une population médicale de 184 individus, on compte 137 docteurs et 47 officiers de santé, c'est-à-dire 34 officiers de santé pour 100.

Dans les chefs-lieux de canton, la population médicale est de 466, dont 298 docteurs et 168 officiers de santé, c'est-à-dire 56 pour 100.

Dans les communes et villages, il y a 664 médecins; on compte 483 officiers de santé et 181 docteurs en médecine, c'est-à-dire 37 docteurs pour 100 officiers de santé.

Cette progression ascendante d'un côté, descendante de l'autre, est fort curieuse. Elle était prévue, sans doute, mais elle n'avait jamais été prouvée d'une manière aussi certaine.

M. Lucas-Championnière examine ensuite les rapports de la population médicale de 1830 et de 1844. Il prouve, par des relevés appartenant à ces deux époques, que, relativement à la population générale, le nombre des médecins en France est absolument le même pour ces deux époques. Il n'y a ni plus ni moins de médecins aujourd'hui qu'il n'y en avait il y a quinze ans. Seulement il assure, ce que nous examinerons, que le nombre des officiers de santé a baissé d'un cinquième dans ce même espace de temps.

L'auteur, pour être complet dans sa statistique du personnel médical, donne le nombre des médecins de la marine et de l'armée. La marine compte 463 médecins de tout grade, et l'armée 1335, ce qui donne pour le personnel des médecins militaires le chiffre total de 1798. Or, le budget indique un total de 406,000 hommes sous les drapeaux; C'est, comme on le voit, un médecin pour 225 hommes.

L'auteur termine cette statistique par l'exposé de ses recherches sur la population médicale de quelques états de l'Europe comparée à celle de la France. Il résulte de ses tableaux que :

Pour les états sardes,	il y a	1	médecin sur	1558 habitants.
Pour l'Espagne,		1		1623
Pour les Pays-Bas,		1		1752
Pour la Belgique,		1		1845
Pour la Suisse,		1		1902

« La France, dit-il, n'occupérait que le quatrième rang dans ce tableau, bien loin d'avoir un personnel médical plus nombreux que les autres contrées de l'Europe, comme on s'est plus à le répéter. Mais il résulte de tous les documents que nous avons pu nous procurer pour établir cette statistique, que le nombre des médecins, en Europe, suit une progression croissante à mesure que l'on descend vers le midi. Cette progression est très sensible, même pour la France; car si on partage cette contrée en deux zones, on verra que la partie nord possède 1 médecin sur 1935 habitants, tandis que la partie sud en offre 1 sur 1586. Si même on divise cette partie sud en deux régions, celle du sud-ouest, qui se trouve sous un ciel beaucoup plus chaud, offre l'énorme proportion de 1 médecin sur 1345 habitants. »

Telle est la première partie de cet ouvrage, basé sur des documents obtenus à l'aide de longues et persévérantes recherches, et qui manquait entièrement dans la littérature médicale. C'est un véritable service que vient de rendre à la profession M. Lucas-Championnière, et nous ne croyons pas qu'il eût été possible à l'administration de se procurer des documents aussi nombreux et aussi précis.

Mais il y a dans ce livre des faits et des doctrines, des documents que nous reconnaissons utiles et précieux, et des opinions, des conséquences qui méritent aussi un examen de notre part; car si elles étaient erronées, déduites qu'elles semblent être d'un travail rigoureux et mathématique, elles n'en seraient que plus dangereuses.

Essayons donc de les apprécier.

(La suite à un prochain numéro.)

vous sera plus permis d'affirmer que l'enfant en ait été atteint. Et puis, vous pouvez avoir affaire à un cas de rachitisme. A la vérité, vous auriez alors, pour détruire cette nouvelle difficulté, les traces de l'état rachitique des autres points du système osseux, et la notion que la saillie, la courbure d'un os fracturé et consolidé est anguleuse. Enfin, si vous ne pouviez, à l'aide d'aucun signe bien positif, affirmer l'existence d'une fracture, manifestez du doute.

Une fracture est abandonnée à elle-même; que deviendra-t-elle?

Il peut se faire que le cas soit assez heureux pour que la fracture guérisse sans laisser de traces après elle.

Mais il peut aussi arriver, qu'en supposant même les circonstances les plus favorables pour qu'il n'existe pas de déplacement, vous voyiez le membre se courber plus tard. C'est une chose qu'on rencontre assez communément dans les fractures de la jambe ou de l'avant-bras; toutefois, ajoutons que le fait peut encore survenir, la fracture siégeant sur l'un des deux os; et à l'appui de ceci, nous vous présentons une pièce d'anatomie pathologique. La fracture siégeait sur le radius; le cubitus, intact dans sa continuité, s'est recourbé. La courbure de l'un a entraîné celle de l'autre.

A cette cause de courbure, nous devons ajouter la rétraction des tendons, lequel cas échéant, fera recourir plus tard à la ténotomie. Nous pouvons vous donner un exemple de ce dernier fait; vous verrez, en effet, dans la salle des garçons, un enfant d'une dizaine d'années qui a eu une fracture de l'avant-bras. A la suite d'un appareil mal placé, cette fracture a permis aux doigts de se fléchir d'une manière permanente; aussi, aujourd'hui, sommes-nous obligé de recourir à une attelle extensive pour combattre la rétraction tendineuse.

La consolidation des fractures, chez les tout petits enfants bien portants, a lieu au bout de dix, dix-huit, vingt jours. Chez ceux qui sont plus âgés, jusqu'à quinze ans, la consolidation est terminée en vingt, vingt-cinq, trente jours au plus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 janvier. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le président annonce la maladie de MM. Ribes et Virey, et prie M. Réveillé-Parise d'aller témoigner à ces honorables membres l'intérêt et la sollicitude de l'Académie.

— *M. Capuron* lit au milieu du bruit un rapport sur un mémoire de M Hamel, de Lannion, relatif à l'obésité, ou état gras du cordon ombilical. (Remercîments à l'auteur; inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants.)

— *M. Rochoux*, avant que l'Académie se forme en comité secret, lit la note suivante:

Inutilité des mesures sanitaires. — Messieurs, il faut, dit M. Hamont, conserver nos règlements sanitaires, mais en les modifiant; il faut tout simplement les supprimer, dirai-je à mon tour.

Les maladies contagieuses, répéterai-je encore, sont de deux ordres. Les unes, comme la variole, la syphilis, la rage, la morve, le vaccin, la pustule maligne, etc., sont produites par un virus doué d'une faculté de germination tellement active, qu'une parcelle de l'agent délétère suffit aussi bien qu'une quantité plus considérable au développement du mal. Les autres maladies contagieuses, ou les typhus, quoique susceptibles de se communiquer par le moyen du principe morbifère qu'elles développent, ont néanmoins pour origine des miasmes formés de toutes pièces, ou, en d'autres termes, l'infection. La peste, le typhus nosocomial, le typhus des camps, le typhus amaril, etc., ne naissent pas autrement Toujours l'infection règne et domine aux lieux où ils sévissent. Il y a deux mois, M. Hamont a mis ce fait hors de doute pour le Delta d'Egypte; mardi dernier il en a fait autant pour Tanta. Il a, en outre, prouvé avec quelle facilité les miasmes exhalés par les pestiférés sont dispersés dans l'air, en montrant par de nombreux exemples qu'on peut impunément ouvrir en plein air les cadavres d'individus morts de la peste, ce qui certainement n'arriverait pas pour la variole, avec des sujets aptes à la contracter.

Le principe producteur du typhus, il faut le crier bien haut, le répéter cent fois, puisqu'on s'obstine à ne pas entendre, ce principe dont on exagère énormément la puissance, acquiert un surcroît d'activité par la concentration, l'encombrement des malades; il se détruit promptement, facilement par leur dispersion, l'aération, la propreté, la ventilation. Dans tous les cas, en outre, son action, bien différente de celle des virus, est proportionnée à sa dose: c'est ce qu'on a vu à Paris, en 1814 et 1815; c'est ce qui était déjà arrivé vingt ou trente fois peut-être en divers endroits de l'Europe, durant les guerres de la république et de l'empire. Or, comme rien n'indique que la peste soit plus contagieuse que le typhus, il n'y a pas de raison pour employer à son égard des moyens préservatifs d'un ordre particulier; surtout quand M. Hamont, confirmant les observations de Pugnet (1) par les siennes, nous la montre se limitant à certaines localités, absolument comme sont les autres typhus, comme on l'a vu durant le typhus de Barcelone en 1821, et lors de toutes les épidémies analogues de l'Espagne ou des Etats-Unis d'Amérique.

Mais, dira-t-on, la peste a bien été importée à Marseille par le navire du capitaine Chataud. A cela je réponds, sans respect pour le rêve du roi de Sardaigne, qu'au rapport de Didier la peste régnait déjà à Marseille avant l'arrivée du vaisseau importateur (2). A Barcelone, où le typhus amaril s'était déjà montré en 1803 (3) et en 1804 (4), sa réapparition a précédé de quatre mois l'entrée dans le port du convoi venant de la Havane (5).

Jugeant les autres faits d'importation par ces deux exemples, je n'attacherai pas un immense importance à ces petits détails d'étiologie anecdotique à la faveur desquels M. Hamont prétend prouver que, contrairement à l'opinion de M Aubert-Roche (6), la peste s'est développée après huit jours d'incubation. Ces cailletages, infiniment trop prolongés, dont l'insignifiance, scientifiquement parlant, égale au moins celle des quarantaines imposées aux élèves d'Abouzabel, et faites volontairement par les Francs (7), doivent céder la place à des faits qui, sous le double rapport de leur authenticité et de leur importance, appellent toute notre attention, comme vous allez voir.

Malgré sa répugnance pour les idées générales, et tout ce qui s'en

(1) Hist. de la contag. Peste de Damiette, p. 175.
(2) *V.* Lassis, Causes des maladies épid., p. 242.
(3) Salva, *Segundo âno del real*, etc., p 68. — Steva, *Observationes medicos y dictamen*, etc., tabla quarta.
(4) Steva, *Op. citato*, p. 48.
(5) Manifeste touchant l'origine, etc., p. 9, Note.
(6) De la Réforme des quarantaines, p. 85.
(7) Lachèse, Note sur la peste, et Bull. de l'Acad., t. Ier, p. 359.

approche; M. Hamont ne les repousse cependant pas toujours. Par exemple, il veut assujettir le retour de la peste en Egypte, à une période décennale, dont l'approche va bientôt servir à vérifier la réalité de cette manière de principe. En attendant, je rappellerai qu'en 1821, la commission médicale imprimait, au sujet de l'épidémie de Barcelone: « Le public sentira lui-même ce que l'on doit craindre d'un fléau qui » s'est rendu maître d'une partie de la malheureuse Espagne; qui n'en » sortira plus (1). » Cependant qu'est-il arrivé? Depuis vingt-trois ans, le typhus amaril, en me donnant raison (2), a malicieusement respecté Barcelone et le reste de l'Espagne.

En général, les contagionistes ne sont heureux ni dans leurs assertions, ni dans leurs prédictions. Ainsi lorsque, d'après leurs conseils, le gouvernement s'occupait sérieusement encore en 1825, à établir sur la cime des Pyrénées, des lazarets à l'encontre de la fièvre jaune, les Anglais exemptaient cette maladie de toute quarantaine, comme je l'annonçai alors dans cette enceinte (3), comme on le nia d'abord, et comme bientôt après on fut forcé d'en convenir. Depuis, les Anglais n'ont eu garde de s'arrêter en aussi beau chemin.

Tandis que chez nous, les partisans des quarantaines, M. Pariset entre autres, attribuent la non-apparition de la peste à Constantinople, depuis huit ans, à l'adoption de mesures sanitaires (4) que, mieux renseignés, ils sauraient n'avoir jamais été suivies d'exécution (5), on a vu les dignes émules de cet armateur hollandais qui disait: *J'irais faire le commerce en enfer, si je ne craignais pas d'y brûler les voiles de mon navire*; on a vu les enfants d'Albion, pour profiter d'une baisse de quelques centimes par kilogrammes, enlever, au fort de la peste de 1835, les cotons du vice roi d'Egypte.

A cette occasion, des journaux politiques graves, proposèrent sérieusement de mettre en quarantaine l'Angleterre, dont l'avidité mercantile menaçait de pestiférer l'Europe (6). On ne les écouta guère, et la santé publique ne s'en trouva pas plus mal. Mais voici bien autre chose. Les Anglais viennent de réduire à quinze jours, le voyage y compris, la durée des quarantaines pour les provenances d'Egypte (7). Qu'en doit-il résulter? La question est facile à résoudre. De deux passagers partis le même jour d'Alexandrie, l'un prenant la voie de l'Angleterre pourra, seize ou dix-sept jours après son départ, assister à une soirée des Tuileries, tandis que l'autre, pour avoir pris un navire français, aura encore, aux termes des règlements actuels, quinze ou vingt jours à passer dans les agréments du lazaret de Marseille. Dans un tel état de choses, des quarantaines en Provence, sont une véritable mystification; c'est spirituellement fermer la petite porte en laissant la grande largement ouverte. Que doit donc faire l'autorité? Supprimer dès à présent toutes les précautions prétendues sanitaires, et hâter de tout son pouvoir l'assainissement de la malheureuse Egypte.

Dans un esprit de conciliation, dont on me saura sans doute gré, j'ai considéré nos mesures sanitaires tout simplement comme inutiles. La justice, la vérité me commandaient de les déclarer, à l'imitation de Chervin (8), irrationnelles, absurdes, désastreuses pour la santé publique, sans compter le tort qu'elles font au commerce. Mais pour bien établir une pareille thèse; il m'aurait fallu y consacrer un temps que d'autres occupations réclament; j'ai dû, par conséquent, la mettre de côté. Pourtant je ne puis m'empêcher de citer à son appui un fait d'une certaine valeur. Depuis longtemps les esprits éclairés ont reconnu et signalé les graves inconvénients, la *noxiété* des quarantaines faites à bord (9). Leur opinion a fini par être goûtée de M. Hamont, qui propose de supprimer ces quarantaines. Vous serez sans doute, comme moi, de son judicieux avis.

Ces lignes vous auraient été lues il y a près de deux mois, si la parole avait pu m'être accordée à l'instant où je l'ai demandée. Depuis lors, plusieurs journaux politiques ont parlé de notre police sanitaire de manière à me faire passer pour leur avoir emprunté une partie de ce que je viens de dire sur le même sujet, si depuis dix ans je n'avais pas parlé comme ils font à présent (10). Quoi qu'il en soit, il semble, en lisant l'article des Débats du 2 décembre 1844, entendre sonner le glas des quarantaines. On peut donc considérer toute polémique sérieuse à ce sujet comme terminée dans cette enceinte. Dans cette persuasion, je me bornerai à vous présenter, en manière de *post-scriptum*, quelques réflexions de toute petite polémique.

M. Hamont commence sa prétendue réfutation de ma note sur les quarantaines, en disant: « M. Rochoux, dans la longue dissertation que vous venez d'entendre..... » (Bull. de l'Acad., t. IX, p. 563.) Or, cette longue dissertation a moins de quatre pages et demie, et le travail de M. Hamont, qu'elle réfute, en a près de douze. Me trouver long en pareil cas, c'est traiter assez cavalièrement les exigences de l'arithmétique.

Quelques lignes plus loin on lit: « M. Rochoux vous a dit, la peste n'est pas contagieuse »; et dans ma note, page 351, on trouve cette phrase: « Ce n'est pas que je nie la contagion de la peste; bien au contraire; je vois cette maladie au moins aussi contagieuse que notre typhus. » La réplique de M. Hamont contient encore trois ou quatre autres assertions de cette force; je me dispenserai de les reproduire; les deux échantillons dont vous venez de prendre connaissance suffisant, de reste, pour vous convaincre de l'entraînement avec lequel notre confrère se laisse aller à dire ce qu'il pense être la vérité.

— Pour compléter ce sujet, nous croyons devoir publier la lettre suivante adressée par M. Aubert-Roche à l'Académie il y a quelque temps:

« J'ai attendu la publication du mémoire de M. Hamont sur la peste, pour répondre, non pas aux points scientifiques sur lesquels nous pouvons différer, ce serait aujourd'hui une discussion inutile, mais aux citations qu'il a faites en me nommant, dans l'intention de combattre mon travail et mes conclusions sur la réforme des quarantaines. Je ne sais vraiment qu'elles expressions employer pour réfuter M. Hamont, bon observateur dont je connais la loyauté et les bonnes intentions. Cependant il est de mon devoir de démontrer ses erreurs, et de dire qu'il a cité ce que je n'ai pas écrit, car c'est là le résumé de cette lettre.

» Après avoir donné les principales conclusions de mon mémoire sur les quarantaines, renvoyé par l'Académie au ministre du commerce, à propos des foyers d'infection à bord des bâtiments, M. Hamont pose cette question: « Mais d'où vient l'infection? M. Aubert-Roche ré» pond: De l'air dont le bâtiment s'est rempli au lieu du départ; des » effets et des marchandises qu'il contient. » (Bull. de l'Acad., tom. X, pag. 180.)

Je ne sais où M. Hamont a pris ces lignes dans mon mémoire. Je défie bien de les y trouver à la suite l'une de l'autre.

(1) Rapport au ministre de l'Intérieur, par MM. Bally, François et Pariset, page 2 de l'avertissement.
(3) Manifeste touchant l'origine, etc., de l'épidémie de Barcelone, pag. 35.
(3) Journal de physiologie, tom. VI, p. 296, Lettre à M. Raymod, p. 7, et Arch. de méd., t. XV, pag. 353.
(4) Gazette des Hôpitaux, 28 novembre 1843, page 551.
(5) Bullard, qui avait été chargé par le sultan d'organiser la police sanitaire de la Turquie, m'a dit n'avoir jamais pu parvenir à dresser les employés sous ses ordres, à observer d'une manière tant soit peu tolérable les prescriptions réglementaires de nos lazarets. Cette fois, les barbares avaient raison.
(6) Courrier français, 18 avril 1835.
(7) Courrier français, 25 octobre 1844.
(8) Gazette des Hôpitaux, 6 août 1842, page 438.
(9) Rapport fait à l'Acad. des sciences, pag. 41.
(10) Débats, 13 novembre 1844. — National, 19 novembre 1844.

Voilà ce que j'ai écrit: « Des foyers de peste se forment-ils à bord » des navires; peuvent-ils se transporter? Sans aucun doute, puisque » les faits sont là qui le prouvent; mais aussi ces foyers éclatent tou» jours en route, et, de plus, ils peuvent se dissiper et se détruire. » (Page 10, Mémoire sur la réforme des quarantaines)

Je me suis bien gardé de me prononcer sur ce qui forme le foyer. J'ai constaté un fait, et voilà tout.

Pour atténuer ensuite la portée de cette série de faits qui ont eu lieu dans une période de cent vingt-quatre ans, et qui constatent: « *Que tout bâtiment arrivé sain est resté sain; que jamais les » marchandises et les hommes n'avaient donné la peste dans les » lazarets de France et d'Italie,* » M. Hamont cherche à jeter le doute sur la certitude des renseignements, en invoquant le désordre qui règne dans les établissements sanitaires. Il en appelle même à mon témoignage, et cite les paroles suivantes, que, dit-il, je fournis à l'appui de cette opinion.

« On ne peut pas s'en rapporter au dire des capitaines sur la ques» tion de savoir s'il y avait ou non des décès en route. Des patentes » signalent un nombre donné de morts; il y en a plus, il y en a » moins. Je connais les usages du comité d'Alexandrie; si par hasard » l'intendant de la santé ne signe pas, le secrétaire signe pour lui. »

Je n'ai jamais écrit ces lignes, surtout dans le sens que leur donne M. Hamont. Je les ai retrouvées dans mon mémoire, mais séparées pas des membres de phrases, et se rattachant à différents faits ou à différentes idées, comme on peut s'en convaincre. (Page 127.)

Toujours dominé par cette pensée de diminuer l'importance des faits officiels que j'ai consignés, il rappelle ce qui s'est passé à Malte en 1841, sur deux bâtiments turcs, dont un se nommait le *Mabruk-Giorgino*, et dont le récit a été transmis à l'Académie des sciences par le ministre du commerce. (*V.* l'historique de cette affaire et les pièces officielles, pag. 111 à 138 du mémoire sur la réforme.) — « Le gouvernement, dit M. Hamont, demande sur ce fait des renseignements précis: on les lui donne; M. Aubert-Roche conteste l'exactitude de ces renseignements et obtient une version différente. Est-ce le gouvernement ou M. Aubert qui a été trompé? »

D'abord le gouvernement n'a pas demandé de renseignements; il a seulement communiqué, en réponse à mon travail lu à l'Académie des sciences, des faits envoyés par l'intendance sanitaire de Marseille.

Si M. Hamont s'était donné la peine de lire ce qu'il veut discuter, il aurait vu que le ministre du commerce avait apposé sa signature au bas de faits altérés et arrangés; que les chiffres étaient faux; et s'il veut s'en assurer, il n'a qu'à se rendre au bureau de l'Académie des sciences, où il trouvera les pièces officielles envoyées de Malte par le comité de santé, sur une demande que j'ai adressée au gouverneur de l'île; il pourra se convaincre que je n'ai rien contesté, mais fait constater un *mensonge*. S'il veut aussi toutes les pièces officielles du fait du *Lycurgue*, il n'a qu'à s'adresser à l'hôtel des postes, et il verra qu'il est dans l'erreur la plus complète en regardant tous les faits comme douteux et comme pouvant servir ses opinions.

J'avoue que je suis étonné de voir M. Hamont user d'une tactique que j'ai déjà signalée à l'Académie et au public médical, qui consiste à semer le doute.

J'ai donné des faits et des chiffres; que M. Hamont apporte des faits et des chiffres contraires, et non des doutes, des suppositions, et que, dans la discussion, il ne me fasse pas parler selon sa convenance en recousant des mots et des phrases.

Au reste, quelles que soient les oppositions; les chiffres et les faits que j'ai cités serviront très probablement de base à la prochaine réforme des quarantaines en France.

Enfin, où M. Hamont a-t-il vu que je proposais d'admettre en libre pratique après vingt-quatre heures d'observation, tout bâtiment arrivé à Malte, à Naples ou à Livourne, ville où l'on est porté en quatre, cinq ou six jours; lorsque j'ai formellement basé ma proposition de réforme sur le chiffre de huit jours, temps extrême de la période d'incubation à bord à dater du jour de départ, et que j'ai donné le chiffre de neuf jours comme le temps moyen du voyage d'Alexandrie à Marseille par le paquebot à vapeur? C'est pour la France seulement que j'ai demandé, avec patente nette, la libre pratique après vingt-quatre heures d'observation; ce qui ferait neuf ou dix jours plein à dater du jour du départ. Pour les villes citées plus haut, j'ai dit et imprimé (p. 98) que « l'on devait prendre le chiffre moyen du voyage et en tenir » compte. Ainsi, Pour Malte, si le terme est de cinq jours, on devra » avec patente nette fixer le chiffre de la quarantaine à cinq jours; de » même pour Livourne et pour Trieste, selon la distance. » Ce qui est très clair.

En terminant, je ne puis m'empêcher de manifester le regret que j'éprouve d'avoir eu à signaler les erreurs du mémoire de M. Hamont: mais toute considération doit cesser devant le devoir, et la question des quarantaines en est une aujourd'hui. Ce sont les intérêts français que je défends ici lorsqu'il est patent, et les chiffres officiels le constatent, que nos lois sanitaires font éprouver à la France une perte annuelle de 13,7000,000 fr.; que la différence de 86,000,000 qui existe entre nos importations et nos exportations dans les pays dont les provenances sont soumises au régime des qarantaines, reconnaît pour principale cause ce système d'entraves. L'Académie ne devra donc pas s'étonner de ma persévérance, et si rien ne m'arrête pour combattre tout ce qui peut obscurcir la question et mettre obstacle à la réforme de notre régime sanitaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 janvier 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Nelken envoie la description et la figure d'un nouvel instrument pour la ligature des fistules siégeant dans les régions plus hautes du rectum.

— *M. Stevens* adresse une note sur la perforation de la voûte palatine et sur les moyens d'y remédier.

— *M. Greltet* adresse sa thèse inaugurale, dans laquelle se trouvent des vues anatomiques nouvelles sur la direction du tronc brachio-céphalique dans ses rapports avec la direction de l'aorte ascendante. Il rapporte une expérience établissant la possibilité de mener un cylindre droit de 6 millimètres de diamètre, depuis la partie moyenne du tronc brachio-céphalique jusqu'au ventricule gauche, en le faisant passer par l'intérieur de l'aorte ascendante dans la position et les dimensions normales de celles-ci.

— *M. Brierre de Boismont* présente son ouvrage sur les hallucinations.

Simple réponse à la note du docteur Foucart, sur les injections caustiques de nitrate d'argent dans le traitement de la blennorrhagie; par le docteur VENOT, chirurgien à l'hospice des Vénériens de Bordeaux.

Il est, en médecine pratique, des points d'une logique si évidente que, les mettre en doute un seul instant, c'est gratuitement démentir les vérités les plus vulgaires.

Avant le contrôle des opinions et des faits publiés par M. Debeney, contrôle dont tant d'approbations ont depuis quelques mois sanctionné la valeur, j'étais convaincu, autant qu'on peut l'être théoriquement, des résultats auxquels je suis arrivé.

Après l'expérience, mon opinion a pris ce caractère de certitude

qui manque malheureusement trop souvent à nos convictions scientifiques et que les arguments contraires, dépourvus qu'ils sont de faits bien observés, ne pourront affaiblir en aucune manière.

Suppléant au silence du docteur Debeney et son défenseur officieux en quelque sorte, M. Foucart a dans une note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 16 janvier, tenté de remettre en honneur le système d'*ustion urétrale* contre lequel j'ai, il y a six mois, formulé des conclusions que la généralité des praticiens a déjà pris soin de vérifier et d'appuyer. L'excentricité du traitement abortif par l'emploi des injections caustiques de nitrate d'argent, que j'ai le premier expérimenté à l'hospice des Vénériens de Bordeaux, a été tacitement l'objet de nombreuses investigations, et quand mon travail sur les dangers et la non-curabilité de cette étrange thérapeutique a paru, il a trouvé de nombreux échos, confirmatifs des faits que j'avais recueillis. M. Foucart *seul* vient s'inscrire contre ces résultats unanimes, et sans étayer son opposition sur des observations de détail, il adresse aux adversaires de M. Debeney et à moi particulièrement des reproches *très graves* qu'il m'importe de ne pas accepter dans toute leur teneur.

Je ne professe pas l'opinion du siége exclusif de la blennorrhagie naviculaire; et si je fais comprimer la partie périnéale de l'urètre, il n'en faut pas complaisamment conclure que le calibre de ce conduit excréteur en soit effacé ailleurs qu'à son extrémité vésicale pour ainsi dire; quelque siége d'ailleurs qu'on veuille donner à l'urétrite, il est évident que l'injection l'atteindra; car c'est seulement au col que porte la compression. M. Foucart plaide en vain pour l'innocuité de l'introduction des liquides caustiques dans la vessie; il cherche avec plus ou moins de logique à conclure de cette absence de dangers dans les cas de catarrhe de la vessie, pour ce qu'il croit devoir arriver dans les cas de vessie sans catarrhe; toujours est-il que la précaution ne nous paraît ni illusoire, ni contraire aux effets du remède employé. Dans toutes mes observations le liquide a parcouru tout le trajet de l'urètre du méat urinaire à la région prostatique. L'hématurie, les douleurs cystiques que j'ai signalées dans quelques-uns de ces cas, le prouvent de la manière la plus irréfragable.

Voilà donc pour cette objection *capitale*, et qui dispense M. Foucart de ne m'*en faire aucune autre*, quoique pourtant il se place sur un terrain opposé à celui de mes assertions pratiques. Ainsi, selon lui, pas ou presque pas d'accidents, et guérison presque toujours certaine par la méthode de M. Debeney. Une seule fois sur dix-sept, M. Foucart a observé (et c'est un symptôme qu'il n'attribue qu'à *des circonstances particulières*) une légère urétrorrhagie qui lui fit suspendre le traitement. Certes, on comprend l'optimisme de mon honorable contradicteur en présence de cette proportion rassurante. Il est fâcheux que les seize cas de succès complet dont il argue ne soient pas largement établis afin de leur donner l'entière garantie, dont, il faut bien le dire, ils ne sont pas suffisamment entourés.

C'est donc logiquement que l'auteur de la note procède, et je suis loin de l'en blâmer; mais sa logique est-elle bien sévère? et si nous devons prendre confiance en la fidèle observation de ses faits, nous faudra-t-il accepter aussi les raisonnements de sa théorie! On comprendra cette réticence après avoir lu les lignes suivantes que je lui emprunte, et que je copie textuellement : « Nous avons pour principe » de faire boire les malades le moins possible..... L'on nous a objecté » que l'urine était plus concentrée, les principes qu'elle contient naturellement seront plus âcres, et conservent pendant la miction une » irritation plus vive et plus douloureuse sur le point malade. La réponse est facile. Le passage de l'urine est très rapide, et dut le malade souffrir un peu plus à chaque fois, ce que nous nions, si nous » parvenons à ne le faire uriner que deux fois, je suppose, dans les » vingt-quatre heures, nous croyons avoir plus gagné que s'il urine » dans le même espace de temps dix ou douze fois un liquide analogue » à de l'eau presque pure, l'*observation prouvant que le contact du » liquide le plus innocent, cause presque toujours des douleurs assez violentes et entretient sur le point malade l'irritation blennorrhagique.* »

Quelle parité, je le demande, entre ces craintes si nettement articulées, et la hardiesse thérapeutique des injections de M. Debeney? La contradiction la plus éclatante ressort de cette manière de raisonner; car si l'*eau presque pure* entretient l'irritation blennorrhagique, par quelles *ingéniosités* de langage nous prouvera-t-on que la solution concentrée d'azotate d'argent peut la dissiper presque instantanément? (24 ou 36 heures, *Mémoire du docteur Debeney.*)

Il en est à peu près de même des analogies que M. Foucart cherche à établir entre les cautérisations de l'urètre de la femme par le crayon de nitrate d'argent et les injections caustiques chez l'homme. Il ne peut exister entre ces deux points aucune similitude thérapeutique; partant, aucun rapport relativement aux accidents. On ne comprend pas l'insistance que l'auteur de la note semble mettre à ce parallèle entre deux choses aussi dissemblables.

On comprend beaucoup mieux l'appui des opinions de notre savant confrère le docteur Ricord, que M. Foucart veut à tout prix rendre solidaire de ses idées. Il est certain qu'il y a plus d'un point de contact entre la cautérisation immédiate du chancre, et la cautérisation de l'urètre enflammé. Faire avorter l'ulcération syphilitique à son début, faire avorter la blennorrhagie dès son invasion, voilà bien deux idées congénères; s'ensuit-il qu'elles soient tout à fait rationnelles? Ce n'est pas ici le lieu d'examiner cette grave question; mais nous pouvons, nous praticiens de la province, qui n'adoptons pas avec un enthousiasme irréfléchi toutes les innovations qui partent en rayonnant du centre scientifique, nous pouvons garantir la sincérité de nos actes et la valeur réelle de nos observations. De quelque part que nous arrive une méthode, un système; quel que soit le nom que porte son auteur, obscur ou illustre, nous essayons avec prudence et discrétion, avec calme et maturité. Lors des propositions pratiques de M. Ricord sur la cautérisation immédiate du chancre, nous avons, à l'hospice des Vénériens dans nos expériences, à la Société royale de médecine de Bordeaux dans diverses lectures, conclu négativement et par des arguments pratiques que nous sommes tous les jours à même de sanctionner de nouveau. Maintenant, c'est à un traitement à peu près identique dans sa formule, dans son application, dans ses dangers que nous avons affaire; il est rationnel de nous trouver à son égard dans une situation à peu près la même.

A Dieu ne plaise pourtant que systématiquement nous repoussions les progrès de l'art de guérir et les idées de perfectionnement thérapeutique qui travaillent notre époque médicale. Mais quand l'observation sérieuse, évidente, palpable a prononcé; quand le jugement de l'expérience consciencieuse nous est acquis, nous n'hésitons pas à mettre hors de la ligne des moyens convenables, ceux qui nous sont proposés comme infaillibles, fût-ce par les autorités les plus imposantes. Au surplus, dans l'espèce de polémique suscitée par notre travail, si M. Foucart est venu en aide à M. Debeney, il y a quelque orgueil à voir la généralité des syphilographes proclamer en leur nom les vérités dues à nos recherches; et le contrôle de MM. Bonnafont, A. Latour, Payan (d'Aix), Gerbeau (de Lyon), etc., venir s'additionner au nôtre dans l'évaluation d'une méthode que le silence calculé de son auteur semble avoir condamnée depuis longtemps.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et Observations cliniques de médecine et de chirurgie; par le docteur MORAND.

Ce livre est composé de plusieurs mémoires sur divers points importants de la science, et d'un grand nombre d'observations remarquables soit par leur rareté, soit par l'intérêt dont elles sont dignes. Parmi les mémoires, trois nous ont paru devoir principalement fixer l'attention. C'est d'abord celui qui est consacré à l'examen d'une ophthalmie scrofuleuse, observée par l'auteur chez les jeunes sujets de la colonie agricole de Methay. Cette ophthalmie a présenté ceci de particulier qu'elle était compliquée d'un état inflammatoire des cavités nasales, état inflammatoire par lequel M. Morand a presque toujours vu l'ophthalmie précédée, et qu'il regarde en quelque sorte comme la cause de la maladie des yeux. Conséquemment, ce n'est plus sur les yeux, mais sur la membrane pituitaire que M. Morand porte les médicaments, et il a vu, sous l'influence de cette méthode, disparaître complétement et rapidement les accidents les plus opiniâtres et les plus graves. L'auteur emploie le nitrate d'argent sous trois formes, en crayon, en solution, en pommade pour pratiquer les cautérisations de la membrane pituitaire.

Le second mémoire traite de la diphthérite laryngée (croup). Après avoir rapporté une observation de croup remarquable par la guérison due à la trachéotomie, et plusieurs observations de diphthérites laryngiennes et trachéales soit primitives soit secondaires, guéries par la cautérisation avec le nitrate d'argent, l'auteur présente quelques considérations pratiques sur le début quelquefois insidieux de l'affection, sur le traitement topique, sur la trachéotomie, etc. Ce mémoire, accompagné de planches représentant des instruments nouveaux destinés à simplifier l'opération et à en assurer la réussite, est terminé par un chapitre de diagnostic différentiel, dans lequel l'auteur cherche à établir l'identité de l'angine couenneuse commune, et de la diphthérite pharyngienne.

Enfin le troisième mémoire sur lequel nous appellerons l'attention, est relatif à l'utilité de la réunion immédiate dans certaines plaies herniaires.

Nous mentionnerons également comme curieuses et offrant le plus haut intérêt, les observations de péricardite, de méningite, de sphacèle de la jambe, etc., et les notes éminemment pratiques et utiles sur l'emploi du laudanum dans le délire; la compression pour arrêter les progrès de l'érysipèle qui survient à la suite des mouchetures pratiquées sur les membres; enfin, une note relative à l'emploi de la belladone contre l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'ammoniaque dans l'emphysème pulmonaire.

M. Rayer a administré l'ammoniaque liquide à la dose de 8 gouttes dans 120 grammes d'eau à un individu affecté d'emphysème pulmonaire. Cinq jours après l'usage de ce médicament, une amélioration notable a été observée; mais à la septième potion, le malade s'est plaint de maux de cœur et de battements dans la poitrine. On a suspendu l'administration de la potion, et le mieux a persisté.

Pommade de M. Devergie contre les engelures.

Pr. Axonge,	30 grammes.
Créosote,	10 gouttes.
Sous-acétate de plomb liquide,	10 gouttes.
Extrait thébaïque,	10 centigrammes.

F. S. L. une pommade.

Nouveau mode d'emploi de la strychnine contre l'amaurose.

Depuis quelque temps on emploie, en Angleterre, contre l'amaurose, la strychnine sous forme d'un liniment préparé d'après la formule suivante :

Pr. Strychnine,	2 grammes.
Huile d'olives,	45 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On emploie ce liniment en frictions, trois fois par jour, sur les régions temporales.

La dose est de dix gouttes pour chaque friction.

Il est avantageux d'appliquer un cataplasme sur les surfaces frictionnées, pour favoriser l'absorption de la substance active.

Cas d'abcès des parois de l'utérus ouvert dans le rectum; observation recueillie par M. le Dr Fréd. BIRD.

Une femme âgée de trente-sept ans avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque, s'étant mariée il y a trois ans, elle fut bientôt après affectée de douleurs aiguës qui, de l'hypogastre, où elles avaient leur point de départ, allaient s'irradier dans le bassin : ces douleurs augmentaient pendant l'excrétion urinaire et les déjections alvines.

Les accidents, accompagnés qu'ils étaient de désordres généraux, ne furent que légèrement modifiés par le traitement généralement usité contre les phlegmasies utérines. Du reste, l'exploration pratiquée par le vagin ne fit reconnaître qu'un abaissement de la matrice et une hypertrophie de sa paroi postérieure.

A quelque distance de cette exploration, il s'opéra tout à coup par le rectum un écoulement d'environ trente grammes de pus, et cette circonstance procura à la malade un soulagement instantané; mais en même temps il survint un flux diarrhéique mélangé de matière purulente que l'on ne put réprimer par aucun moyen, et qui, pendant les deux dernières années, persista toujours avec plus ou moins d'abondance. Toutes les fois qu'il diminuait, les douleurs reprenaient un nouveau degré d'intensité. Pendant cette période de la maladie, la menstruation n'eut lieu que d'une manière fort irrégulière.

Enfin, une forte métrorrhagie survint, et les organes génitaux furent affectés d'une sensibilité névralgique tellement développée, que, par le seul contact des couvertures, des douleurs très vives étaient provoquées.

Tant de causes réunies d'épuisement suffirent pour entraîner la perte de la malade.

A l'autopsie, on trouva les viscères recouverts par le péritoine garnis d'adhérences de date ancienne. L'utérus, en haut et en arrière, adhérait fortement au rectum; à son fond il offrait une hypertrophie qui égalait près de trois fois son volume normal. Un abcès, développé dans sa paroi postérieure, allait s'ouvrir, par un trajet étroit et court, dans l'intérieur de l'intestin rectum. D'ailleurs, l'abcès n'avait aucune espèce de communication avec la cavité de l'utérus, et il n'existait aucun indice d'affection carcinomateuse.

Un arrêté du conseil royal de l'instruction publique vient d'accorder à la faculté de médecine de Strasbourg les fonds nécessaires pour la création d'une nouvelle place d'aide de clinique. Les places présentées à l'émulation des étudiants en médecine de la faculté de Strasbourg sont maintenant au nombre de quinze: un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, un préparateur et un aide-préparateur de chimie, un aide-bibliothécaire, un aide de botanique, un chef des cliniques et huit aides de clinique ou internes.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 13. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 31 JANVIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'anatomie du cancer a été, de nos jours, l'objet de recherches minutieuses. L'article *Anatomie pathologique du cancer*, de M. le professeur P.-H. Bérard, dans le *Dictionnaire de médecine*, résume avec précision l'état de nos connaissances à cet égard. Mais tant de recherches et de travaux n'ont pu encore dissiper toutes les obscurités dont la question était enveloppée, et le praticien hésitera longtemps encore quand il s'agira de déterminer la nature de certaines tumeurs ayant plus ou moins les apparences du cancer.

Comme les auteurs (1) de l'article *Cancer* (antérieur à la publication de l'ouvrage de Bayle) du *Dictionnaire des sciences médicales*, M. P.-H. Bérard admet deux formes du cancer, le tissu encéphaloïde ou cérébriforme et le squirrhe. Quant à la mélanose, il la considère comme un accident de la maladie.

Etant donné un cancer encéphaloïde avec sa tendance aux hémorrhagies, un épanchement de sang a lieu dans son intérieur, le liquide subit une décomposition, et voilà la mélanose ajoutée au cancer; voilà le cancer mélané. Quand la mélanose existe seule, elle n'entraîne pas d'inconvénients notables. C'est M. P.-H. Bérard qui parle: « Je rejette donc sans hésiter, dit-il, la mélanose de la classe des cancers. »

D'après un fait que nous avons cité ici, et qui s'est présenté dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker, la mélanose offrirait cependant l'un des caractères essentiels du cancer, la reproduction. Chez une femme qui avait subi l'extirpation d'une tumeur mélanée, il se fit au bout de quelque temps une infiltration de matière mélanique autour de l'œil, qui était comme *poché*, selon l'expression vulgaire.

L'opinion de M. H. Bérard n'est pas aussi tranchée relativement au cancer *colloïde* ou *gélatiniforme*.

La tumeur dont nous allons parler, et au sujet de laquelle nous sommes entré dans ces considérations, nous paraît devoir être rapportée à ce dernier genre, ou tout au moins elle s'en rapproche beaucoup plus que du tissu encéphaloïde.

Elle siégeait à l'avant-bras sur un homme couché dans la salle Sainte-Vierge, à la Charité (service de M. Velpeau). Elle était énorme, bosselée, sans changement de couleur à la peau, consistante, mais dépressible. Les doigts étaient comme éléphantiasiques, recourbés, presque complétement immobiles.

Le malade avait été opéré dans le même siége, deux ans auparavant, d'une tumeur qu'il a conservée dans l'alcool et qui présente l'aspect fibreux, mais dont la véritable nature ne peut être, précisée en raison des altérations que l'alcool lui a fait éprouver.

Ce nous est une occasion nouvelle de recommander le procédé de M. Pigné pour la conservation des pièces anatomiques. Quelques gouttes de créosote suffisent pour empêcher la décomposition, et, ce qui est bien remarquable, la pièce se conserve sans éprouver aucun changement, intégralement; de telle sorte qu'un ramollissement du cerveau, par exemple, se montre, au bout d'un an, tel qu'au moment de l'autopsie.

M. le professeur Velpeau jugea que la tumeur était un cancer colloïde. Le membre fut amputé au-dessus du coude. A l'examen de la masse néo-plastique qui comprenait le ligament inter-osseux, mais non pas le squelette de la partie, les avis furent partagés, et diverses personnes admirent que la tumeur était encéphaloïde. Ce n'est point notre opinion, et nous avons la satisfaction de nous rencontrer avec celle de M. Barth.

Mais voici quels étaient les caractères de la tumeur. Son aspect général était celui d'une masse gélatineuse, d'un blanc grisâtre, homogène, brillante, tremblotante, molle, fondant par la pression entre les doigts sans laisser d'autre résidu qu'une matière ténue, visqueuse, au lieu du suc opaque et lactescent qui est le propre de l'encéphaloïde. Cet aspect rappelait avec assez d'exactitude celui de la *gelée au marasquin*, et il est impossible de trouver une substance à laquelle puisse être plus justement appliquée l'épithète de *gélatiniforme*.

(1) Bayle et M. Cayol.

Jusque-là on ne comprendrait pas qu'il pût y avoir doute sur la nature de la tumeur.

Mais, dans le tissu colloïde comme dans le tissu encéphaloïde, il y a, d'après les auteurs, une trame. Le mot *tissu* le dit. « Cette dégénérescence consiste dans une trame aréolaire remplie d'une sorte de gelée. » (P.-H. Bérard.) Or il n'a pas été possible d'apercevoir une trame dans cette masse. Il manquait donc là un des caractères classiques du cancer colloïde. A la vérité, les caractères classiques ne sont pas toujours les caractères naturels.

De plus, il est dit: « Cette production est remarquable par l'absence de vaisseaux et de tout travail phlegmasique dans les parties voisines. » (*Ibid.*) Or il est bien vrai qu'il n'y avait point de travail phlegmasique autour de la tumeur; mais il est également vrai que, dans son intérieur, existaient des épanchements apoplectiformes, ici d'un rouge vif, là d'un rouge foncé, ailleurs d'un ton noirâtre. Dans les points correspondant à ces épanchements, le tissu était plus dense, fibrillaire, très friable.

Il est incontestable que ce dernier caractère rapproche la tumeur de l'encéphaloïde. Que conclure?

De ces trois choses l'une: ou bien il existe une matière hétéroplastique intermédiaire au tissu colloïde et au tissu encéphaloïde, participant des caractères de l'un et de l'autre; se rapprochant du premier par son aspect absolument gélatineux, s'en éloignant par l'absence de trame, et se rapprochant du tissu encéphaloïde par la présence de vaisseaux; — ou bien, le tissu colloïde ne comporte pas nécessairement, à titres de caractères essentiels, la présence d'une trame et l'absence de vaisseaux; — ou enfin, l'encéphaloïde et le colloïde sont un même produit, et c'est un raffinement superflu de l'anatomie pathologique de les avoir séparés; seulement, la consistance et l'aspect varient; tantôt, et ce sera le plus rarement, l'encéphaloïde se présentera sous la forme d'une gelée avec ou sans vaisseaux, avec ou sans trame; tantôt, méritant mieux son nom, il rappellera plus ou moins exactement la forme et la consistance du cerveau; mais toujours il sera semblable à lui même par ce caractère funeste de tendre irrésistiblement à détruire la partie dans laquelle il siége et l'individu.

Quant à nous, le cancer colloïde nous paraît se spécifier par cette circonstance qu'il naît tel quel, que sa mollesse n'est pas le résultat d'un travail établi dans son épaisseur, qu'il n'a point de phases comme le cancer encéphaloïde, point d'évolution. Nous inclinerions vers la seconde opinion, et nous admettrions qu'il existe distinctement une espèce de cancer à laquelle revient le nom de cancer gélatiniforme ou colloïde, espèce qui présenterait des variétés, dont l'une se rapprocherait de l'espèce encéphaloïde.

M. le docteur Lebert a examiné la tumeur en question, et ne lui a point trouvé les caractères microscopiques du cancer. Elle appartiendrait, d'après cet observateur, à l'espèce *sarcôme*. Mais cette famille anatomo-pathologique est bien vague. N'oublions pas que la tumeur était une reproduction. C'est là pour nous, outre les caractères physiques sur lesquels nous ne revenons pas, un trait décisif. Le microscope, que nous avons en grande considération, et qui, dans des mains aussi habiles que celles de M. Lebert, rendra sans nul doute les plus grands services, est encore bien jeune, cliniquement parlant, et il lui convient d'être réservé.

— Un jeune homme robuste est mort, il y a quelque temps, dans le service de M. Velpeau. C'était un cocher qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. La langue avait été traversée d'avant en arrière par la balle, qui avait formé un pont dans son épaisseur. L'ouverture d'entrée était très petite, si petite qu'on avait peine à la voir, et que, tout d'abord, on n'apercevait que celle de sortie, large et déchirée. Le projectile avait continué son trajet, et fracturé l'arc antérieur de l'atlas. Le sujet a survécu plusieurs jours. On a trouvé une méningite de la convexité des hémisphères; très peu de chose à la base; rien dans la moelle ni dans ses enveloppes. Cela est surprenant, et il semblerait dès lors que c'est la commotion, suite de la déflagration de l'arme dans la bouche, qui a déterminé la méningite cérébrale. La balle n'a pas été retrouvée. Il est probable que le sujet l'a avalée.

— M. le professeur Velpeau a extirpé, chez un jeune garçon, des ganglions lymphatiques engorgés siégeant dans la région parotidienne et formant une tumeur très apparente. On ne nous prêtera pas l'intention de critiquer une opération que nous avons conseillé nous-même, en nous fondant sur plusieurs motifs graves. Nous voulons dire seulement qu'il est possible de triompher de ces tumeurs autrement qu'avec le bistouri, à la condition d'un traitement prolongé qui n'est pas toujours possible. Un jeune homme lymphatique a été réformé, l'an dernier, par le conseil de révision, pour une tumeur ganglionnaire chronique du volume du poing qu'il portait à la région cervicale droite. Nous l'avons soumis à un régime alimentaire tonique; nous lui avons prescrit l'exercice, et nous lui avons fait prendre tous les matins une grande cuillerée, puis deux cuillerées d'huile de foie de morue pendant près d'un an. Insensiblement la tumeur a diminué; d'abord les ganglions qui la formaient et qui étaient pris en masse, se sont isolés, séparés, puis ils ont perdu de plus en plus de leur volume. Aujourd'hui il ne reste que quelques noyaux pisiformes très durs qui ne sont perceptibles qu'à la palpation. Une conjonctivite scrofuleuse, sujette à des exacerbations, existait en même temps. Il y a eu, sous ce rapport, un amendement très sensible. Enfin, le malade toussait et était oppressé; il tousse moins, et n'est plus oppressé. Ses chairs se sont affermies, et il se sent très vigoureux. Il n'a pas souffert un seul jour de l'administration de l'huile de poisson. Son appétit a toujours été excellent. Seulement comme son régime était surtout composé de viande, à un certain moment, il a éprouvé une vive appétence pour les aliments végétaux, et l'estomac répugnait manifestement aux substances animales. Nous avons cédé à cet instinct gastrique, auquel nous croyons avec M. le docteur Bloudlot, et le malade a pu reprendre au bout de quelque temps son régime substantiel.

L'huile de foie de morue est d'un goût très désagréable; aussi pensons-nous qu'on devrait la mettre en capsules comme on a fait pour le baume de copahu.

— Il a suffi d'une simple précaution pour rendre très supportable une opération qui comptait parmi les plus douloureuses. Cette opération est l'extirpation de l'ongle incarné, et la précaution dont nous voulons parler consiste dans l'application préalable d'un lien fortement serré à la racine de l'orteil. Seulement il faut que ce lien soit appliqué quelque temps avant l'opération, faute de quoi la sensibilité n'est qu'incomplétement engourdie dans la partie. M. Velpeau se sert ordinairement de cisailles pour fendre l'ongle; dans sa dernière opération, il a employé les ciseaux communs. Le procédé est donc devenu aussi simple que possible: des ciseaux simples, la pince à disséquer, un lien; voilà tout ce qui est nécessaire pour le mettre à exécution. On panse avec un linge fenêtré cératé, un plumasseau de charpie, une compresse et une bande.

— Le sujet du service de M. Andral dont nous avons parlé, et qui avait une paralysie faciale, est mort après avoir éprouvé des accidents cérébraux. L'autopsie a confirmé le diagnostic. Le rocher était carié, et le nerf facial détruit dans l'épaisseur de cette portion osseuse.

M. Longet nous paraît avoir établi solidement que le nerf facial fournit, par l'intermédiaire du grand nerf pétreux, la branche motrice du ganglion sphéno-palatin, d'où émergent plusieurs filets qui vont animer les muscles péristaphylin interne et palato-staphylin. Le nerf facial, sous ce rapport, est, pour le ganglion sphéno-palatin, ce qu'est le nerf moteur oculaire commun pour le ganglion ophthalmique. On comprend, d'après cela, que le voile du palais soit paralysé d'un côté dans la paralysie du nerf facial, et que, par conséquent, la luette soit déviée du côté opposé à cette paralysie. On a objecté que cette déviation, ainsi que l'hémiplégie palatine, n'étaient point constantes; mais elles ne doivent pas l'être non plus. Si le nerf facial est malade au-dessous de la naissance des filets qui forment la racine motrice du ganglion sphéno-palatin, il est tout simple que ces filets conservent leur action. Quant à l'objection présentée par M. Debrou, et qui consiste à dire que la déviation de la luette est normale chez quelques personnes, M. Longet y a répondu de la manière suivante: Le fait est vrai, mais il ne prouve rien contre la doctrine qui rattache la déviation de la luette à la paralysie du facial dans les cas précités. En effet, on a vu la luette déviée revenir à la direction verticale après la cessation de la paralysie. Il y a là deux faits importants qui conduisent l'un à l'autre réciproquement. D'une part, la déviation de la luette dans l'hémiplégie faciale, doit faire penser qu'il existe un intermédiaire entre le voile du palais et le nerf facial; d'autre part, l'opinion qui fait émerger du nerf facial les filets qui vont concourir à former le grand nerf pétreux, et qui constituent la branche motrice du ganglion sphéno-palatin, trouve un argument décisif dans la déviation de la luette liée à l'hémiplégie faciale.

— Le malade de M. Blandin, chez lequel ce professeur a pratiqué l'extirpation d'un testicule intra-inguinal, avait été précédemment opéré, du même côté, d'une hydrocèle congéniale, remarquable par cette circonstance singulière que le fluide ne pouvait refluer dans l'abdomen. Dans l'opération qui a été pratiquée ensuite, on a reconnu que la communication de la vaginale avec la séreuse abdominale était fermée par un bout d'épiploon, qui n'était pas adhérent, mais qui était assez volumineux pour qu'on ne pût le faire rentrer en comprimant la tumeur.

— M. le docteur Potier veut bien nous communiquer deux nouveaux cas dans lesquels les lotions de ratanhia ont été rapidement efficaces contre des gerçures du sein. Dans l'un de ces faits les douleurs étaient des plus violentes, et l'on avait essayé vainement diverses huiles et pommades, parmi les plus préconisées. En deux jours, les lotions de ratanhia ont fait

cesser la douleur. Ces lotions n'empêchent aucunement l'enfant de prendre le sein.

— M. le docteur Serrier, chirurgien sous-aide-major, lauréat du concours général des chirurgiens de l'armée, nous communique le fait suivant qui pourra être rapproché des observations de M. Saulnier de Pierrelevée sur le dragonneau.

» Un nègre arrivé du Sénégal depuis plusieurs mois, était domestique à Marseille depuis cette époque. Il entra à l'Hôtel Dieu pour s'y faire traiter d'un érysipèle de la face, qui fut guéri en peu de jours. Au moment de sortir de l'hôpital, il se plaignit d'éprouver une douleur tensive violente, et un prurit très incommode au scrotum. Nous y constatâmes, du côté droit, deux petites tumeurs dures, ayant l'aspect furonculeux et le volume d'une noisette ordinaire. On appliqua des émolliens. Trois jours après, ces deux petites tumeurs s'abcédèrent, et nous vîmes paraître par l'ouverture siégeant au sommet de chacune d'elles, un filament blanchâtre long de quelques lignes, et large à peu près d'une ligne. Nous exerçâmes des tractions sur ces filaments, qui cédèrent, et que nous reconnûmes être deux dragonneaux. Nous les enroulâmes sur un petit rouleau de diachylon, et au bout de trois jours nous en avions opéré peu à peu l'extraction sans les rompre.

» Je possède dans l'alcool ces deux vers ; l'un a cinq pouces de long et l'autre sept. Je crois faire une comparaison très exacte en les comparant à une corde de violon, tant sous le rapport de la couleur que sous celui du volume. »

— La femme sur laquelle M. le professeur A. Bérard a pratiqué l'oblitération du vagin pour un cas de fistule vésico-vaginale, continue à donner l'espoir de la guérison. Il ne reste plus de l'ouverture vulvaire qu'un pertuis qui tend manifestement à se rétrécir. A part l'intérêt qui se rattache à cette malheureuse jeune femme, nous serions heureux, au point de vue de la science et de l'art, d'avoir à consigner ici le succès d'un procédé inventé, presque de toutes pièces, pendant l'opération même.

— M. Lefebvre, lauréat de la Faculté, auteur de la présentation de la pièce dont nous avons parlé, et qui offrait un exemple litigieux de rupture ou de perforation du cœur, nous écrit pour maintenir son opinion touchant la nature de la lésion. Il pense toujours, malgré nos raisons, que cette lésion était une rupture. Il expose des détails intéressants, mais nous attendrons la publication de l'observation et de la discussion qu'elle a provoquée, pour rentrer dans le débat. Cette publication, qui aura lieu dans le *Bulletin* de la Société anatomique, ne peut tarder.

— Nous reparlerons des deux opérés de pseudarthrose brachiale. Notre tâche serait incomplète si nous ne revenions, pour les continuer ou pour les terminer, sur les observations dont nous n'avons pu présenter qu'une partie. X..

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Nouvelles considérations sur les polypes des fosses nasales, le coryza chronique, l'injection ou la congestion sanguine simple de la membrane pituitaire. (Leçon recueillie par H. DAMOISEAU, interne.)

Au n° 5 de la salle St-Louis, est couché un malade affecté d'un polype des fosses nasales proéminant dans la partie supérieure du pharynx. Ce polype, encore très élevé, serait actuellement difficile à atteindre ; mais son pédicule ne s'élargit pas ; sa consistance, son volume et sa mobilité sont telles, qu'on n'a point à craindre qu'il altère les os ; nous le touchons d'ailleurs de temps en temps pour suivre ses progrès ; il n'y a donc aucun péril en la demeure. Depuis que nous l'observons, son extrémité inférieure est déjà moins élevée ; nous attendons, pour l'opérer, qu'il devienne plus accessible aux instruments.

Saisissons cette occasion pour vous parler du diagnostic et du traitement des polypes des fosses nasales.

Les polypes muqueux sont plus fréquents dans les fosses nasales que les polypes fibreux, et leur diagnostic offre plus de difficultés qu'on ne serait porté à le croire au premier abord.

J'ai vu commettre à ce sujet un grand nombre d'erreurs. On peut les rattacher à trois genres principaux.

Premier genre. — On rencontre quelquefois des malades chez lesquels la cloison des fosses nasales est assez fortement déviée d'un côté ou de l'autre, pour former une saillie demi-sphérique. Cette saillie est habituellement rouge et saigne facilement ; la muqueuse qui la recouvre est épaissie ; le passage difficile de l'air dans un canal plus étroit que d'ordinaire en est la cause.

Pour découvrir cette source d'erreur, il suffit d'introduire le doigt auriculaire dans la narine opposée ; on la trouve plus large qu'elle ne l'est habituellement, et l'on rencontre sur le point correspondant à la tumeur une dépression à peu près égale en profondeur au relief formé par celle-ci.

On ne se doute pas, en général, de la profondeur à laquelle on peut pénétrer dans les narines antérieures avec le doigt auriculaire. Ce doigt, dont plus de la moitié de la longueur pénètre d'ordinaire, peut non-seulement rectifier plusieurs erreurs de diagnostic, mais encore servir au traitement en permettant de racler les parois internes et externes, ainsi que le plancher des fosses nasales. On arrache de la sorte les polypes *miliaires* qui, ainsi que nous le verrons plus tard, sont une cause fréquente de récidive.

Deuxième genre d'erreur. — Vous serez consultés par des malades qui souffrent d'un enchiffrènement habituel. Il peut y avoir ou non des polypes muqueux dans les fosses nasales ; le malade peut en avoir eu ou en être menacé. On dit : c'est un coryza chronique. Je ne saurais partager cette opinion ; car s'il en était ainsi, pourquoi ce coryza existe-t-il aujourd'hui et pas demain ? Pourquoi occupe-t-il, au moment du lever la narine qui a été la plus déclive pendant la nuit, et s'évanouit-il deux heures après ? Quel est le coryza qui paraît et disparaît ainsi une ou deux fois par jour, et dans l'intervalle laisse le passage de l'air entièrement libre ? Une inflammation n'offre pas une semblable mobilité. C'est une congestion, une fluxion sanguine. La muqueuse des fosses nasales rougit, se tuméfie et se détuméfie, comme rougit et pâlit alternativement le visage des femmes à l'époque de la cessation de leurs règles. Il en résulte un boursouflement rouge ; l'air ne peut plus passer ; la voix devient nasonnée, et au bout d'une heure ou deux tout est fini.

Souvent, dans le phlegmon suppuré, qu'il se soit ouvert spontanément, qu'il ait été ouvert artificiellement, il reste un état inflammatoire généralement négligé, et que nous combattons par des sangsues.

La douleur et la chaleur sont enlevées en grande partie, mais il reste de la rougeur sur la peau, de l'œdème, de l'hypertrophie des tissus et une suppuration très abondante ; une sorte de phlegmon chronique, en un mot. Vous continuez, en conséquence, les émollients ; les accidents persistent, l'hypertrophie augmente, la suppuration reste excessive. Les toniques ne procurent aucun amendement ; la maladie est stationnaire et se prolonge indéfiniment. Il faut considérer cet état comme une congestion et une fluxion passives. J'ai fait voir qu'ordinairement il suffisait alors de supprimer le cataplasme et de panser simplement pour voir la suppuration diminuer, ainsi que l'œdème et l'hypertrophie des tissus. Les émollients entretenaient évidemment une congestion passive dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. S'il n'y a ni chaleur, ni douleur, le vin aromatique et l'eau de sureau sont indiqués. Mais, dira-t-on, les résolutifs guérissent les inflammations chroniques. Oui, sans doute, mais ici nous n'avions point employé les résolutifs, il nous a suffi d'un pansement simple. La fluxion et la congestion passive non inflammatoires se sont dissipées d'elles mêmes quand on a fait abstraction du cataplasme émollient qui les entretenait.

Ne suffit-il pas de se laver les mains à l'eau froide pour qu'une réaction se manifeste bientôt, et qu'elles deviennent rouges, chaudes et turgescentes? et après une demi-heure tout n'est-il pas disparu ?

Il est donc impossible de révoquer en doute l'existence de la congestion sanguine et de la fluxion sans inflammation ; de la congestion et de la fluxion mobiles, et non fixées et localisées par le travail inflammatoire. Ce point de doctrine était très important à établir, car les indications en découlent. On n'a point affaire en effet à une phlegmasie qu'il faille combattre, mais bien à une congestion et à une fluxion qu'il s'agit de détourner des fosses nasales. On en vient à bout, soit par l'exercice, soit en rétablissant, en remplaçant les évacuations sanguines supprimées ; en ramenant à leur abondance ordinaire celles dont la quantité serait au-dessous de l'état normal. Les réfrigérants et les astringents employés localement, sont aussi très utiles. Une cautérisation légère avec le nitrate d'argent fondu, non de la surface malade tout entière, ce serait inutile, mais de son tiers environ, produit d'excellents effets.

Si cette fluxion tenait à un état morbide constitutionnel, il faudrait employer une médication interne.

Un personnage fort connu dans les sciences, M. le baron F...., était tourmenté depuis longtemps par un enchiffrènement habituel. Il y avait suppression du flux hémorrhoïdal ; je le rétablis ; la guérison fut complète.

Chez les petites filles scrofuleuses il y a quelquefois un peu d'œdème sous muqueux, d'où résultent les mêmes accidents ; on les combat avantageusement au moyen de l'iodure de potassium, des amers, des toniques, aidés d'une bonne nourriture. Une cautérisation légère a encore ici de bons effets. Les rétrécissements tenant à la charpente osseuse des fosses nasales et à l'écrasement du nez, qui produiraient les mêmes accidents, sont heureusement fort rares.

Il est un troisième genre d'erreur important à bien connaître. La muqueuse des fosses nasales au niveau de la partie antérieure de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, présente quelquefois un gonflement qui simule parfaitement un polype. Les malades respirant difficilement examinent leurs narines antérieures au grand jour, et s'imaginent porter un polype. Il peut exister en effet une petite tumeur oblongue de haut en bas, faisant une saillie de deux lignes environ, rouge, saignant facilement, et même donnant quelquefois lieu à des épistaxis habituelles.

La première fois que ce cas se présenta à moi, je crus avoir réellement affaire à un polype ; je voulus le saisir à plusieurs reprises avec des pinces ; mais ce fut en vain, la tumeur existait toujours. Je fis une nouvelle tentative, j'entr'ouvre le plus possible les mors de ma pince ; et je place l'une de ces branches au-dessus et l'autre au-dessous de la tumeur. Nouvel échec, le prétendu polype semble même avoir augmenté de volume. J'imagine de porter le doigt auriculaire dans la narine correspondante, en arrivant sur la tumeur ; je sens très bien ses limites antérieures ; mais voulant trouver ses limites postérieures, elle disparaît sous mon doigt. Est-elle refoulée dans l'os? mais l'os n'est pas perforé, car on ne sent aucune tuméfaction à l'entour, et l'autre doigt auriculaire introduit dans la narine opposée ne sent absolument rien d'anormal. Je presse de nouveau sur la tumeur, elle s'efface complètement, et je ne trouve plus rien. Serait-ce par hasard une tumeur érectile? mais elle aurait fait des progrès depuis trois ou quatre ans. Ne serait-ce pas plutôt un épaississement de la muqueuse ou du tissu cellulaire sous-muqueux déterminé seulement par l'afflux des liquides? Dans cette dernière hypothèse je cautérise légèrement la tumeur avec le crayon de nitrate d'argent ; je fais faire des aspirations avec l'eau de guimauve ; il ne tombe pas d'eschare, et au bout de huit jours le malade est guéri. Je possède plusieurs observations analogues.

J'ai écrit à l'occasion de maladies de la vulve, que l'on avait pris pour des polypes de l'urètre, des renversements de la muqueuse de ce conduit qui venaient former une tumeur en forme de cerise à l'extérieur. Les émollients et les astringents, et au besoin une cautérisation légère, guérissent à merveille cette petite maladie, et cela sans qu'il tombe aucune eschare.

Le fils d'un coutelier fort connu de la rue de l'Ecole-de-Médecine, souffrait depuis long-temps dans l'oreille. C'était un polype, disait-on. Moi-même j'étais de cet avis. On voyait en effet à l'orifice du conduit auditif externe une saillie rouge grosse comme une noix. Nous nous disposions à l'enlever ; mais faute de pinces convenables, nous fûmes obligé de remettre l'opération. Toutefois les explorations auxquelles nous nous étions livré avaient fait saigner notre prétendu polype, et en 48 heures l'espèce de muqueuse boursouflée et herniée qui nous en imposait, était complétement rentrée. De légères scarifications peuvent donc, dans des cas analogues, mieux réussir encore que les émollients et les astringents.

Je suppose maintenant que l'on ait reconnu l'existence de polypes muqueux dans les fosses nasales, voyons la manœuvre qui convient pour les enlever.

Il est bon tout d'abord de se rappeler que la fosse nasale du côté gauche est généralement plus étroite, toutes choses égales d'ailleurs, que celle du côté opposé, et qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes dont les narines antérieures sont très petites et les fosses nasales très étroites. Si l'on fait usage sur ces sujets des pinces ordinaires, la manœuvre est presque impossible, et l'on brise à coup sûr les cornets ou la cloison, et, ce qui est beaucoup plus grave, on s'expose à léser la lame criblée de l'ethmoïdes et à causer ainsi des accidents mortels ; cela n'est pas sans exemple.

Les polypes muqueux des fosses nasales ne sont pas tellement enracinés, qu'il faille beaucoup de force pour les arracher ; il suffit, en général, de la plus légère torsion, de la plus faible traction. Il est donc inutile de se servir de pinces très fortes comme celles dont on fait usage habituellement ; j'en ai fait construire à M. Charrière d'un plus petit modèle, qui sont très avantageuses.

Une fois les pinces introduites à une profondeur plus ou moins grande dans les narines, on n'y voit plus. Si le polype est dur, et c'est l'exception, car s'il est possible que des polypes muqueux passent à l'état fibreux, cela est au moins très rare ; si, dis-je, il est dur, on peut le sentir entre les mors de la pince et l'arracher ; mais si, comme il arrive d'ordinaire, il est mou, on ne le sent pas, les branches de la pince n'offrent aucun écartement vers les anneaux : on retire l'instrument, et l'on n'amène souvent que des mucosités sanguinolentes quand on croyait avoir saisi un polype. On se ferait difficilement une idée de l'irritation, de l'agacement que produit l'introduction des pinces à une certaine profondeur dans les narines. C'est donc un inconvénient grave que ces introductions faites en pure perte ; on les évitera en imprimant à la pince avec laquelle on croit avoir saisi un polype un mouvement de rotation. Si ce mouvement peut avoir lieu, c'est qu'il n'y a rien entre les mors ; si, au contraire, on sent un obstacle, et si la torsion est impossible, on doit en conclure que l'on tient quelque chose. On évitera de la sorte des manœuvres infructueuses, et l'on abrégera une opération des plus pénibles pour les malades.

Si les polypes sont situés profondément en arrière, ils sont inaccessibles à la vue, et lorsqu'on cherche à les saisir avec des pinces, on est réduit, qu'on me passe la comparaison, à *pêcher en eau trouble*.

Dupuytren a imaginé de porter profondément le doigt indicateur dans la partie supérieure du pharynx pour contourner le voile du palais, et entrer dans l'une et l'autre des narines postérieures. On peut ainsi, dans la majorité des cas, pénétrer au moins jusque vers l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du diamètre antéro-postérieur des fosses nasales, ainsi que nous l'avons démontré maintes fois dans nos leçons de médecine opératoire à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il est très important, lorsqu'on doit se livrer à cette manœuvre, de recommander vivement au malade de ne pas mordre, et de prendre garde que les aides n'appliquent la main sur la figure ou près des mâchoires, car il pourrait arriver que le malade, comptant sur la main de l'aide, n'empêchât point le mouvement automatique qui le porte à serrer les mâchoires, et mordît le chirurgien.

Il n'est point difficile d'arriver jusqu'au pharynx ; seulement, si le malade est doué d'une grande sensibilité, il éprouvera de violents efforts de vomissements, et le voile du palais se portera violemment en haut et bouchera hermétiquement les narines postérieures. La première fois que j'observai ce phénomène, je fus d'abord très étonné de ne point trouver le voile du palais et de ne pouvoir entrer dans les narines postérieures, mais je ne tardai pas à m'apercevoir de ce qui était arrivé ; je cessai de titiller les parties avec mon doigt, que je tins parfaitement immobile, et je sentis bientôt le bord libre du voile du palais venir friser en descendant la face antérieure de mon doigt. Je pus trouver immédiatement alors l'orifice postérieur des fosses nasales.

La difficulté est de pénétrer dans les narines postérieures ; on n'y arrivera pas sans peine si l'on se rappelle que le plus grand diamètre de ces orifices est vertical, et que des deux diamètres de l'index le dorso-palmaire est de beaucoup le plus petit, non-seulement à cause des petites dimensions de la phalangette dans ce sens, mais encore en raison de la compressibilité très-grande de la pulpe digitale. On doit donc présenter le diamètre radio-cubital, plus étendu que le diamètre dorso-palmaire, parallèlement au plus grand diamètre des narines postérieures, c'est-à-dire verticalement. Si l'on néglige cette précaution, on entre très-difficilement, pas du tout, et

très-peu. Si, au contraire, plaçant l'avant-bras sur les parties latérales et antérieures, vous portez la main dans la plus forte supination possible, le plus grand diamètre du doigt correspond alors au plus grand diamètre de l'orifice postérieur des narines, et vous entrez avec la plus grande facilité et à une grande profondeur. Placé dans ces conditions, le doigt indicateur permet de sentir, de toucher les polypes, de conduire le mors des pinces vers leur racine, et enfin d'éclairer et de diriger toutes les manœuvres des instruments. En procédant de la sorte de l'un et de l'autre côté, aucun polype n'échappe ordinairement.

On n'a pas satisfait à toutes les indications quand on a extirpé les polypes, il faut encore prévenir leur réapparition qui arrive avec une si grande facilité qu'on peut la regarder comme presque constante quand on néglige de la combattre.

Je traitais avec le docteur Naquart un malade affecté de polypes muqueux des fosses nasales, chez lequel nous étions obligés de pratiquer au moins quatre fois l'an une extirpation. Un jour, qu'après avoir opéré ce malade nous examinions ses fosses nasales au grand soleil, les narines antérieures étant largement entr'ouvertes, nous aperçûmes une forêt de petites granulations du volume de la tête d'une épingle et présentant tout à fait l'aspect des polypes muqueux. On distinguait facilement au milieu de cette forêt, car il avait très-peu coulé de sang, les points d'attache encore saignants des grands polypes que nous avions enlevés. N'en serait-il pas des polypes des fosses nasales comme des arbres d'une forêt? Qu'on me passe encore cette comparaison : enlevez les grands arbres ; les petits, sous l'influence des sucs nourriciers du sol et du soleil dont ils étaient privés jusqu'ici, prennent un rapide accroissement. Quoi qu'il en soit, c'est de cette manière que se produit peut-être dans la plupart des cas, à mon avis, la réapparition des polypes dans les fosses nasales. La réapparition des polypes fibreux de l'utérus ne s'explique-t-elle pas aussi le plus souvent par la présence simultanée de plusieurs tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de la matrice? Ces tumeurs se détachant successivement de la face interne de cet organe, viennent tour à tour former des polypes. Aussi doit-on toujours prévenir la famille de cette circonstance pour éviter les reproches ultérieurs.

Depuis qu'en Angleterre on a imaginé de badigeonner les fosses nasales avec la solution de sulfate de zinc dont je vais donner plus bas la formule, la réapparition ne se voit presque plus. Le plus grand nombre de faits que je possède me permet d'avoir une opinion arrêtée sur l'efficacité de ce moyen qui réussit presque dans tous les cas.

L'extirpation des polypes des fosses nasales n'est pas une opération absolument innocente ; il n'y a pas loin de la lame criblée de l'ethmoïde au cerveau. L'un de mes maîtres a vu mourir un malade, après cette petite opération, à la suite d'une inflammation des méninges.

On prescrira en conséquence une diète plus ou moins rigoureuse, un bain de pieds, le repos pendant quatre ou cinq jours, des aspirations d'eau de guimauve.

S'il y avait de la congestion, on aurait recours à une saignée du bras.

Lorsque, vers le quatrième ou le sixième jour, il ne reste plus d'inflammation, on peut en venir au *badigeonnement.* Il produit en général beaucoup d'irritation. Si la douleur était trop vive, s'il survenait de l'inflammation, on la combattrait par les moyens déjà indiqués. Il y a là, comme partout, des indications à saisir.

Voici la formule de la solution astringente qu'on emploie :

Décoction vineuse de roses de Provins,	30 grammes.
Sulfate de zinc,	4 —

Il sera bon, surtout chez les gens du monde auxquels on supposera une grande sensibilité, de commencer par une plus faible dose de sulfate de zinc, pour l'augmenter ensuite suivant les effets produits.

On se sert d'un très petit pinceau pour porter le caustique. Il faut prendre garde de trop approcher de la lame criblée de l'ethmoïde. On cause d'abord beaucoup d'irritation, il y a du larmoiement, des éternûments; on voit même des malades qui en sont tellement incommodés qu'ils ne reviennent plus, malgré les frayeurs qu'ils ont, d'une nouvelle extirpation de polypes.

Il suffit, en général, de toucher la muqueuse tous les deux ou trois jours pendant une quinzaine environ pour prévenir la récidive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 décembre 1844. — Présidence de M. Tanchou, vice-président.

M. Sorlin, à l'occasion du procès-verbal, rectifie le fait qu'il a raconté dans la séance précédente. Chez le malade dont il a parlé, la blennorrhagie n'a été ni produite ni entretenue par les injections, et ces dernières n'ont pas amené de rétrécissement. L'écoulement dont était atteint le malade dont il a entretenu la Société, paraissait être d'une extrême bénignité, et était lié à l'existence d'un flux hémorrhoïdal qu'il suppléait, et pendant le cours duquel il disparaissait.

M. Perthus pense qu'entre les deux systèmes de traitement de la blennorrhagie, les uns voulant qu'on emploie les injections, les autres les défendant, il serait prudent de ne point se prononcer encore d'une manière tranchée. Il fut appelé un jour près d'un malade chez lequel un confrère avait fait pratiquer une injection de nitrate d'argent, il ignore à quelle dose. Le sujet fut pris, dès la première injection, des symptômes d'une cystite effrayante, qui ne cédèrent qu'à l'emploi d'une médication antiphlogistique. M. Perthus pense donc qu'il faut savoir distinguer les cas, et qu'il serait dangereux d'adopter un système exclusif.

M. Foucart fait observer que dans la note qu'il a lue dans la séance dernière, il a longuement insisté sur les indications diverses qui peuvent se rencontrer, qu'il n'a point donné les injections à haute dose comme un système exclusif ; il a dit, au contraire, qu'on ne devait les employer que dans les cas où l'inflammation était ou nulle, ou très légère, ou lorsqu'on s'en était rendu maître par un traitement antiphlogistique approprié. Si chez le malade de M. Perthus, les accidents ont été consécutifs à l'injection, l'indication était de suspendre le traitement pour combattre les phénomènes inflammatoires.

M. Perthus ne comprend pas la valeur de l'objection faite par M. Foucart au procédé qui consiste à comprimer le périnée pour empêcher le liquide de l'injection d'entrer dans la vessie. Il croit cette manière d'agir très sage, et d'ailleurs elle ne peut pas nuire au succès de l'injection, le siége de la blennorrhagie étant dans la fosse naviculaire dans le principe.

M. Foucart croit s'être suffisamment expliqué sur le point relatif à la pénétration du liquide dans la vessie, pénétration dont il n'admet pas la possibilité à moins que l'on ne fasse usage d'injections forcées. Quant au siége de la blennorrhagie, il est, dans l'immense majorité des cas, non pas dans la fossse naviculaire, mais dans la portion membraneuse de l'urètre, point où existent le plus souvent les rétrécissements ; aussi voit-on clairement que la compression du périnée rend tout à fait inutile l'injection, en empêchant le caustique de passer sur le point malade.

M. Duperthuis rappelle l'emploi du caustique solide appliqué directement à l'aide de l'instrument de Lallemand, et dont l'action est analogue à celle des injections à haute dose. Chez un sujet atteint d'un écoulement rebelle à toutes les injections, il a mis en usage cette cautérisation immédiate avec le nitrate d'argent solide porté sur le point malade ; des lambeaux de la membrane muqueuse escharifiée se sont détachés, et au bout de quelques jours l'écoulement avait complétement cessé. Il a été conduit par analogie à employer cette même méthode de cautérisation directe dans un cas assez intéressant relatif à un jeune homme de dix-huit ans qui, sans pouvoir s'en empêcher, urinait toutes les nuits dans son lit. M. Duperthuis porta le caustique aussi près que possible de la luette vésicale et fit une forte cautérisation qui fut suivie d'une assez vive inflammation de la verge avec un peu de gonflement, et bientôt d'une guérison complète. A la suite de l'opération il s'était écoulé un peu de sang et quelques lambeaux de membrane muqueuse.

M. Chalus a employé avec succès, il y a six semaines environ, une injection de 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, chez un jeune homme qui portait depuis plus de deux ans une blennorrhagie chronique (goutte militaire). Il n'est survenu aucun accident inflammatoire.

M. Pédelaborde a traité il y a quelques semaines un jeune homme affecté d'une blennorrhagie récente. Il a employé les préparations balsamiques, qui ont échoué ; ensuite, des injections composées d'un gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Il n'a pas eu le moindre accident inflammatoire. La guérison est survenue après huit jours de ce traitement, quinze jours après l'invasion.

M. Belhomme, relativement à la question de savoir si la solution de nitrate d'argent introduite dans la vessie est sans danger dans la plupart des cas, assertion émise dans la note de M. Foucart, dit avoir peine à comprendre comment cette solution caustique ne déterminerait pas l'inflammation aiguë intense de la muqueuse vésicale, lorsqu'une injection d'eau de Goulard l'a déterminée.

M. Foucart cite à l'appui de la proposition plusieurs cas de catarrhe vésical guéris par les injections de nitrate d'argent dans la vessie même. Que si l'on rejetait ces faits, comme peu concluants, en raison de l'état morbide dans lequel se trouvait la muqueuse vésicale, on sera du moins forcé d'admettre le fait rapporté par M. Baumgartner (de Genève), et publié dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, relatif à une névralgie du col de la vessie, sans lésion de la membrane muqueuse guérie par quelques injections dans la vessie d'une solution de nitrate d'argent, injections qui ne déterminèrent aucun accident.

M. Sterlin est peu partisan des injections soit de nitrate d'argent, soit de toute autre substance astringente. Les récidives lui ont toujours paru fréquentes, et il considère ces injections comme déterminant souvent des rétrécissements. Il préfère, suivant l'ancienne méthode, laisser couler pendant quelque temps la blennorrhagie, que l'on arrête plus tard à l'aide de médicaments internes.

M. Guillon. Lorsque l'écoulement persiste, il est entretenu par une maladie du canal. J'y remédie en détruisant le rétrécissement, s'il existe. Pour cela, je fais pénétrer dans le canal, au moyen d'une petite sonde élastique, une pommade composée de calomel, de ratanhia et d'axonge. Ces espèces de seringues dont M. Guillon a parlé autrefois à la Société, se font avec deux bouts de sondes élastiques très flexibles, ou deux tubes de même nature arrondis à leurs extrémités, qu'on introduit l'un dans l'autre.

M. Eguisier a essayé de faire faire des injections avec une solution de quatre grains de nitrate par once d'eau; le malade a rendu des gouttes de sang et a souffert pendant plus d'une heure après l'injection. Une autre fois, avec huit grains par once, la douleur fut tellement violente, que le sujet refusa de se soumettre à une seconde injection. M. Eguisier se croit fondé à penser que la plupart des malades ne font pénétrer l'injection qu'à l'entrée du canal, la douleur les empêchant de pousser assez fortement.

M. Foucart répond à M. Sterlin que depuis quinze mois qu'il met ces injections en usage, il a revu plusieurs de ses malades, qui n'ont eu ni récidives, ni rétrécissements. On ne peut raisonnablement attribuer les rétrécissements aux injections, puisque des sujets ont eu des rétrécissements, qui n'avaient pas fait d'injections. L'ancienne méthode avait le double désavantage de produire ces rétrécissements en laissant la blennorrhagie devenir chronique, et de laisser la maladie durer quarante ou cinquante jours au moins, tandis que la nouvelle l'enlève en quatre, cinq ou six jours, le plus ordinairement.

Quant aux accidents observés par M. Eguisier, on ne peut que lui répondre ce que nous avons déjà dit à M. V.....; ou vous avez eu bien du malheur, ou le hasard nous a favorisé d'une bien singulière et bien constante manière. Pour la manière de faire les injections, M. Foucart a pris l'habitude de les faire lui-même aux malades sur lesquels il ne peut entièrement compter, et de cette manière il est certain qu'elles traversent tout le canal.

M. Pédelaborde, qui a plusieurs fois employé dans les cas d'ophthalmie purulente, jusqu'à 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, sans observer une grande augmentation de la douleur, pense que les injections suivant la formule de M. Debeney ne sont pas plus douloureuses que les injections ordinaires. Il attribue les rétrécissements à un épaississement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux du canal de l'urètre.

M. Sterlin demande pourquoi ne pas porter la pierre infernale solide directement sur le point malade au moyen du porte-caustique.

M. Foucart fait observer que chez la femme, où l'urètre est court, cette méthode est facilement et avantageusement applicable, mais que chez l'homme, la blennorrhagie ayant pour siége le plus ordinaire la portion membraneuse de l'urètre, on ne peut savoir quel point précis il faut cautériser, et l'on ne peut non plus sans de grands dangers cautériser toute l'étendue du canal.

M. Tanchou regarde la question d'opportunité comme la première à poser. Lorsque la maladie débute, que l'inflammation n'est pas très intense, l'injection à haute dose peut être innocente, utile même. Mais il est rare que l'on soit consulté au début, et le plus souvent, quand les malades viennent consulter, il y a des phénomènes inflammatoires, et la maladie occupe une grande étendue du canal. Dans ce cas, c'est jouer quitte ou double. Comme M. Foucart, M. Tanchou a pris l'habitude de faire aux malades les injections lui-même. Quelquefois il lui est arrivé de donner lieu à de très vives douleurs, si vives qu'une fois un malade a perdu connaissance. Les succès obtenus par M. Tanchou ne sont pas en proportion du mal que ressentent les individus. A ce propos, M. Tanchou fait remarquer que si autrefois on poussait la timidité à l'extrême sous le rapport de la dose des médicaments, l'on est aujourd'hui tombé dans l'excès contraire.

— *M. Léger* présente quelques considérations sur des cas de variole et de varioloïde observés par lui depuis quelque temps chez des sujets vaccinés et présentant des traces non équivoques d'une heureuse vaccination. Il pense que ces cas, devenant de plus en plus fréquents, c'est le cas de conseiller aux parents les revaccinations, en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas détruire dans le public la confiance que l'on doit avoir dans la vaccine. M. Léger a fait depuis peu de temps un assez grand nombre de revaccinations, dont beaucoup ont été suivies de succès. Il conclut en disant qu'il est nécessaire de conseiller les revaccinations, et que, présenté avec précaution, ce conseil ne peut produire aucun fâcheux résultat.

M. Chalut parle d'une dame vaccinée avec succès dans son enfance, qui fut revaccinée plusieurs fois depuis inutilement, mais chez laquelle la vaccine fut heureuse à la quatrième tentative. Il put, avec ce second vaccin, inoculer douze ou quinze enfants, chez lesquels la vaccine se développa régulièrement.

M. Sterlin a eu de même occasion de voir chez plusieurs sujets heureusement vaccinés, la vaccine reprendre et se développer normalement.

M. Jacques mentionne plusieurs cas de même nature dans lesquels une vaccine vraie s'est montrée chez des sujets préalablement vaccinés avec succès.

— *M. Guillon* présente une aiguille extraite, il y a quelques jours, du sein gauche d'une artiste de théâtre français, aiguille qui, par suite d'un choc, avait pénétré dans l'épaisseur de la glande mammaire, et qu'une simple pression fit sortir, après un assez court espace de temps, de l'organe dans lequel elle déterminait des douleurs, mais sans aucun accident.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Foucart, *secrétaire annuel adjoint.*

BIBLIOGRAPHIE.

Etude physiologique de l'instinct chez l'homme et chez les animaux; par le docteur Gabillot.

Le travail de M. Gabillot est un livre de physiologie transcendante, dans lequel se trouvent soulevées et discutées les plus hautes questions philosophiques relatives aux facultés instinctives et intellectuelles. Nous ne pourrions, dans une analyse dont les limites restreintes nous sont en quelque sorte fixées, présenter même l'exposé le plus rapide des doctrines de l'auteur ; nous dirons seulement et tout d'abord, pour donner une idée des tendances de l'auteur, qu'il a pris pour épigraphe ces deux phrases de Gall :

« L'instinct particulier à chaque animal tient à son espèce. »
« Les penchants sont essentiellement liés à l'organisation. »

Après avoir défini l'instinct, une faculté vitale, ou la manifestation des réactions physiologiques qui composent la vie, l'auteur examine, dans la première section de son ouvrage, l'instinct étudié en particulier, et son évolution chez l'homme et chez les animaux, chapitre qui n'est que le développement de cette idée : que les habitudes données aux mouvements instinctifs ou physiologiques de l'homme, ont peu à peu amené ces caractères physiques particuliers propres aux diverses races d'hommes qui recouvrent la surface de la terre ; dans un second chapitre, il traite des actes instinctifs étudiés dans leur nature et dans leurs manifestations. Pour M. Gabillot, l'intelligence est l'effet des perceptions instinctives, de sorte, dit-il, que si l'instinct existe sans perception, l'intelligence manquera comme chez les idiots, chez le plus grand nombre des animaux, quoi qu'ils soient évidemment doués de mouvements instinctifs remarquables. Mais ceux-ci sont alors de simples *sécrétions physiologiques* qui se passent à l'insu de l'être organisé.

La sensibilité mémorative appartenant au sentiment instinctif, et les vices instinctifs dont M. Gabillot pense que l'on ne peut révoquer en doute l'existence, forment le sujet de deux importants paragraphes qui précèdent et préparent l'examen de cette dernière et importante question : L'étude des mouvements instinctifs peut-elle avoir à faire connaître et à diriger l'homme dans l'état sain comme dans l'état maladif? Question que l'auteur croit pouvoir résoudre par l'affirmative.

L'auteur termine enfin son ouvrage par quelques corollaires longuement développés, dont nous nous bornons à énoncer les principaux, sans commentaires.

L'instinct est la manifestation essentielle de la vie. Il suit l'évolution organique. Il est forcément établi dans toutes les facultés dont jouit l'être créé. — Les fonctions cérébrales, comme celles de tout autre organe, ne peuvent rester longtemps dans la passivité ou dans l'annulation de toute relation, sans faire tomber l'individu dans le désordre intellectuel. — L'instinct ou l'intelligence naît, s'use, s'affaiblit, se modifie avec les organes ou les fonctions physiologiques. (Opinion, on le voit, bien différente de celle que dans un livre récent a publiée M. Lordat sur l'insénescence du sens intime de l'homme.)

Le livre de M. Gabillot sera lu avec grand intérêt par les hommes à esprit sérieux qui s'occupent de physiologie organique et de physiologie intellectuelle; deux choses qui nous paraissent si étroitement liées, que nous ne concevons pas l'étude de la philosophie sans les connaissances préalables les plus approfondies en anatomie et en physiologie.

Correspondance.

Monsieur et cher confrère,

Le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* d'aujourd'hui, contient une simple réponse de M. le docteur Vénot à la note que vous avez insérée dernièrement sur les injections de nitrate d'argent à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie. Après l'avoir attentivement lue, j'avais d'abord pris la résolution de n'y point répondre, M. Vénot n'y détruisant pas une seule des objections que j'ai faites à son mémoire.

Ainsi, par exemple, en faisant comprimer le périnée, M. Vénot prétend « que le calibre du canal de l'urètre n'est point effacé ailleurs qu'à » son extrémité vésicale, et que c'est seulement au col que porte la » compression. » C'est là une assertion qui repose sur des données probablement nouvelles d'anatomie chirurgicale dont nous n'avons pas encore eu connaissance à Paris.

Quant aux mauvais résultats que j'ai dit avoir vus survenir de l'emploi des boissons abondantes, je n'ai point eu recours à des *ingéniosités* de langage. Je me contenterai de faire observer à mon honorable contradicteur, qu'un point ulcéré ou enflammé d'une membrane muqueuse pourrait très bien guérir sous l'influence d'une ou deux cautérisations avec le nitrate d'argent, qui se trouverait fort mal d'être lavé quinze ou vingt fois par jour avec de l'urine.

Je laisserai là la simple réponse de M. Vénot, quant aux arguments scientifiques, dont j'ai cherché à faire apprécier la valeur. Mais je ne puis m'empêcher de répondre aux expressions d'une haute inconvenance dont mon honorable confrère a fait usage à mon égard.

Je ne connais point et n'ai jamais vu M. Debeney, et je n'ai point voulu me poser son *défenseur officieux*, en répondant à l'acte d'accusation de M. Vénot. J'ai cru, bien que je ne sois pas chirurgien en chef d'un hôpital (non d'un hospice) de vénériens, que je pourrais, sans trop d'outrecuidance, apporter, moi, chétif et obscur, le résultat de mon expérience à l'appui d'une nouvelle méthode thérapeutique.

« Il est fâcheux, dit M. Foucart, que les seize cas de succès dont

» M. Foucart argue, ne soient pas largement établis, afin de leur don-
» ner l'entière garantie dont, il faut bien le dire, ils ne sont pas suffi-
» samment entourés. » A défaut de raisons sérieuses, révoquer en doute la réalité des faits et la moralité de leur auteur, c'est plus commode, sinon plus... parlementaire. Sur les vingt-deux cas, d'ailleurs, auxquels M. Vénot fait allusion dans son mémoire, il n'en a, lui, non plus cité que deux; en eût il cité cent, ils ne prouveraient rien de plus; car il n'en coûterait pas davantage, s'ils sont supposés, d'en fabriquer *cent*, que *seize* ou *deux*.

Il paraîtrait, d'après M. Vénot, que les praticiens de province sont seuls dignes de créance, et « peuvent seuls garantir la sincérité de » leurs actes et la valeur réelle de leurs observations. (Sic.) » En remerciant notre confrère de Bordeaux de la flatteuse opinion qu'il a des médecins de Paris, nous le prions cependant de croire qu'il est à Paris un plus grand nombre qu'il ne pense de médecins qui raisonnent avec sang-froid, et « qui n'adoptent pas avec un enthousiasme irréfléchi » toutes les innovations scientifiques. »

J'ose espérer, Monsieur et très honoré confrère, que vous voudrez bien accueillir dans votre plus prochain numéro cette réclamation, qui, dans tous les cas, sera la dernière de ma part.

Agréez, etc., Dr A. Foucart.

30 janvier 1845.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'eau froide dans quelques maladies graves; par M. le docteur A. Froelich de Froelichsthal, de Vienne.

M. Froelich, qui ne ressemble en rien aux partisans de l'hydrosudopathie, bien qu'il emploie de son côté l'eau froide dans le traitement de diverses affections, et cela depuis plus de trente ans, rapporte le fait suivant comme exemple des avantages qu'on peut tirer de l'emploi de cette méthode.

Une jeune fille, âgée de treize ans, était parvenue au dixième jour d'un typhus, lorsqu'il fut appelé pour lui donner des soins. Il la trouva couchée sur le dos, sans aucune connaissance, marmottant des paroles inintelligibles; les yeux, ternes, étaient agités de mouvements convulsifs; la langue et les lèvres étaient souvertes d'un enduit noirâtre; la respiration était accélérée: le ventre était météorisé; la peau était rude sur tout le corps, chaude, sèche, et parsemée de pétéchies et de vibices; le pouls était petit et très accéléré; les évacuations alvines étaient involontaires; l'urine était rare, trouble, et presque noirâtre.

La malade fut déshabillée entièrement, puis posée sur un drap de lit et plongée jusqu'au cou dans une baignoire d'eau froide. Au bout de trois minutes d'immersion, on la retira, on l'essuya avec soin, puis on la vêtit de linge froid et on la couvrit légèrement dans son lit. En même temps, on prescrivit l'administration, toutes les deux heures, de 10 centigrammes de poudre de colombo délayée dans un peu d'eau.

Quatre heures après le bain, la malade ne présentait aucun changement. L'immersion fut répétée, et la poudre de colombo continuée de la même manière.

Dans la nuit, il y eut deux heures de sommeil, et, le lendemain matin, tous les symptômes alarmants étaient diminués. On ne réitéra pas le bain, on se borna à rafraîchir de temps en temps la tête, la poitrine, le dos et les bras avec de l'eau fraîche. Du reste, on continua le colombo, et de plus, on permit quatre fois par jour du bouillon avec un jaune d'œuf.

Dès le troisième jour, à dater de la première immersion, la malade reprit connaissance; elle demanda des aliments, qu'on ne lui accorda toutefois qu'avec beaucoup de ménagement, ainsi qu'un peu de vin de Malaga.

Le sixième jour, elle peut déjà se tenir sur son séant, et, le dixième, elle entra franchement en convalescence.

L'auteur rapporte deux autres cas, l'un de scarlatine très grave, l'autre d'aliénation mentale commençante, traités avec un égal succès par la même médication.

Il termine en disant qu'il a obtenu des avantages non moins signalés, dans les cas d'érysipèle simple, d'application d'eau froide en remplacement de fomentations aromatiques, sans qu'il ait jamais observé de répercussion de l'inflammation, comme on aurait pu le craindre *à priori*.

Formule d'une pommade contre les engelures; par M. le docteur Brefeld.

Le gouvernement wurtembergeois a acheté à M. Wahler, pasteur à Kupferzell, la formule d'un arcane contre les engelures, formule qui a été publiée dans le *Medicinische Correspondenz-blatte des Wuertemb.* (T. VI, n° 35), de la manière suivante :

Pr.	Suif de vache,	500 grammes.
	Axonge de porc,	500
	Limaille de fer en poudre très ténue,	6

M. exactement, puis faites chauffer dans un vase de fer, en agitant continuellement avec un pilon de même métal, jusqu'à ce que le mélange devienne noir; laisser déposer, puis décanter et ajouter :

Térébenthine de Venise,	60 grammes.
Huile de bergamotte,	4
Bol d'Arménie (préalablement trituré avec de l'huile d'olives),	30

M. et F. S. A. un onguent parfaitement homogène.

On étend cet onguent sur de la toile ou sur des plumasseaux de charpie dont on recouvre ensuite les surfaces malades. On peut répéter ces applications une ou deux fois par jour.

M. le docteur Brefeld fut surtout déterminé à tenter l'essai de cette préparation par le fer qui en fait partie, parce que ce métal lui paraissait déjà répondre *à priori* à la nature particulière des engelures, qu'il regarde comme essentiellement asthénique avec grande tendance à la gangrène et à la putrescence.

Suivant ce praticien, l'avantage de ce moyen n'est pas bien évident dans le cas d'engelure légère, et on peut le mettre sur la même ligne que l'efficacité de beaucoup d'autres préparations connues; mais son action favorable devient évidente lorsqu'il s'agit d'engelures ulcérées et s'accompagnant de vives douleurs, surtout aux pieds, et menaçant de passer à l'état gangréneux. On voit les douleurs céder presque immédiatement sous son influence, et la guérison est obtenue en très peu de temps.

Il est bon de faire observer ici que, pour ses essais, M. Brefeld a modifié la formule primitive en remplaçant les six grammes de poudre de limaille de fer par soixante grammes d'oxyde brun de fer.

Nouveau mode de traitement des panaris et des ulcères des ongles; par M. le docteur Behrens de Hanovre.

La partie douloureuse, après avoir été préalablement trempée dans de l'eau tiède jusqu'à ce que la peau soit bien pénétrée par le liquide, est touchée avec la pierre infernale, et cela jusqu'à ce que la surface mise en contact avec le caustique commence à se décolorer ou à se couvrir d'une couche mince de solution de nitrate argentique. Lorsqu'on est arrivé à ce point, on termine en pansant le doigt malade avec de la charpie et de la toile.

Si le mal est récent, les douleurs cèdent complétement le lendemain, et le surlendemain la guérison est parfaite. Dans le cas contraire, la peau noirâtre se soulève, après quoi on doit l'enlever avec le bistouri ou les ciseaux pour donner issue au pus qui existe au-dessous d'elle. S'il existe encore, après cela, de la rougeur et de la tuméfaction, on réitère l'application du caustique, jusqu'à ce que la partie cesse d'être tuméfiée et douloureuse.

Si le mal existe au-dessous de parties dures et calleuses, comme il en existe dans les mains de la classe ouvrière en général, il est indispensable d'enlever d'abord les surfaces calleuses de la peau en les dédolant à l'aide d'un instrument tranchant, avant de recourir à l'application de l'azotate d'argent. On peut aussi, dans les mêmes cas, se servir de cataplasmes chauds, préparés avec la farine de lin.

Lorsqu'on a affaire à des ulcères des ongles, on ne doit pas oublier de toucher le bourrelet de ces organes avec la pierre infernale, surtout si les ongles sont déjà détachés à leur racine et s'il en sort du pus.

La section ou l'arrachement des ongles sont tout à fait inutiles. Il faut seulement ne pas craindre d'appliquer largement la pierre infernale, et, de cette manière, on a la certitude d'arrêter tout à fait l'inflammation à son début. Le bourbillon se détache promptement, souvent même au bout des vingt-quatre premières heures, et il est ensuite facile de l'enlever avec des pinces; de sorte qu'après cela, un pansement sec, avec une bande un peu serrée, suffit pour procurer la guérison en quelques jours.

Les inflammations érysipélateuses des doigts et des mains sont promptement arrêtées par la simple application de la pierre infernale sur toute la surface enflammée.

Note sur la suppression des boissons dans le traitement de quelques maladies; par M. le docteur De Bourge, de Rollot.

La direction convenable de l'administration des boissons chez les malades, paraît, à M. le docteur De Bourge, être du plus haut intérêt; aussi recommande-t-il de ne pas abandonner exclusivement ce soin au seul caprice des patients ou de ceux qui sont chargés de les garder.

Ainsi, dans toutes les affections où la partie séreuse constitue l'élément prédominant du sang, ce médecin pense que l'on doit diminuer notablement la quantité des boissons ingérées, et, au besoin, les supprimer même tout à fait. Tels sont, par exemple, les cas d'hydropisie, de sueurs profuses, de chlorose, de bronchorrhée, de diarrhées abondantes, de diabètes, de maladies organiques du cœur, et enfin d'asthme, lorsque cette dernière affection est liée à l'existence d'un état pathologique de l'organe central de la circulation.

M. De Bourge cite, à l'appui de son opinion, deux observations de grossesse avec hydramnios, qu'il a pu amener à bonne fin en s'aidant de la suppression des boissons.

Du reste, ce praticien a bien soin de ne pas supprimer brusquement et de prime-abord la totalité des boissons prises habituellement par les malades; il en fait diminuer la quantité journellement et par degrés, jusqu'à ce que, suivant l'indication qu'il a à remplir, il soit parvenu à leur suppression presque complète ou même complète.

Pendant le temps que dure cette privation des liquides, il étanche la soif que peuvent éprouver les malades au moyen de quelques tranches de citron, de collutoires avec l'oxicrat, de quelques très petits morceaux de glace, de tablettes d'acide citrique, d'acide tartrique ou d'acide oxalique; enfin lorsque ces divers moyens se montrent insuffisants, ce qui n'arrive que bien rarement, suivant lui, il revient de temps en temps à l'ingestion de quelques gorgées d'une boisson appropriée à la circonstance dans laquelle il se trouve.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Statistique toxicologique. — Dans un relevé statistique que vient de publier le docteur Beck, dans le tome VI des Trans. of the New-York, etc., concernant les empoisonnements qui ont eu lieu à New-York pendant les années 1841, 42, 43, on trouve un total de 83 cas, vérifiés officiellement par les enquêtes de la cour d'assises de la ville et des environs. Rapportés aux espèces relatives de poisons employés, ces cas se sont trouvés distribués de la manière suivante :

Arsenic, 13; opium, 8; laudanum, 39; parégorique, 1; morphine, 3; sublimé corrosif, 3; colchique, 1; acide sulfurique, 2; teinture de sanguinaria, 4; tartre stibié, 1; alcool, 1; gin, 1; alcool et laudanum, 1; eau-de-vie et laudanum, 1; strychnine, 1; acide prussique, 1; prosphore, 1; carbonate de potasse, 1. — Total, 83.

Sur ce total on ne trouve que deux seuls suicides. Par accident (erreur ou ignorance) 28 cas; de source inconnue, 5.

Il résulte de ce tableau que les poisons le plus souvent employés sont l'arsenic et l'opium sous diverses formes. Les plus faibles doses d'arsenic employées ont été de quatre grammes (un gros); les plus fortes huit grammes (2 gros). Le temps le plus court mis par ce poison à produire la mort a été de quatre heures; le plus long de deux jours. Quant à l'opium, les plus petites quantités ont été de quatre grammes; les plus fortes, de quarante-cinq grammes (une once et demi). Le temps le plus court pour arriver à la mort par ce toxique a été de huit heures, le plus long de vingt heures.

(*Annales de thérapeutique.*)

— Tous les cultivateurs savent que le tournis, cette maladie qui enlève annuellement aux éleveurs un si grand nombre de moutons, est causé par la présence de boules d'eau dans le cerveau, et que ces boules d'eau ne sont autre chose que des hydatides, animaux parasites dont on n'a pas encore pu débarrasser les moutons une fois qu'ils en sont attaqués. Un docteur en médecine, secrétaire du comité agricole de Marie, dans le département de l'Aisne, lui a communiqué dernièrement l'indication d'un traitement fort simple : si l'expérience vient en confirmer les premiers essais, il diminuerait de beaucoup le nombre des victimes de cette redoutable maladie de l'espèce ovine. Il suffit, d'après le docteur, de mettre dans des tinettes, au milieu des bergeries, une forte quantité de ferraille et d'y abreuver les troupeaux aussitôt qu'ils reviennent des parcs.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 FÉVRIER 1845. (18e ANNEE.) N°. 14. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 3 FÉVRIER 1845.

M. de Salvandy est nommé ministre de l'instruction publique.

En dehors de toute préoccupation politique, libres de tout joug d'opinion, de tout engagement de parti, et ne pouvant considérer ici dans les revirements ministériels que les intérêts du corps médical dont nous sommes l'organe, nous le disons avec franchise et sincérité, cette nomination nous sourit; elle fait naître en nous des espérances d'amélioration qui ne seront peut-être pas déçues.

Ces espérances, nous les manifestons à l'égard de M. de Salvandy, comme il y a vingt ans nous les laissions paraître à l'occasion de M. de Martignac; car dans l'un comme dans l'autre de ces deux hommes d'Etat, nous avons reconnu des sentiments nobles et généreux, des tendances de réforme et de progrès, pour la réalisation desquelles nous luttons depuis vingt ans, nous qui depuis 1826, depuis 1828 à l'Hôtel-de-Ville, n'avons jamais dévié de nos principes, qui aujourd'hui comme alors sommes les partisans avoués, les défenseurs sur la brèche du concours, de l'élection large et populaire, qui aujourd'hui comme alors cherchons l'amélioration du sort de nos confrères non pas dans quelques restrictions mesquines et d'ailleurs illusoires, mais dans les principes d'indépendance et de liberté que nous ont légués nos pères.

Notre longue lutte n'a pas toujours été infructueuse; entré en 1826 dans la presse médicale en y arborant l'étendard du concours, en réclamant dès le principe l'abolition de l'odieux impôt de la patente, nous avons obtenu cette abolition, nous avons acquis cette institution précieuse du concours qui diminue, qui flétrit toujours l'influence occulte de la faveur.

Combien de fois, depuis 1826, n'avons-nous pas eu à gémir sous le pouvoir d'hommes peu intelligents, peu bienveillants; philosophes rétrogrades à vues courtes et intéressées; rhéteurs froids et indifférents, sans idées et sans âme; que de ministres se sont succédé, qui n'ont rien fait, rien voulu faire pour le corps médical, si digne cependant d'intérêt et d'attention. Ce reproche, on ne saurait l'adresser à M. de Salvandy. Pendant son premier passage au pouvoir, il s'était beaucoup occupé de nos institutions médicales, à la réforme desquelles il voulait donner ses soins. Il en essaya même, et sans reprendre ici l'appréciation de ces essais, nous devons convenir au moins qu'il avait apporté dans l'exercice du pouvoir des velléités de vues et d'actions qui annonçaient l'étude sérieuse du sujet. Si continuant à comprendre les véritables besoins et les véritables souffrances du corps médical, le nouveau ministre manifeste ouvertement l'intention d'améliorer nos institutions, s'il ne craint pas de heurter les abus d'une main ferme et vigoureuse, quelle que soit la durée de son passage au pouvoir, M. de Salvandy peut réaliser quelque bien, et alors il peut compter sur notre faible appui; nous ne ferons défaut ni à lui, ni à nous.

L'espérance du succès nous soutient; qu'on nous permette cette illusion si c'en est une. Nous adjurons nos confrères de nous venir en aide; tous nous devons comprendre notre position. De la persistance et de la fermeté dans nos réclamations, sans mauvais vouloir, sans tracasserie, sans rancunes, sans souvenir amer des déceptions ou des tourmentes du passé; un appui franc et loyal à qui nous arrive avec des idées loyales et franches, voilà notre devoir, notre voie, notre but. C'est par là que nous devons espérer le succès, que nous obtiendrons la réforme à laquelle nous aspirons tous depuis si longtemps dans l'enseignement et l'exercice de la médecine. Membres de l'Université, professeurs, médecins savants, praticiens des villes et des campagnes, associons-nous dans ce but. Nous ne marchons ni à la destruction des écoles, ni à l'avilissement de l'art. Nous voulons partout de la dignité, de l'indépendance, de la franchise, de la vérité. Portons-nous secours les uns les autres, et reprenons avec ardeur cette noble et antique devise: Aide-toi, le ciel t'aidera.

Quant à nous, nous allons recommencer avec confiance nos travaux; étudier de nouveau avec soin les besoins du corps médical, revoir largement les bases de l'enseignement et de l'exercice de notre art. Nos discussions seront fermes, mais calmes. Nous n'oublierons pas d'ailleurs que la presse ne doit jamais se mettre à la remorque d'un ministre ou d'une institution; c'est en face ou à côté qu'elle doit se placer en toute occasion, et non point au-dessous. A ces conditions d'indépendance et de modération, de bienveillance et de liberté, elle est sûre d'être tôt ou tard écoutée, et conserve du moins l'estime de ses amis et de ses adversaires.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Grossesse compliquée d'une tumeur occupant le flanc et la portion externe de la région lombaire droite.

Catherine Pernet, âgée de vingt-deux ans, lingère, accoucha, il y a un an environ, et s'étant levée au bout de quatre ou cinq jours avec de la fièvre, fut prise d'une douleur dans les reins qu'elle garda pendant toute la durée de ses suites de couches, et même quelques mois après avoir été complétement rétablie. Cette douleur modérée ne l'empêcha pas de redevenir enceinte il y a environ six mois. Avant cette nouvelle grossesse, elle ne s'inquiéta que peu de ces douleurs; mais bientôt apparut une tumeur volumineuse dans le flanc droit, siégeant entre la crête iliaque et les fausses côtes.

Cette tumeur se présente sans changement de couleur à la peau; elle est très nettement fluctuante; il est inutile d'entrer dans de grands détails sur sa nature; il est évident, au premier examen qu'on en fait, qu'elle doit contenir du pus.

Mais ici se présente une question vraiment intéressante; il ne suffit pas de reconnaître un abcès, ce qui est fort aisé; mais il est important de rechercher de quelle source peut venir cette suppuration.

Cet abcès n'est certainement pas sous-cutané; il date de plusieurs mois; nul doute pour nous qu'on ne doive le rattacher aux suites de couches. Il trouverait donc alors sa racine dans le ventre; mais comment la connaître: la grossesse est ici un obstacle à la précision du diagnostic. Le développement de l'utérus gêne l'exploration de l'abdomen, cet organe refoulant autour de lui tous les viscères; la fosse iliaque ne peut être examinée convenablement. Cependant il est encore possible de constater que le flanc est rempli par une masse assez considérable dont la pression détermine de la douleur et retentit dans la fosse iliaque du même côté.

S'agit-il là d'une altération des os; et dans ce cas est-ce dans la crête de l'os des iles, la fosse iliaque, les vertèbres, les côtes, que siége la maladie?

Sont-ce, au contraire, les parties molles qui sont affectées, et l'altération occupe-t-elle le rein, la trompe, l'ovaire, les ligaments larges ou le tissu cellulaire de toutes ces régions?

Il est possible que le pus vienne des os; cependant cela ne nous paraît guère probable. Il est bien vrai que les femmes en couches sont, par leur état même, extrêmement disposées à la suppuration; le système osseux peut, chez elles, s'altérer promptement, et il est une portion du bassin surtout qui se prend avec la plus grande facilité: l'on comprend que nous voulons parler de l'articulation sacro-iliaque; mais dans le cas actuel, il y a un an déjà que les premières atteintes du mal se sont fait sentir; la santé générale de cette femme s'est conservée, ce qui n'arrive pas d'ordinaire quand un sujet porte des caries étendues; et de plus, il faut remarquer que cette malade est encore enceinte, état qui ne peut que contribuer à altérer la santé des sujets. D'ailleurs, si le pus collectionné dans le flanc provenait d'une carie osseuse, il est présumable qu'il y aurait de la suppuration ailleurs, et que les foyers seraient multiples, c'est là du moins souvent un des caractères des suppurations qui surviennent sous l'influence des altérations osseuses.

Nous penchons donc à croire que le pus renfermé dans cette

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Plaisirs et fêtes du moment. — Les soirées du monde médical. — Variétés dans l'espèce. — Un homœopathe au-dessus d'un professeur. — Une aventure magnétique à Londres.

Entendez-vous ces airs harmonieux? Entendez-vous ces bruits de fête, de joie et de plaisir? C'est que Paris, à cette heure, nage dans des flots d'harmonie, danse du soir au matin, se réunit dans des dîners splendides ou dans des soupers fins; c'est qu'il se livre avec d'autant plus d'ardeur aux joies de la saison, que la saison est cette année plus courte. Raouts, concerts, bals, réunions gastronomiques, voilà les occupations du moment, et pour si peu qu'on soit répandu dans le monde, c'est à n'y pas suffire. Je connais quelques confrères qui mettent une importance extrême à faire parade du nombre de leurs invitations. A les entendre, ils vont partout où l'on chante, où l'on danse, où l'on dîne, et je ne les crois sincères que sur ce dernier point. Ils seraient doués d'une puissance d'ubiquité prodigieuse. Un d'eux racontait hier que dans la semaine il avait dîné sept fois en ville, et assisté à dix-huit soirées qu'il énumérait. Il avait dépensé une somme considérable en gants blancs et en voitures, car le cher confrère n'a pas encore un équipage à lui. C'est un petit travers au demeurant fort innocent et pareil à celui d'autres confrères qui étalent dans leur salon d'attente toutes les cartes de visite qu'ils reçoivent au jour de l'an. Cela donne l'air considérable et répandu. Tous ces petits moyens ont leur utilité, prétendent-ils, et j'en connais dont les actions les plus minimes et les plus indifférentes en apparence, sont calculées dans un but productif. Quelque jour je vous en esquisserai deux ou trois silhouettes, de ces individualités médicales, de ces hommes dont l'occupation constante et de tous les instants est de se mettre continuellement en scène, de faire converger l'univers tout entier vers leur personne, et qui ne voient dans le genre humain qu'une proie immense et incessamment nouvelle.

Pour en revenir aux plaisirs du jour, je dois apprendre au moins — ne voulant pas les raconter — que le monde médical a aussi ses fêtes et ses joies. Il est bien vrai que relativement aux grandes fortunes médicales que Paris renferme, le nombre des médecins qui reçoivent est peu considérable. C'est à peine si l'on cite par saison une demi-douzaine de soirées remarquables. A part une ou deux exceptions, ce qu'on peut même appeler les plus gros bonnets de l'ordre s'en abstiennent complétement. Chez quelques autres, les réunions n'offrent assurément rien de mondain; tout y est grave, austère, roide et partant fort triste. Meubles et gens y ont un air platonique à dormir debout, quelque chose de froid et de métaphysique semble peser sur vous, le plus beau parleur n'y trouve rien à dire, ses plus spirituelles saillies s'arrêtent à la gorge, *vox faucibus hæret*. Ailleurs, règne le dilettantisme le plus féroce. Les plus grandes réputations musicales n'ont reçu leur consécration définitive qu'après avoir obtenu dans ces salons les bravos dont on y est fort avare. De neuf heures du soir à une heure du matin, on y entend les plus belles partitions italiennes, car la musique française y est en fort médiocre estime; Meyerbeer lui-même n'a jamais pu parvenir à y être chanté, ce qui, assure-t-on, n'est pas le motif le moins grave de son éloignement de Paris. Mais si vous n'êtes pas cuirassé, bourré, farci de triples croches; si chaque son qui vibre dans ce piano, chaque trait de ce gosier agile, ne produisent pas chez vous une émotion de plaisir ineffable, prenez garde que, pendant cette longue séance, votre mâchoire inférieure furtivement ne s'abaisse, car un bâillement indiscret surpris par le maître de céans ferait sur vous impitoyablement fermer les portes de ces salons harmonieux. Il est, lui, *canendi peritus, doctus modulos, et citharæ sciens*, et il exige que chacun de ses invités dise de la musique:

> *Implens affectas tacita dulcedine mentes.*

J'en connais d'assez barbares pour préférer un whisk, qui est de là sévèrement banni.

Ailleurs on n'invite que des admirateurs du maître de maison. Pour y être bien venu il faut parler de la leçon dernière, du volume récemment publié, de quelque cure brillante, d'un diagnostic éclatant et employer toutes les formules de l'éloge. Plus elles seront extravagantes, mieux elles seront acceptées. Vous êtes sûr d'obtenir au moins par ce moyen une glace dans votre soirée, faveur insigne presque exclusivement réservée aux dames.

Celui-ci ne donne pas de soirées, mais il a la rage d'inviter à dîner. Il y en a qui ne comprennent pas qu'une invitation à dîner adressée à un homme que l'on connaît à peine ou même pas, est une impertinence. Il y en a, de ces inviteurs, qui ne voient pas rire sous cape la moitié de leurs convives qui, dévorant leurs truffes et sablant leur vin précieux, ne les considèrent que comme un correctif à toutes les billevesées, à toutes les sornettes de l'amphitryon. En est-il un seul qui pense qu'en descendant son escalier, ses convives disent de lui:

> C'est un fort méchant plat que sa sotte personne,
> Et qui gâte à mon sens tous les repas qu'il donne.

Mais ce sont là, j'en conviens, des exceptions, des excentricités parmi les confrères qui, ouvrant leurs salons au monde, cherchent dans ces réunions d'apparat une distraction, un plaisir ou tout autre but qu'il serait difficile et imprudent d'approfondir. On a parlé, cette semaine, de quelques soirées médicales fort élégantes et qui font du bruit même parmi le beau monde. M. le professeur B... a donné un bal charmant où se pressait une société nombreuse et distinguée. Notre excellent confrère, M. S..., cherche d'abord à satisfaire tous les goûts. Dans ses lumineux salons, la musique, excellente et variée, règne jusqu'à minuit et répand ses trésors d'harmonie devant un parterre émaillé de femmes charmantes. A minuit les quadrilles s'animent, tandis que les graves joueurs de whisk ou bouillotteurs intrépides s'enfoncent dans les profondeurs et la tranquillité des petits appartements. Cette fête a été très recherchée; malgré l'hôtel Lambert qui le même soir avait ouvert ses salons illustrés par Lebrun, au profit des Polonais, on y voyait grand nombre de notabilités sociales, des membres célèbres des deux chambres, des savants illustres, des poètes, des artistes et surtout un très grand nombre de médecins. C'est là le beau côté de ces réunions, et je n'en parle même que pour rendre hommage à une intention professionnelle complétement louable, celle de poser sur un égal niveau le médecin honorable et quelque illustration sociale que ce soit. Le médecin digne de ce nom se sent à l'aise et à sa place en coudoyant toutes ces sommités du monde, ces sommités elles-mêmes s'accoutument à estimer et honorer des hommes qu'elles ne voyaient autrefois qu'affublés d'une ridicule perruque et parlant un grotesque langage. Eh mon Dieu! pour le monde ce n'est pas tout que d'écrire de beaux livres, de faire de bons cours, d'être un praticien prudent et heureux; il faut encore savoir vivre de sa vie, partager ses plaisirs, savoir même lui en procurer; et après tout, où est l'obligation pour le médecin de passer sa vie comme un moine de la Thébaïde?

— Pour le coup, c'est trop fort! A ma porte, je la vois de mes croisées, vient de s'établir une somnambule qui est en même temps accoucheuse et modiste. Vous voyez que cette dame a plus d'une corde à son arc, et ne peut manquer, par un bout ou par l'autre, de faire son chemin. Ce qu'il y a de sûr, c'est que depuis que la Pythonisse est venue dire ses oracles en face de moi, des équipages élégants et nombreux stationnent à sa porte, ce dont j'enrage, et ce qui est fort dur, convenez en.

Du reste, mon infortune, à cet égard, est moindre encore que celle d'un professeur de la Faculté, qui a le mal au cœur, lui, habitant le premier, d'avoir au-dessus de sa tête un médecin homœopathe des plus répandus. La consultation de celui-ci est très suivie; à la lettre, il y a foule, tandis que les salons du professeur paraissent bien vastes pour les quelques clients qui attendent leur tour. Avouez que ce doit être poignant d'entendre tous les jours, de midi à trois heures, ce cor-

tumeur vient d'autre part, et que probablement il trouve sa source dans un des organes de l'abdomen ou du bassin.

Si la tumeur ne paraissait point être sous la dépendance d'une lésion survenue elle-même à la suite des couches, il n'y aurait pas de raison de conclure à une maladie des organes génito-urinaires plutôt qu'à une maladie de tout autre viscère de l'abdomen ou du bassin, en remarquant cependant qu'il n'est pas probable qu'un de ces viscères pût être le siége d'une altération susceptible de produire une suppuration semblable sans que la fonction dont ce viscère est chargé fût troublée plus ou moins. Mais, de toutes les considérations propres à jeter le plus de jour sur la racine de la maladie, celle de l'apparition des premiers symptômes à la suite de couches, nous semble la plus importante pour la solution du problème.

Pour M. Velpeau, l'inflammation des ovaires, ou plutôt du tissu cellulaire qui les environne, état si voisin de celui dans lequel se trouvent ces régions après l'accouchement, est probablement la cause de la tumeur de cette malade. Il est évident que cette inflammation peut être aiguë ou chronique, et que c'est à cette dernière forme qu'il faut rapporter la maladie qui nous occupe.

On sait que le tissu cellulaire des ovaires communique avec celui des ligaments larges, qui communique lui-même avec celui des côtés du vagin, puis de la fosse iliaque, où il est si abondant, et ce dernier avec celui de la région lombaire.

Or, la suppuration partie des environs de l'ovaire se sera glissée entre le péritoine et le fascia-iliaca, puis aura éraillé l'aponévrose pour se montrer sur la peau en dehors de la région lombaire du côté droit.

C'est sans contredit là une maladie sérieuse en elle-même, mais surtout à cause de l'état de grossesse dans lequel se trouve la malade; cependant le pronostic est moins grave qu'il ne le serait s'il s'agissait d'une maladie des os.

Il y a lieu de croire qu'une fois ouvert, le foyer, comprimé par l'utérus, se videra et ne tardera pas à se déterger.

Faut-il attendre pour pratiquer l'ouverture, doit-elle être faite avec le caustique ou l'instrument? Faut-il employer le trocart ou le bistouri, l'ouverture doit-elle être oblique ou directe?

Ce sont tout autant de questions secondaires que nous nous proposons d'étudier prochainement.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le ramollissement du cerveau.

Nature du ramollissement du cerveau. — Il y a une époque, et qui n'est pas bien loin de nous, où l'on considérait toutes les lésions organiques comme le résultat d'une irritation ou d'une inflammation. Nous devions donc alors, au moment où nous publiions notre ouvrage, discuter certaines questions qui ne sont plus maintenant à l'ordre du jour. Nous nous sommes borné dans la plupart des chapitres de notre ouvrage, à décrire les faits sans en tirer toutes les conclusions que nous aurions pu. Nous dûmes cependant nous arrêter tout d'abord sur la nature du ramollissement, et cela en raison des nouvelles doctrines que partageaient les médecins physiologistes. Nous avions publié un grand nombre de faits de ramollissement du cerveau. Dans la plus grande partie des faits, les phénomènes étaient fort différents dans un cas, de ce qu'ils étaient dans l'autre. Chez les uns, par exemple, il y avait un cortége de symptômes inflammatoires bien évidents. J'avais alors ordinairement vu que la partie pulpeuse du cerveau qui était ramollie, présentait des traces d'inflammation et même quelquefois d'infiltration purulente. Nous dûmes positivement reconnaître qu'il y avait une sorte de ramollissement du cerveau, qui n'était que le résultat de l'inflammation cérébrale. Mais nous avions vu aussi des ramollissements frappant des individus pâles, faibles, décolorés, précédés de fourmillements dans les membres, d'un affaiblissement de l'intelligence, de stupeur, d'une diminution des facultés sensoriales, tous phénomènes se produisant graduellement. Dans ce cas, l'autopsie nous faisait constater un ramollissement de certaines portions du cerveau, qui étaient restées blanches, décolorées, sans aucun vestige de travail inflammatoire.

Dans d'autres cas, la maladie ayant marché de la même manière, les symptômes ayant été les mêmes, nous avions rencontré des ramollissements d'une autre nature, un mélange de sang avec la pulpe cérébrale, présentant l'aspect d'une hémorrhagie avortée. Il était difficile, d'après tout cela, de ne pas reconnaître deux modes différents de ramollissement. Nous attribuâmes à l'état inflammatoire la première espèce dont nous venons de parler, et nous regardâmes la seconde comme souvent le résultat d'une altération sénile. Aujourd'hui, nous sentons le besoin d'être plus explicite.

A peu près à la même époque, un professeur distingué de l'Ecole de Montpellier, M. Lallemand, publia une série de lettres sur le même sujet. Entraîné par les idées régnantes, il consacra ses efforts à prouver que le ramollissement était toujours le résultat de l'inflammation. Il commença par établir que les inflammations ramollissent ou peuvent ramollir les tissus des organes. Cette proposition est vraie. L'hépatisation du poumon qui semble au premier abord augmenter la consistance de cet organe, n'en augmente en réalité que la densité, et en diminue la consistance. Il faut rendre à M. Lallemand cette justice, qu'il a le premier fixé l'attention sur ce point. Mais il a conclu de là que le ramollissement était toujours le fait de l'inflammatiou, et en cela nous pensons qu'il a eu tort. Il a pris parmi les faits de ramollissement les cas les plus évidents, dans lesquels il y avait inflammation. Les tissus sont rouges, dit il; or l'inflammation rougit les tissus; si la pulpe cérébrale est rouge, c'est qu'elle est enflammée. Lorsque la substance cérébrale est piquetée, sablée, l'inflammation n'est encore qu'à l'état d'injection; lorsqu'elle est verdâtre, sa coloration vient du pus qui s'infiltre. Pour lui, nous le répétons, tout ramollissement est la suite d'une inflammation. Il avance même que le ramollissement blanc doit sa pâleur à l'infiltration du pus. C'est là une erreur qui a été relevée même par ceux qui, du reste, partageaient les opinions de M. Lallemand. Nous devons lui rendre cette justice, qu'il employa pour développer son opinion à ce sujet, une grande habileté. Il appela à son secours les preuves tirées de l'observation des symptômes. Il alla si loin dans sa démonstration, qu'il est presque impossible de ne pas se laisser entraîner à être de son avis.

Entre autres choses M. Lallemand a cherché à établir que le délire est le résultat d'une inflammation des méninges dont il est le symptôme. inflammation qui peut atteindre aussi la substance cérébrale. Le délire est souvent, en effet, un phénomène inflammatoire; mais ce serait se tromper que de croire qu'il en est toujours ainsi. Le même auteur établit que la contracture est un phénomène actif hypersthénique qui annonce l'irritation et l'inflammation de l'appareil nerveux encéphalique. La production des convulsions appartient également à l'état inflammatoire. On voit qu'en groupant toutes ces raisons, il cst difficile de ne pas se ranger à l'avis de M. Lallemand. Enfin, il a cherché à prouver que tous les phénomènes cérébraux peuvent être le résultat de l'inflammation.

Après avoir examiné tour à tour et avec les plus grands détails les phénomènes fonctionnels directs, il passa en revue les phénomènes fonctionnels qui se montrent du côté des appareils de nutrition; il fit voir qu'ils accompagnaient ordinairement l'inflammation, et que par conséquent ils venaient à l'appui des assertions qu'il avait émises. L'examen du système circulatoire lui présenta quelques difficultés. Dans quelques cas de ramollissement, le pouls est lent; M. Lallemand en conclut que dans certaines circonstances l'inflammation du cerveau ralentit la circulation, et de ce ralentissement il fit une nouvelle preuve à l'appui de son opinion. Disons en passant que nous ne saurions admettre ce fait comme vrai, et que nous n'acceptons point cette explication du professeur de Montpellier.

Examinons l'une après l'autre chacune des preuves de M. Lallemand, et cherchons à en déterminer la valeur.

L'inflammation peut ramollir les tissus, donc le ramollissement est toujours le résultat d'une inflammation. Je ne nie pas qu'il n'en soit ainsi quelquefois; mais, à coup sûr, ce n'est pas une règle générale: c'est un vice de raisonnement. Pour nous, le ramollissement peut être produit par l'inflammation; mais il peut être produit aussi sans qu'il y ait eu inflammation. La coloration rouge, a-t-on dit, est une preuve du mouvement inflammatoire. Nous aussi, nous avions dit, et nous avions dit le premier, lorsque le cerveau présente une coloration rouge, c'est qu'il est enflammé. Plus tard, nous sommes revenu sur cette question, et nous nous sommes demandé si, en effet, nous avions eu raison de la résoudre affirmativement. Il y a bien évidemment des turgescences, des congestions qui donnent à la substance cérébrale une teinte rosée plus ou moins intense, et qui ne sont nullement le résultat d'une inflammation.

Quelle est l'inflammation qui peut ramollir les tissus, en leur donnant une teinte blanc-pâle? Nous n'en connaissons pas. Mais, nous objecte-t-on, si la coloration a disparu, c'est que l'état aigu n'existe plus; la forme chronique l'a remplacé. Ceci ne constitue qu'une simple hypothèse. Nous avons rencontré des ramollissements blancs après quelques jours seulement de maladie, et nous ne pouvons admettre, comme on l'a dit, que les phénomènes précurseurs fussent à l'état latent.

Nous ne pouvons non plus reconnaître comme inflammatoire le ramollissement ecchymotique du cerveau, cette teinte livide, lie-de-vin, que l'on constate en pareille circonstance, se rencontre dans un état complet d'hyposthénie. Un mot ici sur la justesse des attaques que l'on a dirigées contre nous, et sur la loyauté des objections qu'on nous a faites. Nous avons dit, dans notre traité du ramollissement du cerveau, que cette espèce du ramollissement cérébral présentait l'aspect scorbutique. On m'a fait dire, dans un ouvrage récent, que ce ramollissement était *de nature scorbutique*. Je ne vous cite ce fait que pour vous mettre en garde contre certains interprétateurs.

Un grand nombre de médecins se sont rangés à notre manière de voir, et reconnaissent maintenant avec nous un ramollissement inflammatoire et un non inflammatoire. Et d'abord Abercrombie, lequel a admis que le ramollissement dont nous avons parlé était le résultat d'une gangrène sénile favorisée par un état osseux des vaisseaux du cerveau. Un chirurgien distingué a publié trois observations de gangrène sénile avec concomitance de ramollissement cérébral, et prétend, comme Abercrombie, avoir trouvé quelque analogie entre les deux désorganisations. Robert Law a regardé le ramollissement cérébral comme dû à l'anémie de l'organe, opinion qui a depuis été reproduite à peu près dans les mêmes termes par le docteur Vincent. M. Andral admet, comme nous, qu'il y a deux sortes de ramollissement, un inflammatoire, l'autre d'une nature spéciale. MM. Guersant, Carswell, Delaberge et Monneret pensent également que le ramollissement peut être dans certaines circonstances le résultat d'une inflammation, comme aussi dépendre souvent d'une autre cause.

Encore un mot, avant de terminer, sur une prétendue objection que l'on a faite à cette assertion, à savoir: que le ramollissement pouvait être produit quelquefois par une ossification des vaisseaux du cerveau. Il ne peut y avoir, a-t-on dit, entre ces deux circonstances aucun rapport de cause à effet, car on observe des ramollissements du cerveau sans cette ossification, et cette ossification sans ramollissement. Bien faible objection, ce nous semble. Que penserait-on de l'auteur qui dirait: Il n'y a aucun rapport de cause à effet entre le froid et la production de la pneumonie, car on observe des pneumonies qui ne sont pas produites par le froid, et tous ceux qui s'exposent au froid ne sont pas atteints de pneumonie. Pour nous résumer, en un mot, on a prétendu que le ramollissement blanc est le résultat d'une inflammation chronique, Selon nous, on s'est trompé. Cette altération pathologique constitue et caractérise une maladie spéciale.

Pronostic. Terminaisons. — Dans les premiers temps, nous fûmes frappé de la fréquence de la mort des sujets attaqués de ramollissement cérébral. Nous tirâmes de là cette conclusion, que dans la grande majorité des cas, la maladie se terminait d'une manière funeste. Ce que j'avais cru pouvoir conclure, je l'écrivis; cependant j'avais dit aussi que lorsqu'un malade ne présentait que des crampes, des fourmillements dans un des côtés du corps, et même un peu de délire, il n'était pas extrêmement rare et sans exemple de voir, sous l'influence d'un traitement convenable, disparaître les symptômes, et nous avions écrit: Dans la première période de l'affection, on peut la guérir; mais aussi, dans les cas de guérison, on n'est jamais sûr d'avoir eu affaire à un véritable ramollissement. On n'a pour cette opinion que des probabilités. Il n'est pas impossible que l'on n'ait eu affaire qu'à une congestion. D'un autre côté, nous avions trouvé après la mort quelques altérations pathologiques qui nous paraissaient assez extraordinaires, et nous nous étions demandé si ces altérations pathologiques n'étaient pas le résultat d'un ramollissement

---

tége plus ou moins impotent passer devant sa porte, faire nique, en passant, à une superbe plaque en cuivre où se trouve gravé le nom du professeur, pour aller se globuliser au second. Je crois qu'un bon huissier aidant, il y aurait là matière à résiliation de bail. Car enfin, n'est-ce pas un scandale public, un outrage permanent à la Faculté, une atteinte continuelle aux intérêts d'un de ses membres?

— Ne disais-je pas ces jours passés que le magnétisme était en grande faveur actuellement à Londres? Voici cependant ce qui m'arrive de ce pays, et qui prouve que tout n'y est pas roses pour les sectateurs de la science mesmérienne.

M. Laurent, que j'ai eu le plaisir de voir beaucoup à Paris, a conduit à Londres sa célèbre et naïve somnambule, mademoiselle Prudence; vous savez, cette jeune fille qui pouvait lire et écrire les yeux recouverts d'un quadruple bandeau de taffetas gommé, de peau de mouton, de coton en rame, de velours, le tout lutté avec une épaisse couche de terre glaise. Cette expérience, qui paraissait décisive à un grand nombre de personnes, Frapart et moi voulûmes la faire sur nous-mêmes, et dans l'état de veille le plus complet. O prodige! après quelquel moments d'obscurité parfaite, la paupière, ce frêle voile membraneux, soulève avec facilité ces puissants obstacles, une fissure se produit dans l'appareil, que l'œil le plus exercé ne peut apercevoir, mais que la lumière plus subtile traverse pour venir frapper un tout petit point de la rétine; de sorte que, bien éveillés, et sans passe magnétique aucune, nous étions tout aussi sorciers que mademoiselle Prudence. On se souvient aussi que Frapart, cet apôtre si convaincu et si éloquent du magnétisme, mais qui était avant tout un honnête homme, publia sans réserve et avec empressement, le résultat de ces expériences, ce qui fit considérablement baisser, à Paris, le crédit de M. Laurent et de mademoiselle Prudence.

Depuis ce moment l'un et l'autre courent le monde, et les eaux de la Manche les ont poussés dans la Tamise. Ils y ont donné plusieurs séances d'occlusion des yeux qui, vous le comprenez maintenant, ont parfaitement réussi. On raconte qu'un de ces jours passés, au beau milieu d'une séance, un grand monsieur se lève et apostrophe ainsi M. Laurent:

— Tout ce que fait votre somnambule, je parie de le faire sur-le-champ sans magnétisme.

A ce mot de pari, voilà toute cette assistance anglaise qui s'émeut et qui, par ses cris et son approbation, encourage le parieur.

M. Laurent commence à se troubler.

— Oui, reprend l'intrépide jouteur: si je ne réussis pas à faire tout ce qu'a fait mademoiselle, je vous remets sur-le-champ cinquante guinées, que je dépose là. Si je réussis, ce n'est pas cinquante guinées que je réclamerai de vous, mais l'honneur de nous boxer ensemble.

A ces mots, un houra frénétique s'élève parmi les assistants. Bravo! Oui! C'est cela! Tout de suite! s'écrie-t-on de toutes parts. Ce John Bull est féroce à l'endroit des paris et de la boxe.

Ce pauvre M. Laurent tremblait comme la feuille.

Mais il fallut se résoudre. Voilà donc notre grand diable d'Anglais qui monte sur l'estrade, et qui se fait bander, clôturer, mastiquer et luter les yeux. Après quelques moments d'hésitation le miracle s'opère, notre Anglais lit, écrit, joue une partie de cartes, répète enfin toutes les belles expériences de la somnambule, au grand ébahissement du public qui réclame avec des cris atroces les conditions du pari.

Dépeignez-vous la piteuse figure de cet infortuné M. Laurent.

Mais voila l'Anglais qui ôte son habit, qui retourne ses manches, et qui, les bras en pronation et les poings fermés, se place en face de M. Laurent dans l'attitude du boxeur.

Grâce et pitié! semblait dire le magnétiseur. Mais plus il résistait, plus la foule s'irritait, plus son adversaire s'avançait menaçant, et il fallut bien qu'il se mît en défense. La boxe commença, mais au grand désavantage du magnétiseur, qui n'était pas de force: de terribles horions lui furent portés, et Dieu sait quelles allaient être les tristes suites de cette lutte inégale, quand la police, comme le *Deus ex machinâ*, intervint et hâta le dénoûment.

M. Laurent en est quitte pour quelques contusions sur l'œil gauche, ce qui n'a pas interrompu, tant ce peuple britannique est singulier en tout, les représentations de Mlle Prudence.

— Ces jours passés, dans un troisième examen, un agrégé interrogeait un élève sur l'érysipèle. Cet élève traitait de billevesées l'opinion que cette maladie peut être produite par un accès de colère. — Vous avez contre vous Fallope et la Muse, lui répond l'agrégé; car dans un ancien poète j'ai trouvé les vers suivants, que je vais vous citer:

« Fallope, anatomiste et médecin, rapporte
Qu'une femme d'humeur petitement accorte
Etait prise soudain d'érysipèle au nez
Chaque fois qu'elle avait les esprits déchaînés.
Comme elle jouissait d'un certain caractère
Et que, sans trop de peine, elle entrait en colère,
Ajoute notre auteur plaisant et cauteleux,
Elle eut souvent le nez érysipélateux.
Hélas! me suis-je dit en lisant cette page,
Si, de cette façon, Dieu marquait au visage
Toute femme cédant trop vite à son humeur,
Que de nez nous verrions se foncer en couleur! »

Je ne crois pas, pour mon compte, que ces vers, qui du reste sont charmants, soient d'un ancien poète, et, si je cherchais bien, peut-être en pourrai-je trouver l'auteur sous la tunique même de quelque agrégé trop modeste.

Jean Raimond.

qui avait été guéri ; nous terminions en disant : l'avenir éclaircira cette question. Depuis ce temps, la question paraît avoir un peu changé. On aurait rencontré un assez grand nombre de ramollissements cérébraux qui auraient été guéris. Pour prouver que le ramollissement cérébral est susceptible de guérison, on s'est appuyé de faits dans lesquels les symptômes du ramollissement du cerveau ont disparu, et puis des données fournies par l'anatomie pathologique.

Nous avions rencontré quelquefois aussi l'induration de la matière cérébrale. Maintenant, un grand nombre de médecins ont pensé que le ramollissement du cerveau n'était pas marqué au sceau de l'incurabilité, pour nous servir d'une expression heureuse de M. le professeur Cruveilhier. MM. Lallemand, Carswell, Durand-Fardel, Dechambre ont cru que le ramollissement du cerveau était curable. Relativement aux symptômes, ils affirment avoir vu des paralysies disparaître et des malades se rétablir après avoir offert tous les signes rationnels du ramollissement du cerveau. On aurait à répondre à cela bien des choses, et d'abord, il y a des hémorrhagies qui peuvent avoir des phénomènes précurseurs, d'où il suit que les phénomènes précurseurs n'annonçant pas d'une manière toujours positive et infaillible l'existence d'un ramollissement, on n'est jamais bien sûr d'avoir guéri un ramollissement, les symptômes précurseurs n'étant pas caractéristiques.

Nous pensons, nous, pour notre part, que dans la grande majorité des cas, on aura eu affaire à des hémorrhagies anormales. Les auteurs que nous venons de citer ont attribué une grande valeur à la contracture ; mais cette contracture n'est pas, comme l'a pensé M. Lallemand, le signe pathognomonique du ramollissement : nous croyons qu'elle est aussi commune ou presque aussi commune dans l'hémorrhagie cérébrale que dans le ramollissement. Nous le répétons, les auteurs ayant vu disparaître tous ces symptômes, fourmillements, picotements, contracture même, n'ont pu avoir pour cela la certitude d'avoir guéri un ramollissement.

Passons à l'examen des altérations d'anatomie pathologique sur l'existence desquelles on a fondé cette opinion de curabilité du ramollissement cérébral. On a avancé que, lorsque dans un point du cerveau et surtout à la surface, on trouve des plaques d'une largeur variable, mais le plus ordinairement de la largeur d'une pièce de un ou deux francs et de deux ou trois millimètres d'épaisseur, plaques de couleur jaunâtre, plus ou moins foncée, c'étaient les vestiges, les traces d'un ramollissement rouge qui a été résorbé et qui s'est guéri, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement convenable. Pour nous, ces taches jaunes ne sont autre chose que les résulats de la résorption, non d'un ramollissement rouge, mais de sang épanché dans le cerveau. Nous savons bien que les auteurs que nous réfutons ont prétendu que là où a existé un ramollissement rouge, si la maladie vient à se guérir, il reste à la place une teinte jaune comme après une ecchymose. Mais nous prétendons, nous, et nous nous appuyons sur des faits nombreux, nous prétendons que pour que cette ecchymose existe, il faut qu'il y ait eu infiltration de sang dans la substance cérébrale. Cette teinte jaune, ecchymotique, finit sans aucun doute par disparaître. De ce que nous venons de dire, nous nous croyons en droit de conclure que les auteurs ont commis une erreur en disant qu'ils avaient affaire à des ramollissements toutes les fois qu'ils ont constaté ces plaques jaunes. Il nous est arrivé quelquefois de voir ces plaques se former en quelque sorte sous nos yeux. Nous avons vu l'hémorrhagie à tous ses âges à toutes ses périodes.

Il est très fréquent de voir un malade qui a eu une hémorrhagie cérébrale succomber à une nouvelle hémorrhagie. Souvent, pendant que nous faisions un service à la Salpêtrière, de vieilles femmes ont succombé dans nos salles à des hémorrhagies cérébrales. A l'autopsie, nous trouvions un foyer hémorrhagique récent, puis, en d'autres points du cerveau, nous trouvions des plaques jaunes, traces d'anciens ramollissements guéris, disaient nos adversaires, et que nous démontrions au contraire être des traces d'hémorrhagies anciennes.

On sait, et il y a longtemps que Morgagni l'avait signalé, que dans certains poins du cerveau, particulièrement dans les corps striés, on trouve souvent de petites cavités vides, pouvant contenir un pois, et tapissées à leur surface interne par une membrane lisse et polie. Pour nous, ces cavités ne sont autre chose que de petits kystes, traces d'anciennes hémorrhagies. Nous en avons observé nous-mêmes un exemple bien remarquable sur un homme célèbre, sur M. Pinel, médecin lui-même à la Salpêtrière. Il arrivait quelquefois à Pinel d'éprouver des engourdissements partiels et d'assez courte durée dans les membres. Je fus, à huit reprises différentes, témoin d'accidents de ce genre ; lorsque je fus chargé, avec M. Breschet, de faire son autopsie, j'annonçai que l'on rencontrerait au moins huit petits kystes de ce genre, du volume d'un gros pois environ, du volume d'un haricot tout au plus. L'événement justifia mon pronostic, et, parmi ces kystes, il y en avait quelques-uns qui contenaient encore un peu de sang. C'étaient ceux qui avaient déterminé les derniers accidents.

A l'occasion d'une hémorrhagie cérébrale dont l'autopsie a été récemment faite devant vous, nous vous avons décrit le mode suivant lequel la guérison s'opère. Il se forme dans l'intérieur du foyer, comme l'a démontré M. Riobé, une pseudo-membrane qui tapisse la cavité. Cette pseudo-membrane sécrète une sérosité qui dissout le caillot sanguin ; la résorption du caillot s'opère, et il reste une sérosité plus ou moins rouge dont la coloration diminue à mesure que l'on s'éloigne de l'époque à laquelle est survenue l'hémorrhagie. Si le malade survit assez longtemps, la teinte jaune disparaît complétement, et le kyste est rempli d'une sérosité limpide et transparente. Qu'un fait de cette nature se présente à ces auteurs qui croient à la possibilité de la guérison du ramollissement, ils ne manqueront pas d'y voir un exemple de ramollissement terminé par guérison, et cependant ils n'auront eu qu'un fait d'épanchement sanguin résorbé.

Cette terminaison n'est pas la seule possible pour les hémorrhagies, et nous en avons encore signalé d'autres. Par exemple, d'une paroi à l'autre du kyste peuvent s'étendre des brides ou trames celluleuses qui finissent par s'entrecroiser et remplir complétement la cavité. Jamais, dit l'un des auteurs que nous avons cités, jamais l'hémorrhagie ne se termine par la production de ces trames celluleuses. Nous disons, nous, et nous avons des faits nombreux à l'appui de notre assertion, que la guérison de l'hémorrhagie par le développement de ces trames celluleuses est la plus commune. On trouve différentes époques dans les foyers hémorrhagiques, des colorations différentes avec des commencements de formation de ces trames celluleuses : c'est pour nous le résultat d'une ancienne hémorrhagie en voie de guérison. Le sang a été résorbé ! Après avoir vu, dans un grand nombre de cas, tous les degrés de l'hémorrhagie, nous persistons plus que jamais à penser que ces traces sont celles d'hémorrhagies antérieures plutôt que de ramollissements. Ainsi, vacuoles, plaques jaunes, trames celluleuses, dans l'immense majorité des cas, telles sont pour nous les modes de terminaison de l'hémorrhagie cérébrale.

D[r] A. FOUCART.

De l'emploi du valérianate de zinc dans certaines affections nerveuses ; par M. LERICHE, médecin du dispensaire de Lyon.

Bien que le valerianate de zino n'ait pas encore acquis comme médicament la réputation qu'il mérite, sa découverte se rattache à un nom trop cher et trop glorieux à la France pour qu'il ne soit pas connu de tous les médecins. Seulement. il semblait avoir passé comme curiosité scientifique, c'est-à-dire comme une de ces mille et une nouvelles combinaisons des corps entre eux que la science enregistre comme fait acquis, et que l'on conserve comme objet de curiosité.

Au mois de mars dernier, M. le docteur Devay pria M. Fournier, pharmacien distingué de notre ville, de lui préparer de ce nouvel agent thérapeutique. Quelque temps après nous faisions la même demande au même pharmacien.

Ce que nous publions aujourd'hui est le résultat de nos essais sur ce nouveau sel, et nous nous estimerons heureux si par nos efforts nous pouvons contribuer à lui faire occuper la place qu'il doit tenir au milieu des médicaments dits antispasmodiques ; bien qu'aujourd'hui ce dernier mot soit vide de sens pour quelques médecins, espérons cependant qu'un temps viendra ou les esprits ramenés à des idées plus justes sur leur action médicatrice, reconnaîtront dans les antispasmodiques des agents tout spéciaux.

Du valérianate de zinc.

M. Fournier ayant bien voulu nous communiquer une note concernant le valérianate de sinc, nous nous empressons de la reproduire.

A. Le valérianate de zinc est un sel blanc, d'une odeur qui tantôt rappelle celle de la valériane, tantôt est presque sans odeur, selon que le produit de la préparation offre un sel d'un blanc nacré ayant quelque ressemblance avec le sel sédatif d'Humbert, ou bien une masse amorphe d'une saveur légèrement styptique, nauséuse. Nous ne rappellerons point ses propriétés chimiques, elles sont connues. Nous avons cherché à préparer ce sel d'une manière directe, c'est-à-dire en combinant directement l'acide valérianique avec l'oxyde de zinc ; nos efforts n'ont pas été couronnés d'un plein succès, la base se trouvant toujours en excès. Voici le procédé que nous avons mis en usage. Après avoir fait concasser de la racine de valériane, nous avons ajouté la quantité d'eau nécessaire de manière à obtenir par la distillation une eau chargée le plus possible d'acide valériaoique, que nous recevions dans un mélange d'eau distillée et d'oxyde de zinc. Nous avons laissé réagir vingt-quatre heures, puis nous avons filtré la liqueur et fait évaporer à l'étuve. Le produit a été un sel avec excès de base, et ne présentant pas les caractères du sel obtenu par le procédé décrit par le prince Lucien. Son action médicatrice nous a paru moins active ; aussi nous en tenons-nous au procédé décrit par son auteur.

B. Action physiologique sur l'homme bien portant.

Persuadé que nous sommes que le meilleur moyen d'obtenir des données exactes sur les agents thérapeutiques c'était d'en faire l'essai sur l'homme, nous allons reproduire les résultats que nous avons obtenus sur nous-même.

Le 1[er] juillet, nous avons fait préparer des paquets de poudre contenant 2 centigrammes et demi de valérianate de zinc.

Le 2 juillet, à six heures du matin, nous avons pris une dose dans un peu d'eau. Il nous est resté dans la bouche un goût assez fortement prononcé de valériane et légèrement salin. Une heure après, nous n'avions encore rien éprouvé de particulier, si ce n'est un léger bruissement dans les oreilles, que nous n'oserions mettre sur le compte du médicament. A dix heures du matin, nous avons pris une nouvelle dose. Une demi-heure après, nous avons eu une espèce de vertige léger, sans que la face fût plus injectée. Le pouls semblait légèrement élevé, 72 pulsations, le rhythme habituel étant de 66. A onze heures le vertige était plus intense, sans cependant nous empêcher de nous livrer à nos travaux habituels. Nous n'éprouvâmes pas le besoin de manger ; de légères nausées à midi, nous déjeunâmes sans appétit. Peu à peu cet état se dissipa dans le courant de la journée.

Le lendemain 3, à six heures du matin, nous prîmes une dose de valérianate, contenant un grain. Une heure après l'ingestion, nous étions dans le même état que la veille à neuf heures. Les vertiges paraissaient diminuer. Nous prîmes une nouvelle dose à onze heures ; nous remarquâmes les effets suivants : vue légèrement troublée, vertiges très prononcés, semblables assez à ceux qu'on éprouve quand on est sous l'influence de liqueurs fortes ; inaptitude au travail, nausées, pouls à 80 pulsations ; peau chaude sans sécheresse, langue blanchâtre ; propension au sommeil. A midi nous nous jetâmes sur un lit ; après deux heures de repos nous nous réveillâmes avec des accidents infiniment moins intenses et dans le courant de la journée les accidents se dissipèrent. Le soir, il ne nous restait plus qu'une espèce de faiblesse générale. Nous n'avons pas remarqué que les sécrétions fussent ni augmentées ni diminuées.

C. De son emploi thérapeutique. La première pensée qui nous ait guidé dans l'emploi du valérianate de zinc, c'est qu'il devait remplacer avantageusement les pilules de Méglin ; aussi le premier malade chez lequel nous l'avons mis en usage etait il un homme atteint de névralgie temporale. Le succès prompt et durable que nous obtînmes nous engagea à renouveler nos essais.

Névralgie sous-orbitaire depuis six ans.

Madame B...., âgée de soixante-huit ans, atteinte de douleurs sous-orbitaires depuis plusieurs années, revenant par accès dans des temps indéterminés, a été soumise à tous les traitements conseillés en pareil cas. On lui a même fait la section du nerf sous-orbitaire, dont elle n'a éprouvé qu'un soulagement passager.

Le 20 avril, nous prescrivîmes :

Valérianate de zinc,	6 décigrammes ;
Sucre de lait,	3 grammes.

F. S. A. vingt-quatre paquets égaux. En prendre deux par jour, un au moment de la douleur, et un autre trois heures après. On continuera ainsi deux jours.

Le 22 avril, la douleur a sensiblement diminué, et les accès paraissent moins longs. Je fais augmenter la dose. Je la porte à deux grains par jour, pris en quatre fois. La malade dit qu'elle n'a rien éprouvé de particulier dans son état ; seulement quelques nausées.

Le 26 avril, amélioration très marquée. La journée d'hier s'est passée sans qu'il y ait eu la moindre douleur. La malade a éprouvé quelques légers vertiges. On continue les mêmes moyens, sans augmenter la dose.

Le 30, les accès ne sont pas revenus, mais cependant il y a encore de temps en temps quelques douleurs. Je conseille de continuer.

Le 4 mai. Depuis trois jours plus aucun symptôme de la névralgie. Je conseille l'usage du valérianate à doses décroissantes.

Aujourd'hui, 15 juillet, la malade n'a rien ressenti des douleurs qui depuis six mois ne l'avaient pas quittée.

Névralgies sus-orbitaires existant depuis plusieurs années et revenant à certaines époques de l'année, avec caractère intermittent.

Madame D..., âgée de quarante-deux ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, éprouve depuis trois ans des douleurs névralgiques sus-orbitaires, et semblant avoir pour point de départ le globe de l'œil du côté gauche. Les accès viennent peu à peu, puis finissent par devenir très intenses. Ordinairement cet état dure plusieurs mois dans le courant de l'année. Depuis le mois de mai jusqu'à la fin de juillet environ tous les jours à minuit le paroxisme est à son summum, puis peu à peu la douleur cesse et la journée se passe assez bien. Plusieurs médecins avaient été consultés sans obtenir de guésison, nous-même nous avions conseillé les émissions sanguines et les antinévralgiques conseillés en pareil cas, sans jamais avoir obtenu qu'un léger soulagement.

Le 3 juillet, nous conseillâmes l'usage du valérianate de zinc à la dose d'un grain, puis de deux grains par jour pris en plusieurs fois.

Le 8 juillet, mrdame D... éprouve un mieux tellement marqué qu'elle ne veut plus prendre de médicaments, disant que cela est inutile, ne se ressentant plus de rien ; cependant, sur noe instances, elle en continua encore l'usage à dose décroissante dans une potion, de manière à masquer le goût qui répugnait à la malade.

Névralgie sous-orbito-temporale continuelle, dont l'exacerbation a lieu tous les soirs, aussitôt que la malade se met au lit.

Madame A.., d'une très forte constitution, replète, âgée de soixante-deux ans, demeurant rue Sala, a des douleurs névralgiques dans les régions sous-orbitaires, et s'irradiant vers les fosses temporales. Les maxillaires supérieur et inférieur sont dégarnis des aents molaires. Du reste, l'état général est bon. La malade a de petites douleurs continuelles dans la journée ; mais à peine est-elle couchée que les douleurs deviennent insupportables. Après être restées stationnaires quelque temps, elles finissent par disparaître, et la malade s'endort vers les deux heures du matin. — Les pilules de Méglin, les opiacés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, le quinquina, n'ont eu pour résultat qu'une amélioration de peu de durée.

Le 10 juin, je prescris des pilules de valérianate de zinc. La malade ayant de la répugnance à prendre des médicaments sous une autre forme, la dose fut de deux, de trois, puis de quatre, contenant un demi gr. chacune.

Le 14 juin, il y a un peu de mieux, mais sans amélioration bien marquée. On continue les mêmes moyens.

Le 17 juin, les accès sont moins forts. La malade dit qu'elle finit par s'endormir avec l'effet que produit sur elle un verre de vin de Champagne.

Le 20 juin, le mieux semble se dessiner d'une manière franche. On porte la dose des pilules à cinq par jour.

Le 24 juin, presque plus de douleurs. — Prescriptions, *ut suprà*.

Le 30 juin, depuis avant-hier la malade n'a plus aucune espèce de douleur. Je conseille de continuer à dose décroissante.

Si dans les observations que nous venons de relater, nous avons obtenu des succès rapides, il n'en a pas été de même dans la migraine, car nous n'avons eu que des insuccès dans les trois cas qui se sont offerts à nous.

Madame R..., garde-malade, d'une bonne constitution, âgée de 38 ans, est sujette à une migraine qui la fait beaucoup souffrir pendant les trois jours que lui tiennent ses accès. Le 4 juillet, elle fut prise dans la nuit de prodromes qui lui annonçaient un accès. Le même jour, je lui conseillai de prendre du valérianate de zinc comme pour les malades précédents. Le premier jour, les accidents marchèrent comme par le passé. Le lendemain, elle continua sans éprouver de mieux ; seulement elle accusa un mal de tête beaucoup plus considérable. Je cessai l'emploi du médicament, et le lendemain la malade eut un vomissement glaireux très abondant, et qui arrive chaque fois que la crise doit cesser. Le surlendemain, tout était rentré dans l'état normal.

Poursuivant vos recherches, et jusqu'à présent n'ayant obtenu d'effets remarquables que dans ces espèces de fièvres nerveuses à court accès. Nous avons essayé si nous ne pourrions pas calmer ces symptômes nerveux qu'on observe souvent chez les malades atteints de phthisie tuberculeuse des poumons, ou bien ceux qui surviennent dans la cachexie cancéreuse.

Cachexie cancéreuse arrivée à son dernier période chez une femme âgée de trente-trois ans.

Madame O..., demeurant rue Saint-Dominique depuis huit mois, est sous l'influence d'une maladie cancéreuse de l'utérus qui est arrivée à son summum. Dans l'après-midi, elle éprouve des impatiences qui la tourmentent beaucoup ainsi que des douleurs erratiques qui lui parcourent tous les membres. Les fosses temporales sont le point de départ d'une douleur qui s'irradie dans toute la périphérie du crâne.

Aucun moyen n'ayant pu jusqu'à présent calmer cet état là, je conseille le valérianate de zinc à la dose d'un demi-grain par jour seulement pris en deux fois à six heures de distance. Le premier jour de l'emploi de ce moyen la malade se trouva beaucoup plus calme. Nous continuâmes ainsi pendant quatre jours ; mais le cinquième, la diarrhée ayant été plus considérable la malade ne voulut plus continuer. Ici il nous a semblé que nous avions eu un avantage que ne nous présentaient pas les opiacés dans la même circonstance : c'était de calmer sans procurer d'assoupissement.

J'ai eu occasion d'employer ce médicament deux autres fois dans des cas analogues ; les résultats ont été à peu près identiques ; c'est-à-dire que nous sommes parvenus à diminuer cette excitation nerveuse qui fatigue tant dans les derniers instants de certains cas de phthisie pulmonaire.

A l'exemple de Gaubius, qui dit avoir guéri les spasme cynique et d'autres affections nerveuses avec les fleurs de zinc, et de Michel de Bialmont, qui les employa contre des mouvements convulsifs dont la violence paraissait tenir à l'édilepsie, j'ai employé le valérianate de zinc dans un tremblement nerveux survenu à la suite d'accès épileptiques.

M. Mazurier, âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution sèche, nerveux, fut pris, il y a vingt ans, d'accès d'épilepsie, qu'on chercha à calmer par divers moyens sans obtenir le moindre soulagement. Il y a deux ans, étant dans la rue, il fut renversé par une voiture, et se releva sans éprouver d'autres accidents que ceux occasionné par l'émotion très vive sous l'influence de laquelle il se trouva. Quelques jours après, il s'aperçut que ses mouvements devenaient moins libres, avec la propension de porter tout son corps en avant. Il y avait de la difficulté pour parler. Le symptôme qui nous ait le plus frappé est celui-ci. C'est que lorsque le malade est en proie à des idées tristes, sa phy-

sionomie exprime la gravité. Cet état afflige tellement le malade, que souvent on le voit répandre des larmes. Du reste, l'appétit est bon, ainsi que le sommeil; il y a cependant constamment un peu de constipation. Avant que le malade vînt nous trouver, il avait vu plusieurs médecins sans que son état se fût amélioré. Il nous fut impossible de connaître la médication mise en usage. Le malade n'ayant conservé aucune des formules. Il est bon de remarquer qu'à dater de la chute dont nous venons de parler, les accès d'épilepsie ne se sont plus représentés.

Le 25 mai, nous prescrivîmes un régime légèrement fortifiant. Des bains ordinaires et deux prises de valérianate de zinc, d'un demi-grain chacune, dans la journée.

Le 28, même état, même moyen.

Le 3 juin, depuis deux jours les accidents ont diminué d'une manière notable. — On continue en élevant la dose.

Le 8 juin, tous les accidents semblent avoir cessé; il n'y a plus de mouvements désordonnés; la marche est assuré, et la parole beaucoup plus libre. — Je conseille l'usage des mêmes moyens.

Le 15 juin, le malade se trouve bien; il n'éprouve plus aucun accident. — Je conseille l'usage du valérianate de zinc à dose décroissante.

Aujourd'hui 2 août, le malade est dans un état de santé la plus parfaite.

Chorée guérie par l'usage du valérianate de zinc.

Mademoiselle A...., âgée de onze ans et quatre mois, d'une constitution chétive, tempérament nerveux, il y a deux ans fut atteinte de chorée. Un de nos honorables maîtres (M. le docteur Viricel) conseilla l'usage du musc et des préparations dites antispasmodiques. Après deux mois de traitement les accès cessèrent. Au mois de juin dernier cet enfant nous fut amené présentant, nous dit la mère, les mêmes accidents qu'il y a deux ans; c'est-à-dire que tout son corps est convulsé et, pour nous servir de l'expression pittoresque de M. Bouillaud, son corps semble être en proie à une véritable *folie musculaire*, pour elle il n'y a point de repos, la volonté semble ne plus avoir d'empire sur les mouvements qui dépendent d'elle. Ajoutez à cela la teinte chlorotique et le bruit de souffle qu'il est facile de percevoir dans les artères carotides et vous aurez une idée exacte de l'état de la malade.

Le 5 juin, nous prescrivîmes:

Valérianate de zinc,	4 décigr.
Sucre de lait,	4 gram.

Divisez en 16 paquets égaux. La malade en prendra un le matin, un le soir. Régime fortifiant, légèrement tonique. Frictions d'eau froide sur tout le corps, le matin au moment du lever.

Le 9 juin, légère amélioration. On continue les mêmes moyens; on porte la dose des paquets de la poudre prescrite à 3 par jour.

Le 15 juin, les mouvements des membres supérieurs et de la tête ont diminué de beaucoup, et même assez pour que la malade, sous l'empire de la volonté, puisse les maîtriser. — Même prescription.

Le 20 juin, tous les mouvements ont cessé; l'appétit, qui était presque nul, est revenu. Nous conseillons encore l'usage du valérianate pendant quatre jours; puis de cesser tout traitement.

Le 10 juillet, le mieux se maintient; tout semble rentré dans l'ordre. L'état chlorotique s'est peu amélioré. Nous conseillons l'usage des ferrugineux.

Poudre.

Valérianate de zinc,	6 décigr.
Sucre de lait,	2 gram.
Saccharure de menthe,	1 gram.

F. S. A. 24 paquets égaux.

Pilules.

Valérianate de zinc,	6 décigr.
Sucre de lait,	1 gram.
Mucilage,	q. s.

Pour 24 pilules.

Potion.

Eau distillée de tileul,	90 gram.
Eau de fleurs d'oranger,	10 gram.
Valérianate de zinc,	1 décigr.
Sirop de menthe,	30 décigr.

F. S. A. — A prendre par cuillerées dans la journée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 22 janvier 1845.

La séance est ouverte à trois heures trois quarts.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Il a opéré le malade qu'il a présenté à la dernière séance. Une ponction exploratrice a été d'abord faite dans la tumeur à l'aide d'un trois-quarts, et cette ponction ne donna issue qu'à une petite quantité de sérosité citrine mêlée de flocons albumineux. Il a ensuite fendu la tumeur dans une assez grande étendue, et il a pu alors constater qu'elle était formée par un kyste épais tapissé à son intérieur par de fausses membranes qui représentaient un chevelu abondant et flottant; ces fausses membranes étaient constituées par de la fibrine coagulée et adhérente aux parois du kyste.

Cette large ouverture de la tumeur lui a permis, en outre, de constater avec le doigt qu'elle n'envoyait aucun prolongement du côté du trou sous-pubien, ni du côté de la fosse iliaque. Il croit qu'elle provenait simplement de la cuisse.

M. Chassaignac pense que chez le sujet présenté aussi par M. Nélaton dans la dernière séance, les tumeurs étaient formées par des hernies du cerveau à travers la fontanelle, probablement restées membraneuses depuis l'enfance, et que ces hernies n'ont dû leur existence temporaire qu'aux efforts de toux auxquels le malade a dû se livrer pendant la pneumonie dont il était affecté. Il fonde cette opinion sur le siége des tumeurs, qui, selon lui, est exactement celui qu'affectent normalement les fontanelles du crâne.

M. Nélaton combat cette hypothèse de M. Chassaignac, en affirmant qu'aucune des tumeurs, une seule excepté, ne correspondait exactement aux fontanelles normales. Il ajoute que ces tumeurs ont fait longtemps saillie sans offrir de pulsation, et qu'après leur disparition on n'a pu constater, pour toutes, aucune perforation du crâne occupant le lieu où elles existaient; ce qui devrait être, si l'hypothèse de M. Chassaignac était vraie.

M. Huguier croit plutôt que dans le cas dont il s'agit il y a eu maladie du péricrâne, épaississement de cette membrane, et consécutivement résorption des os sous-jacents à elle; et finalement perforation de ces os, à travers lesquels on put sentir les pulsations du cerveau. Il a vu déjà un cas analogue à celui-ci.

M. Malgaigne regarde le fait comme très intéressant; mais il ne le croit pas unique dans les archives de la science. Il a lu la relation d'un fait à peu près semblable dans un ouvrage de Beneviani, et un autre dans les Mémoires de la Société de Lyon.

M. Bérard, à propos de cette observation, cite le cas d'un homme qui offrait une tumeur de nature cancéreuse du volume du poing, siégeant au col immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire, et qui étant affecté d'érysipèle de la face, vit sa tumeur disparaître complétement en quinze jours. Malheureusement pour le malade, la tumeur reparut après la guérison de l'érysipèle, et l'emporta rapidement; elle était formée par une dégénérescence cancéreuse des ganglions cervicaux.

M. Maisonneuve rappelle qu'il a consigné dans sa thèse inaugurale un fait semblable à celui qu'a vu M. Nélaton.

— *M. Maisonneuve* demande la parole pour faire connaître à la Société un nouveau moyen de pratiquer le cathétérisme de l'urètre.

On sait, dit-il, combien le cathétérisme est difficile et dangereux même entre les mains des chirurgiens les plus habiles, et de combien d'accidents graves il devient la source entre les mains des praticiens vulgaires, non-seulement quand il s'agit de rétrécissement de l'urètre, mais encore dans les cas plus simples où le canal est libre. Pour tous ces cas, M. Maisonneuve propose le moyen suivant: On introduit d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique très fine, et on fait glisser sur cette bougie une sonde ouverte à ses deux bouts et proportionnée au calibre du canal. Cette introduction de la sonde est rendue facile au moyen d'un fil de soie ou de métal que l'on fixe à l'extrémité externe de la bougie, après l'avoir préalablement passé dans le canal de la sonde. Il suffit en effet de pousser doucement la sonde sur la bougie conductrice pendant qu'on tend le fil, pour le faire pénétrer jusque dans la vessie

M. Maisonneuve reconnaît à cette modification du cathétérisme, entre autres avantages les suivants:

1° Elle réussit là où les autres procédés de lithotritie sont applicables;

2° Elle réussit encore alors que ceux-ci échouent;

3° Elle met complétement à l'abri des tâtonnements douloureux, des déchirures du canal, des fausses routes et des nombreux accidents qui en sont la suite;

4° Elle n'exige aucune habileté spéciale, et peut être pratiquée par les mains les moins exercées;

5° Elle rend inutile tout l'arsenal d'instruments proposés pour vaincre les obstacles divers, et n'exige l'emploi que d'instruments usuels.

M. Marjolin fait observer que le moyen dont M. Maisonneuve vient de donner connaissance à la Société, ne consiste, en définitive, qu'à substituer une sonde à la bougie fine avec laquelle on a préalablement surmonté l'obstacle au cathétérisme; et que, pour remplir la même indication, son père a fait fabriquer, il y a plus de vingt ans, des *bougies-sondes*, ou, en d'autres termes, des sondes creuses qui se terminent et s'effilent à la manière des bougies. A l'aide de ces instruments, il a pu obtenir le même résultat que M. Maisonneuve, et d'une manière plus simple, puisqu'il ne fait qu'une seule introduction. Quant au moyen même proposé par M. Maisonneuve, M. Marjolin dit l'avoir vu employer par M. Laugier il y a déjà quelques années; et si ce praticien y a renoncé, c'est qu'il a observé que quand la sonde arrive sur le point rétréci du canal, comme son extrémité n'est point arrondie, elle éraille et fait saigner la muqueuse. Il regrette l'absence de M. Laugier, qui aurait pu donner sur ce point des détails plus circonstanciés.

M. Chassaignac trouve l'idée de la modification décrite par M. Maisonneuve, dans la pratique adoptée par quelques chirurgiens, et qui consiste, dans les cas de rétrécissement du canal, à sonder le malade avec un mandrin fin sur lequel on fait ensuite glisser une sonde ouverte à ses deux bouts.

M. Nélaton reconnaît que le moyen de cathétériser dont il s'agit doit avoir des avantages dans les cas où le canal est libre, et que pour ces cas M. Maisonneuve est bien certainement le premier qui le propose; mais pour les cas de rétrécissement, il revendique en faveur de M. Béniqué l'idée principale de la modification; et lui même, alors qu'il faisait le service de Bicêtre il y a trois ans, a essayé de cathétériser ses malades par des moyens semblables à ceux que propose aujourd'hui M. Maisonneuve.

M. Guersant émet un avis différent de celui de M. Nélaton. Il ne veut pas du moyen de M. Maisonneuve pour les cas simples où le canal est libre; il préfère dans ces cas l'introduction de grosses sondes, qui lui a toujours réussi pour les cas où il y a obstacle formé par l'engorgement de la prostate, cas qui se rencontrent trois fois sur quatre sur les malades de Bicêtre. Quoique les sondes molles arrivent ordinairement à la vessie, il ne voit aucun inconvénient à essayer la modification de M. Maisonneuve. Ce sont probablement ces cas-là qui se sont offerts le plus souvent aux essais de notre collègue, et l'on conçoit qu'il a dû souvent réussir.

M. Malgaigne s'applaudit que la discussion ait été ouverte sur ce sujet; car si le moyen a de la valeur, la Société doit le sanctionner de son autorité. Pour lui, il lui trouve une grande ressemblance avec le procédé de M. Amussat dont il a donné la description dans son Manuel de médecine opératoire, mais pas plus que celui-ci il ne lui semble capable de surmonter tous les genres d'obstacles qu'on rencontre dans le cathétérisme de l'urètre. Si M. Maisonneuve a si souvent réussi dans les essais qu'il a faits du procédé qu'il propose, c'est qu'il a pratiqué exclusivement sur des vieillards, et que chez ceux-ci neuf fois sur dix l'obstacle est à la prostate.

M. Maisonneuve répond qu'il ne veut pas discuter la question de priorité, quoique, à son avis, il y ait des différences entre le moyen qu'il emploie et ceux qu'empoient MM. Amussat et Béniqué. Quant à la question d'utilité, il la soutient en disant que depuis qu'il emploie le cathétérisme tel qu'il le décrit, il n'a encore rencontré aucun obstacle sérieux et qu'il n'a vu aucun accident en être la suite, non seulement dans ses mains, mais encore dans celles des élèves de Bicêtre qui l'ont adopté comme méthode générale.

M. Lenoir, cherchant à résumer les différents points de la discussion, s'attache à démontrer que la question de priorité ne saurait être résolue en faveur de M. Maisonneuve, car on ne trouve aucune différence entre les instruments qu'il montre et ceux qui ont été décrits par M. Amussat, si ce n'est que le mandrin conducteur de ce dernier est fait en argent, tandis que celui de M. Maisonneuve est en gomme élastique, ce qui, du reste, n'a pas d'avantages.

Traitant ensuite la question des indications de l'opération, M. Lenoir distingue les deux cas principaux dans lesquels on pratique le cathétérisme: 1° dans celui où il y a rétrécissement de l'urètre. Ici, dit-il, du moment qu'on a introduit une bougie dans le point rétréci du canal et que celle ci a pénétré dans la vessie, à quoi bon substituer une sonde à cette bougie! La pratique de tous les jours n'enseigne-t-elle pas que le malade ne tarde pas à uriner entre la bougie et le canal! et pour peu qu'on attende quelques heures, ou un jour ou deux on passe toujours facilement une nouvelle bougie plus forte. — 2° Dans le cas où le canal est libre dans toute son étendue et même dans le cas où il y a engorgement de la prostate. Ici une bougie fine sera certainement plus difficile à introduire qu'une grosse sonde, car la pointe de cette bougie s'engagera dans les lacunes de l'urètre, et une main inhabile fera avec elle bien plus facilement qu'avec une sonde une fausse route, ou pour le moins des éraillures de la muqueuse. Ainsi dans le premier cas la substitution d'une sonde à une bougie est inutile, et dans le second l'introduction préalable de la bougie fine est plus difficile et plus dangereuse que l'introduction d'une grosse sonde.

Arrivant à la manœuvre même de l'opération, M. Lenoir se demande si une bougie fine de gomme élastique peut présenter une résistance suffisante pour servir de conducteur à une sonde. Il en doute quand il se rappelle quelle force il faut employer pour faire glisser sur le conducteur de M. Amussat une sonde qui pénètre à travers un rétrécissement. M. Maisonneuve dit bien qu'il faut tendre la bougie conductrice en tirant sur le fil de soie qui la termine au dehors. Mais si, pour tendre cette bougie, il faut tirer sur elle, ne voit-on pas qu'on la fera sortir de l'urètre ou tout au moins du rétrécissement! La sonde conductrice de M. Amussat a, sur la bougie élastique de M. Maisonneuve, l'avantage de pouvoir être simplement maintenue dans l'intérieur de l'obstacle; car elle est moitié plus longue que la sonde flexible que l'on dirige sur elle, et présente partout une résistance suffisante. M. Lenoir pense avec ses collègues, MM. Malgaigne et Guersant, que M. Maisonneuve a dû surtout réussir dans les cas de rétention d'urine causée par l'engorgement de la prostate; mais tout le monde sait que dans ces cas on introduit dans la vessie une sonde molle et sans mandrin, avec autant de facilité qu'on y introduit une bougie fine, ces deux espèces d'instruments suivant également bien alors les inflexions que le canal décrit dans sa partie profonde.

Enfin, M. Lenoir conteste que pour manœuvrer cette modification du cathétérisme ordinaire, l'emploi des instruments usuels suffise. En effet, une sonde flexible en gomme élastique, que l'on coupe près de son extrémité vésicale, est un mauvais instrument qui éraillera la muqueuse à mesure qu'elle cheminera dans l'urètre, et qui ne s'introduira jamais dans un rétrécissement un peu étroit, les bords de la section qu'on y a faite n'étant ni lisses ni arrondis. Il faut donc avoir à sa disposition des sondes fabriquées pour cet usage, et dès lors le moyen perd de sa simplicité.

Les remerciements que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez Madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 6 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 15. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHASSAIGNAC.

REVUE DU SERVICE.

Congélation partielle des deux pieds.

Au n° 4 de la salle Saint-Côme est le nommé Desailles, âgé de quinze ans, entré le 9 décembre 1844. Pendant les froids rigoureux qui eurent lieu dans les premiers jours de décembre, cet enfant coucha trois nuits dans une allée. Lorsqu'il entra à l'hôpital, la saillie formée par l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil à chaque pied, était frappée de gangrène par congélation ; les deux pieds à leur extrémité étaient gonflés, bleuâtres et couverts de phlyctènes larges et nombreuses. Toutes ces phlyctènes furent immédiatement ouvertes. L'eschare s'étant formée, le travail éliminatoire commença, et c'est le 22 décembre seulement qu'elle se détacha complétement. L'eschare était beaucoup plus épaisse sur le pied droit que sur le gauche. Nous avons acquis la preuve que l'articulation elle-même avait été atteinte, ainsi que la tête du premier métatarsien. En effet, pendant le travail suppuratif, il s'est échappé des fragments du cartilage d'encroûtement, remarquables en ce qu'ils conservaient au milieu du pus les caractères à peu près normaux du tissu cartilagineux d'encroûtement ; et quant à la lésion de la tête du métatarsien, elle ne saurait être douteuse, puisque le stylet a rencontré une surface nécrosée. Tout cela n'a pas empêché la guérison de se faire avec conservation des mouvements de l'orteil, et le jeune malade est sorti de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. La seule médication locale qui ait été employée a consisté dans l'application d'un digestif de styrax et de cérat, médicament dont M. Chassaignac fait souvent usage dans la durée du travail éliminatoire autour des parties atteintes de gangrène.

Jusqu'à l'époque où la sortie des fragments cartilagineux annonça que l'articulation était ouverte, M. Chassaignac s'était interdit d'explorer avec le stylet la profondeur de la plaie, dans la crainte de déchirer peut-être la capsule amincie de l'articulation. Ce ne fut qu'après l'élimination des fragments cartilagineux que l'on reconnut l'état de nécrose de la tête du métatarsien.

Deux particularités de ce cas ont encore fixé l'attention de M. Chassaignac. D'abord, la lenteur avec laquelle l'eschare s'est détachée ; il a fallu plus de quinze jours pour l'élimination complète de la portion sphacélée. Puis les symptômes de réaction ont été excessivement peu marqués. C'est à peine si l'on a pu noter un léger mouvement fébrile, une très minime accélération du pouls, et cependant la plaie était assez grande pour donner lieu à des phénomènes généraux notables. Cette particularité a conduit M. Chassaignac à se demander si cela constituait un fait constant, que la réaction inflammatoire fût moindre après la congélation qu'après toute autre cause de gangrène, et si le travail éliminateur se faisait avec un développement moins large dans cette circonstance que dans les autres cas où une eschare doit se détacher aussi, mais formée sous l'influence d'une autre cause occasionnelle.

Goître volumineux avec déplacement du larynx.

Au n° 5 de la même salle est un homme de quarante-huit ans, sellier, entré à l'hôpital le 10 décembre. A l'âge de seize ans, il s'aperçut pour la première fois d'un gonflement qui survenait à la partie antérieure et un peu latérale droite du cou. La tumeur a fait des progrès lents, et présente aujourd'hui le volume d'une grosse orange ; seulement sa forme, au lieu d'être sphérique, est ovalaire, le grand diamètre étant dirigé verticalement. Elle est située sur la ligne médiane, mais plus déviée à droite. Sa consistance est ferme, non ramollie. On ne sent pas de séparations qui donnent à la tumeur la forme lobulaire. Ce qui donne de l'intérêt à ce fait, c'est la déviation inaccoutumée du larynx, déviation que nous ne sachions pas avoir été mentionnée par les auteurs à un égal degré. On a souvent indiqué, comme conséquence et comme complication de l'hypertrophie du corps thyroïde, la déformation du larynx et de la trachée et leur aplatissement, conditions qui rendent la respiration beaucoup plus difficile, et finissent, quand elles sont portées à un haut degré, par déterminer la suffocation. C'est en effet, pour le dire en passant, bien plus souvent à la suffocation et à la compression exercée par la tumeur sur les tuyaux aériens, l'œsophage et les vaisseaux sanguins, qu'est due la mort, qu'à l'influence générale produite par la maladie sur l'économie animale.

Pour en revenir à notre malade, le larynx est tellement dévié chez lui, que la saillie du cartilage thyroïde répond à une ligne qui serait abaissée perpendiculairement du grand angle de l'œil gauche. On conçoit dès lors combien la respiration doit être gênée, la voix altérée. Ce sujet était entré dans les salles de M. Chassaignac pour une légère bronchite qui avait déterminé une suffocation inquiétante ; en général, on observe que les phénomènes ont une intensité beaucoup plus grande proportionnellement lorsqu'une bronchite moins légère se manifeste chez un goîtreux que chez un sujet qui ne présente pas cette altération du corps thyroïde. La glande était elle-même devenue depuis quelques jours le siége d'une subinflammation ; la réunion de ces deux circonstances indiquait l'emploi du traitement antiphlogistique, qui fut mis alors en usage et détermina une amélioration sensible. Depuis quelques jours, M. Chassaignac emploie en frictions sur la tumeur une pommade résolutive qu'il regarde comme un des fondants les plus puissants que possède la thérapeutique. Elle est composée d'hydrochlorate d'ammoniaque, 8 grammes pour 30 grammes d'onguent napolitain. Dans toutes les circonstances ou il importe d'obtenir une résolution prompte d'engorgements considérables, M. Chassaignac se sert de cette pommade, et en obtient d'heureux résultats. Déjà plusieurs fois il a eu occasion de la mettre en usage, avec le plus grand succès sur des femmes qui présentaient un engorgement laiteux des seins, après la cessation brusque de l'allaitement. Depuis deux jours on a été obligé de suspendre les frictions, à cause d'une stomatite mercurielle intense qui est survenue chez ce malade.

M. Chassaignac expérimentant ce résolutif sur une grande échelle chez les malades de son service, nous aurons occasion d'y revenir. Il serait seulement à souhaiter que l'on indiquât pour chaque malade la dose à employer par jour, précaution sans laquelle on voit fréquemment survenir la salivation mercurielle beaucoup plus rapidement qu'elle ne devrait si le médicament était exactement dosé. Or, M. Chassaignac n'attachant pas, comme certains médecins, de l'importance à la salivation, qu'il regarde au contraire comme un accident qui entrave le traitement, on aurait tout avantage à l'éviter.

Kératite ulcéreuse.

Au n° 6 est couché le nommé Charles Chéry, âgé de dix-huit ans, entré le 14 décembre pour une kératite ulcéreuse des deux yeux, plus intense à droite. Dans la plupart des inflammations aiguës et violentes de l'œil, il est indiqué de se rendre maître de le phlegmasie par un traitement antiphlogistique énergique, proportionné, du reste, à la force du sujet, par les révulsifs et certaines préparations, que l'on a dans ces derniers temps désignés sous le nom d'*altérants*.

M. Chassaignac, après une ou deux émissions sanguines générales, si la constitution paraît l'exiger, prescrit chaque jour l'application de deux ventouses scarifiées, de chaque côté, au-dessous de l'oreille, derrière l'angle de la mâchoire. En même temps, le calomélas est employé à l'intérieur à la dose de 15 et 20 centigrammes par jour ; mais ce n'est pas tout. Ce qui constitue une innovation que nous sommes fondé à croire heureuse, et sur laquelle l'expérience prononcera, c'est la manière dont sont faites les frictions mercurielles belladonées. M. Chassaignac a remarqué que la partie supérieure du crâne depuis la racine des cheveux jusqu'à l'occiput, dans un espace de trois travers de doigt, est une surface éminemment absorbante ; la peau semble avoir à cet endroit une propriété, une force d'absorption plus forte encore qu'aux aines ou aux aisselles. C'est donc sur cette partie médiane et supérieure du crâne préalablement rasée que se font deux fois par jour les frictions mercurielles. Depuis son entrée, sous l'influence de cette médication, le malade a vu survenir dans son état une amélioration sensible et remarquablement rapide.

Nous avons eu occasion de voir employer la même méthode chez deux sujets placés l'un au n° 26, affecté de chémosis avec gonflement et exorbitisme du globe oculaire, l'autre au n° 27 de la même salle, présentant une affection inflammatoire singulièrement compliquée, et qui a envahi presque tous les tissus de l'œil. Chez ce dernier malade, une stomatite mercurielle intense qui est survenue au bout de quatre jours de traitement, a obligé de suspendre le traitement. La vue, bien que meilleure qu'au moment de l'entrée, est encore trouble. Nous ferons remarquer, en passant, que chez ce sujet, qui présentait également des symptômes d'iritis, la pupille n'était pas déformée, comme elle l'est souvent ; mais l'ouverture pupillaire, parfaitement circulaire, semblait un peu plus élevée qu'à l'état normal.

FEUILLETON.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET DANS QUELQUES AUTRES CONTRÉES DE L'EUROPE, AVEC UNE CARTE FIGURATIVE DU NOMBRE DES MÉDECINS COMPARÉ A LA POPULATION.

Par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, D.-M., etc.

(Deuxième article.)

Nous avons exposé dans un premier article les résultats auxquels ses patientes recherches ont conduit M. Lucas-Championnière ; nous avons à exposer aujourd'hui les conséquences qu'il en tire.

La première question qui occupe l'auteur est celle des officiers de santé, question grave, importante, difficile, et qui a déjà reçu des solutions si diverses par des autorités également recommandables. Nous ne suivrons pas M. Lucas-Championnière dans l'exposition qu'il fait lui-même des arguments présentés pour ou contre cette institution. Il n'a voulu que les reproduire, en demandant à la seule statistique la valeur de chacun de ces arguments. Or, il est frappé d'abord du nombre considérable des officiers de santé en France, et il se demande, si ce titre était aboli, comment et par quoi on remplacerait cette portion du corps médical qui ferait tout à coup défaut. D'un autre côté, voyant que les officiers de santé fixent surtout leur résidence dans les campagnes où les docteurs se trouvent en si petit nombre, il verrait dans l'abolition de ce titre une privation certaine de tous soins médicaux imposée à une immense partie de la population. Considérant néanmoins que le nombre total des médecins est de beaucoup au-dessus des besoins de la population générale, il voudrait qu'on réduisît le nombre des officiers de santé, qu'ils fussent soumis à des épreuves de réception plus rigoureuses, enfin qu'ils fussent éloignés des grands centres de population, et qu'ils ne pussent résider que dans les communes rurales.

Telles sont succinctement, mais fidèlement rendues, les opinions de M. Lucas-Championnière sur l'institution des officiers de santé.

Nous devons cependant faire connaître un document précieux sur lequel s'appuie l'auteur pour prouver avec quelle rapidité décroîtrait le nombre des médecins si l'on ne recevait plus que des docteurs. Ce nombre deviendrait bientôt insuffisant, dit-il, et il le prouve par le tableau suivant du nombre des médecins et des officiers de santé reçus en France depuis l'année 1835 jusqu'à l'année 1836 inclusivement.

Voici ce tableau :

	Docteurs en médecine.	Officiers de santé.	Total.
1835	569	262	831
1836	568	304	872
1837	619	336	955
1838	634	383	1017
1839	606	321	927
1840	578	284	862
1841	421	321	742
1842	395	222	617
1843	384	283	667
	4774	2716	7490

« On voit par ce tableau, dit l'auteur, que dans ces neuf dernières années la moyenne des réceptions a été de 832 médecins. Si on avait cessé de créer des officiers de santé, elle n'eût plus été que de 530. En portant lepersonnel médical à 20,000, ce serait environ par année 1 médecin nouveau sur 36 précédemment établis Or on peut se demander dans quelle proportion la mort et les autres circonstances enlèvent les praticiens à l'exercice de leur art. Nous ne saurions fixer ce chiffre d'une manière précise ; mais si nous en croyons les documents qui nous sont transmis, les pertes s'éléveraient bien au-delà, et le personnel médicat, remplacé dans de trop faibles proportions, subirait bientôt une réduction qui ne le mettrait plus en rapport avec les besoins de la population. »

Il y a deux manières d'envisager la question relative aux officiers de santé : sous le point de vue d'organisation d'ensemble et de plan général de réforme médicale, ou bien sous le point de vue de simple amélioration de l'état de choses actuel. C'est ce dernier point de vue qu'a choisi M. Championnière ; nous ne lui en faisons pas un reproche, nous constatons seulement un fait qui nous dispense nous-mêmes d'entrer dans des idées générales que l'auteur n'a point abordées, et sur lesquelles nous aurions donc mauvaise grâce d'argumenter.

Mais à quelque point de vue qu'on se place, est-il possible de ne pas tenir plus de compte que n'a fait l'auteur de l'objection capitale, à notre sens la seule puissante, et qui dispense de toutes les autres, contre l'institution des officiers de santé, savoir : qu'il n'y a pas de demi-malades, et qu'il est absurde de créer des demi-médecins ; que la santé des habitants des campagnes est tout aussi précieuse que celle des habitants des villes, et qu'il est infiniment injuste de donner à ceux-ci des médecins offrant plus de garanties d'instruction et de capacité que les médecins que l'on donne à ceux-là ?

Tant qu'on n'aura pas détruit la justesse, la valeur et la gravité de cet argument, et nous croyons la chose impossible, toutes les conséquences tirées des chiffres les plus rigoureux seront pour nous comme non avenues.

Que disons-nous ? Mais ces chiffres seront précisément l'argument le plus éloquent que nous puissions invoquer pour notre cause. Quoi ! c'est parce que le mal est plus grand, plus profond que nous ne l'imaginions, qu'il faut le respecter ? C'est parce qu'une institution reconnue vicieuse donne des résultats plus déplorables encore que nous ne le supposions, qu'il faut la maintenir ? Car, à quoi se borne l'argumentation de M. Championnière ? N'est-ce pas à ceci : Le nombre des officiers de santé est fort considérable, donc on ne peut les supprimer. Nous concevrions bien plutôt ce raisonnement renversé :

Le nombre des officiers de santé est fort minime relativement à celui des docteurs en médecine ; donc on peut, sans trop d'inconvénients, les laisser subsister. Mais on nous dit, on nous prouve que le nombre des officiers de santé est énorme, qu'il atteint presque le chiffre des docteurs en médecine, et on conseille de maintenir cette insti-

Exostoses multiples de cause inconnue.

Nous terminerons cette revue par le fait très curieux d'un malade âgé de trente-deux ans, couché au n° 41 de la salle Saint-Côme.

Cet homme présente sur les os des membres, et des membres inférieurs surtout, des exostoses multiples. Il n'en offre aucune sur le tronc, sur le crâne, ni à la face. Il ne sait à quelle cause en attribuer la production. Il s'est aperçu pour la première fois de leur apparition vers l'âge de dix ou douze ans. Il n'a jamais eu, affirme-t-il, d'affections vénériennes. Ces exostoses sont assez nombreuses et, chose remarquable, presque toutes se sont développées symétriquement sur les mêmes points des deux membres opposés. A la partie inférieure de la face interne des deux tibias, à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, existent deux saillies osseuses, pointues, du volume d'un œuf de pigeon ; même disposition, mais avec un développement moins considérable, sur la tubérosité interne de chaque tibia, et à la face interne de la tubérosité interne de chaque fémur. A la partie supérieure du fémur droit existe une tumeur énorme, de même nature, du volume de la moitié d'une tête d'enfant. La tumeur du condyle interne du fémur gauche présente ceci de remarquable qu'elle semble être enchâssée dans une sorte de cupule osseuse probablement munie d'un cartilage, et dont on la fait sortir à l'aide d'une forte pression exercée de haut en bas. Abandonnée à elle-même, elle rentre à sa place avec bruit, comme la tête d'un os dans sa cavité articulaire, ou comme un os sésamoïde.

Plusieurs circonstances se réunissent pour rendre ce fait des plus intéressants. D'abord le développement des exostoses sur les membres à l'exclusion du tronc ; la symétrie de leur apparition sur les points correspondants des mêmes os des membres opposés ; enfin l'ignorance où l'on est de la cause qui a pu déterminer leur apparition. M. Chassaignac serait assez tenté de croire à une sorte d'aberration de l'ossification, si nous pouvons nous exprimer ainsi, pour toutes les exotoses symétriques, tandis que la tumeur de la partie interne et supérieure du fémur constituerait seule une altération réellement pathologique de l'os.

Ne pourrait-on pas supposer plus vraisemblablement que cet individu, sur le compte des parents duquel nous n'avons eu aucun renseignement, aurait été affecté d'une syphilis constitutionnelle transmise héréditairement, et qu'aux symptômes secondaires disparus depuis longtemps, auraient succédé les symptômes tertiaires ? C'est ce que le traitement seul pourra démontrer. D[r] A. FOUCART.

HOPITAL NECKER. — M. DELARROQUE.

De la fièvre typhoïde et de son traitement par les évacuants. Relevé statistique ; par M. G. GOGUÉ, interne du service.

(Suite du n° 10.)

OBS. VI. — La nommée Elisa M..., âgée de dix-neuf ans, fut conduite à Necker le 13 août, et couchée salle Sainte-Adélaïde, n° 12. Huit jours auparavant, cette jeune fille avait beaucoup dansé dans un bal. En revenant, le soir, elle eut froid ; elle se coucha avec du frisson. Dès le lendemain elle parut gravement malade ; cependant elle ne fit aucun traitement et ne se releva pas, L'état s'aggravait ; M. Deville, interne à la Charité, fut appelé près d'elle et me l'envoya.

Lors de son entrée, la fièvre typhoïde n'était pas très prononcée, et la prostration peu considérable ; cependant il y a un peu de stupeur, les pupilles sont un peu dilatées (extrémités des mains froides) ; la bouche amère, inappétence, soif peu vive ; ventre très ballonné ; pas de taches typhoïdes ; intelligence nette ; un peu de moiteur (10 centigr de tartre stibié et 15 gram, de sulfate dc soude). Le soir, à neuf heures, sueur générale abondante ; extrémités glacées et d'un rouge vineux ; grande faiblesse, agitation des mains et de la tête, pupilles contractées ; délire, réponses incohérentes ; ventre tendu et ballonné ; pas de selles ni de vomissements ; pouls filiforme. — Lavement, sulfate de soude et séné. Deux selles abondantes. Du mieux pendant la nuit ; pas de délire ; un peu d'agitation ; extrémités glacées.

Le 14, même état. Le ventre est moins ballonné. Un looch avec colomel. Lavements purgatifs. Pas de selles. Le soir, le ventre très ballonné ; délire tranquille, sueurs froides, potion avec la teinture de musc. Peu de délire ; agitation, sueurs froides toute la nuit.

Le 1 , un peu de délire ; pouls très faible. Eau de Sedlitz. Pas de selles. Le soir, perte de connaissance, délire ; pouls insensible, dyspnée, râle sibilant.

Morte à deux heures et demie.

A l'autopsie, nous avons trouvé les méninges gorgées de sang, le cerveau injecté et d'une consistance très remarquable. Engouement des lobes inférieur des deux poumons. Un peu d'emphysème ; rate un peu hypertrophiée ; injection de la muqueuse gastrique formant de grandes bandes rouges. Au dernier tiers de l'intestin, plaques gaufrées très nombreuses. Dans l'espace de 20 centimètres, la muqueuse est rouge par imbibition ; sept ou huit ulcérations à la fin de l'intestin, qui ne présente rien de remarquable. Dans le cœcum, une dizaine d'ulcérations à base indurée, faisant une saillie considérable et présentant tout à fait l'image d'un cône tronqué. La sommité de ces énormes bourbillons, ulcérés en godet, contient de la bile jaune. Dans le colon, de larges et nombreuses ulcérations boursouflées ; le rectum était aussi parsemé d'ulcérations de toute grandeur, mais plates et taillées comme par un emporte-pièce. La matière contenue dans les intestins était du sang, de la bile, peu de matières fécales : la muqueuse n'était pas très ramollie ; les ganglions mésentériques étaient, les plus volumineux, de la grosseur d'une noisette.

Pour ne parler, dit M. de Crozant, que de ce qui a trait à mon sujet, le traitement de la fièvre typhoïde, on voit que, dans cette circonstance, si les évacuants ont été administrés sans succès, c'est qu'ils l'ont été aussi sans effets, et les revers comme les succès concourent à la preuve de cette proposition, qui, je crois, domine toute l'histoire de la fièvre typhoïde : que les malades ne guérissent que par des évacuations dont l'absence ou le retard fait le plus souvent toute la gravité de l'affection.

Etiologie. — Relativement à l'étiologie de la fièvre typhoïde, quelques faits bien remarquables se sont présentés à notre observation, les voici :

— Un malade dont l'histoire se trouve à l'Obs. II, rapportait la cause de sa maladie à des relations qu'il avait eues avec une femme qui, dit-il, avait perdu tous ses cheveux et était en convalescence d'une fièvre typhoïde. Cette pensée occupait son esprit ; et, quoi que l'on fît, on ne put l'en dépersuader.

En effet, la femme avait été affectée de fièvre typhoïde, et était sortie de l'hôpital depuis un mois.

— Deux autres malades ont été atteints de fièvre typhoïde lorsqu'ils étaient dans le service, l'un en convalescence d'une rougeole : il guérit ; l'autre en convalescence d'une pleurésie : il succomba.

Ces faits sont rares, très rares même, si l'on en croit les auteurs qui disent que la fièvre typhoïde survient presque toujours primitivement, et que, chez l'adulte comme dans le jeune âge, on ne la voit presque jamais atteindre les convalescences. Notons encore que chez ces deux malades observés pendant les deux derniers mois, il se développa des fausses membranes.

Traitement. — Sous le règne de la médecine physiologique, la médication évacuante contre la fièvre typhoïde, fut frappée de discrédit. Envain MM. Bretonneau et Lerminier cherchèrent à rassurer les médecins contre les prétendus dangers de cette méthode qui, depuis, fut préconisée par M. Delarroque.

Ce praticien est, parmi les modernes, celui qui use le plus largement des évacuants. Il les prescrit à toutes les périodes de la fièvre typhoïde, et quelle que soit sa forme, et les continue jusqu'à parfaite convalescence.

Voici, du reste, le traitement général suivi dans le service de ce médecin :

On commence par un éméto-cathartique et l'on prescrit ensuite chaque jour : 1° une bouteille d'eau de Sedlitz que l'on remplace au besoin par le calomel, la magnésie calcinée, l'huile de ricin, etc. ; 2° un lavement purgatif avec le sulfate de soude ; 3° enfin on y joint l'emploi de boissons rafraîchissantes et de sinapismes aux pieds.

Ce mode de traitement n'est nullement contre-indiqué par la diarrhée, les douleurs de ventre et le gargouillement. Bien plus, ces derniers symptômes et le météorisme ne tardent pas à disparaître : le soulagement est ordinairement manifeste et assez rapide.

Dès que la fièvre est disparue, on combat la faiblesse par les toniques et l'on prescrit ; angélique ou camomille, vin de quinquina ou de Bordeaux et des aliments de bonne qualité.

Si, pendant la convalescence, il survient un peu de fièvre et quelque trouble dans l'économie, il suffit de suspendre l'usage des toniques, de diminuer les aliments et de donner quelques verres d'eau de Sedlitz. Alors, d'un jour à l'autre, la fièvre disparaît et tout rentre dans l'ordre normal.

Enfin, dans des cas exceptionnels et tout à fait désespérés, nous avons vu M. Delarroque recourir aux préparations de musc, de camphre, etc. ; mais, nous devons le dire, sans obtenir aucun résultat avantageux.

Deux complications surtout contre-indiquent l'emploi des purgatifs, savoir : la perforation et l'hémorrhagie intestinales.

Les résultats obtenus par M. Delarroque, pendant les années précédentes, ont engagé un grand nombre de médecins des hôpitaux à expérimenter la médication évacuante, et tous en ont reconnu les bons effets.

Ainsi M. Louis, après avoir analysé les principaux modes de traitements employés contre la fièvre typhoïde, est porté à considérer les évacuants comme supérieurs aux autres moyens thérapeutiques.

Enfin M. Grisolle vient de publier lui-même dans son Traité de Pathologie interne les résultats qu'il a obtenus pendant ces quatre dernières années, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Par la méthode de l'expectation et la méthode dite rationnelle, un quart de ses malades ont succombé, tandis qu'il n'en a perdu qu'un septième avec la médication évacuante, telle que l'emploie M. Delarroque.

Aussi M. Grisolle, qui ne fait pas (comme M. Delarroque) de cette médication une méthode exclusive, ajoute que « si » on était condamné à suivre pour tous les malades un trai- » tement uniforme, il faudrait adopter celui-là et le *préférer* » *sans hésiter* à l'expectation, aux antiphlogistiques et à la » méthode dite rationnelle. »

— Avant de donner les résultats obtenus cette année, nous devons faire remarquer :

1° Que l'on a élagué avec soin du relevé qui suit tous les embarras gastriques fébriles, tous les cas douteux de fièvres typhoïdes, tous les cas peu ou mal caractérisés ;

2° Que ce relevé a été dressé d'après les registres du bureau ;

3° Que M. Delarroque lui-même (nous en avons été témoin) prend le plus grand soin à faire enregistrer les malades qui sortent du service morts ou guéris.

Relevé statistique des fièvres typhoïdes traitées en 1844 par la méthode évacuante dans le service de M. Delarroque.

Salle des hommes. Elle contient 56 lits.

Janvier. 7 entrées, 1 décès, 6 sorties ; durée moyenne du séjour, 20 jours.

Février. 5 entrées, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 16 jours.

Mars. 5 entrées, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 20 jours.

Avril. 17 entrées, 17 sorties ; durée moyenne du séjour, 30 jours.

Mai. 14 entrées, 2 décès, 12 sorties ; durée moyenne du séjour, 27 jours.

Juin. 13 entrées, 1 décès, 12 sorties ; durée moyenne du séjour, 43 jours.

Juillet. 9 entrées, 9 sorties ; durée moyenne du séjour, 19 jours.

Août. 13 entrées, 1 décès, 12 sorties ; durée moyenne du séjour, 26 jours.

Septembre. 8 entrées, 8 sorties ; durée moyenne du séjour, 32 jours.

Octobre. 5 entrées, 1 décès, 4 sorties ; durée moyenne du séjour, 32 jours.

Novembre. 6 entrées, 1 décès, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 15 jours.

Nota. Un malade entré pendant ce mois ne resta que deux jours dans le service. Son état était tellement amélioré, que ses parents voulurent l'emmener à la campagne. Cependant on l'a omis dans ce tableau.

Décembre. Pendant ce mois, nous avons perdu un malade dont l'histoire a été rapportée à l'Obs. IV. De plus, à la visite du 31 décembre, nous avons compté huit fièvres typhoïdes en pleine convalescence. Ces malades mangeaient trois ou quatre portions.

Enfin, un dernier malade entré tout récemment était encore en traitement.

Afin que l'on ne nous reproche pas de compter les convalescents à 3 ou 4 portions parmi les malades sortis complétement guéris, il n'en sera plus question. Mais, en revanche, qu'il nous soit permis aussi d'oublier le décès que nous avons eu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

tution, ou de n'en restreindre le fatal développement que par des moyens tout à fait incomplets et illusoires : voilà ce qu'en vérité nous ne comprenons pas d'un esprit aussi sérieux que l'auteur de cet ouvrage. Dans une autre partie de ce journal, nous dirons bientôt d'ailleurs que cette question des officiers de santé, très complexe et fort délicate quand on ne la considère qu'au point de vue actuel et de nos institutions présentes, se simplifie et s'éclaircit quand on la considère d'un point de vue plus élevé, quand on la met en contact avec une infinité d'autres questions tout aussi graves et importantes, et dont la solution préliminaire est indispensable.

Nous louerons sans réserve les idées et les opinions de M. Lucas-Championnière sur la répression du charlatanisme, et sur la suffisance de la loi actuelle pour y parvenir. Loin de demander une pénalité nouvelle, l'auteur démontre qu'avec les lois régnantes toute contravention est saisissable et punissable ; mais que l'incurie seule des magistrats, leur tolérance aveugle et leur indifférence sont les seules causes de l'impunité.

Nous recommandons à tous un excellent chapitre sur la responsabilité médicale, chapitre aussi bien pensé que bien écrit, et où la question ne nous semble jamais avoir été traitée avec plus de force et de raison.

Nous avons vu avec plaisir que l'auteur partage toutes les opinions que nous avons souvent émises sur la convenance de faire rentrer les associations médicales de bienfaisance dans les voies et le but de leur institution. Tout empiétement sur le domaine de la critique et de la répression est une usurpation véritable que rien n'autorise et que rien ne sanctionne.

M. Championnière partage aussi nos préventions légitimes contre le projet des chambres de discipline. Elles ne seraient, pour le corps médical, qu'un embarras de plus sans aucune compensation morale ou matérielle.

Nous ne pouvons mieux faire d'ailleurs sur tous ces points que de reproduire les conclusions formulées par M. Championnière lui-même :

1° Les lois sur l'exercice de l'art de guérir sont enfreintes impunément sur tous les points du royaume. Le charlatanisme est, sinon encouragé, du moins le plus souvent toléré par les magistrats qui devraient le réprimer.

2° Si les magistrats montrent une indulgence excessive à l'égard des charlatans, ils invoquent avec rigueur, contre les médecins légalement reçus, des principes d'une responsabilité qui ne devrait pas les atteindre, et dont l'application d'ailleurs n'est jamais faite par des juges compétents.

3° On doit demander au gouvernement, comme mesure propre à calmer les souffrances du corps médical :

Une plus juste appréciation des services que nous rendons à la société en éclairant la justice ;

Une protection plus efficace contre l'envahissement du charlatanisme;

L'application du principe de responsabilité tel que la pratique le fait adopter pour les juges, les avocats et les autres professions libérales qui ne livrent au jugement des hommes que les œuvres insaisissables de leur esprit.

4° On arriverait à une sérieuse exécution des lois sur l'art de guérir, par la création, dans chaque département, d'une commission de médecins chargés de transmettre à l'autorité supérieure les plaintes et les réclamations de leurs confrères.

5° Que ces mêmes commissions conduiraient en peu d'années à une égale répartition des médecins sur le territoire.

6° Il faut organiser sur tous les points du royaume des sociétés de prévoyance ; mais que ces institutions purement philanthropiques doivent admettre dans leur sein tous les membres de la grande famille qui cherchent un refuge contre la misère, et s'unir entre elles par un lien commun qui n'en fasse qu'une seule et même association.

7° Les conseils de discipline dont quelques médecins ont réclamé l'établissement ajouteraient encore aux ennuis de notre profession.

Nous partageons et avons émis depuis longtemps presque toutes ces propositions, dont nous aurons bientôt à présenter les développements dans nos études sur les réformes à porter dans l'exercice et l'enseignement de l'art de guérir.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. Guersant fils.

Des fractures chez les enfants. (Suite du n° 12.)

Les complications qui accompagnent les fractures chez les enfants, peuvent être divisées en primitives, concomitantes et consécutives. Les primitives ou toutes celles qui précèdent la formation de la fracture, sont presque toutes générales; tels le rachitisme, les scrofules, la débilité de l'organisme, la paralysie, etc. Nous n'avons pas besoin de vous expliquer en quoi toutes ces circonstances viennent contrarier le traitement, de quelle manière elles retardent la consolidation de la fracture; ce sont toutes choses que vous comprendrez facilement; seulement, nous appellerons votre attention sur ces cas de faiblesse générale qu'on observe si fréquemment chez les enfants, dont l'état débile, sans être accompagné de diarrhée, de fièvre, etc., est caractérisé cependant par une langueur de toutes les fonctions. Qu'il survienne une fracture chez ces enfants, si vous ne cherchez à donner à l'économie du ton, si vous n'améliorez pas la constitution, vous serez un temps prodigieux à guérir la fracture. C'est ainsi que nous avons vu des enfants atteints de débilité générale, rester huit ou dix mois sans consolidation de leurs fractures.

Nous pouvons, d'un autre côté, vous fournir une preuve du retard qu'apporte le rachitisme à la consolidation des fractures; vous la trouverez chez une petite fille de trois ans, couchée salle Sainte-Thérèse. Voilà près de six semaines qu'elle est traitée dans notre service pour une fracture de cuisse, de plus, elle est rachitique. Eh bien! malgré tout le soin que nous mettons à surveiller cette enfant, nous constatons un cal à peine formé. Ajoutons, en outre, que la malade a été atteinte d'une bronchite très intense depuis son séjour à l'hôpital.

Les complications, comme nous l'avons dit, peuvent être concomitantes, c'est-à-dire naître en même temps que la solution de continuité de l'os; ce sont toutes complications locales, comme contusions, plaies, esquilles, déchirures de vaisseaux, de nerfs, etc.

La troisième classe de complications, ou complications consécutives, se montre après que la fracture a été produite. A cette division se rattachent les abcès, la carie, la nécrose, la paralysie, la rétraction des tendons, la difformité du cal, etc. Quant à ce dernier accident, disons que le cal cède plus facilement chez les enfants que chez les adultes, et qu'alors si ses courbures se produisent avec plus de facilité, on éprouve également moins de difficulté à redresser ses incurvations.

Enfin, nous terminerons ces remarques sur les complications en vous signalant comme maladies venant apporter du trouble dans la cure des fractures, toutes les affections internes propres à l'enfance, telles que pneumonie lobulaire, gastro-entérite, carreau, etc.

Pour le pronostic, nous dirons qu'en général les fractures étant simples chez les enfants, il est heureux. Très souvent absence de complication, courte durée du traitement, soins faciles à accorder, sont autant de conditions qui rendent l'avenir des fractures favorable.

Le traitement des fractures, chez les enfants, est, comme pour tous les âges, local et général, primitif et consécutif.

La première question qui se présente à propos de traitement local, est de savoir si l'appareil doit être appliqué immédiatement après l'accident, ou si l'on doit différer de quelque temps son application. C'est une question encore pendante pour les fractures des adultes, mais qui est entièrement résolue pour nous, en ce qui regarde les fractures des enfants.

Nous appliquons l'appareil de suite; car les objections adressées à son application immédiate chez l'adulte, n'existent plus ici, ou du moins sont de très peu de valeur. Pourquoi, en effet, reculerait-on l'emploi de l'appareil? A cause du chevauchement des fragments qui, provoquant la contractilité des muscles irrités, rend la réduction plus difficile que lorsqu'on attend que cette contraction se soit épuisée d'elle-même; c'est-à-dire par l'habitude qu'acquièrent les muscles d'être au contact des pointes de fragments. Mais chez les enfants, il n'existe pas ordinairement de déplacement suivant la longueur; et, en admettant même l'existence de celui-ci, prenez garde à l'irritabilité des parties molles chez l'enfant, car vous savez avec quelle facilité naissent les convulsions à cet âge de la vie.

Est-ce le gonflement qui sera pour vous un motif de retard dans l'application de l'appareil? Que la tuméfaction ne vous arrête point, car elle trouvera dans un appareil convenablement placé, un moyen de compression qui la fera disparaître. Enfin, rappelez-vous d'une part l'indocilité des enfants, laquelle peut transformer, par des mouvements trop forts ou trop souvent répétés, une fracture incomplète en une fracture avec déchire du périoste tout entier; songez, de l'autre, à l'inquiétude des parents qui s'effraient de voir leurs enfants sans appareil, surtout après que vous leur avez annoncé l'existence d'une fracture, et vous trouverez dans toutes ces circonstances réunies assez de raisons pour appliquer immédiatement l'appareil.

A cette question en succède une autre très importante, je veux parler de l'appareil inamovible.

Disons de suite que, généralement, ils sont plus applicables chez les enfants que chez les adultes, ce qui s'explique encore par l'état de simplicité des fractures des enfants. Mais s'il y a déplacement, et surtout s'il est considérable, abstenez-vous de l'appareil dextriné, car vous avez besoin de surveiller les fractures avec déplacement des fragments, afin d'éviter les difformités. A la vérité, on objectera que l'emploi de l'appareil inamovible est une cause d'obstacle au déplacement. — Ceci serait vrai si les enfants étaient dociles, s'ils pouvaient attendre que leur appareil fût entièrement sec. D'un autre côté, chez les tout petits, qui ont la cuisse fracturée, n'avez-vous pas un nouvel inconvénient, c'est-à-dire le contact de l'urine avec l'appareil à fracture?

Quels sont, outre l'appareil dextriné, les autres appareils dont nous nous servons, lorsque nous n'appliquons point le premier?

Nous employons chez les tout petits enfants des bandages roulés avec de petites attelles. Et si nous avons affaire à des fractures du membre inférieur, nous laissons de côté les paillassons de peur de les transformer en fumier, par leur séjour dans l'urine. De plus, nous enveloppons le membre d'une toile cirée, pour préserver notre appareil du contact de ce fluide.

Si l'enfant est un peu grand, nous employons l'appareil de Scultet, avec paillassons de balles d'avoine.

Voilà ce que nous avions à dire de général sur le traitement local des fractures chez les enfants; et remarquez bien que nous n'avons voulu que vous exposer ce qu'il y a de particulier dans les fractures du premier âge. Autrement, en entrant dans de plus amples détails sur ce sujet, nous vous aurions fait des redites inutiles, répété de ces choses qui appartiennent à tous les autres âges.

Maintenant, voyons ce que chaque fracture peut offrir de spécial dans son traitement local, selon que tel ou tel membre, ou partie d'un membre a été blessé.

Au membre supérieur nous appliquons pour la fracture de l'omoplate, que la solution de continuité s'adresse au corps ou aux apophyses de cet os, nous appliquons, dis-je, des compresses imbibées d'une liqueur résolutive, un bandage de corps, le bras étant tenu immobile contre le tronc.

Quant à la fracture de la clavicule, dont vous rencontrerez un exemple dans nos salles, nous nous servons de la fronde de Delpech, modifiée. C'est un appareil fort simple qui remplit autant que possible les indications du traitement de la fracture de la clavicule, et qui présente tous les avantages des autres bandages sans en avoir les inconvénients. Il est composé de deux pièces de toile. L'une, qui est un véritable bandage de corps garni à ses extrémités de deux ou trois lanières et boucles, est principalement destinée à maintenir les bras contre le tronc; de plus, elle présente au niveau du coude une fente que l'on garnit de coton, et où vient se placer le coude qui par conséquent se trouve soutenu. L'autre pièce, large de quatre travers de doigt, tenant à la première au niveau de la fente qui laisse passer le coude, est destinée à se replier sous celui-ci pour lui fournir un dernier point d'appui, à le repousser en haut, et, en définitive, à venir passer obliquement au devant et en arrière de la poitrine, pour s'attacher en dernier lieu sur l'épaule du côté opposé à la fracture. En résumé, le bras est appliqué contre le tronc par la première pièce, et repoussé en avant et en haut par la deuxième. Ajoutons que s'il n'existe pas beaucoup de déplacement, comme chez les tout petits enfants, vous pouvez négliger le coussin de Desault.

Les fractures de l'humérus ne réclament que l'emploi d'un bandage roulé avec trois petites attelles, une postérieure, une antérieure et une troisième externe. Quand la fracture siége à l'extrémité inférieure du bras, nous tenons l'avant-bras demi-fléchi; nous combattons par des antiphlogistiques le gonflement considérable qui survient dans ce point, et nous appliquons l'appareil dextriné.

A l'avant-bras, nous nous servons de compresses graduées avec deux attelles.

Pour les fractures du membre inférieur, quand elles existent chez les petits enfants, nous employons trois attelles et un bandage roulé, le tout enveloppé d'une toile cirée. Chez les grands, nous appliquons l'appareil ordinaire des adultes, et si nous avons peur du déplacement, nous faisons usage de deux étages d'attelles, dont les unes sont appliquées immédiatement sur le membre, et les autres en sont éloignées par le bandage. C'est à la pratique de Dupuytren que nous sommes redevable de ce mode de traitement, et c'est aussi, grâce à son emploi, que nous avons si peu de déplacement, de raccourcissement, de difformité, après la consolidation de la fracture.

Quant au traitement général, nous dirons que, vu encore l'état ordinairement simple des fractures chez les enfants, nous n'avons guère à nous en occuper dans la plupart des cas. Il nous faut seulement veiller à l'alimentation des malades qui, peu abondante les premiers jours, doit être bientôt augmentée et doit surtout consister en des matériaux suffisamment nutritifs. Si vous avez affaire à des complications, c'est alors que vous recourrez à un traitement général qui, du reste, doit varier selon les circonstances.

Enfin, nous achevons cet exposé des fractures de l'enfant, en vous signalant les soins que l'on doit accorder à la convalescence d'une fracture. L'enfant, de même que l'adulte, après la consolidation de sa fracture, marche difficilement; il ne s'habitue que peu à peu à la progression; seulement nous vous ferons remarquer que leur éducation sur ce point est beaucoup plus tôt faite que chez l'adulte; car, tandis qu'une année est souvent nécessaire pour que ce dernier puisse s'accoutumer à marcher convenablement, l'enfant a pu progresser, courir comme naguère au bout de deux mois. Il faut cependant surveiller ces suites de fractures, et ne permettre une entière liberté que quand vous aurez habitué l'enfant, petit à petit, à reprendre les fonctions de son membre. Enfin, s'il existe un cal difforme, il faut le redresser, si toutefois sa consistance, sa rigidité le permettent encore, par des appareils modifiés suivant les circonstances. Disons seulement que c'est le plus souvent chose difficile, pour ne pas dire impossible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 février. — Présidence de M. Caventou.

M. le président annonce que la santé de M. Ribes ne s'est pas améliorée, et que M. Virey est au contraire entièrement rétabli.

M. Ségalas. J'annoncerai une bonne nouvelle à l'Académie; c'est celle de l'amélioration considérable de la santé de notre collègue M. Royer-Collard. Tandis que depuis cinq mois il n'avait pu sortir, il a pu aller hier de sa demeure aux Néothermes à pied, et en revenir avec facilité. Il espère pouvoir prochainement assister à nos séances.

(Cette nouvelle est accueillie avec une vive satisfaction.)

L'Académie se forme immédiatement en comité secret.

M. Nacquart, pendant que le public s'écoule, voudrait qu'on pût annoncer d'avance les comités secrets, afin de ne pas déranger inutilement messieurs les journalistes et le public.

M. Gérardin voudrait que les comités secrets eussent lieu en séance supplémentaire.

Injections de nitrate d'argent dans la blennorrhagie. — Lettres de MM. Debeney et Duchesne.

Paris, 1er février 1845.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans la note publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 30 janvier, M. Vénot, oubliant toutes les convenances de la polémique médicale, substitue une question de noms propres à une question de thérapeutique, s'emporte contre M. Foucart, qu'il appelle mon *défenseur officieux*, et auquel il conteste le droit d'examiner après lui une médication qu'il a proscrite; il m'accuse de garder un silence *calculé*, traite de très haut les médecins de Paris en général, et après avoir en particulier noyé dans le même sac M. Ricord et M. Debeney, très sensible à l'honneur de cette compagnie, il chante victoire et se vante *avec orgueil* d'avoir rallié sous sa bannière la généralité des syphilographes. Eh bien, tout cela n'est que de l'emphase, et je ne m'amuserai pas à souffler dessus. Je tiens seulement à replacer la question sur son véritable terrain. (Ce qui suit est le résumé du mémoire qui est sous presse et doit paraître incessamment.)

Après avoir expérimenté pendant deux ans les injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie, j'ai exposé franchement et nettement, sans prétention aucune à l'inauguration d'une nouvelle méthode, mes résultats qui ont paru étonnants, et qui certes m'avaient étonné tout le premier. Deux publications de mon mémoire simple et concis furent faites, l'une à Lyon en 1842, l'autre à Paris en 1843. Depuis lors, j'ai cru devoir m'abstenir, après avoir appelé les médecins, et surtout les praticiens spécialistes, à expérimenter et à vérifier mes conclusions. Mon silence, si durement incriminé par M. Vénot, recevra l'approbation des hommes graves et sans passion. Cinq praticiens seulement à ma connaissance, et sauf erreur, ont fait connaître par la voie de la presse médicale des vérifications sur une certaine échelle. (Je ne compte pas M. Marchessaux du Havre, votre ex-collaborateur; la lettre qu'il m'a communiquée dernièrement n'ayant pas encore paru dans vos colonnes (1).)

Ces cinq vérificateurs sont MM. Ricord, Leriche, Diday, Foucard et Vénot. Sur les cinq, trois, MM. Ricord, Leriche et Foucard, abondent dans mon sens; M. Diday proclame l'innocuité constante des injections caustiques, et les emploie dans deux périodes de la blennorrhagie, au début et à la fin; — il est donc pour la méthode, sauf ses réserves. Reste M. Vénot, seul et unique. M. Vénot, dont l'étrange infortune, complétement opposée à toutes les pratiques connues, aussi bien qu'à l'induction analogique, forme la tête de la colonne où il faudra inscrire les résultats défavorables à la méthode des injections caustiques. Jusqu'à ce que M. Vénot ait trouvé des cas analogues, ses accidents formeront pour nous des phénomènes tératologiques non susceptibles d'être rangés en série, et de faire l'objet d'une discussion sérieuse.

Agréez, etc. Debeney.

Monsieur le Rédacteur,

Ayant lu l'article de M. le docteur Foucart sur l'emploi des injections de nitrate d'argent à haute dose dans la blennorrhagie, je prendrai la liberté de vous présenter quelques observations, dont vous ferez tel usage que vous voudrez.

D'abord, je crois que c'est à tort que l'on préconise un spécifique pour la blennorrhagie virulente vénérienne, en d'autres termes, pour la blennorrhagie contractée dans l'acte de la copulation; car si l'on connaît quelquefois le siége ou le point du canal qui est affecté, souvent on ne peut le préciser, et dans tous les cas l'on doit reconnaître que ce point affecté n'est pas toujours le même chez tous les individus; dès lors, pourquoi injecter un liquide caustique dans toute l'étendue du canal; injection excessivement douloureuse (ceux qui en douteraient peuvent l'essayer, et je suis persuadé qu'après ils seront de mon avis), qui peut produire des accidents, et dont le moindre inconvenient est de dégoûter le malade de ce mode de traitement? En effet, qu'y a gagné le malade, 1° une douleur des plus vives dont la durée varie d'une à plusieurs heures; 2° une blennorrhagie qui occupera d'autant plus exactement toute l'étendue du canal, que l'injection aura mieux touché tous les points; 3° une disposition plus grande aux récidives, puisque la muqueuse redeviendra d'autant plus facilement malade, que sa surface aura été plus altérée par le caustique; 4° d'avoir recours à un autre traitement après avoir souffert et perdu du temps inutilement. Maintenant, je ferai une observation qui peut s'adresser aux novateurs de médications en général, c'est qu'ils ne pensent pas assez aux difficultés de l'application de leur médication dans la pratique civile; placés dans les hôpitaux ou établissements du même genre, ils administrent leurs médications despotiquement, c'est-à-dire sans consulter le goût des malades. Aussi qu'arrive-t-il? C'est que tel expérimentateur qui aura même à grand'peine réuni vingt cas de guérison par sa méthode dans son hôpital, ne pourra pas s'en procurer cinq dans sa pratique civile, si cette médication a autant d'inconvénients que les injections caustiques au nitrate d'argent. J'ai voulu les employer, et j'ai été obligé d'y renoncer, et d'avoir recours à d'autres moyens qui, beaucoup moins douloureux, guérissent plus sûrement.

A part le résultat de réussite ou de non-réussite, je pose en fait que sur vingt sujets auxquels on fera une injection caustique dans les proportions de 50 ou 60 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, l'on n'en rencontrera pas deux qui la supporteront sans éprouver des douleurs d'une violence telle qu'ils redouteront de s'exposer à une seconde injection (je parle de malades pris dans la pratique civile, et qui pourront par conséquent vous avouer sans crainte leurs sensations).

Je pourrais m'étendre encore sur les inconvénients des injections caustiques par le nitrate d'argent à haute dose; mais je me propose d'y revenir si la discussion sur ce sujet continue.

Je terminerai par une dernière observation: sur les quinze cas de guérison cités par M. le docteur Foucart, quatre seulement ont accusé de violentes douleurs; un seul a souffert autant à la dernière qu'à la première. Trois n'ont pas beaucoup plus souffert que par les injections ordinaires. Total, huit malades qui accusent des douleurs plus qu'ordinaires; pour les huit autres, M. Foucart se contente de dire: « Chez presque tous nos malades les douleurs ont cessé assez rapidement, et au bout d'une demi-heure, une heure au plus, il n'existait plus aucun sentiment de cuisson. » Ainsi, de l'aveu même de M. Foucart, ses quinze malades ont beaucoup plus souffert que par les injections ordinaires de M. Ricord, 0,5 centigrammes pour 125 grammes d'eau.

M. le docteur Foucart cite quinze malades qui ont souffert, mais

(1) Nous n'avons pas reçu cette lettre.

inégalement, en mettant de côté la différence de sensibilité qui peut exister entre quinze personnes. Qu'est-ce qui prouve que les quatre malades de M. Foucart qui ont le plus souffert, aient fait leurs injections aussi complétement qu'une injection peut se faire ; et en admettant que ces quatre malades qui ont beaucoup souffert se soient injectés convenablement, qu'est-ce qui prouve que les onze autres ne doivent pas la diminution de leurs douleurs à la quantité moindre du liquide injecté, ou en d'autres termes, à l'imperfection de leur injection ?

Peu de malades, très peu même, savent s'injecter convenablement un liquide dans le canal, et beaucoup de médecins même, chez certains malades, sont obligés de recommencer plusieurs fois avant de réussir complétement.

M. Debeney a voulu remettre la méthode abortive de Carmichaël en honneur : M. le docteur Foucart a voulu venir en aide à M. Debeney ; M. le docteur Vénot, de Bordeaux, après avoir parcouru la même voie que ces messieurs, a obtenu un résultat différent, je dirai même opposé, mais plus naturel ; j'ai voulu joindre ma voix à celle de M. Vénot, et dire avec lui :

Les injections caustiques à haute dose ne sont jamais innocentes, amènent rarement la guérison, et déterminent souvent des accidents fort graves ; parlant, il faut se garder de les employer.

Agréez, etc. DUCHESNE, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Charbon blanc — Cette variété de charbon, qui affecte particulièrement le bœuf, le mouton, le cochon (FABRE, *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, t. II, p. 445), est observée assez fréquemment chez l'homme dans le département d'Eure-et-Loir. Nous en trouvons une description assez étendue dans une lettre adressée à M. Chevallier par M. Duvivier, pharmacien à Chartres, et que nous croyons devoir reproduire :

« Les symptômes qui caractérisent le charbon blanc, sont : un gonflement léger, quelquefois nul, du tissu dermoïde, sans inflammation ni rougeur ; en débutant, il n'occasionne au malade qu'un sentiment de pesanteur ou de tension. Ce gonflement est plus ou moins circonscrit, et quand il s'étend, il est souvent fort difficile d'en reconnaître le point de départ au foyer primitif. Sous la pression du doigt, il fait entendre une légère crépitation annonçant un développement de gaz qui, en remplissant les alvéoles du tissu cellulaire sous-cutané, est le signe d'un commencement de désorganisation et occasionne le gonflement emphysémateux. Le virus s'insinue insensiblement, sans que le malade s'en aperçoive, et porte sourdement la mort dans les organes. Six ou sept jours après son invasion, *il est trop tard d'y porter remède*. Quelques médecins comparent l'activité de ce virus à celle du venin de la vipère. Le malade tombe bientôt dans un état de torpeur et de malaise, accompagné de maux de tête et d'envies de vomir qui deviennent de plus en plus fréquentes, et le huitième jour au plus tard, il succombe. Ce *charbon* est endémique au département d'Eure-et-Loir, et se développe sur toutes les parties du corps qui sont découvertes ou qui peuvent l'être. Il peut se communiquer par inoculation, mais non autrement. Tels sont les caractères de l'affection connue sous le nom sinistre et insignifiant de *charbon blanc*, qu'il serait peut-être plus convenable de nommer *tumeur beauceronne*.

» Les premiers symptômes étant peu inquiétants, sont souvent négligés par les personnes qui malheureusement en sont atteintes, et il arrive assez souvent que le médecin est appelé trop tard.

» Ce *charbon* se développe en tous temps, mais beaucoup plus depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre. On remarque qu'il est plus fréquent dans les années sèches que dans les années pluvieuses ; et on m'a assuré que ces cas étaient plus nombreux dans la haute Beauce où l'eau manque et dont la surface est tout à fait nue, que dans les lieux qui sont dans le voisinage des bois et dont le sol est arrosé par des courants d'eau ou des étangs. Ce qui porte à présumer que chez les individus habitant ces derniers lieux, la masse des fluides lymphatiques étant accrue par la nature humide du milieu dans lequel ils vivent, il en résulte une exhalation abondante qui élimine les principes qui peuvent troubler momentanément les fonctions des organes. Jusqu'à présent tous les médecins s'accordent à lui reconnaître pour cause celle qui engendre la pustule maligne. On a tué une espèce de mouche au moment où elle venait de piquer, et sa piqûre a déterminé une pustule maligne qui s'est terminée par la mort. Voilà un fait, mais il se rattache encore à l'invasion de la maladie une foule de considérations pathologiques qui sont du ressort de la médecine.

» Dans tous les cas, il est malheureusement impossible d'empêcher ce fléau.

» Par un traitement innocent, la maladie a toujours une issue fatale, et le malade meurt en parlant. Les caustiques et les escharotiques de toute espèce sont employés par les médecins pour combattre cette affection. La potasse caustique forme une sorte de savonule qui offre du pésagrément dans son emploi, et doit être rejetée. La poudre de Vienne, employée avec sagacité, peut arrêter les progrès et prépare à l'emploi de moyens subséquents. Le sublimé réussit parfaitement quand il est employé avec prudence et discernement, et lorsque la tumeur est ouverte. On emploie encore les chlorures d'antimoine et de zinc, la poudre et la pâte de Rousselot, mais c'est le perchlorure de mercure qui est d'un emploi plus répandu. L'essentiel est d'arrêter le plus promptement possible la marche du virus pestilentiel.

» Généralement le sublimé est employé à dose convenable.

» On ne m'a cité qu'un seul cas où l'on ait pu reprocher au sublimé, la mort qui a suivi son emploi, parce qu'il avait été employé à dose un peu considérable et que son action s'était étendue au dehors du foyer du mal ; et encore on peut penser que le mal était trop avancé, et qu'il n'eût pas été possible d'obtenir d'autre résultat que celui obtenu.

» Quoi qu'il en soit, de ce fait semblerait résulter que l'emploi du sublimé peut avoir de graves inconvénients. Mais parmi les raisons qui militent en sa faveur, on peut avancer que, toutes les fois qu'il est employé sur le siége même du mal, l'état normal des vaisseaux empêche qu'il soit absorbé ; il ne peut l'être que lorsqu'il est en contact avec des vaisseaux lymphatiques à l'état sain et jouissant par conséquent de la plénitude de leurs propriétés absorbantes. Dans ce cas, il est heureux qu'on puisse se rendre maître de l'emploi du sublimé, et régler à volonté son action en la localisant ; il ne faut pour cela que l'empêcher de se dissoudre, puisque dans ce cas seulement une partie peut en être absorbée. D'autre part, on obtient un avantage, qui résulte de ce qu'il ne peut être ramené qu'après son emploi utile à l'état de proto-chlorure, transformation qui a l'inconvénient d'en annihiler l'action, et qui ne s'opère qu'au fur et à mesure qu'il se combine avec les parties infectées de virus, en formant avec elles une eschare sol de et facile à enlever, pour faire une application nouvelle, qu'on prolonge jusqu'à ce que les bords de la plaie commencent à rougir. On parviendra à remplir ces indications, en associant le perchlorure de mercure à des matières qui ne serviront dans ce cas que d'auxiliaires passifs et divisants. Je citerai comme les plus propres à remplir ce but toute espèce d'alumine sèche, telle que : terre de pipe, terre de Sommières (1), et même le tripoli, dont on pourra varier à volonté les proportions dans le mélange.

» Voici le point de départ qui peut servir de base :

Poudre de sublimé corrosif,	3 parties.
Soit tripoli pulv.	2

» M. S. A.

» Il est possible au moyen de cette poudre de faire toute espèce de cautérisation locale sur des parties dénudées, sans avoir à redouter l'absorption. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effets avantageux des injections iodées dans un cas d'empyème, observation recueillie par M. le docteur LUYTGAERENS, de Puers.

Un homme, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatique, était, depuis plusieurs années, menacé d'une phthisie tuberculeuse ; le poumon droit n'était plus perméable à l'air. Toutefois, l'expectoration était toujours restée muqueuse, blanche, sans mélange de pus ni de sang, et les forces s'étaient maintenues malgré l'existence continuelle des symptômes qui caractérisent un état asthmatique, lorsque tout à coup le malade accusa, à la base du côté droit du thorax, une douleur pongitive, fixe, circonscrite dans une étendue égale à celle de la paume de la main, et ne s'exaspérant ni par le jeu des muscles, qui servent à l'inspiration, ni par la toux, ni par les divers mouvements du tronc.

L'exploration de la poitrine fit reconnaître que la matité était toujours la même dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine, et que la respiration y était constamment bronchique ; du reste, on ne put y constater aucun signe certain de l'existence d'un empêchement.

L'huile de foie de morue fut d'abord prescrite, et peu de jours après il se développa au point douloureux une tumeur diffuse, rouge, avec fluctuation évidente à son centre : en même temps il se manifesta une fièvre assez intense.

Le médecin s'étant décidé à donner issue au liquide à l'aide de la ponction, cette opération fut pratiquée, et il s'écoula quinze cents grammes environ d'un pus séreux, jaunâtre, inodore et parfaitement homogène : lorsque la force du jet se montra notablement diminuée, la canule du trocart fut retirée et remplacée par une mèche de coton trempée préalablement dans de l'huile.

L'état du malade se ressentit fort peu de cette abondante évacuation ; la respiration n'en fut ni plus libre, ni plus gênée, et la fièvre resta la même.

Le lendemain en retirant la mèche, il s'écoula encore plus de cinq cents grammes d'un pus semblable à celui de la veille. La mèche ne fut replacée que lorsque le médecin vit l'air s'introduire dans la cavité thoracique pendant les mouvements d'inspiration, et, cette introduction de l'air s'étant reproduite les jours suivants sans donner naissance à aucun symptôme particulier, le malade fut engagé à faire de temps en temps quelques efforts de toux, afin d'expulser le plus de liquide possible, et de rincer en quelque sorte la cavité pleurale avec de l'air atmosphérique.

Le sujet de cette observation fut alors soumis à l'action d'une médication tonique, néanmoins il finit par tomber dans un véritable état de marasme, et son état paraissait tout à fait désespéré, lorsque M. Luytgaerens, réfléchissant à l'innocuité de l'entrée de l'air dans le thorax, eut l'idée de pratiquer dans cette cavité des injections stimulantes avec l'iode. Il commença par huit grammes d'alcoolé d'iode étendus dans cinq cents grammes d'eau tiède, et laissa séjourner le liquide pendant cinq minutes environ, puis le fit expulser au moyen de la toux. Il n'observa d'abord aucun effet appréciable de ce traitement ; mais, ayant élevé, dès la quatrième injection, le dose de l'alcoolé d'iode jusqu'à trente grammes par jour, le malade éprouva quelques picotements, et, dès le lendemain, la quantité de pus se trouva considérablement diminuée.

Les injections furent supprimées, le thorax fut comprimé par un bandage de corps ; la quantité du liquide purulent alla en diminuant de plus en plus, en même temps qu'il devint et plus épais et plus blanc ; enfin le malade recouvra ses forces avec une telle rapidité, qu'en peu de temps il fut capable de faire à pied une promenade de deux lieues.

Depuis cette époque, l'usage de l'huile de foie de morue a été continué à la dose de quarante-cinq grammes par jour ; les symptômes d'asthme, dont la date remontait à plus de quatre ans, ont complétement disparu, et le sujet, qui se porte à merveille depuis plus de six mois, ne porte d'autre trace de son affection qu'un trajet fistuleux au point où la ponction a été pratiquée.

Il ne faut pas, d'ailleurs, omettre de mentionner ici que le côté droit du thorax s'est fortement affaissé, et que la respiration est nulle ou seulement bronchique au sommet du poumon de ce côté.

(1) La terre de Sommières est une argile qui se trouve dans les environs de Montpellier, et qui jouit de propriétés très absorbantes.

Le Conseil royal de l'instruction publique a examiné dans sa séance du 25 janvier dernier, l'ouvrage intitulé : BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, que M. le docteur *Fabre* avait présenté à l'adoption universitaire.

D'après la délibération du Conseil royal, l'usage de cet ouvrage est autorisé dans LES FACULTÉS DE MÉDECINE et dans les ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DU ROYAUME.

La SEPTIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (première livraison du troisième volume), sera en vente *mardi prochain*, 11 février, au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle comprendra la suite des Maladies de l'appareil urinaire : corps étrangers et calculs de la vessie, dissolution et extraction de ces calculs ; lithotritie avec planches, etc. — Les autres livraisons paraîtront de mois en mois sans interruption.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 16. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 6 FÉVRIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les observateurs n'ont pas manqué aux faits pathologiques, et, à diverses reprises, des esprits philosophiques ont tenté la vaste coordination des produits de l'observation médicale. Mais, quoi qu'aient pu faire les observateurs et les classiques, il arrive encore que des cas extraordinaires nous frappent par la nouveauté des symptômes, et mettent à l'épreuve l'esprit du praticien, comme celui du savant : embarras plus pénible pour l'un que pour l'autre, le praticien ayant du moins la ressource de l'empirisme.

Un de ces cas étranges vient de se présenter à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Nous ne pouvons que l'esquisser. L'observation sera probablement publiée par l'interne du service, qui l'a recueillie avec soin.

L'homme qui a offert ce cas pathologique est assez robuste. Le principal symptôme a consisté dans une contracture des extrémités. Les pieds étaient dans l'extension forcée. Les doigts étaient fléchis et contracturés de telle sorte qu'aujourd'hui, la contracture ayant cessé, ils offrent plusieurs eschares d'une assez grande largeur, résultant de la pression forte et prolongée qu'ils ont exercée l'un sur l'autre. Le malade souffrait beaucoup, surtout si l'on essayait de redresser les doigts, redressement qui aurait été impossible, à moins d'une violence extrême.

Les muscles de la poitrine et de l'abdomen ont été affectés également, mais à un degré moindre, et nous répétons que le phénomène principal était la contracture des mains et des pieds.

L'état général ne se ressentait aucunement de la lésion musculaire ; la raison était intacte ; le malade rendait compte avec précision de ce qu'il éprouvait ; l'appétit était conservé ; le pouls normal.

Une saignée a été pratiquée après l'emploi infructueux d'un topique opiacé. Elle paraît avoir exercé une influence favorable sur la marche de la maladie. M. Rodier a analysé le sang, et y a trouvé un excès absolu de fibrine (4,5).

C'est le septième ou huitième accès de ce genre que le malade éprouve. Chose remarquable, et qui n'est pas sans intérêt au point de vue de la nature de l'affection, c'est toujours au mois de janvier que ces accès, sans en excepter le dernier, sont survenus. L'attaque commence par les mains ; quelquefois elle s'y localise exclusivement; d'autres fois elle s'étend à d'autres parties, aux pieds surtout, ou même à tout le corps. Le malade raconte qu'il lui est arrivé d'être complétement immobilisé, abstraction faite de la mâchoire inférieure et des muscles de la face. Son corps, dit-il, était tout d'une pièce.

L'attaque est soudaine, car quelquefois le patient n'a pas le temps de dégager son pouce, de manière à l'empêcher d'être pris au milieu des autres doigts et comprimé par eux. Du reste, quand le pouce n'est pas emprisonné, c'est lui qui presse sur le doigt voisin, au point d'escharifier la partie en contact.

Le premier symptôme éprouvé est un fourmillement douloureux, une crampe, le long des muscles.

On trouve dans le t. II de la *Nosographie philosophique*, une observation de Storck, qui offre quelque analogie avec le fait dont il vient d'être question, mais qui en diffère sous plusieurs rapports. L'observation de Storck est reproduite dans l'article *Rhumatisme* du *Dict. des sc. médic.*

Le malade, est-il dit, eut d'abord les articulations des pieds et des mains attaquées. Voilà d'abord une différence capitale. A la vérité, chez notre sujet, on aurait pu croire aussi, au premier coup-d'œil, que les articulations étaient malades; d'autant plus qu'elles offrent sur le côté des saillies irrégulières, résultat de la cicatrisation des anciennes eschares, qui pourraient en imposer pour des commencements de tophus.

Voici maintenant où est la ressemblance : « Puis se manifestèrent les douleurs les plus vives dans toute l'habitude du corps, et une sorte de roideur tétanique ; la mâchoire inférieure resta seulement libre... La poitrine fut ensuite attaquée, avec gêne de la respiration et danger de suffocation... La douleur, plus vive, se fixa autour de l'ombilic... Les aines, et ensuite les testicules, furent atteints de la même affection avec tant de violence, qu'il s'ensuivit des convulsions avec syncope pendant environ cinq minutes... (*Dict. des sc. méd.*, article cité.) » La maladie fut jugée par une sueur continue et une abondante excrétion d'urine. Elle ne dura que huit jours.

Cette observation, peu détaillée et insuffisante, est regardée par Pinel comme offrant un exemple de *rhumatisme musculaire.*

Un rapprochement plus légitime semble possible entre le fait du service de M. Cruveilhier et plusieurs cas de tétanos non traumatique, entre autres le suivant : Un homme âgé de vingt-huit ans sortit d'une salle de bal dans un état de transpiration abondante; le froid extérieur était des plus vifs et le glaça. De violentes douleurs se manifestèrent bientôt aux épaules, au cou et à la tête. Le trismus survint au bout de quelques heures ; les douleurs firent de rapides progrès; le cou se roidit, « et les muscles entrèrent en de si vives contractions que la tête demeura fixée sur l'épaule droite. » (Fournier-Pescay, art. *Tétanos* du *Dict. des sc. méd.*)

On trouve dans le même article de Fournier-Pescay, une autre observation analogue, qui fut communiquée à cet écrivain par le docteur François, d'Auxerre : « Près d'Achem, dit ce dernier, le sieur Violot, notre second commis, eut une légère attaque de crampes. Le lendemain tout son corps était dans une convulsion générale; la peau était d'une si grande sensibilité, que le poids seul de son bras lui faisait jeter les hauts cris... » Le docteur François prescrivit à ce malade douze gouttes d'ammoniaque dans quatre cuillerées d'eau ; une sueur des plus abondantes se déclara une heure après l'ingestion du médicament, et fut entretenue par l'administration d'une décoction d'écorce de cannelle. La guérison eut lieu dans l'espace de trois jours.

Nous avons souvent à déplorer la prolixité fatigante des observations contemporaines ; mais il faut avouer que les faits les plus importants étaient quelquefois rapportés par nos devanciers avec une sobriété excessive. Nous sommes loin d'être suffisamment informé, et de pouvoir nous représenter complètement l'état du malade, lorsque nous lisons cette simple phrase : « Tout son corps était dans une convulsion générale. »

Nous ne parlons pas de la fièvre intermittente tétanique, dont il existe des exemples avérés, notamment dans le livre du docteur Puccinotti. Notre observation n'a aucun rapport avec cette fièvre, si ce n'est peut-être, d'une manière extrêmement éloignée, par la répétition des attaques à une même époque de l'année, à différentes reprises.

Voilà donc des cas qui ont avec le nôtre des points d'analogie. Mais, dans ces cas eux-mêmes, quelle était la nature de la maladie? Telle est la question que le lecteur se sera sans doute adressée ; question insoluble quant à présent, car elle revient à dire : Quelle est la nature du tétanos? Il semble certain que, dans cette dernière affection, la moelle épinière est le siége de la lésion. Mais cette lésion, en quoi consiste-t-elle? Est-ce une inflammation? Est-ce une hypérémie? Est-ce un trouble purement nerveux?

Si l'on s'en rapportait à l'excès absolu de fibrine dans notre cas, on serait porté à conclure qu'il a existé une inflammation, et alors, si, d'un autre côté, il était prouvé que c'était là une affection tétanique, de ce cas même jaillirait un rayon de lumière sur la nature du tétanos. Mais tout cela est hypothétique, et ce serait chose vaine que de prolonger cette discussion, puisque l'absence de réaction, l'intégrité des fonctions, en un mot l'état parfaitement normal du sujet, à part la lésion musculaire, contredisent formellement la donnée hématologique.

FEUILLETON.

Des tumeurs fibroplastiques ou sarcomateuses ;
par M. LIBERT.

Les doctrines vagues qui règnent encore généralement sur la nature des tumeurs, font que le mot de sarcome a été souvent employé pour désigner les tumeurs les plus diverses. Et, par exemple, on a désigné pendant longtemps sous le nom d'ostéo-sarcomes, presque toutes les tumeurs qui avaient leur siége dans le périoste ou dans l'os.

Il n'est pas moins vrai qu'Abernethy a eu raison de regarder ce genre de tumeur comme une forme toute particulière. Mais on ne pouvait arriver à des notions suffisantes sur la véritable nature de ce produit accidentel, sans le secours de l'étude microscopique la plns exacte.

Fidèle à notre principe de classer les tumeurs d'après les éléments anatomiques qui les composent, nous donnerons aux sarcomes le nom de tumeurs fibroplastiques, vu que nous avons affaire à un tissu, qui n'est autre chose que du tissu cellulaire en voie de formation accidentelle.

Ces tumeurs sont ordinairement arrondies; elles forment une seule tumeur sphérique ou ovoïde, quelquefois à surface framboisée, ou une tumeur lobulée à lobules plus ou moins ronds. Ordinairement elles sont entourées d'une enveloppe celluleuse, mince, vasculaire, adhérente à la surface de la tumeur. Il faut surtout distinguer deux formes de tumeurs fibroplastiques, entre lesquelles on rencontre cependant diverses nuances. La distinction existe non-seulement dans leur aspect à l'œil nu, mais même dans leurs éléments microscopiques.

La première forme est constituée par les tumeurs fibroplastiques, molles et lobulées. Elle n'a pas été décrite comme sarcome, parce qu'elle a presque toujours été confondue avec le cancer encéphaloïde ou colloïde. En effet, la tumeur est quelquefois aussi molle que le cancer médullaire; mais, en y regardant de plus près, on se convainc qu'on n'en fait pas sortir un suc lactescent, comme dans le cancer ; le suc qu'on en exprime est transparent, légèrement jaunâtre, et le tissu lui-même, quoique mou, offre toujours une certaine résistance élastique; on ne peut ni l'écraser, ni le comprimer, ni le distendre avec des aiguilles, aussi facilement que cela peut se faire pour le cancer encéphaloïde, avec lequel on les confond.

Ces lobules peuvent varier d'un millimètre à un ou plusieurs centimètres. Ils sont habituellement d'un jaune rosé, médiocrement vasculaires, offrant dans leur ensemble un aspect papillaire, et montrant beaucoup de ressemblance avec le tissu mou et lobulé qu'on voit végéter autour de certains os cariés. Quelquefois plusieurs de ces lobules sont entourés d'un tissu aréolaire plus dense. Il est important de noter que ce tissu ne renferme en général point d'éléments graisseux, que l'on rencontre habituellement dans le cancer.

La seconde forme de tumeurs fibroplastiques est le véritable sarcome des auteurs. Sa consistance est celle de la chair musculaire, ou plutôt celle du poumon, carnifié; celle de cette forme d'hépatisation rouge qui se prolonge pendant un certain temps, et dans laquelle les parties liquides des matières épanchées étant résorbées, la coupe fraîche offre un aspect rouge, homogène, finement grenu et d'une bonne consistance ; elle n'atteint cependant pas la densité des tumeurs fibreuses. La couleur de ces tumeurs est variable. Elle est le plus ordinairement ou d'un jaune tirant légèrement sur le rouge, ou d'un rouge couleur de chair. Quelquefois on voit ces deux colorations alterner ; alors la partie corticale est la plus rouge, ou bien la teinte jaune et la teinte rouge alternent dans toute l'épaisseur de la tumeur. A ces colorations s'ajoute quelquefois la teinte blanche lactescente, lorsque la tumeur est plus fibreuse par place. D'autres fois on y aperçoit une teinte d'un jaune safrané ou d'un jaune verdâtre provenant d'une infiltration locale d'une espèce de graisse particulière à laquelle nous donnons le nom de xanthose. Cette même teinte se rencontre très fréquemment dans le sarcocèle.

En général, ce genre de tumeurs offre une vascularité assez prononcée, et même il n'est pas rare d'y trouver une hypérémie avec transsudation de matière colorante du sang ou encore de petites ecchymoses. La vascularité est, du reste, souvent fort inégale dans les diverses parties de la même tumeur. On y rencontre parfois des mailles de tissu osseux lorsqu'elles sont nées du périoste ou d'une partie voisine de l'os, ce qui est fréquent.

La marche ordinaire de ces tumeurs est lente ; elles acquièrent avec le temps la disposition à s'enflammer, à se ramollir, et dans des cas rares elles peuvent même s'ulcérer. La vascularité de leur tissu rend facilement compte de cette disposition à l'inflammation qui se développe spontanément ou à la suite d'une violence quelconque exercée sur la tumeur. Beaucoup de chirurgiens appelleraient cette phase de développement une dégénérescence, mais bien à tort. Au commencement, les tumeurs peuvent offrir des alternatives d'augmentation et de diminution, soit sous l'influence des efforts seuls de la nature, soit sous celle des divers agents thérapeutiques parmi lesquels les antiphlogistiques et la compression tiennent le premier rang.

Les parties qui entourent ces tumeurs peuvent être absorbées par la compression, mais nous les avons vues quelquefois persister pendant assez long-temps à l'état parfaitement intact, et nous avons fait cette remarque, surtout pour les os et pour les tendons, lorsque ces tumeurs s'étaient développées dans le tissu cellulaire ; les muscles résistent moins longtemps, et lorsque le sarcome se développe dans le tissu de l'os, on comprend aisément qu'en se développant il doit en altérer plus ou moins profondément la structure.

Nous arrivons à présent à la description des éléments microscopiques que l'on rencontre dans les tumeurs fibroplastiques. Nous y observons les éléments suivants :

1° Toutes les formes diverses des tumeurs fibroplastiques n'étant qu'une transformation des globules fibroplastiques en fibres, ces globules tiennent naturellement le premier rang parmi les divers éléments que l'on y rencontre. Et, de même qu'on trouvera sur beaucoup de points de la ressemblance entre le tissu fibroplastique consécutif à certaines inflammations chroniques et le même tissu qui forme les tumeurs en question, de même aussi les éléments microscopiques des deux productions morbides se ressemblent sous beaucoup de rapports.

Ce qui caractérise ces globules, c'est qu'ils ont, en général, une membrane d'enveloppe pâle, et un noyau à contours très marqués, très noirs sous le microscope. L'enveloppe a en moyenne 015 de millim., et le noyau varie entre 0075 de millim. et 01 de millim. Les globules entiers sont ou sphériques ou ovoïdes, ce n'est que par un examen superficiel qu'on peut les confondre avec les globules de l'encéphaloïde. Ces derniers sont beaucoup plus pâles ; on ne les rencontre ordinairement que sous forme de noyaux ronds ou ovalaires, assez isolés, plus volumineux que les noyaux des globules fibroplastiques et renfermant aussi des nucléoles plus volumineux que ceux du globule du sarcome qui ne se voient guère sous le microscope que sous la forme de petits points noirs. L'enveloppe du globule encéphaloïde, lorsqu'elle est bien développée, est bien moins régulière et ordinairement aplatie, finement ponctuée, souvent infiltrée de graisse, soit à l'état de granules, soit à celui de graisse liquide ; tandis que les éléments gras ne se rencontrent que rarement dans le tissu fibroplastique, et lorsqu'ils s'y trouvent c'est toujours en petite quantité. Les globules cancéreux peuvent bien être plus ou moins allongés, mais on n'y rencontre guère ces degrés intermédiaires entre la fibre et la cellule qui caractérisent les éléments du tissu cellulaire en voie de formation identique à notre tissu fibroplastique. Si on a signalé l'existence d'éléments pareils dans le cancer encéphaloïde, l'on est tombé dans la grave erreur de prendre un élément accidentel pour un élément essentiel, et le tissu cellulaire qui se ferme par des globules fibroplastiques dans le cancer, et qui, du reste, ne s'y rencontre pas souvent sous cette forme, n'en constitue pas plus l'élément caractéristique et essentiel que les diverses substances grasses que l'on y rencontre pourtant bien plus fréquemment. Mais ce qui a surtout donné lieu à ces nombreuses erreurs et à cette confusion sans fin, c'est que des micrographes distingués ont pris des tumeurs fibroplastiques pour des tumeurs encépha-

Nous ne terminerons pas sans faire connaître le diagnostic de M. le professeur Cruveilhier, qui est porté à admettre une *lésion des nerfs musculaires.*

— Un cas intéressant a été observé, il y a quelque temps, à l'hospice de la Maternité. Il s'agissait d'une atrésie incomplète accidentelle de la vulve. La femme qui portait cette infirmité était âgée de trente-six ans. A l'âge de dix ans, étant à cheval sur la rampe d'un escalier, elle se laissa glisser jusqu'au bas, et les parties génitales vinrent heurter avec force contre la pomme métallique qui se trouvait à la fin de la rampe. Il résulta de ce choc une déchirure des parties génitales. La malade souffrit beaucoup, et perdit une grande quantité de sang. Il paraît que le médecin qui la traita prit quelques précautions pour empêcher la cicatrisation vicieuse; malheureusement elles furent sans résultat. La plaie fut guérie dans l'espace d'un mois. Nous n'entrons pas dans plus de détails sur les antécédents, qui seront exposés avec l'étendue convenable dans l'observation complète que M. Danyau se propose de publier.

Voici maintenant dans quel état se présentèrent les parties génitales externes au moment de l'admission de cette femme à la Maternité.

Le pénil était bien conformé, garni de poils; les grandes lèvres n'offraient rien de particulier. A la place de l'ouverture vulvaire il n'existait qu'un pertuis situé tout à fait à la fourchette, et assez étroit pour n'admettre qu'une sonde de femme, laquelle pénétrait fort avant.

Il semblait qu'on eût rafraîchi les petites lèvres à leur face interne, et qu'on les eût réunies par première intention. On voyait entre les nymphes une ligne blanche de tissu cicatriciel.

Le pertuis servait à la fois à l'écoulement des urines et à celui des règles. Le méat urinaire n'était pas visible.

Des atrésies incomplètes de la vulve ont été observées à la suite de chancres. C'est dans un cas semblable que Dupuytren pratiqua le débridement sur une femme que son mari regardait comme trop bien conformée. On sait que l'illustre chirurgien n'eut garde de détruire une telle illusion. Le même effet peut être la suite de la petite vérole, comme dans un cas de Boyer.

Il est bien remarquable qu'une atrésie qui empêche absolument l'intromission du pénis dans le vagin puisse permettre la fécondation. L'exemple le plus célèbre à cet égard, est celui d'une femme citée par Riolan, laquelle accusait devant les tribunaux son mari de n'avoir point rempli l'office conjugal, et qui fut reconnue enceinte. Il faut supposer que par l'effet d'une forte pression, le pertuis qui remplace l'ouverture vulvaire se trouve, dans l'acte copulateur, rapproché par refoulement du col utérin, et que le méat urinaire de l'homme venant à correspondre exactement au pertuis, le liquide fécondant, chassé avec force, parvient jusqu'au museau de tanche. Cela est beaucoup plus naturel que d'admettre une sorte de progression du liquide, *motu proprio*, des parties génitales externes où il aurait été déposé jusque dans le haut du vagin.

L'atrésie n'a pas lieu, dans tous les cas, de la même manière. Elle se fait, soit par l'agglutination des grandes lèvres dans une étendue plus ou moins considérable, comme dans le cas déjà cité de Boyer, soit par l'adhésion mutuelle des nymphes, comme dans celui de la Maternité. Cette distinction, autant que nous puissions croire, n'avait pas encore été indiquée par les auteurs.

Une question très délicate de médecine opératoire peut se présenter; elle est traitée dans le passage suivant de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* : « Quand l'occlusion incomplète de la vulve a permis le coït, ou qu'elle n'a pas empêché la fécondation, on peut se demander si l'opération doit être faite pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Nous croyons qu'on pourra attendre l'accouchement, car avant on pourrait produire l'avortement. »

Boyer pose la question sans la résoudre; MM. Dubois et Danyau se sont conduits d'après la doctrine formulée dans le passage que nous venons de citer. Ils ont même, comme on va le voir, laissé autant que possible agir la nature.

La femme était grosse de sept mois et demi au moment de son entrée à l'hospice. Tous les signes de la grossesse furent constatés.

On essaya d'abord de dilater le pertuis à l'aide d'une mèche de charpie; mais aussitôt que celle-ci eut atteint un faible volume, des accidents inflammatoires se développèrent, et il fallut y renoncer.

Les premières douleurs se firent sentir le 28 septembre 1844; elles devinrent plus vives et plus rapprochées le lendemain. Le toucher rectal faisait sentir la tête déjà en partie dans l'excavation. Le travail marchait de plus en plus. Le périnée et l'anus bombaient. Il était à craindre que la cloison recto-vaginale et le plancher du bassin ne se rompissent.

Le moment était venu d'opter entre les deux partis indiqués dans ce passage de Boyer : « Si la membrane était fort mince, on pourrait, comme le fit Mauriceau, se dispenser de l'inciser, la force avec laquelle le fœtus est poussé suffirait pour la rompre; mais si elle avait assez de consistance pour mettre quelque obstacle à l'accouchement, on ne devrait pas hésiter à en faire l'incision... »

Si dans ce dernier cas on laissait agir la nature, comme elle n'est pas aussi judicieuse que quelques personnes le pensent, elle pourrait faire une ouverture à côté de celle qui existe, au lieu d'agrandir simplement cette dernière. Le fait de Boyer est un exemple de cette bévue de la nature. M. Danyau pratiqua donc, d'après l'avis de M. Dubois, deux petites incisions de chaque côté du pertuis vulvaire, obliquement de bas en haut et en dehors pour éviter l'urètre. Elles avaient chacune environ trois lignes de longueur.

L'orifice acquit le diamètre d'une pièce d'un sol. On voyait la tête du fœtus.

Une heure après cette première opération, la dilatation ne faisait pas de progrès.

Deux incisions, pareilles aux précédentes pour la longueur, furent pratiquées inférieurement, une de chaque côté vers les ischions. La vulve en reçut un agrandissement considérable, mais encore insuffisant, et il fallut étendre ces incisions inférieures jusqu'à leur donner un pouce de longueur. Alors l'accouchement eut lieu.

On s'est efforcé de faire cicatriser isolément les lèvres des quatre incisions, et l'on y est parvenu. L'ouverture vulvaire, au moment de la sortie de la femme, était assez large pour que la fécondation pût être effectuée dans les conditions normales; seulement les bords de l'orifice ont pu revenir sur eux-mêmes si rien ne s'y est opposé.

Le procédé mis en usage dans ce cas nous a paru mériter l'attention des praticiens. Nous y voyons, sauf plus ample information, la première application du débridement multiple à l'atrésie incomplète de la vulve.

— M. Velpeau a pratiqué l'extirpation d'une tumeur fibreuse de l'utérus très volumineuse, puisqu'elle égalait la tête d'un fœtus à terme. Il est singulier que la malade ne se soit ressentie de l'énorme corps étranger dont elle était porteur que quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Une partie de la tumeur faisait saillie dans le vagin; le reste était contenu dans la cavité utérine. L'opération a été exécutée de la manière suivante : Des érignes furent implantées dans la portion vaginale du corps fibreux, qui résista à des tractions ménagées, mais énergiques. Les érignes furent alors détachées, et M. Velpeau introduisit le forceps, qui s'empara solidement de la tumeur, sur laquelle on tira avec le plus grand ménagement et toute la patience nécessaire. A son tour le forceps fut retiré et l'on revint aux érignes, qui furent de nouveau implantées dans l'épaisseur de la masse néoplastique. Celle-ci avançait, mais lentement.

Pour favoriser sa sortie, l'opérateur eut l'idée de la fendre. Il en résulta que la tumeur se dédoubla pour ainsi dire, et se présenta comme de profil. M. Velpeau put alors, au moyen du couteau courbe qui lui avait servi à la diviser, couper le pédicule allongé transversalement, mince et court, qui la faisait adhérer à la paroi interne de la matrice. La tumeur est évidemment fibreuse; son intérieur est d'un blanc brillant. Quand on la rompt, la surface de la déchirure offre la disposition caractéristique de ces sortes de productions. Ce corps fibreux est recouvert d'une enveloppe fine, qu'il est permis de regarder comme un prolongement de la membrane interne de l'utérus. On comprendrait cependant que cette membrane n'eût pu se prêter à une extension proportionnée au volume d'une tumeur aussi considérable, et que celle-ci l'eût éraillée.

— L'utérus, après la ménopause, est mis, pour ainsi dire, hors la loi de l'organisme, qui ne prend plus part que faiblement, ou même ne prend aucune part à ce qui s'y passe. Un organe qui, dans le temps de son activité, développait au loin les sympathies les plus vives, devient presque étranger à cette économie qu'il influençait si puissamment. A ce moment la femme cesse d'être elle-même, car elle existe surtout dans l'utérus. Cette indifférence de l'organisme pour la matrice est rendue évidente par ces cancers qui se développent soudainement, insidieusement, et qui se révèlent tout à coup par une hémorrhagie qui fait croire d'abord à la malade qu'elle a une simple *perte*. Alors, quand le médecin constate l'existence d'un cancer, et annonce l'extrême gravité du pronostic, c'est à peine si on ajoute foi à sa déclaration malheureusement trop fondée. M. Barth nous a fait part d'un cas semblable et, de notre côté, nous avons eu l'occasion d'en observer un récemment.

— Nous avons vu aussi un polype utérin du volume d'une petite poire d'Angleterre, chez une dame qui n'avait jamais éprouvé aucune espèce de symptôme du côté du bassin. La malade étant arrivée à un âge où il était permis de penser qu'elle allait cesser d'être menstruée, on crut pendant quelques jours qu'elle avait simplement une de ces métrorrhagies qui sont assez communes pendant la ménopause. Enfin on se décida à toucher, et l'on reconnut le corps anormal, dont l'extirpation fut faite le lendemain. Nous avons eu l'occasion de remarquer, dans cette opération, que les ciseaux droits sont préférables aux ciseaux courbes pour l'excision du pédicule. La métrorrhagie continua pendant une quinzaine de jours, malgré une foule de moyens mis en usage; et tous les accidents de l'anémie, la somnolence, le bruit musical que l'on pourrait si bien appeler la plainte des artères, etc., se déclarèrent. Il fallut nourrir la malade. La perte s'arrêta insensiblement. La convalescence fut longue. Notons que le pédicule avait été bien complètement excisé.

Règle générale : quelque soit l'âge d'une femme qui est atteinte de métrorrhagie, il faut pratiquer le toucher sans retard.

— M. Gerdy a ouvert un énorme abcès de la paroi interne de l'aisselle, chez une femme d'une constitution débile. Il s'est écoulé une quantité très abondante d'un pus crémeux et jaune-verdâtre, ayant tous les caractères du pus phlegmoneux. Chose digne de remarque, cet abcès n'avait été précédé d'aucun des signes locaux et généraux qui accompagnent la formation d'un abcès aigu. Seulement, dans les derniers jours, on vit apparaître sur la tumeur une rougeur circonscrite qui donna à M. Gerdy l'idée de sa véritable nature.

— On trouvera au *Feuilleton* une note de M. Libert sur les sarcomes, à propos de notre article sur le cancer colloïde, note que nous nous félicitons d'avoir provoquée. X.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pleuropneumonie. Affection aiguë du cœur.

Au n° 6 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme âgé cinquante-trois ans, d'une constitution peu forte, d'une santé généralement assez bonne, exerçant la profession de tailleur. Cet homme a été rarement malade; cependant, d'après les réponses qu'il fait à l'interrogatoire minutieux auquel on le soumet, il paraîtrait avoir été pris trois fois d'une affection qui semble avoir été une pleurésie ou une pleuropneumonie. Il n'y a point eu chez lui, pendant ces maladies antérieures, de crachats sanglants. Cet homme déclare aussi n'avoir point eu d'affections rhumatismales articulaires.

Le 4 janvier, il fut pris d'un frisson qui dura environ deux heures, et fut suivi d'une chaleur vive et de sueur. Le même jour, il eut deux ou trois vomissements, et rendit tous les aliments qu'il avait pris. Ce phénomène, le vomissement, est assez commun au début des affections aiguës. Il arrive très fréquemment que le commencement d'une maladie aiguë donne lieu à une indigestion; c'est une suite du trouble général de l'économie.

Le lendemain, 5 janvier, la fièvre persista, ainsi que le malaise général; sentiment de faiblesse, de courbature; douleurs dans les membres, mais pas de douleur de côté; pas de toux.

Cet état resta le même jusqu'au septième jour, où le sujet commença à tousser. Ce jour-là, il fut examiné par M. Guéneau de Mussy, chef de clinique, qui constata les phénomènes suivants :

La respiration était fréquente; pouls à 42 par minute. Le

---

loïdes, et les ont même décrites comme une espèce particulière d'encéphaloïde à globules fusiformes.

Si nous insistons sur ces détails, minutieux en apparence, c'est qu'il s'agit ici d'une question très-grave, à savoir si ces tumeurs peuvent être enlevées avec chance certaine de réussite, sauf le danger immédiat de l'opération, ou s'il s'agit de tumeurs qui récidivent sur place ou sur d'autres points de l'économie. Observons à cette occasion que, par rapport aux tumeurs fibroplastiques, il faut toujours se défier des récidives sur place, parce que ces tumeurs, celles surtout de la première forme, tendent à envoyer des prolongements partout dans les interstices des tissus et des organes. Aussi, ces tumeurs réclament-elles souvent l'amputation, et les fastes de la science abondent d'observations de malades qui, ayant présenté des tumeurs volumineuses de ce genre, prises pour des affections cancéreuses, ont été ensuite complétement guéris par l'amputation. Cette remarque s'applique surtout aux ostéo-sarcomes des membres. Revenons, après cette digression, aux éléments microscopiques des tumeurs fibroplastiques.

2° Un élément cellulaire que nous n'avons jamais rencontré que dans ces tumeurs, ce sont de grandes cellules-mères qui peuvent atteindre jusqu'à un douzième de millimètre, et qui renferment dans leur intérieur 8, 10, 12 noyaux et globules fibroplastiques, parfois même un plus grand nombre; leur aspect est tellement caractéristique par leur forme arrondie, surtout ovalaire, et par le petitesse de ces nombreux noyaux, qu'on ne peut les confondre avec aucun autre élément microscopique.

3° Dans la plupart des tumeurs sarcomateuses, la majeure partie du tissu est composée de corps fusiformes, c'est-à-dire de globules fibroplastiques allongés à leurs deux extrémités, devenant d'abord pointus, se terminant ensuite en véritables fibres, montrant quelquefois même une ramification à leur extrémité, et perdant peu à peu leurs noyaux internes.

4° De véritables fibres se rencontrent presque toujours dans ce genre de tumeurs, et on peut aisément suivre tous les intermédiaires entre la cellule allongée fusiforme et les fibres régulières.

6° Dans les sarcomes charnus on rencontre bien souvent une bonne partie du tissu composé de très petits globules qui n'ont que 0m.,005 à 0m.,0075 de millimètre. Ce sont peut-être des noyaux fibroplastiques qui, étant sécrétés d'une manière trop abondante, trop dense et trop serrée, n'ont pas pu suivre leur évolution complète. Parmi ces divers éléments se rencontre souvent une substance intermédiaire hyaline ou finalement ponctuée.

Tous ces éléments se rencontrent quelquefois dans la même tumeur; tantôt les uns, tantôt les autres prédominent.

Nous avons classé ces tumeurs, d'après leur aspect à l'œil nu, en tumeurs molles, lobulaires et jaunâtres, et en tumeurs plus rouges, plus fermes et plus charnues. Nous trouvons dans les éléments microscopiques d'une manière tout à fait correspondante, deux catégories. La première répond aux tumeurs molles, lobulées et jaunes; elle est plutôt formée de globules fibroplastiques bien développés, et d'un tissu fusiforme, lâche; la seconde, plus ferme, est composée d'une trame fibreuse et de petits globules très étroitement juxtaposés, montrant cependant également du tissu fusiforme, et des globules fibroplastiques plus développés dans quelques endroits.

L'enveloppe fibro-cellulaire qui enveloppe ces tumeurs n'offre rien de particulier à l'examen microscopique. Elle n'est composée que de fibres fines et tortueuses réunies par places en faisceaux, et de vaisseaux sanguins.

Quant au siége, on rencontre les tumeurs molles dans la conjonctive, où elles forment de petits champignons rougeâtres, très vasculaires; lorsqu'on les extirpe à temps, les malades guérissent; dans le cas contraire, elles compromettent l'œil uniquement par la compression qu'elles peuvent exercer sur lui. Il ne faut pas les confondre avec le fongus hématode, ni avec le cancer encéphaloïde, qui prend plutôt son origine dans les parties profondes de l'œil et surtout dans la rétine.

On rencontre parfois cette tumeur dans le sein, et le tissu lobuleux peut y être séparé par des aréoles fibreuses qui proviennent plutôt d'un tissu cellulaire normal et hypertrophié que d'un tissu accidentel. Du reste, cette tumeur n'altère point le mamelon et se trouve même à une certaine distance de ce dernier.

Les tumeurs fibroplastiques molles ont souvent leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans celui qui se trouve dans les interstices des parties plus profondes des membres. Ce sont surtout ces derniers qu'on extirpe facilement d'une manière incomplète.

Quant aux tumeurs sarcomateuses plus consistantes et charnues, elles peuvent aussi prendre leur origine dans le tissu cellulaire; mais le plus souvent elles proviennent des parties fibreuses, et principalement de celles du système osseux. Les ostéosarcomes ont souvent cette origine, et on les rencontre non-seulement sur les membres, mais aussi à la mâchoire supérieure et à la surface du crâne, où leur étendue rend souvent l'opération fort dangereuse.

C'est dans cette catégorie que nous classons le fongus de la dure-mère, au sujet duquel on a remarqué depuis longtemps qu'il n'est pas en général lié à une infection cancéreuse, quoiqu'il se rencontre de préférence chez les vieillards. Ce fait n'a rien d'étonnant, puisque ces tumeurs ne sont pas de véritables *cancers*, nom qui comprend des affections morbides de nature fort différente, et qui nous rappelle la dénomination de *chaos animale*, sous laquelle Linné désignait tous les êtres du règne animal que l'on ne pouvait pas bien étudier de son temps à l'œil nu, et qu'on ne voulait pas étudier avec le microscope.

malade se plaignait d'une légère douleur dans la région scapulaire gauche. Le premier jour, on ne trouva rien d'extraordinaire ni d'anormal dans le côté gauche. Mais le côté droit présentait un peu de crépitation fine, limitée, dans la région scapulaire, dans le point correspondant à celui qu'occupe la douleur dans le côté. Dans la fosse sus-épineuse, on entendait manifestement, à droite, une respiration bronchique avec retentissement de la voix. Aucune douleur, nous le répétons, dans le côté droit du thorax; il n'existait qu'une douleur obscure et peu intense dans la fosse scapulaire dû côté gauche, bien que la respiration y fût bonne.

Le pouls était à 116, bien développé; les crachats n'étaient pas sanglants ni même colorés en jaune clair; ils étaient seulement visqueux, tenaces, adhérents au vase.

Du côté du cœur, qui fut examiné avec soin par la percussion et l'auscultation; et, disons à ce propos, que, trop souvent négligé, l'examen du cœur est toujours chose importante dans les affections aiguës du thorax; du côté du cœur, disons-nous, on trouva un peu de prolongation du premier bruit, sans production de souffle bien évident. La matité de la région précordiale n'était pas plus étendue qu'à l'état normal. — Une saignée fut faite, de trois palettes environ.

Le lendemain, le pouls, qui était régulier au moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, présentait des intermittences et des irrégularités. La région du cœur fut auscultée de nouveau avec soin, et voici ce que l'on constata : Le premier bruit présentait un souffle râpeux, rude, ressemblant à un bruit de lime ou de râpe, accompagné d'une sorte de frottement. Le cœur était décidément pris d'une manière aiguë et participait à l'inflammation, chose qui n'est pas très rare dans les affections aiguës de l'appareil respiratoire ; mais une singularité digne de remarque, et qui constituait un fait rare, c'est que l'inflammation coexistante du cœur, qui est ordinairement déterminée par l'inflammation du poumon ou de la plèvre gauche, compliquait, dans le cas actuel, une affection aiguë du poumon opposé. — Une saignée fut faite le matin, répétée le soir; et voici l'état dans lequel on trouve maintenant le malade :

Depuis hier, les jambes présentent un peu de gonflement œdémateux. Rien d'anormal dans la physionomie. Seulement le malade offre ce caractère et cette expression du visage qui sont le propre et caractéristiques des affections aiguës graves. Les crachats ont une teinte légèrement rougeâtre, formée uniformément par du sang non mélangé ; mais combiné avec le mucus bronchique, teinte qui ne se rencontre que dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire. A l'auscultation, son un peu obscur sans matité complète nulle part. Crépitation fine dans les points indiqués, en arrière à droite, à bulles sèches, nombreuses. A la partie supérieure, un peu de respiration bronchique avec retentissement de la voix quand on fait parler le malade.

Ainsi donc, à droite, tous les signes d'une pleuropneumonie entre le premier et le second degré, constatés tant par l'auscultation que par la percussion. En même temps que la pneumonie, il existe évidemment une affection aiguë du cœur. Il y a d'abord une irrégularité très grande du pouls; ainsi tantôt pendant l'espace de cinq secondes, on compte sept pulsations; tantôt on en compte neuf. Dans le premier cas, les deux battements qui ne se font point sentir sont remplacés par deux intermittences. En comptant comme si on les percevait les battements avortés qui constituent les intermittences, on trouve le pouls à 108 par minute. Voilà donc une irrégularité manifeste du pouls survenue pendant le cours d'une maladie aiguë inflammatoire du parenchyme pulmonaire. Or, toutes les fois que, à une époque peu avancée d'une affection de ce genre, vous voyez survenir une intermittence bien évidente dans les pulsations artérielles, vous devez immédiatement diriger toute votre attention vers l'organe central de la circulation, et présumer tout d'abord qu'il existe une complication inflammatoire dans les membranes interne ou externe du cœur.

Le système circulatoire a donc été l'objet d'une investigation toute particulière de notre part, et nous avons dû chercher s'il y avait d'autres phénomènes appréciables. Nous avons rencontré un phénomène très remarquable. Dans l'état de santé, le malade qui fait le sujet de notre observation n'avait pas, ce que l'on appelle vulgairement, l'haleine courte. Il marchait facilement et vite comme les hommes de son âge, éprouvant peut-être un peu plus d'essoufflement que l'on n'en éprouve d'ordinaire. Il y a donc eu ici une modification subite survenue dans les fonctions circulatoires. Dès le second jour qui suivit son entrée dans nos salles, on trouva un peu d'œdème des membres inférieurs, borné aux pieds et à la moitié des jambes. Aujourd'hui, le gonflement œdémateux occupe non-seulement les jambes, mais les cuisses, surtout à la partie interne. Il y a là un véritable œdème aigu.

L'œdème aigu qui survient tout à coup chez un homme bien portant habituellement, et qui n'est pas sujet à un gonflement de cette nature, comme le malade dont nous vous entretenons, cet œdème aigu est un signe d'une grande valeur pour le diagnostic des affections des membranes du cœur. Déjà, dans l'article *Péricardite*, du dictionnaire en vingt et un volume, nous avions longuement insisté sur ce phénomène. « Quelquefois, disions-nous, il survient en peu de jours un œdème plus ou moins considérable des membres inférieurs, ou une coloration violacée des lèvres, du nez et des joues. L'apparition presque subite au début ou dans le cours d'une maladie aiguë de phénomènes qui appartiennent d'une manière spéciale aux affections organiques du cœur, doit naturellement conduire le médecin à soupçonner l'existence d'une péricardite. »

Comme l'œdème chronique, l'œdème aigu a une grande valeur. L'œdème chronique est un des signes d'une inflammation chronique du cœur. Lorsqu'il est aigu, on doit supposer, et souvent dans l'immense majorité des cas, devons-nous dire, on doit croire qu'il y a une gêne considérable dans la circulation. Quelquefois il nous est arrivé de pouvoir donner ce signe comme indiquant à lui seul une péricardite. Or il est évident qu'un phénomène est d'une importance extrême lorsque, presque par lui seul, on peut arriver au diagnostic d'une maladie aussi grave que l'est la péricardite.

L'endocardite produit des effets à peu près semblables. Il y a quelques années, nout avons vu dans nos salles à l'Hôtel-Dieu, une femme qui pendant le cours d'une maladie aiguë fut prise d'œdème de ce genre et dans l'espace de quelques jours à peine. Elle succomba bientôt. A l'autopsie, on trouva les signes d'une endocardite des plus intenses et des mieux caractérisées. Ce fait a été publié en détail par M. Noël Guéneau de Mussy, alors notre chef de clinique.

D'après l'existence seule de cet œdème nous avions été porté à supposer qu'il existait une inflammation aiguë du cœur ou de ses membranes soit interne, soit externe. L'exploration du cœur par la percussion et l'auscultation a confirmé nos prévisions. Nous avons entendu un bruit de cuir neuf bien marqué; de plus, quelques petits craquements assez semblables à des bulles humides de râle crépitant, craquements qui ont également pour nous une assez grande importance. Je ne crois pas que ces craquements aient été signalés dans les cas où l'endocarde est seul malade. Ils appartiennent exclusivement, selon nous, à l'inflammation des membranes séreuses, ainsi que nous l'avons dit souvent à propos de la pleurésie sèche. Ce qui arrive pour la plèvre, lorsque son inflammation n'est pas accompagnée d'épanchement, arrive également pour le péricarde dans les mêmes circonstances.

Dans le cas actuel, la percussion de la région précordiale ne nous a pas accusé de matité plus étendue qu'à l'état normal. Dans la péricardite d'une cetaine intensité, la matité de la région précordiale est beaucoup plus étendue dans le sens vertical comme dans le sens horizontal ; cette matité devient plus considérable encore lorsqu'il y a épanchement d'un liquide soit séreux, soit purulent dans la cavité de la membrane séreuse.

D'après la nature des bruits que nous avons constatés dans le cas dont nous vous entretenons, nous serions plus fondé à incliner vers l'existence d'une péricardite que vers celle d'une endocardite. Toutefois, cette grande irrégularité des pulsations, ces intermittences fréquentes sembleraient devoir dépendre plutôt d'une inflammation de la membrane interne du cœur. Aussi ne voudrions-nous pas nous laisser aller complétement et sans restrictions aux inductions que l'on pourrait déduire de l'état de la plèvre. Il ne serait d'ailleurs nullement impossible qu'il y eût à la fois inflammation de l'une et de l'autre membrane, qu'il y eût simultanément endocardite et péricardite. Peut-être, après tout, la distinction n'est-elle pas d'une importance telle qu'il soit nécessaire de l'établir rigoureusement. Le point capital est de constater que le cœur est malade et cela d'une manière aiguë ; le reste n'est plus que d'un intérêt secondaire. Tout nous annonce que l'une des membranes du cœur est enflammée. Les douleurs obscures que le malade accuse peuvent bien se rattacher à cette affection.

Pour les douleurs qu'il éprouve et qui, à ce qu'il paraîtrait, sont assez vagues et peu intenses, il n'en a parlé qu'après avoir été poussé de questions et longuement interrogé. C'est encore un symptôme dont nous ne devons pas faire abstraction, et qui nous fournit des données confirmatives de notre opinion. Le pronostic n'est pas aujourd'hui très grave. Il y a lieu de croire que cette double inflammation du poumon et du cœur se terminera favorablement. La péripneumonie n'est pas très étendue ; elle se trouve encore entre le premier et le second degré ; elle est bornée à la région scapulaire, et rien ne fait présumer qu'on ne puisse pas s'en rendre maître. Quant au cœur, l'inflammation soit simple soit double dont il est affecté n'entraîne pas un péril immédiat par elle-même. Elle constitue une maladie sérieuse, mais non pas un danger imminent pour la vie.

La péricardite est souvent passée inaperçue, comme l'ont prouvé les recherches d'anatomie pathologique de M. Louis. Souvent, en effet, elle a laissé des traces bien évidentes de son existence chez des individus où on ne l'avait jamais soupçonnée et dont elle n'avait pas causé la mort. Relativement au siége possible de l'inflammation dans l'endocarde, il y aurait quelque chose de plus sérieux. Les symptômes n'offrant pas ici une très grande intensité, il y a lieu d'espérer que, sous l'influence des émissions sanguines qui ont été mises en usage et dont l'emploi va être continué, et de révulsifs puissants, elle cédera complétement. Trois saignées ont déjà été faites, et ont amené dans l'état du malade une amélioration bien évidente. Aujourd'hui, le peu de développement du pouls, l'état de faiblesse du sujet semblent en quelque sorte défendre de continuer l'emploi des antiphlogistiques. Nous avons ce matin prescrit un purgatif.

— Trois jours après avoir présenté à ses auditeurs les quelques considérations précédentes sur l'état du malade, M. Chomel annonce que, selon ses prévisions, le mieux s'est soutenu. Du côté de la poitrine, dans la région scapulaire, la respiration bronchique est moins forte. Il y a encore quelques-uns de ces craquements secs, éclatants, assez gros, dont nous avons parlé dans la précédente conférence, et qui n'ont pas été assez généralement signalés et avec assez d'attention dans la pneumonie.

Depuis trois jours, la partie inférieure de la poitrine est mate. A la percussion, on ne distingue plus le murmure vésiculaire; on distingue seulement, mais très profondément et d'une manière assez obscure, une crépitation fine. L'apparition de ces nouveaux symptômes est évidemment due à la formation d'un épanchement séreux dans la cavité de la plèvre. Nous avons eu plus d'une fois occasion de vous signaler le peu de danger que présente le plus souvent la production d'un épanchement pleurétique pendant le cours d'une inflammation péripneumonique. Sous ce rapport encore, il y a amélioration, ou du moins cette complication n'a pas augmenté le danger. Le remplacement de la pneumonie par une pleurésie avec épanchement, à forme subaiguë ou chronique, est presque toujours d'un bon augure, en ce sens que cette affection détermine un danger moins imminent que l'inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire.

Du côté du cœur, les irrégularités et les intermittences sont moins rapprochées. Le pouls, beaucoup moins fréquent, ne donne plus guère que 84 pulsations par minute. Bien que les intermittences soient moins nombreuses, elles n'ont cependant pas encore entièrement disparu. Lorsque l'on applique l'oreille sur la région précordiale, en même temps que l'on appuie le doigt sur l'artère radiale, on entend quelquefois deux battements très rapprochés, dont l'un semble comme avorté, comme si le cœur se contractait *à vide*, et cette contraction ne répond point à une pulsation artérielle ; il n'y a point de sang projeté dans les artères par cette fausse contraction du cœur. C'est ce que l'on pourrait appeler un *faux pas* du cœur. Le bruit de cuir neuf, de frottement est moins marqué. Les bulles humides ont à peu près disparu. La physionomie est meilleure. L'état est sensiblement plus satisfaisant. Un vésicatoire a été appliqué sur la région de la poitrine correspondant à droite à la matité que nous avons dite déterminée par un épanchement pleurétique. Ce matin, dix grammes d'huile de ricin ont été administrés. Nous considérons le malade comme en bonne voie de guérison.

Injections de nitrate d'argent dans les blennorrhagies.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser un dernier mot relatif à la discussion qui vient de s'élever dans la *Gazette des Hôpitaux*, à propos de la question blennorrhagique.

Il est curieux de voir nos adversaires se plaire à combattre des moulins à vent, et à se créer des objections auxquelles nous n'avons jamais pensé, pour se donner le plaisir de les réfuter. Jamais ni M. Ricord, ni M. Debeney, ni moi, ni personne que je sache, n'avons prétendu trouver dans les injections caustiques un spécifique contre la blennorrhagie; je ne dirai pas comme M. Duchesne, contre la blennorrhagie violente vénérienne Comme l'a dit plaisamment peut-être, mais justement, le chirurgien de l'hôpital du Midi, nous ne sommes pas des hommes *virulents*. Mais ceci est une question que nous viderons plus tard, s'il y a lieu.

Je ne dirai rien des inconvénients tout à fait illusoires dont M. Duchesne gratifie les injections à haute dose. Suivant lui, elles augmentent l'écoulement, disposent aux récidives, et font perdre inutilement un temps précieux. Je prétends, moi, qu'elles en font gagner. Est-ce perdre du temps que de guérir en *quatre* jours une maladie qui par l'ancienne méthode en durait *quarante* en moyenne ?

On fait grand bruit de la douleur; mais, outre qu'elle n'est pas si violente qu'on veut bien le dire, quand donc a-t-on vu la douleur arrêter le chirurgien dans l'emploi d'une méthode thérapeutique qui produit d'heureux résultats; et ne croirait-on pas, à entendre ces messieurs, que nous écorchons vifs nos malades?

Je ne parlerai pas du singulier travestissement d'expressions à l'aide duquel M. Duchesne arrive à me faire dire que mes quinze malades ont horriblement souffert, tandis que j'ai déclaré que les douleurs ont, chez presque tous, cessé rapidement, et que ceux qui ont pu faire la comparaison des nouvelles injections avec les anciennes, nous ont affirmé n'y avoir pas trouvé de différence bien notable. Celui de nos malades qui s'est plaint le plus, n'a pas reculé devant les deux dernières injections, et il me disait encore, il y a quelques jours à peine, que malgré la souffrance qu'il avait éprouvée, il était tout prêt à recommencer, s'il redevenait malade.

M. Duchesne demande : « Qu'est-ce qui prouve que les injections » aient été faites complétement, et aient pénétré dans toute l'étendue » du canal? » Et il ajoute: « Qu'est-ce qui prouve aussi que les onze » sujets qui ont moins souffert, ne doivent pas la diminution de leurs » douleurs à l'imperfection de leurs injections? »

Je pourrais répondre: Ce qui le prouve, c'est la guérison obtenue; mais si M. Duchesne *avait pris la peine de lire la note* à laquelle il me fait l'honneur de répondre, il verrait que je fais les injections moi-même aux malades, afin d'être sûr qu'elles seront faites complétement et convenablement.

M. Duchesne dit encore que mes quinze malades ont beaucoup plus souffert que par les injections ordinaires de M. Ricord, 5 centigrammes pour 125 grammes d'eau. D'après cela, qui ne croirait que M. Ricord rejette les injections à haute dose? Eh bien, si M. Duchesne le désire, je lui représenterai des ordonnances de M. Ricord, en tel nombre qu'il voudra, par lesquelles ce chirurgien prescrit, non pas seulement à l'hôpital, mais en ville, des injections contenant *un gramme* de nitrate d'argent pour *trente grammes d'eau*.

Encore un mot, et je termine. M. Debeney a apporté des faits et des chiffres. M. Leriche a apporté également des faits et des chiffres. Croyant que seize histoires de chaudepisses sans accidents n'offriraient pas un grand intérêt, j'ai apporté des chiffres, prêt à représenter les faits dès qu'on me les demandera. Qu'apporte M. Duchesne dans la discussion? Des idées *à priori*, des allégations sans fondement, des probabilités, des suppositions. De faits et de chiffres, pas un mot. Dès lors, de quelle valeur peut être son témoignage?

Agréez, etc. Dr A. Foucart.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Tu te fâches, donc tu as tort, » disait Ménippe à Jupiter. Je pourrais, apostrophant ainsi M. le docteur Foucart, borner à ce peu de mots ma réponse à son impétueuse attaque du 30 janvier ; mais la raison, le droit et surtout la vérité pratique, qui sont tout entiers de mon côté, m'obligent, un peu malgré moi, à moins de laconisme, et me forcent à vous adresser cette rapide réfutation qui sera, je l'espère, la dernière.

Ce n'est pas ma faute si M. Foucart m'a entraîné sur un terrain qu'il a le premier rendu irritant et peu parlementaire. La note du 16 janvier, premier élément de notre polémique, est loin d'être un modèle de convenance et d'urbanité ; le *déluge* d'accidents qu'elle me reproche d'avoir observés, vaut bien mon regret de ne trouver aucun détail graphique appuyant les 17 succès de M. Foucart. Ainsi, sur ce point, passons. Passons aussi sur le titre de défenseur officieux dont il ne veut pas, et empressons-nous de lui rendre le *suum cuique* dans toute sa valeur. Seulement remarquons, et pour la deuxième fois, l'isolement absolu dans lequel continue à se trouver notre honorable adversaire, dont la note et les réflexions ultérieures ne peuvent exciter aucune adhésion parmi nos confrères. Tous les jours, au contraire, de nouveaux opposants se prononcent contre le traitement incendiaire qui nous divise, et je joins avec plaisir aux noms que j'ai déjà cités, celui de notre spirituel collègue le docteur Vidal (de Cassis), dont,

j'en suis sûr, M. Foucart respecte autant que moi l'imposante autorité dans l'espèce.

Faut-il ajouter encore que le confrère auquel je réponds, et qui n'est, dit-il, chirurgien d'aucun hospice ou hôpital (mots synonymes, quoi qu'on dise), a trouvé jusqu'au sein de la Société académique dont il est secrétaire, des négations tormelles à ses dires pratiques? MM. Perthus, Belhomme, Eguisier, Tanchou, etc., sont en effet des collègues bien peu sympathiques, et c'est sans doute sous l'impression de la discussion qu'il venait de rédiger que M. Foucart a fulminé son réquisitoire contre les médecins de province, lesquels n'adoptent pas aveuglément toutes les utopies venues de Paris ou d'ailleurs.

Quoi qu'il en soit, et dussé-je me répéter, je n'en persiste pas moins à soutenir contre les assertions de mon honorable contradicteur :

1° Que la compression exercée sur un point circonscrit et presque anal du périnée, n'efface, en rigoureuse anatomie, que l'extrémité prostatique ou vésicale de l'urètre.

2° Que l'urine, ramenée par les boissons à l'état quasi aqueux, est *vingt fois* moins irritante pour la muqueuse urétrale enflammée que la solution concentrée de nitrate d'argent.

3° Qu'indépendamment du *déluge* d'accidents qu'entraîne après elle la méthode abortive de la blennorrhagie, les effets curatifs de cette méthode sont presque toujours nuls.

4° Enfin que sans vouloir entacher de suspicion les cas pratiques, sans altérer en rien le caractère et la moralité du citateur, il est permis d'exiger de lui quelques développements descriptifs. La susceptibilité la plus ombrageuse s'accommode assez facilement de ce genre de preuves, et j'ai lieu de croire qu'elles existent pour les dix-sept cas de M. Foucart. Cependant il ne les a pas produites, et il croit justifier son silence en avançant que mon travail est, comme le sien, dépourvu de toute espèce d'analyse, alors que sur vingt-deux observations, j'en ai donné huit *in extenso*, choisies au surplus comme résumés exacts de la physionomie des quatorze autres.

J'arrête là cette trop longue lettre, Monsieur et cher confrère, en désirant vivement qu'elle termine un débat que je n'ai pas suscité. Quoi qu'en dise M. Foucart, les praticiens de la province n'ont pas la présomptueuse vanité de se croire infaillibles ; ils professent pour leurs confrères de Paris et pour les travaux qui émanent du grand centre médical, cette déférence et cette sympathie qui ne peuvent manquer aux œuvres de conscience et de talent. Mais s'ensuit-il qu'on veuille et qu'on doive leur refuser le droit d'examen? Ne peuvent-ils donc exercer aucune espèce de contrôle sur les acquisitions nouvelles de l'art de guérir, et doivent-ils toujours jurer *in verba magistri*? Ces prétentions, vous ne l'ignorez pas, s'accorderaient mal avec l'esprit d'égalité et de tolérance scientifiques, qui distinguent la généralité des médecins de la capitale, mais elles peuvent se manifester dans quelques circonstances tout à fait personnelles et ne conviennent pas mieux à qui se laisse influencer par elles que le petit orgueil provincial qui voudrait primer sur les imposantes renommées du monde médical parisien.

Agréez, etc.,

J. VENOT, D.-M.-P.,
Chirurgien de l'hôpital des vénériens de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations médico-légales sur les blessures. Observation. Plaies simples du thorax, etc.; par le dr Leroux, de Rennes.

Les considérations médico-légales qui font le sujet de ce travail ont été suggérées à M. le docteur Leroux par un fait extrêmement curieux, dont presque tous les journaux politiques et judiciaires de Paris ont rendu compte au mois de septembre de l'année qui vient de s'écouler, et à propos duquel l'auteur fut appelé en qualité d'expert devant les tribunaux.

Un homme de trente-sept ans, à la suite d'une discussion violente avec son père, est frappé par ce dernier d'un instrument tranchant qui détermine dans la région dorsale deux plaies linéaires de deux à trois centimètres de longueur, situées, l'une sur la région scapulaire gauche, l'autre à un centimètre de la septième vertèbre dorsale droite. Les plaies, au moment de l'examen du blessé, ne paraissent point pénétrantes, au moins autant que l'on peut en juger en faisant exécuter au sujet de grands et rapides mouvements d'inspiration et d'expiration. Il n'y a ni ecchymose, ni emphysème pulmonaire autour des plaies ; l'expectoration est blanche, sans traces de sang. Notons en passant que le sujet était depuis longtemps affecté d'une maladie grave du côté droit de la poitrine, caractérisée par de la matité, l'absence de la respiration, une toux continuelle, etc. Le neuvième jour, les plaies sont entièrement cicatrisées. Quelques jours après, la plaie de droite présente, sous la cicatrice, une fluctuation manifeste ; une incision avec la lancette donne issue à un pus phlegmoneux de bonne nature. Le vingt-huitième jour de l'accident, une quantité considérable de matière séro-purulente rosée sort par la plaie nouvelle ; le malade se trouve soulagé, commet des imprudences, se lève en chemise. A dater de ce moment, les accidents augmentent d'intensité ; le malade succombe le quarante-deuxième jour. A l'autopsie, on constate une pleurésie purulente du côté droit de la poitrine, ancienne, avec fausses membranes et ratatinement du poumon.

De l'ensemble de ces circonstances, M. Leroux a déduit les trois corollaires :

1° C... a reçu deux coups de couteau qui ont produit deux blessures simples, cicatrisées le neuvième jour.

2° C... était atteint, dans le côté droit de la poitrine, d'une maladie qui, ayant été négligée, devait se terminer par la mort dans un temps plus ou moins long.

3° La plaie du côté droit, ravivant un foyer de maladie mortelle, a hâté la mort du blessé. Cependant, par sa nature intrinsèque, cette blessure était sans danger par elle même, elle était cicatrisée le neuvième jour, et n'a eu un résultat funeste que par une complication, une surcause; l'ouverture de l'empyème qu'elle a occasionné est un effet secondaire qui a eu le résultat que pouvait avoir l'opération faite par l'art.

Cédant à une influence occulte, les journaux de Paris ont essayé de ridiculiser les sages et logiques conclusions du docteur Leroux. Le ministère public lui-même, a cherché, ans le cours du procès, à rabaisser la valeur du témoignage de notre contrère de Rennes. C'est pour répondre à cette double inconvenance que le docteur Leroux a publié le travail dont nous nous occupons ; travail qui révèle, en même temps qu'une érudition de bon aloi, et une connaissance approfondie de la science médico-légale, une force de logique peu commune et un sentiment profond de la dignité de l'art.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de fer associé au sulfate de quinine; par M. le docteur J. Vrancken, d'Anvers.

Suivant M. Vrancken, vingt ou vingt-cinq centigrammes de sulfate de quinine avec quarante ou cinquante centigrammes de protosulfate de fer, administrés pendant l'apyrexie, suffisent pour couper la fièvre intermittente chez un adulte, ou du moins pour rendre le paroxysme moins fort ; dans ce dernier cas, en donnant encore, pendant l'apyrexie qui suit, une dose semblable à la première, on triomphe généralement de la fièvre. Ensuite, comme pour le quinquina, on fait prendre une troisième fois la dose entière lors de la prochaine apyrexie, et cette précaution est surtout essentielle lorsque la fièvre a déjà duré quelque temps ou qu'elle est arrivée au point d'altérer profondément l'économie. Puis enfin, on continue l'administration quotidienne du même mélange à doses graduellement décroissantes, et on soutient ainsi la médication pendant huit à quinze jours, en se réglant sur la durée, le type et la nature de la fièvre à laquelle on a affaire.

Pour mieux assurer le succès du traitement, il convient de faire prendre le remède à doses fractionnées, en huit ou dix prises égales, par exemple, qui doivent être données avant l'époque présumée du retour de l'accès et à des intervalles aussi éloignés que peut le permettre la durée de l'apyrexie, en ayant soin toutefois que les dernières prises se trouvent ingérées à la moindre distance possible du début de l'accès.

De cette manière, le médicament fatigue moins l'estomac, et, de plus, il reste plus de temps pour qu'il puisse être absorbé complétement et passer ainsi dans le torrent de la circulation, ce qui ne paraît pas être très facile pour les préparations ferrugineuses.

L'auteur a cru remarquer que ce remède s'oppose plus sûrement aux récidives que le quinquina, et, en outre, il a reconnu qu'il n'a pas besoin d'être continué aussi longtemps que ce dernier pour prévenir le retour de la fièvre.

Cette préparation lui a réussi surtout dans les fièvres quartes et dans celles qui avaient duré longtemps ; dans les cas où il existe un grand épuisement des sujets, une altération, une langueur des fonctions organiques ; dans ceux où se sont développés déjà des affections consécutives, telles qu'engorgements, obstructions, indurations de la rate, du foie, des ganglions mésentériques, etc. ; enfin, chez les individus dont la fièvre était compliquée d'altérations du système lymphatique, d'imminence d'hydropisie, d'infiltration des extrémités, d'hydropisie même. Du reste, dans ce dernier cas, il est avantageux de recourir simultanément à l'emploi des diurétiques, comme on le fait lorsqu'on administre isolément le quinquina ou ses diverses préparations.

La forme la plus convenable pour l'ingestion de ce mélange est celle de poudre, ou encore celle de solution : en effet, donné en pilules avec un extrait amer il a paru, dans quelques circonstances, présenter une moindre énergie médicamenteuse.

Il est probable que la puissance fébrifuge plus marquée que montre ce remède lorsqu'il est donné, soit à l'état de poudre, soit à l'état de solution avec addition de quelques gouttes d'acide sulfurique pour le rendre complétement soluble, tient à ce que la décomposition des deux sels s'opère instantanément et d'une manière plus intime. En effet, aussitôt que l'on triture les deux sulfates ensemble, on voit la couleur verte du sulfate ferrugineux passer au brun-rougeâtre et prendre une teinte d'autant plus foncée que la trituration est plus prolongée ; sans doute parce qu'une partie, sinon la totalité de l'oxyde de fer est mise à nu, tandis que son acide sulfurique se porte sur le sulfate de quinine pour le convertir en bisulfate.

Traitement des fausses articulations; par M. le docteur Biondi, de Bucharest.

M. le docteur Biondi, après avoir reconnu l'insuffisance et l'insuccès des diverses méthodes mises en usage pour la guérison des fausses articulations, recommande le retour à celle que Celse a décrite et mise en pratique, c'est-à-dire au frottement des extrémités qui forment la pseudarthrose.

Cette méthode, qui est toujours sûre lorsque les individus ne sont pas d'un âge trop avancé, possède en outre le double avantage d'être plus facile et moins douloureuse dans son exécution.

Chez les sujets très âgés, et lorsque le frottement ne peut être exé. exécuté avec facilité, comme par exemple à la cuisse, M. Biondi a recours à l'emploi d'un couteau solidement emmanché, à lame étroite et à deux tranchants vers sa pointe. Avec cet instrument, il incise en tout sens la fausse articulation, par la méthode sous-cutanée.

Ce chirurgien affirme que ce procédé lui a toujours bien réussi, et qu'il n'a jamais eu l'occasion de le voir donner lieu à des accidents consécutifs.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Le prix proposé par les *Annales d'hygiène*, a été accordé au mémoire suivant : De l'influence des localités marécageuses sur la fréquence et la marche de la phthisie pulmonaire et de la fièvre typhoïde, dont l'auteur est M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Deux prix de la valeur de 300 fr. sont proposés pour l'année 1846 ; l'un sur une question d'hygiène publique ; l'autre sur une question médico-légale, laissant le choix du sujet à MM. les concurrents.

Les mémoires, écrits en latin ou en français, avec une épigraphe répétée dans un billet cacheté contenant le nom de l'auteur, devront être remis à M. Ollivier (d'Angers), avant le 1er janvier 1846.

— La ville de Paris a reçu des hôpitaux et hospices, en vertu du décret de 1807, la somme de 12,330,577 fr., provenant de la vente de plusieurs centaines de maisons. Depuis cette époque, la ville paye aux hospices 616,528 fr. d'intérêt à raison de 5 0/0. En ne calculant que depuis vingt ans, les hôpitaux et hospices ont reçu ainsi de la ville, pour intérêts, la somme de 12,330,577 fr., c'est-à-dire le montant du capital donné. Si l'administration des hospices n'avait pas vendu ses maisons, les frais auraient absorbé, pendant le même temps, plus de 4 millions; et si l'on calcule les intérêts des 12,330,577 fr. reçus, la perte, pour les hospices, aurait été de plus de 8 millions.

(Perreymond, *Revue de l'Architecture*.)

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 17. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Leçons cliniques sur le mal vertébral de Pott, recueillies par M. HANNOIS, élève du service (1).

(Deuxième article.)

Abcès par congestion. — L'une des conséquences les plus fréquentes et les plus graves de ce dépôt de matière tuberculeuse dans les corps ou dans les fibro-cartilages vertébraux, dont il a été question dans la précédente leçon, est la formation des abcès par congestion. C'est du mode de développement et de la marche de ces abcès que nous allons nous occuper dans cette séance.

Ces abcès par congestion offrent dans leur marche trois périodes distinctes. La première période est celle que nous désignerons sous le nom de période de formation ; elle dure tant que le pus n'a point encore abandonné le lieu où il s'est formé ; — la deuxième est la période de migration, — et la troisième, la période d'arrêt ou de terminaison, c'est-à-dire celle où le pus étant arrivé jusque sous la peau, s'y arrête pour se faire ensuite jour au dehors, au bout d'un temps plus ou moins long.

Première période. — Le pus provenant du tubercule soit enkysté, soit infiltré, soulève, au bout d'un certain temps, le périoste ; mais bientôt, bridé par la résistance du ligament vertébral commun antérieur, il se porte sur les parties latérales, qu'il distend d'autant plus facilement qu'il existe là de grosses veines qui passent entre le périoste et l'os, puis il s'étale à droite ou à gauche, suivant qu'il a été formé dans un point plus rapproché de l'un ou de l'autre côté ; et comme quelquefois c'est vers le milieu de la vertèbre que le pus a été produit, il arrive qu'il se fait deux foyers, l'un à droite, l'autre à gauche, qui communiquent ensemble par un canal transversal placé au-devant de la colonne vertébrale. Cet amas de pus ainsi formé sur l'un des côtés ou sur les deux côtés d'une vertèbre, distend de plus en plus le périoste, sans atteindre cependant un volume bien considérable, et il séjourne là pendant un temps variable avant de rompre la poche qui le contient. Nous avons vu toutefois que la maladie n'allait pas toujours jusque là, et qu'après la résorption de la matière tuberculeuse et des parties les plus séreuses du pus, on pouvait voir survenir la guérison avant que l'abcès n'ait eu le temps d'atteindre la seconde période. Mais ce n'est que dans les cas de tubercules enkystés que l'on peut espérer une pareille terminaison.

Deuxième période. — La poche, après une distension prolongée et de plus en plus considérable, finit par se rompre, le pus s'en échappe et, soit qu'il cède à son propre poids, ou bien à l'impulsion *à tergo* que lui imprime incessamment le pus nouvellement produit, il prend des directions différentes suivant la hauteur à laquelle se trouve sa source.

Eliminons de suite les cas les moins fréquents. — Il peut arriver que le pus se dirige d'avant en arrière. Les vaisseaux et les nerfs qui passent entre les apophyses transverses sont environnés d'une gaîne celluleuse assez fortement disposée pour donner passage au pus. Arrivé derrière la colonne vertébrale, l'abcès peut de suite devenir sous-cutané, et alors le foyer extérieur communique par un trajet direct avec le foyer primitif du mal. Mais le plus souvent il est bridé par les plans musculaires et fibreux qui recouvrent la région postérieure du tronc ; alors le pus glisse entre les muscles longs du dos et l'aponévrose des petits dentelés postérieurs, supérieurs et inférieurs, en allant à la région dorsale d'abord, puis à la région lombaire où il s'arrête. Tels sont les cas les plus rares.

Voyons maintenant les cas les plus communs, ceux où le pus laisse derrière lui la colonne vertébrale, et indiquons le trajet qu'il parcourt suivant les différentes régions où il prend son point de départ.

A la partie supérieure du cou le pus s'accumule entre le rachis et le pharynx ; il en résulte une tumeur qui repousse la paroi postérieure du pharynx et s'avance, soit vers les fosses nasales, soit vers l'isthme du gosier, soit vers le larynx, sorte d'abcès rétro-pharyngien qui peut amener la suffocation par suite de la compression qu'il exerce à l'entrée des voies aériennes.

D'autres fois le pus fuse sur les côtés, le long des apophyses transverses, il soulève le sterno-cléido-mastoïdien ; il passe bientôt derrière ce muscle, pour devenir sous cutané au niveau de la clavicule. S'il part de la partie inférieure, il fuse entre les muscles scalène, en suivant le trajet du plexus brachial, et il revient former tumeur au-dessus de la clavicule, plus profondément que dans le cas précédent, pour descendre ensuite dans le creux axillaire, en passant derrière la clavicule.

Dans la région dorsale, supérieurement, le pus trouve les branches antérieures des artères et des nerfs intercostaux, glisse le long des organes entre les deux ordres de muscles intercostaux, puis arrive au niveau du grand dentelé, où les artères perforent les muscles pour se porter aux téguments ; il peut devenir sous cutané. Mais le plus ordinairement il continue à suivre la branche antérieure des vaisseaux, et c'est aux environs des bords latéraux du sternum que vient se former la collection.

Quant le pus vient de la partie moyenne de la région dorsale, il n'a plus la même tendance à suivre le trajet des artères et des nerfs intercostaux ; il écarte les faisceaux du diaphragme, suit la gaîne du psoas, et vient faire tumeur dans le bassin. Nous verrons bientôt jusqu'où il peut aller en suivant cette direction.

A la partie la plus inférieure de cette même région et au niveau des quatre premières vertèbres lombaires, le mode d'insertion tout particulier du muscle psoas fournit au pus une voie facile. Il fuse d'abord entre les aponévroses qui soutiennent les faisceaux dont ce muscle est composé à son origine, puis il s'engage dans l'épaisseur même des fibres musculaires, et continuant à cheminer le long de la gaîne d'enveloppe, il descend jusqu'à l'arcade crurale. Là il subit un temps d'arrêt, s'accumule dans la fosse iliaque, au-dessous de l'aponévrose *fascia lata*, où il forme une collection cylindroïde que l'on perçoit très bien au toucher, quand elle est d'un certain volume. Après un séjour plus ou moins long dans cette région, le pus s'accumule en telle quantité que la capacité de la gaîne aponévrotique n'est plus suffisante, et le liquide descendant derrière l'arcade crurale, vient faire saillie à la partie supérieure de la cuisse, qu'il contourne jusqu'au petit trochanter. Il est maintenu dans ce point par l'aponévrose profonde du *fascia lata*.

Assez souvent la période de migration finit dans cette région, mais quelquefois le pus continue sa marche vers la partie postérieure et externe du fémur. L'abcès se forme dans ce cas en dehors du grand trochanter ; il peut alors descendre jusqu'à la partie supérieure et externe du genou.

Si la maladie occupe la partie inférieure de la colonne vertébrale, le pus descend entre le *fascia iliaca* et le péritoine, et vient de cette manière s'accumuler dans la fosse iliaque interne, où n'étant retenu par aucun obstacle il s'étale à son aise et peut donner lieu à une collection énorme. Après s'être arrêté là pendant un temps variable il peut prendre, de ce point, de nouvelles directions différentes, dans lesquelles nous allons le suivre :

1° Il peut suivre les filets du nerf sacro-lombaire le long de la crête iliaque, et se faisant jour à la partie externe de l'épine iliaque antérieure et supérieure, fuser et s'accumuler dans la fosse iliaque externe. Il y a alors deux tumeurs, l'une dans la fosse iliaque interne, l'autre dans la fosse iliaque externe, toutes deux correspondant entre elles.

2° Il peut, suivant le canal inguinal, faire abcès dans les grandes lèvres chez la femme, et dans les bourses chez l'homme.

(1) Voir le numéro du 30 janvier.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une causerie véritable. — Procès, condamnation et exécution de Jean Raimond. — Damnation éternelle des médecins qui dansent. — Les vrais et les faux dévots. — Un partisan des perruques. — Argument capillaire. — Orviétan, journaliste. — Une dédicace à conserver.

Quel bon petit feu brûle dans mon âtre ! Quelle belle lumière émane de ma lampe solaire ! Comme je suis à l'aise dans mes pantoufles rouges, dans ma robe-de-chambre grise à palmettes noires et mon bonnet de laine cachemirs tricoté par une main amie ! Un beau papier tout blanc, une plume vierge encore, que de belles choses je vais vous raconter ce soir, cher et redouté lecteur, et comme vous allez demain être content de moi !

Je faisais *in petto* ce petit monologue, quand ma sonnette s'ébranle avec violence, et je vois entrer, tout essoufflé, mon vieil et bon ami Benott.

— Arriverai-je à temps, s'écria-t-il avec solennité?

— A temps pourquoi, répondis-je un peu intrigué?

— Pour le feuilleton de demain ; est-il fini ?

— Pas même commencé, et quand tu es entré je me mettais sous les armes.

— Ah, tant mieux ! j'ai à te parler de choses graves.....

— Allons, mon pauvre Benoît, ne me fais pas peur ; je suis sûr que tes choses *graves* n'ont aucune gravité, et que, comme toujours, tu vas exagérer quelque mauvais propos recueilli je ne sais où.

— Je ne sais où ! Peux-tu traiter avec cette inconvenance la société où j'étais hier ! Apprends-donc que chez le docteur X....., où se trouvaient un archevêque, deux pairs de France de l'ancien régime, des marquis, des comtesses et cinq ou six confrères bien connus à Saint-Sulpice, on s'est entretenu de toi, de ton dernier feuilleton et des éloges que tu as donnés aux médecins chez qui l'on danse.

— Pas possible ! Raconte-moi vite tout cela, mon cher Benoît, et avec les plus petits détails. Etre un sujet d'entretien, moi pauvret, pour d'aussi éminents personnages, peste ! c'est à m'en donner une anasarque de vanité.

— Ne te gonfle pas si vite, car voici le coup d'épingle qui pourrait te faire crever. D'abord, disait l'un, danser chez un médecin, où tout doit être grave et austère...

— Parions que c'est l'archevêque qui commençait ainsi.

— Voilà ce qui te trompe, car c'était un confrère jeune encore, de noir tout habillé et d'un *facies* ascétique à faire envie à saint François. Quoi, disait-il ! danser dans une demeure consacrée à l'étude et à la méditation ! Entendre des flons-flons, là où l'on pouvait entendre il y a quelques heures peut-être ou les cris d'un patient, ou les gémissements d'une famille éplorée, n'est-ce par une grave inconvenance ? — Une inconvenance plus grave encore, disait un autre.....

— Un autre confrère ?

— Oui, gros, replet, d'une figure béatement doucereuse, tenant ses mains jointes sur un abdomen proéminent : — C'est de rencontrer un feuilletoniste assez désœuvré, assez pauvre d'idées et de nouvelles pour apprendre à ses lecteurs que des médecins oublient leur gravité professionnelle dans des futilités mondaines. — Il a bien fait pis, dit un troisième.....

— Toujours un cher confrère ?

— Sans doute, un grand sec, front pelé et fuyant, les yeux baissés et portant la tête légèrement inclinée à gauche : — Il a suivi des médecins jusqu'au bal masqué de l'Opéra ; il a raconté je ne sais quelle scandaleuse intrigue qu'il a dévoilée sans retenue. — Que voulez-vous, dit un quatrième.....

— Encore un cher confrère !

— Toujours, et celui-ci à voix flûtée et séraphique : — Sans religion point de mœurs, sans mœurs point de dignité, point de convenances. Vous connaissez le déplorable esprit qui règne parmi les médecins, vous savez leur philosophie et leurs principes, et vous vous étonnez de leurs scandales et vous êtes surpris qu'ils aient rencontré leur historien et leur panégyriste ? — C'est fort triste, dirent ils en chœur. — Mais tout cela doit être, reprit l'un ; l'exemple part de trop haut pour qu'il ne soit pas imité Notre profession a perdu tout respect d'elle-même, toute digité, toute gravité. Un professeur remplit ses salons d'histrions et de comédiennes galantes ; un autre est un héros du turf ; un praticien éminent a ses soirées d'hommes et une tabagie *ad hoc* ; un autre reçoit ouvertement les filles de l'Opéra ; celui-ci donne à dîner comme un ministre ; chez celui-là on déjeune d'une manière extravagante. Partout c'est un dévergondage de luxe à faire gémir, et s'il est vrai que la littérature ne soit que l'expression de la société, ceci nous explique Jean-Raimond et l'espèce de succès qu'il obtient dans ce monde-là.

— Est-ce tout ?

— N'en trouverais-tu pas assez ?

— Mais, quelle belle réponse tu as dû fulminer, mon cher Benoît ! voyons, j'ai hâte de l'entendre.

— Moi ! je n'ai rien répondu du tout.

— Quoi ! tu as laissé injurier, calomnier tes confrères en masse et ton ami en particulier sans rien répondre ?

— Que veux-tu !..... un archevêque à ma droite, une respectable comtesse à ma gauche qui approuvaient si fort nos confrères..... je n'ai pas osé placer le plus petit mot, mais je me suis promis de tout venir te raconter, afin que tu répondes toi-même.

— Allons donc, que j'abuse de la patience de mes lecteurs pour ces propos de cuistres et de faux dévots ! Je n'en ferai rien.

— Pas une petite phrase de justification pour toi d'abord, pour tes confrères ensuite ?

— Tu veux rire, pauvre Benott ? Que je justifie mes confrères de vouloir élever la profession médicale au niveau de toutes les autres ; de prouver qu'aussi bien que tout homme bien élevé, le médecin sait apprécier les arts, les encourager et en jouir, que le temps des Purgons ridicules est à jamais passé, qu'on peut être médecin fort savant sans ignorer les convenances du monde et sans mépriser les plaisirs ; que j'excuse un médecin de donner à danser, de faire chanter dans ses salons des artistes de nos théâtres, quand ce *scandale*, on le voit partout, chez les hommes d'Etat les plus graves qui tiennent en leurs mains le sort des peuples, chez les plus austères magistrats qui décident de l'honneur et de la fortune des familles, chez les plus éminents édiles de la cité qui veillent sur tous les besoins matériels et moraux de la population ; ces professions sont elles donc moins graves que la profession médicale, et s'occupent-elles d'intérêts moins sérieux ? Et cependant les accuse-t-on de futilité, d'indignité, de dérogation parce qu'elles donnent des fêtes ? Cette accusation contre le médecin seul est ridicule et insensée ; elle part ou d'un sentiment d'envie ou de quelque passion plus basse encore. Certes, pour mon compte, et même au compte d'une religion bien entendue, le médecin qui donne un bal fait cent mille fois moins de mal que celui qui reçoit dans son salon cinq ou six confrères méchants, menteurs et médisants qui de leurs dents dévotes déchirent leur prochain.

Discuterai-je avec ces charitables et tolérants médecins les croyances philosophiques et religieuses de mes confrères ? A quoi bon, je te prie ? Avons-nous jamais vécu à une époque plus respectueuse envers les opinions et plus accordante envers les hommes ? Certes, personne n'est tenté de ridiculiser, et moi moins que tout autre, l'homme sincèrement religieux qui sans faste, sans ostentation, sans intérêt va s'agenouiller sur les dalles d'un temple. Mais celui-là est le plus tolérant, le plus charitable des hommes. Ce qui prête à rire aux uns, ce qui irrite les autres, ce sont ces faux dévots, ces médecins ne voyant dans l'église qu'un but, dans la sacristie qu'un moyen, dans la religion qu'une ressource, l'exploitation, l'intérêt, la cupidité. Ceux là sont inquiets, jaloux, médisants et hargneux : ajoutez qu'ils sont si avares que leur vie dévote leur est un merveilleux prétexte pour fermer leur porte à tout plaisir et pour leur permettre d'entasser leur or.

Et pour ce qui me concerne, me faire un crime d'avoir promené

3° Le plus souvent de la fosse iliaque interne il suit le canal crural avec les vaisseaux fémoraux, et s'accumule un peu au-dessous du pli de l'aine, sous le *fascia cribrata*. Il peut donc se produire à l'aine deux sortes d'abcès, l'un superficiel, l'autre profond, suivant que le pus vient d'une hauteur plus ou moins considérable.

Quelquefois la période de migration cesse; d'autres fois le pus liquide suit plus loin la gaîne des vaisseaux fémoraux, et arrive avec eux jusque dans le creux poplité.

4° Il est des cas où venant toujours de la partie inférieure de la colonne vertébrale, le pus rencontre les vaisseaux iliaques profonds et les cordons du plexus sacré, et descend avec eux pour se réunir en foyer dans l'excavation pelvienne. De là il peut prendre différentes voies: tantôt il suit les vaisseaux qui se rendent dans le muscle grand fessier, et vient former abcès dans l'épaisseur même de ce muscle; tantôt il accompagne le grand nerf sciatique, pour venir faire tumeur à la partie postérieure de la cuisse, ou descendre entre les adducteurs et s'accumuler dans le creux du jarret.

Il n'est pas rare de voir des abcès par congestion, suite de mal vertébral, se former au pourtour de l'anus. Un grand nombre de fistules anales n'ont pas d'autre origine.

On a quelquefois vu cet abcès se faire jour dans les poumons, dans l'œsophage, le vagin, la vessie, ou dans le canal vertébral lui-même, par les trous de conjugaison; mais ce genre de terminaison est assez rare.

Nous avons dit, en parlant de la formation des abcès, que le pus d'abord accumulé entre le corps d'une vertèbre et le ligament vertébral commun antérieur, pouvait se porter simultanément à droite et à gauche. Il y a dans ce cas deux abcès par congestion, un de chaque côté de la colonne vertébrale. Ces deux abcès suivent parallèlement la même marche; ils peuvent, par exemple, descendre tous les deux jusqu'à la cuisse, et si le foyer primitif n'est pas cicatrisé, si les conduits fistuleux restent perméables dans toute leur étendue, on peut par la palpation obtenir la sensation d'une fluctuation plus ou moins bien caractérisée de l'une à l'autre tumeur.

C'est ici le cas d'indiquer les causes qui influent sur la marche du pus. La première, et la plus importante de toutes, on le devine, est l'action de la pesanteur. Viennent en seconde ligne les contractions musculaires. C'est ainsi, par exemple, que les mouvements du diaphragme pendant l'acte de la respiration exercent sur le pus avec lequel ce muscle se trouve en contact, des pressions alternatives qui concourent à sa progression. Une circonstance qui a une grande influence sur le cours du pus, c'est la résistance des plans fibreux et musculaires, qui modifie souvent l'influence de la pesanteur au point de changer entièrement la direction que celle-ci tendrait à lui imprimer. Enfin une quatrième cause, la plus importante de toutes, est la disposition des gaînes celluleuses des vaisseaux et des nerfs, qui détermine le plus souvent la direction que doit prendre le pus. C'est en effet, le plus ordinairement, le long de ces gaînes que le pus se fraie une voie. Cette dernière circonstance est tellement importante, que M. Bourjot Saint-Hilaire en a déduit une loi de rapport entre tel point du rachis et la région où se rendent les nerfs qui en émergent.

Troisième période. — Nous avons tracé en grande partie l'histoire anatomique des abcès par congestion, nous n'avons plus qu'à parler de la période de terminaison, qui offre moins d'intérêt que la précédente. Cette troisième période ne présente, en effet, de circonstance remarquable que la distension progressive de la poche; elle varie seulement selon la région qu'occupe l'abcès et la manière dont on le traite. En général, la tumeur acquiert un volume considérable. Cette circonstance tient à ce que la poche n'étant nullement exposée au travail phlegmasique qui a lieu dans les abcès chauds et même dans les abcès froids, constitue un véritable kyste qui croît avec la matière qu'il contient; et l'on sait que des kystes de cette nature ont pu acquérir une dimension telle qu'ils égalaient presque en volume le corps des malades. Quoique ces abcès puissent persister longtemps dans cet état, il arrive tôt ou tard que par une cause quelconque ils se vident et se transforment en fistules, soit que le chirurgien ait jugé à propos de les ouvrir, ou que la paroi se soit tellement amincie qu'elle cède d'elle-même à la pression du pus; soit, enfin, que l'abcès portant sur le plan du lit, les téguments se soient gangrenés, et que la chute de l'eschare ait laissé après elle une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus.

Il nous reste enfin, pour compléter l'anatomie pathologique des abcès par congestion, à parler de la membrane qui les tapisse et du liquide qu'elle renferme.

A l'autopsie, on trouve dans toute l'étendue de l'abcès et du trajet fistuleux, entre le pus et les tissus environnants quels qu'ils soient, une membrane de nouvelle formation à laquelle on a donné le nom de membrane pyogénique, membrane formée aux dépens de la lymphe plastique sécrétée consécutivement; à l'irritation déterminée par la présence récente, au milieu de tissus sains, du pus agissant sur ces parties à la manière d'un corps étranger. Cette membrane est continue avec elle-même, depuis le foyer primitif de l'abcès jusqu'à l'ouverture fistuleuse extérieure. Tant que la poche n'est pas rompue, elle offre à sa face interne un aspect plutôt séreux que muqueux; elle est lisse, blanchâtre, plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente, et d'une texture analogue à celle des membranes séreuses. Mais quand l'abcès est devenu fistuleux, elle n'a plus les mêmes caractères; elle s'épaissit, devient plus dense et tomenteuse; elle revêt en un mot tous les caractères des membranes muqueuses, moins les follicules. Comme toutes les parties vivantes, cette membrane devient le siége d'un travail d'exhalation et d'absorption; quand cette dernière l'emporte d'une manière notable, l'abcès diminue peu à peu, au point quelquefois de disparaître complétement. Ce mode de terminaison n'est pas commun; on en cite cependant quelques exemples. Villenfothe rapporte que chez un de ses malades, porteur d'un énorme abcès par congestion, le liquide disparut peu à peu et fut remplacé par du gaz, lequel fut plus tard résorbé lui-même, et l'abcès ne reparut plus.

Le contenu de cette sorte de tumeurs n'est pas le même, selon qu'elles résultent de l'une ou de l'autre des deux formes de tubercules dont nous avons parlé. Dans l'abcès qui provient d'un tubercule enkysté, on trouve de la matière tuberculeuse ramollie, de consistance et d'apparence caséeuse, et, de plus, une humeur aqueuse demi-transparente ressemblant assez à du petit-lait. Lorsqu'il s'agit d'un tubercule infiltré, on trouve autre chose. Les vertèbres affectées étant en contact immédiat les unes avec les autres, par suite de la disparition des cartilages intervertébraux, s'usent peu à peu par leurs frottements; de là des détritus osseux résultant de cette usure, et que l'on trouve mélangés au pus. On s'est, dans le temps, appuyé sur la présence ou l'absence de ces détritus osseux, comme sur un caractère diagnostique, pour distinguer les abcès provenant de la carie des vertèbres ou d'autres os, d'avec ceux qui sont le produit des tubercules.

On peut voir aisément l'insuffisance d'un pareil moyen de diagnostic, puisque dans la forme de tubercule enkysté les os disparaissent sans laisser de résidu ou d'esquilles. Il n'en est pas ainsi du tubercule infiltré; celui-ci, en même temps qu'il contient les détritus osseux, peut contenir des fragments de séquestre. Sera-t-il nécessaire, pour que nous nous croyions autorisé à dire qu'ils proviennent de la colonne vertébrale, que ces fragments offrent une consistance molle et spongieuse, analogue à celle du corps des vertèbres? Mais n'avons-nous pas vu que le séquestre est dense, éburné et dur comme la pierre? C'est cette dureté et cette densité que ne pouvait comprendre Boyer.

Ici se termine l'histoire anatomique du mal vertébral de Pott; nous continuerons cette étude dans la prochaine leçon, en commençant l'histoire de ses symptômes.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

Ramollissement et ulcération fongueuse du col de l'utérus. Efficacité de l'application du fer rouge, des topiques astringents et d'un pessaire uni au traitement interne. Guérison.

En étudiant avec soin les maladies du col de l'utérus, on peut facilement se convaincre que dans la plupart des cas, elles n'ont pas et ne revêtent aucunement le caractère qu'on a voulu, à tort, leur imposer dans ces derniers temps; qu'elles ne sont pas toujours aussi graves qu'on l'a prétendu ou qu'elles le paraissent au premier abord, et qu'il est, au contraire, assez souvent facile d'en obtenir la guérison par d'autres moyens que le traitement antiphlogistique ordinaire qu'on a tenté d'ériger en méthode contre ces maladies.

Ce propositions, dont M. Tanchou a surtout établi l'exactitude par des faits nombreux, sont encore confirmés par l'observation suivante.

Madame Reine Le..., cuisinière, se présente au Dispensaire le 24 juin 1844; elle est âgée de trente ans, d'un tempérament sanguin-lyphatique. Réglée à douze ans, mariée à vingt et un, elle a eu deux enfants mis en nourrice, dont le dernier a trois ans.

Cette malade n'a jamais eu d'affection utérine ni de flueurs blanches; les règles ont toujours été régulières. Il y a un mois, sans cause connue, un écoulement blanc légèrement verdâtre et assez abondant, se manifesta avec de vives douleurs dans les reins et la région lombaire, et des cuissons en urinant, On prescrivit alors une tisane de chiendent et l'usage des capsules de Raquin. Huit à dix jours après, les accidents n'ayant pas diminué, on recourut au traitement suivant: Tisane de douce-amère pour boisson, avec une cuillerée à café de solution d'iodure de potassium dans la première tasse, le matin à jeun; deux capsules de raquin par jour; bains de siége et lavements émollients; injections avec la décoction de feuilles de chêne.

Après quinze à vingt jours de ce traitement, l'écoulement avait beaucoup diminué et changé de couleur; de verdâtre, il était sanguinolent, ou du moins rosé; les cuissons sont disparues, mais les maux de reins persistent avec quelques élancements dans le bas-ventre. C'est dans cet état que la malade est examinée.

Au toucher, pas de chaleur dans le vagin; le col est volumineux, mou, et laisse couler du sang. Au spéculum, la couleur des parois vaginales est normale, le col violacé; une ulcération existe à l'orifice et se prolonge dans l'intérieur de l'utérus; elle s'étend aussi sur chaque lèvre, et paraît avoir environ 4 centimètres de diamètre. Cette plaie est fongueuse et saignante au moindre toucher. — Cautérisation avec le nitrate acide de mercure; un bain; injections et tisane comme ci-dessus.

Le 26, saignée du bras.

Le 1er juillet, l'ulcération n'est pas diminuée; elle paraît plus molle et plus fongueuse. Du reste, même état. — Cautérisation avec le fer rouge; *ut supra*.

Le 5, l'eschare est tombée et laisse voir une surface plane, unie, où paraissent quelques petits bourgeons charnus. — Un bain; tisane de saponaire; injections avec la décoction de feuilles de noyer.

Le 10, le col est beaucoup moins volumineux et la plaie en voie de cicatrisation; l'écoulement est supprimé; il ne reste plus que les douleurs de rein, dont la malade souffre principalement quand elle est debout. — Application d'un pessaire; *ut supra*.

Le 22, les douleurs de reins ont entièrement disparu pendant deux jours après l'application du pessaire; puis elles sont revenues, mais moins vive. La malade dit souffrir beaucoup plus des reins quand elle n'a pas son pessaire.

Le 26, il n'existe plus d'ulcération sur la lèvre antérieure; celle de la lèvre postérieure est diminuée et saigne moins facilement au toucher; l'orifice du col est rouge, et l'intérieur de l'utérus paraît malade. — Cautérisation profonde avec le nitrate acide de mercure; un bain; *ut suprà*.

Le 31, même état. — Le pessaire est enlevé; pansement avec le coton cardé saupoudré de poudre de tan, que l'on répète trois fois par semaine.

Nouvelle saignée du bras le 1er août.

Au moyen de ce traitement continué pendant un mois, l'amélioration fut progressive; l'ulcération disparut bientôt, ainsi que la rougeur de l'orifice utérin.

Le 2 septembre, on réapplique le pessaire; et le 9, la malade se dit entièrement guérie.

Cette observation montre:

1° Que les capsules de Raquin peuvent modifier certains écoulements non syphilitiques chez les femmes;

2° Que l'action caustique du nitrate acide de mercure n'est pas toujours efficace dans les ulcérations fongueuses du col utérin;

3° Que l'application du fer rouge est préférable dans cette circonstance;

4° Que les pansements astringents sont très favorables dans ces maladies;

5° Enfin, que les pessaires sont quelquefois indiqués sans

---

mon lecteur dans quelque élégant salon du monde médical, d'avoir dit à mes confrères: Voyez! à Paris, le médecin reçoit les plus hautes sommités sociales; les plus grandes illustrations de l'époque se trouvent côte à côte avec de simples médecins; nul ne croit déroger ici en participant à nos fêtes; tout ce monde riche, élégant, illustre ne nous prend plus pour des Diafoirus imbéciles ou des paysans du Danube; il ne s'étonne pas non plus de nous voir aspirer aux honneurs politiques ou de l'édilité; de demander pour notre profession le rang honorable et digne qui lui appartient; cette fusion, cette incorporation de la médecine dans les plus hautes classes de la société, n'est-elle pas louable et approuvable?

Et tu veux, mon cher Benoît, que je m'excuse et je me justifie d'avoir dit cela! Non, ce serait faire injure au bon sens, à l'esprit de mon lecteur, et je n'en ai nulle envie. M'accuser d'être l'historien des mœurs médicales de notre époque, j'avoue que cette accusation me plaît; car, dans ces causeries légères, tel est mon but, telle est mon intention, te le dirai-je tout bas, telle est ma prétention. Dire que j'en suis le *panégyriste*, c'est dire la plus grosse sottise dont soient capables ces gens-là, et je le demande à toi-même, Benoît, qui m'a fait de si fréquents et de si vifs reproches de trop bien éclairer ma lanterne.

— Oh! pour çà, c'est la vérité, et pardonne à mon affection de trembler tous les mardis en lisant ton feuilleton; aussi quand je vois que tu as passé la mer Rouge sans mouiller la semelle de tes pantoufles, ma joie est inexprimable. Mais, pour en revenir à mon sujet, tu ne sais pas, peut-être, que ce n'est pas que chez le docteur X.... qu'on blâme les plaisirs mondains; as-tu lu le dernier feuilleton de la *Gazette médicale*?

— Non; ce journal m'a coupé les vivres, c'est-à-dire qu'il m'a supprimé de ses listes de service. J'allais, par vieille habitude de lecture, m'abonner à mes frais, l'*Annuaire de l'économie médicale* publié par M. le docteur Munaret m'est tombé sous les yeux. J'y ai lu cet apophthegme sur ce journal, aussi concis qu'un arrêt de la Cour de cassation: Passé brillant, présent assez triste, avenir incertain; et j'ai remis mes quarante francs dans mon gousset.

— Tu as eu tort, il y a de temps à autre des articles à lire; il est vrai qu'ils sont *rari nantes*, et qu'on ne voit pas souvent des feuilletons signés R.-P.

— Je suis cent fois de ton avis; mais où veux-tu en venir?

— Le voici. Ce journal disait, samedi dernier: « Ils sont loin de » nous, les temps de sévère tenue et de jalouse dignité, où les méde» cins portaient jusqu'au lit de leurs malades les insignes d'un demi» sacerdoce, et ne s'avançaient qu'à pas lents et comptés à travers la » tourbe mondaine; notre profession a subi une métamorphose so» ciale. A vrai dire, les changements que le temps opère n'ont guère » porté que sur elle.... Entre le médecin à perruque et à robe noire, » et le médecin dandy qui promène dans nos salons son regard armé » d'un lorgnon, entre l'homme des institutions médicales et le prati» cien de ce temps-ci, où l'on fait gageure de frivolité et poussière de » science..., etc. » Ce langage ne ressemble-t-il pas un peu à celui de nos dévots, et ne voilà-t-il pas qu'ils ont aussi leur panégyriste?

— Erreur, je ne vois-là qu'un argument que j'appellerai capillaire; si la *Gazette médicale* est du côté des perruques, souviens-toi qu'il y a de bonnes raisons pour cela.

— Tiens, voici dans le même article trois lignes qui vont à je ne sais quelle adresse: « Orviétan occupait le Pont-Neuf et y clamait la » merveille de ses drogues; mais il ne tenait point cabinet de consul» tation et ne trouvait point dans des journaux de médecine une place » pour ses réclames ni même pour la bibliographie de ses œuvres no» minales. » Que dis-tu de cela?

— Je dis qu'Orviétan, de nos jours, est bien plus fort, et damerait le pion à l'autre; il publie des journaux lui-même.

— C'est un moyen ingénieux de ne pas payer ses réclames.

— Oui, en les faisant payer à ses abonnés.

Et tout en devisant de la sorte et de mille sujets, ce diable de Benoit avec qui vous ferez quelque jour plus ample connaissance, le meilleur, le plus pur, mais aussi le plus naïf des hommes, me vola tout le temps que je destinais au feuilleton du jour. J'eus beau chercher toutes ces belles idées que je voyais passer l'une après l'autre au moment où je m'apprêtais à les fixer sur ces feuillets, elles s'étaient enfuies de mon esprit sans y laisser plus de traces qu'une vapeur légère. Alors je me mis à écrire ce petit bout de conversation que vous venez de lire et que vous me pardonnerez, j'en suis sûr, comme de justes mais généreuses représailles contre des accusations absurdes.

— Un jeune médecin vient de publier un livre, c'est fort bien; il l'a dédié à un médecin célèbre qui a été son maître, rien de mieux; mais la forme de cette dédicace revient de droit au feuilleton, qui s'en empare. Je copie: « Il me semble que vous venez de m'accorder le » titre glorieux de votre élève et j'en suis fier; car près de vous l'in» telligence ne grandit pas à l'ombre, elle nage et se développe au con» traire au milieu des flots de lumière qui vous entourent et dont l'é» clat n'appartient qu'au génie. »

Ne pensez-vous pas que le médecin aussi savant que modeste à qui de telles choses sont adressées doive être bien satisfait? N'est-ce pas un peu le pavé de l'ours.

Jean RAIMONN.

P. S. Mou ami Benoit rougit quand il aperçoit les grosses fautes dont on émaille ma pauvre prose. Mardi dernier, il m'a fait voir qu'il fallait être des joueurs de *wisth* bien novices pour l'écrire d'une manièr aussi incorrecte. Il ne pardonne pas surtout le *vox faucibus hæret* pour *hæsit* et autres peccadilles ou *coquilles*.

que l'utérus ait subi aucun déplacement bien évident, ainsi que nous l'expliquerons dans un prochain article.

Nous avons remarqué que les bons effets de l'application du fer rouge ne sont souvent pas durables dans ces cas ; que ce moyen a l'inconvénient d'effrayer beaucoup les malades, et que peu de femmes veulent se soumettre à son emploi.

P. GARNIER, de Bagneux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 29 janvier 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demi.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— La Société entend le rapport du comité de publication, qui propose l'insertion dans le prochain Bulletin du travail de M. Cullerier, intitulé : Mémoire sur l'évolution de la syphilis. Cette proposition est adoptée.

— *M. Bérard* montre deux énormes calculs urinaires qu'il a extraits, par la taille de Celse, chez un jeune homme de vingt ans. Voici dans quelles circonstances :

Le malade était depuis longtemps sujet à une incontinence d'urine ; le cathétérisme fit reconnaître chez lui un calcul engagé dans l'urètre, et le toucher rectal un autre séjournant dans la vessie.

La présence d'un des calculs dans le commencement de l'urètre devait faire rejeter les tailles recto-vaginale et hypogastrique ; en conséquence, M. Bérard se décida pour la taille périnéale, et la pratiqua de la manière suivante :

Un cathéter fut introduit dans la vessie, non sans quelque difficulté, car il ne pouvait passer qu'entre le côté gauche du calcul et l'urètre ; ce canal ayant été incisé avec le bistouri, on voulut introduire le lithotome, mais on dut bientôt y renoncer ; car cet instrument ne put pénétrer, dans le col de la vessie, en partie bouché par le calcul ; ce fut alors qu'on eut l'idée de conduire un bistouri sur une sonde cannelée, et d'inciser avec lui la prostate obliquement en bas et à droite, puis en bas et à gauche, et enfin en haut et à droite ; de la sorte, on put introduire une tenette dans la plaie, charger le calcul et l'extraire.

Le second calcul, qui était placé dans la cavité de la vessie, en fut ensuite facilement retiré. Les deux calculs, dont la surface est grenue et la couleur d'un rouge brique, sont gros comme un œuf de poule, et ont une forme, à peu de chose près, semblable ; ils offrent l'un et l'autre, à l'une des extrémités de leur grand diamètre, une surface lisse par laquelle ils se touchaient.

M. Chassaignac fait remarquer que, contrairement à ce qu'on observe ordinairement, le calcul qui occupait le col de la vessie est un peu plus volumineux que celui qui occupait la cavité de l'organe.

— *M. Huguier* rend compte d'une opération d'anévrisme de l'artère poplitée qu'il a faite jeudi dernier à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Malgaigne. Voici les faits les plus remarquables de cette observation :

Un postillon âgé de trente ans, d'un tempérament sanguin, ressentit, il y a deux mois environ, une douleur vive dans le jarret droit ; il y porta la main, et s'aperçut alors de la présence dans ce point d'une tumeur qui offrait des battements. Celle-ci augmentant de volume et causant des douleurs continues, il consulta plusieurs médecins de sa province, qui tous reconnurent un anévrisme poplité, et lui conseillèrent de se rendre à Paris pour se faire opérer.

Le 20 janvier, époque à laquelle il se présenta à M. Huguier, la tumeur avait le volume d'une petite orange, présentait des mouvements d'expansion qui soulevaient les parties molles qui la recouvraient, et offrait, du reste, tous les autres caractères de l'anévrisme ; moins le bruit de souffle ; alors aussi les douleurs ne se bornaient plus à la région poplitée, mais se propageaient à la jambe et au pied. Du reste, les parties molles qui entouraient la tumeur, quoique tendues, étaient parfaitement saines.

Le malade fut opéré le 23 janvier, par le procédé de Hunter modifié par M. Roux. Une incision fut donc faite au tiers inférieur de la cuisse, parallèlement au bord externe du couturier ; l'anneau du troisième adducteur fut incisé avec des ciseaux courbes sur le plat, et l'artère, dénudée de sa gaîne dans l'étendue de 7 à 8 millimètres, fut soulevée et entourée du fil double.

Tout battement ayant cessé dans la tumeur après qu'on eut serré la ligature, on réunit mollement les bords de la plaie, et le membre, légèrement fléchi et porté en dehors, fut placé sur un coussin, sans qu'on prît d'autres précautions pour faciliter la circulation collatérale.

Le malade fut saigné par précaution, mis à la diète et à l'usage d'une tisane émolliente. Aucun accident n'est survenu dans les jours suivants, et aujourd'hui, 25 janvier, la plaie est cicatrisée dans les quatre cinquièmes de sa longueur, et la tumeur du jarret, considérablement diminuée, n'offre pas le plus léger battement.

M. Huguier expose ensuite les motifs qui, dans le cas présent, lui ont fait préférer le procédé de Hunter à celui de Scarpa ; en voici les principaux :

1° Les opérations sont d'autant moins dangereuses qu'on s'éloigne davantage du tronc.

2° Dans l'anneau du troisième adducteur, l'artère crurale n'est entourée ni croisée par aucune des branches du plexus crural, et celles-ci ne peuvent par conséquent être coupées ou comprises dans la ligature, comme cela est arrivé entre les mains des chirurgiens les plus habiles, quand ils ont opéré plus haut.

3° L'artère crurale est toujours moins intimement unie à la veine dans ce point que dans le sommet du triangle inguinal, et le tissu cellulaire qui unit ces deux vaisseaux étant, là aussi, moins dense et moins serré, on court moins de risque de blesser la veine en l'isolant de l'artère.

4° On s'éloigne davantage du tronc de la saphène interne, et l'on a moins à craindre sa lésion et son inflammation ; de plus, on n'est jamais exposé à blesser la grande veine externe de la cuisse près de son embouchure à la saphène, ce qui a lieu souvent quand on opère d'après le procédé de Scarpa.

5° On n'a pas à redouter, comme dans ce dernier cas, la lésion des principaux troncs lymphatiques de la cuisse.

6° On a moins à craindre le retour des battements dans la tumeur du jarret ; car on laisse moins de collatérales perméables au sang entre la poche anévrismale et le point lié, que dans le procédé de Scarpa.

7° S'il survient une hémorrhagie secondaire, on s'est ménagé une longue portion d'artère sur laquelle on pourra établir la compression ou faire une nouvelle ligature.

8° Les accidents inflammatoires qui peuvent se manifester après cette opération, tels que l'érysipèle, les abcès, la phlébite, l'angéioleucite et les fusées purulentes, paraissent, à M. Huguier, moins à craindre dans ce point que plus haut, où ils peuvent gagner facilement l'intérieur du bassin.

9° Il y a aussi dans ce point moins d'anomalies dans l'origine, dans la déviation et dans les rapports des branches artérielles, que dans le triangle inguinal, et l'on a moins à craindre les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter.

10° Enfin, dans le cas dont il s'agit ici, l'état sain des parties molles environnantes, le petit volume de la tumeur, la rapidité de son développement et le jeune âge du malade ont fait penser à M. Huguier que l'artère était saine dans le point où il l'a liée, et qu'il n'avait pas à redouter l'inflammation, la suppuration ni la gangrène de la poche anévrismale.

M. Michon demande la parole pour faire quelques objections aux motifs allégués par M. Huguier, et qui l'ont porté à préférer le procédé de Hunter à celui de Scarpa. En liant l'artère dans l'anneau du troisième adducteur, M. Huguier croit s'être mis à l'abri du retour des battements dans la poche anévrismale, et M. Huguier a cité, à l'appui de son opinion, une opération faite par M. Roux. M. Michon a justement injecté et disséqué le membre du malade dont il est question, et il a vu que la circulation s'était rétablie par la grande anastomotique de la cuisse, qui s'abouchait dans une des articulations supérieures. Or, cette artère n'est pas plus sacrifiée dans le procédé de Hunter que dans celui de Scarpa, et l'accident que redoute M. Huguier est possible après l'un comme après l'autre procédé.

En disant que les opérations sont plus graves à mesure qu'on s'approche du tronc, M. Huguier a dit une chose vraie, en général ; mais il a oublié de dire que les incisions que l'on fait dans les opérations ont des suites d'autant plus fâcheuses qu'elles sont plus profondes. Or, dans le procédé de Hunter, la plaie est certainement plus profonde que dans celui de Scarpa.

En disant que dans le procédé qu'il a suivi, il s'est ménagé l'avantage de pouvoir faire une nouvelle opération en cas d'hémorrhagie secondaire, M. Huguier ne voit-il pas qu'il s'expose justement à cette hémorrhagie en liant l'artère si près de l'anévrisme.

Les anomalies artérielles signalées par M. Huguier devant faire rejeter le procédé de Scarpa n'existent pas dans le point où l'on pratique ce procédé, mais dans l'aire de l'espace inguinal, qui est distant de ce point. En résumé, les motifs allégués par M. Huguier ne paraissent pas, à M. Michon, suffisamment démonstratifs de l'excellence du procédé qu'il a suivi ; et l'opération, telle qu'il la décrit, ne lui paraît pas être de notre époque.

M. Chassaignac s'attache à démontrer que la même doctrine a inspiré Hunter et Scarpa. C'est la crainte de porter le lien sur un point de l'artère qui participe à l'altération cause de l'anévrisme, qui est l'idée-mère de cette doctrine ; et si Scarpa s'est montré plus huntérien que Hunter, c'est que ce dernier était novateur et qu'il n'a pu donner d'abord tout son développement à la doctrine qu'il créait. M. Chassaignac combat en outre l'opinion émise par M. Huguier, que la phlébite est plus à redouter au haut de la cuisse que dans l'anneau du troisième adducteur.

M. Robert ne redoute pas autant que son collègue les accidents qui peuvent résulter de l'application d'un lien sur une portion d'artère malade. Ce qu'il redoute bien plus quand on opère près du sac anévrismatique, c'est l'inflammation et la suppuration de ce sac ; accident qui a été observé par M. Malgaigne, dans l'opération de ligature de l'artère iliaque externe qu'il a faite il y a quelques mois. Quant à lui, ayant eu occasion de faire une semblable opération, et ayant rencontré une artère ossifiée dans le point où il voulait appliquer sa ligature, il fut obligé de mettre celle-ci presque immédiatement au-dessus de la poche, et cependant il n'observa aucun accident à la suite de cette pratique.

M. Lenoir demande à M. Huguier pourquoi il n'a pas préalablement établi la compression au-dessus de la tumeur. Plusieurs cas de guérison d'anévrisme poplité ayant été signalés dernièrement dans les journaux étrangers, il croit qu'on ne saurait aujourd'hui se dispenser d'employer ce moyen de traitement, qui a l'avantage de préparer la guérison par la ligature, quand il ne l'amène pas par lui seul.

Quant au retour des battements dans les tumeurs anévrismales du jarret après la ligature de la crurale, M. Lenoir rappelle qu'il a publié un travail sur ce sujet dans les Archives de médecine, et que les faits qu'il a recueillis ne lui ont pas démontré que l'accident fût plus commun après le procédé de Scarpa qu'après celui de Hunter.

— Séance levée à cinq heures et demie.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue, le dimanche 26 janvier 1845, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

Compte-rendu de M. le docteur PERRIX, secrétaire-général.

Messieurs,

Appelé pour la première fois à vous rendre compte des travaux de votre commission générale pendant l'année qui vient de s'écouler, j'éprouverais quelque regret si je ne retrouvais assis auprès de moi mon honorable prédécesseur, à qui vous avez déféré, mus par des sentiments de juste reconnaissance et d'estime méritée, le titre de secrétaire-général honoraire.

Vous savez, Messieurs, avec quelle exactitude et quelle persévérance M. le docteur Gibert s'acquitta de ses fonctions, qu'il mit au rang de ses premiers devoirs et qu'il remplit si dignement ; et vous aimez à vous rappeler aujourd'hui sa facile élocution, son admirable lucidité, sa parole énergique, et cette indépendance de caractère dont il vous donna tant de fois des preuves.

Avec de tels souvenirs, ma tâche deviendrait bien difficile, si je n'avais l'espoir de trouver dans votre indulgence et dans mes efforts le courage qu'il me faut pour la remplir.

Il y a un an, à pareille époque, dans une solennité semblable à celle-ci, ce fut pour moi un grand honneur d'être l'objet de vos sympathies et d'être appelé, par vos suffrages, à remplir les fonctions de secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris ; ce fut aussi, je l'avoue, la plus douce récompense de l'empressement que vous m'aviez mis à même d'apporter dans les différentes missions dont j'avais été chargé, et de mon assiduité à prendre part à vos travaux depuis la fondation de notre Société.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'adresser des remercîments à notre honorable président-fondateur, qui témoin de mes efforts dans les fonctions de secrétaire annuel, et guidé par le sentiment de justice qui l'anime, manifesta, devant la Commission générale, le désir que je fusse proposé à vos suffrages.

Si, en m'attribuant cet honneur, l'Association a voulu reconnaître le zèle dont je suis animé pour les intérêts de l'œuvre à laquelle elle se voue, puisse le motif qui m'a valu sa confiance suffire à ses yeux pour m'en rendre digne !

Plus particulièrement placé depuis deux ans pour étudier notre belle institution, dans son double but de bienfaisance et de moralisation, dans ses travaux, ses relations, j'ai dû, en appréciant surtout ses résultats, juger, mieux encore, de son importance et de son utilité.

Avant de vous entretenir des travaux de votre Commission générale, et de vous rendre compte de sa gestion administrative et financière ; permettez-moi de remonter à l'origine de notre institution, de jeter un coup-d'œil rapide sur ses douze années d'existence, et de vous en signaler les faits principaux.

Ce sera rappeler à ceux qui en furent les fondateurs tout ce que peuvent l'esprit de confraternité, le dévoûment, la persévérance, le sentiment de sa propre dignité et la pensée du bien public. Ce sera faire connaître à ceux qui viennent chaque jour grossir nos rangs ce qu'ils ne savent qu'incomplétement, et je voudrais pouvoir ajouter : ce sera peut-être un moyen d'éveiller dans les esprits qui doutent, hésitent, interprètent mal nos intentions, le désir et la résolution de se rapprocher de nous.

Ce fut une noble et généreuse pensée, Messieurs, que celle qui présida à la création de l'Association des médecins de Paris. Cette pensée, née du passé, embrassa tout à coup le présent et l'avenir ; et, en effet, le mal existait depuis longtemps, il fallait remonter à ses causes, les faire cesser et en prévenir le retour. Tâche immense, difficile, dangereuse, devant laquelle, néanmoins, cette pensée se dresa, forte de ses intentions, puissante de ses moyens et confiante dans l'avenir, par cela même qu'elle était confiante dans les esprits auxquels elle s'adressait.

Vous n'avez point oublié, Messieurs, avec quel empressement, et j'ose dire avec quel enthousiasme, celui qu'éveillent toujours des mobiles généreux, les médecins de Paris accueillirent le projet d'une association fondée dans des vues si élevées, dans un double but d'intérêt privé d'abord, et bientôt d'utilité publique.

Fonder une caisse de prévoyance, trouver les moyens de secourir et de soulager de nobles infortunes, resserrer les liens de la confraternité, donner l'exemple de la moralité, maintenir la dignité du corps, voilà pour l'intérêt privé.

Veiller à la répression des abus, démasquer le charlatanisme, éclairer l'autorité, seconder ses intentions philanthropiques en indiquant les moyens de protéger la santé et la vie des citoyens, prémunir la société tout entière contre les dangers auxquels elle est sans cesse exposée, voilà pour l'utilité publique.

Qu'avons-nous fait, Messieurs ? Ce qu'une réunion d'hommes graves, éclairés, n'ayant pour but que le bien, doit et peut faire. Nous avons appris à nous connaître, à nous apprécier, et dès lors nous nous sommes compris. D'un accord unanime, nous avons voulu voir à notre tête l'homme qui, par sa position, son crédit, ses connaissances administratives, la haute portée de ses vues et de ses intentions dans l'intérêt de tous, devait diriger, appuyer, consolider notre édifice.

Nos premiers soins ont été donnés à l'organisation et à l'administration de notre institution, à laquelle nous avons dû apporter successivement des réformes et des améliorations. Nous avons rencontré bien des difficultés ; mais en luttant courageusement, nous avons surmonté des obstacles de plus d'un genre.

A peine étions-nous à l'œuvre que nous étions en mesure de suffire aux plus pressants besoins, et que déjà nous avions secouru quelques infortunes restées jusque-là sans soulagement. Heureux début, qui, tout en mettant dans nos cœurs un peu de jouissance, y laissait l'impression de quelque tristesse ! C'est que le présent nous dévoilait l'avenir, c'est qu'à nos intentions se mêlaient des inquiétudes !

Des efforts généreux, une sage et prévoyante administration les ont dissipées. Et quand vous saurez, Messieurs, que, depuis la fondation de notre institution, 330 demandes de secours nous ont été adressées, que près de 25 000 fr. ont été consacrés à celles que notre règlement nous a permis d'accueillir ; si j'ajoute que nous avons soutenu de nos deniers, en même temps que nous le faisions de notre appui moral qu'ils réclamaient, des confrères de Paris et des départements, dans les frais judiciaires que nécessitaient leurs instances devant les tribunaux, ainsi que j'aurai l'occasion de vous l'expliquer plus loin, vous serez sans doute étonnés que nous ayons pu faire autant avec des ressources si limitées, mais qui heureusement s'accroissent chaque jour ; et vous comprendrez quel est l'esprit d'ordre et de justice qui préside à notre direction et à nos distributions.

Les exigences de notre règlement n'avaient amené parmi nous que des hommes dont la moralité était et devait rester intacte. Ainsi, l'on vit réunis à d'illustres maîtres ce que la capitale offre de plus honorable dans le corps des médecins de Paris, tous ces praticiens honnêtes que distinguent le savoir et la modestie. Heureux si nous n'avions déjà à déplorer des pertes nombreuses, heureux si nous comptions encore parmi nous tant de membres à jamais regrettables ! Dupuytren, Lallemant, Dubois, Boyer, Alibert, Desgenettes, Larrey, Double, Itard, Esquirol, Marc, Louyer-Villermé, Rullier, Sanson ! et tant d'autres que je voudrais pouvoir citer ! Si quelque chose pouvait nous consoler de ces pertes immenses pour la science, pour l'humanité et pour nous-mêmes, ce serait de penser que nous avons compté dans nos rangs tant d'illustrations, et que notre institution s'est pour ainsi dire élevée sous l'égide de tant de gloire et de tant de vertu ! Mais je m'aperçois que je m'éloigne de mon sujet, distrait que je suis par de si glorieux souvenirs, ému par de si grandes pertes !

Notre institution, veillant ainsi directement aux intérêts du corps médical de Paris, prenait d'une manière indirecte ceux du corps médical tout entier ; aussi l'Association des médecins de Paris eut-elle bientôt du retentissement, et d'un grand nombre de points de la France reçut-elle, chaque année, des lettres de félicitations dans lesquelles les médecins et les diverses sociétés médicales invoquaient ses lumières, ses conseils, réclamaient ses statuts, dans le dessein de fonder de semblables institutions. C'est ainsi que les départements de Maine-et-Loire, de la Sarthe, de la Charente-Inférieure, de la Dordogne, de la Gironde, de la Haute-Garonne, du Nord, de l'Aisne, de l'Eure, de l'Yonne, de la Loire-Inférieure, etc., ont entretenu des relations, non-seulement à l'occasion de leurs projets d'institution, déjà presque partout réalisés, mais pour demander notre intervention auprès de l'autorité, dans des questions d'intérêt privé et d'intérêt général, tantôt en ce qui a rapport à l'exercice de notre profession, au point de vue de la morale et de l'humanité, tantôt en ce qui touche la législation qui nous régit ; et croyez-vous, Messieurs, que nous soyons restés inactifs sous ce rapport, occupés uniquement à secourir nos confrères malheureux, leurs veuves et leurs enfants, à donner des secours aux médecins et aux parents de médecins étrangers à l'Association ; car nos prévisions se sont étendues, dans de certaines limites, jusqu'à ces derniers ; non, Messieurs, vous le savez, chaque année nous avons trouvé et saisi l'occasion d'entretenir des relations avec les autorités administrative et judiciaire.

L'Association des médecins de Paris, dès la seconde année de sa fondation, signale son existence par plusieurs actes d'intérêt privé et d'utilité publique.

Par son empressement à subvenir aux frais d'un procès qui tendait à compromettre les intérêts de notre profession.

Par le travail remarquable d'une commission composée d'hommes éclairés, chargés de préparer un projet d'organisation médicale.

Dans le cours des années suivantes, en éclairant, par des observations justement motivées et dictées dans l'intérêt public, l'autorité qui s'empressa de rapporter une ordonnance qui entravait la pratique des autopsies, pratique éminemment utile aux besoins bien entendus de l'humanité.

En présentant au gouvernement une pétition pour obtenir la réforme des abus inhérents à l'institution des officiers de santé, et en prenant ainsi l'initiative pour préparer la voie des améliorations dans la législation qui nous régit.

En appelant la sévérité du gouvernement sur des étrangers indignes de nous et du titre de médecin, sur ces hommes qui exploitent la fortune et la santé publiques, et en obtenant une ordonnance royale qui leur retirait la permission d'exercer.

Consultée par M. le préfet de la Seine sur les moyens à prendre pour constater plus exactement la cause des décès dans la ville de Paris, l'Association, heureuse de ces relations officielles, s'est empressée d'apporter à l'autorité ses réflexions et ses lumières.

Un sociétaire devenu, pour refus mal interprété de son ministère, l'objet d'une condamnation, a réclamé notre appui. L'Association est intervenue moralement et matériellement ; le jugement a été cassé, et les médecins ont obtenu un arrêt qui établit qu'ils ne peuvent être passibles d'aucune peine, tant qu'ils n'ont pas été requis légalement.

Un médecin de La Rochelle, poursuivi pour un acte qui l'honore, le refus de divulguer un secret dans une déclaration de naissance, acquitté par les tribunaux de La Rochelle et de Saintes, a réclamé notre intervention, dans le pourvoi formé par le ministère public, devant la Cour de cassation.

L'Association s'est empressée de l'aider de son crédit, de ses lumiè-

res et de ses deniers, et, grâce à la savante consultation de notre conseil judiciaire, Me Boullanger, à la remarquable adhésion donnée avec désintéressement par plusieurs des membres les plus élevés du barreau de Paris, grâce au concours d'un des avocats les plus distingués à la Cour de cassation, Me Ledru-Rollin, qui nous a prêté si généreusement l'autorité de son talent et de sa parole, la Cour suprême, en rejetant son pourvoi, a rendu un arrêt qui maintient les devoirs sacrés et les priviléges de notre noble profession.

La Société médicale de la Sarthe, alarmée des doctrines consacrées par quelques cours et tribunaux, a eu recours à notre intervention, pour porter devant l'autorité, ses réclamations, à l'effet d'obtenir l'exécution de la loi dans la répression du charlatanisme; l'autorité supérieure, accueillant immédiatement ces plaintes justement fondées, a appelé l'attention des magistrats, et a provoqué des poursuites suivies de condamnations.

Nous devons, depuis quelques années surtout, à la puissante intervention de notre président, d'entretenir, avec l'autorité judiciaire, des relations qui témoignent de son zèle à répondre à notre vigilance.

Au début de notre institution, Messieurs, il nous eût été impossible d'arriver immédiatement au double but que nous nous proposions; il fallait procéder, sinon avec lenteur, du moins avec réflexion, et partant avec sagesse.

Préoccupés que nous étions de tant de confrères que l'âge, les infirmités et des malheurs imprévus avaient atteints, le désir d'améliorer des positions si difficiles avait dû l'emporter sur d'autres soins.

Cependant le débordement effréné du charlatanisme, les maux qui en résultaient chaque jour, les faits déplorables dont nous étions témoins, les exemples scandaleux que nous avions sous les yeux, ne devaient pas seulement nous faire gémir; il était de notre devoir d'y remédier; nous ne pouvions penser que l'autorité portât l'indifférence jusqu'à permettre ou tolérer de tels abus, et croyant trouver, dans l'ignorance même où la laissait notre incurie, la cause d'un mal qu'une répression salutaire pourrait devenir, nous dûmes chercher les moyens de l'éclairer.

Plus notre mission était difficile et délicate, plus il fallait y apporter de réflexion et de circonspection; aussi votre commission générale examina-t-elle, avec une scrupuleuse attention, les mesures qui lui furent indiquées. Enfin, dans une de nos assemblées générales, nous accueillîmes unanimement la proposition d'un de nos honorables sociétaires, et l'article suivant fut ajouté à notre règlement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Organisation et Physiologie de l'homme, expliquées à l'aide de 1 figures coloriées, decoupées et superposées; par M. ACHILLE COMTE, professeur d'histoire naturelle à l'Académie de Paris.

Nous avons déjà recommandé d'une façon toute particulière l'ouvrage dont M. le professeur Achille Comte publie la quatrième édition. Sur la foi de ce que nous en avons dit, beaucoup de nos lecteurs se sont procuré ce livre, utile à tant de titres divers. Nous croyons néanmoins devoir revenir avec plus de détails sur notre recommandation première. La *Physiologie de l'homme* mérite toute l'attention des savants et des gens du monde, et les uns et les autres nous sauront gré de leur avoir signalé cet ouvrage.

Le but que M. Ach. Comte s'est proposé a été de résumer, dans une analyse claire et substantielle, les traités généraux et les livres élémentaires relatifs à l'*Organisation* du corps humain. L'auteur, pénétré de cette idée que les méthodes les plus simples sont les meilleures, a voulu saisir l'esprit de son élève en s'adressant à la fois à ses yeux et à son intelligence. Dans l'ingénieux mécanisme de ses *dessins superposés*, les organes du corps humain apparaissent avec leurs formes naturelles. Cette manière de présenter l'anatomie est réellement une innovation des plus heureuse. Chacun sait, en effet, l'aridité des descriptions techniques; chacun aussi sait la prolixité obscure à laquelle s'abandonnent trop souvent les écrivains qui traitent de cette partie de la science. M. Ach. Comte a heureusement simplifié toutes ces explications; dans son livre, le corps humain se produisant de lui-même tant extérieurement qu'intérieurement, la description écrite dit seulement ce que les yeux ne pourraient apprendre, et elle le dit avec autant de clarté que de concision.

Sous ce rapport, la *Physiologie de l'homme* est un livre précieux pour les étudiants comme pour les médecins et les gens du monde. L'auteur, accoutumé à donner des enseignements à la jeunesse des écoles, a fait preuve d'autant d'esprit que de tact dans la rédaction et dans la disposition des figures de son ouvrage. L'homme du monde n'y trouvera que d'utiles leçons, et son imagination ne conservera aucune impression fâcheuse des excellents dessins qui forment l'atlas de la *Physiologie*.

Correspondance.

Mon cher Confrère,

Mon nom a été prononcé dans la polémique relative aux *injections d'azotate d'argent* dans la blennorrhagie.

Il est vrai qu'après avoir pris lecture du mémoire dans lequel M. Vénot expose ses étranges insuccès, j'ai rédigé un article que je vous destinais et qui a été communiqué à M. Debeney. Des circonstances qu'il est inutile de vous faire connaître ont retardé mon envoi, et la publication du mémoire de M. Foucart m'ayant paru atteindre le but que je me proposais, je me suis abstenu.

Je n'ai pas à vous faire connaître mes conclusions; je dirai seulement puisque M. Debeney veut bien invoquer mon témoignage, que depuis plus d'un an j'emploie les injections à la dose d'*un gramme* d'azotate d'argent pour *trente grammes d'eau* distillée dans toutes les périodes de la blennorrhagie (sauf bien entendu quelques contre-indications sur lesquelles je n'ai rien à dire ici); que j'ai déjà mis cette méthode en expérience environ *cent* fois, et que je partage *absolument* la manière de voir de MM. Debeney, Ricord, Leriche, Foucard, etc.

Aujourd'hui, je ne prendrai pas davantage part à cette discussion; je me propose de réunir mes observations, et de les adresser, dès que je croirai pouvoir le faire, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie de Paris. Il est bien entendu que je n'élèverais aucune réclamation si quelqu'un de mes confrères me précédait par une communication faite à l'une ou à l'autre de ces deux sociétés.

Agréez, etc. MARCHESSAUX.

Hâvre, 7 février.

Monsieur le rédacteur,

Dans la polémique qui vient d'avoir lieu sur les injections anti-blennorrhagiques, mon opinion a été citée. Je tiens à ce que l'on sache que le travail qui contient mes idées est antérieur à cette polémique. Je dois bientôt le lire à une société savante.

Agréez, etc., VIDAL.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Quand le ministère wigh fit voter en 1840 le *penny post-bill*, qui réduisit à 10 d. le prix du port des lettres dans toute l'étendue du Royaume-Uni, il lui était difficile de prévoir l'usage étrange qui serait fait de cette réduction; il ne pouvait s'attendre notamment à ce qu'on se servirait de ce moyen de transport pour faire parvenir à des amis, des parents, entre autres objets, des poissons, des sangsues, des bouteilles remplies de liquides, des ciseaux, des rasoirs, de l'argent, de la viande et des légumes, etc. C'est cependant ce qui a eu lieu, et l'abus, sous ce rapport, est devenu tel, que le directeur général des postes vient d'être obligé d'adresser une circulaire aux employés sous ses ordres, pour leur enjoindre de refuser à l'avenir ou de retenir, s'il l'avait reçue par mégarde, toute lettre dans laquelle il soupçonnerait quelque intrusion du genre de celles que nous venons de signaler. — Quel dommage que le *penny post-bill* ne soit pas adopté en Belgique et en France! Les docteurs qui traitent leurs malades par correspondance (ne pas oublier d'affranchir) y auraient trouvé de bien grands bénéfices pour l'envoi de leurs panacées!.... (*Gaz. méd. belge.*)

— La petite vérole a fait irruption dans un certain nombre de maisons de la classe ouvrière, à la Basse-Ville, à Courtrai, et ces ménages éprouvent les tristes effets de cette maladie. On avait répandu le bruit que les personnes atteintes avaient toutes été vaccinées, et nombre de mères de famille s'en sont vivement alarmées. Mais il résulte d'un rapport de la commission médicale que, sur 90 malades, il y en a 63 à l'égard desquels on a pu établir qu'ils n'avaient point été vaccinés.

La SEPTIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (première livraison du troisième volume), sera en vente *mardi prochain*, 11 février, au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle comprendra la suite des Maladies de l'appareil urinaire: corps étrangers et calculs de la vessie, dissolution et extraction de ces calculs; lithotritie avec planches, etc. — Les autres livraisons paraîtront de mois en mois sans interruption.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 18. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Des pertes utérines et des épanchements sanguins du placenta.

Une femme, entrée à la Clinique près du terme de sa grossesse, avait éprouvé en décembre dernier, à plusieurs reprises, des pertes abondantes. Il en résulta un accouchement avant terme d'un enfant nouveau-né, vers la fin de janvier.

M. Dubois a saisi cette occasion pour exposer en quelques mots le mécanisme de ces sortes de pertes utérines et des foyers d'épanchements sanguins placentaires.

Pour comprendre, dit M. Dubois, la production de ces hémorrhagies, il est nécessaire de se faire une idée nette des dispositions qu'offre le système vasculaire du placenta. On peut se représenter artificiellement le placenta comme constitué par trois ordres de vaisseaux formant trois couches successives : les vaisseaux utéro-placentaires, vaisseaux de connexion; la couche placentaire proprement dite; et le réseau vasculaire de la surface fœtale. La rupture des vaisseaux du premier ordre, de ceux qui établissent la connexion de l'utérus avec le placenta, est la cause la plus commune des hémorrhagies utérines; elle est ordinairement le résultat d'une chute, d'un effort ou d'une violente secousse. La rupture de la seconde couche vasculaire, du réseau placentaire médian, donne lieu à ces épanchements, à ces collections sanguines que l'on a désignées sous le nom d'apoplexies placentaires. Enfin la rupture des vaisseaux de la surface fœtale donne lieu à de petits foyers qui soulevant les membranes, forment ces mamelons noirâtres que l'on trouve quelquefois à la surface fœtale du placenta, et qui ont fait croire par plusieurs accoucheurs à l'existence de tumeurs variqueuses dans cet organe. Quelquefois il n'existe qu'un seul épanchement qui forme alors une saillie de plusieurs centimètres d'épaisseur. Cette saillie subit avec le temps des modifications particulières qu'il est important de connaître; il se fait une dissociation de la sérosité et de la fibrine du sang; la sérosité est peu à peu résorbée, et il ne reste plus, au bout de quelque temps, qu'un petit noyau de fibrine décolorée, blanchâtre, contenue dans un petit sac ou kyste, revenu sur lui-même. Dans quelques cas la sérosité ne disparaît pas; de sorte qu'il reste une espèce de vésicule contenant un liquide séreux au milieu duquel nage un petit corps blanchâtre. Cette circonstance a plus d'une fois donné lieu à des méprises. On a confondu cette vésicule avec un œuf supplémentaire. Une erreur de ce genre fut commise il y a quelques années par un jeune accoucheur qui présenta à l'Académie de médecine un placenta auquel, disait-il, adhérait un œuf supplémentaire. Je demandai à examiner de près la pièce; je fis une incision, la sérosité s'échappa, et il me fut facile de démontrer que le petit corps blanchâtre qui nageait au milieu de ce liquide, et qui avait été pris pour un embryon, n'était autre chose qu'un peu de fibrine résultant d'un ancien épanchement sanguin de la nature de ceux dont nous nous occupons.

Les épanchements de ce genre, qu'ils soient uniques ou multiples, ont lieu le plus souvent à la partie centrale du placenta. Il peuvent quelquefois cependant se faire à la circonférence. Dans ce cas le placenta, dont la circonférence est saillante et le centre déprimé, représente assez bien une cupule. La saillie circulaire est formée par la fibrine décolorée soulevant les membranes dans tout le pourtour du placenta. On voit quelquefois à côté, ou sur un des points de cette saillie circulaire, une portion d'épanchement qui n'a pas encore subi la décomposition dont il a été question, et qui est encore constituée par un caillot fibrineux non décoloré. La présence d'un pareil caillot à côté de ce bourrelet circulaire de la circonférence placentaire, témoigne assez par elle même de l'origine commune de ce bourrelet et de ce caillot.

Ces sortes d'épanchements sont bornés, circonscrits, adhérents aux membranes d'une part, et d'autre part au placenta. On comprend par là comment il se fait que dans la plupart des cas il n'en paraît rien au dehors. Il est quelques circonstances cependant où le sang n'étant pas ainsi retenu, fuse et vient se présenter à l'orifice. C'est là assurément une cause d'hémorrhagie impossible à soupçonner, et que l'on ne peut positivement reconnaître que lorsqu'on a le placenta dans la main. Il est utile cependant que l'on soit prévenu de la possibilité de cette cause d'hémorrhagie, car on pourrait croire par cela seul qu'il existerait un écoulement de sang à l'extérieur, qu'il y a rupture des vaisseaux utéro-placentaires dans le voisinage de l'orifice; or, l'on voit qu'il en peut être autrement. M. Cazeaux a publié, il y a deux ans, un fait où il crut avoir affaire à un cas de placenta membraneux; lorsque le lendemain on lui présenta le placenta dépouillé de ses membranes, et qui avait été expulsé après coup, il reconnut sur ce placenta un foyer d'épanchement sanguin considérable. C'était cet épanchement qui, au lieu de rester circonscrit entre le placenta et ses membranes, avait décollé et détaché complètement celles-ci. Nous avons eu l'occasion, depuis cette époque, de voir ici plusieurs exemples de ces sortes d'épanchements sur la surface fœtale du placenta.

Sur la difficulté de déterminer l'époque de la grossesse d'après la menstruation.

Au n° 2 est couchée une femme primipare récemment accouchée naturellement après un travail de trente et une heures. Cette femme ignorait l'époque à laquelle remontait sa grossesse; elle n'avait pas revu ses règles depuis un an, de sorte que lorsqu'elle est entrée dans nos salles, il y a plusieurs mois, bien qu'elle ne fît pas remonter l'origine de sa grossesse à l'époque où elle avait eu ses règles pour la dernière fois, elle se croyait enceinte depuis plus long-temps qu'elle ne l'était en réalité. Les faits de ce genre ne sont pas rares; l'intérêt physiologique qui s'y rattache naturellement est en quelque sorte accru en ce moment par les nombreuses recherches dont les questions relatives à la menstruation ont été l'objet depuis quelque temps. On connaît les opinions qui ont été émises récemment sur ce sujet, opinions qui consistent à admettre chez la femme, ainsi que chez toutes les femelles des mammifères, une ponte périodique spontanée coïncidant avec les époques menstruelles. Il y aurait, en d'autres termes, une coïncidence constante entre la sortie d'une vésicule de Graag et l'éruption menstruelle, laquelle serait ainsi considérée comme une préparation à la conception, qui ne pourrait avoir lieu hors de ces conditions. Telles sont, en résumé, les opinions qu'on a cherché à faire prévaloir en ces derniers temps. Sauf à nous expliquer plus tard sur ces phénomènes d'une manière plus complète et plus catégorique, nous ferons remarquer seulement, provisoirement, que la menstruation n'est pas absolument nécessaire pour la conception. J'en pourrais citer de nombreux exemples. Il existe des femmes qui n'ont habituellement leurs règles qu'une fois ou deux fois par an et qui deviennent enceintes dans l'intervalle de ces deux époques menstruelles aussi éloignées l'une de l'autre. Sans aller plus loin, la femme à l'occasion de laquelle nous avons abordé cette question nous en fournit un exemple. Elle avait cessé depuis longtemps d'avoir ses règles lorsqu'elle est devenue enceinte. Ces cas ne sont même pas fort rares; Mauriceau en rapporte plusieurs exemples. Aussi est-il souvent fort difficile, dans des cas de ce genre, de déterminer, d'après les seuls renseignements que peuvent donner les femmes, l'époque probable de leur grossesse, et rien n'est plus commun que de se tromper dans un pareil diagnostic.

M. Dubois rapporte à cette occasion un fait à propos duquel il a commis lui-même une erreur de ce genre. Une jeune personne habituellement bien réglée se maria. Quelque temps après ses règles se supprimèrent et elle éprouva en même temps quelques-uns de ces phénomènes généraux qu'éprouvent communément les femmes enceintes : dégoûts, malaises, etc. Cela se passait au mois d'avril. Environ quatre mois après, c'est-à-dire vers l'époque où les femmes commencent ordinairement à sentir remuer, elle crut éprouver une sensation vague de mouvement. Cependant son ventre n'avait pas acquis un développement en rapport avec l'époque présumée de la grossesse. Deux mois après, c'était le sixième mois présumé, l'utérus était un peu plus développé, mais il n'y avait point de mouvements. Le médecin de cette dame était dans une grande indécision : il penchait à croire que la grossesse était arrêtée, que l'enfant avait cessé de vivre depuis environ deux mois. Consulté par ce médecin, M. Dubois admit comme lui la possibilité d'un arrêt dans le développement du fœtus, tout en déclarant cependant qu'il ne pensait pas que la grossesse remontât aussi loin. Arrivée l'époque où l'accouchement eût dû avoir lieu, d'après les premières présomptions, il n'en fut rien, mais cette dame déclara alors avoir senti très distinctement des mouvements; son ventre avait acquis à cette époque un développement considérable. Un nouvel examen convainquit les deux consultants de la réalité d'une grossesse; ils reconnurent distinctement les battements du cœur de l'enfant; et ce ne fut que trois mois après que cette dame mit au monde un enfant à terme. Il était évident, dans ce cas, que la conception n'avait eu lieu en réalité que quatre mois après l'époque de la suppression des règles à laquelle on avait fait remonter à tort l'origine de la grossesse. Les cas de ce genre sont exceptionnels, sans doute, mais il n'en doit pas moins être tenu compte, et ils prouvent, ce que nous avancions tout à l'heure, que la conception peut avoir lieu, bien que les règles man-

FEUILLETON.

DU RÉTABLISSEMENT DE L'ACTION NERVEUSE DANS LES LAMBEAUX AUTOPLASTIQUES.

Mémoire lu à l'Académie des Sciences, le 10 février 1845, par M. le docteur JOBERT (de Lamballe).

Dans un ouvrage dont la publication date déjà de plusieurs années, j'ai examiné une question qui touche aux points les plus élevés de la physiologie, je veux parler de la *cicatrisation des nerfs et des renflements nerveux*. Il s'agit, en effet, de savoir si la force plastique qui fournit les éléments de réparation dans les solutions de continuité de nos organes, est suffisante pour reproduire une portion de nerf détruite, ou même pour rendre à un nerf coupé son intégrité première?

En supposant qu'on arrive à résoudre cette question négativement, il reste à savoir si après la section d'un nerf, l'action nerveuse se rétablit dans les parties situées au delà de la solution de continuité, et, dans ce cas, comment s'opère ce rérablissement.

Je crois être parvenu, dans l'ouvrage que je viens de citer, à réfuter l'opinion des physiologistes qui admettaient la reproduction de la substance nerveuse. Toutefois, les expériences si habilement instituées de M. Flourens, démontrant que la sensibilité peut renaître dans un nerf divisé, laissaient une apparente contradiction entre les résultats physiologiques et les faits anatomiques tels que je les ai observés, en sorte qu'un doute légitime régnait encore sur ce point dans la science.

Aujourd'hui, si je ne me trompe, toute difficulté peut être levée. Depuis six années que j'ai repris la question au point où nous venons de la laisser, j'ai exécuté des expériences nombreuses et nouvelles; je me suis placé dans des conditions non seulement plus propres à fournir des résultats concluants, mais encore à donner à la question elle-même plus d'importance et de grandeur.

J'ai profité des ressources qu'offraient à l'expérimentation les procédés autoplastiques dont s'est enrichie la chirurgie contemporaine. Au lieu d'opérer sur des filets nerveux, comme on l'avait fait jusque-là, j'ai pris au sein des tissus vivants des lambeaux plus moins considérables et je les ai appliqués sur des surfaces saignantes avec lesquelles ils n'avaient auparavant aucun rapport, en me bornant à laisser un étroit pédicule qui servait, pour ainsi dire, de racine au lambeau séparé, jusqu'à ce que de nouveaux rapports se fussent établis, jusqu'à ce que la greffe animale se fût consolidée. La consolidation obtenue, je coupais le pédicule en produisant le plus souvent une perte de substance. J'avais alors, au milieu des tissus vivants, une île, si je puis dire ainsi, de matière organisée, qui n'avait pu puiser les éléments de sa nutrition et se mettre en relation avec les centres nerveux que par l'intermédiaire d'une cicatrice.

Il me restait donc à suivre les phénomènes qui se passaient dans cette greffe animale; à rechercher si la sensibilité s'y affaiblissait en même temps que la nutrition pour reparaître avec elle? Enfin à déterminer anatomiquement par quelles voies s'opérait la communication avec les centres nerveux.

Les observations que je vais rapidement énumérer répondent à ces questions.

Première observation. — Une fille, âgée de vingt et un ans, entra dans mon service, le 25 juin 1844, pour être opérée d'un ectropion de la paupière supérieure gauche. Cette difformité, résultat de cicatrices vicieuses, consécutives d'une brûlure, laissait l'œil à découvert. Le bord ciliaire de la paupière, ramené en haut, formait un angle dont le sommet était fixé à l'arcade sourcilière; au-dessous existait un bourrelet formé par la conjonctive enflammée.

J'excisai ce bourrelet, et la bride qui unissait le bord palpébral à l'arcade sourcilière fut ensuite incisée. Cela fait, je taillai un lambeau sur la région temporale, et je le fixai entre les deux lèvres de la division. Les paupières et la joue se tuméfièrent, et sa cicatrisation se fit par première intention.

Dix jours après l'opération (le 12 juillet), les prodromes d'une fièvre éruptive se déclarèrent et furent suivis d'une éruption variolique confluente.

J'observai alors ce fait remarquable que des boutons mal développés n'apparurent sur le lambeau que le 20 juillet, après que tout le reste du corps en était couvert. Le 21, la cicatrice qui unissait le lambeau aux parties voisines était détruite, un sillon en suppuration se forma autour de ce dernier, qui ne se détacha pas entièrement.

Alors la sensibilité était intacte dans le pédicule, plus obscure dans le reste du lambeau.

Le 1er août, les croûtes commencèrent à tomber. Le 6, le sillon qui entourait le lambeau était presque comblé et de nouveau en voie de cicatrisation. Le 9, la nutrition du lambeau paraissant assurée, je coupai le pédicule.

La portion restée adhérente aux téguments de la tempe conserva toute sa sensibilité, soit qu'on la touchât avec le nitrate d'argent, soit qu'on la piquât. Le lambeau pâlit, sembla se flétrir, et devint insensible au contact du caustique et aux piqûres d'une épingle. Toutefois, si j'appuyais fortement, la malade déclarait sentir non pas une piqûre, mais une pression légère; phénomène que je n'attribuai pas à la sensibilité du lambeau lui-même, mais à la sensation perçue par les parties sous-jacentes. Renouvelées les jours suivants, les mêmes expériences donnèrent des résultats semblables.

Enfin, les premiers jours de septembre, la sensibilité reparut dans le lambeau, et en même temps il reprit toute sa vascularité. Lorsque la malade sortit, il jouissait d'une sensibilité égale à celle des parties voisines.

Ainsi : 1° *Application du lambeau.* La sensibilité se maintient encore un peu dans le pédicule, et disparaît dans le reste du lambeau.

2° *Section du pédicule.* La sensibilité s'éteint dans le lambeau qui se flétrit; elle reparaît plus tard avec la vascularité, et s'accroît avec elle.

Tels sont les phénomènes relatifs à la sensibilité qui ressortent manifestement de cette observation. Nous les retrouverons avec des particularités nouvelles dans les observations suivantes.

Deuxième observation. — Un homme de quarante-cinq ans, nommé Boulard, entra dans mon service le 3 décembre 1840. Dix-huit mois auparavant, il avait eu le côté gauche du tronc et le bras du

quent depuis plus ou moins long-temps.

Pertes d'eaux avant la rupture des membranes.

Les personnes qui suivent la clinique ont pu remarquer que depuis quelque temps plusieurs femmes se sont plaint de perdre des eaux longtemps et pendant plusieurs jours avant d'accoucher. On a pu voir en particulier une femme à laquelle on a administré du seigle ergoté, et qui perdait des eaux en abondance bien que les membranes ne fussent pas encore rompues. Une jeune fille affectée de chorée est dans le même cas ; elle perd de l'eau depuis plusieurs jours et cependant on a constaté aujourd'hui encore que la tête de l'enfant flottait au-dessus des membranes intactes. Ces pertes d'eaux insolites ont été le sujet d'un grand nombre d'hypothèses à l'aide desquelles on a cherché à les expliquer. On a cru longtemps qu'elles provenaient d'une rupture des membranes dans un point supérieur au col et ne correspondant que par intervalles seulement et à l'aide d'un petit pertuis avec l'orifice. Dans un grand nombre de cas l'observation n'a pas justifié cette vue de l'esprit. Parmi les autres explications que l'on a successivement cherché à faire prévaloir, il en est une qui a un certain crédit. On a pensé que ces pertes d'eau avaient leur source dans l'espace qui sépare le chorion de la membrane amniotique, espace qui est ordinairement occupé par de l'eau, et d'où elle s'échapperait par une rupture accidentelle du chorion. Mais s'il en était ainsi la perte d'eau aurait lieu tout d'un jet et une seule fois, tandis que ces pertes se renouvellent à de fréquentes reprises et à des intervalles plus ou moins rapprochés et quelquefois très longtemps avant l'accouchement. Ainsi on en a vu se déclarer dès le sixième mois de la grossesse et durer jusqu'au terme.

Quelques accoucheurs ont cru pouvoir expliquer la production de ces pertes par l'existence d'une membrane exhalante ; sorte d'allantoïde persistante, membrane dont l'existence est très problématique pendant les derniers mois de la grossesse, et que l'on ne trouve que durant la première période de la vie fœtale.

L'hypothèse qu'il me reste à exposer me paraît avoir en sa faveur beaucoup plus de probabilité que toutes les autres ; aussi est-elle adoptée aujourd'hui par tous les meilleurs esprits. Elle consiste à admettre tout simplement que les eaux qui s'écoulent par le vagin avant la perforation des membranes, et pendant le cours de la dernière période de la grossesse, sont le produit d'une exhalation séreuse de la surface interne de l'utérus. La membrane interne de l'utérus, comme toutes les membranes muqueuses, est susceptible d'exhaler un liquide séreux ou séro muqueux. Cette propriété exhalante de la muqueuse utérine est surtout manifeste pendant la grossesse ; elle devient alors le siége d'un travail sécrétoire plus ou moins abondant, et c'est même par cette sécrétion, suivant toute apparence, qu'est entretenu le liquide amniotique. Quoi qu'il en soit, voici ce qui a lieu dans cette circonstance. Soit qu'il existe dans un point quelconque de la surface utérine un décollement des membranes, soit que ce décollement résulte lui-même de cette exhalation séreuse, toujours est-il qu'il se fait dans un de ces points une accumulation de liquide séreux, lequel s'écoule dans de certaines circonstances pour faire place à une nouvelle collection.

M. Dubois cite l'exemple d'une jeune fille enceinte et près du terme de sa grossesse, qui perdait des eaux en certaine quantité plusieurs fois par jour. L'eau qui s'écoulait était de la sérosité parfaitement claire ; on s'assura que les membranes étaient intactes. Plus tard, celles-ci venant à se rompre, il s'écoula une sérosité roussâtre essentiellement différente par son aspect et sa couleur de celle qui s'était écoulée jusque-là. Cette coloration tenait à ce que l'enfant était mort depuis longtemps, et en partie dépouillé de son épiderme. On ne pouvait douter, dans ce cas, de l'origine des eaux rendues avant la perforation des membranes et de celles qui ne s'écoulèrent qu'après cette rupture.

HOPITAL NECKER. — M. DELARROQUE.

De la fièvre typhoïde et de son traitement par les évacuants. Relevé statistique; par M. G. GOGUÉ, interne du service.

(Suite du nº 15.)

Si, dans le tableau précédent, nous avons donné la durée moyenne du séjour dans chaque mois, c'était pour nous conformer à l'usage ; mais nous n'y attachons pas plus d'importance qu'elle n'en a réellement. En effet, dans le mois de juin, par exemple, 12 malades sont sortis guéris, 6 sont restés moins de vingt-sept jours, et 3 moins de trente-six jours ; et néanmoins, nous avons le chiffre 43 pour exprimer la moyenne du séjour.

Quoi qu'il en soit, ce tableau montre :

1º Que sur 102 malades, 95 sont sortis guéris, et que 7 seulement ont succombé ; c'est-à-dire que la mortalité, chez les hommes, a été de $1/14$;

2º Que la durée moyenne du séjour a été de 25 jours ;

3º Que dans les mois de février, mars et avril, on n'a pas eu un seul décès sur 27 malades ;

4º Que l'on a reçu un plus grand nombre de fièvres typhoïdes pendant les mois d'avril, mai, juin et août ;

5º Que la mortalité a été plus grande pendant les mois d'octobre et novembre, puisqu'elle s'élève à 1/[illegible]

Salle des femmes. Elle contient 20 lits.

Janvier. 1 entrée, 1 sortie ; durée moyenne du séjour, 33 jours.

Février. 4 entrées, 1 décès, 3 sorties ; durée moyenne du séjour, 14 jours.

Mars. 3 entrées, 1 décès, 2 sorties ; durée moyenne du séjour, 32 jours.

Avril. 2 entrées, 2 sorties ; durée moyenne du séjour, 25 jours.

Mai. 5 entrées, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 18 jours.

Juin. 1 entrée, 1 sortie ; durée moyenne du séjour, 10 jours.

Juillet. 1 entrée, 1 sortie ; durée moyenne du séjour, 47 jours.

Août. 6 entrées, 1 décès, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 15 jours.

Septembre. 3 entrées, 3 sorties ; durée moyenne du séjour, 16 jours.

Octobre. 1 entrée, 1 sortie ; durée moyenne du séjour, 47 jours.

Novembre. 2 entrées, 1 décès, 5 sorties ; durée moyenne du séjour, 15 jours.

Décembre. 1 entrée, 1 sortie ; durée moyenne du séjour, 28 jours.

Ce tableau nous montre :

1º Que sur 30 malades, 26 sont sorties guéries, et que 4 sont mortes ; c'est-à-dire que la mortalité, chez les femmes, s'est élevée à $1/7$;

2º Que la durée moyenne du séjour a été de 24 jours ;

3º Que les mois de mai et d'août ont fourni un plus graud nombre de malades ;

4º Que la mortalité a été plus grande pendant les trois derniers mois, puisqu'elle s'élève à $1/4$.

— Si nous comparons maintenant les résultats obtenus dans les deux sexes, nous trouvons que la mortalité a été moitié plus grande chez les femmes que chez les hommes.

Tout d'abord on est surpris d'une telle différence ; on en recherche la cause.

Serait-elle dans la différence du sexe ? Mais les auteurs n'ont pas remarqué que la fièvre typhoïde fût plus grave chez la femme ; mais les praticiens n'ont pas observé que l'emploi des évacuants fût moins avantageux chez cette dernière.

Serait-elle dans la différence de localité ? Eh bien ! c'est vraisemblable ; car en examinant la disposition des salles, on ne tarde pas à trouver la cause de la mortalité, chez les femmes, dans l'insalubrité de leur salle.

En effet, cette salle fait partie du vieux bâtiment, et est située au rez-de-chaussée. Humide, mal éclairée, elle ne reçoit le jour que par une face ; encore cette dernière est-elle exposée au nord ; c'est dire que le soleil y donne peu. Ajoutons que le renouvellement de l'air s'y fait difficilement, et que le système de chauffage est mauvais.

La salle des hommes, au contraire, éclairée de tous les côtés, située au premier, fait partie du nouveau bâtiment, et offre toutes les conditions de salubrité.

— Malgré cette mortalité chez les femmes, en réunissant les résultats fournis par les deux services, on ne trouve, sur 132 malades, que 11 morts ; 121 sont sortis guéris. En d'autres termes, la mortalité a été de $1/12$, résultat encore très avantageux, bien que moins satisfaisant que celui de la salle des hommes dont la mortalité ne s'élevait qu'à $1/14$.

— Nous ferons remarquer enfin, qu'il y a eu, pendant les mois d'avril, mai et juin, une épidémie de fièvres typhoïdes qui frappa l'adulte comme l'enfant, et que pendant ce temps on reçut 52 malades (hommes ou femmes), dont 3 succombèrent. Pendant cette épidémie, la mortalité ne fut donc que de $1/17$.

Ceci prouve, chose remarquable, que, s'il existe certaines constitutions épidémiques dans lesquelles les évacuants échouent, il en est d'autres aussi dans lesquelles ils sont plus avantageux que jamais.

De tout ce qui précède, il résulte :

1º Que la médication évacuante exerce une influence remarquable sur la marche de la fièvre typhoïde, qu'elle produit un soulagement manifeste et quelquefois rapide ;

2º Que généralement la convalescence ne tarde pas à se révéler par les signes les plus certains ;

3º Qu'il ne reste aux malades que de la faiblesse et des douleurs dans les membres ;

4º Que les selles produites par les évacuants nous ont paru être avantageuses et en rapport avec l'amélioration ;

5º Que les eschares et ulcérations, complications des plus fâcheuses, ne se sont pas développées avec ce mode de traitement ;

6º Que pendant la convalescence, on a remarqué fréquemment des douleurs dans les membres et des troubles du côté de l'audition, et rarement l'œdème des extrémités inférieures, la chute des cheveux et le dérangement des facultés intellectuelles ;

7º Que l'emploi des évacuants n'entraîne aucun danger, et ne favorise le développement d'aucun accident, d'aucune complication ;

8º Que les deux accidents les plus graves, l'hémorrhagie et la perforation intestinales, sont même plus rares ;

9º Que la parotide, dans certains cas déjà indiqués, peut être combattue avantageusement par les vomitifs ;

10º Que parfois on ne peut rapporter cette complication ni à un mouvement critique, ni à un mouvement acritique ;

11º Que la vraie parotide peut, comme l'oreillon, se terminer par résolution ;

12º Que la fièvre typhoïde peut survenir chez des convalescents d'une autre maladie aiguë, et que ces faits, pour être rares, n'en existent pas moins ;

13º Que dans les mois d'octobre et de novembre la mortalité a été très grande, puisque l'on a perdu 1 sur 4 malades ;

14º Que la moyenne du séjour a été de 24 à 25 jours ;

15º Que la médication évacuante convient également dans certaines épidemies ;

16º Enfin que cette médication diminue non-seulement la mortalité, mais encore la durée de la maladie et de la convalescence.

— Avant de terminer, nous devons remercier M. Delarroque de la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué ses réflexions pendant que nous avons rempli dans son service les fonctions d'élève interne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 février. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Goujon lit un mémoire sur la dilatation des rétrécissements du

---

même côté horriblement brûlés. Après une longue suppuration, des cicatrices vicieuses s'établirent, et soudèrent les téguments du bras à la partie correspondante de la poitrine, dans l'étendue de trois pouces environ.

Les mouvements du membre étaient très bornés. Le 17 décembre, je coupai la bride épaisse qui unissait le bras au tronc ; je taillai un lambeau sur la poitrine au-dessus du sein, et le renversant sur son pédicule, je le fixai entre les deux lèvres de la plaie. Un érysipèle survint et envahit le lambeau vers le milieu de janvier. La réunion fut lente à s'effectuer, et, pendant ce temps la sensibilité, qui était obscure dans le reste du lambeau, avait peu à peu reparu dans le pédicule.

A la fin de janvier l'érysipèle ayant disparu, la sensibilité, à peine appréciable dans le lambeau, devint très manifeste dans le pédicule.

Je coupai le pédicule le 22 février. Trois jours après il existait entre les lèvres de cette nouvelle division un intervalle de plus d'un pouce, et le malade portait le bras à la tête.

En ce moment la sensibilité était presque nulle dans le lambeau, surtout vers le centre. Elle demeura très vague pendant le mois de mars.

Le 21 juillet 1843, deux ans et demi environ après l'opération, les mouvements du bras gauche étaient à peu près aussi étendus et aussi faciles que ceux du bras droit. Le lambeau qui formait la paroi antérieure du creux axillaire conservait tous les caractère de la peau de la poitrine.

Sous l'impression du froid, on voyait le phénomène connu sous le nom de *chair de poule* s'y produire, et la sensibilité y était à peu près aussi développée que dans les parties environnantes.

Troisième observation. (Cancer de la paupière inférieure. Extirpation de la paupière. Blépharoplastie.) — Un garde champêtre nommé Taillot, âgé de cinquante et un ans, entra dans mon service le 14 novembre 1839, pour être opéré d'une tumeur de mauvaise nature, occupant le grand angle de l'œil. Les détails relatifs au développement de cette tumeur et au mode opératoire ayant été publiés (*Gazette médicale*, t. VIII, page 41), je ne m'y arrêterai pas. Il me suffira de dire que les fibres du muscle orbiculaire ayant été envahies par la tumeur, je fus obligé d'en enlever une très grande partie. Le lambeau à l'aide duquel je refis la paupière fut emprunté au sommet de la région malaire.

Une inflammation érysipélateuse se déclara sur la tempe et envahit les parties voisines du lambeau qui se tuméfia. Le malade n'éprouva point de douleur, et la sensibilité n'était nette que dans le pédicule. Bientôt la tuméfaction diminua et disparut entièrement. La vitalité de la nouvelle paupière fut bientôt assurée par des adhérences qui s'établirent sur tous les points, et la sensibilité reparut dans le lambeau. Grâce à quelques fibres du muscle orbiculaire qui avaient été conservées, la paupière artificielle fut douée d'une mobilité volontaire.

Un mois environ après l'opération, un nouvel érysipèle se déclara sur le côté droit de la face, et cet accident me permit de faire une remarque curieuse. Tandis que l'inflammation érysipélateuse survenue dans les premiers jours, avait présenté son summum d'intensité dans les parties qui environnaient le lambeau, cette fois, au contraire, les phénomènes phlegmasiques furent extrêmement prononcés sur celui-ci.

On aurait dit qu'au moment du premier érysipèle la vitalité était trop faible pour fournir les éléments d'une véritable inflammation ; tandis qu'à l'époque où survint le second, la richesse vasculaire du lambeau étant très grande, l'inflammation put acquérir sur ce point un développement proportionnel. Ainsi, nous voyons les phénomènes phlegmasiques suivre, dans les lambeaux autoplastiques, les mêmes phases que la nutrition et la sensibilité.

Je pourrais citer un assez grand nombre de faits qui démontreraient que le développement des productions cornées sur les lambeaux se fait suivant la même progression, et qu'il peut s'exagérer comme la vascularité et la sensibilité.

Il est certain que Graefe et M. Dieffenbach se sont trompés, en avançant que les poils existants sur les parties auxquelles on empruntait un lambeau tombaient après que ce dernier avait perdu ses rapports naturels. Peut-être cette chute a-t-elle lieu quelquefois dans les premiers jours qui suivent l'opération ou la section du pédicule. Pour moi, j'ai toujours vu les poils acquérir sur les lambeaux un développement plus grand que celui qu'ils présentaient avant la transplantation de la surface cutanée à laquelle ils appartiennent.

Je ne veux citer comme exemple que les deux faits suivants.

Quatrième observation (1). (Ectropion de la paupière inférieure. Blépharoplastie. Développement extraordinaire des poils sur le lambeau.) — Un jeune homme de vingt ans, nommé Désiré Islard, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite, depuis l'âge de trois ans et par suite de brûlures, fut opéré par moi en 1835. Un lambeau pris dans la région malaire servit à réparer la difformité ; et il fut remarquable que les poils fins et blonds qui existaient sur ce point des téguments avant l'opération, acquirent dans l'intervalle de trois à quatre mois une longueur de quatre à cinq lignes, et prirent une couleur plus foncée que ceux de la région malaire du côté opposé.

Je passe à une observation qui fera connaître une nouvelle influence des lambeaux autoplastiques sur certaines dégénérescences des tissus.

(La suite à un prochain numéro.)

Nous recevons deux nouvelles lettres de MM. les docteurs Vénot (de Bordeaux), et Duchesne (du Hâvre). Quels que soient notre désir d'être agréable à nos honorables confrères et notre devoir d'impartialité, il nous est impossible de laisser ainsi se prolonger une discussion, lorsqu'elle ne porte que sur des assertions contradictoires, et que de nouveaux faits ne sont point exposés.

Nos lecteurs ont pu apprécier la valeur des opinions de chacun de ces adversaires et apprécier le mérite de leurs arguments. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur cette discussion pratique à propos du nouveau mémoire que vient de publier M. Debeney, et des travaux qui doivent être soumis à des sociétés savantes.

---

(1) Gaz. méd., t. VIII, p. 42.

canal de l'urètre par la méthode hydraulique et vitale.

— *M. Roux* continue la lecture de son mémoire sur les anévrysmes des os.

Sur la demande de plusieurs membres, ce travail est renvoyé au comité de publication.

— *M. Capuron* chargé de visiter M. Ribes, lui a trouvé la figure bonne, le pouls normal, la langue nette; cet honorable collègue refuse toute espèce d'alimentation.

— *M. Blandin* présente une malade sur laquelle, pour la quatrième fois, on a été obligé d'enlever un cancer de la paupière inférieure. Cette fois, M. Blandin, espérant éviter la récidive, et guidé par des faits analogues, a pratiqué l'autoplastie de la paupière en empruntant un lambeau de peau aux parties voisines. L'opération pratiquée depuis trois mois a réussi comme opération; M. Blandin espère que le cancer ne récidivera pas sur ce tissu nouveau.

— *M. Aug. Bérard* présente les pièces anatomiques de la femme sur laquelle il a pratiqué l'infibulation pour cause de fistule vésico-vaginale. (Voyez cette importante observation dans le numéro du 18 janvier.)

M. Bérard rapporte que l'opération bien supportée donnait les plus grandes espérances de réussite, qu'aucun accident ne s'était manifesté, que trois semaines après déjà la malade commençait à se lever, lorsqu'elle fut prise de refroidissement et de fièvre. Des phénomènes graves se manifestèrent du côté de l'abdomen, et la malade a succombé un mois environ après l'opération.

A l'autopsie on a trouvé une péritonite partielle et disséminée très intense. Les deux plèvres étaient aussi le siége de l'inflammation. Tous les autres organes étaient parfaitement sains.

La vulve était presque entièrement oblitérée. Inférieurement et supérieurement il existe seulement deux petits pertuis; l'inférieur communique dans le vagin, le supérieur dans la vessie. Deux stylets passés dans l'un et dans l'autre de ces pertuis se rencontrent au milieu de la fistule. La partie adhérente de la vulve est longue de deux centimètres, et épaisse de six millimètres; elle est constituée par la cloison antérieure de la vulve.

De sorte, dit M. Bérard, que l'opération avait presque réussi; il eut été facile de fermer les deux petites ouvertures qui n'avaient pas été oblitérées. La mort bien regrettable de cette malade ne peut pas être imputée à l'opération, et ce fait doit plutôt encourager des tentatives nouvelles qu'éloigner de ce procédé.

M. Moreau présente quelques objections; mais l'Académie décide que la discussion sur ce fait sera renvoyée à la prochaine séance.

A quatre heures et un quart, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 février 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. le docteur Ballard, chirurgien des hôpitaux militaires de Bourbonne et de Besançon, lit des considérations pratiques sur les grandes opérations et sur les moyens d'éviter en grande partie le danger et les accidents qui les accompagnent.

Les divers procédés et méthodes d'opérations, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on les pratique paraissent d'une médiocre importance à l'auteur sur leur réussite. Les soins à donner au malade avant et après l'opération, lui semblent être, au contraire, la cause des insuccès. Il veut d'abord qu'on laisse ignorer au malade le moment de l'opération; qu'on détruise la sensibilité ou qu'on la diminue de manière à rendre tolérable la douleur de l'opération par des ligatures ou des préparations narcotiques; qu'on cherche à modérer l'inflammation traumatique par le refroidissement des parties, qui prévient aussi la résorption purulente.

— *M. le docteur Guillon* écrit pour réclamer la priorité d'un nouveau moyen de pratiquer le cathétérisme exposé dans une des dernières séances par M. Maisonneuve. Par des citations prises dans la *Revue médicale* et dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Guillon prouve que dès 1839 il avait employé la sonde conductrice pour rendre plus facile et plus sûre l'introduction des sondes et de certains instruments dont l'emploi est nécessité par l'état pathologique de l'urètre et de la vessie ou de leurs annexes.

M. Guillon fait remarquer que ces conducteurs, quoi qu'en ait dit M. Maisonneuve, ne peuvent pas être employés d'une manière générale ou banale, mais qu'ils sont véritablement utiles dans un certain nombre de circonstances telles que des fausses routes très larges dans l'urètre, les rétentions d'urine produites par une prostatite chronique, des fongus du col de la vessie, etc.

— *M. Desiderio*, médecin à Venise, adresse les conclusions d'un mémoire relatif à des expériences sur le sulfate de quinine.

— *M. Jobert* (de Lamballe) lit un mémoire sur le rétablissement de l'action nerveuse. (*Voir* le Feuilleton.)

— *M. le docteur Fabre* adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

« De nouvelles recherches que j'ai faites sur la méningite tuberculeuse chez les enfants, me rendant nécessaire la communication du manuscrit sur cette maladie, qui a été déposé en 1835 au secrétariat de l'Académie des sciences par *moi* et *Constant*, et qui a obtenu une récompense de 3000 francs dans la séance publique de 1836, — je vous serais très reconnaissant de vouloir bien le faire mettre à ma disposition, *si, comme je l'espère, il a été retrouvé dans les archives.* Je me suis présenté à diverses reprises au secrétariat, et on m'a constamment répondu que *le mémoire n'y était pas.*

M. Flourens fait observer que les usages de l'Académie s'opposent à ce que les manuscrits des ouvrages couronnés, qui sont la propriété de l'Académie, soient remis à leurs auteurs; mais que l'on peut répondre à M. le docteur Fabre, qu'il lui sera loisible de prendre communication ou copie de son travail.

Cette décision, appuyée par M. Arago, est adoptée.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue, le dimanche 26 janvier 1845, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

Compte-rendu de M. le docteur Perrrix, secrétaire-général.

(Suite du numéro précédent.)

« La commission générale est en outre chargée de veiller à la ré-
» pression des abus qui nuisent à l'exercice de notre profession, en
» déférant ces abus à l'autorité et en leur donnant, au besoin, de la
» publicité, pour prémunir la Société contre les dangers qu'ils en-
» traînent. »

Depuis le moment où nous avons pris cette sage et courageuse détermination, les hommes de cœur et de dévouement qui ont composé les comités d'arrondissement n'ont cessé de donner des preuves d'un zèle réfléchi, d'un esprit mesuré, dans les missions qui leur ont été confiées.

Tous ceux d'entre nous qui ont fait partie de la commission générale savent avec quel soin les comités s'enquièrent de la vérité des allégations, et ce n'est qu'après avoir été l'objet d'un examen approfondi que les faits signalés ont été portés à la connaissance de l'autorité.

« Cette intervention tout officieuse, dit M. le docteur Delasiauve
» dans son remarquable travail sur l'organisation médicale en France,
» porte ses fruits, et nous semble devoir suppléer avantageusement à
» la mission légale des conseils de discipline, dont il serait désormais
» superflu de tenter l'épreuve. Ce qui nous la ferait encore préférer,
» c'est que, tandis que ces conseils auraient leur principe d'action
» dans le seul intérêt particulier, s'appuyant sur une force collective,
» l'Association des médecins de Paris puise ses mobiles dans les sour-
» ces plus pures de l'amour de l'humanité et du bien public. »

Le caractère des hommes qui composent l'Association des médecins de Paris répond assez de la droiture de leurs intentions, et leur persévérance dans la voie où ils sont entrés en dit trop pour que quelques interprétations obliques puissent les atteindre et les arrêter.

Grâce à cette persévérance, grâce surtout à l'appui que nous prête notre honorable président, des mesures efficaces ont été prises, des abus ont été réprimés, des délits ont été punis. Sans doute, il nous reste beaucoup à faire, à désirer; mais aussi il nous reste à poursuivre notre œuvre, et l'empressement que l'autorité met de plus en plus à accueillir nos plaintes soutient notre courage et fortifie nos espérances.

Si notre ministère nous imposait l'obligation d'appeler la sévérité des magistrats sur des hommes que la loi peut et doit atteindre, qui ne sont pourvus d'aucun titre légal, et dont les actes compromettent la vie des citoyens, sur ceux même qui n'exerceraient pas dans les limites du titre qui leur est conféré, il nous resterait encore un devoir à remplir, celui de démasquer, impuissants que nous sommes à le poursuivre et à le détruire, ce charlatanisme, véritable Protée, qui se joue de la crédulité publique, fascine la société, et répète avec impudence : « *Vult decipi, decipiatur.* »

C'est à nous, Messieurs, et votre indignation me dit assez que vous l'avez senti comme moi, c'est à nous qu'il appartient de le stigmatiser, quelle que soit la forme qu'il revête, et nous aurons encore bien mérité de l'humanité!

Je pourrais, Messieurs, parler encore de notre concours dans une question qui intéressait le corps médical tout entier, de nos efforts pour obtenir l'abolition de la patente, efforts qui n'ont pas été stériles et qui ont pu éveiller dans l'esprit des législateurs de sages et justes réflexions.

Je devrais peut-être aussi vous rappeler la sollicitude du doyen de cette faculté, qui, en présidant notre association, ne laisse échapper aucune occasion de s'aider de son expérience, au point de vue des besoins du corps médical et de la société, et je vous ferai remarquer la diminution, depuis quelques années, du nombre des élèves, les améliorations apportées à l'enseignement et à la réception des docteurs. Mais j'en ai dit assez pour vous faire comprendre à quel degré de développement et d'importance notre institution est parvenue en douze années.

J'ajouterai enfin, qu'en 1843 une décision ministérielle est venue la consolider en la constituant légalement.

Il me reste maintenant à vous entretenir des travaux de votre commission générale pendant l'année 1844, et à vous démontrer qu'elle a dignement interprété l'esprit de notre institution, et sagement appliqué les dispositions qui la régissent.

Parmi les faits que je présenterai plus particulièrement à votre attention, je vous ferai remarquer, comme pour faire ressortir l'utilité de notre Association et les besoins d'en agrandir les ressources, le nombre des demandes qui nous ont été adressées, la position et le caractère de ceux que le malheur est venu frapper, au sein même de notre société, honorables infortunes dignes autant de notre estime que de notre sollicitude.

Quatre sociétaires fondateurs ont été dans la nécessité de réclamer le bénéfice de l'art. 27 de notre règlement, et sont devenus l'objet de notre vif intérêt.

L'un qui, dans une vie de labeur, a longtemps lutté contre la mauvaise fortune, et que la vieillesse et les maladies ont trouvé au dépourvu.

L'autre, non moins malheureux et non moins recommandable, que l'âge et les infirmités empêchent désormais de se livrer à l'exercice de sa profession.

Le troisième, jeune encore, dont une longue et douloureuse maladie a épuisé les ressources.

Un quatrième enfin, arrêté tout à coup au milieu de ses occupations par une maladie à laquelle il vient de succomber, et qui, d'une position jusque-là aisée, était bientôt tombé dans la détresse.

Ces estimables sociétaires avaient fait partie de la commission générale, et avaient donné des preuves de dévouement à l'Association.

Nous avons été heureux de pouvoir secourir la veuve d'un respectable membre-fondateur, qu'une longue carrière, une position élevée, semblaient devoir mettre à l'abri du besoin.

La veuve d'un sociétaire non fondateur a réclamé notre assistance, et a été secourue aussi généreusement qu'il nous a été permis de le faire.

Des veuves et des filles de médecins non-sociétaires, des vieillards infirmes étrangers à l'Association, ont reçu des secours dans la proportion de nos moyens.

Plusieurs veuves de sociétaires continuent à recevoir des secours de l'Association, à titre de pension et de subvention.

Votre commission générale a porté sa sollicitude jusqu'à intervenir auprès des ministres de la guerre et de la marine, en recommandant avec instance des veuves de chirurgiens militaires qu'elle avait secourues plusieurs fois. Elle a ainsi contribué à leur faire obtenir des secours qu'elle avait le regret de ne pouvoir plus continuer.

Si toutes les demandes n'ont pu être accueillies, c'est que quelques-unes ne justifiaient pas de titres suffisants, et que votre commission générale n'a pas cru devoir accorder plus longtemps des secours aux personnes étrangères à l'Association, qui en avaient déjà reçu cinq, six, et même huit fois.

Vous le voyez, Messieurs, chaque année de nouveaux et plus pressants besoins se font connaître, les demandes se multiplient, les secours deviennent plus abondants; si nos moyens ne nous permettent pas de les rendre plus efficaces en les distribuant plus largement, du moins avons-nous la ferme intention de faire mieux, quand nous posséderons davantage. Une administration sage et éclairée maintient notre caisse dans une situation rassurante; une proposition tendant à augmenter nos ressources, déjà adoptée par votre commission générale, et qui attend votre sanction, les vues judicieuses, le zèle prévoyant de notre honorable trésorier, préparent un avenir prospère à l'état de nos finances.

Le tableau que vous avez sous les yeux, dressé par les soins de M. le docteur Vosseur, vous met à même d'apprécier l'esprit d'ordre et d'exactitude qui y a présidé. En vous indiquant les limites de vos ressources, il vous donne la mesure de vos distributions.

L'Association possède aujourd'hui une rente représentant un capital d'environ 68,000 fr. En sanctionnant la proposition adoptée par votre commission générale, vous donnerez à vos libéralités en même temps qu'à vos ressources, une plus grande extension.

Tableau de la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1844.

RECETTES.	f. c.	DÉPENSES. EMPLOI.	f. c.	BALANCE.	f. c.
Le 1er janv. en caisse,	82 00	Secours sur le 6e des cotis.,	8t5 00	Recettes,	9495 50
Cotisations,	5455 00	Sommes all. à 4 soc. et à 4 veuves de sociétaires,	4600 00	Dépenses et emploi,	8826 50
Dons et admissions,	13t1 00	Dépens de gestion, imprimés, etc.,	332 65	Reste,	69 00
Rentes, deux semestres,	2647 50	Achat de 125 de rentes,	3078 85	Le 1er janv. 1844 il reste en caisse	669 00
Total,	9495 50	Total,	8826 50		

Votre commission générale, en veillant aux intérêts matériels de l'Association, s'attache à maintenir sa situation morale, et se préoccupe plus de la qualité que du nombre des membres qui doivent la composer; aussi, chaque année, se montre-t-elle sévère dans l'exécution de l'art. 5 de vos statuts

Ces exigences, Messieurs, contribuent à restreindre le nombre des demandes d'admission.

L'Association, d'ailleurs, ne compte-t-elle pas dans son sein près de 500 membres ?

Si vous réfléchissez aux pertes nombreuses que nous avons faites;

Si vous portez votre attention sur ceux que retiennent des circonstances particulières, soit que les uns n'aient pas été reçus dans une des facultés du royaume, soit que les autres, bien plus nombreux, restent dans des conditions qui leur interdisent l'entrée dans nos rangs;

Si, comme vous le voyez chaque année, le nombre de vos membres devient de plus en plus considérable;

Vous serez tout naturellement portés à trouver dans le nombre actuel de vos sociétaires un chiffre imposant, et en considérant le caractère et l'importance de l'Association, à la regarder comme représentant le corps médical de Paris.

Nous avons à déplorer, cette année, la perte de quatre membres, dont trois fondateurs.

Le docteur Mirambeau, praticien distingué, médecin digne et honorable, enlevé, jeune encore, à sa famille et à ses amis.

Bouillon-Lagrange, directeur de l'école de pharmacie, membre de l'Académie de médecine et du Conseil de salubrité.

Le docteur Rey, confrère généralement estimé qui fit longtemps partie de la commission générale, et se montra toujours dévoué aux intérêts de notre œuvre. Enfin, le docteur Magistel.

Nous avons eu quatre démissions, pour cause de départ.

Les nouveaux membres que votre commission générale a admis cette année, parmi lesquels se trouvent plusieurs médecins des hôpitaux, sont MM. Cherest, Favrot fils, Baillarger, Chappuis, Moreau, Thillaye (Auguste), Rigaud, Tournié, Langlois, Longueville, Martin Magrond, Bouillet, Raynaud.

Les Associations de la Gironde et de la Sarthe nous ont adressé, la première sa constitution, la seconde les procès-verbaux de ses séances et le compte-rendu de sa dernière assemblée générale. Les départements de la Dordogne, de la Haute-Garonne, de l'Yonne, ont réclamé nos conseils pour mettre à exécution des projets d'institutions semblables à la nôtre. Nous nous sommes empressés de mettre nos statuts à leur disposition, en les encourageant et en leur témoignant notre sympathie.

Vos comités d'arrondissement n'ont cessé de donner des preuves du zèle qui les anime et de l'esprit qui les dirige, en secondant, autant qu'il était en eux, M. le trésorier par leur empressement à recueillir les cotisations, et en apportant à la commission générale le résultat de leurs délibérations, dans l'appréciation des faits soumis à leur examen.

L'autorité judiciaire a montré, cette année, un nouvel empressement à ordonner des enquêtes et à réprimer des abus que nous lui avons signalés. Nous le devons, Messieurs, à l'intervention tout à la fois active et mesurée de notre président.

Nous avons terminé l'année par un acte qui honore autant ceux qui l'ont approuvé et appuyé que celui qui en a eu la pensée, et l'Association a donné, ainsi, une nouvelle preuve de sa persévérance à veiller à la dignité du corps, et au maintien de la morale.

Affligée d'un véritable outrage aux mœurs, du scandaleux abus qui se fait dans Paris, des affiches par lesquelles sont annoncés en tous lieux et sur tous les murs, soit des cabinets de consultations médicales, soit des méthodes de traitement, soit enfin des remèdes occultes destinés principalement aux maladies dites honteuses ou secrètes, l'Association a décidé qu'une lettre serait adressée au conseil-général pour appeler son attention sur ce point qui nuit à la considération des médecins, et qui est un danger pour la santé publique.

Un de nos honorables sociétaires, membre du conseil-général, à qui l'Association doit cette détermination, a usé de son influence auprès de ses collègues, en appuyant notre réclamation de l'autorité de son zèle et de son expérience.

Cette lettre, dans laquelle sont rappelés tous les moyens légaux d'empêcher un tel abus, sans violation du grand principe de la liberté de la presse, et au grand avantage de la santé et de la morale publiques, a été accueillie par le conseil-général, qui a émis unanimement ce vœu dans les termes suivants :

Le conseil-général : « Considérant que la vente des remèdes secrets
» présente des dangers incontestables pour la santé publique : que les
» moyens de publicité journellement employés les augmentent encore,
» et offensent la morale ;

» Appelle l'attention de M. le préfet de police sur cette grave ques-
» tion, et l'invite à chercher dans l'application rigoureuse des lois et
» règlements, notamment dans les dispositions de la loi du 21 germi-
» nal an XI, les moyens de réprimer les abus qui viennent d'être si-
» gnalés. »

Serait-il désormais permis, Messieurs, alors que je viens de vous énumérer quelques-uns des actes de notre gestion, de regarder l'Association des médecins de Paris, seulement comme une œuvre de charité, comme une société de secours mutuels; en un mot, comme une institution d'utilité privée?

Lorsque le conseil d'état, il y a huit ans, ne voyant dans notre institution qu'une caisse de prévoyance, et la considérant comme une société particulière de secours et de bienfaisance, agissant en vertu de l'autorisation municipale, décida que cette situation ne rendait pas nécessaire l'intervention d'une ordonnance royale, l'Association des médecins de Paris n'avait pas signalé son existence par des actes semblables à ceux que je viens de vous rappeler.

Mais aujourd'hui, Messieurs, la sanction royale que l'Association appelle de tous ses vœux ne serait-elle pas, en même temps qu'un acte de haute justice, la récompense de tant d'efforts et de persévérance?

Et en effet, Messieurs, quand on considère ce que l'Association présente de garanties, tant par sa moralité et ses intentions que par les ressources qu'elle offre à l'autorité pour les besoins de la société, par sa volonté ferme à la seconder dans toutes les voies d'améliorations,

au point de vue de l'intérêt général ; quans on voit une société composée malgré les pertes si nombreuses et si déplorables de cinq cents médecins, comptant dans son sein des membres de l'Institut, presque toute l'Académie royale de médecine, les professeurs de cette illustre école, les médecins des hôpitaux et des divers établissements civils et militaires ; présidée par le doyen de la Faculté, dont le zèle et le dévouement ne peuvent se ralentir, ayant à sa tête le médecin du roi, ca maître vénéré, objet, depuis dix ans, de vos suffrages unanimes, et ce digne professeur de médecine légale, si distingué par ses sentiments de justice et de loyauté, toujours empressé à nous éclairer de ses lumières, et que notre reconnaissance a voulu placer aussi à notre tête, comme pour resserrer les liens qui nous attachent à lui ; quand l'esprit, enfin, s'arrête et médite sur cette grande pensée de moralisation qui nous guide, étonnés que nous sommes d'attendre encore la haute consécration qui donne à toute institution un caractère complet de confiance et de stabilité nous ne pourrions nous défendre d'en être préoccupés, si la pensée du bien public ne l'emportait sur celle de nos propres intérêts, et si nous ne demeurions pas convaincus que nous avons désormais, sinon des droits acquis, au mois l'espoir fondé de les faire valoir prochainement.

Nota. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

Dans cette séance, M. Orfila a été réélu président ; MM. Fouquier et Adelon vice-présidents.

La commission générale est composée, pour l'année 1845, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er arrond. MM. de Montmahou, Caffe, Isarié, Martinet.
2e — Cabanellas, Charrier, Maiotte, Renouard.
3e — Péronaux, Grollet, Parmentier, Jauin.
4e — Favrot, Godard, Langlois-Longneville, Léger-Fleurus
5e — Serré, Puche, Lebreton, Labarraque.
6e — Ledeschault, Lozes, Gaide.
7e — Trèves, Szokalski, Lembert, Huron.
8e — Géry, Manbec, Belhomme, Bouillet.
9e — Deville, Dubois, Chailly, Boullard.
10e — Piédaguel, Velpeau, Robort, Simoud.
11e — Adorne, de Tcharner, Salacroux, Bayle.
12e — Martin de Gimard, Rousseau, Lagasquie, Rousset.

ÉDUCATION DES IDIOTS DE BICÊTRE.

On nous transmet, relativement à l'éducation des jeunes idiots de Bicêtre, les détails suivants, qui nous semblent de nature a attirer toute l'attention de nos lecteurs.

Il y a peu de temps, M. le directeur général de l'instruction publique en belgique eut l'occasion de visiter l'institution des jeunes idiots établie à l'hospice de Bicêtre. Frappé de la simplicité des procédés employés pour l'éducation de ces enfants, et des résultats extraordinaires obtenus en moins d'une année, il s'est empressé de proposer à son gouvernement la création d'un établissement semblable. Nous apprenons que l'autorisation nécessaire pour cet objet vient d'être accordée ; et les proportions de l'asile projeté seront assez vastes pour qu'on puisse y admettre, non seulement les enfants idiots, fous et épileptiques, comme à Bicêtre, mais encore tous ceux qui, par l'exception de leur nature, de malheureuses prédispositions, la dépravation de leurs instincts, ont besoin d'une éducation spéciale. Telles étaient également les vues de l'administration des hospices, qui n'a pu les réaliser, n'ayant pas à sa disposition, nous assure-t-on, les fonds nécessaires. Son œuvre, tout en se restreignant, demeure même forcément incomplète, et nul doute que nos voisins ne nous aient bientôt devancés; car, plus heureux que nous, ils achèveront certainement cette œuvre si utile à l'humanité. N'est-il pas fâcheux qu'une idée généreuse ne puisse, de prime abord, être accueillie chez nous, et qu'il lui faille passer à l'étranger pour être fécondée et recevoir la consécration qu'elle aurait dû trouver aux lieux où elle est née?

FACULTÉ DE MÉDECINE FÉMININE AU CAIRE, EN ÉGYPTE.

Le docteur Ali Cohen, de Groningue, a publié un travail intéressant : *Voorliezing over de letterkundige vorderingen van het Neger-ras.* Nous y trouvons des détails curieux sur l'émancipation intellectuelle des femmes en Orient. Or, voici en quoi cette émancipation consiste :

L'islamisme, qui opposait tant d'obstacles à la création d'une médecine nationale en Egypte, en soulevait bien davantage encore dans l'exercice de de cet art, surtout en ce qui regardait les malades du sexe féminin. On sait à quelle vie retirée la loi de Mahomet condamne les femmes ; il n'est donc pas étonnant qu'elles éprouvaient une répugnance invincible à se laisser traiter par des hommes. En cette occurrence, le législateur de ce pays, Méhémet-Ali, voulant mettre un terme aux malheurs qui résultaient de cette susceptibilité, ordonna d'acheter un certain nombre d'esclaves nègres du sexe féminin, et les fit instruire dans les sciences médicales.

On commença à leur enseigner l'arabe (langue parlée), puis on les instruisit dans la langue écrite, afin de les mettre à même de lire les traductions arabes de quelques-uns des principaux ouvrages européens sur l'art de guérir. Les progrès de ces jeunes femmes furent assez significatifs ; une d'entre elles surtout, Fatmé, se distingua parmi ses compagnes dans l'étude des sciences médicales.

Après quelques annnées d'études sous la direction du célèbre docteur Clot-Bey, l'esclave Fatmé fut élevée aux fonctions de médecin en chef de la division des femmes à l'hôpital d'Esbeckié. A ce service de clinique est joint un hospice de maternité, où les jeunes esclaves nègres (du sexe féminin) s'exercent, sous la direction de Fatmé, dans l'art des accouchements et dans le traitement des maladies des femmes. L'art de guérir, en Egypte, doit à l'institution de cette faculté féminine de grands avantages. L'inoculation de la vaccine, entre autres, se propage de jour en jour, maintenant que ce sont des femmes qui pratiquent cette opération. Jadis les Egyptiens ne voulaient pas de cet indispensable préservatif, parce qu'ils s'imaginaient, lorsque c'étaient des hommes qui pratiquaient l'inoculation, que cette opération servait à imprimer aux enfants un stigmate qui pût les faire reconnaître lorsque le pacha levait forcément des troupes.

Le docteur de Ségur-Dupeyron ayant fait, il y a quelque temps, une visite à l'hôpital d'Esbeckié, fut très étonné des connaissances de Fatmé. Elle disserta avec justesse sur la physiologie, la physique, la chimie, elle expliqua le rôle de l'oxygène dans la nature, énuméra les principes constitutifs du sang et parla de plusieurs autres points analogues. Il était fort singulier d'entendre en arabe les mots techniques d'oxygène, d'acide carbonique, etc.

Quelque temps avant cette visite, un examen solennel avait eu lieu en présence des plus savants ulémas Ceux-ci ne pouvaient revenir de leur étonnement. Après l'examen sur les connaissances générales, les ulémas désirèrent entendre un examen spécial sur la médecine. On accéda à leur demande, et ayant ouvert au hasard un livre qui se trouvait sur la table, on tomba sur un chapitre de la formation des organes, qui fut expliqué et commenté par Fatmé de la maniere la plus satisfaisante.

La fille du vice-roi d'Egypte ayant manifesté le désir de voir Fatmé et d'en apprendre quelques notions d'anatomie, celle-ci se rendit à la cour, munie de diverses préparations en cire. Elle plut tellement à la princesse, que celle-ci lui fit cadeau de magnifiques bijoux et la décora du nom d'*effendi*, c'est-à-dire de *savant*. En conséquence, elle porte aujourd'hui le titre de Fatmé-Effendi. *(Gaz. méd. belge.)*

Paris, ce 3 février.

Monsieur,

Je viens m'adresser à vous parce que toutes les fois qu'il s'est agi de réprimer un abus ou de demander des réformes dans l'intérêt du corps médical, votre voix éloquente, mieux que celle de tout autre, s'est fait entendre et a eu d'heureux retentissements.

Des associations prenant le titre d'institutions philanthropiques, et que, d'après leurs tendances, je serais tenté d'appeler *philanthropo-nécropsiques*, se sont formées qui, au lieu de donner au pauvre et au malade les secours dont il a besoin pendant sa vie, viennent, après sa mort, réclamer son cadavre pour subvenir aux frais d'une vaine sépulture, et, par ce fait, privent des moyens les plus précieux d'instruction la moitié des élèves de l'Ecole de Paris.

En effet, Monsieur, depuis le commencement de l'année scolaire, à l'amphithéâtre des hôpitaux de Clamart, où près de quatre cents élèves viennent se livrer aux travaux de dissection, un, deux, trois et rarement cinq sujets par jour, sont livrés à leurs études : quelquefois il n'en est distribué aucun.

L'anatomie, la physiologie, la pathologie, toutes les branches de la médecine, en un mot, ont fait trop de progrès pour qu'il soit permis aujourd'hui d'aller chercher dans l'étude des organes des animaux autre chose que certaines analogies, des comparaisons quelquefois précieuses pour la satisfaction de l'esprit, mais qui ne sauraient être désormais les bases d'une médecine rationnelle.

Si on ne met ordre à un pareil état de choses, ces institutions, qui n'aiment que l'homme mort puisqu'elles privent le médecin des moyens de s'instruire et d'apprendre à prolonger l'existence du vivant par l'étude du mort, nous ramèneront sans doute à ces temps d'aveuglement où l'élève en médecine était réduit à profaner les sépulcres et à disputer aux gardiens des cimetières le sujet de ses études quand ces derniers exigeaient pour leur complicité un prix trop onéreux.

Agréez, etc., *Un élève en médecine de vos abonnés.*

Cette réclamation est fondée :

Samedi dernier, M. Denonvilliers, chef des travaux anatomiques, a fait afficher qu'il ne pouvait faire de leçons d'anatomie, faute de sujet.

A Clamart, même vers la fin du carnaval, époque où les études sont généralement peu suivies, les sujets ont manqué; il n'y a eu que neuf cadavres après trois jours passés sans distribution.

Nous sommes loin de blâmer le pieux désir des familles; mais les besoins de la science sont impérieux, et il ne faudrait pas que par suite d'un zèle mal entendu, ou d'une intervention intéressée, les études anatomiques fussent entravées, et l'instruction médicale rendue incomplète. L'humanité tout entière est intéressée à ce que les médecins soient instruits, et sans anatomie il n'y a pas d'instruction solide; c'est surtout à l'étude de l'anatomie que l'école de Paris a dû son lustre et son impérissable renommée. — Il est donc à désirer que l'autorité et les gens du monde soient bien pénétrés de l'indispensable nécessité des études anatomiques, afin que des préjugés funestes et des intentions tortueuses ne nuisent pas, au dix-neuvième siècle, aux travaux d'une jeunesse studieuse et dévouée aux intérêts généraux.

La SEPTIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (première livraison du troisième volume), est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle comprend la suite des Maladies de l'appareil urinaire : corps étrangers et calculs de la vessie, dissolution et extraction de ces calculs; lithotritie avec planches, etc. — Les autres livraisons paraîtront de mois en mois sans interruption.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36

SAMEDI 15 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 19. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 14 FÉVRIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les anciens avaient deux expressions pour désigner le *resserrement* et l'*entortillement* de l'intestin, d'où résultait l'interception des matières conteuues. Plus tard une doctrine s'éleva, dans laquelle on considéra l'*iléus* comme une *maladie d'irritation*, une *névrose*, et le *volvulus* ou entortillement, comme l'effet de cette maladie. Alibert distingua l'entortillement sous le nom d'*entérélésie*, et rangea l'iléus uerveux sous celui d'*entéralgie spasmodique*, dans le genre *entéralgie*, de la famille des *entéroses*. Aujourd'hui la question est plus claire; les faits compris jusqu'alors sous ces dénominations génériques et vagues d'iléus, de volvulus, forment la classe des étranglements internes. Il serait opportun néanmoins d'y revenir, d'analyser avec soin tous les faits qui s'y rapportent, afin de classer d'une manière plus satisfaisante les variétés de ces étranglements. Ce travail est encore nécessaire après l'article de Dupuytren, dont le cadre renferme trop de divisions tout en étant incomplet.

Des dix-sept espèces d'étranglement interne admises par ce chirurgien, une des premières est celle qui consiste dans la torsion circulaire et dans l'aplatissement d'une partie de l'intestin grêle autour d'un point du mésentère, les deux bouts de l'intestin s'éloignant ensuite l'un de l'autre sous un angle plus ou moins aigu.

L'intestin grêle peut être aplati entre le mésentère et la colonne lombaire, avec ou sans torsion de l'intestin sur son repli, lésion à laquelle succomba Chopart.

L'*invagination* ou *intussusception* constitue une variété très commune de l'étranglement interne. C'est la portion sigmoïde du colon qui est reçue dans le rectum; c'est le cœcum, suivi de la plus grande partie du colon, qui s'invagine dans la portion inférieure de ce dernier et dans le rectum. Le plus souvent il n'y a qu'une invagination; mais il peut en exister plusieurs: jusqu'à cinq, comme dans le cas d'Henricus ab Heers: jusqu'à six, comme dans une observation de Pensens, citée par Alibert. On connaît les faits si extraordinaires d'élimination spontanée rassemblés par Hévin: ici vingt-trois pouces de colon, y compris le méso-colon correspondant, sont frappés de mort et rejetés; là l'élimination entraîne vingt-huit pouces d'intestin grêle.

Dans une autre variété, on voit des appendices, soit intestinaux, soit épiploïques, s'enrouler autour de l'intestin, ou, ayant contracté adhérence avec un point voisin, former une arcade sous laquelle une ou plusieurs anses d'intestin se sont étranglées. Moscati voit un diverticule s'enrouler deux fois autour d'une anse double de l'iléon. Scarpa trouve l'appendice vermiculaire très allongé, fixé au cœcum par son sommet, et formant un anneau qni étreint l'intestin grêle. Dans une observation de M. Martin jeune (de Lyon), un appendice naissant de l'iléon, et allant se fixer à la portion voisine du mésentère, embrassait trois anses d'intestin. Dans une autre, de M. Regnault, l'étranglement était formé par un appendice intestinal long d'environ sept pouces, qui « se contournait autour d'une anse du mésentère, pour faire un nœud, en s'engageant entre son origine et l'intestin lui-même. » M. le docteur Bertherand, professeur d'anatomie à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, a rapporté, dans le dernier volume des *Mémoires de Médecine militaire* (XLVI), une observation d'étranglement interne ayant résulté de l'adhérence d'une bride épiploïque au colon. Il n'est pas nécessaire que l'intestin soit étreint. Une bride qui agit sur lui de manière à le couder suffit pour y interrompre le cours des matières. Tel paraît avoir été le mécanisme de la lésion dans le fait de M. Bertherand. A cette variété se rapporte un cas de M. Rayer, sur lequel nous reviendrons.

L'étranglement peut être produit par le passage d'une portion d'intestin à travers une déchirure de l'épiploon, du diaphragme, du vagin, etc.

La coarctation de l'intestin sans épaississement de ses parois, son rétrécissement par l'effet d'une tumeur développée dans ses tuniques, donnent lieu à une autre variété d'étranglement.

Les rétrécissements du rectum, soit qu'ils occupent la partie supérieure de l'intestin, dans le point où il se continue avec l'S iliaque, soit qu'ils existent plus inférieurement, doivent être rattachés à cette variété. M. Costallat, auteur d'une bonne monographie sur les rétrécissements du rectum, nous a exprimé l'opinion que les coarctations du haut de l'intestin lui paraissent devoir être généralement attribuées à un abcès de la fosse iliaque.

Les brides qui se forment à la suite de la péritonite deviennent souvent la cause d'étranglements internes. C'est même pour ce motif que, la péritonite étant plus commune chez la femme que chez l'homme, on a trouvé que l'étranglement interne se présentait plus souvent cbez la première (Rokitanski).

Des tumeurs de l'intérieur de la cavité abdominale peuvent amener l'obturation de l'intestin, et tous les accidents qui naissent de l'interception des matières.

Il en serait de même de la rétention des matières, et de la présence de corps étrangers dans la cavité de l'intestin.

L'imperforation de l'anus est une occlusion, une atrésie, et non pas une obturation, ou une oblitération; d'ailleurs, elle constitue une lésion externe.

Fages, chirurgien de Montpellier, a publié un cas très remarquable dans lequel l'étranglement eut lieu par suite du passage de l'intestin dans la tunique vaginale contenue dans l'abdomen, le sujet n'ayant qu'un testicule dans le scrotum. L'accident s'était produit à la suite d'un effort. La vaginale intra-abdominale, cause et siége de l'étranglement, était rompue, et le testicule, moins une partie de l'épididyme, que l'on voyait encore dans le sac, avait passé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sur le psoas.

On trouve dans les œuvres d'A. Cooper deux exemples de hernies intra-abdominales: dans l'un, les intestins étaient contenus entre les feuillets du mésentère (hernie mésentérique); dans l'autre, ils étaient renfermés dans une poche formée par le dédoublement du mésocolon (hernie mésocolique).

MM. Carteron et Saussier ont publié dans les *Annales de la Chirurgie française et étrangère* (1843) un cas d'étranglement interne, suite de la rupture d'un sac herniaire double, développé dans l'intérieur du péritoine sur le ligament rond du côté gauche, à une petite distance de l'utérus.

Enfin, il y a une classe d'étranglements internes qui sont d'abord externes; étranglements si bien étudiés par Dupuytren: tel serait le cas d'une hernie étranglée réduite en masse, ou d'une hernie à collets multiples dont un seul aurait été débridé quand plusieurs étranglaient, et qui aurait été réduite.

Il faudrait ranger dans la classe des étranglements *externes* un fait qui nous a été communiqué par M. Nathalis Guillot, et que nous citons ici, à raison de l'intérêt qui s'y rattache. Un chirurgien s'était décidé à extirper, chez un homme robuste et d'ailleurs bien portant, une tumeur de l'aine, dont la dissection l'entraîna trop loin; si loin, en effet, qu'il ouvrit le péritoine, et que, quelques heures après le pansement, le malade éprouvant d'atroces douleurs, on trouva, au lever de l'appareil, une longue anse d'intestin ayant fait issue hors de la plaie. Le chirurgien fit la réduction, et réappliqua l'appareil. Les symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'à la mort du malade, qui fut prompte. A l'autopsie on trouva que l'anse herniée avait été refoulée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre le péritoine et les muscles. Que de fautes, et quel exemple! Ce fait s'est passé du temps de l'internat de M. Nathalis Guillot, et le chirurgien pour qui il a dû être une cause incessante de remords, n'existe plus.

Nous n'avons pas voulu assurément, dans ce qui précède,

FEUILLETON.

DU RÉTABLISSEMENT DE L'ACTION NERVEUSE DANS LES LAMBEAUX AUTOPLASTIQUES.

Mémoire lu à l'Académie des Sciences, le 10 *février* 1845, *par M. le docteur* JOBERT (de Lamballe).

(Suite du numéro précédent.)

Cinquième observation. — Une femme nommée Hubert, âgée de cinquante-trois ans, entra le 7 avril 1840, à l'hôpital Saint-Louis, pour être traitée d'un cancer occupant l'angle externe de l'œil gauche. L'origine de cette maladie pour laquelle elle avait successivement consulté plusieurs médecins distingués, remontait à 1824.

Je me décidai à pratiquer l'extirpation de la tumeur, et pour réparer la perte de substance assez considérable que nécessita cette opération, je reformai la paupière inférieure au moyen d'un lambeau taillé aux dépens de la peau de la région temporale. J'obtins une réunion par première intention. Six semaines après l'opération, je coupai le pédicule, et la malade sortit guérie au bout de deux mois. Tandis qu'après la section du pédicule la portion de ce dernier restée adhérente à la tempe jouissait d'une exquise sensibilité, le lambeau était insensible.

Je revis la malade quatre mois après l'opération, au mois de juillet 1840. Je notai que la vascularité du lambeau s'était considérablement accrue, et en même temps le développement de la sensibilité y était excessif.

Peu de temps après la maladie reparut, et la femme Hubert rentra dans mes salles en 1841. Il est digne de remarque que le cancer n'avait point récidivé dans le point qu'il avait occupé d'abord; au lieu de se développer dans l'angle externe, il siégeait cette fois dans le grand angle de l'œil, et n'atteignait point le lambeau autoplastique.

Ce nouveau cancer fut extirpé, et la perte de substance réparée au moyen d'un lambeau emprunté à la racine du nez La réunion fut obtenue par première intention, et la malade sortit guérie en apparence.

Mais six mois s'étaient à peine écoulés que la femme Hubert ressentit des élancements qui partaient du fond même de l'orbite; l'état de l'œil devenant chaque jour plus inquiétant la malade rentra pour la troisième fois à l'hôpital Saint-Louis, le 20 août 1842. La vue était alors perdue, et je fus obligé d'extirper l'œil. Celte opération pratiquée le 8 septembre, fut suivie de guérison, et la malade sortit le 15 octobre.

Je la revis le 1er juillet 1843. La vision s'effectuait beaucoup mieux par l'œil droit qu'avant l'extirpation de l'œil gauche.

Quant à la paupière artificielle, elle se présentait sous la forme d'un bourrelet, de même couleur que la peau saine des parties voisines; elle était sensible au contact des corps que l'on promenait à sa surface, et il n'y avait point d'erreur sur le lieu où la sensation était provoquée. La vascularité était très développée: une seule piqûre d'épingle était suivie de l'écoulement de plusieurs grosses gouttes de sang.

On voit que cette observation est tout à fait conforme aux précédentes, quant aux phénomènes relatifs à la sensibilité; de plus, on y remarque cette particularité curieuse que la diathèse cancéreuse a semblé reculer devant les lambeaux autoplastiques, comme si la vitalité des tissus était en quelque sorte régénérée par le seul fait de la greffe animale. Je crois devoir appeler sur cette observation l'attention des hommes de l'art, d'autant que le fait que je viens de rapporter n'est point isolé. J'ai eu l'occasion d'observer une femme, nommée Ducreux, sur laquelle M. Blandin pratiqua, au mois d'octobre 1841, l'opération remarquable de la rhinoplastie, pour réparer les ravages produits par un *lupus* qui avait détruit les parties molles du nez: un lambeau fut taillé sur le front; l'opération réussit, et la femme Ducreux se considéra comme guérie. Mais un nouveau tubercule s'est montré, il y a neuf mois environ, à l'union de l'aile droite du nez artificiel avec la joue, et a fini par envahir la lèvre; d'autres tubercules se sont développés, et aujourd'hui (octobre 1844) le nez est entouré d'ulcéres qui détruisent les tissus autour de lui, sans l'entamer.

La peau du nez est très sensible et vasculaire; la base qui forme la partie inférieure avait été prise sur la limite du cuir chevelu, et contenait quelques cheveux fins qui, loin de tomber, ont pris du développement.

Je rapporterai encore une observation qui non-seulement confirmera les précédentes, mais les complétera en faisant connaître l'anatomie des tissus au milieu desquels on a pratiqué l'autoplastie.

Sixième observation. — Une blanchisseuse, nommée Lambert, âgée de vingt-trois ans, entra pour la premiére fois dans mon service en avril 1835. Huit mois auparavant cette femme, qui offrait tous les caractères d'une diathèse scrofuleuse, avait eu sur la paupière supérieure gauche un ulcère qui détermina un ectropion.

Au moment où elle se mit entre mes mains, la conjonctive palpébrale était vivement irritée, comme fongueuse, et la conjonctive oculaire était rouge et boursouflée. En outre une ulcération siégeant sur la région sourcilière, l'avait détruite au point qu'il ne restait du sourcil que la partie interne dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

L'œil étant menacé, j'eus recours à la blépharoplastie; une incision ayant été faite sur la paupière, un lambeau, taillé aux dépens de la joue, fut appliqué entre les lèvres de la plaie et maintenu à l'aide de trois points de suture.

Je réparai de même la perte de substance de la région sourcilière à l'aide d'un lambeau taillé aux dépens de la tempe.

Les deux opérations réussirent: l'œil fut recouvert, et ce qui restait du muscle orbiculaire permit à la totalité de la nouvelle paupière de se mouvoir à peu près comme celle du côté opposé.

Plus tard, le sourcil artificiel offrit une régularité remarquable, ce qu'on s'expliquera aisément si l'on fait attention que le lambeau employé à cette réparation avait été taillé sur la lisière du cuir chevelu, de manière à transporter une rangée de cheveux à la place des poils du sourcil détruit. Ces cheveux, au nombre d'une soixantaine, conservèrent une grande viguenr, et, en ayant soin de les tenir coupés, ils formaient un sourcil moins épais que celui du côté opposé, mais régulièrement dessiné.

Excepté dans le pédicule, les deux lambeaux furent insensibles après l'opération: la sensibilité revint graduellement et disparut de nouveau après la section du pédicule.

Sous le rapport du rétablissement de l'action nerveuse, je constatai les faits suivants, en 1844, avant la mort de la fille Lambert:

1° Vascularité plus grande dans les deux lambeaux que dans les parties voisines; une piqûre d'épingle amène l'écoulement de plusieurs gouttes de sang vermeil.

2° Au moment de la piqûre la malade témoigne une douleur très vive et ne se trompe jamais sur le point précis où la sensation est provoquée.

3° Mêmes phénomènes, moins la douleur et l'hémorrhagie; si l'on promène très doucement les barbes d'une plume sur la surface du lambeau.

— C'est le 3 mars 1844, qu'il m'a été possible de compléter cette observation par l'examen anatomique des parties. La fille Lambert, ayant succombé à la phthisie pulmonaire, je fus autorisé à faire l'autopsie, et voici ce que m'apprit la dissection attentive de la région fronto-palpébrale: En suivant les rameaux de la branche ophthalmique de la cinquième paire, je trouvai que le nerf lacrymal envoyait un filet parallèlement au rameau palpébral; mais aucune de ses divisions ne se portait à celui-ci. La branche interne du nerf frontal ne put être trouvée ni dans le lambeau palpébral ni au delà. Comme elle est située entre les muscles et la peau, elle avait été coupée et sans doute elle s'était atrophiée. La branche externe du même nerf, située entre le périoste et les muscles, avait été respectée; elle passait sous le lambeau sourcilier et émettait vers ce dernier quelques filets qui étaient coupés net au niveau de la cicatrice et se terminaient par un léger renflement, sans arriver jusqu'au lambeau lui-même. Le nerf

présenter une nomenclature des étranglements internes. Il faudrait un examen plus détaillé des cas, et plus d'espace que nous n'en avons ici pour mener cette question à bonne fin. Mais nous pensons que l'on pourrait tirer des indications réunies dans cet article un certain nombre de chefs (le moins possible), sous lesquels on rangerait tout ce qui a rapport aux étranglements internes.

Le fait qui nous a conduit à examiner la question de l'étranglement interne, a été observé au Val-de-Grâce. Il appartient à la catégorie des étranglements par enroulement d'un appendice intestinal ou épiploïque. Nous avons éprouvé un grand embarras à nous rendre compte de l'état des parties, et il n'était pas facile de comprendre le mécanisme du nœud : il n'est guère plus facile de le décrire.

A cinq centimètres au-dessus du cœcum, l'iléon passe dans un nœud, et forme ensuite une anse de l'étendue d'un mètre quatre centimètres, à l'extrémité supérieure de laquelle existe un diverticulum ou appendice de six centimètres de longueur, lequel, distendu par des gaz, offre environ trois centimètres de diamètre. Ce diverticulum entoure l'intestin, traversant en arrière de lui le mésentère, qui offre une déchirure assez considérable. Au delà du nœud l'intestin grêle forme encore une anse très longue dont l'extrémité supérieure passe aussi dans le nœud. D'où il résulte que celui-ci étreint l'intestin dans trois points.

Cette description a été dictée les pièces en main, et nous a paru la plus propre à faire comprendre le mécanisme de la lésion.

Le sujet était un garde municipal, âgé de vingt-six ans, extrêmement robuste. Il déjeuna à la Bastille, et se rendit, au pas de course, d'un seul trait, au poste de la Madeleine, à travers, par conséquent, toute l'étendue des boulevards. Arrivé là, il fut pris de coliques extrêmement violentes. On le relevé de garde, et il retourna à sa caserne, d'où le lendemain, dès le matin, il fut dirigé sur le Val-de-Grâce. Il fut couché dans l'une des salles de M. le professeur Lévy, qui reconnut la nature et l'extrême gravité de la lésion. La mort eut lieu le lendemain.

Quand de tels faits se rencontrent, quand le médecin se trouve ainsi en présence de l'incurabilité, une pensée triste s'empare de son esprit; mais du moins il n'a pas à craindre la voix de sa conscience. Il a été impuissant à prévenir une catastrophe, parce que l'art lui-même était sans ressource dans l'espèce.

Il peut arriver cependant qu'une chance de salut, à la vérité bien précaire, s'ouvre pour le malade. Dans quel cas? Lorsque, comme dans l'observation précitée de M. Rayer, le siége précis de la lésion résulte péremptoirement des symptômes. La douleur rapidement survenue était circonscrite dans un espace de deux pouces de diamètre vers la fosse iliaque droite, et semblait tracer la voie au bistouri.

Il ne suffit pas que le siége de la lésion soit connu; il faut être fixé sur sa nature : or, les vomissements répétés, la constipation malgré les lavements, le défaut de tension et de ballonnement du ventre, son insensibilité ailleurs que dans le point spécifié, la non-existence d'une hernie après l'exploration minutieuse des divers points par lesquels se font les hernies abdominales, tous ces signes réunis ne laissaient pas douter que l'on n'eût affaire à un étranglement interne.

L'opération ne fut point pratiquée; et certes, personne ne voudrait blâmer cette réserve. Aujourd'hui, pourtant, M. Rayer oserait d'avantage. Nous le tenons de lui-même.

La gastrotomie, proposée par Barbette, dans les cas dont il s'agit, conseillée par Hoffmann et Félix Plater, rejetée par d'autres, fut pratiquée avec succès à la sollicitation de Nuck; et, d'après l'avis de M. Récamier, par Dupuytren, qui ne trouva pas l'étranglement, l'incision ayant été faite à gauche, contre son opinion, et la lésion siégeant à droite.

Dans le cas de M. Rayer, l'anneau constricteur était formé par un diverticulum intestinal qu'il n'eût été possible de reconnaître qu'après de longs tâtonnements. La cause du mal trouvée, qu'aurait-il fallu faire? Devait-on se borner à dégager l'intestin? Nous ne voyons pas qu'il fût irrationnel, dans une pareille occurrence, de retrancher le diverticule et de pratiquer ensuite une suture intestinale. On recouvrirait immédiatement le ventre de glace, que l'on renouvellerait pendant le temps nécessaire. M. Baudens a fait vivre pendant huit jours, à l'aide de ce moyen, un sous-officier affecté de péritonite traumatique à la suite d'une rupture intestinale déterminée par une chute dans laquelle le ressort d'un bandage herniaire s'était brisé. L'intestin était contenu dans une hernie qui n'était pas bien réduite. Ce cas a eu lieu tout récemment. Le blessé, qui souffrait beaucoup lors de son entrée à l'hôpital, fut extrêmement soulagé par la glace, qui, n'offrît-elle que cet avantage de calmer les douleurs, serait encore un moyen précieux.

Comme on voit, nous n'osons pas nous prononcer d'une manière bien tranchée, quoique nous inclinions fortement vers l'opinion actuelle du savant M. Rayer. Dans tous les cas, il faudrait bien se garder d'opérer si une péritonite s'était déjà développée. Hoffmann et Plater ont formulé cette condition : *Pourvu qu'il n'y ait point une inflammation abdominale très considérable.*

— L'Académie doit discuter mardi prochain sur la méthode de M. Vidal (de Cassis) pour le traitement des fistules vésico-vaginales, mise en pratique par M. le professeur A. Bérard. Nous reviendrons, après cette discussion, qui ne peut manquer d'être intéressante, sur un cas qui s'est terminé d'une manière si malheureuse et si inattendue. X......

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Jadelot.

Coqueluche. Pneumonie aiguë de médiocre intensité. Réflexions.

La nommée J..., âgée de huit ans, couchée à la salle Ste-Catherine, présentait depuis six semaines les symptômes d'un catarrhe pulmonaire assez léger, qui suivit une marche naturelle, et se dissipa quelques jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Peu après sa disparition, la toux, qui avait complétement cessé, reparut, peu forte d'abord, mais augmenta d'intensité à tel point, que l'enfant fut amené dans le service. Depuis quelques jours, au dire des parents, il y avait une fièvre intense; la toux était sifflante, revenait par quintes, et offrait cet ensemble de phénomènes qui caractérisaient la coqueluche : anxiété, anhélation, suffocation imminente, rougeur et injection violente des yeux et de la face. Voici l'état qu'elle présentait au moment de son admission :

Visage assez calme pendant l'intervalle des quintes de toux, un peu animé, surtout aux pommettes. Teinte un peu jaune de l'ovale inférieur du visage. Pouls à 96, fort, développé, non redoublé; respiration un peu courte; la petite malade se plaint d'une douleur de côté occupant la base de la moitié droite de la poitrine latéralement. Cette douleur n'augmente pas par la pression et l'auscultation; on entend dans cette région quelques bulles de râle sous-crépitant, fin, assez abondant, se continuant en avant et en arrière, dans un espace de quatre travers de doigt en hauteur. Dans le reste du poumon, respiration un peu rude, sans souffle, sans râles d'aucune espèce. Pendant l'examen, il survient une quinte de toux qui offre, en effet, tous les caractères de la toux de la coqueluche, avec anxiété, suffocation, émission abondante de salive filante, visqueuse, transparente; quelques nausées sans vomissements. Il y a eu, pendant la nuit, cinq à six crises de cette espèce. Après la quinte de toux, le pouls donne près de 140 pulsation, mais diminue assez rapidement. Cependant, une demi-heure après, il est encore à 104-108. Soif vive, anorexie, céphalalgie intense. langue rouge à la pointe, sèche, un peu blanche à la base et à la partie moyenne. — 10 sangsues sur le point douloureux; cataplasmes; mauve sucrée; 2 loochs; diète; demi-lavement avec la racine de guimauve.

Le lendemain, l'état de l'enfant est encore à peu près le même. La douleur de côté semble avoir un peu diminué; mais le râle crépitant, plus abondant, occupant une étendue un peu plus grande de la base du poumon. Il y a eu entre les quintes de toux, et de temps en temps, une petite toux suivie d'une expectoration légèrement jaunâtre; teinte jaune due manifestement à la présence du sang combiné avec le mucus pulmonaire. A la suite d'une des quintes de toux, cette nuit, il y a eu un vomissement de matière bilieuse verdâtre; l'épigastre est un peu douloureux à la pression; la teinte jaune du visage est plus marquée aussi; pouls à 100; soif; pas d'appétit; les yeux sont un peu larmoyants. — 8 sangsues en arrière à droite, à la base du poumon; fomentations avec l'huile de camomille camphrée; cataplasmes.

Le 16, l'amélioration est sensible quant à l'état du poumon et au râle crépitant, qui est plus humide, moins abondant. La douleur épigastrique continue à se faire sentir; celle du côté a presque entièrement disparu, ou du moins se confond avec celle que l'enfant accuse au creux de l'estomac. Pas de vomissements; une selle pour rendre le lavement; soif moins vive; langue rouge, moins sèche. — Même prescription; diète; cataplasme sur l'épigastre.

Le 18, la douleur a complétement disparu; les quintes sont moins fréquentes, durent moins longtemps, n'ont pas été suivies de nausées ni de vomissements; la teinte jaune du visage persiste toujours aussi intense. La base de la langue est d'un blanc-jaunâtre sale. L'enfant demande à manger; mais, questionnée un peu vivement, semble ne pas avoir d'appétit véritable : peu de sommeil pendant la nuit. — Manne en larmes, 25 grammes; diète.

Le 20, cinq à six selles ont suivi l'administration du purgatif d'avant-hier. Amélioration sensible dans l'état de la malade. Les quintes de toux sont cependant encore assez fréquentes, bien que moins rapprochées qu'elles n'ont été pendant les premiers jours qui ont suivi l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Le râle crépitant est remplacé à la base du poumon par un râle muqueux à grosses bulles, se faisant entendre pendant l'inspiration et l'expiration. Absence complète de douleur. Appétit. — Julep gommeux avec poudre de belladone, 0,05 gram.; bouillon coupé; cataplasmes sinapisés aux jambes pendant vingt minutes le soir.

La dose de la poudre de belladone, dont l'usage fut continué pendant près de huit jours, fut augmentée progressivement jusqu'à 0,20 gram. dans les vingt-quatre heures. Une nouvelle purgation fut également prescrite, et, sous l'influence de cette médication, l'amélioration fut telle que le 7 du mois suivant, vingt-quatre jours après son entrée, l'enfant put être reprise par ses parents, complétement guérie.

— Sous plusieurs rapports, cette observation mérite de fixer l'attention des praticiens : d'abord relativement à la complication de la coqueluche par une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, puis à la forme de la pneumonie elle-même par les phénomènes gastriques qui se sont montrés.

---

nasal, qui ne correspondait pas aux lambeaux, ne présenta rien de particulier. Le nerf orbitaire, du maxillaire supérieur, donnait des rameaux temporaux qui, presque tous, contournaient le lambeau palpébral sans s'y rendre. Un de ces rameaux, coupé sur la limite du lambeau, se terminait brusquement près de la cicatrice, sans pouvoir être suivi au delà.

En résumé : 1° Aucun des filets nerveux appartenant aux lambeaux ne put être retrouvé.

2° Aucun des filets nerveux des parties qui environnaient les lambeaux ne pénétrait dans ces derniers; tous s'arrêtaient brusquement au niveau de la cicatrice.

3° Il fut impossible de retrouver aucune trace de substance nerveuse dans le tissu cicatriciel; on n'y trouva que des ramifications vasculaires.

Je noterai encore que la dissection permit de retrouver dans le lambeau palpébral tous les éléments propres à la peau de la région malaire externe, à laquelle il avait été emprunté. Le lambeau surcilier offrait également les caractères de la peau de la tempe; il était seulement plus vasculaire.

Ces données anatomiques si curieuses en regard des phénomènes observés sur le vivant, réclamaient une confirmation, et j'ai entrepris dans ce but une série d'expériences sur des animaux. (Je les passe sous silence.)

Sur une chèvre, j'ai pratiqué une première opération autoplastique à la joue gauche, le 4 juin 1843 Le 2 juillet suivant, j'en ai pratiqué une seconde sur le dos du nez, et peu de temps après, je l'ai encore opérée dans la région mentonnière. Je n'insisterai pas sur les phénomènes observés avant et après la section du pédicule : il me suffit de dire que je les trouvai conformes à ce que j'avais observé chez l'homme.

L'animal ayant été sacrifié en février 1844, voici ce que m'apprit la dissection des nerfs :

A gauche, la septième paire se renfle et se fixe sur la cicatrice du lambeau. Une branche très volumineuse sort du trou sous-orbitaire, au-dessous du lambeau; elle n'envoie aucun de ses filets à celui-ci, mais des rameaux décrivent des anses à concavité supérieure et se dirigent vers le lambeau nasal.

A droite, le peaucier disséqué laisse voir deux filets nerveux très grêles, décrivant une anse vers le lambeau dorso-nasal; le plus inférieur se trouve placé à une certaine distance de la greffe nasale, et l'autre se porte vers celle-ci.

Quant aux filets du nerf *mentonnier*, ils s'épanouissent en forme d'éventail et se répandent dans les papilles labiales, et un filet seulement du nerf mentonnier gauche se dirige vers le lambeau sous-mentonnier.

Le 16 mai 1844, j'ai pratiqué une opération autoplastique sur une autre chèvre. J'ai pris à la commissure et à la lèvre supérieure gauche un lambeau triangulaire que j'ai fixé par plusieurs points de suture à points séparés dans une incision perpendiculaire faite au-dessus de l'endroit où le lambeau a été détaché. Au moment de l'expérience il s'est écoulé beaucoup de sang; et cependant, comme le lambeau était encore arrosé par celui que fournissait une grosse artère, il y avait un certain degré de sensibilité.

Le 29 mai, le lambeau rasé avant l'expérience est réuni et commence à se couvrir de poils, et pourtant il n'est pas sensible. Lorsqu'on le pique il ne saigne point et semble ramassé et plus dur que dans l'état normal. Cette dureté est évidemment déterminée par le travail inflammatoire établi au sein des tissus.

Le 29 juin, le lambeau est couvert de poils, jouit de la sensibilité qu'il avait perdu après l'opération, et ayant été piqué à la surface il en est sorti un sang rouge rutilant et abondant.

Le 10 juillet, je fis la section du pédicule, qui fut douloureuse et suivie de l'écoulement d'un sang abondant, et lorsque je piquai de nouveau le lambeau, l'animal n'accusa plus aucune douleur, et la piqûre ne fournit qu'une très petite quantité de ce liquide.

Le 9 août, le lambeau est couvert de poils en tout semblables à ceux de la région à laquelle on l'a emprunté. Il est sensible au toucher, et piqué l animal crie, et du sarg rouge et vermeil sort par la piqûre.

Le 5 octobre, l'animal a été sacrifié; la dissection du lambeau a été faite, et voici ce que l'inspection me démontra :

1° Que le nerf sous-orbitaire se partageait en deux branches principales, et que les rameaux de la supérieure se rendaient à la lèvre et à la narine correspondante, sans fournir aucun filet au lambeau autoplastique.

L'inférieure, divisée en trois rameaux, a des rapports plus directs avec le lambeau lui-même; le supérieur, contournant le lambeau, allait se rendre au bord libre de la lèvre correspondante.

Le second semblait se diriger vers le bord inférieur du lambeau, et se terminer là par un renflement *ganglionnaire.*

Le troisième rameau parvenu vers le point où a été pratiquée la section du pédicule, se recourbait en arrière pour s'anastomoser avec une branche volumineuse du facial.

Quant au nerf de la septième paire, au sortir de la glande parotide, il ne fournissait rien au lambeau autoplastique. Les ramifications terminales de nerf aux lèvres et aux joues arrivent jusqu'à la circonférence du lambeau; mais on ne voit aucun filet pénétrer dans son épaisseur.

En résumé, des faits nombreux observés chez l'homme et confirmés par des expériences sur les animaux, m'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Immédiatement après les opérations autoplastiques, la sensibilité s'affaiblit ou disparaît dans les lambeaux. Cet affaiblissement est en raison directe de l'écoulement de sang et de l'étroitesse du pédicule.

2° Avant la section du pédicule, la sensibilité y est conservée, en partie du moins.

3° Au bout d'un certain temps après cette section, la vascularité et la sensibilité reparaissent en même temps et s'accroissent dans les mêmes proportions.

4° Dans beaucoup de cas la vascularité s'exagère dans les lambeaux, et alors la sensibilité présente un développement proportionnel.

En regard de ces conlusions, voici celles que fournit l'examen anatomique :

1° Les lambeaux autoplastiques, après la section du pédicule, sont isolés de toutes parts du reste de l'économie par une couche de tissu cicatriciel.

2° Il n'existe, comme moyen de communication, entre le lambeau et le reste de l'organisme, que les vaisseaux plus ou moins développés qui traversent la couche de tissu cicatriciel; jamais on ne rencontre de petits filets nerveux.

3° Les nerfs qui existaient primitivement dans le lambeau s'atrophient et peuvent enfin finir par disparaître.

4° Les nerfs des parties qui environnent le lambeau s'arrêtent au niveau de la cicatrice. Tantôt ils cessent brusquement en présentant une sorte de renflement du névrilème; tantôt ils se perdent dans le tissu cicatriciel sans pouvoir être jamais suivis dans le lambeau.

Ainsi l'observation physiologique nous apprend que la sensibilité se reproduit dans les lambeaux, et l'observation anatomique montre que la continuité nerveuse ne s'y rétablit point.

Comment la continuité nerveuse peut-elle se produire dans une partie séparée des centres nerveux? Comment les sensations produites sur cette partie peuvent-elles être transmises à ces centres à travers un tissu dépourvu de nerfs?

Ces deux questions se rattachent à ce qu'il y a de plus élevé et de plus mystérieux dans les actes physiologiques, et je n'ai pas la prétention de les élucider complétement; — cependant je formulerai deux propositions qui me paraissent l'expression exacte des faits rapportés dans ce mémoire :

1° Les lambeaux autoplastiques empruntent directement les éléments de leur sensibilité aux globules sanguins qui fournissent les matériaux de leur nutrition. Le développement de la sensibilité est exactement réglé par l'abord de ces globules; il augmente ou diminue suivant la même progression.

2° Les sensations excitées dans les lambeaux sont transmises aux centres nerveux par les extrémités des nerfs qui environnent la cicatrice, et parviennent à ces extrémités par l'intermédiaire du tissu cicatriciel, lui-même dépourvu de nerfs.

Nous n'examinerons point ici la question de la nature de la coqueluche, si longtemps controversée, et encore maintenant par tous les auteurs ; nous ferons seulement observer que si la coqueluche était une simple névrose, il serait étonnant qu'elle se développât si souvent chez des sujets affectés de catarrhe pulmonaire et de bronchite soit générale, soit partielle, comme elle a fait dans le cas actuel. Non pas cependant que nous rejetions absolument l'existence de l'élément nerveux. Il est impossible, à voir la marche que suit la maladie, le caractère des quintes de toux, se rapprochant du type convulsif, revenant par intervalles, et laissant, dans l'intervalle qui les sépare, l'enfant dans un état de calme presque complet, il est impossible, disons-nous, de ne point voir dans cet ensemble une forme particulière de bronchite que l'on pourrait peut-être plus justement dénommer bronchite à forme nerveuse.

Au moment de son entrée, l'enfant, avons-nous dit, présentait une douleur dans le côté droit de la poitrine, douleur occupant exclusivement la partie latérale et inférieure de cette moitié du thorax, et annonçant l'existence d'une phlegmasie de la membrane séreuse qui revêt l'organe respiratoire. Bien que souvent la pneumonie pure et simple, sans complication de pleurésie s'accompagne, suivant quelques auteurs, d'une douleur manifeste dans un des côtés de la poitrine, le plus ordinairement, néanmoins, elle n'est point aussi exactement limitée et circonscrite ; elle n'est point non plus aussi vive, aussi lancinante que la douleur pleurétique. Un caractère aussi de la douleur pleurétique, et sur lequel M. le professeur Chomel attire souvent l'attention de ses auditeurs, c'est la place qu'elle occupe. Souvent la douleur pleurétique occupe un point tellement inférieur, qu'il semble au malade la ressentir plutôt dans l'abdomen ou dans le flanc que dans la poitrine elle-même. Dans le cas actuel, c'était presque au niveau des fosses côtes que l'enfant l'accusait, et pendant les jours qui suivirent la première application de sangsues, elle se confondit avec la douleur épigastrique qui fut observée plus tard.

La preuve encore qu'il y avait une inflammation de la plèvre, ce sont les symptômes bilieux et gastriques qui survinrent pendant le cours de la maladie, et dont l'explication est des plus faciles. A peine une étendue de quelques centimètres séparait-elle l'organe malade d'un organe important annexe de l'appareil digestif ; or, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que la phlegmasie pleurétique se propage à la portion du péritoine qui recouvre le foie ; le diaphragme, ce voile musculaire si mince qui sépare les deux feuillets de la séreuse thoracique et de la séreuse abdominale est trop mince pour qu'il ne soit pas facile à l'inflammation de s'étendre de l'une à l'autre ; de là, ces phénomènes bilieux qui compliquent si souvent la pneumonie du côté droit, et que Stoll désignait sous le nom de pneumonie ou de pleurésie bilieuse.

Chez l'enfant qui fait le sujet de l'observation précédente, l'apparition de la coqueluche avait été précédée d'une bronchite qui avait duré près de six semaines, et avait complétement cessé, au dire des parents. Cependant, un intervalle de quelques jours à peine avait séparé la disparition de ce catarrhe bronchique et l'apparition de la pneumonie. On sait avec quelle facilité chez les enfants, mais chez les enfants seulement, la bronchite se transforme en pneumonie, et principalement en pneumonie lobulaire, plus fréquente à cet âge qu'à tout autre, et plus commune à cet âge que la pneumonie lobaire. Nous disons que cette transformation a lieu chez les enfants seulement. Chez l'adulte, en effet, la bronchite des petites bronches, la bronchite capillaire proprement dite, constitue une maladie particulière qui parcourt ses phases et son évolution, et qui se termine soit par la guérison, soit par la mort, en présentant des symptômes que l'on ne retrouve dans aucune autre affection pulmonaire. Des travaux récents remarquables ont démontré jusqu'à l'évidence la vérité de cette assertion.

On a remarqué chez notre malade une fréquence extrême de la respiration, et une gêne des mouvements inspiratoires causée par la douleur. Ici, une remarque éminemment pratique en passant, et qui est d'une utilité très grande au praticien pour l'aider dans le diagnostic. Il y a deux sortes de gêne de la respiration. L'une est causée par la douleur lancinante qui se fait sentir dans le côté à chaque mouvement inspiratoire ; c'est celle de la pleurésie. Alors la dilatation thoracique est très peu considérable ; il semble que le sujet, par une conscience instinctive de la douleur que l'inspiration provoque, exécute ces mouvements inspiratoires de la manière la moins étendue, et supplée par le nombre des inspirations courtes et peu profondes, à l'ampleur impossible de ces inspirations. Ainsi, brièveté des inspirations, et fréquence extrême, tel est le caractère de la dyspnée pleurétique.

D'autres fois, au contraire, les inspirations sont d'une ampleur plus que normale. Les inspirations compensent par leur profondeur la manière incomplète dont se fait l'hématose dans le poumon, les cellules bronchiques et les ramifications capillaires se trouvant remplies d'un liquide muqueux, visqueux et tenace qui les obstrue et empêche le passage de l'air. C'est la dyspnée bronchique, celle que l'on observe dans le catarrhe suffocant, dans la bronchite capillaire. Cette dyspnée se traduit au dehors par une dilatation plus grande de la poitrine, l'écartement des espaces intercostaux exagéré, la dilatation aussi des ailes du nez, et une expression d'angoisse et d'anxiété sur le visage du malade. Ces caractères sont encore plus précieux chez l'enfant tout jeune, que chez l'adulte. L'étude de la physionomie à laquelle les médecins de l'enfance attachent tant d'importance, et qui a peut-être été trop négligée, mérite l'attention la plus sérieuse.

Pendant la première période de la maladie, le pouls a toujours été très fréquent chez notre petite malade ; dans l'intervalle des accès, il était à 96 par minute ; ce mouvement fébrile dépendait évidemment de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Pendant les accès de toux, l'accélération de la circulation devenait beaucoup plus grande. On a pu compter, le jour de la première visite, 140 pulsations, immédiatement après une quinte de toux. L'ébranlement causé dans l'organisme par ces quintes est tellement fort, qu'au bout d'une demi-heure le pouls était encore à plus de 104 pulsations. Lorsqu'il n'y a pas de complications phlegmasiques, cas rares, nous devons le dire, entre les quintes de toux le pouls tombe à l'état normal ; et celui qui verrait les petits malades dans ces moments de repos, ne pourrait point se douter avoir affaire à des sujets hors de l'état de santé.

Quant à l'état des autres appareils d'organes, dont la corrélation n'est pas aussi intime avec l'organe respiratoire, les symptômes observés n'ont rien présenté de bien extraordinaire. La langue était rouge et sèche, d'un blanc jaunâtre à la base, comme dans la plupart des affections inflammatoires compliquées d'un état saburral dépendant d'une irritation gastro-intestinale. Les vomissements bilieux étaient liés à l'état du foie, irritation qui céda promptement sous la double influence du traitement de la pneumonie par les antiphlogistiques et de l'administration d'un léger purgatif.

Dans un prochain article, nous nous occuperons de la marche, de la durée, des causes et du traitement de l'affection que nous venons de rapporter. Nous croyons devoir profiter ici des quelques lignes qui nous restent pour dire un mot des autres complications possibles de la coqueluche, complications auxquelles heureusement nous n'avons point eu affaire dans ce cas particulier.

Il n'est pas rare de voir les convulsions se déclarer pendant le cours de la coqueluche, surtout chez les sujets de la première enfance, et ces convulsions, qui sont un phénomène éminemment nerveux, constituent, ce nous semble encore, une preuve de plus à l'appui de cette opinion, qu'il y a dans la bronchite de la coqueluche un élément nerveux. C'est principalement dans les cas où la coqueluche a été observé d'une manière épidémique, que les convulsions ont été observées. Les auteurs les plus modernes disent avoir observé cette complication environ une fois sur cinq. Dans tous les cas, la coqueluche était très intense, et durait déjà depuis quinze à dix-huit jours. Quand elles se montrent dans l'intervalle des quintes, elles ont une gravité bien moins grande que si elles se montraient pendant l'accès lui-même. Cependant elles sont toujours très dangereuses, et le médecin doit craindre une terminaison funeste.

Le spasme de la glotte, phénomène également essentiellement nerveux, peut, au dire des auteurs, se développer pendant le cours de la coqueluche. C'est là une complication heureusement rare, mais qui, lorsqu'elle existe est d'une haute gravité, et entraîne le plus souvent la mort.

L'emphysème pulmonaire que quelques médecins ont regardé comme une complication de la coqueluche, est tellement grave, que l'on peut se demander, et avec quelque raison, s'il est vrai qu'il y ait le moindre rapport de cause à effet entre ces deux affections. Quant au mécanisme de production, il est facile de voir que la toux convulsive de la coqueluche ne facilite point le développement de l'emphysème. La toux quinteuse de la coqueluche se compose en effet d'une seule inspiration profonde, suivie de plusieurs expirations répétées précipitées, qui vident pour ainsi dire le poumon de tout l'air qu'il contenait. L'expulsion complète de l'air d'une part et, d'autre part, l'abord incomplet de ce fluide dans les cellules, constituent donc, en résumé, les deux phénomènes qui rendent compte de l'absence de l'emphysème. Il résulterait de ceci que la coqueluche, loin de produire l'emphysème, tendrait à diminuer l'intensité de cette lésion dans les maladies qui la produisent fréquemment.

On a signalé l'hydrocéphale aiguë comme pouvant accompagner la coqueluche. On aura probablement pris pour cette maladie une méningite développée sous l'influence d'une congestion cérébrale prolongée pendant la durée de la toux.

L'anasarque a été, dit-on, observée dans les épidémies de coqueluche, et il paraîtrait que cette complication serait grave. Quelques auteurs l'ont regardée comme extrêmement fréquente, et affirment que dans presque tous les cas on rencontre un léger degré au visage, aux paupières et quelquefois aux mains. Dans les cas les plus graves, l'œdème s'étend à tout le corps, et entraîne la mort par les progrès de l'ascite et de l'hydrothorax.

L'épistaxis a été, dans quelques-unes des épidémies de la maladie qui nous occupe, une complication de la coqueluche. On se rend facilement compte de la production de cette hémorrhagie, qui n'est que le résultat mécanique de la toux convulsive et succède aux quintes. Le plus souvent cette complication n'offre aucun danger. Quant aux autres hémorrhagies, elles sont excessivement rares. On a à peine quelques exemples d'hémoptysie ; l'exemple d'hémorrhagie le plus remarquable que nous connaissions, est le fait d'un enfant qui mourut subitement à la suite d'une quinte violente. A l'autopsie, on trouva un épanchement de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde.

(La suite à un prochain numéro.)

Je citerai à l'appui de la première de ces deux propositions, la théorie suivante.

Il a été prouvé par MM. Dumas et Boussingault que la respiration n'est qu'une véritable combustion chimique. Or, cette action chimique ne peut avoir lieu sans développement d'électricité, et c'est là l'origine de l'électricité animale. Quand les muscles sont pénétrés de sang, il y a une combustion locale donnant lieu à des développements de fluide électrique capables d'être appréciés..... En activant la respiration, la quantité d'électricité augmente ?

Elle est proportionnelle avec l'activité de la circulation.

Ne peut-on pas induire de ces recherches, que le fluide dynamo-électrique produit par les phénomènes chimiques de la circulation est la source de la sensibilité, et que les nerfs sont simplement chargés de transmettre l'impression aux centres nerveux ?

Cette induction n'explique-t-elle pas les phénomènes que nous avons observés dans les lambeaux autoplastiques ?

En effet, la sensibilité se maintient, quoique à un moindre degré, dans ces lambeaux, tant que le pédicule est intact ; elle disparaît après la section du pédicule.

Elle reparaît lorsque la circulation se rétablit dans le lambeau, et son développement est exactement réglé par celui de la circulation.

Comment, maintenant, cette sensibilité, développée par les phénomènes de circulation, est-elle transmise aux centres nerveux ? Il n'est pas sans intérêt de montrer que ce fait, si extraordinaire au premier aspect, rentre directement dans une théorie déjà ancienne dans la science, et qui puisa, il y a près d'un demi-siècle, une autorité que personne ne contestera dans les expériences de l'un des membres vivants de cette Académie.

L'idée d'une atmosphère sensible répandue autour des nerfs et même de la chair musculaire paraît avoir été émise pour la première fois au sein de l'école d'Edimbourg, et au grand scandale des partisans de Brown qui dominaient alors en Ecosse. Reprise et développée par Reil, qui l'éleva à la hauteur d'une théorie, elle a été définitivement établie et démontrée par les expériences de M. de Humboldt.

Dans ses admirables recherches sur le galvanisme, publiées et traduites dans les dernières années du dix-huitième siècle, l'illustre savant a mis hors de toute contestation les faits suivants ; à savoir : que les matières animales exercent une action a distance, qu'il émane des nerfs en particulier un fluide appréciable à nos instruments ; que la sphère d'action de ce fluide est toujours en raison directe du degré de vitalité de l'animal, et en raison inverse du temps qui s'est écoulé depuis la mort.

M. de Humboldt opérant sur des grenouilles mortes, a vu l'atmosphère sensible des nerfs donner lieu à des effets appréciables à cinq-quarts de ligne de l'extrémité coupée, et pendant cinq à huit minutes après la cessation de la vie.

Ces données expérimentales nous permettent de penser que chez l'homme et dans la plénitude des forces vitales, les effets de l'atmosphère nerveuse doivent être bien autrement puissants et étendus.

M. de Humboldt a démontré également que le tissu cellulaire, qui est la base des cicatrices nerveuses, est très bon conducteur du fluide dont il s'agit.

Que nous manque-t-il donc pour expliquer les phénomènes de transmissions qui ont été exposés dans ce travail ?

Nous avons opéré sur des êtres vivants doués d'une vitalité énergique. Les agents de la circulation nerveuse interrompus par nos instruments ont été réparés à l'aide d'une substance conductrice, le jeu des fonctions a été rétabli par un procédé de la nature, qui ne nous paraît plus aujourd'hui pouvoir être contesté.

Ainsi les propositions que nous avons émises se trouvent être non-seulement une déduction rigoureuse des faits observés, mais encore, si je ne trompe, elles sont en harmonie avec les données physiologiques les mieux établies.

Il serait facile en s'appuyant sur l'embryogénie, sur les opinions de MM. Serres, Velpeau, Lallemand et Béclard, sur l'anatomie comparée, en utilisant les recherches des micrographes sur les phénomènes de la circulation capillaire, et les belles leçons de M. Dumas sur la production de l'électricité animale, il serait facile, dis-je, de montrer qu'en rétablissant, ainsi que je viens de l'admettre, la vie et la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques, la nature ne s'écarte en rien des procédés qu'elle suit pour créer et maintenir la sensibilité dans le reste du monde organisé. Je me borne à indiquer ce point de vue nouveau à l'étude des physiologistes. Je n'avais d'autre but dans ce travail que de soumettre à une analyse rigoureuse et à une vérification anatomique des faits très peu étudiés, et qui peuvent jeter une vive lumière sur plusieurs grandes questions de la physiologie.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Par une ordonnance royale en date du 7 de ce mois, rendue sur le rapport de M. le ministre de la marine et des colonies, M. le docteur Kéraudren, inspecteur général de service de santé de la marine, a été admis à faire valoir ses droits de pension à la retraite pour ancienneté de service.

Par une autre ordonnance du même jour, M. le docteur Foullioy, premier chirurgien en chef, qui exerçait à Paris, depuis plus d'un an, les fonctions d'adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, a été promu au grade d'inspecteur général de ce service en remplacement de M. Kéraudren.

— *Chirurgie militaire.* — Programme du concours qui aura lieu en 1845 pour la solution des trois questions relatives au service sanitaire de l'armée.

1° *Médecine* De la dysenterie étudiée dans les pays chauds, particulièrement en Afrique, et de son traitement suivant ses différentes périodes.

2° *Chirurgie*. Des avantages et des inconvénients des pansements rares ou fréquents des plaies qui doivent suppurer.

3° *Pharmacie*. Rechercher les moyens les plus propres, les plus faciles, les plus économiques des désinfecter les latrines dans tous les lieux habités par les troupes ; tels que les hôpitaux, les casernes et les camps.

Les mémoires devront être adressés directement au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux), avant le 1er janvier 1846 ; ce terme est de rigueur. Les auteurs devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère. L'épigraphe, qu'ils placeront en tête, sera transcrite sur une enveloppe fermée de trois cachets à la cire, contenant la signature et le nom lisiblement écrit de l'auteur, ainsi que son grade.

Cette enveloppe ne sera ouverte que si le mémoire est reconnu digne de la médaille ou d'une mention honorable.

Les officiers de santé militaires des trois professions, prenant part exclusivement à la solution de ces questions, pourront indistinctement concourir pour les trois questions. Mais dans ce cas, chaque mémoire sera l'objet d'un envoi et d'une épigraphe différents.

— Les habitants des Vosges qui se trouvent à Paris se sont réunis le 29 janvier, en un banquet, sous la présidence de M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine Tous les députés du département et les principales notabilités du pays assistaient à cette réunion composée de plus de cent personnes, et qui n'avait aucun caractère politique.

Des toasts ont été portés, par M. le président : aux Vosges et aux Vosgiens ! par M. le docteur Malgaigne : à la prospérité du pays ! par M. le marquis de Marmier : aux Comices agricoles ! et par M. Janmar : au Président du banquet ! *(La Réaction.)*

— La ville de Montbard pense sérieusement à élever une statue en bronze à Buffon. L'emplacement désigné est vis à vis la maison de la famille de l'illustre naturaliste. Dans toutes les communes principales de l'arrondissement de Semur, les commissaires sont nommés pour provoquer des souscriptions.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique des maladies des enfants nouveau-nés et des enfants à la mamelle; par M. le docteur Bouchut.

Depuis quelques années, les traités ne manquent pas sur les maladies des enfants. Rilliet et Barthez, Richard (de Nancy), Barrier, Berton, Billard, ont publié des ouvrages remarquables sous différents points de vue; mais tous prennent l'enfant au sortir de la première période de la vie, vers l'âge de deux ou trois ans, jusqu'à treize ou quatorze. Ces ouvrages, d'après nous, paraissent incomplets en ce sens que les affections des deux premières années sont bien plus difficiles à reconnaître qu'elles ne le deviendront plus tard. A peine, dans les traités d'accouchements, trouve-t-on quelques préceptes, et bien incomplets; encore n'est-ce le plus souvent que des idées théoriques et sans une utilité pratique positive. C'est ce vide qu'a voulu remplir M. Bouchut, auquel sa position d'interne à l'hôpital Necker, dans le service des nouveau-nés, a facilité la collection de nombreux documents et d'utiles matériaux.

Ce Manuel est divisé en trois grandes sections. La première est consacrée à l'exposition du système d'éducation physique conseillé par l'auteur. Il comprend l'histoire de l'allaitement, du régime, des soins du corps, de l'influence des affections des mères et des nourrices sur la santé des enfants, et des conséquences que peut entraîner le remplacement de la nourrice.

La seconde partie renferme des études générales sur les maladies des jeunes enfants. Ici l'auteur a surtout insisté sur les caractères extérieurs de ces affections, tirées de l'examen de la physionomie, du geste, du cri, etc. « Je suis persuadé, dit M. Bouchut, que chez les jeunes enfants, ce genre d'exploration, un peu artistique, il est vrai, pour lequel on a plus ou moins d'aptitude, et qui est trop généralement dédaigné, est un des meilleurs que l'on puisse mettre en usage. » Tout en pensant, avec M. Bouchut, que les caractères tirés du faciès, de l'habitude du corps, du cri, etc., ne doivent pas être négligés, peut-être pensons-nous que certains médecins leur ont aussi trop accordé, et recommanderons-nous au praticien de mettre en usage ces précieuses ressources, mais d'en user sobrement et avec sagesse.

La troisième partie enfin, et c'est-là, pour nous, que commence, à proprement parler, le *Manuel pratique*, comprend l'histoire de la pathologie de l'enfance. L'auteur a suivi, dans sa description, l'ordre topographique; et au milieu des discussions qui s'élèvent journellement sur la nature des maladies, peut-être a-t-il agi sagement. On lira avec fruit, entre autres, les chapitres consacrés aux maladies de la poitrine, chapitres dans lesquels l'auteur a fait preuve d'une connaissance approfondie des méthodes d'exploration à l'aide desquelles on arrive à établir un diagnostic exact et précis, condition nécessaire pour la détermination du traitement à mettre en usage.

En résumé, le livre de M. Bouchut sera d'un grand secours aux médecins, surtout à ceux qui débutent dans la pratique civile, dans les premiers pas de laquelle il est si souvent arrêté par des cas simples en apparence, mais en réalité des plus ardus et des plus difficiles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la rage par les racines de l'Euphorbia villosa et de l'Euphorbia palustris, par le docteur Krebel.

Au mois de juin 1843, six hommes et dix bêtes à cornes furent mordus dans le gouvernement de Podolie, par un loup enragé. Les six hommes vinrent, le jour même presque, tous avec des lésions très considérables, demander des secours à l'hôpital de la localité. M. le docteur Sorvinsky se hâta de nettoyer les plaies, de les humecter avec de l'acide chlorhydrique concentré, de les panser d'abord avec la décoction d'*Euphorbia villosa*, et plus tard avec de la pommade de cantharides.

M. Sorvinsky avait appris d'un paysan le traitement suivant : On cautérise avec une aiguille rougie au feu les vésicules de Marochetti, et on lotionne les ulcérations qui en résultent avec la décoction d'*Euphorbia villosa*. En même temps on fait prendre intérieurement, le matin à jeun, un petit verre de cette décoction (trente grammes de racines pour cinq cents grammes de colature). On continue l'administration de ce liquide jusqu'à ce qu'elle ne produise plus de vomissements (trois ou quatre jours). Le neuvième jour on recommence de même, et cela jusqu'à nouvelle cessation des vomissements.

M. Sorvinsky administra à tous ces malades, le premier jour, un petit verre de décoction (30 grammes pour 500 grammes de colature); le deuxième jour, un petit verre d'une nouvelle décoction préparée avec 45 grammes de racines pour un demi-litre de colature; le troisième jour, la dose des racines fut portée à 60 grammes pour la même quantité de produit. Le vomissement ayant cessé chez tous les malades au quatrième jour, le médicament fut suspendu jusqu'au neuvième jour. A cette reprise, deux des individus seulement furent pris de vomissement après la première dose, et ce ne fut qu'à eux qu'il en fut donné une seconde.

Lorsque, au bout de trois semaines, les dix bêtes à cornes qui avaient été mordues eurent succombé à l'hydrophobie, M. Sorvinsky administra encore une fois la décoction d'*Euphorbia villosa* à ses malades; mais pas un seul d'entre eux n'ayant vomi, il les congédia tous le trente-cinquième jour, en leur recommandant de revenir sans retard au moindre malaise qu'ils ressentiraient. Au bout de dix jours, il en revint un qui se plaignait de douleurs dans la cicatrice et de nausées. On donna le médicament en question à l'intérieur pendant quatre jours, et on fit suppurer la cicatrice.

Un second malade arriva ensuite et rapporta que, depuis trois jours, il éprouvait des douleurs dans la cicatrice; en même temps, il se plaignait d'insomnie, de maux de tête, de nausées et d'impossibilité de boire de l'eau. Les scarifications de la cicatrice, les pansements avec la pommade de cantharides, l'emploi de l'*Euphorbia villosa* à l'intérieur, ainsi que beaucoup d'autres moyens, n'empêchèrent pas la mort du malade au cinquième jour.

On fit alors rentrer les cinq autres malades à l'hôpital; on leur administra le médicament pendant trois jours, et, depuis lors, leur santé ne s'est pas démentie.

Dans le gouvernement de Kiew, quatre paysans et un enfant furent mordus par un chat enragé. L'enfant succomba bientôt dans les symptômes de l'hydrophobie. Un des paysans en fut atteint également; mais il fut traité, ainsi que les trois autres, par un prêtre qui leur administra la racine d'*Euphorbia palustris*, et qui les sauva tous les quatre. Chez celui qui était déjà atteint de la maladie, les symptômes augmentèrent d'abord; mais, au bout d'une demi-heure, il survint des vomissements, de la diarrhée et des sueurs copieuses.

Ce prêtre dépose dans un poêle chaud, pendant une nuit, un vase bien obturé contenant cent vingt-cinq grammes de la racine d'*Euphorbia palustris*, avec la huitième partie d'un seau d'eau : il conserve le liquide refroidi, et il en fait prendre, suivant l'âge et la constitution des individus, de quinze à quatre-vingt-dix grammes, tous les jours, pendant trois mois. Il s'en sert aussi pour les animaux.

Entre autres cas de succès de ce mode de traitement, il rapporte le suivant. Il fut appelé chez une femme qu'on disait mourante, et qu'il trouva déjà parvenue au dernier degré de l'hydrophobie. Il lui fit boire d'un trait quatre cent cinquante grammes de la tisane d'*Euphorbia palustris*. La malade s'endormit, eut une forte transpiration, et après avoir eu des vomissements et de la diarrhée, elle fut rendue à la santé.

Emploi de l'extrait de brou de noix dans la tuméfaction chronique des tonsilles; par M. le Dr Becker, de Muelhausen (Prusse).

Depuis plusieurs années un jeune garçon était affecté d'une très forte tuméfaction des amygdales; ce qui rendait la parole difficile et gênait même souvent la respiration pendant la nuit. M. le docteur Becker ayant été consulté, prescrivit l'emploi de la mixture ci-dessous :

Pr. Extrait de brou de noix,	4 grammes;
Eau distillée simple,	64 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour un médicament destiné à l'usage externe. Ce liquide fût appliqué en lotions, à l'aide d'un pinceau sur les organes tuméfiés, et la guérison fut complete avant même que la totalité de la mixture n'eût été employée.

Traitement de la télangiectasie; par M. le docteur Thortsen, de Havelberg.

M. Thortsen a eu de fréquentes occasions de traiter la télangiectasie à des degrés plus ou moins développés, chez les nouveau-nés, et, parmi les différents moyens auxquels il a eu recours, il n'en est pas un qui lui ait donné de meilleurs résultats que la créosote. Il prescrit ce médicament, plus ou moins étendu d'eau, en applications topiques qu'il fait réitérer deux ou trois fois par jour suivant les circonstances.

A la suite de ces applications, il survient de l'excoriation de la momification, et, peu à peu, une diminution sensible de la télangiectasie qui finit par être remplacée par une belle et solide cicatrice.

— La Société médico-pratique a composé son bureau pour 1845, ainsi qu'il suit :

Président,	MM. Bataille;
Vice-président,	Labarraque;
Secrétaire-annuel,	Lasasquie;
Secrétaire-général,	Vinchon, réélu.

Comité de publication :

MM. Tessereau,
Maisonneuve,
Smith.

— La treizième session du congrès scientifique de France se tiendra à Reims en 1845. Elle s'ouvrira du 1er au 20 septembre, et durera au moins dix jours, comme les années précédentes. M. Gousset, archevêque de Reims et président de l'Académie, sera prié de remplir les fonctions de président de la Commission d'organisation.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 20. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1845 ; par M. J. BOUTEILLER, interne provisoire.

Erysipèle de la face compliqué d'un œdème considérable chez un sujet affecté de la maladie de Bright.

L'un des malades affectés de la maladie de Bright, dont il a été question dans le n° du 28 janvier dernier, celui qui est couché au n° 19 de la salle Saint-Raphaël, a contracté pendant sa convalescence un érysipèle de la face (dermite superficielle aiguë) compliqué d'un œdème assez considérable. Le point de départ de cet érysipèle est inconnu. On n'a pu, malgré les recherches les plus attentives, découvrir ni aucune ulcération de la peau dans le voisinage de l'inflammation érysipélateuse, ni carie dentaire. Quant au mauvais état des voies digestives, considéré comme cause d'érysipèle, M. Piorry se croit fondé à ne point l'admettre. La raison en est qu'on trouve rarement la coïncidence d'un érysipèle et d'un amas de bile et de matières dans le canal digestif. La coïncidence, tout au contraire, d'une ulcération, d'une excoriation, de toute autre lésion de la peau ou d'une partie quelconque du système dermique dans le voisinage d'un érysipèle, est tellement fréquente, que M. Piorry considère ces petites lésions cutanées qui précèdent ordinairement l'invasion des érysipèles, comme leur cause la plus commune. Nous avons effectivement constaté plusieurs fois cette coïncidence sur des malades du service ; et actuellement même il y a dans la salle Sainte-Geneviève une vieille femme qui a un érysipèle de la face consécutif à une carie dentaire.

Revenons à notre malade. Les paupières étaient fortement injectées et très œdématiées, ce qui faisait craindre que l'inflammation érysipélateuse ne gagnât de proche en proche, par la voie du tissu cellulaire de l'orbite, les méninges et le cerveau, et qu'il ne survînt un épanchement séreux dans les membranes cérébrales ; car cet homme se trouvait dans une condition toute spéciale, étant, comme on le dit, sous le coup d'une diathèse séreuse. Les œdèmes sont, en effet, une des complications les plus fréquentes des inflammations, chez les sujets qui ont été ou qui sont encore atteints d'albuminurie. C'est ce qui explique l'œdème considérable dont s'accompagnait l'érysipèle chez ce malade. On voit par là qu'il est impossible de considérer l'érysipèle comme une unité morbide, qu'il y a évidemment, dans ce cas-ci par exemple, combinaison de trois états morbides, qui doivent être simultanément attaqués.

Conformément à ces principes on a prescrit à ce malade : l'abstinence des boissons, l'administration du tartrate antimonié de potasse, pour provoquer des selles liquides et dépouiller le sang d'une partie de son excès de sérosité, et enfin l'application de deux petits vésicatoires sur la face pour arrêter les progrès de l'érysipèle et en provoquer la résolution.

Ce traitement a eu l'effet qu'on en attendait. Au bout de quelques jours le malade a guéri de cette complication.

Erysipèle phlegmoneux. Résorption purulente. Fièvre hectique. Mort. — Considérations sur la pluralité des états morbides composant cette maladie.

Ce malade nous rappelle une malheureuse femme, couchée depuis longtemps au n° 7 de la salle Sainte-Geneviève, atteinte, à la suite d'un accouchement, d'accidents puerpéraux. Le membre inférieur fut le siége d'un érysipèle phlegmoneux et l'articulation tibio-tarsienne ne tarda pas à se prendre. Quelques jours après elle fut en proie à une résorption purulente dont les symptômes se montrèrent avec une intensité effrayante ; elle tomba dans cet état que l'on appelle fièvre hectique, et succomba. A l'autopsie, on trouva du pus dans les veines fémorales du côté gauche ; un abcès dans le petit bassin et une infiltration purulente de la matrice.

Qu'est ce que l'érysipèle phlegmoneux des auteurs ? se demande à ce propos M. Piorry. Ce n'est pas une *maladie*, mais une *série de maladies diverses*. C'est dans le principe une dermite aiguë superficielle, puis une dermite aiguë profonde, puis, plus tard, une inflammation aiguë de la peau avec formation de pus, puis enfin une collection purulente sans inflammation. Nous en dirons autant de la fièvre hectique, qui n'est pas non plus une maladie spéciale mais un groupe de symptômes pouvant appartenir à plusieurs maladies différentes.

Variole. Ouverture des pustules.

Avant de quitter le système cutané nous mentionnerons trois cas de variole dont l'issue a été heureuse. M. Piorry conseille d'ouvrir les pustules avec la lancette dès que commence la période de suppuration. L'expérience a été faite sur le bras de l'un de ces trois malades : les pustules ouvertes se sont desséchées trois jours avant les autres.

Rétention d'une portion de placenta expulsée spontanément quatre mois après l'accouchement.

Le médecin-accoucheur, dit M. Piorry, ne saurait apporter trop de soin à la délivrance après l'accouchement. Il doit surtout, après qu'il a procédé à la délivrance, vérifier scrupuleusement si le placenta a bien été extrait en entier. La rétention d'une portion du placenta peut donner lieu, comme on le sait d'ailleurs, à des accidents plus ou moins graves. On peut en voir actuellement un exemple sur une des malades de la salle Sainte Geneviève.

La femme couchée au n° 20, de cette salle, est accouchée le 20 octobre dernier. Depuis cette époque, elle a toujours éprouvé des douleurs utérines légèrement expultrices. En même temps elle était affectée d'une leucorrhée. Le 25 janvier elle a rendu sans douleur un corps du volume de deux grosses noix, entouré de fausses membranes blanchâtres. Les douleurs utérines n'ont plus reparu ; et la malade a parfaitement guéri de son écoulement, qui a cessé avec la cause qui le déterminait.

Un examen superficiel suffit pour démontrer que ce corps était une portion de placenta, ou peut-être même le placenta tout entier revenu sur lui-même après quatre mois de séjour dans la matrice.

Les faits de ce genre ne sont pas très rares. Le même cas s'est présenté il y a quelque temps dans le service chez une femme accouchée depuis deux mois. Aussi M. Piorry avait-il pronostiqué l'issue de cette maladie de la matrice, se fondant sur le volume de cet organe, la date des accidents, la nature des douleurs et leur persistance.

Hystérie épileptiforme.

Les maladies nerveuses ne nous ont pas non plus fait défaut pendant le cours de ce mois. Au n° 31 de la salle Sainte-Geneviève est couchée une jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis l'âge de douze ans, époque de la première apparition de ses règles, d'attaques d'hystérie très bien caractérisées, et n'offrant rien d'anormal. Il y a six mois, elle porta secours à un épileptique, et depuis cet instant ses attaques sont franchement épileptiformes. Après la salivation, elle perd de suite la connaissance, tandis qu'elle la possède dans la première partie de l'accès. La transition est si brusque, qu'elle n'a pas le temps de bien constater les phénomènes qui se passent du côté de la vue. Cependant ces phénomènes ne manquent pas. Evidemment l'*aura* a passé par les yeux, et cette malade confirme pleinement l'opinion de M. Piorry, à savoir que l'épilepsie est une névropathie ascendante qui a pour point de départ l'extrémité périphérique de divers nerfs, passe par le nerf optique, monte au cerveau, et par les nerfs qui en émanent se propage aux muscles. En effet, dans tout accès d'épilepsie il y a d'abord des troubles dans la vision.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un sermon de carême.

Il paraît bien décidé que l'Académie de médecine ne pourra pas sortir de la longue, confuse et stérile discussion dans laquelle elle s'est empêtrée. Depuis bientôt deux mois et durant huit séances déjà, elle discute un projet de réponse à M. le ministre de l'intérieur relativement au conflit qui s'est élevé entre le médecin et le chirurgien de l'asile de Charenton, sans en être plus avancée qu'au commencement. A la dernière séance on s'attendait généralement à voir arriver la fin de ce débat, mais un interminable discours de M. Gerdy a remis tout en question, de sorte qu'il n'est plus possible, à moins de quelque révulsion énergique, de prévoir un terme à cette logorrhée académique qui devient de plus en plus inquiétante. Cependant l'Académie, qui a déjà perdu les deux douzièmes de son année, l'Académie qui ne tient plus que des séances publiques de quelques minutes sans signifiance et sans valeur, l'Académie qui, pressée par cette malheureuse question, empêche le développement et la discussion de quelques communications importantes qui lui ont été faites, l'Académie, ce me semble, autant dans l'intérêt de sa dignité propre, que dans l'intérêt des deux confrères contendants, devrait enfin sentir le besoin de mettre des bornes à un débat dont les plus hautes questions de science et de pratique qui aient été agitées dans son enceinte, n'ont pu atteindre la durée.

Cela devait être ; dès le début l'Académie n'a pas aperçu qu'on lui soumettait une question impossible, que ce que l'administration avec tout son cortége de lois et de règlements n'avait pu résoudre, elle serait impuissante à le faire, et que ce que le ministre n'avait pu aplanir, elle ne l'aplanirait pas. De quoi s'agit-il, en effet ? De réglementer les rapports, les convenances entre deux hommes. Mais est-il possible de réglementer ces choses-là ? Est-il possible, proposerais-je de répondre à M. le ministre, si j'avais l'honneur de faire partie de l'Académie, d'ordonnancer les procédés dont deux médecins doivent témoigner l'un envers l'autre ? Pouvons-nous enjoindre à ces messieurs d'être polis, affables, d'avoir des égards réciproques, de se faire mutuellement des concessions de convenance que les hommes bien élevés pratiquent entre eux ? Pouvons-nous écrire dans un règlement des dispositions qui résultent de l'éducation, du caractère, des habitudes, de la manière de vivre en société ? Vous seul, monsieur le ministre, pouvez dire cela, mais dans votre cabinet, tête à tête, en ajoutant que vous *entendez* que ces messieurs vivent désormais en paix ; car le premier qui se montrera mauvais coucheur, vous le renverrez sur-le-champ : vous en avez le pouvoir.

Ne pensez-vous pas que l'Académie n'a pas d'autre réponse possible à faire ? Ne croyez-vous pas que cette menace du ministre aurait un effet fort efficace ? N'est-ce pas le seul moyen de mettre un terme à ce conflit affligeant, à cette discussion bavarde et stérile, à cette énorme perte de temps sans compensation aucune ? Je soumets très humblement ce petit projet de réponse à quelque membre influent de l'Académie qui, avec des développements, ne manquerait pas de ramener la majorité de ses collègues à la seule mesure exécutable dans les circonstances actuelles.

Pendant que l'Académie de médecine perd le plus beau de son temps dans des debats aussi infructueux, tandis qu'à grand'peine elle accorde avarement quelque quart d'heure à M. Roux pour lire un travail intéressant et neuf sur l'anévrisme des os, l'Académie des sciences se montre plus libérale et plus hospitalière envers les sciences médicales. Aussi M. Jobert (de Lamballe) a-t-il profité de ces bonnes dispositions pour y lire un mémoire très remarquable, que ce journal s'est empressé de publier, sur le rétablissement de la sensibilité nerveuse dans les lambeaux autoplastiques ; question qui remue les plus mystérieux phénomènes de la physiologie, et qui a exercé toute la sagacité du savant chirurgien de l'hôpital St-Louis. Nos lecteurs connaissent ce travail, et en ont apprécié la portée et la valeur. On peut n'être pas d'accord avec M. Jobert sur la légitimité des explications qu'il donne de ce singulier phénomène, des doutes peuvent s'élever sur cette action à distance de l'influence nerveuse, et sur quelques autres points encore tout imprégnés de cette tendance actuelle des sciences médicales vers les explications empruntées à la physique et à la chimie ; mais ce qu'on ne saurait refuser à M. Jobert, c'est une activité extrême, une ardeur très louable, et un travail scientifique sérieux et de bon aloi au milieu des occupations d'une pratique civile étendue, et d'un des plus beaux services chirurgicaux des hôpitaux de Paris. Autant je blâme certains médecins qui une fois arrivés à une position désirée, oublient tous leurs devoirs d'hommes de science dans la lucrative besogne de la vie de praticien, autant je suis porté à honorer le praticien qui n'interrompt pas tout commerce avec la science, et qui ne choie, n'encense et ne prie pas seulement que le dieu Plutus. Courez après la clientèle, dirai-je à quelques-uns de nos confrères, je le veux bien ; mais, pour Dieu, ne soyez donc pas aussi insatiables ; ne bornez pas votre ambition, votre gloire, vos devoirs à remplir quotidiennement vos poches du produit de vos consultations ou de vos opérations. Et n'est-il pas affligeant, par exemple, de voir un aussi grand nombre de nos sommités médicales si complétement indifférentes à leurs fonctions académiques ? On ambitionne ces honneurs avec une ardente activité ; pour les obtenir, on se consume en efforts et en sollicitations, et quand on en jouit, on répudie les charges que ces honneurs imposent, et il semble qu'on ne les ait acceptés que pour en étaler vaniteusement le titre sur la couverture d'un livre. Aussi tout le travail roule-t-il sur quelques membres zélés et courageux, qui ne peuvent néanmoins suffire à la besogne. Voyez aussi quel effrayant arriéré dans les travaux de la compagnie. Je ne sais si le règlement a prévu quelque chose de relatif aux membres qui négligent à ce point leurs devoirs d'académiciens ; toujours est il qu'il y aurait lieu d'appliquer quelque mesure s'il en existe, ou d'en provoquer si elles font défaut. Il serait, en vérité, trop commode de bénéficier de tous les avantages d'une position sans participer au moins pour une petite proportion aux occupations que cette position commande. Si encore on alléguait, pour s'y soustraire, le grand âge, les infirmités ou tout autre motif légitime ; mais, entre nous, savez-vous ce qui empêche ces grands seigneurs de notre profession de venir au moins faire acte de présence sur les banquettes académiques ? Tout simplement l'âpre désir du gain qui les dévore ; tout simplement parce que de trois à cinq heures ils perdraient cinq ou six consultations en ville, c'est-à-dire cinq à six louis, et que cette perte, à ces Crésus de notre profession, leur serait immensément douloureuse. Il règne aujourd'hui, dans les plus hauts degrés de notre échelle, une telle avidité de clientèle, un tel désir d'accaparement et une telle activité pour y parvenir, que les plus nobles instincts de gloire en sont comme effacés et flétris. Ce n'est plus le retentissement d'un enseignement public, le succès d'un livre, l'éclat d'une communication académique qui procurent de vives mais charmantes émotions ; ce qui seul inquiète et agite, c'est le client ; la seule émulation consiste à voir le plus de malades, à fatiguer le plus de chevaux, à recueillir la plus ample moisson d'or. Hors de là tout est vain, stérile, sans intérêt et sans animation. Là où les grands médecins nos prédécesseurs sentaient battre un cœur impressionnable à toutes les gloires, nos contemporains ont mis une sacoche. Et malheureusement, je ne suis pas le seul à m'affliger de cette déplorable tendance. Un homme dont on peut ne pas partager les opinions philosophiques, mais dont on respecte les convictions, la conscience et le courage, M. Cayol laissait échapper, ces jours passés, ces paroles amères, mais, hélas ! trop empreintes de vérité : « Durant cette » période, essentiellement industrielle et mercantile, la science médi- » cale, de plus en plus matérialisée, est devenue, comme tout le reste, » un objet de spéculation et de lucre. Ceux qui ont charge de l'ensei- » gner battent monnaie pour la plupart, sur le pavé de Paris, et s'é- » tourdissent, par les jouissances de la fortune, sur la nullité, devenue » proverbiale, de leurs chaires. Sous le nom de *notabilités médicales* » nous avons des notabilités financières ; et pour peu que ce progrès » continue, nous en serons bientôt, comme *nos amis les Anglais*, à

Dans la même salle, au n° 21, est une enfant de douze à quinze ans, ayant matin et soir une attaque d'hystérie. Ses cris déterminent un accès chez la jeune fille du n° 31, à moins que par une conversation active on ne parvienne à la distraire. Toutefois elle voit ceux qui lui parlent dans ce moment à travers un *brouillard parsemé d'étincelles*; ce qui vient à l'appui de ce que nous avons dit plus haut.

On prescrit à l'une et à l'autre, tous les jours, un gramme de sulfate de quinquina. Cette médication a quelquefois l'avantage d'éloigner les accès.

Fièvre typhoïde. État de la rate.

Nous dirons peu de chose de la fièvre typhoïde, tant ce sujet, si on le considère comme on le fait ordinairement, nous paraît épuisé. Parmi les éléments organiques de cette maladie, il en est un cependant que l'on a souvent négligé, c'est l'état de la rate. Elle est ordinairement un peu hypertrophiée, et de là résultent ces redoublements de fièvre intermittente que les malades éprouvent vers le soir.

Au commencement du mois, un jeune homme couché au n° 1 de la salle Saint-Raphaël, nous a offert un exemple de ce genre. Il lui a été prescrit pendant quelques jours 1 gramme de sulfate de quinine; la rate revint sur elle-même; les accès cessèrent, et le malade fut guéri dès le 10 janvier. Il est bien entendu que l'emploi du sulfate de quinine marchait de front avec les évacuants.

Ce que nous venons de dire de ce malade, s'applique de tout point à un infirmier de la salle des hommes, qui fut forcé de s'aliter le 15 janvier pour la même affection.

— Nous n'avons pas été aussi heureux en ce qui concerne une jeune domestique âgée de dix-sept ans, entrée le 25 janvier, et qui fut placée au n° 6 de la salle Sainte Geneviève. Chez elle aussi la rate était un peu grosse, la diarrhée était extrême, et les phénomènes encéphaliques prédominaient. Une thérapeutique énergique fut mise en œuvre : sulfate de soude, 45 grammes tous les jours; sulfate de quinine, 25 centigrammes le matin, 50 centigrammes le soir; lavements de graine de lin; glace sur le ventre. En peu de jours elle succomba, et l'autopsie démontra un peu de méningo-encéphalite; l'état morbide des plaques de Peyer; la rate était encore un peu volumineuse. On n'avait pas évidemment assez insisté sur le sulfate de quinine.

M. Piorry insiste, à l'occasion de cette dernière malade, sur le danger des sinapismes dans le cas où le malade éprouve des accidents nerveux et du délire. En effet, les sinapismes provoquent des rêves et une agitation qui aggravent les symptômes encéphaliques.

— Enfin, nous avons perdu un homme atteint de fièvre typhoïde. A l'autopsie, on trouva la rate très volumineuse. On avait négligé cet organe pendant la vie, et M. Piorry pense qu'on l'eût peut-être sauvé par l'emploi du sulfate de quinine. Ce fait répond aux reproches que quelques personnes font à M. Piorry de s'occuper trop de la rate.

Pollutions nocturnes.

Un jeune Italien, âgé de vingt-trois ans, occupant depuis le 8 janvier le lit 15 de la salle Saint-Raphaël, mérite toute notre attention. Depuis quatre ou cinq mois, il sent ses forces s'épuiser. Depuis cette époque environ, il est affecté de pollutions nocturnes. Cet accident ne lui arrivait d'abord que trois ou quatre fois par semaine, et peu à peu il devint plus fréquent. Notons que le plus souvent le malade ne s'aperçoit pas de la perte séminale, et que celle-ci est rarement précédée de rêves voluptueux. Du reste, il n'accuse aucune souffrance, et se plaint seulement d'être trop faible pour marcher, et d'être sujet aux bronchites. Point de douleur le long du canal, point d'émission de sperme ni en urinant, ni en allant à la selle. Le cathétérisme ne démontre qu'un peu d'hypertrophie dans la prostate. La plessimétrie des reins atteste leur volume normal; jamais il n'a été rendu de petites pierres. Quant à l'état général, voici ce que l'on constate : Anémie et foie peu volumineux, comme on s'y attendait à cause de la rareté du sang. Rien d'anormal du côté des voies digestives. Le malade n'est pas hypochondriaque, bien que l'on ait regardé cet accident comme une conséquence infaillible des pertes séminales.

On s'est demandé s'il ne serait pas nécessaire de recourir au microscope, pour déterminer d'une manière plus rigoureuse la nature du liquide. Mais l'étiologie lève tous les doutes. Ce jeune homme n'a pas, il est vrai, abusé des femmes, n'a jamais eu d'urétrite : mais il avoue s'être livré pendant sa jeunesse à une masturbation fréquente.

Voici le traitement sévère auquel ce malade a été soumis : Se faire réveiller la nuit toutes les deux heures, et ne pas rester couché sans nécessité; sous-carbonate de fer, 50 centigr. t. l. j.; vin de quina; tisane de houblon; glace sur les lombes; quatre portions, composées surtout de viande. M. Piorry recommande fortement à son malade de *s'endormir chaque soir avec la ferme résolution de se réveiller* aussitôt que quelque rêve ou quelque signe lui feront présager une pollution.

Grâce à ce traitement énergique, ce jeune homme présente aujourd'hui une amélioration sensible dans son état.

Hypertrophie du foie; hydropéritonie avec œdème des membres inférieurs; hypertrophie du cœur avec bruit de souffle et anémie. Soulagement momentané par les évacuants émétiques et l'abstinence des boissons.

Si l'on veut en médecine voir toujours des unités morbides, comment nommera-t-on l'affection que présente une malheureuse femme entrée le 14 janvier dans un état déplorable, et couchée au n° 6 de la salle Sainte-Geneviève? Elle présente à la fois une hypertrophie du foie telle que ce viscère, refoulé en haut, rend la respiration hypervésiculaire et lui donne le caractère presque bronchique, une hydropéritonie qui a produit à sa suite un œdème des membres inférieurs, une hypertrophie du cœur avec bruit de souffle et battements faibles et irréguliers, enfin une anémie avec pâleur de la peau.

Vouée à une mort certaine, cette femme fut toutefois soulagée pendant quelques jours par les moyens suivants : Émétique, 15 centigr. (ce médicament agit, comme on le sait, dans cette circonstance, à la manière de la cause *cholera*, c'est-à-dire en déterminant des selles liquides abondantes); abstinence complète de boissons, car donner à boire en pareil cas serait agir en sens inverse de ce médicament et neutraliser son influence; vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

Quant à ce qui concerne l'œdème des membres inférieurs, M. Piorry repousse de toutes ses forces l'usage des piqûres et des mouchetures. Il a vu de simples mouchetures faites dans des circonstances semblables, être suivies de gangrène du membre.

Fausses membranes dans le péricarde résultant d'une ancienne hydropéricardie. Diminution immédiate du volume du cœur sous l'influence d'une saignée. Sur le bruit de souffle.

Le 20 janvier, est entré au n° 2, salle Saint-Raphaël, un ouvrier boulanger, robuste. Il y a deux mois, il fut atteint d'une hydropéricardite; aujourd'hui il a des fausses membranes dans le péricarde. C'est maintenant une *péricardie*, et non pas une *péricardite*. Tout d'abord on saisit un bruit de râpe et de frottement; mais avec plus d'attention on découvre un bruit de souffle, ce qui fait croire à un rétrécissement. Le premier jour, on prescrivit une saignée de 3 palettes, et nous fîmes sur-le champ une expérience des plus curieuses. Avant la saignée, la mensuration du cœur fut faite avec grand soin. Le plus grand diamètre était de 20 centim., dont 5 depuis la base du cœur jusqu'à la cloison auriculo-ventriculaire, et 15 depuis celle-ci jusqu'à la pointe du cœur; la plus grande largeur était de 12 centim. Dix minutes après la saignée, la mensuration fut faite de nouveau; on trouva le plus grand diamètre de 16 centim., 5 pour la hauteur des oreillettes, et 11 pour la hauteur des ventricules; la largeur fut trouvée de 10 centim. Le lendemain, la diminution était plus grande encore; mais l'épanchement se reproduisant et le rétrécissement persistant, on retrouva bientôt les mesures primitives.

Un mot sur le bruit de souffle. Nul doute qu'il ne révèle un rétrécissement. C'est à Laënnec que l'on doit cette découverte; mais on ne trouve pas toujours ce bruit de souffle, et nous avons, pour le prouver, salle Sainte-Geneviève, une vieille femme qui a le cœur énorme, et tous les signes d'un rétrécissement sans aucun bruit de souffle. Il y a plus : l'existence du bruit de souffle n'est pas permanente chez les malades qui le présentent. Ainsi, chez l'ouvrier boulanger qui nous occupe, le bruit de souffle s'entend très bien. Changez la position, et ce bruit cesse complétement. Enfin ce bruit, nous l'entendons à la pointe du cœur; de sorte qu'il pourrait bien être dû aux conditions anatomiques résultant de l'ancienne péricardite, et ne pas indiquer un rétrécissement, d'autant plus qu'il est souvent remplacé par un bruit de frottement. De tout cela, concluons que le bruit de souffle n'est pas toujours en rapport avec un rétrécissement; car tout rétrécissement étant persistant, le bruit de souffle devrait aussi être persistant.

Admettons-nous, pour cela, un bruit de souffle nerveux? Non, ce serait une hypothèse qui ne reposerait sur aucun fait.

Hypertrophie de la rate. Diminution de volume par le sulfate de quinine.

Nous avons été témoin, pendant le mois de janvier, plus de vingt fois de la diminution de la rate à partir de la quarantième seconde après l'ingestion du sulfate de quinine. A chaque expérience, nous avons préalablement fait boire de l'eau pure au malade, et nous avons vu que sous cette influence rien ne changeait, le malade restant dans la même position, c'est-à-dire couché sur le flanc droit et le bras gauche porté sur la tête. Cependant nous ne nous étendrous pas sur ce sujet, nous réservant d'y revenir plus tard. Bornons-nous, quant à présent, à deux remarques importantes : Il suffit de faire coucher le sujet sur le côté droit pour obtenir à l'endroit occupé par la rate un son un peu moins mat, que lorsque l'on percutait, le malade étant sur le dos; enfin, si on vient à déplacer la rate en refoulant en haut les viscères abdominaux, on obtient le son splénique en un point très sonore préalablement; la pression cessant, la sonorité reparaît en ce point.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur dans les bourses. Difficulté de diagnostic. Maladie de la prostate. Ouverture. Pronostic.

Le nommé Sombren, âgé de vingt-sept ans, menuisier, est entré à la Charité le 9 janvier dernier. Il a été couché au n° 3, qu'il occupe encore. Cet homme s'est présenté avec une tumeur dans les bourses, qui offre des caractères insolites et d'un haut intérêt par l'obscurité même dont le diagnostic est entouré.

Cette tumeur est du volume d'un gros œuf, sans changement de couleur à la peau; elle comprend le périnée et une portion du scrotum, la région inférieure et postérieure, de telle sorte que les testicules sont placés au-devant et comme soutenus par elle.

Les testicules sont eux-mêmes malades; du moins l'épididyme de chacun d'eux est le siége des altérations suivantes : Celui du côté gauche est dur, bosselé; il paraît doublé de volume; celui de droite semble à peu près dans le même état. Le canal déférent n'est pas non plus resté intact, il est également envahi par une altération pathologique évidente, on le sent dur, tendu, en forme de corde.

Nous devons sur le champ faire une remarque importante. Pour le malade, il ne reste aucun doute sur l'apparition de la maladie du testicule; selon lui, elle a précédé de longtemps le développement de la tumeur. Depuis huit ou dix mois, en effet, il s'est aperçu du gonflement de l'épididyme; mais il avoue qu'il y fit peu d'attention; ce n'est que trois ou quatre mois après, c'est-à-dire il y a cinq à six mois aujourd'hui, qu'il a vu survenir la grosseur des bourses, qui, depuis cette époque, a continué à augmenter lentement. Elle ressemblait d'ailleurs, sauf le volume, à ce qu'elle est maintenant, sans changement de couleur à la peau, sans douleur, si ce n'est à une pression un peu forte; elle était assez bien circonscrite. Présentement, elle se prolonge en arrière jusques au-devant de l'anus, et en devant, sur la région bulbeuse et spongieuse du canal de l'urètre. On reconnaît aisément qu'elle est fluctuante, mais on n'obtient pas, par la palpation, une sensation parfaitement nette d'un liquide; elle donne plutôt l'idée d'une fausse fluctuation ou d'une fluctuation fongoïde, bien connue des personnes exercées. La rénitence, ce sentiment de la tension d'un tissu par un fluide, si caractéristique, s'y fait sentir obscurément; ce n'est pas quelque chose de comparable à la fluctuation des kystes, par exemple.

» apprécier la valeur d'un médecin par le chiffre du revenu de sa » clientèle! Nous aurons des médecins de deux mille, trois mille, » quatre mille livr. sterling, et de plus grande valeur encore, que » sait-on? »

Pour qui connaît Paris et son monde médical, il n'y a là d'exagéré que l'extension peut-être un peu trop grande que M. Cayol a donnée à sa pensée. Il est vrai que sous le rapport de la nullité d'enseignement, il excepte les chirurgiens, et c'est justice. C'est justice encore de reconnaître qu'eux seuls sont laborieux et actifs dans nos sociétés savantes; qu'eux seuls font les rapports dont on les charge, communiquent des travaux originaux, et remplissent, en général, avec zèle leurs fonctions académique. Les médecins, je parle des anciens et des notables, ont pour la plupart complétement déserté l'arène de la polémique et de la discussion. C'est à peine si ceux qui sont chargés d'un enseignement officiel, daignent, trois fois par semaine, monter pendant une heure dans leur chaire, qui leur rapporte pourtant dix fois mille francs par année. Ah! si l'Académie donnait de pareils jetons de présence, que peu de vides nous verrions dans ses stalles! Mais que voulez-vous que fasse un médecin qui peut, dans une heure, expédier deux ou trois consultations, des misérables *trois francs* alloués par le budget académique?... J'en connais un cependant, fort rangé et calculant très bien, qui paye avec son maréchal-ferrant.

Et, de bonne foi, que viendraient-ils faire dans nos académies ces professeurs célèbres? quelles doctrines viendraient-ils soutenir, sous quel drapeau viendraient-ils combattre? Examinez, et voyez quel désordre, quel chaos, quel gâchis dans les opinions régnantes. Ecoutez encore sur ce point un autre vigoureux et incisif critique, M. le docteur Pidoux, qui écrivait ceci dans un récent article de journal : « ..... Dans » quelques services d'hôpital, il deviendra bientôt d'usage de pouvoir » se passer de malades..... on n'interroge plus guère que leurs pro- » duits. Quelques sujets sont même entretenus dans les salles, et » choyés comme étalons, afin de fournir des échantillons pris pour » unité et auxquels les autres produits puissent toujours être compa- » rables. Pour le *reste*, savoir : pour l'examen direct et personnel, » d'autres maîtres commencent à trouver les symptômes trop vagues, » et voudraient bien les *remplacer* par les signes physiques et les » méthodes d'exploration de même ordre. — J'ai vu un professeur » célèbre arriver près de son malade, pratiquer tout son manuel, » prendre toutes ses *mesures*, frapper tous ses coups, ne tâter ni le » pouls, ni la peau, n'examiner ni les muqueuses, ni l'état du système » nerveux, ni rien *de ce qui indique*, et, muet comme un vétérinaire, » formuler un traitement énergique. »

Ce que M. Pidoux a vu, je l'ai lu; je possède et je conserve pieusement une observation dite de fièvre typhoïde, écrite sous la dictée d'un *maître* par l'interne de service. Dans cette observation il est question de l'état chimique de la salive, de la composition du sang, de son aspect au microscope, de même des urines; il n'est pas dit un seul mot de l'état des forces du malade; grand luxe de détails de réactifs et d'éprouvette, rien qui indique l'état de la circulation, de l'innervation, et des grandes fonctions de la vie. Ce n'est pas le médecin en face d'une physiologie morbide; c'est la sécheresse, l'aridité et l'indifférence du géologue décrivant une roche.

Tout ceci est fort sérieux et fort triste, allez-vous me dire; mais je ne crois pas être condamné à rire à perpétuité, à rire surtout de choses aussi peu risibles; et quand je choisirais cet austère et saint temps de carême pour sermonner un peu, ne resterais-je pas dans la couleur locale? Et si je pouvais amener une seule conversion, mon sermon n'aurait-il pas été fructueux? Mais aurais-je ce bonheur?..... Du reste, je dirai à tous mes confrères de Paris qui se plaignent avec amertume de voir la grande consultation accaparée par une douzaine de notabilités médicales, je leur dirai avec une indépendance qu'ils n'apprécieront peut-être pas, et qui me vaudra à moi quelque rancune profonde, je leur dirai que l'état des choses actuel c'est eux qui l'ont fait, c'est eux qui le maintiennent, et qu'il dépendrait d'eux de le changer. Au lieu de s'entraider, de se prêter mutuellement secours et assistance, et de s'accorder une réciproque confiance, ils se fuient, se craignent et se jalousent; ils ne connaissent pas d'émules, ils ne voient que des rivaux; chaque voisin est un adversaire, et dans leur quartier chaque client est pour eux une conquête remportée sur l'ennemi. Aussi dans leurs embarras, dans leurs perplexités de la pratique, ce n'est point les confrères du voisinage qu'ils appellent, ce n'est pas quelque sage, éclairé et honnête praticien de quartier qu'ils feront venir en consultation, qui à l'occasion leur rendrait la pareille, et ce bon exemple se propageant de proche en proche, améliorerait la condition de tous, resserrerait les liens confraternels; non; ils s'empressent tous d'abriter leur responsabilité sous le manteau de quelque nom célèbre, ne voyant pas qu'ils édifient et qu'ils consolident eux-mêmes à leurs propres dépens des réputations souvent, hélas!...

Confraternité, passion des grandes âmes, aiguillon des nobles cœurs, toi seule peux réaliser ces améliorations après lesquelles le monde médical aspire; il demande des lois, oubliant cette pensée profonde de Montesquieu que ce n'est point avec des lois qu'on change des mœurs. Quand les médecins se seront imprégnés du sublime précepte du Christ, quand ils s'aimeront les uns les autres, ils n'auront rien à demander à l'arsenal législatif; ils se verront, s'estimeront, s'appelleront entre eux; ils ne se prosterneront plus devant une renommée indifférente et égoïste à leurs souffrances; ils entendront encore ce cri échappé de la poitrine de l'orateur populaire : « Relevez-vous! les » grands ne sont grands que parce que vous êtes à genoux; relevez- » vous! »

JEAN RAIMOND.

Personne ne se dissimulera, aux caractères que nous venons de tracer, la difficulté de remonter à la véritable origine et à la nature d'une maladie semblable; aussi a-t-il fallu que le malade fût interrogé avec le plus grand soin pour tâcher de découvrir, dans ses antécédents, quelques renseignements propres à jeter du jour sur cette affection complexe.

Voici ce que nous avons recueilli : Le malade affirme n'avoir jamais eu la syphilis ; cependant il accuse une blennorrhagie avant l'apparition du mal ; mais, en le pressant de questions, nous nous sommes convaincu qu'en réalité il n'a point été affecté d'urétrite, et qu'il ignore même en quoi consiste au juste cette maladie. Il dit, en effet, avoir éprouvé une cuisson, une démangeaison au gland, et c'est là ce qu'il imagine être la chaude-pisse; jamais il n'a eu d'écoulement. Cette considération n'est pas sans importance; elle servira à nous expliquer la maladie tout entière. Il ajoute que son urine est parfois chargée, sale, et qu'elle contient une matière granuleuse ; du reste, l'émission s'en fait sans difficulté.

Un sonde passée dans l'urètre arrive à la vessie sans obstacle; seulement elle semble, vers la région prostatique, passer sur une surface rugueuse, et elle ramène avec elle une matière albumineuse. Le doigt, porté dans le rectum, ne fait rien découvrir dans la prostate. Il faut remarquer que le malade tousse, et que les fonctions digestives sont altérées.

Si l'on examine, pour s'en rendre compte, la maladie de l'épididyme, on le voit devenir malade sans orchite aiguë, ce qui exclue d'abord l'idée d'une blennorrhagie antécédente, dont on ne trouve d'ailleurs aucune trace, on arrive à conclure que la maladie a débuté par l'épididyme lui-même, mais lentement, ce qui n'est pas un fait de peu de valeur.

La maladie de l'épididyme ne peut être une orchite blennorrhagique pour les deux raisons suivantes : d'abord, parce qu'il est rare que l'orchite de cette nature prenne les deux testicules ensemble; mais, comme cela se voit quelquefois cependant, ce ne serait pas un motif suffisant pour rejeter cette étiologie ; ensuite, et ceci est sans réplique, parce qu'il n'y a pas eu d'état aigu, la maladie s'étant développée lentement et marchant encore.

L'induration existante ne peut donc être rapportée qu'à un état pathologique de l'urètre, et sachant d'ailleurs de quelle façon une maladie quelconque de la prostate retentit sur l'épididyme, on est conduit à interroger cet organe. Or l'existence dans la région prostatique d'un pus grumeleux et les signes fournis par le passage de la sonde ne doivent guère faire douter du véritable siége de la maladie, et l'état général du sujet autorise malheureusement à penser qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse ayant aussi peut-être envahi déjà d'autres organes.

Mais reste encore la tumeur indépendante de l'épididyme, et dont il serait très utile de déterminer la nature. Il peut se faire, dans ce point, des collections de différentes natures, et dont la cause est quelquefois environnée de beaucoup d'obscurité. Ainsi, on trouve dans cette région des dépôts d'urine, de sang, de pus, des kystes. A laquelle de ces collections appartient cette tumeur?

Les dépôts urineux doivent être rejetés; ils n'affectent pas cette marche; toutes les fois que l'urine se collectionne dans les tissus, elle y développe une inflammation violente, gangréneuse ; rien de semblable n'a été observé ici.

Les collections de sang ne se montrent pas sans violence extérieure ; ils arrivent alors brusquement ; la tumeur actuelle a marché lentement et continue à croître.

Les kystes, qu'ils soient mélicériques, séreux, etc., se présentent sous un aspect plus régulier, et d'ailleurs il n'y a pas de douleur.

Restent les collections purulentes; mais l'embarras du diagnostic, pour être diminué, n'en est pas moins encore extrême ; le pus colligé en ce lieu vient de sources si diverses, qu'il est fort difficile de se prononcer tout d'abord sur son point de départ véritable. Ce dépôt peut être le résultat d'une altération du rectum ou des uretères, du testicule, de la prostate, des os du voisinage, des parties molles environnantes, il peut être venu d'un point éloigné, du sacrum, des os iliaques, du rein, de quelque viscère, des côtes mêmes. On voit combien est obscur le diagnostic. Cependant, en étudiant la façon dont se comportent les aponévroses de cette région, on en vient à rejeter les altérations du rectum, des viscères et des os de l'intérieur du bassin ; et si le pus vient de l'urètre, c'est autant de la région membraneuse que de la région prostatique, à cause de la disposition des aponévroses moyenne et inférieure par rapport à l'urètre et à la prostate. Il est possible donc que l'induration occupe ces régions de façon que la lame tuberculeuse se trouve en partie dans l'urètre et en partie hors de l'urètre.

Du reste, le foyer a été ouvert en arrière; il en est sorti un pus considérable, d'abord floconneux, grix, avec l'odeur du pus phlegmoneux. Cette dernière particularité est remarquable; car cette odeur n'indique pas que ce pus ait communication avec un organe accessible à l'air extérieur.

M. Velpeau a souvent prouvé que le pus renfermé au voisinage des canaux ou des cavités communiquant avec l'air, le nez, la bouche, la vulve, l'anus, la trachée, etc., absorbait quelques-uns des éléments de cet air, et contractait ainsi une odeur infecte.

Le foyer va se déterger, on vérifiera alors l'état de l'urètre. Dans les conditions générales où se trouve cet homme, il est douteux qu'il guérisse.

Corps fibreux de la matrice du volume d'une tête de fœtus chez un sujet exsangue. Difficultés de l'opération. Du diagnostic differentiel du cancer, des polypes, des fongosités superficielles de l'utérus.

Au n° 7 de la salle des femmes, a été couchée, le 30 janvier, la nommée Gagniard (Marie), âgée de quarante ans, couturière. C'est une femme pâle, amaigrie, anémique, qui, depuis un an à quinze mois, est sujette à des hémorrhagies utérines considérables.

Les pertes ne sont, comme on le sait, que le symptôme d'une maladie ; mais comme les pertes sont le résultat d'affections diverses, il est utile de pouvoir distinguer ces maladies les unes des autres.

Il faut, autant que possible, s'habituer à discerner l'espèce de maladie à laquelle ces pertes se rattachent, et c'est ordinairement, hors l'état de grossesse ou de couches, à un cancer, à un polype ou à des fongosités superficielles, qu'il faut rapporter ce symptôme.

Lorsqu'on est appelé à donner des soins à une femme sujette à des pertes, on peut, dans la majorité des cas, deviner, avant de toucher la malade, à laquelle des causes précédentes doivent être attribuées les hémorhagies. L'on peut, si l'on a observé avec soin l'état général des sujets affectés de cancer, de polypes ou de granulations, tirer de l'examen de cet état général et des commémoratifs, des données suffisantes souvent pour mettre sur la voie, pour reconnaître même la maladie véritable. Ce n'est pas qu'il faille, pour cela, négliger l'exploration directe.

En général, on peut dire que quand la femme est affectée de cancer, la pâleur des téguments de la face présente une teinte jaune tirant sur le verdâtre, quelquefois même un peu sur le brun ; une teinte que les mots rendent imparfaitement, et qui ne se saisit bien qu'en voyant. Quand un polype est la cause des pertes, la pâleur du sujet est mate, laiteuse ; les chairs sont flasques, s'affaissent. Si des granulations ou des fongosités superficielles produisent les hémorrhagies, ces dernières sont ordinairement légères, et les femmes se plaignent d'écoulement blanc.

Mais, nous le répétons, l'exploration directe est nécessaire pour venir confirmer le diagnostic entrevu à l'aide de ces différents symptômes.

Le toucher a donné les résultats suivants pour la femme dont il s'agit ici : On trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme à peu près ; elle ne descend pas au-dessous de la vulve, et ne remonte pas au-dessus du détroit ; cette tumeur est dure, élastique, insensible, légèrement bosselée ; elle n'est certainement pas saignante, ne présente aucune fluctuation et est immobile.

D'après l'ensemble de ces caractères, cette tumeur ne peut guère appartenir qu'aux corps fibreux ; une tumeur encéphaloïde de cette grosseur est ordinairement facile à déchirer. Ici il n'y a rien de semblable.

Mais parmi les corps fibreux, il en est de plusieurs espèces : les uns se développent dans les parois utérines et se dirigent dans des sens divers : quelquefois la tumeur s'échappe du côté du ventre ; de toutes, ce sont celles qui sont susceptibles d'acquérir le volume le plus considérable. On en a cité ayant atteint le poids de dix, quinze, vingt, trente kilogrammes. Les corps fibreux qui suivent cette marche se trouvent ordinairement dans le principe plus rapprochés du péritoine que de la muqueuse utérine, ce qui explique la facilité plus grande qu'ils trouvent à s'accroître dans ce sens. Les autres, se trouvant plus près de la muqueuse que du péritoine dans l'épaisseur des parois de l'utérus, marchent vers la cavité de l'organe, s'y accroissent et finissent par s'engager dans le col et dans le vagin : c'est le cas actuel. Enfin, il en est une troisième espèce qui restent dans le corps de l'utérus même.

La tumeur que porte cette femme appartient évidemment à la seconde espèce ; il est facile de se rendre compte des motifs qui nous engagent à la ranger dans cette catégorie. Nous n'y insisterons pas.

Seulement il est indispensable de savoir que les polypes que nous venons de ranger dans la seconde classe présentent deux nuances importantes. En effet, ou bien en descendant la tumeur s'est étalée dans la cavité et a élargi le col, c'est le véritable polype ; ou bien elle a entraîné avec elle une portion de l'utérus, et alors il n'y a pas de pédicule, et le col ou la région antérieure, ou postérieure, ou latérale de l'utérus est confondu avec la tumeur.

Chez cette femme y a-t-il ou non pédicule ?

La question est fort difficile à résoudre ; car le doigt ne pouvant arriver à la partie supérieure de la tumeur, sa racine nous reste forcément inconnue quant à la forme. A en juger par analogie, il y aurait un pédicule et qui ne serait pas très volumineux, car la tumeur est purement fibreuse, et cette espèce se comporte comme un corps étranger entraînant les couches organiques anciennes ; ce sont ces tumeurs qu'on peut si bien énucléer sur le cadavre. Malgré ces analogies, nous n'oserions pas affirmer qu'il y eût un pédicule, bien qu'on sache que ces sortes de tumeurs purement fibreuses, arrivées dans le vagin, en présentent presque toujours.

Pour ce qui regarde le pronostic d'une semblable maladie, il faut dire que c'est un cas grave pour plusieurs raisons. D'abord, il est impossible de guérir la maladie sans opération, et ici elle présente des difficultés de plusieurs sortes. L'extraction sera certainement pénible, en supposant qu'il n'y ait pas d'adhérences, en supposant même qu'il y eût un pédicule; on ne pourrait songer à aller jusqu'à lui pour le couper ou le lier; il faut éviter tout ce qui peut amener des hémorrhagies, la femme n'étant pas en état de les supporter. D'un autre côté, en supposant que l'on réussisse à extraire la tumeur, la malade est tellement affaiblie, étiolée, exsangue, qu'une péritonite survenant, on serait complétement désarmé. Il faut donc, de nécessité, avoir recours à l'opération, tout en ne se dissimulant pas que c'est là un cas très grave.

L'opération a, en effet, présenté d'assez grandes difficultés ; la tumeur a offert une résistance extrême : il n'y avait pas de pédicule ; il ne pouvait donc s'allonger, ni prêter, comme on aurait pu l'espérer dans le cas contraire.

La tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, était renfermée dans un espèce de kyste formé par le tissu utérin qui l'enveloppait au moins dans un tiers, ce qui rendit compte de la difficulté de l'extraction. M. Velpeau, ayant amené au-dehors environ la moitié de la masse, l'a coupée, et après avoir incisé la couche de tissu utérin qui retenait une grande portion du corps fibreux il l'a énucléé et le polype est venu brusquement. Du reste, l'opérée a perdu peu de sang, et l'on sait que l'enlèvement de ces corps fibreux n'est pas, en général, suivi d'hémorrhagie sérieuse. En somme, l'opération a été fort laborieuse, fort pénible. La malade est aussi bien que permet son état. Cependant aujourd'hui, deux jours après l'opération, elle s'est plaint d'un frisson violent.

S'il survient quelque chose d'intéressant chez cette femme, nous en rendrons compte.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 5 février 1845.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et sa rédaction est est adoptée.

M. Huguier demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Revenant sur les motifs qui lui ont fait préférer le procédé de Hunter à celui de Scarpa dans l'opération d'anévrisme poplité dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, il cite un passage des Nouveaux Éléments de Médecine opératoire, de M. Velpeau, où la même doctrine est formulée.

M. Deguise fils profite de cette occasion pour rectifier quelques points de l'histoire du malade opéré d'anévrisme poplité dans le service de M. Breschet. Il était alors interne de ce service, et il assure que malgré la ligature de l'artère crurale qui fut pratiquée, les battements n'ont jamais cessé d'avoir lieu dans la tumeur anévrismale. Il ne sait, du reste, comment la maladie s'est terminée et ce qu'est devenu ce malade.

— *M. Cullerier* lit un travail sur l'inoculation de la syphilis de l'homme aux animaux ; il rappelle d'abord les remarques qu'il fit dans la séance même où M. Auzias présenta un singe qui portait sur la face des ulcérations provenant de l'inoculation de pus chancreux. L'aspect de ces ulcérations n'était pas tel, pour M. Cullerier, que l'on pût reconnaître là le véritable chancre, et, de la manière dont elles avaient été faites et entretenues, il n'était pas étonnant qu'elles présentassent un caractère particulier ; mais il y avait loin, suivant lui, de ces plaies à celles qui résultent de l'inoculation virulente normale ou artificielle. Il regarde comme une hypothèse que rien ne justifie, le moins de sensibilité dans la peau des animaux que dans celle de l'homme, qui nécessite, selon M. Auzias, une irritation directe plus grande quand on les inocule. Il donne ensuite le résultat des inoculations qu'il a tentées sur diverses espèces d'animaux, et il indique jour par jour les caractères qu'ont présentés ces plaies. Malgré les précautions constamment prises pour que les animaux ne pussent ni se lécher, ni se frotter, et quoique ces plaies aient été faites soit par piqûre profonde, soit par excision et en ayant soin de les irriter, comme le veut M. Auzias, et enfin quoi que toujours M. Cullerier se soit assuré de l'inoculabilité du pus qu'il employait, jamais il n'a pu déterminer ni la pustule, ni la moindre tendance à l'ulcération. Il a fait aussi des expériences comparatives avec du pus non virulent ; il a même fait des plaies dans lesquelles il n'a rien mis, mais en les irritant seulement, comme il faisait pour celles dans lesquelles avait été déposé le pus virulent, et il a remarqué que le temps nécessaire à la cicatrisation était le même pour les unes comme pour les autres. M. Cullerier a alors prié M. Auzias de faire, sous ses yeux, de nouvelles expériences ; il en fit effectivement un certain nombre sur le chien et sur le singe que M. Cullerier avait en sa possession, mais aucun résultat ne fut obtenu. M. Cullerier revient sur le singe dont M. Auzias a montré la peau à la Société de chirurgie, et il nie que les taches qu'elle présentait eussent le moindre caractère de la roséole syphilitique. L'animal est mort toberculeux, comme M. Cullerier a pu s'en assurer lui-même en le disséquant au Jardin-des-Plantes. M. Cullerier termine son travail en rappelant que depuis Hunter plusieurs expérimentateurs ont fait des tentatives pour inoculer la syphilis de l'homme aux animaux, et que toujours elles ont été infructueuses.

M. Robert demande si ce n'étaient pas des abcès métastatiques qui auraient existé sur le singe dont M. Cullerier a fait l'autopsie, et qui avait présenté avant la mort quelques syptômes de la résorption purulente.

M. Cullerier répond que c'est en vue de cette idée qu'il a examiné le cadavre ; mais que ce sont bien réellement des tubercules qu'il a rencontrés, les uns à l'état de crudité, les autres ramollis : presque tous les organes en étaient farcis.

M. Chassaignac pose la question de savoir s'il y avait bien nécessité à faire sur les malades mêmes l'inoculation des chancres dont on prenait le pus pour les expériences ; cette pratique n'étant peut être pas sans de graves inconvénients.

M. Cullerier dit que pour qu'il n'y eût pas d'objection à faire sur la nature du pus qu'il employait il fallait bien constater son inoculabilité, et on ne pouvait pas le faire autrement qu'en inoculant les malades ; il est d'ailleurs convaincu de l'innocuité de cette opération, pourvu toutefois qu'on ait la précaution de cautériser vigoureusement la pustule dès qu'elle a été bien constatée. Il a fait déja bon nombre d'inoculations et il n'a jamais vu le moindre accident en résulter.

— *M. Robert* communique une observation de coxalgie intéressante, en ce qu'elle montre les altérations élémentaires de cette maladie chez l'adulte.

Un maçon, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Beaujon, ayant depuis cinq mois de la douleur à l'aine et au genou droits, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin, et ne pouvant être étendue sans de vives douleurs; les mouvements de la cuisse très bornés, l'aine et le côté externe de la hanche un peu tuméfiés. Des ventouses scarifiées, des vésicatoires volants, de larges cautères et des bains sulfureux avaient été employés avec quelques avantages, lorsque le malade mourut subitement d'apoplexie.

Avant de procéder à l'autopsie cadavérique, M. Robert a voulu constater la longueur réelle du membre malade, et l'a trouvé raccourci d'un centimètre et demi. Toutes les précautions avaient été prises pour que les épines iliaques fussent sur le même niveau, que les membres inférieurs fussent placés dans le même degré d'extension, et également inclinés par rapport à la ligne médiane.

Le premier fait digne de remarque qui s'est présenté dans les recherches des lésions articulaires, c'est la présence de deux vastes abcès renfermant de la synovie purulente, l'un placé sous les muscles obturateur externe et pectiné, communiquant avec l'articulation par le trou cotyloïdien, l'autre siégeant sous les muscles fessiers, adossé à la face postérieure du col du fémur, et communiquant aussi avec l'articulation par une éraillure de la capsule, très mince, comme on sait, dans le lieu où elle s'insère au col du fémur. A l'intérieur du bassin, la lame osseuse qui forme le fond de la cavité cotyloïde était en partie détruite au niveau de l'arrière-fond de cette cavité; le pus contenu dans l'articulation malade soulevait déjà le périoste, et tendait à se porter dans la cavité pelvienne.

La capsule fibreuse de l'articulation était bosselée, amincie et soulevée en plusieurs points par une substance gélatiniforme jaunâtre,

déposée entre elle et la membrane synoviale, abondante surtout vers le col du fémur. Elle présentait une gouttière étroite et profonde, à l'endroit où elle est croisée par lé tendon des muscles psoas et iliaque, lesquels étaient fortement distendus.

La membrane synoviale était épaissie et rougeâtre; le ligament rond, intact; les cartilages diarthrodiaux, détruits en quelques points, et réduits ailleurs en une lame très mince, se détachaient très facilement des os.

La cavité de l'articulation contenait un peu de synovie trouble et tenant en suspension de petits flocons albumineux. La tête du fémur était en contact avec le fond du cotyle.

M. Robert fait observer que l'on trouve, dans ce cas, toutes les lésions qui caractérisent la plupart des tumeurs blanches, et rien de plus. La synovie purulente, exhalée en grande quantité dans l'articulation, n'a pu distendre la capsule, qui est très épaisse et bridée par des muscles puissants; mais elle s'est fait jour par les points faibles des parois de cette cavité, savoir : le trou cotyloïdien, la partie postérieure de la capsule, dans l'endroit de son insertion au col du fémur, et, en dernier lieu, la lame osseuse mince formant l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, laquelle a été résorbée et détruite. M. Robert pense que cette migration de la synovie altérée doit s'observer beaucoup plus souvent, du moins chez l'adulte, que l'expulsion de la tête du fémur par l'accumulation du liquide dans l'articulation, suivant la théorie de J.-L. Petit. Dans plusieurs cas de coxalgie qu'il a observés, M. Robert a vu des abcès par congestion se manifester à la partie supérieure externe de la cuisse; il pense que le pus s'est fait jour, en premier lieu, par la partie postérieure de la capsule en fusant sous les muscles fessiers, puis entre le couturier et le tenseur de l'aponévrose crurale.

Le dernier fait que signale M. Robert, c'est le raccourcissement d'un centimètre et demi obtenu par la mensuration du côté malade; résultat que les lésions articulaires reconnues ne permettent pas de regarder comme entièrement vrai.

Une discussion s'ouvre à propos de cette communication, sur les moyens les plus propres à constater dans les cas de coxalgie, la longueur véritable du membre affecté, et sur la possibilité de distinguer le raccourcissement apparent des membres de celui qui peut exister réellement par suite du changement de position qu'a subi l'extrémité supérieure du fémur.

M. Malgaigne signale l'*enselure* incomplète du vice de conformation du tronc qui résulte de la projection d'un côté du bassin en arrière et en haut, comme une des causes les plus fréquentes du raccourcissement apparent qu'offre le membre malade.

M. Nélaton signale à son tour l'abduction de la cuisse comme une autre cause du même phénomène.

M. Maisonneuve croit que dans beaucoup de ces cas on éviterait l'erreur si prenant pour point de repère la pièce antérieure et supérieure de l'os des iles, comme on le fait ordinairement, puis la pièce postérieure et supérieure de cet os d'une part et le sommet des malléoles d'autre part, on contrôlait l'une par l'autre les deux mesures ainsi obtenues.

— *M. Maisonneuve* présente une pièce provenant d'une résection du coude qu'il a pratiquée, le 3 février, sur un homme de cinquante-huit ans. Cette pièce consiste dans l'extrémité articulaire inférieure de l'humérus droit, la partie correspondante du cubitus, y compris l'apophyse coronoïde et toute la partie du radius située au-dessus de la tubérosité bicipitale. Toutes ces portions osseuses sont altérées à divers degrés, leur surface est en partie dépouillée de cartilages; mais l'altération principale existe sur le radius : c'est une nécrose. Le séquestre a la forme d'un cône dont la base est formée par la capsule articulaire, et dont le sommet, tourné en bas, est enclavé dans la partie saine de l'os; sa longueur totale est de 2 centimètres.

M. Maisonneuve attire l'attention de la Société sur le procédé qu'il a mis en usage dans cette circonstance, et qui lui a permis de terminer en huit minutes une opération qui, faite par d'autres procédés, ne dure guère moins de trois quarts d'heure ou une heure, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

Ce procédé consiste : 1° à faire une incision en H à la partie postérieure de l'article, 2° à isoler le nerf cubital et à le porter au-devant de l'épitrochlée; 3° à couper d'un trait de scie la base de l'olécrane, ce qui permet d'explorer d'un coup d'œil toute l'articulation; 4° à diviser les ligaments latéraux externe et interne pour faire saillir les extrémités articulaires; 5° à détacher les chairs de leurs insertions aux parties malades; 6° enfin à réséquer l'humérus d'abord, puis les os de l'avant-bras. Cette section se fait avec la scie ordinaire, aussi bien qu'avec la scie à chaîne.

Ce procédé, qui n'est autre que celui de Moreau, modifié par Dupuytren, paraît à M. Maisonneuve avoir de nombreux avantages sur ceux actuellement employés par MM. Roux, Velpeau et quelques autres chirurgiens français.

M. Chassaignac pense que ce serait un mauvais moyen d'apprécier la valeur des procédés opératoires, que d'attacher beaucoup d'importance au plus ou moins de temps que l'on met à les exécuter. Quant à lui, dans la résection des os du coude, il ne fait qu'une seule incision aux parties molles, et il n'a pas vu que, sur le cadavre, ce procédé fût plus long à exécuter qu'un autre.

M. Nélaton fait observer que dans les pièces qui sont soumises à l'examen de la Société, la principale altération pathologique consiste dans une nécrose de l'extrémité supérieure du radius, et il s'étonne que M. Maisonneuve n'ait pas borné à la résection de ce seul os l'opération qu'il a faite. D'autant mieux que par le procédé qu'il a employé, il avait la possibilité de bien apprécier l'état pathologique des parties avant de les enlever.

— *M. Lenoir* met sous les yeux de la Société une tumeur du poids d'une livre et demie, qu'il a enlevée le matin même sous le sein droit d'une femme actuellement couchée dans les salles de l'hôpital Necker. Une circonstance digne de remarque, c'est que cette tumeur, uniformément arrondie, était coiffée par la glande mammaire, et donnait à tout le sein un volume triple de celui du côté opposé. Elle était, du reste, séparée de la glande mammaire et du muscle grand-pectoral, par un tissu cellulaire lâche qui lui formait une sorte d'enveloppe qui l'isolait complétement des parties voisines. Comme elle était le siége de douleurs lancinantes, et que pendant la vie rien n'indiquait qu'elle fût distincte de la mamelle, elle fut enlevée avec une partie de cet organe. L'incision qu'on pratiqua sur elle après son ablation, montra qu'elle était formée d'un tissu grisâtre résistant, offrant à son intérieur une multitude de petites loges qui contenaient un liquide visqueux et jaunâtre assez semblable à celui qu'on exprime par la pression de la glande prostate hypertrophiée. La nature mal définie de cette production morbide a engagé quelques membres à la soumettre à l'analyse microscopique.

— Séance levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie; par M. ROGNETTA.

M. Rognetta avait déjà publié un *Cours d'ophthalmologie* qu'il complète aujourd'hui en donnant un plus grand développement aux principes qui en faisaient la base, et plus de précision, plus de détails dans les préceptes, afin de justifier autant que possible le titre de *philosophique et clinique*.

Dans un temps la première épithète était très recherchée, très employée, tous les traités étaient *philosophiques*, ou avaient la prétention de l'être : mais on s'avisa de dire que la philosophie ne guérissait pas, encore moins les philosophes. Alors, ceux-ci ne voyant pas venir les malades, se dirent praticiens, et ils appelèrent *Traités pratiques* leurs livres; c'est même depuis qu'ils le sont si peu.

M. Rognetta est revenu à l'ancien titre, mais sans abandonner le nouveau ou son équivalent; car son Traité est à la fois philosophique et clinique. M. Rognetta pouvait justifier les prétentions de ce double titre; car, imbu des doctrines de Hunter et de Scarpa, élevé à cette haute école, il a su, dans les cliniques des hôpitaux de Paris, à celles surtout de Boyer et de Dupuytren, il a su comparer et se servir des différences de leur pratique pour modifier ce que les deux grands dogmatistes avaient enseigné de trop absolu.

La partie philosophique du livre de M. Rognetta se trouve à la tête de l'ensemble de l'ouvrage et au commencement des chapitres.

Les faits de détail sont certainement excellents comme matériaux, et sans eux point de science. Mais, avec eux seulement, la science aussi ne peut exister, et la mémoire succombe sous leur nombre. Il faut donc des faits généraux pour arriver à des principes que l'esprit saisit et retient. C'est là le sens de l'épigraphe du livre de M. Rognetta, épigraphe empruntée à une source où on ne peut puiser que de grandes inspirations : elle est empruntée à Hunter.

Le chapitre sur les *sources de la pathologie oculaire; les conditions dynamiques de l'œil; la nature des maladies de l'œil; la thérapeutique générale de l'œil; les médications ophthalmiques générales de l'œil*; toutes ces parties du livre de M. Rognetta sont empreintes d'un caractère de haute généralité, disons le mot, d'un caractère philosophique tout à fait exceptionnel chez les oculistes et pas mal de spécialistes, qui ne voient que la localité matériellement malade, que l'anatomie, et encore l'anatomie tout à fait mesquine, rétrécie du mal, c'est-à-dire, dans le plus grand nombre des cas, des effets et non la cause.

Pour mériter le second titre, M. Rognetta entre dans des détails chirurgicaux et quelquefois des détails pharmaceutiques. Ainsi, son chapitre des collyres est un vrai manuel du jeune chirurgien, comme il peut être un guide excellent pour un pharmacien. Il y a même un article sur les lunettes, qui pourrait être avoué par l'ingénieur Chevalier.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'analyse d'un livre dont la première édition a paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, et nous nous contenterons d'ajouter que la lecture en sera utile aux hommes de recherches non moins qu'aux hommes d'application. X...

La nomination de M. le docteur Foullioy aux fonctions d'inspecteur-général des services de santé de la marine, a été accueillie avec satisfaction par le corps de santé de la marine. On se félicite de voir arriver à un poste éminent un homme jeune encore, animé de bonnes intentions, et dont l'activité éclairée pourra susciter, entreprendre et réaliser des améliorations désirables dans ce service important. La faveur, du reste, n'a eu aucune part à l'élévation de M. Foullioy; il doit tout à son mérite et à l'avancement hiérarchique. Il a franchi très rapidement, et après concours, tous les grades inferieurs jusqu'à celui de première classe. Il a été nommé professeur d'anatomie au port de Brest, après un concours brillant dans lequel il fit preuve d'érudition et d'une facilité d'élocution remarquable. Peu d'années après, M. Foullioy fut nommé deuxième chirurgien en chef, puis premier chirurgien en chef et président du conseil de santé dans ce port, et jouissait à Brest de la confiance la plus étendue. Il occupait cette position depuis plusieurs années, lorsque M. le ministre actuel de la marine, qui avait pour lui une grande estime et beaucoup d'affection, l'appela à Paris pour y remplir les fonctions d'inspecteur général adjoint; il vient enfin de le nommer à celles d'inspecteur-général titulaire des services de santé de la marine, grade qui donne le droit de prendre rang parmi les contre-amiraux.

M. Foullioy est un médecin d'une érudition très étendue, d'une élocution facile, ornée, brillante. Comme écrivain, son style est remarquable par sa netteté. Il est opérateur brillant et heureux; un des premiers en France il a pratiqué pour l'enlèvement d'une tumeur, la ligature de l'artère carotide avec succès. Il joint à ces qualités toutes celles qui peuvent être exigées dans un chef de service.

L'opinion générale avait désigné depuis longtemps M. Foullioy comme le plus apte à succéder à M. Kéraudren qui, en quittant l'inspection du service médical, emporte l'estime et l'affection de tous.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 20 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 21. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Remarques générales sur les résections à propos d'une résection du coude pratiquée pour un cas de tumeur blanche.

A propos d'une résection du coude que M. Roux se proposait de faire pour une affection organique de l'articulation huméro-cubitale, il se livre à des considérations pratiques du plus haut intérêt, sur cette opération, et que nous nous empressons de publier.

Cette espèce d'opération, dit-il, quoique peut-être les circonstances de la pratiquer ne soient pas rares dans les hôpitaux, est faite assez rarement. Il y a à peu près un an que nous en avons fait une en miniature dans cet amphithéâtre. Il s'agissait d'une altération organique siégeant dans l'articulation du gros orteil avec le premier métatarsien; nous avons enlevé avec l'orteil la portion du métatarsien qui nous parut malade en conservant le reste de l'os. Le malade guérit parfaitement, mais la guérison se fit longtemps attendre, comme il arrive assez souvent dans ces sortes d'opérations. Il ne quitta l'hôpital qu'au bout de cinq ou six mois. C'est là une des petites résections auxquelles on procéda après avoir pratiqué plusieurs fois avec succès les résections des grandes articulations. Je peux bien dire, puisque c'est la vérité, avoir été le premier à proposer cette application des résections aux petites articulations malades.

Avant d'entrer en matière sur cette importante question, permettez-moi de vous prévenir que je serais obligé de me citer souvent dans le cours de ces considérations, parce que je crois avoir beaucoup contribué par mes travaux et ma pratique, à faire entrer cette importante opération dans le domaine de la chirurgie, et je peux m'attribuer le petit mérite d'avoir un des premiers fait tous mes efforts pour dissiper dans l'esprit des chirurgiens la prévention qui restait contre l'opération elle-même. Je dois vous dire cela non pas par l'effet d'un amour-propre outré, dont je me crois exempt, mais pour être vrai dans l'historique que je vais vous faire maintenant.

Je vous disais donc que peut-être je fus le premier à faire l'application de ce procédé opératoire aux petites articulations malades après l'avoir pratiquée sur les grandes. La première fois que cette idée me vint, ce fut dans la circonstance suivante: J'avais en traitement dans mes salles, à la Charité, un jeune homme affecté d'une maladie organique bien limitée dans le premier os métacarpien; il était tailleur et avait par conséquent besoin de conserver autant qu'il était possible l'usage de tous ses doigts. En réfléchissant sur le moyen de le débarrasser de sa maladie, tout en conservant le pouce, qui d'ailleurs n'était pas malade, je finis par concevoir que je pourrais réséquer les parties d'os malades, comme du reste j'avais déjà procédé pour des affections semblables des grosses articulations, par exemple du coude. L'opération fut simple; il en résulta une plaie assez vaste et profonde qui se combla peu à peu. A mesure que les tissus cutanés se cicatrisaient, le pouce conservé se raccourcissait, de sorte que la guérison étant complète le pouce était beaucoup plus court et moins mobile que l'autre, malgré cela il fut encore d'une très grande utilité, car le jeune homme put continuer l'exercice de son état de tailleur, ce qui lui aurait été impossible si tout le doigt lui avait été enlevé par la méthode ancienne de traitement.

Ce que je fis dans ce cas pouvait être appliqué à tous les autres et de la main et du pied, en effet depuis lors ces résections partielles des doigts et des orteils devinrent communes, et maintenant il n'est pas de chirurgien un peu répandu qui ne les ait pratiquées plusieurs fois. Je ne pense pas pourtant qu'il faille trop les étendre, c'est-à-dire les pratiquer sur de très petits os, comme a voulu faire Fritz, de Hambourg. C'est justement dans les bonnes choses qu'il faut éviter l'abus autant que possible.

L'opération chirurgicale dont nous parlons est un moyen que l'art a substitué à l'amputation des membres dans le traitement de certaines affections; ainsi elle n'est applicable qu'aux parties articulaires des os malades, comme il arrive souvent dans le cas de tumeur blanche qui, comme vous le savez, se développe dans les articulations. C'est par ce moyen que le chirurgien arrive, pour ainsi dire, à conserver un membre en retranchant seulement la partie malade des os, pendant que l'amputation le sacrifierait tout entier.

Il est probable que dès la plus haute antiquité on a songé à cette sorte d'opération. Quand on parcourt les ouvrages des plus anciens maîtres, tels que ceux de Paul d'Egine et autres, on trouve des expressions vagues, ambiguës, sur la manière de conserver les os en partie malades en retranchant la portion affectée; mais, je le répète, cela est dit d'une manière si générale, si obscure, qu'on ne peut rien déduire en faveur de la résection telle que nous la pratiquons aujourd'hui; de sorte que positivement cette opération est une conquête de la chirurgie moderne.

Au reste, quant à la manière vague et obscure de s'exprimer des anciens maîtres, cela n'est pas étonnant quand on pense qu'ils avaient l'habitude d'être très laconiques dans leur langage, et de rendre souvent leurs idées sous une forme aphoristique; c'est bien, si on veut, l'opposé des ouvrages modernes, qui, il faut en convenir, sont écrits trop souvent d'une manière très diffuse; Celse, lui-même, qu'on appelle le Cicéron de la médecine, à cause de sa manière éloquente et pittoresque de s'exprimer, tombe souvent dans le même défaut, et plus d'un de ses passages, à cause de son laconisme, a donné lieu à des discussions assez vives pour en déterminer le sens véritable. Ainsi combien ne s'est-on pas disputé sur les passages relatifs à l'amputation des membres, et à l'opération de la taille! Il n'y a pas longtemps encore qu'on est tombé d'accord sur le sens précis qu'il faut attribuer à ce qu'il a écrit sur cette dernière opération. Ainsi il est bien certain qu'on ne peut pas affirmer que les anciens aient parlé d'une manière assez claire et intelligible de la résection, telle que nous l'entendons aujourd'hui, et encore une fois, c'est aux chirurgiens modernes qu'il faut accorder le mérite de l'avoir bien formulée et pratiquée.

A cet égard, il y a dissidence entre les Anglais et les Français pour ce qui est de la priorité. Les premiers en font tout l'honneur à leur compatriote White; les seconds en considèrent comme les inventeurs leurs concitoyens Wigarous (de Montpellier), et Thomas (de Pezenas). Ce qu'il y a de vrai en cela, c'est qu'à peu près en même temps en Angleterre et en France était pratiquée par les chirurgiens que nous venons de nommer, la résection du col de l'humérus. Nous qui sommes si favorablement prévenu pour les résections en général, nous n'avons fait qu'une seule fois celle du col de l'humérus, et nous croyons qu'elle ne réussit pas asssz souvent pour qu'on puisse l'adopter d'une manière générale.

White a eu aussi la gloire d'introduire la résection pour les cas de fausse ankilose, de pseudarthrose, dans lesquels on retranche une portion d'os dans sa continuité. Ces sortes de difformités sont assez fréquentes en Angleterre. Dans le court séjour que nous y avons fait dans notre premier voyage, nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples, qui étaient en traitement dans les hôpitaux. Nous croyons que cela tient un peu à la manière moins précise et moins rationnelle de traiter les fractures au-delà de la Manche que chez nous. Sous ce rapport, nous pouvons à notre avis nous vanter d'avoir une supériorité sur nos confrères d'Angleterre.

Après White, Park, chirurgien de Liverpool, voulut appliquer la résection au traitement des tumeurs blanches du genou, en retranchant les parties articulaires malades. Il réussit la première fois; mais les résultats postérieurs furent bien loin d'être aussi favorables, surtout ceux qu'on obtint en

FEUILLETON.

Discours prononcé par le docteur Alexandre THIERRY, *le* 13 *janvier* 1845, *à la Société médico-pratique, dont il quittait la présidence.*

Messieurs,

Lorsque vous m'avez choisi pour vous présider, en acceptant cet honneur auquel je n'osais prétendre, j'étais fier d'avoir obtenu vos suffrages; j'étais heureux surtout de trouver mon principal et peut-être mon seul titre dans le souvenir d'un maître que nous vénérons tous (1).

J'ai regardé comme un devoir de ne pas laisser altérer le bon esprit de la Société médico-pratique. Pénétré de cette pensée, et fidèle aux exemples de mes honorables prédécesseurs, je me suis constamment appliqué à conserver pure leur sage tradition.

Messieurs, en dehors des théories, des doctrines et des systèmes, il est une série de moyens thérapeutiques qui ont survécu à la vogue et à la mode, et sont entrés dans la pratique pour ne plus en sortir. Car de tous ces moyens qui ne vivent qu'un jour, un petit nombre subsistent et triomphent de l'épreuve du temps. A une époque, on a cru à la cure radicale des hernies par les caustiques. Plus tard on a pensé que la tradition de l'Académie royale de chirurgie allait être interrompue, et qu'un flambeau nouveau éclairerait la médecine opératoire. Il n'est resté de ces tentatives présomptueuses que des traces éphémères. Cependant nous pouvons nous glorifier d'avoir vu notre époque dotée d'instruments utiles, de méthodes et de procédés salutaires.

Nous avons vu la mécanique s'associer par une heureuse alliance à la médecine opératoire; nous avons vu les ouvriers et les fabricants d'instruments devenir des hommes non-seulement doués d'une grande précision dans leur travail, mais instruits jusqu'à un certain point des faits de la science, et continuellement en rapport avec ceux qui la cultivent. Il fallait pour cela cette ardeur de réputation, cette activité d'exécution, cette publicité de toutes choses qui peuvent seuls populariser les découvertes et triompher de tous les obstacles.

Je n'entreprends pas de juger ici les spécialités de tout genre qui se sont établies depuis quelques années en médecine et surtout en chirurgie. Je dirai seulement que, comme tous les fruits de la liberté, elles ont leur utilité aussi bien que leur danger.

Le mal passe, le bien existe. L'expérience, ce juge infaillible, qui éprouve les opinions et les méthodes comme les hommes, leur enlève ce qu'elles présentent de faux ou de nuisible, et la véritable science profite ainsi des bienfaits qu'elle a reçus d'une source quelquefois douteuse.

Cependant, il faut le dire, l'universalité dans l'enseignement, l'unité dans l'art, se trouvent tout à fait en rapport avec la grande tradition des écoles de la Grèce. C'est le médecin qui panse les fractures, réduit les luxations, applique le trépan, traite les plaies, comme c'est le médecin qui a soin des fièvres et des inflammations.

On comprend donc que, si dans l'application directe de l'art les spécialités peuvent être utiles, dans la doctrine elles sont toujours dangereuses.

Après la révolution de 89, quand on a ouvert de nouveau les écoles, Pelletan et Sabatier, les maîtres de ceux qui ont instruit notre jeunesse, n'ont pas voulu que le médecin fût séparé du chirurgien, ni dans les études, ni dans la pratique. Restons fidèles à ces principes, Messieurs, conservons le dépôt qui nous a été confié, transmettons-le à ceux qui viendront après nous; car nous avons reçu la science, ainsi que nous avons reçu la vie, comme un bienfait malgré ses misères.

Depuis que vous m'avez nommé président de votre Société, j'ai été appelé par mes concitoyens à l'insigne honneur de les représenter au Conseil général du département de la Seine et au Conseil municipal de la ville de Paris. Si, avant tout, on naît citoyen, on ne doit pas oublier, quand on est médecin, que cette profession impose des devoirs à remplir. Depuis longtemps les avocats sont partout mêlés aux affaires publiques; ils remplissent toutes les fonctions et toutes les charges. Les médecins, au contraire, confinés dans l'étude de leur science, dans l'exercice de leur art, ne prennent aucune part à l'administration, et cependant les médecins, dans bien des circonstances, ne devraient point s'éloigner des positions où l'on traite de la salubrité et de l'hygiène. L'hygiène, Messieurs, se rattache par son essence à la politique, et c'est elle souvent qui devrait servir de base à la rédaction de certaines lois importantes pour la moralité et la santé de l'espèce humaine.

Cette importance dans la société des hommes sortis du barreau, se rattache à un vice de notre époque: la puissance de la fortune privée.

Est-il question d'un mariage? On consulte les notaires sur la fortune et les convenances réciproques des familles: on ne consulte pas les médecins pour savoir si la jeune fille est en âge d'être mariée, si elle peut sans danger devenir mère, si son organisation n'exige pas que le mari réunisse certaines conditions d'âge et de bonne constitution. On s'occupe beaucoup de la fortune, bien peu de la santé. Aussi, Messieurs, nous voyons la race humaine s'affaiblir et décroître, et cette idée du beau que Dieu a mise dans le cœur de l'homme et que les philosophes ont proclamée dans leurs livres s'affaiblir et s'éteindre.

C'est aux médecins qu'il appartient de résister à cet entraînement funeste des esprits, d'éclairer l'administration sur toutes les questions qui se rattachent à la santé publique, de consacrer enfin au service de notre pays et de la société tout entière les connaissances spéciales que nous avons acquises dans notre profession. L'étude des phénomènes organiques et des lois qui les régissent nous a appris quelles sont les circonstances favorables ou défavorables au développement de la vie, à l'exercice régulier des fonctions, au perfectionnement physique et moral de l'homme. En même temps la pratique de la médecine nous a introduits, en quelque sortes dans l'intimité des familles, dans la maison du riche et sous le toit du pauvre, dans l'atelier de l'ouvrier, dans les écoles, les prisons, les hôpitaux, partout où se trouvent réunis des citoyens de toutes les classes et de tous les âges. Qui donc mieux que nous saurait indiquer et faire comprendre aux dépositaires du pouvoir ces conditions indispensables de salubrité qui assurent et garantissent la force matérielle des états, et sans lesquelles les individus comme les masses ne peuvent que languir et dépérir? Plus l'espèce humaine s'avancera dans la voie des améliorations sociales, plus s'accroîtra par conséquent l'importance de la profession médicale. Préparons-nous, Messieurs, à cette tâche qui nous est réservée; trop longtemps on a négligé l'histoire naturelle de l'homme. Les études anatomiques et physiologiques qui s'y rattachent ne doivent plus rester enfouies dans les amphithéâtres et dans les écoles. Les travaux des naturalistes, des physiologistes et des médecins conduiront, je l'espère, à une série de principes et d'applications qui deviendront familières aux hommes instruits et pourront éclairer le législateur, et l'on verra, par un heureux concours, les sciences naturelles s'associer aux sciences morales et politiques pour améliorer les races humaines.

(1) Dupuytren.

NOUVELLES.

Par ordonnance royale du 15 février, une Faculté des sciences est créée au chef-lieu de l'Académie de Besançon.

Cette Faculté sera composée de six chaires, savoir:

Mathématiques pures; mathématiques appliquées; physique; chimie; zoologie et botanique; géologie et minéralogie.

La nomination des professeurs sera faite directement, pour la première fois, par le ministre de l'instruction publique, grand maître de l'Université.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 16 février, M. Deville, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé doyen de ladite Faculté.

France furent si contraires, que nous luttâmes de toutes nos forces pour faire abolir à tout jamais une opération qui nous semblait si peu rationnelle et dangereuse. Nous la pratiquâmes principalement chez un malade, dont il faut que je vous dise un mot. C'était un homme de la société qui avait une tumeur blanche au genou, mais ne voulait pas entendre parler de l'amputation de la cuisse, disant qu'il savait qu'il y avait un autre moyen de le débarrasser de son genou malade, en conservant le reste du membre. Boyer et moi, qui avions été consulté par ce malade, ne pouvant pas lui faire accepter l'amputation de la cuisse, nous nous décidâmes à lui pratiquer la résection; c'est moi qui fis l'opération; elle fut très simple, et exécutée presque aussi rapidement qu'une amputation ordinaire. Le malade survécut huit jours à l'opération. Ce que je remarquai consécutivement, ce fut la difficulté extrême que je rencontrai à tenir la cuisse et la jambe en rapport et dans une position convenable.

De ces articulations la résection fut étendue aux autres, et principalement à celle du coude. Parmi les chirurgiens français, Moreau fut incontestablement un des premiers qui pratiqua cette opération. Les premiers essais eurent lieu à l'époque de notre grande révolution. Est-ce que les esprits alors étaient préoccupés de choses plus graves? est-ce que positivement les chirurgiens d'alors n'y firent pas d'attention? Le fait est que les essais de Moreau passèrent presque inaperçus, et ne commencèrent à être appréciés qu'au début de ce siècle.

Il y a trente-trois ans qu'un concours eut lieu à la Faculté de médecine pour la chaire d'opération chirurgicale restée vacante par la mort du célèbre Sabatier. Quatre furent les concurrents qui se présentèrent, Dupuytren, MM. Marjolin, Tartras, et moi. Chacun de nous eut naturellement un sujet à traiter pour thèse. Percy, chirurgien qui s'était distingué comme notre célèbre Larrey dans les guerres de l'empire, professeur alors, ayant été témoin des résultats obtenus par Moreau dans les résections, proposa cette question comme sujet de thèse, c'est-à-dire: « De la résection des os soit dans les articulations, soit hors des articulations. » Jusque-là j'avais bien plusieurs fois réfléchi à cette grande question, et je concevais bien théoriquement les avantages qu'il y aurait dans certains cas à employer la résection de préférence aux amputations, mais je n'avais pas encore eu les preuves matérielles pour résoudre convenablement le problème.

Vous concevez donc que j'ai dû être tout d'abord un peu effrayé de la nature du sujet qui m'était échu, principalement devant le traiter dans le court espace de dix jours. Néanmoins ayant concentré toute la force de mon esprit sur ce sujet important. et pour lequel je ressentais déjà une espèce de prévention favorable, je parvins à le traiter avec une certaine étendue, autant que les faits connus alors pouvaient le permettre, et il en sortit une thèse, qu'encore aujourd'hui je crois devoir citer quelquefois, malgré tout ce qu'on a fait depuis lors. Au reste, je crois qu'en réfléchissant un peu sur cette question, il est difficile de ne pas ressentir la prévention que j'ai éprouvée moi-même au commencement pour les résections, lorsque, renfermé dans mon cabinet, je me pris à méditer sur ce sujet.

Vous comprenez, dès-lors, que tout en proclamant la gloire des Moreau père et fils, et de Champion, comme de ceux qui ont les premiers en France appelé l'attention des chirurgiens sur cette sorte d'opération, je crois pouvoir réclamer une petite part de mérite pour l'avoir un des premiers prônée, défendue avec ardeur, et pratiquée un certain nombre de fois, pendant que généralement on la repoussait comme dangereuse. Il faut convenir qu'en même temps on s'en occupait beaucoup en Angleterre et en Allemagne, et dans cette dernière contrée, les résections devinrent si répandues, si communes qu'il n'y a pas peut être chirurgien d'hôpital qui ne les ait pratiquées plus d'une fois; et pourtant en France les préventions contraires ne sont pas encore détruites, il y a plus d'un chirurgien de mérite qui ne sait pas se décider à les admettre dans le nombre des bonnes et utiles opérations. Dans mon voyage en Allemagne, j'en ai vu faire partout, à Hambourg, à Vienne, à Heidelberg, etc.; mais c'est principalement à l'université de Wisbourg que cette opération se pratique souvent par le professeur Textor, habile chirurgien dont j'ai eu le plaisir d'être condisciple à Paris, et avec lequel j'ai toujours eu des rapports assez suivis depuis lors. Par un singulier hasard, hier même j'ai reçu une lettre de cet estimable confrère, où il m'annonce avoir pratiqué sa 92e résection; peut-être entend-il par résection l'ablation d'une partie quelconque d'os malade, soit dans l'articulation, soit hors de l'articulation; cela serait même juste, strictement parlant, et alors il n'est guère improbable qu'il soit arrivé à un nombre si considérable de résections pratiquées dans tous ces cas si multiples. Mais si on restreignait le mot résection aux ablations des parties des os purement articulaires, je crois qu'alors elles deviennent beaucoup plus rares, et que difficilement on pourrait arriver au nombre signalé par M. Textor.

Il y a précisément trois ans que ce chirurgien était à Paris, et suivait assez fréquemment notre service clinique. A cette époque, j'avais quelques sujets opérés anciennement de résections, et guéris. Etant venu à causer, dans une leçon clinique, de ces malades et du genre d'opérations qu'ils avaient subi, j'engageai le professeur allemand, présent, à exposer devant les élèves qui m'écoutaient le résultat de sa pratique à cet égard; il le fit très volontiers, d'autant plus que la langue française lui était assez familière, et, chose singulière! à cette époque il avait fait le même nombre de résections du coude que moi, c'est-à-dire 14, et nous avions eu les mêmes résultats absolument, je veux dire 4 morts.

C'est un fait assez ordinaire dans les sciences, qu'une découverte qui n'est pas encore faite positivement puisse germer en même temps dans plusieurs têtes, et plus tard se développer contemporainement dans plusieurs pays différents. Il n'est donc pas étonnant que plusieurs hommes, travaillant en même temps sur une chose déjà découverte, soient arrivés à des résultats à peu près analogues, quoique se servant peut-être de moyens divers.

Après ces remarques sur l'historique du sujet, je dois vous entretenir quelques moments sur les avantages et les inconvénients des résections considérées surtout comparativement avec les amputations. Auparavant, permettez-moi de vous dire ce que j'ai fait dans cette matière. J'ai pratiqué quatorze fois la résection du coude, comme je vous disais tout à l'heure; celle que je pratiquerai aujourd'hui sera la quinzième, et cela dans un laps de vingt-cinq à trente ans. J'ai fait une seule fois la résection du genou, et je vous ai déjà dit au commencement dans quelles circonstances; le résultat fut malheureux, et en réfléchissant ensuite sur cette espèce d'opération, j'ai cru la trouver si mauvaise, si irrationnelle, que je n'ai plus jamais osé y revenir, et je me suis promis de ne jamais la proposer aux malades, à moins que des raisons toutes particulières et exceptionnelles ne m'en fassent, pour ainsi dire, un devoir.

J'ai fait deux fois la résection des parties osseuses qui constituent l'articulation de la main avec l'avant-bras; j'eus un succès, et pourtant ici les circonstances sont peu favorables, à cause des os nombreux du carpe qui constituent l'articulation du côté de la main. Au pied, les choses sont plus faciles et plus simples; et M. Textor, tout récemment, comme il me dit dans sa lettre, a enlevé la partie articulaire du tibia et du péroné avec l'astragale, et le malade est en pleine voie de guérison. J'ai pratiqué deux fois cette opération, dont une fut suivie de succès. C'était un jeune homme de quinze à seize ans, qui entra dans nos salles, à la Charité, au commencement de l'année 1830. Une des raisons qui me décida à lui pratiquer la résection des parties articulaires malades en conservant le pied, plutôt que l'amputation de la jambe, ce fut la forme jolie et gracieuse de ce pied même, qui semblait n'avoir reçu aucune atteinte ni de la marche, ni des chaussures, et avoir conservé son heureuse conformation native; c'est apparemment une raison futile, mais, je l'avoue, elle fut pour beaucoup dans ma détermination. Les suites de cette opération furent extrêmement simples et heureuses.

Je ne vous parlerai pas ici des autres petites résections pratiquées dans les petites articulations des doigts et des orteils, ainsi que dans la continuité des os; elles ont été très nombreuses. Mon but est de fixer votre attention principalement sur les résections des grosses articulations.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.—M. Vidal (de Cassis).

Testicule vénérien; par M. Duclos, interne.

Prevost (Charles), âgé de trente ans, entré à l'hôpital le 12 décembre 1844.

Ce malade, couché au n° 27 de la salle 11, et interrogé à plusieurs reprises différentes, raconte qu'il a été deux fois atteint de blennorrhagie: la première il y a quatre ans environ, la seconde deux ans après. Ces deux blennorrhagies ont été rapidement guéries sans laisser aucune trace. Le malade affirme positivement que jamais il n'a eu d'orchite.

Il y a cinq mois, il fut atteint de chancre sur le prépuce, et soumis à un traitement mercuriel. Après quarante jours de traitement, le chancre avait disparu. Cinq ou six jours après cette disparition, le testicule droit commença à s'engorger, à augmenter de volume sans présenter d'ailleurs ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. Ce gonflement, lent, progressif, avec dureté de l'organe, provoqua l'entrée du malade dans les salles de M. Blandin. On diagnostiqua un testicule vénérien, et on prescrivit un traitement mercuriel.

Après trois semaines de traitement, le testicule avait singulièrement diminué de volume. Le malade exigea sa sortie et cessa complétement l'usage des préparations mercurielles. Mais presque aussitôt le volume du testicule s'accrut notablement, et le malade entra à l'hôpital du Midi.

A son arrivée, il donna les renseignements que nous avons indiqués. Il ajoute que jamais il n'a eu d'éruption cutanée ou quelque symptôme syphilitique du côté du pharynx. Son testicule droit est d'un volume double au moins du gauche; sa forme est parfaitement conservée; il est dur, n'offre ni chaleur, ni rougeur, ni douleur. On distingue l'épididyme bien net; le cordon n'offre ni douleur, ni altération dans son volume. La sensation qu'on perçoit en pressant le testicule est celle d'un corps résistant, cédant difficilement, et ne donnant pas cette sensation propre aux phlegmasies, même anciennes, du testicule, ou aux collections liquides, même peu abondantes, de la tunique vaginale.

Le malade est soumis au traitement mercuriel, — Pilules de proto-iodure de mercure.

Aujourd'hui, 24 janvier, l'amélioration, qui s'est manifestée graduellement et régulièrement, est très notable. Le testicule droit est à peine un peu plus volumineux que le gauche; il est moins dur. Tout annonce une guérison prochaine et complète.

— Cette simple observation nous semble offrir un grand intérêt. Elle montre d'abord que, contrairement à une opinion récemment émise sur ce point, le testicule vénérien n'est point une orchite à telle ou telle période de sa durée. C'est une affection qui diffère, en effet, de l'orchite par trop de caractères, soit anatomiques, soit physiologiques:

Par l'intégrité de l'épididyme;

Par le siége de la lésion dans le testicule même;

Par la forme de la tumeur, qui est exactement celle du testicule;

Par l'absence, à toutes les périodes, des phénomènes qui caractérisent l'inflammation d'un élément quelconque du testicule;

Par le mode de production; c'est-à-dire le développement progressif, lent;

Enfin, par la coexistence ou la production antérieure de chancres bien constatés.

Ce sont donc deux affections complétement distinctes, et nous devons remarquer combien ce fait est important à constater, puisqu'il est la base de la thérapeutique à instituer.

Deux autres considérations nous semblent ressortir de ce fait. D'abord, dans la production d'un symptôme qu'on appelle tertiaire, le testicule vénérien, à une époque aussi rapprochée du symptôme primitif; le chancre, et sans production intermédiaire de symptôme secondaire (ce qui fait que le troisième est arrivé avant le second). C'est un fait qu'on ne peut faire rentrer dans la loi générale qu'en supposant, ce qui semble bien peu probable pourtant, que le chancre a été consécutif, que le point de départ de l'infection syphilitique, le symptôme primitif en un mot, a été la blennorrhagie contractée deux années auparavant.

La seconde considération qui ressort de ces faits, comme de tant d'autres, c'est la rapide reproduction du mal lorsque le traitement a été interrompu pendant un intervalle même très court, et par suite selon M. Vidal, la nécessité de recommencer tout entier le traitement mercuriel, lorsqu'à une période avancée quelquefois, mais insuffisante de ce traitement, il a été suspendu.

Dans la même salle se trouve un malade atteint d'une tumeur des bourses qui nous paraît être une combinaison du testicule vénérien et de l'orchite; il nous fournira l'occasion de revenir sur le diagnostic de ces deux maladies.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.—M. Velpeau.

Observation d'un cas de cancer de la langue.

Le 11 février 1845, est entrée à la clinique (salle Sainte-Catherine, n° 9), la nommée Olin, âgée de cinquante-un ans, concierge.

Cette femme, d'une constitution épuisée, née de parents sains, commença à éprouver, au mois de juillet 1844, une sensation de brulure dans le côté gauche de la langue; bientôt quelques élancements se firent sentir de loin en loin, et une petite tumeur dure, de la grosseur d'un pois, apparut sur ce côté de l'organe. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume; quelques cautérisations faites avec l'azotate d'argent ne purent la faire disparaître; elle continua de croître, et aujourd'hui la langue offre l'état suivant:

Une tumeur du volume d'un petit œuf occupe toute sa moitié gauche; elle s'étend depuis la dent canine correspondante jusqu'à l'épiglotte, en comprimant une partie du pilier antérieur du voile du palais. Le doigt ne peut pas glisser entre sa face inférieure et le plancher de la bouche, à cause de nombreuses adhérences entres ces parties.

Cette tumeur, dure, insensible à la pression, siége d'élancements douloureux, est ulcérée dans plusieurs points de sa surface; ces ulcères, de forme et d'étendue différentes, s'élèvent au-dessus du niveau du reste de la tumeur; ils sont durs, rougeâtres, uniformes, exhalant de temps à autre une certaine quantité de sang, et fournissant actuellement une sanie d'une odeur fétide et repoussante.

Les mouvements de la langue son gênés; la malade ne peut en porter la pointe à droite, à cause des nombreuses adhérences qui retiennent son bord gauche. L'articulation des sons est encore assez nette.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts.

Les gencives sont boursouflées et douloureuses.

Depuis quatre mois la malade a beaucoup maigri; son teint est devenu jaune. Aujourd'hui la mastication est tellement difficile et douleureuse, que cette femme est réduite à se nourrir de potages.

D'une part, la malade étant vouée à une mort certaine si l'on abandonnait le mal à lui-même; de l'autre, la destruction de cette tumeur offrant encore quelques chances de succès, M. Velpeau se décida à la tenter.

Les caustiques chimiques ne pouvaient être employés ici; on comprend facilement pourquoi. Il restait donc à choisir entre la ligature et l'instrument tranchant. La ligature était très difficile à bien appliquer dans ce cas, à cause de l'absence de pédicule, de l'enchevêtrement de la tumeur dans la base de la langue, et de son adhérence au plancher de la bouche. Il faut ajouter que la ligature, pratiquée sur les tumeurs de la bouche, et surtout sur celles de la langue, est, en général, une assez mauvaise opération, attendu qu'il faut, chaque jour, augmenter la constriction, et par conséquent placer dans l'intérieur de cette cavité un serre-nœud, ce qui est fort incommode, quelquefois même fort douloureux, à cause du gonflement inflammatoire qui survient à la suite de ces opérations; restait donc l'instrument tranchant. Mais il existe trois méthodes différentes de la mettre en usage:

Dans la première, la seule employée par les anciens chirurgiens, on tire la langue hors de la bouche, pour y pratiquer les incisions nécessaires.

Dans la seconde, tentée pour la première fois en Italie, par Regnoli, on pratique dans la région sus-hyoïdienne, parallèlement au corps de la mâchoire, une fente par laquelle on fait sortir la langue.

Enfin la troisième, due à MM. Roux et Sédillot, consiste à diviser la mâchoire inférieure (lèvre et os); et la langue une fois mise à nu, on opère sur elle plus à l'aise.

Après avoir longtemps pesé toutes les raisons de préférer ici l'une à l'autre, et avoir souvent examinée la tumeur qui fait le sujet de cette observation, M. Velpeau s'est arrêté à la première de ces méthodes. L'opération fut faite de la manière suivante:

Une anse de fil passée à travers le sommet de la langue est

confiée à un aide qui tire l'organe au dehors dans le sens convenable. Ce moyen sûr de maintenir solidement la langue, laisse à l'opérateur toute la liberté de ses mouvements; il est par conséquent préférable à celui qui consiste à se servir des doigts, même entourés de linge; ces linges, en effet, s'humectent bientôt et finissent par laisser glisser l'organe; enfin la main de l'aide masque toujours plus ou moins l'ouverture de la bouche.

Le chirurgien accroche la tumeur au moyen d'une érigne, puis avec un couteau étroit, boutonné, légèrement courbe et longuement emmanché, il la détache de haut en bas et de dehors en dedans, en commençant par le milieu du voile du palais, la sépare de la base de la langue, du plancher de la bouche, et termine en coupant quelques brides qui la retiennent encore.

Immédiatement après l'ablation de la tumeur, le cautère actuel est porté à trois reprises différentes sur la surface saignante pour arrêter l'hémorrhagie.

Enfin la bouche remplie de boulettes de charpie est maintenue fermée. L'anse de fil est laissée en place pour faciliter les explorations subséquentes.

On donne un gargarisme fortement aluminé avec addition d'eau de Rabel.

Nous donnerons la suite de cette observation dans un prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 février. — Présidence de M. Caventou.

Après la lecture du procès-verbal et la communication de la correspondance, l'ordre du jour indique la discussion sur l'opération pratiquée par M. Aug. Bérard dans un pas de fistule vésico-vaginale.

M. P. Dubois rappelle d'abord les principales circonstances du fait. Je ferai, dit-il, à l'occasion du procédé opératoire, une simple reflexion, c'est qu'il me paraît irrationnel; irrationnel en ce sens que M. Bérard a agi sans avoir aucune raison d'espérer le succès. Ceci n'est pas une critique, mais la seule constatation d'un fait, et M. Bérard en conviendra lui-même, car avant d'opérer, il a été obligé, il l'a dit lui-même, d'examiner la valeur et l'importance des objections présentées contre cette opération. M. Bérard a passé outre en disant que le fait pratique seul pouvait apporter quelques éléments d'appréciation. Donc ces éléments manquaient.

Or, ce qui résulte du fait pratique, c'est que l'oblitération du vagin n'a été que partielle et incomplète, et que la malade opérée est morte. Ces deux résultats sont dignes de considération.

Quant à l'oblitération incomplète, M. Bérard a regardé cette circonstauce comme sans grande importance, attendu, dit-il, que les pertuis qui existaient encore auraient pu facilement arriver à cicatrisation. Quant à la mort, M. Bérard l'attribue à des circonstances étrangères à l'opération.

C'est pour donner une aûtre interprétation à ces faits que j'ai demandé la parole.

La réunion incomplète du vagin me paraît tenir aux circonstances elles-mêmes de la maladie et à sa nature. Vouloir espérer l'oblitération complète du vagin pendant qu'il sera presque constamment baigné par l'urine, me semble espérer l'impossible. Déjà un fait analogue aurait dû prouver cette impossibilité.

La mort de la malade, contrairement à M. Bérard, me paraît être arrivée sous l'influence déterminante de l'opération. Les phénomènes morbides qu'a éprouvés cette femme n'étaient pas une simple prédisposition; il y a eu là connexion, liaison, rapports avec l'opération subie. M. Bérard, pour prouver le contraire, a fait remarquer le bon état dans lequel se trouvaient les organes voisins du lieu de l'opération, et n'a pu trouver aucune trace de propagation entre ces parties et le péritoine. Je ne crois pas à la nécessité de cette propagation. Ceux qui exercent la médecine puerpérale savent que des inflammations peuvent survenir dans des organes fort éloignés du siége primitif du mal.

En résumé, M. Bérard avait dit que le fait pratique seul pouvait faire apprécier l'opération qu'il a pratiquée; or, ce fait pratique me paraît absolument opposé à cette méthode: oblitération incomplète du vagin, mort de la malade; je ne vois rien là d'encourageant pour de nouvelles tentatives.

M. Blandin. Je veux examiner si le fait exposé par M. Bérard est favorable à l'opération qu'il a pratiquée, opération qui, comme on le sait, a été proposée et exécutée d'abord par M. Vidal (de Cassis). De graves objections lui ont été faites, et le fait actuel ne me semble pas les avoir toutes levées. Ainsi, on a nié la possibilité de l'oblitération complète du vagin; dans le cas de M. Bérard, l'oblitération était étendue, mais elle n'était pas complète. Je crois, en effet, que cette oblitération complète est sinon tout à fait, du moins presque impossible. Comment, en effet, empêcher l'urine de venir frapper sur les parties opérées et de nuire à l'adhésion? Je ne vois donc pas que ce fait, sous le rapport de la possibilité de l'adhésion, soit favorable à la méthode employée.

Maintenant, cette femme a succombé, et certes ce n'est pas encore là une circonstance favorable. M. Bérard a prévu l'objection, et a fait tous ses efforts pour disculper l'opération de ce résultat. Mais je partage l'avis de M. P. Dubois, et je crois que l'opération n'a pas été sans influence sur la péritonite; l'opération en a été le point de départ. Pour moi, cette femme a succombé à l'infection purulente; et cela se conçoit anatomiquement. Il y a dans le vagin un réseau veineux considérable qui rend les opérations sur cette partie très dangereuses, en prédisposant à l'infection purulente; l'époque même où cette femme a succombé me paraît propre à confirmer mon opinion sur l'existence de l'infection purulente.

Ainsi, d'une part, voilà une opération qui n'a pas réussi, et, d'autre part, elle a donné des résultats qui étaient prévus par les objections; il n'y a donc là rien d'encourageant pour la tenter de nouveau.

M. Gerdy. Mes collègues viennent de dire une parties des choses que je me proposais d'exposer; je ne les répéterai pas. Comme eux, je crois que l'opération a été le point de départ des accidents et la cause de la mort. Cependant, je n'admets pas l'existence de l'infection purulente. L'opération, pour réussir, ne me paraît pas avoir été pratiquée avec assez de précautions. L'excision de la muqueuse aurait dû être plus profonde, afin que les aiguilles eussent embrassé une plus grande surface. Dans tous les cas, cette opération ne me paraît pas convenable, parce qu'elle suppose qu'il n'y a plus rien à faire pour guérir les fistules vésico-vaginales. Il ne faut pas abandonner la partie; des guérisons ont été obtenues, je n'en doute pas; et, pour mon compte, je suis persuadé que si on avait fait plus d'attention à la forme et à la direction de la perte de substance, on aurait employé des procédés plus rationels qui auraient conduit à des succès plus nombreux.

Ici M. Gerdy décrit un procédé qui lui est propre, et que nous n'avons pas suffisamment entendu pour pouvoir le reproduire; nous craindrions de commettre quelque erreur. Il cite deux observations dans lesquelles ce procédé a été mis en usage avec succès, dit-il. Il s'étend beaucoup sur la théorie de la formation de ces fistules, sur leurs divisions et leurs variétés, et il conclut que l'on ne peut tirer aucune conséquence de l'application de la méthode de M. Vidal, parce que toutes les précautions n'ont pas été prises pour éviter les insuccès.

M. Moreau. Ce que vient de dire M. Gerdy est sans doute fort intéressant, mais ne se rapporte nullement au fait en discussion: c'est un hors-d'œuvre.

M. Aug. Bérard. C'est précisément ce que j'allais dire; les considérations présentées par M. Gerdy offrent, sans doute, un grand intérêt; mais aucune ne s'adresse au cas actuel, et aucun des moyens dont a parlé notre collègue ne pouvait être employé. Qu'on veuille bien se rappeler, en effet, que la perte de substance était énorme, que le sphacèle avait détruit la paroi inférieure de la vessie, toute la partie correspondante du vagin et la portion postérieure de l'urètre, et qu'il était impossible de rien tenter qui pût réparer ces grands désordres. L'objection de M. Gerdy tombe donc d'elle-même, et je ne crois pas devoir y insister plus plus longtemps.

Les objections de MM. Dubois et Blandin se réduisent à deux points; ils ont voulu prouver 1° que l'oblitération complète du vagin était impossible; 2° que l'opération a été la cause de la mort. Je vais suivre mes collègues sur ces deux points.

1° L'oblitération complète du vagin était impossible; mais pourquoi impossible? Que l'on dise difficile, très difficile même, j'en conviens; mais de là à l'impossibilité, il y a un abîme. D'abord on observe cette oblitération du vagin dans un grand nombre de cas pathologiques, chutes, contusions, déchirures, etc.; il est vrai que dans ces cas il n'y a pas de fistule, et par conséquent pas d'urine qui empêche l'adhésion. Dans les cas de fistule, impossibilité, dit-on, d'empêcher l'urine de venir baigner les parois de nouvelle formation et de s'opposer à l'adhérence. J'admets cette impossibilité comme démontrée; mais n'y a-t-il donc pas dans la science des faits qui prouvent que la présence de l'urine n'est pas un obstacle à l'adhésion? Vous avez donc oublié ce fait si remarquable de Dupuytren, dans lequel il s'agit d'un pessaire en ivoire perdu, oublié dans le fond du vagin, et qui détermina une énorme fistule vésico-vaginale? Qu'arrivera-t-il dans ce cas? L'oblitération complète et spontanée du vagin, malgré la présence de l'urine. Un autre fait a été rapporté par M. le docteur Cartaux dans le journal de M. Lucas-Championnière. Il s'agit d'un accouchement dans lequel l'enfant fut extrait par lambeaux, et à la suite duquel survint une énorme fistule vésico-vaginale. Trois mois après le vagin était complétement et spontanément oblitéré; les règles coulaient par l'urètre. Voilà donc des faits qui prouvent que l'oblitération du vagin n'est pas impossible, et ceci répond au reproche d'irrationnalité adressé à l'opération par M. Dubois; nous avions des faits qui la légitimaient, qui la légitiment encore; car ce qui est survenu dans le cas actuel n'a rien qui doive détourner de tentatives semblables.

2° La malade est morte. Eh! sans doute, c'est un malheur; mais ce malheur, doit-on l'attribuer à l'opération? Impossible pour moi de le croire. D'abord, ce n'est que le vingt-troisième jour après l'opération que les accidents sont survenus, ce qui me semble éloigner toute idée de corrélation. Mais j'accorde un moment que la péritonite ait été déterminée par l'opération, j'accorde même l'infection purulente; est-ce une raison pour dire qu'il en sera toujours ainsi? Je suppose que M. Roux, dans sa première opération de périnéoraphie, eût éprouvé un de ces accidents, aurait-il renoncé à l'opération pour toujours? Mais je m'arrête dans mes concessions à mes adversaires; car dans cette péritonite partielle qui s'est développée, je ne vois aucun lien, aucune relation avec l'opération pratiquée; le siége de cette péritonite n'était pas dans le petit bassin, comme dans l'état puerpéral, mais dans la partie diaphragmatique du péritoine. Quant à l'infection purulente, si elle avait existé, ne survient-elle pas à l'occasion de toute autre opération? Les opérations sur le vagin y prédisposent-elles plus que les autres, comme le pense M. Blandin? Je n'accorde pas cela, et je crois que notre collègue a été ici mal servi par ses souvenirs; quant à moi, j'ai pratiqué cinq fois l'opération proposée par Marschal-Hall pour remédier aux chutes de matrice, et jamais je n'ai vu survenir le plus léger accident. Je dirai en passant que j'ai renoncé depuis à cette opération, parce que toutes les femmes ont eu des récidives; mais toujours est-il que cette opération, pratiquée sur le vagin, est tout à fait innocente.

En résumé, je crois avoir répondu suffisamment aux deux objections qui m'ont été présentées jusqu'ici, impossibilité d'oblitérer le vagin, mort survenue sous l'influence de l'opération; cette impossibilité n'est qu'une assertion; la mort doit être attribuée à toute autrecause, et eût-elle été même la conséquence de l'opération, ce n'est pas un motif suffisant de s'abstenir en cas pareil.

M. Velpeau. Mais l'infection purulente existait-elle réellement?

M. Aug. Bérard. Pas du tout; il n'y en a eu aucun symptôme pendant la vie, aucune trace après la mort.

Plusieurs orateurs demandent la parole, mais M. le président est forcé d'interrompre cette discussion intéressante pour la continuation du comité secret.

A quatre heures, et après la présentation d'un malade sur lequel M. Bérard a pratiqué l'autoplastie pour empêcher la récidive d'un cancer de la joue, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 février 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Magendie lit un rrapport sur un bras artificiel présenté à l'Académie par M. Van Peterssen, sculpteur hollandais. — Les procédés mécaniques dont l'homme a tiré de si grands avantages pour accroître sa puissance et ajouter à son bien-être, lui ont également fourni les moyens de suppléer à ses propres organes altérés ou détruits.

On fabrique depuis longtemps des nez, des dents, des palais, des mains, des jambes, etc., artificiels; mais dans ce genre d'application, le génie des constructeurs est resté, en général, bien loin des admirables combinaisons et des prodigieux résultats que nous offrent certaines machines.

La plupart des pièces de prothèse que nous possédons tendent plutôt à dissimuler les difformités qu'à remplacer réellement la fonction détruite.

N'en soyons pas surpris: les organes vivants résolvent des problèmes de mécanique si compliqués; ils produisent tant d'effets divers par des moyens si simples, que les ingénieurs les plus habiles ne se sont guère hasardés, jusqu'ici, à les imiter.

Mais plus l'œuvre est difficile, plus elle est méritoire; aussi vos commissaires ont-ils examiné avec empressement l'appareil proposé par M. Van Peterssen, et qu'il destine à remplacer le bras ou même les bras

Le travail de M. Van Peterssen devait exciter d'autant plus notre attention que le sort des personnes privées des deux bras est réellement déplorable. Inhabiles à exercer les actes les plus indispensables à la vie, obligés, par exemple, pour boire, manger, s'habiller, se déshabiller, etc., de recourir à l'obligeance plus ou moins intéressée du prochain, elles sont dans la continuelle dépendance de gens qui trop souvent exploitent leur malheur.

Sous le point de vue physiologique la tentative de M. Van Peterssen ne nous inspirait pas moins d'intérêt; car le bras de l'homme, par la variété, l'étendue, la rapidité et la précisions de ses mouvements, est sans contredit l'une des plus remarquables merveilles de la machine animale. Aussi un procédé qui rendrait aux manchots, nous ne dirons pas la totalité, mais une faible partie des services que nous recevons du bras, serait-il un chef-d'œuvre digne de toute notre admiration.

M. V. P. ne porte pas si haut ses prétentions. Ce n'est point la main de laquelle Buffon faisait dériver l'intelligence qu'il espère remplacer. Il se propose seulement de donner aux personnes privées de leurs bras, la possibilité d'exécuter par elles-mêmes les actions les plus simples, et toutefois les plus nécessaires à l'existence.

Après avoir acquis ces notions préliminaires sur le bras artificiel de M. V. P., le premier soin de vos commissaires a été de le voir fonctionner. L'auteur nous a mis à même, sur cinq individus mutilés, de voir agir la machine qu'il a imaginée.

Il nous a présenté entre autres un invalide manchot double depuis les guerres de l'empire, et qui à l'aide de deux bras artificiels prenait avec la main un verre plein, le portait à la bouche, l'y versait sans en perdre une goutte, puis reposait le verre sur la table où il l'avait pris d'abord. Nous avons vu le même invalide ramasser une épingle, saisir une feuille de papier, etc. Qu'on juge de la joie de ce vieux militaire, se trouvant après trente ans de privation absolue, tout à coup en état d'exécuter ces actions, bien modestes sans doute, mais qui le transportaient à son bon temps, non-seulement à sa jeunesse, mais au temps où comme tout le monde il avait des bras.

Malheureusement ce n'était qu'un essai auquel il s'était prêté de fort bonne grâce; ces bras empruntés qui l'avaient rendu un moment si heureux, il a fallu les quitter, et bien que la séparation ne fût pas cette fois l'amputation, elle n'en fut pas moins douloureuse.

Nous ne décrirons pas l'appareil; nous n'en dirons que ce qui est nécessaire pour en faire comprendre le mécanisme. Et d'abord, nous ferons remarquer que le bras de M. V. P. ne s'adapte pas indifféremment à tous les manchots. Ceux-là seuls qui ont conservé intacte la partie supérieure de l'humérus sont aptes à en profiter. L'anatomie nous explique parfaitement cette nécessité. A l'extrémité scapulaire de l'os du bras s'insère un nombre considérable de muscles qui partant soit du tronc, soit de l'épaule, sont les principaux agents des nombreux mouvements du bras. Tous ces mouvements, le moignon les exécute encore; il s'écarte du corps, s'en rapproche, se porte en avant, en arrière, et avec une énergie d'autant plus grande, que le levier interpuissant qu'il représente est plus court. M. V. P. a pensé qu'on pouvait tirer parti de ces mouvements ou plutôt des forces musculaires qui les produisent, et c'est sur cette donnée fondamentale qu'il a basé son invention.

Le bras artificiel est formé de trois parties articulées et mobiles qui représentent le bras, l'avant-bras, et la main; celle-ci se compose elle-même d'une sorte de carpe, de doigts à triples phalanges mobiles maintenues dans un état persistant de flexion et d'opposition avec le pouce par des ressorts. Le tout pèse à peine 500 grammes.

Le moignon du manchot est reçu dans une excavation de l'appareil et y est solidement fixé par des courroies, de sorte qu'il fait facilement exécuter au bras artificiel les mouvements qu'il exécute lui-même, c'est-à-dire qu'il le porte en avant, en arrière, en dehors, en dedans, etc. Mais ce n'était là que le plus facile, on a vu des manchots attacher un bâton à leur moignon et en user avec adresse. La véritable difficulté était de faire jouer les unes sur les autres les différentes pièces de l'appareil de manière à simuler les mouvements réciproques de l'avant-bras et des doigts sur eux-mêmes. Ce résultat compliqué, mais indispensable pour reproduire quelques-uns des usages du bras et de la main, M. V. P. l'a obtenu à l'aide du procédé que voici: Un corset est appliqué sur la poitrine; à ce corset tiennent des cordes à boyau qui sont fixées d'ailleurs, les unes à l'avant-bras, les autres aux doigts. Quand le manchot porte son moignon en avant, il exerce une traction sur l'avant bras et le fléchit sur le bras; quand au contraire le moignon est reporté en arrière, l'avant-bras s'allonge sur le bras. On comprend les avantages de ce double mouvement, qui permet à la main de se rapprocher ou de s'éloigner de la bouche à la volonté du manchot.

Les mouvements des doigts indispensables pour saisir les objets, sont produits par un mécanisme analogue et non moins ingénieux. Des cordes, fixées au corset par une extrémité, vont s'attacher au côté dorsal des doigts fléchis. Quand le moignon s'écarte du corps, il tire sur les cordes qui, surmontant la résistance des ressorts, étendent les doigts et ouvrent la main. Pour saisir, le manchot n'a plus qu'à conduire sa main, ainsi ouverte, à la portée de l'objet, il ramène ensuite doucemont le moignon vers le tronc. Alors les ressorts fléchissent de nouveau les doigts, la main se ferme, l'objet est saisi d'une façon d'autant plus solide que chacun des doigts agit indépendammen des autres et presse isolément sur le point qu'il touche. L'objet saisi, le manchot n'a plus à s'en occuper; c'est l'affaire des ressorts. Pour le diriger vers la bouche, il porte son moignon en avant, l'avant-bras se fléchit et la main parvient bientôt à sa destination. Pour lâcher l'objet et le replacer sur la table, par exemple, il faut porter le moignon en arrière, ce qui étend l'avant-bras, puis écarter le moignon du corps, ce qui amène l'extension des doigts et l'abandon de l'objet. Sans doute il faut de l'exercice pour que le manchot se serve avec promptitude et adresse de cet appareil. Mais, en général, il y parvient avec une célérité qui a frappé vos commissaires.

La commission est d'avis que cet appareil est préférable à tout ce qui a été imaginé jusqu'ici dans le même but.

M. Arago. Ce pauvre invalide à qui on a fait sentir les douceurs de bras artificiels, a dû être, en effet, douloureusement impressionné lorsqu'on les lui a enlevés. Je propose formellement que l'Académie intervienne en faveur de ce malheureux, et qu'elle s'occupe des moyens de lui fournir ces bras.

La proposition de M. Arago est renvoyée au conseil d'administration.

— *M. le docteur Blandet* lit un travail intitulé: De la colique de cuivre chez les ouvriers tourneurs, ciseleurs, monteurs, fondeurs en cuivre, etc. Ce mémoire est destiné à lever tous les doutes à l'égard de l'existence de la colique de cuivre, et à indiquer aux vingt-mille ouvriers peut-être qui travaillent le cuivre à Paris, les saines règles de l'hygiène et les vrais préceptes de la thérapeutique.

L'auteur combat d'abord cette idée émise par Christison et quelques autres médecins que la maladie de ces ouvriers est due au plomb d'alliage contenu dans les matériaux dont ils se servent, et qu'ils ne sont en réalité atteints que d'une colique de plomb. D'abord l'existence du plomb d'alliage est imaginaire, il n'en entre pas un atome; donc c'est au cuivre seul que ces ouvriers doivent leur maladie. Il la trouve même plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et par des relevés il arrive à penser qu'elle se trouve dans la population générale des hôpitaux dans la proportion de 1 à 1500. Il en cite plusieurs observations avec analyse des matières fécales, qui ne laisse aucun doute sur la présence du cuivre dans les matières des déjections. Il résulte encore de ces observations que la description donnée par les auteurs de cette affection est fort différente de celle qu'on observe dans les ateliers, son véritable théâtre. L'auteur a parcouru un grand nombre de ces ateliers, et partout il a rencontré la maladie plus ou moins fréquente, plus ou moins grave, mais présente partout. Il indique la prophylaxie qu'il croit la plus utile et qui consisterait en une potion albumineuse que les ouvriers boiraient en mangeant. Il a remarqué que les ouvriers intempérants étaient plus souvent et plus gravement malades.

Quant au traitement, l'auteur conseille l'eau albumineuse, les lavements opiacés, des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Il n'a recours aux purgatifs salins que dans les cas de constipation opiniâtre.

Le même auteur a remarqué certains accidents dans les ateliers où l'on fond le zinc, accidents légers pour la plupart, et qui ne se montrent que les jours de fonte; il les attribue à la sublimation du métal.

— *M. Aubert-Roche* prie l'Académie de vouloir hâter son rapport sur ses communications relatives à la peste et aux quarantaines. Le

silence de l'Académie pourrait être mal interprété.

— *M. Friger* adresse une note des mines de Chalonnes, dans laquelle, après avoir décrit les moyens ingénieux employés par lui afin d'empêcher l'eau de remonter dans les puits établis dans des terrains d'alluvion sur les bords de la Loire, il donne quelques détails *sur l'action de l'air comprimé sur nos organes*. Dès les premiers coups de piston l'individu éprouve une douleur plus ou moins vive dans les oreilles, qui cesse aussitôt que le mercure atteint dans le manomètre une hauteur de trois centimètres ; cette douleur est rendue presque intolérable par l'ivresse, même lorsqu'elle est passée depuis plusieurs heures. Le *sas* à l'air étant aujourd'hui beaucoup plus grand que dans le principe, tous les ouvriers s'accordent à dire qu'ils souffrent bien moins des oreilles ; d'un autre côté, ils se plaignent davantage du froid qui se produit par la distension de l'air. Il résulte toujours de cette distension un brouillard extrêmement froid, et d'autant plus épais que la capacité de la boîte est plus considérable. Tout le monde parle plus ou moins du nez, et perd la faculté de siffler à une pression de trois atmosphères ; et au même degré, le son obtenu d'un violon était diminué de moitié. Deux ouvriers, après avoir passé sept heures de suite dans l'air comprimé, ont éprouvé des douleurs assez vives dans les articulations pendant la demi-heure qui suivit leur sortie du puits. Le premier se plaignait d'une douleur extrêmement vive dans le bras, et le second dans les genoux et l'épaule gauche ; tous deux furent promptement soulagés par quelques frictions avec l'esprit-de-vin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 janvier 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, M. Fouquier, accompagné des membres du bureau, se rend chez M. le préfet de la Seine, à l'occasion du nouvel an. A quatre heures, la séance est ouverte.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. le secrétaire-général Serrurier* donne lecture du procès-verbal de la séance tenue extraordinairement le 12 décembre 1844.

— *M. Guillon* rappelle qu'il a entretenu plusieurs fois, et à différentes époques, la Société des avantages qu'il retirait des cataplasmes vaginaux pour calmer les douleurs utérines. Il réussit également par un moyen plus simple et plus facile. Il introduit et maintient dans le vagin un petit tampon de ouate ou de charpie imprégné d'une pommade opiacée ou imbibé de 25 gouttes de laudanum de Sydenham. Ce dernier médicament détermine quelquefois une douleur que les femmes font promptement disparaître en comprimant la vulve.

Je vous ai montré, ajoute notre confrère, une petite tumeur du volume d'un gros pois, que j'avais enlevée au col de la vessie, où elle faisait obstacle à la libre émission de l'urine. Depuis ce temps, le malade est guéri et urine à plein canal.

— *M. Souberbielle* fait passer sous les yeux de la Société une tumeur squirrheuse qu'il a enlevée chez une femme qu'il présente à la Société. Cette femme est complétement guérie ; la cicatrice est solide, et il n'existe pas la trace du moindre ganglion.

Cette femme avait reçu, en 1832, un coup dans le sein droit. Un mois après, elle éprouva de la douleur et sentit une glande se former. Depuis ce temps elle s'adressa à bien des docteurs, fit de nombreuses applications de sangsues, de cataplasmes, d'onctions, but des tisanes dépuratives. Elle avouait un grand éloignement pour l'opération, et chaque fois qu'on lui parlait de ce moyen de guérison, elle retournait à d'autres conseils. En dernier lieu, elle se rendit au Dispensaire Ste-Geneviève ; on lui fit faire usage de nouvelles pommades, de tisanes *pour le sang*; on essaya de la compression ; mais ce dernier moyen la blessait; une petite tumeur avait paru ; le mamelon était rentré ; le chirurgien de cet établissement, voyant qu'il lui serait impossible de diminuer le volume de la tumeur et de la rendre stationnaire, comme il avait espéré d'abord, conseilla l'extirpation comme dernière ressource. M. Souberbielle se chargea généreusement de l'opérer sans rétribution, et la malade termine son récit en s'applaudissant et de sa science, et de son humanité.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Médications des diverses affections de l'estomac.— Du cachou.— Je ne puis m'expliquer, dit M. Bouchardat, le discrédit dans lequel est tombé cet excellent médicament. On a très souvent besoin dans les maladies gastro-intestinales d'un remède astringent ; mais les astringents ordinaires ratlania, alun, acétate de plomb, sulfate de zinc, etc., empêchent la digestion.

On a souvent besoin d'un tonique, soit amer, soit aromatique, et il est commun de voir les labiées, les ombellifères non fétides, les synanthérées, ou bien le quinquina, la gentiane, etc., finir par irriter l'estomac et par échauffer beaucoup, comme on dit. Or, dans ces diverses perplexités, le cachou rend service. Astringent puissant, il est en même temps stomachique; — stomachique incontestable, il n'irrite pas l'estomac, ne sèche pas la bouche comme les amers aromatiques; il constipe moins qu'eux, et si le malade a du dévoiement, sans cesser de présenter l'indication des stomachiques, il remplit celle-ci et modère admirablement la diarrhée. Indépendamment de cela, on peut l'associer à divers autres médicaments. Je l'unis assez souvent au fer, chez les chlorotiques que ce médicament dévoie. (Journal de médecine.)

— *Plaies d'armes à feu.* — Un mémoire fort intéressant de M. Labat, publié dans les Archives générales, contient plusieurs faits curieux de blessures graves suivies de guérison.

Le premier fait est relatif à un homme de cinquante ans, qui fut atteint d'un coup de feu à la partie supérieure droite de la poitrine ; l'ouverture d'entrée était à 8 centimètres au-dessous de la clavicule, et à 7 centimètres en dedans du bord de l'aisselle. Par cette blessure, l'air sort à chaque inspiration avec un ronchus particulier. A 4 centimètres en dedans et à 2 centimètres au dessous de l'omoplate, on sent la balle sous la peau. L'extraction fut facile; c'était une balle rayée. La gêne de la respiration était très grande pendant les premiers jours; l'air s'était infiltré tout autour de la plaie de sortie, et y formait un emphysème sous-cutané étendu.

Pendant les 48 premières heures, trois saignées furent pratiquées ; à l'intérieur, le malade prit une potion stibiée et la tisane de chiendent nitrée. La dyspnée était d'abord telle, que le malade ne pouvait rester assis; elle diminua dès le troisième jour ; le pouls se releva, et diminua de fréquence. La toux continua, mais le malade nous affirma qu'il était depuis longtemps sujet à un catarrhe pulmonaire chronique. Il n'a, du reste, point craché de sang. Le son était mat dans toute l'étendue de tout le lobe supérieur du poumon droit, et à la partie la plus rapprochée de la colonne vertébrale, on entend du râle crépitant tout autour du souffle tubaire et de la bronchophonie. A la partie externe de la poitrine, en dehors de la plaie, on n'entend pas de bruit respiratoire; à la partie inférieure et postérieure, on entend du râle muqueux.

Dès le troisième jour, la suppuration était bien établie, et les eschares de la plaie d'entrée ont commencé à se détacher.

Le sixième et le huitième jour, il y eut de nouveau beaucoup de dyspnée, une douleur fixe au-dessous du mamelon droit; mais deux fortes applications de sangsues, ainsi que l'emploi du calomel, apportèrent un soulagement sensible, et au bout de douze jours, le blessé était en pleine convalescence. La guérison n'eut plus d'entrave.

Le second fait n'est pas moins digne d'attention. « Au mois de septembre dernier, un homme du Valais tira un coup de fusil sur son beau-frère. Il avait commis ce crime, poussé par la haine politique. L'arme fort heureusement était chargée seulement de chevrotines, presque du volume d'un petit pois. Un autre individu, qui était à côté de celui sur lequel le coup était dirigé, reçut quelques grains de grenaille qui, ne lésant que la peau et des parties superficielles, n'occasionnèrent point d'accidents graves. Mais le beau-frère de celui qui avait tiré le coup avait reçu, entre autres, un grain de chevrotine qui, à travers la partie inférieure du thorax, était entré dans le poumon ; il survint du crachement de sang, une oppression bien prononcée; le pouls était petit, accéléré ; le malade ne pouvait rester couché, et présentait tous les phénomènes d'une blessure grave du poumon. Le docteur Thomas, de Bex, qui fut appelé, et auquel je dois ces renseignements sur ce cas, saigna le malade deux fois, et la blessure prit, dès le troisième jour, un caractère remarquablement benin ; l'oppression cessa, le pouls reprit son rhythme normal, et à mon départ de Bex, environ trois semaines après l'accident, le malade était hors de danger. « Voilà, ajoute l'auteur, deux cas de blessures de poitrine qui se sont terminés d'une manière heureuse. Les cas de ce genre, du reste, ne sont pas rares ; et Hunter a raison quand il dit que les plaies des poumons par armes à feu ont, en général, une marche plus heureuse que les plaies par instruments tranchants et pointus. »

— *Etiologie du rhumatisme.* — Dans un mémoire de M. Henri Gintrac (de Bordeaux), couronné par la Société de médecine de Bruxelles en 1843, nous avons distingué principalement le chapitre consacré à l'étiologie de cette maladie. L'une des causes que l'auteur admet comme les mieux prouvées est l'influence du froid, et la suppression de la transpiration cutanée. C'est principalement aux vicissitudes atmosphériques qu'il faut rapporter les épidémies de rhumatismes qui ont été observées par divers auteurs, et surtout par Baillou, Sydenham, Huxham, Stoll, Pringle, etc. Il serait inutile de rapporter les faits cités par ces auteurs ; il est d'ailleurs certain que durant certaines années remarquables par l'inconstance du temps, on voit les affections catarrhales et rhumatismales extrêmement répandues ; c'est ce que nous avons vu en 1842.

L'auteur, qui partage l'opinion des auteurs anciens sur la forme épidémique possible du rhumatisme, rapporte les caractères de l'épidémie des Antilles en 1827 et 1828. Cette épidémie offrit tous les caractères du rhumatisme articulaire aigu, parfois compliqué d'une éruption analogue à la scarlatine. Elle atteignit tous les âges et les nègres aussi bien que les blancs. C'est la même affection qui régnait dans les Iles de Saint-Thomas et de Sainte-Croix et dont le journal d'Edimbourg a donné la description. Cette maladie fut extrêmement commune, son invasion était subite, une douleur vive s'emparait de la plupart des articulations ; quelquefois elle commençait par un doigt, surtout par le petit ; il y avait raideux des parties affectées ; il survenait de la fièvre, des nausées, des vomissements, etc. Quelle fut la modification atmosphérique qui engendra cette affection ? Il est impossible de la déterminer. Mais je ferai remarquer que, sans doute, cette cause fut générale, demeurant inaperçue en certains lieux et se manifestant en d'autres sous telles ou telles apparences. C'est à la même époque qu'on vit survenir à Paris cette maladie épidémique fort singulière à laquelle on donna le nom d'acrodynie.

Parmi les autres causes du rhumatisme, M. Guitrac signale encore la suppression d'une hémorrhagie habituelle, de la menstruation, la disparition d'un exanthème cutané, la suppression d'une sécrétion, d'une diarrhée, phénomène mentionné par Stoll et par Lanzoni. Enfin, l'auteur rapporte plusieurs exemples de rhumatisme nerveux sous l'influence et pendant le cours d'une blennorrhagie. D'un autre côté, M. Beaude a cité des faits de blennorrhées produites par une cause rhumatismale. Quant à ces derniers, le scepticisme dont sont obligés de faire profession les médecins quant aux renseignements fournis par les malades, nous permet, jusqu'à un certain point, de ne leur accorder qu'une médiocre valeur.

Emploi du chardon penché contre l'hydropisie ;
Par M. le docteur OSBERGHAUS.

M. Osberghaus annonce que, dans l'ancien grand-duché de Berg, on emploie avec le plus grand succès les feuilles du chardon penché (*Carduus nutans*, L.) en décoction contre l'hydropisie ascite.

Pour administrer cette plante, on en prend une poignée que l'on fait bouillir dans un litre d'eau, et l'on donne le décocté par tasses dans le courant de la journée.

L'auteur fait observer que, d'ailleurs, il en est de ce chardon comme des autres médicaments diurétiques, qu'il ne réussit pas dans tous les cas d'hydropisie ascite, et que, dans l'anasarque et dans l'hydrothorax, il ne l'a jamais vu suivi de succès.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 22. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 21 FÉVRIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'Académie a commencé la discussion sur la méthode de M. Vidal (de Cassis) dans le traitement des fistules vésico-vaginales, à propos du fait de M. A. Bérard.

MM. Dubois, Blandin et Gerdy ont été entendus. M. A. Bérard, qui avait pris place à la tribune, a répliqué. L'Académie devant se constituer en comité secret, la discussion a été continuée à la prochaine séance. Il faut avouer que, dans ce premier débat, la question n'a pas beaucoup marché.

L'oblitération du vagin n'était pas complète chez l'opérée de M. A. Bérard, et, de plus, cette opérée a succombé. L'argumentation de l'honorable M. Dubois a porté sur ces deux points. Mais on comprend que de ces deux points il y en a un qui annule l'autre. En effet, l'on peut dire que si la femme n'était pas morte, l'oblitération se serait peut-être complétée. Hé quoi ! l'urine n'a pas empêché la solution de continuité de se cicatriser dans la plus grande partie de son étendue, et elle se serait opposée invinciblement à la cicatrisation d'un pertuis ! « Espérer, a dit M. Dubois, que le vagin s'oblitérera complétement, alors qu'il est baigné par l'urine, me semble espérer l'impossible. » Mais, à supposer que la plaie fût étendue comme 100, on peut bien admettre que la partie dans laquelle l'adhésion s'est produite était égale à 90. Or, cette portion égale à 90, était aussi bien en rapport avec l'urine, que la partie restante égale à 10. Si l'urine exerçait, dans ce cas, l'influence qu'on lui attribue, elle l'exercerait sur la totalité de la surface traumatique, et alors aucun point de cette surface ne contracterait d'adhésion avec le point correspondant.

Il est pourtant vrai, et M. Vidal ne l'a nullement dissimulé, que la complète oblitération du vagin est difficile, très difficile à obtenir. Mais par tout ce qui précède, il n'est pas moins évident que l'urine ne joue pas ici le rôle qu'on lui fait jouer, et que, du moins, elle n'agit pas chimiquement, puisque, encore un coup, si elle agissait chimiquement, elle ferait sentir ses effets sur toute l'étendue de la surface.

La persistance d'un ou de plusieurs pertuis semblerait accuser uniquement un effet mécanique, d'où résulterait la nécessité d'aviser avec la plus grande attention au détournement du liquide par l'urètre à l'aide d'un appareil bien combiné.

On ne nous prêtera pas la pensée de nier les résultats funestes du contact de l'urine sur les surfaces dénudées. Nous raisonnons purement dans l'espèce, et nous disons que, puisque, nonobstant l'urine, l'adhésion des surfaces traumatiques opposées avait eu lieu pour leurs neuf dixièmes, on ne voit pas que ce liquide dût être un obstacle insurmontable à la cicatrisation du dernier dixième.

Ainsi, rien ne prouve que le vagin n'aurait point fini par s'oblitérer entièrement chez cette femme si elle avait survécu, d'autant plus qu'il existe des exemples d'oblitération complète rappelés par M. Bérard dans sa réplique.

Reste donc, comme seule objection contre l'opération, la mort de l'opérée. Ce résultat est-il imputable à l'opération ? Voilà toute la question. M. Dubois conclut à l'affirmative. En vain M. A. Bérard a-t-il constaté qu'il n'existait aucune circonstance anatomique démontrant le passage de l'inflammation de la surface traumatique à la séreuse abdominale. M. Dubois répond que « ceux qui exercent la médecine puerpérale savent que les inflammations peuvent survenir dans des organes plus ou moins éloignés du siége du mal. » Mais, nous le demandons à M. Dubois, qui a si bien étudié les conditions propres à la puerpéralité, est-il possible de comparer entre elles une femme qui vient d'accoucher et une femme dans l'état ordinaire ? S'il est aisé de comprendre, chez celle-là, ces inflammations, ces suppurations disséminées, qui sont l'effroi et le désespoir de la médecine obstétricale, la même explication peut-elle s'appliquer à l'autre lorsque plusieurs inflammations viennent à se produire coïncidemment chez elle ?

M. Blandin, qui partage l'opinion de M. Dubois sur le *presque* impossibilité de l'oblitération complète du vagin, a expliqué la mort d'une manière assez inattendue : « Pour moi, a-t-il dit, cette femme a succombé à l'infection purulente. » Nous admettons volontiers, avec l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, que le réseau veineux du vagin doit favoriser l'infection purulente à la suite des opérations pratiquées sur ce conduit. Mais la même circonstance anatomique existe pour l'anus, et n'arrête pas le bistouri.

M. Bérard a répondu d'ailleurs péremptoirement qu'il n'y avait eu, pendant la vie, aucun signe, et, après la mort, aucune trace d'infection purulente chez son opérée.

M. Gerdy n'admet pas l'idée d'une infection purulente. Il n'en regarde pas moins l'opération comme ayant été le point de départ des accidents et de la mort. C'est ce qu'il aurait fallu prouver ; et M. Gerdy, qui a un procédé pour le traitement des fistules vésico-vaginales, comme il en a un pour la cure radicale des hernies, a oublié de fournir ces preuves.

En définitive, si la discussion ne produit pas de nouveaux éclaircissements en faveur de l'opinion de MM. Dubois, Blandin et Gerdy, il restera prouvé que la mort a été complètement indépendante de l'opération. Remarquons bien que, par opposition aux vagues imputations qui viennent d'être discutées, il existe deux circonstances précises à l'appui de l'explication de la mort par le développement d'une affection intercurrente. Ces circonstances sont : premièrement, le refroidissement auquel la malade s'est exposée, et qui rend compte parfaitement de la production d'une phlegmasie à la fois dans le péritoine et dans la plèvre ; secondement, cette coïncidence elle-même des deux inflammations abdominale et thoracique. En effet, à ce dernier égard, on comprendrait que l'opération eût déterminé la phlogose péritonéale ; mais à coup sûr elle ne peut expliquer la pleurite, qui révèle positivement l'intervention d'une autre cause. Enfin, ne serait-il pas étrange qu'une inflammation traumatique au voisinage du péritoine eût attendu jusqu'au vingt-troisième jour pour se propager à cette séreuse, d'où il résulterait qu'une inflammation serait d'autant plus propre à s'étendre qu'elle serait moindre et pour ainsi dire évanouie ?

M. A. Bérard a répondu avec la clarté qui lui appartient, et il ne lui a pas été difficile de démontrer que, jusqu'alors du moins, la *méthode indirecte* était saine et sauve.

Nous suivrons cette discussion avec l'intérêt qu'elle mérite.

— Un ancien élève des hôpitaux, M. le docteur Alexandre Arthaud, a fait, mercredi dernier, sur le cadavre, à l'hôpital des Cliniques, l'essai d'un nouvel instrument pour le broiement de la pierre dans la vessie.

La vessie ayant été mise à découvert, une incision a été pratiquée sur sa face antérieure à partir de son sommet, et un calcul a été introduit dans sa cavité. Quatre épingles ont été passées d'un côté à l'autre à travers les lèvres de l'incision, et sous les extrémités de ces épingles on a glissé les branches d'une sorte de pince en forme de compas, lesquelles ont été fixées de manière à maintenir solidement rapprochés les bords de l'incision vésicale.

Le calcul qui avait été déposé dans la vessie, était une pierre murale, très dure, ayant neuf centimètres et trois millimètres de circonférence, et un peu plus de trois centimètres dans son plus grand diamètre, ce calcul n'étant pas absolument rond.

L'incision de la paroi abdominale antérieure fut réunie à son tour au moyen de deux épingles autour desquelles on roula un fil.

On poussa une injection d'eau dans la vessie, et M. Arthaud s'étant assis à côté du sujet, plaça en travers sur ses genoux l'instrument qu'il a inventé et qui a une grande longueur. Nous ne pouvons le décrire, M. Arthaud, pour diverses raisons, dont la plus digne de considération est qu'une imitation maladroite pourrait amener des dangers dans la pratique, s'étant abstenu d'en faire connaître le mécanisme.

Le bout de l'instrument ayant été porté dans la vessie, l'opérateur chercha à saisir le calcul. Il exécuta, dans ce but, un assez grand nombre de manœuvres qui, nous devons le dire, donnent à l'opération une véritable complication. Notons que, lorsque l'instrument s'ouvrit dans la vessie, l'eau injectée s'écoula en grande partie, ce qui est encore un inconvénient. La pierre ne put être saisie, et il fallut retirer l'instrument. Dans de précédents essais, auxquels M. Nélaton avait assisté, le calcul avait toujours été saisi rapidement.

L'instrument fut de nouveau introduit, et ne put encore s'emparer de la pierre. Les deux tentatives ensemble avaient duré quatorze minutes.

On dut rechercher s'il n'existait pas quelque circonstance qui pût rendre compte de l'impossibilité de charger la pierre. On ouvrit donc la cavité abdominale, et l'on trouva dans le petit bassin une quantité considérable d'un liquide qui n'était pas celui de l'injection. On en conclut avec assez de vraisemblance que ce liquide avait empêché le jeu de l'instrument en comprimant la poche urinaire.

La paroi abdominale fut ramenée sur la vessie, et on pratiqua une nouvelle injection. On put s'assurer que la suture vésicale tenait bon, et qu'il ne s'était pas échappé une goutte du liquide injecté. L'instrument fut introduit par l'urètre, pour la troisième fois, et au bout de trois minutes la pierre fut saisie. Il va sans dire que la sérosité épanchée dans le petit bassin avait été abstergée.

Après une série de manœuvres, propres sans doute à fixer

FEUILLETON.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES CAUSES D'INSUCCÈS DE LA BLÉPHAROPLASTIE PARTIELLE ;

Par le docteur GARUFI.

Voilà bientôt un demi-siècle que l'opération qui a pour but la restauration totale ou partielle des paupières a été introduite dans la science ; et malgré les nombreuses recherches de l'école allemande, à qui revient sans doute l'honneur de la découverte ; malgré les efforts faits en France depuis 1833 jusqu'à ce jour, nous ne possédons pas encore un procédé capable de faire disparaître les principaux inconvénients qu'on a reprochés à cette opération.

On sait que ces inconvénients sont : une longueur exagérée du lambeau restaurateur, ou le resserrement de ce lambeau quelque temps après l'opération ; un boursouflement flottant et difforme du bord libre de la plaie ; un tiraillement excessif, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, du lambeau d'emprunt, etc. Nous voudrions pouvoir passer en revue tous les procédés blépharoplastiques proposés ou mis en usage, et démontrer à l'aide d'une statistique comparative des opérations pratiquées jusqu'à ce jour, qu'à l'exception d'un petit nombre, elles ont eu généralement pour résultat une difformité presque aussi désagréable et aussi incommode pour les malades que celle qu'on avait voulu corriger ; mais ne pouvant pas dans un article de journal donner à cette question toute l'étendue et les développements qu'elle comporterait, nous nous bornerons à signaler les principales causes qui font échouer la restauration partielle de la paupière inférieure, et le moyen qui nous paraît le plus convenable pour prévenir le boursouflement du lambeau réparateur.

Soit qu'on emploie le procédé indien perfectionné par Tricke, soit qu'on se serve de la blépharoplastie par inclinaison du lambeau, proposée par M. Dieffenbach, on a l'habitude de suivre la règle générale d'autoplastie qui consiste à prendre le lambeau d'emprunt un tiers plus grand environ que la partie à restaurer. Dans les opérations autoplastiques, dans lesquelles le lambeau doit rester libre, comme dans la rhinoplastie, chéiloplastie, etc., ce précepte est d'une grande utilité ; mais lorsqu'il s'agit de restaurer partiellement la paupière, il ne nous paraît pas aussi bien indiqué. Qu'en résulte-t-il, en effet ? C'est que le tissu inodulaire qui se forme sous la plaie pousse le lambeau en avant et produit un boursouflement tellement difforme de la partie restaurée, qu'il devient nécessaire, quelque temps après l'opération, d'exciser le surplus de la partie libre et flottante de ce lambeau ; or, ne vaudrait-il pas mieux appliquer un lambeau réparateur plus petit, que d'être forcé de recourir à une seconde opération ?

Quelques praticiens ont conseillé la compression méthodique afin de faire disparaître le lambeau gibbeux ; mais il est rare de voir ce moyen couronné de succès. Nous avons observé, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Bérard, un boursouflement consécutif à la blépharoplastie, traité sans succès pendant plusieurs mois à l'aide de la compression méthodique. Un boursouflement pareil s'est manifesté sur une jeune fille opérée de blépharoplastie partielle, par M. Denonvilliers, à l'Hôtel Dieu, service de M. Blandin ; la compression, dans ce cas, n'a pas été plus heureuse que dans le cas précédent. Il serait inutile de citer un plus grand nombre de faits qui prouveraient l'inefficacité de la compression méthodique pour faire disparaître le boursouflement difforme consécutif à la blépharoplastie partielle, ce que nous venons de dire suffit pour prouver :

1° Que la première cause de cet accident doit être attribuée à la trop grande étendue qu'on donne au lambeau d'emprunt ;

2° Qu'on n'aurait pas cet inconvénient si l'on se bornait à donner à ce lambeau l'étendue et l'épaisseur convenables pour l'enchâsser dans les parties avec lesquelles on veut le faire adhérer. Mais nous dira-t-on, lorsque ce lambeau est petit, il y aura, par une raison inverse, un enfoncement difforme et une rétraction excessive de la paupière restaurée ; il est facile de répondre à cette objection ; et d'abord, quelle nécessité y a-t-il à faire un lambeau plus grand que la partie qu'on veut restaurer, surtout lorsqu'il s'agit d'une autoplastie partielle, et sur une surface dont la peau, étant naturellement flasque et mobile, se prête plus facilement à la suture du lambeau réparateur et à son adhésion ? Et d'ailleurs, en supposant même qu'il y ait un peu de rétraction et d'enfoncement après la cicatrisation de la plaie, cet inconvénient est toujours moins difforme que le boursouflement dont nous venons de parler.

L'habitude de faire un lambeau très étendu dans la blépharoplastie partielle nous paraît d'autant moins fondée, que l'expérience journalière des blessures avec décollement considérable de téguments qui tiennent seulement par un pédicule, prouve qu'il suffit de les adapter sur la partie pour les faire adhérer, à moins que le lambeau ne tombe en gangrène, il y a rarement rétraction et enfoncement après la cicatrisation de la plaie. Ce qui se passe dans les opérations d'entropion et d'ectropion vient également à l'appui de notre proposition ; on sait, en effet, que malgré les grandes excisions pratiquées sur les paupières, la peau de ces voiles mobiles finit par se reproduire au point qu'une seconde opération devient indispensable. Nous dirons plus ; lorsqu'une affection cancéreuse a nécessité l'excision, même totale, de la paupière, la peau qui reste autour de l'orbite se prolonge vers le globe de l'œil ; et pour peu qu'on ait soin de régulariser la plaie et les bourgeons charnus, ce prolongement forme une espèce de nouvelle paupière qui suffit à garantir l'œil du contact des agents extérieurs. Voici une observation remarquable de reproduction de la peau des paupières, sans qu'on ait eu besoin de recourir à la blépharoplastie.

Au n° 3 de la salle St-Antoine, hôpital de la Pitié, est couché le nommé Lahaye (Pierre), cultivateur, âgé de trente-huit ans, entré à l'hôpital pour une dégénérescence cancéreuse de la paupière inférieure. M. Lisfranc pratiqua l'excision totale de cette paupière jusqu'au niveau du bord inférieur de l'orbite ; la cicatrisation a suivi la même forme et les mêmes diamètres que la perte de substance produite par l'excision. L'opéré est encore à l'hôpital ; la caroncule n'est pas à découvert ; le pli de la conjonctive oculaire contribue, avec le bord de la cicatrice, à former un voile tutélaire pour couvrir le segment inférieur du globe ; et lorsque le malade fait un peu d'effort pour fermer l'œil, la paupière supérieure se met en contact avec le bord de la nouvelle paupière, et l'organe se trouve entièrement à l'abri des causes exté-

le calcul, M. Arthaud mit en mouvement, à l'aide d'une clef, une roue de son instrument, et l'on entendit un bruit de broiement fin, qui indiquait assez que la pierre était non pas brisée, mais réduite en poussière. De temps à autre, l'opérateur s'interrompait pour exécuter une manœuvre qui paraissait avoir pour objet de serrer les branches de l'instrument contre la pierre de plus en plus réduite. Après cette manœuvre, le broiement recommençait. Vers la fin de l'opération, une seconde roue fut mise en mouvement au lieu de la première. Il fallut ensuite rechercher quelques uns des mamelons de la pierre (nous avons dit que c'était une pierre murale) afin de les pulvériser. M. Arthaud, l'heure étant avancée, se rendit à l'impatience générale, et retira l'instrument, en annonçant qu'il restait encore dans la vessie quelques mamelons qu'il lui aurait été facile de saisir et de broyer, moyennant un peu plus de temps.

M. Nélaton ayant détaché la vessie et le pénis, on ouvrit la poche urinaire, et l'on trouva, au milieu d'une certaine quantité d'eau, une poudre fine et noire, débris du calcul extrêmement dur qui avait été déposé dans la vessie. Au milieu de cette poudre se trouvaient cependant, comme l'opérateur l'avait annoncé, quelques fragments très peu volumineux, dont l'expulsion par l'urètre n'aurait pas souffert la moindre difficulté.

On voit que l'appareil de M. Arthaud a surtout pour objet la *pulvérisation* de la pierre, au lieu de son *éclatement*, et cela en une seule séance, qui peut être assez courte; car il ne s'écoula que quatorze minutes depuis l'introduction de l'instrument, la troisième fois, jusqu'à la fin du broiement. Si ce résultat est certain, si surtout il n'est pas au prix de la *sûreté* (*tutò*), l'instrument de M. Arthaud, bien qu'il soit compliqué, pourra prendre rang parmi les inventions utiles.

Il nous est impossible d'être plus explicite. Il faut, pour asseoir un jugement, la connaissance exacte de l'instrument, et un grand nombre d'expériences. Nous avons voulu seulement informer le public médical d'un fait qui peut avoir de l'importance, et, par cette prise en considération, rendre justice à un homme qui a vécu pendant quatre ans en présence d'une idée dont il soumet aujourd'hui la réalisation à la dure épreuve de l'expérience.

— M. le docteur Denis nous communique un fait très intéressant.

Il s'agit d'une femme âgée de 28 ans, mariée, n'ayant pas eu d'enfants, bien réglée, éminemment nerveuse, et d'un caractère exalté. Elle avait éprouvé pendant trois ans des attaques violentes d'hystérie. Dans ses attaques elle perdait connaissance; son cou se gonflait; elle mâchonnait; parfois son corps se courbait en arc sur le plan dorsal. Parfois aussi l'accès commençait par des cris perçants; généralement il laissait après lui une douleur vive dans la région du cervelet. Les attaques hystériques cessèrent spontanément, et la malade se plaignit de douleurs dans l'urètre, vives, soudaines, se reproduisant presque journellement, et offrant des exacerbations. Elle parvenait quelquefois à se soulager à l'aide d'une serviette roulée, avec laquelle elle comprimait fortement les parties génitales. Le canal fut exploré et n'offrit matériellement rien d'anormal. Il n'y avait pas trace d'écoulement. M. Denis diagnostiqua une névralgie de l'urètre. Toutes sortes de sédatifs furent employés; ils demeurèrent sans résultat. Enfin les douleurs cessèrent d'elles-mêmes, comme avaient cessé les attaques hystériques. Une fois le spasme avait été jusqu'à produire la rétention.

Quelque temps après, l'urètre se tuméfia, et fit de plus en plus saillie dans le vagin; il offrait une dureté charnue, comme sarcomateuse. Le doigt introduit dans le vagin pouvait suivre le canal dans toute sa longueur. Pour la forme et le volume, dit M. le docteur Denis, la tumeur était exactement comparable à un *cervelas*. Le toucher était très douloureux, et l'exploration de la partie en était rendue fort difficile. La miction, chaque jour plus laborieuse, finit par ne plus s'effectuer que goutte à goutte.

Un point du canal était surtout dur et saillant, et faisait craindre la formation d'un abcès.

Douze sangsues furent appliquées sur la tumeur, et n'amenèrent aucun amendement. M. Denis se décida alors à produire une déplétion sanguine locale prolongée, et fit appliquer journellement, pendant une quinzaine de jours, sur le canal tuméfié, une seule sangsue, dont la piqûre saignait pendant quelques heures. Sous l'influence de ce traitement la tumeur se ramollit, sans pourtant diminuer. Ce ne fut que plus tard qu'elle commença à perdre de son volume. La résolution fut favorisée par l'intromission d'un petit tampon imprégné d'une dissolution de ratanhia. Lorsque la malade, presque entièrement guérie, commença à marcher, une mèche fut interposée aux nymphes pour empêcher l'irritation que leur frottement déterminait précédemment.

Il paraît y avoir eu, dans ce cas, un phlegmon de toute l'étendue de l'urètre.

Ce fait est insolite; mais nous l'acceptons en toute confiance, à raison de l'expérience du médecin recommandable qui nous l'a communiqué.

— M. Deville nous a montré une fille du service de M. P. Bérard, à l'hôpital St-Antoine, laquelle présente un vice de conformation extrêmement curieux. Cette fille a vingt-un ans. Quand ses lèvres sont rapprochées, on dirait qu'il existe de chaque côté une cicatrice linéaire prolongeant la ligne interlabiale. La commissure est marquée à raison d'une circonstance que nous ferons connaître tout à l'heure. Au contraire, lorsque la bouche est ouverte, on voit, à la place de ce que l'on aurait pris pour une cicatrice linéaire, une division transversale de la joue, qui étend l'orifice buccal à droite et à gauche, au point de lui donner le double de sa longueur ordinaire. On voit une encochure dans le point où l'ouverture devrait s'arrêter, et c'est ce qui fait que, dans le rapprochement des lèvres, la commissure est marquée.

M. P. Bérrard se propose de tailler un mince lambeau longitudinal, en haut et en bas, à partir de l'extrémité de la fente jusqu'à l'encochure. Le lambeau inférieur sera excisé en entier; mais la portion interne du supérieur sera conservée de manière à pouvoir être contournée en forme de commissure, et fixée à la surface saignante de la lèvre inférieure. On aura ainsi une commissure arrondie, au lieu d'un angle aigu que donnerait, sans cela, l'adhésion des bords rafraîchis de l'orifice, et, de plus, la commissure sera muqueuse.

— M. Nélaton a pratiqué un anus lombaire chez un nouveau-né imperforé. L'enfant va bien. Les matières ont un libre écoulement. Nous publierons l'observation quand elle sera terminée.

— Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'une opération de ligature du voile du palais faite par M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, pour un cas de dégénérescence carcinomateuse de cette partie. On trouvera plus loin l'observation avec tous ses détails; elle a été recueillie par M. Demarquay, qui a bien voulu nous l'adresser.

X...

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Cancer du voile du palais opéré par la ligature. Observation recueillie par M. DEMARQUAY, interne à l'Hôtel-Dieu et aide d'anatomie.

Musard, âgé de quarante-neuf ans, quoique d'une constitution délicate et fatiguée, n'a jamais éprouvé de maladies graves; il s'occupe ordinairement à préparer de la laine. Sa mère vit encore, et n'est affectée d'aucune maladie chronique. Son père est mort d'une affection de l'estomac, au dire du malade. Mais les détails donnés sur cette affection sont très vagues, et laissent beaucoup d'incertitude dans l'esprit. Quant à Musard, il dit n'avoir commencé à souffrir qu'au mois d'août dernier. A cette époque, il ressentit une douleur dans la partie droite du voile du palais. Cherchant à connaître la cause de ses douleurs, Musard dit qu'il aperçut sur la partie droite de cet organe une petite ulcération. Le mal resta peu de temps borné à cette dernière partie; bientôt le voile du palais tout entier se prit; il augmenta de volume et devint le siége de vives douleurs. La déglutition ne put plus s'exercer que sur des aliments liquides. Le contact de parties dures sur cette surface malade donne lieu à des hémorrhagies, légères à la vérité. Notre malade fut alors obligé de cesser ses travaux, et le 30 octobre 1844, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans un service de chirurgie, où il resta un mois environ. Le chirurgien auquel il fut confié, n'osa rien tenter contre cette affection, qui lui paraissait au-dessus des ressources de l'art. Il entra dans le service de M. Blandin; il était alors dans l'état suivant :

Le voile du palais et les piliers du même nom sont augmentés de volume. La luette participe à cette augmentation; elle pèse sur la langue, ainsi que le bord libre du voile du palais. La luette se trouve porté en avant et sa face postérieure repose sur la partie supérieure de l'organe du goût. Toutes ces parties ont un aspect grisâtre. Le moindre contact donne lieu à un écoulement sanguin assez abondant. Les amgdales, placées derrière ce voile mobile, sont augmentées de volume et plus dures qu'elles ne le sont d'habitude. Toutefois les parties voisines sont saines. Le mal est surtout limité au voile du palais. La parole est gênée, la bouche mauvaise; le malade éprouve souvent des nausées, son halaine est fétide, la déglutition pénible. Depuis le mois d'août les aliments liquides sont la seule nourriture. La respiration se fait bien, ce qui s'explique par le peu d'augmentation que le voile du palais a subi dans sa partie postérieure, et par la propulsion de la luette en avant. Point d'engorgement des ganglions cervicaux. La constitution du malade est affaiblie.

Quelle opération pouvait on tenter pour ce malade? Ni l'ablation par l'instrument tranchant, ni la soustraction ne pouvaient être employés contre cette maladie! L'ablation du voile du palais et de ses piliers par le bistouri eût exposé à une hémorrhagie contre laquelle l'art eût été impuissant. Quant au second, il ne fallait point y penser.

C'est alors que M. Blandin songea à la ligature; c'était bien le meilleur moyen, le seul qui mît à l'abri des accidents hémorrhagiques. Mais il était difficile à mettre en usage. De quels instruments se servir pour arriver avec précision sur la limite du mal? M. Blandin se servit de l'aiguille de Deschamps, beaucoup plus grande que celle que l'on emploie ordinairement, instrument dont il s'était servi l'année dernière pour lier une portion de la langue.

Lorsque le chas de cette aiguille fut armé de deux fils, l'un blanc et l'autre noir, cette dernière fut portée derrière le voile du palais et ramenée d'arrière en avant : c'est à l'union du pilier droit avec le voile du palais que furent passés les premiers fils. Dès que l'instrument eut traversé le voile du palais, une pince attira ces fils au dehors. Il y avait donc deux fils passés dans le voile du palais, l'un blanc et l'autre noir; les deux extrémités de ce dernier point confiées à un aide, tandis que l'extrémité postérieure du fil blanc fut de nouveau passée dans le chas de l'aiguille avec un fil noir. Cet instrument fut de nouveau reporté dans le pharynx, et ramené à travers le voile du palais dans la bouche. Il y avait ainsi au-dessus des limites du mal deux anses, une noire perpendiculaire, l'autre blanche transversale, et le commencement d'une noire; celle-ci fut terminée comme la première; somme toute, quatre fils cernèrent la partie malade, deux furent placés sur les côtés, et deux transversalement.

Les anses furent serrées au moyen de serre-nœuds.

Cette opération fut faite le 15 novembre. Les fils restèrent en place durant quatre jours, pendant lesquels on faisait des injections détersives. D'ailleurs, point d'accident de suffocation. Le malade fut tenu à un régime sévère. Dans la nuit du quatrième jour pendant un moment de sommeil, le voile du palais tomba dans le pharynx, et fut avalé. Ce petit accident donna lieu à quelques garderobes.

Au bout de huit jours la plaie était rosée, des cicatrisations légères amenèrent promptement la guérison. Comme les amygdales étaient dures et hypertrophiées, elles furent excisées quelques jours après la chute du voile du palais. Cependant dans les premiers jours de décembre dernier, alors que toute la plaie formée par la ligature était cicatrisée, on supposa qu'il existait à droite, à l'union du pilier au voile palatin, un point dur et douteux; il fut cerné par deux anses de fil, et il ne tarda pas à tomber.

Actuellement, 20 janvier, le malade est très bien; il boit et mange bien; il a la voix nasonnée comme les individus qui ont une division du voile du palais, mais ses paroles sont très intelligibles.

Ainsi, ce malade, voué à une mort certaine, a été délivré d'une affection grave par une opération à la fois difficile et hardie, et peut être unique dans la science.

Quoi qu'il advienne, l'opération pratiquée par M. Blandin dans des conditions si fâcheuses est une conquête nouvelle, nouvelle en ce sens qu'elle soumet à la main du chirurgien certaines lésions qui sans elle auraient paru inaccessibles.

Cette observation présente encore ceci de particulier : c'est que la nature elle même cherche à reformer les parties que l'art avait enlevées; de même qu'à la suite de l'ablation de la paupière inférieure, une paupière se reforma en partie; le voile palatin se reconstitua lui-même, incomplétement il est vrai.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

OEdème du membre inférieur gauche, simulant une hypertrophie générale du membre, suite de phlébite spontanée.

Au n° 13 de la salle Saint Lazare, est couché le nommé Joseph Quévanne, âgé de vingt ans, limonadier, entré le 15 février.

D'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, vacciné, non variolé; habituellement bien portant; à Paris depuis six ans. Il y a trois mois, ce jeune homme, qui nous affirme n'avoir jamais été malade avant cette époque,

rieures. Il n'y a point de sécheresse dans l'œil ni d'épiphora, et les fonctions visuelles s'exercent encore mieux qu'avant l'excision. Une observation à peu près semblable s'est présentée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy.

Il nous semble donc plus conforme aux idées théoriques et à l'expérimentation pratique d'admettre que l'excès d'étendue qu'on donne au lambeau réparateur est inutile, et que cette manière d'agir est la cause principale du champignon difforme et opiniâtre qu'on observe après l'opération de la blépharoplastie partielle.

Dans quelles parties des téguments faut-il pratiquer l'incision pour construire un lambeau? Une foule de procédés ont été proposés pour la formation et le placement du lambeau; mais le plus simple, le plus sûr et le moins douloureux est celui de M. Jonès, qui consiste à faire deux incisions qui, partant des extrémités de la paupière malade, vont se joindre sous un angle plus ou moins aigu du côté de la pommette ou du front, suivant qu'on pratique la blépharoplastie pour restaurer la paupière inférieure ou supérieure. Le lambeau qu'on obtient ainsi en forme de V est ramené avec la paupière sur le devant de l'œil; au lieu des grands décollements de la méthode indienne, il suffit, dans ce procédé, de disséquer le lambeau de la pointe vers la base, à peu près dans la moitié de sa longueur. Le seul inconvénient de l'opération proposée par M. Jonès, c'est de ne pouvoir pas être employée dans tous les cas de blepharoplastie; mais lorsqu'il s'agit de restaurer partiellement la paupière, elle mérite la préférence sur les autres procédés.

Quant à la teinte bleuâtre et livide que prend la partie restaurée, c'est un inconvénient qui appartient aux différents procédés; il est plus fréquent lorsqu'on donne beaucoup d'étendue au lambeau réparateur. Du reste, cette teinte disparaît graduellement si l'on a soin de faire des évacuations sanguines locales, et surtout de légères scarifications souvent répétées; ce moyen est préférable à l'application des sangsues. Aussitôt que les émissions sanguines locales ne sont plus indiquées et que la circulation se rétablit par l'adhésion des parties, il est nécessaire de laver tous les jours le lambeau avec une solution légèrement alcaline, afin de détacher la couche grisâtre qui se forme à sa surface et qui pourrait entraver l'exhalation ordinaire de la peau.

Cas d'étranglement intestinal par torsion.

Un paysan, en chargeant du foin sur une charrette, sauta à plusieurs reprises du sol sur cette charrette, et de celle-ci sur la terre. Peu de temps après avoir terminé son travail, il fut tout à coup saisi de violentes coliques, et bientôt ensuite se manifestèrent tous les signes d'un étranglement interne.

On propose de recourir à la gastrotomie; mais le malade refusa opiniâtrement de se soumettre à cette opération, et il ne tarda pas a succomber.

A l'ouverture du corps, on reconnut que l'iléon, à sa partie inférieure, vers son point de jonction avec le cœcum, était tordu une fois sur lui-même. Il n'existait, d'ailleurs, aucune autre lésion, et la continuité du tube intestinal se trouva rétablie et parfaitement libre aussitôt que l'intestin eut été détordu.

NOUVELLES.

De graves abus ont été découverts dans le service pharmaceutique de l'hôpital de Strasbourg. Le pharmacien en chef de cet hôpital aurait diminué les doses de médicaments commandées, dont il se serait fait payer le prix comme s'il les eût livrées tout entières. L'état des malades en aurait évidemment souffert. Ces faits, que paraît avoir établis une commission ont été signalés à l'autorité judiciaire. Le pharmacien en chef a pris la fuite.

— Le vice-roi d'Egypte vient de permettre à l'Ecole de médecine du Caire d'envoyer en Europe six de ses meilleurs élèves. Deux sont destinés à étudier spécialement l'ophthalmologie; deux l'art du dentiste et celui du bandagiste, et les deux autres, sortis de l'Ecole de pharmacie, apprendront à appliquer les connaissances qu'ils ont en chimie à la fabrication des poudres et salpêtres, à la teinture et au blanchiment des toiles. Ces quatre derniers vont à Paris, les deux premiers sont envoyés à Vienne.

ressentit, sans cause connue, quelques douleurs vagues, mais continues, dans la partie supérieure de la cuisse gauche ; ces douleurs se propagèrent bientôt le long de la face interne de la cuisse et de la jambe, devinrent très violentes, au point d'empêcher le malade de se livrer à ses occupations, et de le forcer même à rester au lit. Le membre fut couvert de cataplasmes émollients. Au bout de quelques jours, les douleurs étaient beaucoup plus intenses, principalement à la partie supérieure et interne de la cuisse que partout ailleurs. A ce moment, le malade dit avoir remarqué, dans une direction qu'il indique avec son doigt, et qui suit exactement le trajet de la veine fémorale, un cordon de la grosseur du petit doigt, saillant et douloureux à la pression. Interrogé sur la coloration que présentait ce cordon, et sur la question de savoir si l'on voyait à la face interne du membre, des traces rouges ou violacées, le sujet ne peut donner aucun renseignement sur ce point, et dit n'y avoir fait aucune attention, ou ne point se le rappeler. Pour ce qui a rapport aux phénomènes observés au niveau du genou et au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, les renseignements fournis par le malade sont assez obscurs, à l'exception de ceux relatifs à la douleur, dont le malade se souvient parfaitement. Il dit également que la douleur se propageait vers le pli de l'aine.

La cause de cette affection lui est tout à fait inconnue; il n'a point reçu de coups, n'a pas de fait de courses trop prolongées, ne s'est point fatigué plus qu'à l'ordinaire. Cependant, nous devons noter que sa profession de garçon limonadier l'expose souvent au froid, et qu'il travaille fréquemment dans une cave humide. où il est occupé pendant plusieurs heures chaque jour à glacer, circonstance qui n'est peut-être pas sans avoir eu quelque influence sur la production de cette affection. Pour tout traitement, on lui a appliqué sur le membre douloureux des cataplasmes, on lui a fait des fomentations émollientes, et on lui a fait prendre quelques bains d'eau simple d'abord, puis de vapeur. N'oublions pas de noter, en passant, que jamais il n'a eu d'affections rhumatismales, et que ses parents n'y ont point été sujets non plus. Cette maladie dura environ quinze jours, et au bout de ce temps, il put se lever, et commença à marcher, quoique avec peine, dans sa chambre.

Trois ou quatre jours après le moment où il commença à se lever, le gonflement du membre, qui avait en partie disparu après la cessation des symptômes inflammatoires aigus, reparut avec une nouvelle intensité; alors il était complétement indolent; et lorsque le malade était resté dans son lit pendant quelques heures, le volume de la jambe et de la cuisse diminuait d'une manière bien sensible. Cependant, même après quinze ou dix-huit heures de repos horizontal, le mollet restait toujours plus volumineux à gauche qu'à droite, mais il était mou au toucher, sans aucune espèce de dureté. Le volume du membre inférieur gauche, en entier, s'est accru de plus en plus depuis cette époque, et voici l'état que présente le malade le surlendemain de son entrée à l'hôpital, où il s'est décidé à entrer le 15 de ce mois.

Visage calme, présentant toutes les apparences d'une bonne santé. Pouls à 60-64, bien régulier. La seule chose dont il se plaigne est une douleur vague, ou plutôt une raideur dans le membre inférieur gauche, qui est aussi faible que le membre droit, lorsqu'il essaie à marcher. Le membre présente une chaleur normale, égale à celle de celui du côté opposé ; la sensibilité est bien conservée. Lorsque le malade est couché, les mouvements sont, à peu de chose près, aussi libres d'un côté que de l'autre ; il ne ressent d'autres douleurs qu'un sentiment désagréable de fourmillements, de chatouillement, plus prononcé dans le mollet et surtout vers la plante du pied.

La totalité du membre est le siége d'un gonflement très considérable, dont on se fera facilement une idée par la comparaison des mesures suivantes prises avec le plus grand soin sur des points correspondants du membre sain et du membre malade.

Membre inférieur droit.		*Membre inférieur gauche.*		
Circonf. du 1/3 sup.				
— de la cuisse,	0,50 m.	—	—	0,57 m.
— du genou,	0,37	—	—	0,41
— du mollet,	0,34	—	—	0,40
— de la cheville,	0,24	—	—	0,29
— du pied,	0,23	—	—	0,25 1/2

Les téguments du membre, qui est dur, résistant au toucher, sont tendus, sans changement de couleur ; le doigt fortement appuyé, ne laisse presque aucune trace de dépression, si ce n'est à la partie dorsale du pied, où la peau est un peu luisante et pâle. On peut, en déprimant fortement les parties molles, suivre avec le doigt sous la peau la crête du tibia. Les os du membre n'ont subi aucun changement de volume, et ne sont point douloureux à la pression.

Toutes les veines superficielles et sous-cutanées de la face externe du membre inférieur gauche, depuis le pied jusqu'au niveau du grand trochanter, sont développées anormalement et comme si, ce qui arrive probablement, la circulation, interrompue dans les gros vaisseaux veineux, cherchait à se rétablir d'une manière supplémentaire du côté opposé du membre. Cette dilatation des veinules superficielles donne au membre une teinte d'un bleu violacé générale. En examinant avec soin et palpant profondément la face interne de la cuisse gauche, on ne sent aucun cordon dur, comme il arrive quelquefois lorsque, par suite d'un travail inflammatoire, une veine est oblitérée, et convertie en quelque sorte en un cylindre fibreux. Peut-être ne peut-on point constater cette transformation, parce que l'engorgement et l'empâtement des tissus s'oppose à ce que le doigt pénètre jusqu'au paquet vasculaire; ce qui le ferait supposer, c'est que l'on ne peut non plus parvenir à sentir les battements de l'artère crurale trop profondément située. On ne peut sentir non plus ni la poplitée, ni la pédieuse. Au-dessous du pli de l'aine, on constate la présence d'un ganglion lymphatique engorgé, indolent

— L'opinion du chef du service fut, après un examen attentif du malade, et d'après l'ensemble des renseignements fournis par le sujet et son état actuel, que l'on avait affaire à un œdème du membre inférieur déterminé par une oblitération de la veine iliaque externe et de la veine crurale, consécutive à une phlébite spontanée.

On pense assez généralement que la découverte est récente, qui permet de rapporter à un obstacle au cours du sang la production de certaines hydropisies soit d'une cavité séreuse, soit du tissu cellulaire d'un membre. Que cet obstacle au cours du sang dépende de la compression d'un gros tronc veineux par une tumeur étrangère au vaisseau lui-même, ou qu'elle soit le résultat de l'oblitération de la veine par un caillot fibrineux qui en remplit la cavité, ou bien de la conversion du vaisseau en un cordon solide, phénomènes qui tous deux sont, dans le plus grand nombre des cas, la suite d'un travail phlegmasique qui s'est produit dans l'intérieur de la veine, il n'en est pas moins vrai que la découverte est loin d'être récente, et qu'aux modernes n'appartient pas tout entière la détermination des lois en vertu desquelles ces phénomènes se produisent. Il suffit d'avoir parcouru les ouvrages de quelques-uns des auteurs les plus connus du dernier siècle pour se convaincre que cette opinion est très ancienne, et que dès le commencement du siècle actuel, elle avait été reproduite et développée dans des travaux dont on a peut-être eu tort de ne point assez se souvenir.

Morgagni semble être le premier qui ait clairement indiqué la valeur des obstacles au cours du sang considérés comme cause des hydropisies. Ces recherches ne sont pas consignées dans une seule lettre, mais disséminées dans le cours de l'ouvrage entier. On nous permettra de citer quelques faits courts, mais concluants à l'appui, et comme preuve de notre assertion.

On trouve dans la Lettre XXXIX, l'histoire d'un jeune homme affecté d'une tumeur cancéreuse développée dans l'abdomen, et chez lequel les membres inférieurs étaient œdématiés; cette tumeur comprimait la veine cave inférieure et les veines iliaques. (Paragr. 2, 3, 4.)

La Lettre XL renferme, au paragraphe 26, un fait des plus curieux, et dont il est impossible de ne point faire une mention spéciale. Un homme de trente ans environ étant tombé sous la roue d'une voiture qui lui passa sur le ventre, ne put se relever et fut porté dans son lit. Vallisniéri, appelé près de lui huit mois après l'accident, observa un œdème très considérable du membre inférieur gauche, et sentit en plaçant la main sur le flanc gauche une tumeur volumineuse, siége de battements très intenses, et qui lui parut être un anévrisme. Il conseilla l'expectation; mais quelque temps après, un chirurgien *imperitissimus*, dit l'auteur, osa faire sur la tumeur une large incision, qui donna issue à une grande quantité de sang, et fit périr le malade en quelques minutes. L'autopsie démontra l'existence d'un anévrisme d'un volume, tel que Morgagni dit n'en avoir jamais vu d'aussi considérable, et occupant la moitié de la cavité du ventre.

On lit dans la LVI[e] Lettre, paragraphe 10, le fait d'une femme qui succomba quinze jours après une violente contusion du dos et des lombes, et chez laquelle on trouva une oblitération complète de la veine iliaque gauche, suite d'une phlébite évidente ; le membre inférieur gauche était œdématié, et par suite de cet œdème beaucoup plus volumineux que le droit.

Enfin, et pour ne pas prolonger nos citations, nous rappellerons, en dernier lieu, le fait consigné par le même auteur dans le paragraphe 55 de la L[e] Lettre, relatif à un homme chez lequel il s'était développé au jarret une petite tumeur anévrismale; cette tumeur augmenta bientôt de volume au point d'acquérir celui d'un petit melon ; *huc accessit universi cruris ac pedis œdema, et genu præsertim ipsius tumor.* Cet œdème reconnaissait pour cause la compression de la veine poplitée par la tumeur anévrismale.

Morgagni regardait donc comme une chose bien prouvée l'influence que peut avoir sur la production des hydropisies l'obstacle au cours du sang résultant soit de la compression des veines par une tumeur, soit de la présence des concrétions polypiformes dans ces vaisseaux, soit enfin de leur oblitération par suite d'une phlébite. Cullen n'est pas moins précis, et nous ne saurions mieux faire que d'extraire de son Traité de médecine pratique, les quelques lignes suivantes, relatives au sujet qui nous occupe.

« L'exhalation naturelle qui se fait dans toutes les cavités et dans tous les interstices capables de la concevoir, peut être augmentée par différentes causes, et particulièrement par les obstacles qui gênent le retour du sang veineux qui se porte des derniers vaisseaux du corps au ventricule droit du cœur... Non seulement ces causes peuvent, en interrompant d'une manière générale le mouvement du sang veineux, augmenter l'exhalation et produire l'hydropisie ; mais les obstacles que le sang rencontre dans les veines particulières peuvent aussi être suivis des mêmes effets. L'exemple le plus remarquable de ce genre est celui où des obstructions considérables du foie empêchent le sang qui vient de la veine porte et de ses rameaux nombreux d'y circuler librement, d'où il arrive que ces obstructions sont une cause fréquente de l'hydropisie.

» On a mis aussi au nombre des causes de l'hydropisie les squirrhosités de la rate et des autres viscères, de même que la squirrhosité du foie : mais je ne puis concevoir de quelle manière elles produisent cette maladie, si ce n'est lorsque ces squirrhosités sont voisines de quelque veine considérable, dont la compression peut produire un certain degré d'ascite, ou bien quand, en comprimant la veine cave, elles peuvent donner lieu à l'anasarque des extrémités inférieures..... L'interruption du mouvement du sang dans les veines particulières produit un effet semblable, même dans les plus petites portions du système veineux. Ainsi, un polype formé dans la cavité d'une veine ou des tumeurs engendrées dans ses membranes, s'opposent au libre passage du sang, et produisent l'hydropisie vers les extrémités des veines où se rencontrent de semblables obstacles. Mais la cause qui interrompt le plus souvent le mouvement du sang dans les veines est la compression qu'elles éprouvent par des tumeurs situées dans leur voisinage, tels sont les anévrismes des artères, les abcès, les squirrhes ou les tumeurs stéatomateuses des parties voisines. On peut rapporter ici la compression de la veine cave descendante par le volume de l'utérus chez les femmes grosses, ou par celui de l'eau dans l'ascite, car ces deux genres de compression produisent fréquemment des tumeurs séreuses des extrémités inférieures. » (Cullen, Méd. Prat., § 1650 et suiv.)

Ainsi donc, voilà pour les hydropisies dans les grandes cavités séreuses, et pour celles que l'on pourrait appeler *cellulaires* (l'œdème des membres), dépendant de l'obstacle au cours du sang dans les veines. Les anciens auteurs en ont souvent parlé, mais sans y insister très longuement, tant le fait leur paraissait simple et commun. Si ceux qui les suivirent semblèrent oublier ces faits, ne pourrait-on pas, comme nous l'avons entendu dire à un célèbre professeur, ne pourrait-on pas croire que c'est la découverte des vaisseaux lymphatiques, auxquels on s'est cru en droit de tout rapporter pendant quelques années, qui a fait rejeter les fonctions des vaisseaux veineux sur un plan si éloigné et si obscur, et qui a fait oublier les observations de Cullen et de Morgagni ?

De ce que nous venons de dire, il faudrait se garder de croire que nous voulions ôter à ceux des modernes qui s'en sont occupés la gloire qui leur revient pour avoir tiré de l'oubli les beaux et utiles travaux de leurs devanciers. Ce qu'avaient si clairement indiqué Cullen et Morgnagni, les travaux ultérieurs de MM. Ribes, auquel on doit les premières recherches modernes sur ce sujet, publiés en 1816, Breschet, Dance, etc., sont venus le confirmer, et nous portent à penser avec le médecin chargé du service où se trouve le jeune Quévanne, que les phénomènes qu'il présente, et dont nous avons donné la description. sont dus, en effet, à un obstacle au cours du sang, déterminé par une oblitération des troncs veineux de la cuisse, résultat d'une phlébite spontanée. A quoi peut-on rapporter la cause de cette phlébite ? Elle nous paraît assez obscure; mais peut-être l'humidité et la température froide de la cave dans laquelle travaillait le sujet n'y ont-ils pas été tout à fait étrangers

Maintenant, peut-on espérer que la circulation, au moyen d'une dilatation anormale et supplémentaire des ramuscules veineux de la face externe du membre, se rétablira assez complétement pour permettre aux phénomènes d'œdème de se dissiper complétement? C'est ce qu'il est impossible de prévoir. Un vésicatoire placé 15 jours avant l'entrée du malade à l'hôpital à la partie externe de la jambe et entretenu pendant quelques jours, n'a amené aucun changement dans l'état du sujet.

Une question subsidiaire, propre à ce cas particulier, et qui mériterait de fixer l'attention des médecins et chirurgiens militaires, est la suivante : Dans quelques jours, le sujet doit tirer à la conscription. L'état dans lequel il se trouve, devra-t-il être considéré comme une cause de réforme, et comme rendant le sujet impropre au service militaire ? Question intimement liée au pronostic, et qui ne pourrait être résolue d'une manière positive qu'autant que l'on aurait lieu d'espérer, ce qui, nous répétons, nous semble à peu près impossible dans l'état actuel de la science, que la circulation se ralentira dans un espace de temps assez court. Y.

REVUE GÉNÉRALE.

Du muguet chez les enfants à la mamelle. (Suite.) — Le numéro du 26 janvier dernier, de la *Gazette des Hôpitaux*, renferme un extrait de la première partie du mémoire de MM. Trousseau et Delpech sur cette affection. En voici la suite : Après avoir passé en revue les causes locales qui donnent naissance au muguet simple et idiopathique, une seconde espèce de causes, disent-ils, est celles qui s'exercent d'abord sur l'économie tout entière, et qui n'agissent que secondairement sur la bouche, où elles produisent le muguet symptomatique. Il est une cause toute spéciale qui, dans des circonstances différentes, peut développer soit une stomatite pseudo-membraneuse sans gravité, soit une infection générale dont le muguet n'est qu'une expression partielle. Cette cause, c'est l'influence puerpérale épidémique, agent dont l'essence et le mode d'action échappent à nos recherches, mais qui se traduit chez les nouvelles accouchées par des accidents terribles, et décime la population des maisons d'accouchement. Jusqu'à présent, cette influence n'a été étudiée que sur la mère ; les auteurs ont eu ici l'occasion de l'étudier sur la mère et sur l'enfant

Toutes les formes de la fièvre puerpérale épidémique, disent-ils, à l'exception peut-être de quelques périodes de la forme appelée typhoïde, sont caractérisées par une disposition phlegmasique générale, que manifestent des inflammations plus ou moins graves et nombreuses, la métrite, la métro péritonite, la phlébite utérine, la *phlegmasia alba dolens*, etc. Chez les enfants, il existe une série d'affections fort analogues à celles-là. La phlébite ombilicale, la péritonite érysipélateuse, l'ophthalmie purulente, le muguet. toutes maladies qui existent plus fréquemment chez les enfants nés de femmes atteintes des maladies que nous avons indiquées. N'y a-t-il pas là un rapport que l'on ne peut nier ? On objecterait à tort que le muguet et l'ophthalmie purulente n'ont pas d'analogue chez la mère ; les auteurs citent en réponse à cette objection une observation curieuse de muguet de la bouche et de la vulve chez une femme atteinte de fièvre puerpérale et dont l'enfant était atteint de muguet, observation dont nous regrettons de ne pouvoir donner, pour ainsi dire, que le titre.

L'ophthalmie purulente est l'affection qui accompagne le plus fréquemment peut être le muguet ; c'est une de celles que l'on voit se développer le plus souvent et avec le plus de gravité chez les enfants pendant le cours des fièvres puerpérales épidémiques. Les auteurs du mémoire rapportent un fait de cette nature relatif à un enfant dont la mère était affectée d'une péritonite très grave. Ici encore, rapport fort intéressant entre l'état de la mère et celui de l'enfant. Déjà M. Libert avait signalé la coïncidence assez fréquente du muguet et de l'ophthalmie purulente ; mais il n'avait pas cherché à reconnaître le lien qui unit les deux affections.

Dans l'histoire du muguet, l'entérite a une importance bien plus grande que l'ophthalmie purulente, cette dernière n'ajoutant aucune

gravité à la stomatite. La diarrhée, au contraire, est une complication considérable, soit qu'elle précède ou accompagne le muguet, soit qu'elle lui succède. Au point de vue du pronostic, tous les auteurs sont du même avis; quant au rapport de succession de l'entérite et du muguet, M. Valleix considère le muguet comme une suite de l'entérite, comme l'indice d'une phase nouvelle et plus grave de la maladie. MM. Rousseau et Delpech pensent, tout au contraire, que l'entérite peut, comme l'ophthalmie purulente, apparaître sous l'influence d'une cause commune avant ou après l'évolution du muguet. Il n'y a entre les deux maladies aucun rapport de cause à effet, mais seulement coïncidence et augmentation de gravité de la première par la complication de la seconde. Le fait suivant, dans lequel l'entérite n'est survenue que secondairement, et dans lequel on trouve réunies toutes les phases de l'infection puerpérale chez les enfants nouveau-nés, ophthalmie, muguet, entérite légère, est assez significative pour lever tous les doutes à cet égard.

« Eug. P., âgé de vingt-quatre jours, né à la Maternité, en est sorti six jours après sa naissance. Depuis deux jours il était affecté d'ophthalmie. Entré le 11 mai 1843 à l'hôpital Necker, ses deux yeux étaient affectés d'ophthalmie purulente; ses fesses étaient un peu rouges, sans éruption vésiculeuse, ni excoriation. Il n'avait encore rien présenté du côté des organes digestifs. Cependant la face interne des joues et la langue présentaient des points blancs de muguet bien caractérisé. Le 17, six jours après son entrée, il fut pris de dévoiement, qui céda sans peine à un traitement convenable. L'enfant sortit guéri le 10 juillet. »

Cependant il est des cas où l'entérite précède le développement du muguet. Alors elle semble être la véritable cause de la maladie, et l'on voit le muguet se développer quelquefois chez des enfants débilités par la persistance de la diarrhée et des vomissements. C'est surtout chez les enfants plus âgés que l'on peut étudier l'action de l'entérite. Elle s'exerce de deux façons : en déterminant sympathiquement une irritation de la muqueuse buccale, et en prédisposant, par une modification profonde des matériaux du sang, l'organisme à la production de pseudo-membranes. Le muguet des phthisiques est dans ce cas; l'intensité du mouvement fébrile, l'action sympathique qu'exerce sur la langue et sur la muqueuse buccale l'inflammation de l'intestin, l'altération probablement due à l'impression longtemps continuée du liquide salivaire que nous avons toujours trouvé fortement acide, présentent chez les phthisiques adultes toutes les conditions du développement du muguet. Si chez l'enfant il se produit plus fréquemment, cela tient sans nul doute aux circonstances particulières dans lesquelles se trouve le malade, à la fragilité des membranes tégumentaires et à la plasticité plus grande du sang.

On peut rapprocher cette maladie de quelques-unes de celles qui, dans l'enfance ou dans un autre âge, ont avec elle des analogies assez grandes; la tendance à l'ulcération des téguments et des muqueuses s'observe dans toutes les cachexies, soit que le mouvement de décomposition l'emporte sur celui de composition, soit que des éléments morbides qui n'ont pu être éliminés exercent sur certains points une action irritante capable d'éveiller une phlegmasie quelque fois vive; or, l'insuffisance de certains éléments constitutifs du sang est trop évidente chez un enfant atteint de vomissements et de diarrhée, et qui, par conséquent ne peut rien assimiler.

En résumé, la stomatite pseudo-membraneuse se développe sous l'influence d'actions locales qui sont : l'inflammation de la muqueuse buccale, l'altération du liquide salivaire, favorisée par un travail physiologique particulier et par les frottements que nécessite la succion.

Pour les causes générales, nous avons examiné l'influence de l'âge, et nous avons considéré la diathèse puerpérale comme cause fréquente du muguet; enfin nous avons fait la part de l'entérite. Dans un troisième article, les auteurs se proposent d'étudier l'influence de l'alimentation.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la digestion, suivie d'un nouveau dictionnaire des aliments; par le docteur P. Gaubert. In-8°. — Chez Mansut.

L'harmonie de toutes les fonctions est nécessaire à l'entretien de la vie. Les rapports qui les unissent sont si intimes, si constants, que le trouble d'une seule entraîne le désordre de toutes les autres, désordre dont l'intensité est en rapport direct avec l'importance de la fonction primitivement altérée. Sous ce point de vue, Broussais a rendu un service immense à la science, en démontrant d'une manière positive, un peu trop exclusive peut-être, mais avec l'entraînement du génie, la haute influence qu'a sur la santé générale la régularité ou la souffrance des fonctions digestives. Atteint lui-même pendant longues années d'une affection grave et douloureuse de l'appareil digestif, M. Gaubert s'est trouvé naturellement amené à étudier d'une manière plus spéciale et les fonctions physiologiques de cet appareil, nécessaires à la connaissance des états morbides divers qui peuvent s'y développer et les phénomènes pathologiques qui résultent de ces états morbides. C'est un résumé des notions auxquelles il est arrivé, qu'il offre aujourd'hui sous le titre évidemment trop modeste d'*Hygiène de la digestion*, se réservant d'examiner dans des travaux subséquents les points les plus importants qu'il n'a fait qu'effleurer ici.

Dans la première partie de son livre, l'auteur a voulu développer toutes les conséquences, soit à l'état physiologique soit à l'état pathologique, de l'idée exprimée dans cette première proposition de son travail : « La vie s'entretient par le mouvement; le mouvement use les matériaux de la vie et nécessite leur réparation. » Seize autres propositions claires, courtes, aphoristiques, mais complètes, suivies d'un commentaire détaillé, dans lequel l'auteur aborde les plus hautes considérations physiologiques, résument l'exposition du mécanisme de la digestion. Puis viennent les rapports fonctionnels et sympathiques de la digestion, avec les autres fonctions organiques, considérés dans leur ensemble et séparément. Ce chapitre, qui d'après le titre des paragraphes semblerait ne devoir contenir que des considérations théoriques, fourmille de faits pratiques, dont l'auteur se sert pour établir des corollaires aussi utiles qu'ingénieux.

La partie véritablement pratique de l'ouvrage, et pour nous la plus essentielle, car à nos yeux l'importance d'un livre, quel qu'il soit, est toujours en raison directe de son utilité pratique, c'est la seconde moitié du livre où M. Gaubert pose les règles de l'hygiène de la digestion appropriées aux climats, aux saisons, aux âges, aux sexes, aux tempéraments, aux professions, et enfin aux constitutions maladives. Les médecins y trouveront de judicieuses remarques, entre autres sur les divers états morbides de la femme qui, après avoir été longtemps rapportés à un état inflammatoire de l'estomac, ont été de nos jours, par une réaction trop exclusive, attribués par certains médecins un peu systématiques, à cet état chlorotique auquel on est quelquefois bien heureux de renvoyer pour l'explication des phénomènes pathologiques qui s'y souvent embarrassent le diagnostique.

Un nouveau Dictionnaire des aliments dans lequel l'auteur expose les propriétés nutritives et le genre d'action des aliments solides ou liquides, termine le travail dont nous n'avons pu, et nous le regrettons, dans cette analyse rapide et un peu sèche, présenter, qu'on nous passe cette expression, qu'une sorte de squelette.

Nous ne terminerons cependant pas sans louer l'auteur d'avoir combattu les tendances un peu trop absolument mécaniques des physiologistes modernes, et d'avoir essayé de substituer à la théorie purement chimique de la digestion des explications fondées sur l'observation directe, et sur une connaissance approfondie des lois de l'organisme.

Pour M. Gaubert, qui est loin de partager sur ce point les idées des manipulateurs, si haut placés qu'ils soient dans la science, la merveilleuse machine animale ne se réduit pas à un appareil d'absorption et de combustion. Réfutant avec une sévère et inflexible logique les assertions sans base physiologique de ceux qui ne voient dans l'être organisé qu'une cornue ou qu'un alambic, l'auteur démontre, à l'aide de l'expérience et du raisonnement, que la nutrition se compose de phénomènes d'absorption, il est vrai, dans quelques circonstances, mais aussi et le plus souvent de phénomènes d'assimilation et de *transformation*. Les exemples les plus vulgaires suffisent à l'auteur pour démontrer la vérité de cette proposition. L'enfant qui, pendant les premiers mois de sa vie extra-utérine, se nourrit exclusivement du lait de sa mère, d'où tire-t-il les éléments du sang, si ce n'est du lait? Donc il *transforme* en fibrine et en globuline les éléments d'un liquide qui ne contient aucun de ces deux principes. Le poulet qui, dans sa coquille, sous l'influence de la seule incubation, produit du sang rouge et de la fibre musculaire, ne fait-il donc qu'absorber; et s'il est prouvé qu'il y a dans sa vie autre chose qu'une absorption, comment appellerez-vous le travail au moyen duquel il fait, avec l'albumine et le jaune de l'œuf, le sang rouge, la chair musculaire, les tissus osseux et membraneux qui constituent l'ensemble de l'être organisé?

Nous promettons à l'homme sérieux et attentif qui suivra l'auteur dans les développements de ses théories positives, une lecture éminemment attachante et instructive. En résumé, le livre de M. Gaubert, rempli d'aperçus aussi ingénieux que finement présentés et élégamment écrits, est un des ouvrages qui resteront dans la science. Car en même temps qu'ils instruisent, ils laissent au lecteur le champ libre à la méditation, et l'accoutument à ne pas s'égarer dans les ténèbres des opinions préconçues et des théories imaginaires.

Docteur A. Foucart.

— *Avis aux médecins et naturalistes.* — MM. les médecins et naturalistes qui désirent faire des recherches d'*anatomie comparée*, sont invités à s'adresser à M. Pigné (au Musée-Dupuytren, tous les jours de deux à trois heures), qui mettra à leur disposition les animaux (mammifères, reptiles, poissons) nécessaires à leurs recherches.

Toutes les préparations seront déposées avec le nom du préparateur dans le musée de la Faculté.

— On demande un jeune médecin pour un établissement. Il aurait à donner *deux heures* de son temps tous les deux jours, la petite chirurgie à faire, et parfois quelques malades à voir.

Il y a de petits appointements et autres avantages.

S'adresser au Bureau du Journal.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36

MARDI 25 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 25. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 24 FÉVRIER 1845.

Nous recevons de M. le docteur Ch. Martin, de Bercy, quelques réflexions relatives à l'Association de prévoyance des médecins de paris, sur lesquelles nous croyons utile, iutéressant et opportun d'attirer l'attention de nos lecteurs. M. Martin s'étonne et s'afflige de ce que les médecins de la banlieue de Paris aient été exclus de cette association; il ne comprend pas les motifs de cet ostracisme, qu'on n'a d'ailleurs pas fait connaître, et il appelle toute la sollicitude de la commission générale sur ce point, qui intéresse la dignité et l'honorabilité d'un grand nombre de confrères. Il voudrait qu'à l'exemple de plusieurs autres associations semblables, celle-ci prit le nom d'Association des médecins du département de la Seine, et non pas seulement des médecins de Paris.

Pas plus que notre honorable confrère, nous ne comprenons les raisons qui ont pu motiver cette exclusion, que nous croyons, comme lui, injuste, imméritée et insoutenable en équité et en droit. Membres de la même famille médicale, les médecins de la banlieue n'exercent-ils pas au même titre que leurs confrères de Paris leur profession honorable? Leurs services sont-ils moins méritoires, et ne sont-ils pas dignes de la même estime et de la même considération? Si, comme on peut le prévoir et l'espérer, chaque département de la France compte bientôt une association de prévoyance, chose bizarre, les médecins de la banlieue de Paris seront seuls exclus des avantages que ces associations procurent. N'y aura-t-il donc parmi aux aucune infortune à secourir, et seront-ils privilégiés à ce point, que la maladie, la vieillesse, les infirmités et la mort, ne porteront aucune perturbation dans leur existence et celles de leurs familles?

Toutes ces considérations sont fort convenablement exposées dans la lettre de M. le docteur Martin : « Ne se pourrait-» il pas, dit-il, qu'il s'en trouvât parmi nous qui revendi-» quent l'honneur d'appartenir à cette société plutôt pour le » bien qu'ils pourraient concourir à y faire que pour le profit » matériel qu'ils auraient à en espérer? » Et en effet, au point de vue des intérêts financiers de l'Association, nous croyons que l'adjonction des médecins de la banlieue serait plutôt une bonne affaire qu'une charge. Placés dans des conditions hygiéniques meilleures que leurs confrères de Paris, il ont moins à redouter la maladie, l'interruption qu'elle occasionne dans les travaux de la profession et la gêne qu'elle amène. D'un autre côté, la coucurrence est moins grande dans la banlieue que dans Paris même, l'encombrement des médecins y est moins considérable et par conséquent l'exercice de l'art plus productif, toutes choses égales d'ailleurs; ajoutons que les charges y sont moins lourdes, loyer moins cher, vie plus facile, représentation nulle, etc., et que ces circonstances réunies font que si les médecins de la banlieue ne sont pas riches, ils ont en général plus de véritable aisance que ceux de Paris. Ils ne pourraient donc être ni un embarras ni une charge pour la caisse de l'association, et en revendiquant l'honneur d'en faire partie, ils sont plutôt incités par un sentiment de confraternité et de bienfaisance que par son intérêt personnel. Dans tous les cas, et alors même qu'ils invoqueraient seulement la *prévoyance* pour demander à l'Association en commun les avantages que ne peut procurer l'isolement, pourquoi seuls seraient-ils frappés d'exclusion?

Si un grand nombre de médecins de la banlieue partagent les idées, les désirs et les espérances de M. Martin, ils doivent collectivement appuyer sa demande. Une voix isolée ne se fait pas assez entendre. En suivant l'honorable et légitime initiative prise par leur confrère, ils auront plus de chances de succès en demandant en masse que séparément. Une démarche appuyée par le concours actif et réel de tout ce que la banlieue offre de médecins considérés et bien placés, serait certainement prise en considération, car elle serait basée sur la justice la plus incontestable.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

Revue du service.

Tumeur blanche du genou. Des chances de l'amputation.

Au n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, est couchée une fille de dix ans environ, affectée d'une tumeur blanche du genou gauche. Ce qui doit nous occuper ici, ce n'est point la cause ni la nature de la lésion articulaire qui a déterminé la production de cette tumeur blanche. Cette jeune fille devait être amputée aujourd'hui. En général, les amputations sont heureuses chez les enfants; on peut dire que la guérison est la règle, et la non-guérison l'exception. Dans les hôpitaux consacrés aux maladies des enfants, on n'observe guère qu'une mortalité de un sur six dans les cas de grandes amputations. C'est le résultat auquel, en particulier, M. Guersant est arrivé en moyenne depuis qu'il fait le service chirurgical dans les salles dont il est chargé; et cela, sans faire entrer en ligne de compte les amputations de doigts, de phalanges, etc., mais seulement les grandes opérations, les amputations de bras, d'avant-bras, de jambes, de cuisse.

Ces succès peuvent en partie être attribués aux conditions favorables que présente l'âge des sujets; peut-être la nature des maladies elles-mêmes qui nécessitent l'amputation, leur état chronique et le caractère purement local de l'affection, doivent-ils également être pris en considération. Mais ce qui nous semble être de la plus haute importance, et ce qui a toujours tout particulièrement attiré notre attention, ce sont les soins incessants dont nous avons l'habitude d'entourer nos opérés. Pour nous, le brillant du manuel opératoire n'est pas tout en chirurgie; en même temps qu'il est chirurgien, l'opérateur doit être médecin aussi, et le traitement des phénomènes consécutifs à l'opération est peut-être plus essentiel encore à la guérison que la manière dont a été faite cette opération.

En général, autant que nous le pouvons, et à moins que nous n'ayons affaire à des affections qui rendent urgente l'amputation, nous avons coutume de ne pratiquer nos opérations graves que dans les saisons tempérées, au printemps principalement et au commencement de l'été. Nous avons observé qu'alors les chances de succès augmentaient encore, et étaient infiniment plus nombreuses que pendant les saisons où la température est extrême. Malgré les inconvénients que peut présenter une trop haute température, nous préférons cependant encore les chaleurs de l'été aux rigueurs de l'hiver. Il est toujours à craindre, pendant cette dernière saison, que les malades ne soient atteints de refroidissement pendant les pansements, et que par suite des phlegmasies intercurrentes graves ne viennent compliquer d'une manière fâcheuse la situation de l'opéré.

L'enfant, à propos de laquelle nous présentons ces considérations pratiques, est, comme nous l'avons dit, affectée d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche, avec gonflement des extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia. Il existe des fistules autour de l'articulation; toutes ces conditions assez défavorables nous avaient fait prendre la résolution d'opérer le plus tôt possible. La rigueur de la température (20 février) nous force à remettre l'opération; mais nous avons cru nécessaire de vous exposer les motifs qui nous déterminent à agir de cette manière.

Chute d'un sixième étage. Fracture du crâne.

Au n° 3 de la même salle est couchée une jenne fille qui présente un cas des plus intéressants. Elle est entrée dans notre service le 14 février. La veille, étant au sixième étage de la maison qu'elle habite, elle se pencha sur la rampe de l'escalier; le poids du corps l'entraîna, et elle tomba sur le pavé, après avoir heurté dans sa chute les montants de la rampe de l'escalier. Quand on la releva sans connaissance, on constata deux plaies au front, dont nous vous parlerons dans un instant. Une saignée lui fut faite sur le champ, et une application de saugsues derrière les oreilles. Le lendemain, vendredi, l'enfant fut amené dans nos salles. Elle présentait quel-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une nouvelle incroyable mais réelle. — La section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences. — Ce qu'elle est et ce qu'elle pourrait être. — Fin de la discussion de Charenton. — Conseils au ministre. — La Faculté aux oubliettes. — Le critique et ses amis. Histoire en forme de morale du docteur Arthur.

Des nouvelles de la semaine, il faut que je commence par la plus grande et la plus imprévue, par celle qui nous a tous jetés dans la plus extrême surprise, qui nous faisait tous ouvrir de grands yeux et de grandes oreilles, qui nous forçait à demander si quelque événement de majeure importance se préparait dans le monde médical; une nouvelle qui a surpris M. Arago comme aurait pu le faire une éclipse non prédite, et qui a plongé dans le plus profond étonnement jusqu'aux huissiers de l'Institut ordinairement si impavides et d'une si remarquable quiétude d'esprit; cette nouvelle incroyable, miraculeuse et fantastique, la voici : La section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences, a fait un rapport lundi dernier, et cela, circonstance encore plus extravagante d'invraisemblance, par l'organe de M. Magendie ! ! ! Rien n'est plus vrai cependant, je l'ai vu et entendu, et sans ces deux circonstances je serais Thomas à ce point de n'en rien croire; même, comme je sortais de lire un excellent livre de M. Brierre de Boismont sur les *hallucinations*, j'ai eu peur de me voir aussi le jouet de quelque perception imaginaire et fausse, et c'est en tremblant que j'interrogeais mes voisins sur la réalité du phénomène; mais deux jours après j'ai été complétement rassuré et convaincu en voyant la chose imprimée dans ce journal. Pour qui fréquente cette Académie ou qui lit le compte-rendu de ses séances, ce fait a dû paraître entièrement surnaturel, car en consultant les anciens de l'endroit, on apprend que plusieurs lustres se sont écoulés depuis l'apparition d'un semblable phénomène. Cela commençait à devenir une sorte de tradition à demi effacée, dont on ne retrouvait de traces que dans les souvenirs lointains de quelques vieillards. A M. Magendie revient donc la gloire d'avoir rattaché le présent au passé et détruit cette croyance qui commençait à se répandre, savoir : que la section de médecine était peut-être quelque espèce antédiluvienne complétement perdue. Il est vrai que voyant l'illustre académicien dérouler son manuscrit, on aurait pu s'attendre à un rapport sur quelque haute question de science et de pratique au lieu d'un éloge sur un bras artificiel, invention utile sans doute, mais dont les pauvres manchots, ou plutôt les manchots pauvres ne retireront pas grand bénéfice à cause de son prix élevé (500 francs); il est vrai qu'en fouillant un peu dans les cartons de l'Institut, qui regorgent de travaux non rapportés, on aurait pu faire l'honneur à quelque médecin national d'examiner un travail de valeur et d'importance, au lieu de choisir pour le premier précisément un étranger qui n'est pas médecin, un brave mécanicien hollandais qui sera bien fier de tant d'honneur. Mais, ne soyons pas si difficiles, voyons dans le fait une velléité intentionnelle digne d'encouragement, et acceptons-le comme une promesse d'un meilleur avenir.

Car il me semble que cette section de médecine et de chirurgie de l'Institut pourrait jouer un rôle élevé, considérable, dans notre science. Si au lieu de limiter son intervention à la douce et agréable besogne de distribuer annuellement les fonds de la dotation Montyon, elle exerçait un contrôle sérieux et équitable sur l'immensité des travaux soumis à son examen, si par de fréquents rapports elle rendait ses appréciations publiques, et que ses jugements fussent connus de tous, de grands, d'immenses avantages en résulteraient pour la science et pour le public. Pour la science : dans l'attente certaine d'un examen sérieux et d'un jugement motivé, nous ne verrions pas la correspondance surchargée de travaux sans valeur et sans portée, la tribune si souvent envahie par des hommes qui, à la simple éclosion d'une idée, s'empressent de la produire faible, débile et impuissante, là où elle ne devrait apparaître que mûrie par la réflexion, fécondée par l'expérience de tous les jours et enrichie de résultats. D'un autre côté, les travaux réellement importants qui sont présentés à cet illustre corps, n'acquerraient-ils pas une plus grande importance, une plus rapide pénétration dans le public intéressé à les connaître par un examen approfondi et une sanction solennelle? — Pour le public : il n'est que trop vrai, et l'expérience le confirme, qu'encouragée par l'indifférence et le silence de la section, qu'attirée par l'espoir d'une publicité tolérante et inconsidérée, une foule de pseudo-médecins, d'industriels indignes, de charlatans pour tout dire, se donne hebdomadairement rendez-vous aux séances de l'Institut; que dans ce sanctuaire auguste, dans cet austère asile de la science on entend fréquemment les plus incroyables et les plus audacieuses jongleries; que souvent des journalistes trompés reproduisent dans des feuilles publiques et infiltrent dans la société l'erreur, le mensonge, la fraude, et tous les maux qui en résultent. Si de temps à autre, et du moins dans quelque occasion éclatante la section faisait bonne justice de quelques-unes de ces piperies médicales auxquelles le public se laisse prendre, ne remplirait-elle pas un grand devoir de morale et d'utilité publique? Et quels membres de notre confrérie sont mieux et plus haut placés pour donner à leur blâme toute l'autorité de la raison, de la science et de l'honnêteté? Mais non; on laisse se propager et se reproduire par l'impunité les plus scandaleux outrages à la science, les plus graves atteintes à la santé publique. Ces jours derniers, j'ai vu un livre qui sue par tous les pores le charlatanisme le plus déhonté, portant au titre ces mots en grosses lettres : *Ouvrage présenté et dédié à l'Académie des sciences*; et la dédicace s'y trouve révoltante d'impudeur et de cynisme !....

Mais je ne vous comprends pas, illustres représentants de notre science, vous qui pourriez être pour elle ce que la Cour de cassation est à la jurisprudence, vous vivez dans l'impuissance et la stérilité de l'inaction; vous accueillez le bon, le sérieux et l'utile sans qu'il excite en vous un mouvement généreux d'encouragement et d'éloge; vous laissez passer le nuisible et l'absurde sans qu'il allume en vos cœurs une sainte colère, une scientifique indignation. Et l'on se plaint du débordement du charlatanisme, alors que, par une tolérance coupable, il peut hanter les sociétés les plus savantes, s'y faire écouter, s'y faire imprimer, et l'on demande aux lois une pénalité nouvelle quand on laisse se rouiller inactive l'arme forte et puissante de l'opinion, de la critique et du ridicule ! — Je n'oserais pas affirmer qu'il n'existe pas aussi des charlatans de chimie, de mécanique, d'astronomie et même de géométrie; mais ce qui est certain, c'est qu'ils ne trouvent pas à l'Académie des sciences des oreilles complaisantes; ce qui est certain, c'est qu'ils y rencontrent des juges sévères et empressés, et que l'erreur y est aussitôt combattue que produite. Seule la médecine fait exception, seule elle laisse tout dire et tout faire sans examen et sans contrôle. Tous les hommes sincèrement attachés à la dignité de notre art font des vœux pour un changement dans cet état des choses, et c'est ce qui m'a fait donner une certaine importance au rapport tout à fait inattendu de M. Magendie; s'il présageait une ère nouvelle, nous devrions le saluer avec reconnaissance.

— Ce que c'est qu'un bon conseil ! Et pourquoi ne l'ai-je pas donné plus tôt? L'Académie de médecine y aurait économisé son temps et ses ennuis; mais enfin, de guerre lasse, elle a adopté une proposition qui renvoie intacte la question de Charenton au ministre, qui seul peut la résoudre. De sorte que l'Académie à perdu deux mois de son temps et neuf de ses séances pour ne rien faire du tout. Voilà donc le ministre forcé de trancher tout seul la difficulté; c'est ce qui pourrait embarrasser beaucoup M. Duchâtel. Puisque mes petites idées obtiennent faveur, je me permettrai d'en soumettre une à M. le ministre, qui me semble devoir singulièrement aplanir les choses. On sait ce que se disputent le médecin et le chirurgien de Charenton, c'est le droit de faire l'autopsie des sujets morts après avoir été traités chirurgicalement. Si j'étais ministre, je ferais un article de règlement ainsi conçu : « Celui-là seul fera l'autopsie, par le fait de qui le sujet sera mort. » Je promets, je certifie, j'assure que M. le ministre n'aurait plus la tête cassée de ce différend, et qu'à l'avenir on n'entendrait plus parler de la plus légère contestation à cet endroit. Qu'il en essaie, M. le ministre.

ques symptômes de coma, mais peu prononcé ; le pouls était fort, développé. Bien qu'elle ne répondît que lentement et difficilement, cependant à force de l'interroger on finissait par en obtenir quelques mots. Cinq sangsues furent appliquées de nouveau derrière chaque oreille, et des cataplasmes sinapisés furent entretenus aux jambes et aux cuisses pendant une partie de la nuit.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, le samedi 15, elle ne présentait plus le moindre phénomène de stupeur. Elle répondait bien aux questions, mais elle avait complétement oublié ce qui s'était passé et par suite de quel événement elle se trouvait à l'hôpital. Si singulière que soit cette circonstance, elle est extrêmement commune et presque constante chez les sujets qui ont fait des chutes. Dernièrement, nous avons donné nos soins à un jeune homme en ville, qui avait fait une chute de cheval et qui avait une fracture du crâne. Lorsque au bout de quelque temps le malade a pu parler, le souvenir de l'accident était tout à fait effacé de sa mémoire. Depuis qu'il est guéri, il n'a pu parvenir, par aucun effort de mémoire, à se rappeler les circonstances de sa chute.

En examinant notre petite blessée, nous avons constaté que son intelligence était bien complétement rétablie. Les mouvements des membres étaient libres ; seulement l'enfant éprouvait des douleurs générales.

Il existait deux plaies au front ; l'une à la partie antérieure-supérieure droite, n'intéressant que la peau et ne présentant aucune gravité ; l'autre au côté gauche de l'os frontal, immédiatement au-dessus du sourcil ; cette plaie présente une étendue de cinq centimètres en longueur ; on aperçoit les os dénudés entre les lèvres de la plaie. Nous avons reconnu qu'il y avait fracture au léger enfoncement qui existait. La dépression produite par cette fracture est très peu considérable, de l'épaisseur seulement de l'os fracturé, deux ou trois millimètres tout au plus, de telle sorte que la table externe de l'un des fragments se trouvait au niveau de la table interne de l'autre. Lorsque l'enfoncement n'est pas plus considérable, il arrive souvent, comme dans le cas actuel, qu'il n'y a point de symptôme de compression.

Maintenant, jusqu'où se prolonge la fracture ? C'est ce qu'il nous est impossible d'apprécier, ni même de conjecturer ; ce qu'il y a de positif, c'est que l'œil est ecchymosé, ainsi que la paupière, ce qui nous permettrait jusqu'à un certain point de supposer que la fracture s'étend à la paroi supérieure de l'orbite et peut-être fort loin à la base du crâne. Nous nous sommes borné jusqu'à présent aux révulsifs cutanés aux extrémités inférieures, et aux dérivatifs sur le tube intestinal. Des lavements laxatifs, de l'huile de ricin, une bouteille d'eau de Sedlitz ; pour boisson, du petit-lait émétisé. A cela près de la plaie du côté gauche qui ne présente pas un très bon aspect, et dont les lèvres béantes laissent voir les os dénudés, l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible. Le pouls ne donne que 92 battements par minute. Les ecchymoses de la face n'offrent rien de sérieux, et il n'y a point de fractures des os de la face. La réunion de toutes ces circonstances nous a fait porter un pronostic assez favorable ; nous avons encore, il est vrai, à redouter le développement d'une méningite, complication assez fréquente et qui ne se manifeste quelquefois qu'après un temps assez long. Pour la prévenir autant qu'il est en notre pouvoir, nous continuerons à tenir le ventre libre ; l'enfant depuis quelques jours a été mise à l'usage de bouillons très légers et peu copieux.

Ce matin (huitième jour de l'accident), nous avons permis un potage très léger. Si, comme tout porte à l'espérer, il ne survient pas d'accidents, ce fait viendra à l'appui de l'assertion que nous avons émise dernièrement devant vous en parlant des fractures chez les enfants, à savoir, que chez les enfants les chutes sont beaucoup moins graves que chez les adultes. Quelle que soit l'issue de ce fait, il n'en reste pas moins intéressant.

Abcès froid développé chez un sujet scrofuleux après une amputation.

Au n° 9 de la même salle, est couchée une fille à laquelle nous avons pratiqué dernièrement une amputation du doigt. Sous le rapport de l'affection locale, cette malade ne nous a rien présenté de particulier. Mais nous devons attirer votre attention sur un accident que les auteurs ont généralement regardé comme très commun, et que, d'après notre observation personnelle, nous sommes, au contraire, fondé à regarder comme assez rare. La cicatrisation marche lentement, mais régulièrement, et voici ce que nous avons constaté quelques jours après l'après l'opération.

Vers l'angle externe de l'œil gauche s'est développée une petite tumeur fluctuante présentant peut-être un certain degré de mobilité quand on cherche à la déplacer ; mobilité assez semblable, bien qu'à un moindre degré, à celle que l'on trouve dans certains kystes des paupières. Nous avons vu un assez grand nombre de tumeurs de ces deux espèces, pour pouvoir apprécier assez facilement les différences qui existent entre un kyste de la paupière et un abcès. La tumeur enkystée se rapproche beaucoup plus du bord de l'orbite ; elle est aussi beaucoup plus mobile ; enfin elle se développe avec une rapidité beaucoup moins grande. Dans les cas où la tumeur est formée par un abcès, il y a douleur de l'os lorsqu'on le comprime avec le doigt ; douleur qui existe en effet aussi dans le cas actuel, et qui est une probabilité de plus en faveur de notre opinion. Pour nous, cette enfant présente donc un abcès froid, symptomatique de la carie d'un os existant depuis longtemps déjà. L'abcès ne s'est développé que depuis l'opération que nous avons pratiquée, et qui a été comme la cause occasionnelle de l'apparition de la tumeur. Sans être excessivement rare, nous le répétons, le fait du développement d'abcès froids symptomatiques chez des sujets scrofuleux ayant subi une opération, fait que les auteurs regardent comme très commun, n'est pas non plus aussi fréquent qu'on l'a pensé.

Taille bilatérale. Guérison.

Au n° 21 de la salle Saint-Côme se trouve un enfant auquel nous donnons la sortie aujourd'hui (20 février), et qui sort complétement guéri après avoir subi l'opération de la taille bilatérale. Ce fait est d'autant plus remarquable, que le sujet se trouvait dans de mauvaises circonstances. Quelques jours après son entrée dans nos salles il fut pris de variole, et ce fut pendant la convalescence de cette affection, aussitôt que sa santé nous le permit, que nous pratiquâmes l'opération de la taille, dont le succès a été complet, et qui n'a été suivie d'aucun accident.

— A ce propos nous nous croyons devoir rapporter un fait intéressant dont M. Guersant entretenait il y a quelques jours à peine le rédacteur de cet article. On sait qu'un de nos chirurgiens les plus habiles dans l'opération de la taille, auquel on doit de nombreux succès, mais qui est partisan exclusif de la taille par le haut appareil, repousse l'opération bilatérale, qui a l'inconvénient, prétend-il, de rendre les sujets impuissants. Par un hasard fort heureux et fort singulier, M. Guersant retrouva dernièrement le premier sujet auquel il ait pratiqué la taille bilatérale, il y a quinze ans environ. Le jeune homme est maintenant âgé de vingt-trois ans, était entré dernièrement à l'hôpital du Midi pour une blennorrhagie. M. Guersant s'est convaincu, par les réponses qu'a faites le jeune homme aux questions qu'il lui a adressées, qu'il jouissait de la plénitude de ses facultés viriles. Le fait est donc en contradiction avec l'assertion du vénérable lithotomiste dont nous venons de parler. M. Guersant pense, du reste, que lorsque l'opération est faite avec soin, jamais il ne peut arriver de lésion des canaux éjaculateurs, partant, d'impuissance consécutive.

Rescision complète de l'urètre pratiquée avec succès chez une femme. Quelques préceptes relatifs à cette nouvelle opération (1). Mémoire du professeur A. Riberi, lu à la Société médico-chirurgicale de Turin, dans la séance du 23 août 1844, et imprimé dans le numéro d'octobre du *Journal des Sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Turin.*

(Traduit de l'italien par le dr Frén. CAZALIS.)

Dans l'assemblée du 7 juin, je vous parlai brièvement, Messieurs, d'une opération tout à fait nouvelle dans les fastes de l'art : de la rescision de l'urètre tout entier, que je venais de pratiquer chez une dame sept jours auparavant. Je m'engageai alors avec plaisir à vous donner plus tard quelques détails sur la maladie qui avait réclamé cette opération ; je viens accomplir ma promesse. Je vous dirai aussi la manière dont j'exécutai cette rescision ; je discuterai avec soin les chances de succès que présente cette opération, sur laquelle se taisent l'expérience des siècles et les oracles de l'art ; et après vous avoir parlé des accidents imprévus qui se présentèrent pendant le cours de l'opération et des moyens à l'aide desquels ils furent conjurés, je terminerai mon récit en vous faisant connaître la modification que j'ai imaginée dans le manuel opératoire pour prévenir toujours et avec certitude des accidents aussi fâcheux ; modification heureuse, qui rend désormais cette opération d'une simplicité excessive, et qui lui permet, si je ne me trompe grossièrement, de prendre définitivement place parmi ces opérations de haute chirurgie dont l'utilité est incontestable. Passons de suite, avant d'aller plus loin, à la description des faits particuliers de notre observation.

Madame V..., d'un tempérament tout à la fois sanguin, lymphatique et nerveux, âgée de cinquante-huit ans, d'une complexion assez délicate, quoique forte, jouissant d'une haute estime due à la pureté de ses mœurs, au charme de ses manières autant qu'à la bonté de son cœur ; née de parents sains ; ayant été, dans son bas-âge, affligée d'une chute du rectum ; habituellement constipée : fut sujette aux engelures depuis l'âge de dix ans jusqu'à celui de vingt-cinq. Elle eut, en outre, vers les onze ans, un éconlement sanguin par les parties génitales, qui laissa après lui un écoulement continuel, blanc, inodore, et assez abondant, jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle cette dame vit apparaître ses premières règles. La menstruation s'accomplit avec régularité jusqu'à

(1) Je n'ai lu nulle part la description de cette opération. Cependant, comme il est impossible d'avoir l'œil sur tous les ouvrages qui s'impriment dans le monde entier, je serai très reconnaissant envers celui qui pourra me faire connaître que d'autres en ont déjà fait mention, et je prends, dès à présent, l'engagement de rendre à autrui ce qui lui appartiendra. L'idée de l'utilité générale et du progrès de la science et de l'art occupe la première place dans mon esprit, celle de la priorité d'invention ne vient qu'en dernier lieu.

(*Note du professeur* A. Riberi.)

Du reste, voilà l'Académie rentrée dans ses habitudes régulières et engagée dans une discussion intéressante. On sait que la méthode de M. Vidal (de Cassis) pour remédier à certaines fistules vésico-vaginales par l'infibulation, a été récemment mise en pratique par M. le professeur Aug. Bérard, qui a communiqué le fait à l'Académie, où il a excité une certaine émotion. Aux colonnes supérieures appartient l'appréciation du fait et de la discussion qu'il suscite. Cette discussion, au point de vue que j'appellerais esthétique, n'est pas encore assez avancée pour que je hasarde mes impressions. A la semaine prochaine sur ce point.

— La Faculté, comme une sage fille qu'elle est, fait fort peu parler d'elle cette année. Les choses y vont leur petit bonhomme de chemin, ni trop mal ni trop bien. Il paraît, du reste, que tous les bruits de retraite et de démission se sont éteints, et que rien ne sera encore changé dans le personnel professant, dirigeant et administrant. Quoiqu'en certains lieux on m'ait accusé de conspiration ou tout au moins de complicité pour *renverser*, tandis que dans d'autres on me reprochait ma coopération pour *maintenir*, je dirai, plus sage, plus vrai et plus modeste, que n'ayant aucun de ces désirs je ne me suis senti aucune de ces puissances ; que si des appréciations ont pu se trouver sous ma plume, je ne les ai puisées que dans mes faibles lumières et mon indépendance, et que, sans intérêt, sans ambition, sans passion, tout changement à cet endroit m'est personnellement aussi indifférent qu'un bouleversement ministériel dans la Perse ou dans la Chine. Eh, mon Dieu ! s'il fallait répondre à tout ce qui se bavarde de faux, d'inepte, de méchant et d'absurde, chacune de ces causeries serait un plaidoyer personnel. Si je blâme, je suis un acariâtre critique tout pétri de fiel et d'atrabile, un jaloux que l'envie maigrit et dessèche, un Zoïle farouche que tout succès offusque et irrite ; et pour me maintenir dans cet état de fiévreuse colère, ils vous diront que je ne bois que du vinaigre aiguisé d'alcool. Si je loue, c'est bien pis ! chacune de mes lignes est tarifée, toutes mes phrases sont vendues, ils en déterminent la valeur, ils en fixent le prix, il y en a même qui nomment l'agent de change chargé d'acheter mes rentes. Pauvres, misérables, infimes natures qui n'ayant pas dans le cœur un sentiment élevé, dans l'intelligence une idée généreuse, ne comprennent ni le désintéressement, ni l'indépendance, qui à genoux devant un écu vous associent à leur religion impure, et qui ne s'imaginent pas qu'on puisse préférer une médiocrité honorable à l'abandon de sa foi, de sa conscience et de sa probité !.... Mais, pardon pour ces quelques lignes qui me paraissent bien directes, échappées à un sentiment que vous excuserez.

— Jeunes médecins qui voulez vous fixer à Paris, soyez prudents et sages dans vos débuts ; n'allez pas trop vite en besogne, et n'imitez pas l'exemple du docteur Arthur..... dont mon quartier, à cette heure, raconte les infortunes. Vous entendrez souvent dire qu'il faut à Paris du luxe, de la représentation, que tout cela attire et retient le client, et le fait vous honorer d'une manière convenable ; tout cela n'est vrai que dans une certaine limite, et subordonné surtout aux quartiers que vous voulez habiter. Il est facile de comprendre qu'un confrère de la rue Mouffetard n'a pas besoin d'être logé comme celui de la Chaussée-d'Antin. Mais, où que vous fixiez vos pénates, logez-vous honorablement ; meublez-vous convenablement sans aspirer au luxe d'un Rotschild, à l'élégance et à la recherche d'une petite maîtresse. Un tableau de grand maître, un meuble de Boule, un tapis de Beauvais n'attireront pas chez vous plus de clients qu'une gravure de Jazet, que l'acajou modeste ou qu'un tapis à l'aune de la petite propriété. C'est ce que ne comprit pas le docteur Arthur. Il avait recueilli une cinquantaine de mille francs de la succession paternelle, qu'il dépensa, l'imprudent, en frais de premier établissement. Jeune, beau garçon et d'une réputation cythéréenne solidement établie, il prit un appartement dans la Chaussée-d'Antin, qu'il meubla avec un luxe extravagant ; il eut un cabriolet élégant, un cheval de race, une livrée brillante, et si bien qu'au bout de l'an la succession paternelle avait disparu. Cependant, il avait monté sa maison comme un médecin qui gagne cinquante mille francs n'en a pas une, et lui que gagnait-il ? En recevant à sa table tout un monde artistique et littéraire, en admettant dans son salon toutes les baronnes de la rue du Helder, ces femmes à existence problématique et inconnue dont ce quartier pullule, le pauvre confrère avait cru voler à une clientèle rapide ; et de fait il était très occupé ; car tout ce monde de plaisir trouve charmant d'avoir un médecin, mais de le payer, fi donc ! c'est du plus mauvais goût. Comment un jeune et beau garçon peut-il demander le prix de ses visites à une femme jeune et jolie ? Et l'artiste, le poète, qui répondaient à ses mémoires : Allons, docteur, Esculape était fils d'Apollon, et nous sommes frères. Bref, rien ne venait ; et comment soutenir ces apparences de luxe et de fortune qu'il avait si brillamment montrées à son début ? Par un mariage. Il le tenta ; mais derrière cette luxueuse mise en scène les beaux-pères voulaient voir le positif, et tout aussitôt la dot fuyait épouvantée. Alors commença pour le docteur Arthur une vie d'expédients et d'angoisses à faire frémir ; l'usurier immonde qui pour la signature de mille francs donne cinquante francs espèces, et le reste en vieilles clarinettes ou en peaux de chameau ; l'huissier et son effroyable papier timbré, qui au bout de huit jours doublait en frais une dette non payée ; tout un cortége de fournisseurs effrayés venant faire des *scènes* ; le propriétaire en retard réclamant ses termes ; en un mot tous les embarras, toutes les misères, toutes les humiliations d'un débiteur qui ne peut pas payer, et qui s'agite et se démène aujourd'hui pour éviter la catastrophe de demain... Mais la catastrophe arriva, que je ne veux pas décrire, cruelle, poignante, complète, laissant un regret amer, mais tardif, de s'être précipité dans une voie fallacieuse.

Or, je vous le demande, jeunes gens, que serait-il arrivé si avec cinquante mille francs devant lui, avec un appartement modeste, un petit train de maison, avec du courage, un peu de patience, de l'activité, de l'ordre et de l'économie, avec une ambition contenue, le docteur Arthur, au lieu de courir après une clientelle impossible et fantastique, eut demandé au temps, à l'étude, à de bonnes et solides relations, un accroissement progressif et une position graduelle ? Laissez-moi vous répéter ce petit conseil que je donnais tantôt : Soyez sages, prudents, et n'allez pas trop vite.

Jean Raimond.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Le corps médical vient de perdre un de ses membres les plus distingués. M. Ribes, ancien médecin en chef de l'hôtel royal des Invalides, est mort le 21 février, à l'âge de soixante-dix ans environ.

M. Ribes était officier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. Il avait publié récemment (1844) le troisième volume de ses *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie* ; recueil riche de faits et de remarques pratiques. M. Ribes avait fait toutes les campagnes de la république et de l'empire ; c'était un ami de l'illustre Larrey, avec lequel il s'était trouvé fréquemment sur les champs de bataille. Modeste et menant depuis longtemps une vie retirée, M. Ribes avait été vivement affecté de la mesure qui l'avait frappé il y a quelques années, la mise à la retraite, disgrâce qu'il n'avait pas méritée, et qui l'avait atteint avant l'âge.

Les obsèques de M. Ribes ont eu lieu aujourd'hui au milieu d'un concours nombreux de confrères.

— M. Geslin, officier de santé à la Ferté-Vidame, est mort de froid sur la route de la ferme de la Richardière, où il se rendait dans la nuit du 10 au 11, pour prêter les secours de son art à une femme prête d'accoucher.

quarante-huit ans; et pendant tout ce long intervalle de temps, la leucorrhée dont nous avons déjà parlé persista, mais avec une intensité beaucoup moindre que dans le principe; toutefois, ainsi que cela arrive d'ordinaire en pareilles circonstances, elle devenait beaucoup plus abondante pendant les quelques jours qui précédaient et suivaient la menstruation. Au début de la leucorrhée, la dame V..., qui n'avait encore que onze ans, fut visitée par un docteur qui constata, déjà à cette époque, l'existence d'une petite tumeur siégeant dans le méat urinaire, tumeur indolente *ad sensum*, mais quelque peu douloureuse *ad tactum*. La malade dit même d'une manière assez positive qu'elle était atteinte de cette maladie depuis les premières années de son existence. La tumeur s'accrut peu à peu jusqu'au moment où eut lieu la première apparition des règles, c'est-à-dire jusqu'à dix-sept ans; elle se maintint ensuite stationnaire (la malade le pense du moins ainsi) jusqu'à la cessation de la fonction menstruelle, qui arriva à quarante-huit ans.

Il faut croire néanmoins qu'à l'âge de vingt-six ans, cette tumeur avait déjà acquis un assez grand volume, puisqu'à cet âge la malade, ayant été demandée en mariage, crut nécessaire de consulter une personne de l'art pour savoir si sa maladie ne s'opposait pas à ce qu'elle pût contracter de semblables nœuds. Le docteur prescrivit d'appliquer sur la tumeur une poudre noirâtre et caustique; trois applications successives furent faites; mais on fut bientôt obligé de les abandonner, à cause des violentes douleurs qu'elles occasionnaient, sans amener en compensation le plus léger avantage. Madame V... s'étant mariée à vingt-sept ans, eut une seule grossesse qui fut heureuse; l'accouchement fut pourtant laborieux et les suites de couches assez longues pour s'opposer à ce qu'elle pût allaiter son enfant. L'acte du coït, assez douloureux avant l'accouchement, fut supporté depuis avec plus de facilité; mais dès que la fonction menstruelle eût cessé, il devint de nouveau assez pénible.

A l'âge de quarante-huit ans, quelques autres incommodités se joignirent à celle-ci: madame V... réclama alors les conseils d'un docteur; mais comme celui-ci attachait peu d'importance à ces incommodités et à la tumeur, elle résolut de ne plus s'en préoccuper; elle ne suivit, en conséquence, aucun traitement pendant dix longues années durant lesquelles elle fut tourmentée par des maux graves et nombreux, tels que sensation continuelle et désagréable de remplissage (*riempitura*) en dedans des parties génitales externes; envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle; augmentation notable de la constipation habituelle, l'obligeant, chaque fois qu'elle allait à la selle, à faire des efforts violents et douloureux; quelquefois, à la suite de ces efforts, réapparition de la chute du rectum, dont elle avait été affectée dans son bas-âge; douleurs vagues et passagères dans l'abdomen; leucorrhée plus abondante qu'à l'époque où la menstruation durait encore; quelquefois, mais rarement, un petit écoulement de sang noirâtre par le vagin, accompagné de fréquentes douleurs lancinantes dans la tumeur et dans le clitoris. Ce petit écoulement et ces douleurs avaient paru depuis cinq mois seulement, c'est-à-dire à la fin de l'année 1843 et au commencement de 1844. Plus tard, à la fin du mois de février, l'ischurie vint se joindre à tous les phénomènes que nous venons d'énumérer. Le docteur qui fut appelé pour donner des soins à madame V..., rencontra, dans un cas aussi ardu, une difficulté très grande pour pratiquer le cathétérisme; il conseilla à la malade de se soumettre à la rescision de la tumeur; mais ses conseils ne furent pas écoutés. Cependant les attaques d'ischurie devenaient de plus en plus fréquentes; les douleurs augmentaient chaque jour d'intensité, sans qu'il fût possible de les alléger par aucun moyen. La vie devint alors si pénible à madame V..... qu'elle résolut, dans les premiers jours du mois de mai, de se confier à mes soins; elle était alors dans les conditions suivantes:

Etat général. Maigreur notable; couleur terreuse du visage; regard languissant; esprit découragé et présageant un fatal avenir; fièvre légère venant à des jours et à des heures irréguliers, quelquefois sans frissons; grande constipation; langue rougeâtre; soif de temps en temps.

Etat local. Urètre un peu saillant, s'avançant au delà des grandes lèvres, et grossi au point qu'on pouvait à peine introduire le doigt indicateur dans le vagin; les parois vaginales hypertrophiées, mais non entamées; une excroissance morbide, charnue, dure, de couleur rouge, çà et là marquée de taches noirâtres, du volume d'une aveline, et insérée au contour interne et inférieur du méat urinaire qu'elle dépassait de plusieurs lignes; grande difficulté pour faire passer la sonde à travers cette excroissance qui était assez douloureuse au toucher; expulsion de l'urine avec efforts, difficile et douloureuse; fréquentes douleurs lancinantes dans la tumeur, au pénil et au clitoris, ayant résisté à l'application des mille remèdes émollients, stupéfiants, toniques, suggérés par l'art ou par l'empirisme; urine avec un dépôt plus ou moins abondant, toujours trouble, quelquefois noirâtre; écoulement vaginal d'une abondance variable, mais un peu fétide depuis quelque temps; le corps caverneux du clitoris évidemment envahi par le mal; les petites lèvres déplissées par la grande étendue transversale de la tumeur, mais, du reste, saines; rien d'anormal sur les côtés, entre la tumeur et les branches ischio-pubiennes; à l'aine gauche, deux petites glandes dures, mobiles, de forme allongée, placées à peu de distance l'une de l'autre, rarement douloureuses et ayant, la première, le volume d'une fève, la seconde, celui d'une grosse aveline.

La seule indication qui se présentait dans ce cas, était évidemment la rescision de toute la partie malade, et, bien que je n'eusse pas rencontré dans les archives de l'art un exemple de cette nature qui pût me servir de guide, je ne jugeais pas bien dangereuse par elle-même l'opération qui consisterait à resciser une partie du clitoris et des petites nymphes, et l'urètre tout entier. Que de femmes, à la suite d'un accouchement laborieux, ont perdu l'urètre tout entier ou en grande partie, sans danger pour leur vie! Il existe, il est vrai, une grande différence entre la rescision instantanée de l'urètre et sa chute totale par gangrène ou par ulcération consécutive à un accouchement difficile. Dans le premier cas, en effet, l'urine, en sortant de la vessie, peut s'infiltrer dans les réseaux ouverts du tissu cellulaire environnant; tandis que, dans le dernier cas, l'infiltration n'est pas à craindre, les cellules du tissu cellulaire adhérant mutuellement entre elles par suite de l'inflammation *éliminatrice* qui s'est préalablement emparée d'elles. L'infiltration n'arrive pas non plus dans le tissu cellulaire quand on pratique, chez une femme, la cystotomie suivant la méthode de M. Lisfranc, qui consiste à diviser l'urètre supérieurement, et le corps de la vessie ou transversalement ou longitudinalement; cette réflexion était pour moi une garantie suffisante pour m'autoriser à ne pas me préoccuper de l'infiltration urineuse à la suite de la rescision totale de l'urètre que j'avais le projet d'exécuter.

La maladie de l'urètre pouvait-elle se reproduire après l'opération, ainsi que cela arrive si fréquemment aux tumeurs de nature squirrheuse? Après la rescision de l'urètre, n'y avait-il pas à craindre l'incontinence d'urine? Ces deux questions devaient naturellement se présenter d'elles-mêmes à ma discussion. La première, comme chacun le sait, est si hérissée de difficultés, qu'il m'était tout à fait impossible de la résoudre. Il me suffisait de savoir que, dans ce cas comme dans ceux de squirrhe de la mamelle, la crainte de la reproduction du mal n'était pas un motif assez puissant pour contre-indiquer l'opération. Quant à la seconde, je devais nécessairement suspendre mon jugement; car, en introduisant le doigt dans le vagin et en le poussant avec beaucoup d'efforts jusqu'à la vessie, je ne pouvais pas connaître d'une manière positive si le col de la vessie était, oui ou non, envahi par la maladie de l'urètre. Quoi qu'il en fût, du reste, l'opération n'était point contre-indiquée; mais si le col de la vessie était attaqué, je prévoyais bien que l'incontinence d'urine serait la suite nécessaire de l'opération; tandis que, s'il était sain, l'urine, après l'opération et la guérison, sortirait seulement d'un lieu plus élevé dans le vagin que dans l'état normal, ce qui est un inconvénient de bien peu d'importance. Nous verrons plus bas comment la nature sait se jouer des prévisions humaines.

Le dépôt habituel de l'urine n'était pas non plus un motif suffisant pour faire rejeter l'opération: il y avait, en effet, 90 probabilités sur 100 pour croire qu'elle provenait de l'irritation sympathique exercée sur l'appareil urinaire par le foyer *organico-phlogistique* de l'urètre, et nullement d'une véritable diffusion du vice organique de l'urètre sur cet appareil.

L'engorgement des glandes de l'aine ne devait pas arrêter l'opérateur: ces glandes, petites, mobiles, douloureuses au toucher, étaient survenues depuis peu de temps; tout me portait à croire qu'elles s'étaient sympathiquement enflammées, et que, par conséquent, elles disparaîtraient d'elles-mêmes après l'opération. Dans le cas, du reste, où elles auraient persisté, ce n'eût pas été une chose fort difficile que de les enlever plus tard.

En songeant au petit volume des vaisseaux sanguins qui se distribuent au clitoris, aux petites nymphes, à l'urètre et en général à la ligne médiane de la région pubienne, je crus que l'hémorrhagie serait peu considérable et facile à arrêter. Mais, ainsi qu'on le verra plus loin, je me trompais gravement sur ce point, et peu s'en fallut que mon erreur ne devînt fatale à ma malade. Je n'avais pas assez fait la part, en effet, de la plus grande activité de la circulation et du développement anormal des vaisseaux qui avaient dû nécessairement être amenés par une excroissance morbide dont la date remontait à près d'un demi-siècle.

J'exposai préalablement à la malade mes doutes au sujet de la reproduction de la maladie, et lui fis entrevoir la possibilité d'une incontinence d'urine consécutive: madame V... ayant, malgré tout, persisté dans sa résolution de se faire opérer, je pratiquai l'opération le 2 juin, en présence des docteurs Luigi Gallo, chirurgien ordinaire du grand hôpital de Saint-Jean-Baptiste, Bernardi et Santanera. La malade étant placée au bord du lit et appuyée sur ses coudes et sur ses genoux, la face postérieure de l'extrémité inférieure du tronc tournée en haut, je pris un bistouri droit avec lequel j'isolai la tumeur à droite et à gauche au moyen de deux incisions successives faites de dedans en dehors, et s'étendant des côtés du col de la vessie jusqu'aux côtés du méat urinaire. Ces deux incisions furent les seuls temps de l'opération où je pus me servir de mes yeux; la brusque sortie du sang et les contorsions de la malade furent cause que, dans toutes les autres manœuvres que je fis pour isoler la tumeur, je fus forcé de diriger mon bistouri en n'ayant pour me guider que mon seul doigt indicateur.

A cette fâcheuse circonstance d'être obligé d'opérer à tâtons, s'en ajouta une autre que je ne pouvais pas prévoir; la tumeur s'étendait latéralement beaucoup plus qu'on aurait pu le penser d'abord, et elle se réfléchissait un tant soit peu derrière l'arcade du pubis. L'opération fut pénible et douloureuse, mais proportionnée toutefois aux forces de la malade, qui donna des preuves d'un grand courage. Le moment où la tumeur, isolée de tous côtés, restait seulement attachée au col de la vessie, fut le plus difficile et le plus dangereux; la malade était alors très épuisée par les pertes de sang qu'elle avait faites, pertes dont l'abondance avait surpassé de beaucoup toutes les prévisions, et le sang continuait toujours à sortir copieusement, malgré un fort courant d'eau glacée qu'on faisait pénétrer sans relâche dans le vagin. Quelle confiance pouvait-on avoir dans la ligature et dans la cautérisation, pour arrêter une hémorrhagie qui provenait de vaisseaux profondément situés et placés au milieu d'un pareil gâchis? Le parti le plus simple et peut-être le plus sûr, était sans doute de séparer l'urètre malade du col de la vessie, d'introduire ensuite une sonde métallique dans ce viscère, et finalement de pratiquer un solide tamponnement du vagin pour tarir l'hémorrhagie. Mais là encore se présentait une difficulté, celle de pénétrer avec la sonde, au milieu d'un pareil désordre, dans le petit tronçon d'urètre qui restait, lequel ne devait guère avoir plus d'une ligne à une ligne et demie de longueur. Dans le cas où l'on n'aurait pas pu, avec la sonde, pénétrer dans la vessie en passant par le petit morceau d'urètre qui restait encore, le tamponnement, comme on le voit, était évidemment contre-indiqué, puisque, en même temps qu'on aurait bouché le vagin, on se serait opposé à la sortie de l'urine, qui se serait probablement extravasée dans le tissu cellulaire ambiant. Sollicité néanmoins par la pressante et impérieuse conjoncture dans laquelle se trouvait la malade, j'embrassai ce dernier parti, et bien m'en valut, car la rescision de la partie malade était à peine opérée, qu'il m'arriva, en me guidant sur mon doigt indicateur, de pénétrer de suite avec la sonde dans le petit tronçon d'urètre, et d'arrêter le sang au moyen du tamponnement. Qu'on me permette ici une petite digression pour faire connaître comment j'aurais pu sans peine prévenir cet accident, si j'avais pensé qu'il survînt une grave hémorrhagie, par un moyen facile et sûr qui se présenta spontanément à mon esprit dès que j'eus terminé l'opération. Ce moyen simplifiera désormais l'opération, la rendra plus sûre, et mettra à l'abri de tout danger d'hémorrhagie, en épargnant aux praticiens qui en feront usage les difficultés contre lesquelles je me heurtai. Le voici: Que l'opérateur ait à sa disposition une sonde ordinaire de femme, légèrement sillonnée sur une de ses faces, peu importe laquelle. Quand il aura isolé circulairement l'urètre malade, qu'il introduise la sonde dans la vessie. La sonde et l'urètre étant saisis et tenus fixes en même temps, qu'il fasse courir sur la rainure de la sonde un bistouri droit, de manière à diviser l'urètre jusqu'au delà de sa partie malade qui est contiguë à la vessie. Faisant tenir alors la sonde à un aide, l'opérateur saisit avec sa main gauche l'urètre fendu en deux, dégagé de la sonde et pendant dans le vagin, et, avec le bistouri tenu de la main droite, il le coupe d'un trait aux limites de sa partie saine avec la malade. Qui ne voit la facilité de cette manœuvre? Et qui ne voit également que, de cette manière, après que l'urètre malade a été incisé, la sonde qui est placée dans la vessie pour chasser l'urine au dehors de la plaie, permet au praticien de faire promptement un tamponnement solide capable d'arrêter immédiatement et avec certitude toute hémorrhagie qui pourrait survenir?

Revenons maintenant à notre première narration. La portion d'urètre rescisée avait une longueur de 13 lignes, ce qui équivaut presque à une rescision totale de cet organe; la longueur de ce canal est, on le sait, chez la femme de 12 à 14 lignes. On voit au méat urinaire la substance *fongo-coriacée* dont nous avons parlé plus haut, faisant une saillie de 3 lignes. La muqueuse est hypertrophiée; les plis quelle offre naturellement sont plus relevés; les espaces qui les séparent sont plus amples et plus profonds. Le tissu *rétro-muqueux* présente une dégénérescence *squirrheuse-lardacée*; il est épais de plus de 8 lignes autour de l'urètre, auquel il constitue une espèce de gaîne. Son épaisseur morbide est toutefois plus grande du côté du vagin que de celui de l'arcade du pubis. La tumeur offre, de ce dernier côté, une surface cellulaire, et du premier une surface muqueuse, aux plis hypertrophiés et très relevés, qui fait partie de la paroi supérieure du vagin qui fut enlevée en même temps que la tumeur, jusqu'aux limites du bord vagino-vésico-utérin. Cette pièce est conservée dans le cabinet pathologique de l'Université royale.

Si j'avais maintenant à vous faire le récit, jour par jour, des phases que la malade présenta après l'opération, il me faudrait peut-être composer un volume dans lequel je parlerais de choses vulgaires connues de tout le monde. Je ne dis pas aussi que la fièvre traumatique fut assez modérée; qu'il y eut une grave menace de cysto péritonite, qui fut conjurée par l'application de vessies pleines de glace triturée, sur la région pubienne et hypogastrique, et cela pendant l'espace de quinze jours environ. Je ne parle pas des divers accès hystériques plus ou moins graves qui se montrèrent à des époques différentes après l'opération, et qui furent arrêtés plus ou moins promptement par les moyens antispasmodiques accoutumés. Je ne dis pas non plus qu'on remédia à la constipation habituelle par des lavements ou des laxatifs, par les laxatifs surtout. Je ne parlerai point des cuissons et des excoriations locales produites par la pression des bandes et par celles du tampon, par le passage et même par le séjour de l'urine en quelques endroits: tous ces accidents sont inévitables en de pareilles circonstances; ils sont de peu d'importance et n'ont pas de suites fâcheuses. Je ne dis pas enfin que l'opérée fut soumise à une diète rigoureuse pendant les premiers jours qui suivirent l'opération. Si néanmoins je crois pouvoir me dispenser de parler de ces choses et de quelques autres que tout le monde connaît ou présuppose, il en est d'autres que je ne saurais passer sous silence, si je veux satisfaire votre juste curiosité et compléter le récit de mon observation: douze jours après l'opération, la malade fut délivrée de la sonde et du tamponnement. A partir de ce moment, on vit disparaître avec rapidité l'irritation désagréable, les excoriations et les gonflement œdémateux partiels engendrés par l'état de pression où se trouvaient ces parties; l'opérée en éprouva un grand soulagement. La sortie de l'urine qui, dans les premiers jours de l'opération s'effectuait involontairement, devint de nouveau volontaire petit à petit; elle est à présent tout à fait sous l'influence de la volonté.

Après la levée de la sonde et du tampon, j'introduisis le doigt dans le vagin et je touchai une espèce de valvule triangulaire, mince à la pointe, épaisse à la base et pendante dans le vagin, s'interposant en guise de cloison entre le col de l'utérus et l'ouverture de la vessie, et formée par un reste de la portion vagino-vésico-utérine de la muqueuse. A mesure

que la plaie cicatrisait, cette valvule était tirée en haut (admirez avec satisfaction la force toute-puissante de la nature), vers la place naturelle de l'urètre; à cette place, elle contracta des adhérences en formant, pour ainsi dire, un nouvel urètre, lequel était si avancé vers le plan des parties génitales externes, que le nouveau méat urinaire, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ne se trouvait guère qu'à deux ou trois lignes au-dessous de sa situation ordinaire. Par la saillie et l'adhérence de la valvule dont nous venons de parler, le col de la vessie et les segments vésicaux adjacents, d'abord libres et mobiles dans le bassin, avaient repris leur fixité primitive à l'arcade des pubis. La branche osseuse ischio-pubienne droite, qui était très voisine du mal, avait été dénudée de son périoste, pendant l'opération, dans une petite étendue; des beourgeons charnus de bonne nature se développèrent et fournirent une cicatrice solide, sans qu'il survînt de carie, ainsi qu'on devait le craindre. Quant aux glandes inguinales, dont nous avons parlé plus haut, les unes disparurent entièrement, les autres diminuèrent sensiblement de volume et restèrent indolentes. En somme, l'opérée recouvra sa force première, son teint et sa vivacité habituels; il ne lui resta plus qu'un peu de constipation et quelques douleurs pongitives rares et passagères, qui semblaient émaner du clitoris. La reproduction de la maladie primitive sera-t-elle plus ou moins prompte? Qui le sait? Mais en supposant même qu'elle se reproduise, nous n'en serons pas moins autorisé à dire que notre observation prouve, et prouve d'une manière incontestable que l'on peut resciser l'urètre, chez la femme, en partie et même en totalité, et cela sans encourir des inconvénients et des dangers plus graves que ceux qui accompagnent les grandes opératious de chirurgie.

Nous croyons donc ne pas trop nous tromper en pensant que l'opération ci-dessus est destinée à occuper une place distinguée parmi ces dernières, et cela surtout en suivant, pour la pratiquer, la formule opératoire que j'ai imaginée et modifiée, et que j'aime à reproduire ici comme conclusion corollaire de la narration du fait que je viens de vous soumettre.

« La femme, placée au bord du lit et appuyée sur les coudes et sur les genoux, l'opérateur, après avoir saisi l'urètre avec une érigne, isole cet organe au moyen de deux incisions parallèles à sa direction et faites de dedans en dehors avec un bistouri droit. Avec le même bistouri tenu d'une main, et prenant pour guide le doigt indicateur de l'autre, il détache l'urètre de ses rapports avec l'arcade des pubis, les branches ischio-pubiennes et les parties molles environnantes, de manière à ce qu'il pende dans le vagin et n'ait plus d'adhérences qu'avec le col de la vessie. Il introduit ensuite dans la vessie une sonde métallique creusée d'un léger sillon sur l'une de ses faces, et faisant courir un bistouri droit dans ce sillon, il divise l'urètre dans toute sa longueur jusqu'au-delà des limites du mal. Faisant tenir alors à un aide la sonde en lui recommandant de la tenir fixée dans la vessie, l'opérateur prend d'une main l'urètre malade fendu en deux et pendant, il le tire à lui, reconnaît bien encore une fois les limites du mal, et puis, avec un bistouri ou des ciseaux tenus de l'autre main, il le détache de sa continuité avec le col de la vessie; après quoi il dirige immédiatement ses soins à faire un tamponnement exact pour étancher l'hémorrhagie. »

(*Gazette médicale de Montpellier.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 12 février 1845.

M. Malgaigne fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre: Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la myotomie racbidienne dans le traitement de déviations latérales de l'épine.

— *M. Bérard* entretient la Société d'un malade qui opéré par lui à la Pitié, de varices de jambes au moyen de la cautérisation, par le caustique de Vienne, était au bout d'un mois venu mourir à l'Hôtel-Dieu. Quelques personnes ayant pensé que ce malade avait succombé à une infection purulente, M. Bérard a fait prendre des renseignements sur le résultat de l'autopsie cadavérique; il résulte de ces renseignements qu'on n'a trouvé aucune trace de phlébite dans le membre opéré et aucune des altérations pathologiques propres à l'infection purulente.

—*M. Bérard* présente ensuite une pièce d'anatomie pathologique qui a appartenu à une femme cbez laquelle il a pratiqué, il y a six semaines, une opération dont le but était la guérison d'une large fistule vésico-vaginale compliquée d'antéversion de la paroi postérieure de la vessie, et de la hernie de cette partie dans l'intérieur du vagin.

L'opération pratiquée consiste à former avec la membrane muqueuse qui tapisse l'ouverture du vagin, un lambeau circulaire qui fut renversé en arrière, puis à affronter et à maintenir en contact à l'aide de la suture enchevillée les surfaces saignantes, desquelles on avait détaché le lambeau. Cette sorte de double infibulation avait donné pendant trois semaines l'espoir d'un succès, quand la malade s'étant levée fut prise tout à coup d'accidents inflammatoires du côté du péritoine et des plèvres, et succomba un mois après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé les traces d'une péritonite partielle assez intense et d'une pleurésie double. Tous les autres organes étaient sains.

Dans le bassin que M. Bérard met sous les yeux de la Société, on peut constater l'existence d'une large fistule vésico-vaginale provenant de la destruction de la paroi supérieure du vagin et de la paroi correspondante de la vessie, ainsi que de la portion de l'urètre. Le col de l'utérus paraît avoir participé à l'affection, car il est en grande partie détruit, et sa cavité paraît être effacée. Toutes ces altérations avaient été produites par la tête de l'enfant pendant un accouchement laborieux.

Quant aux résullats obtenus par l'opération, voici en quoi ils consistaient: la vulve est en partie oblitérée par une large commissure médiane qui occupe l'aire de l'orifice du vagin, et qui est formée par le tissu cicatriciel qui résulte de l'adhésion des deux parties de l'orifice du vagin, d'où le lambeau circulaire a été détaché. Cette commissure est longue de 2 centimètres, et épaisse de 6 millimètres; mais au dessus et au dessous d'elle existent encore deux ouvertures qui aboutissent dans le vagin, et dont la supérieure est un peu plus grande que l'inférieure.

M. Bérard dit que si la malade avait survécu à cette première opération, il eût été possible de fermer les deux ouvertures qui persistaient, par des moyens analogues à ceux qu'il a employés dans celle-ci. Et en définitive, bien qu'il n'ait pas réussi dans le cas présent, il regarde le procédé qu'il a employé, et auquel la mort de la malade ne saurait être imputée, comme ayant fourni assez de cbances de succès pour engager les praticiens à l'employer à l'avenir.

La discussion sur ce fait intéressant est renvoyée à la prochaine séance, M. Bérard ne pouvant rester à celle-ci.

— *M. Deville*, aide d'anatomie à la Faculté, présente une jeune fille qui porle une difformité de la face, caractérisée par l'absence des commissures des lèvres, d'où résulte un élargissement considérable de la bouche. M. Deville expose un projet d'opération propre à guérir ce vice de conformation.

Le même cbirurgien présente une autre jeune fille qui porte sur le front une tumeur érectile artérielle. Cette jeune fille, âgée aujourd'bui de dix-sept ans, portait depuis sa naissance un *nævus* sur le même point, *nævus* qui depuis l'âge de quatorze ans est devenu chaque mois le siége d'une turgescence sanguine coïncidant avec l'époque menstruelle, et qui, il y a six mois, ayant été écorché, fournit depuis cette époque des hémorrbagies qui ont fini par amener une anémie très marquée. L'état de la malade est caractérisé par la présence d'une tumeur bleuâtre, bosselée, qui s'étend depuis la racine du nez jusqu'aux deux bosses frontales, qui est agitée de battements isochrones aux pulsations du pouls et aux mouvements d'expiration, et qui enfin présente un bruit de *susurrus* très manifeste.

M. Maisonneuve, qui n'a vu décrit ni figuré nulle part de vice de conformation de la bouche semblable à celui que présente le premier sujet de M. Deville, fait remarquer l'analogie qui existe entre la forme de la bouche de cette jeune fille et celle qu'offrent normalement les batraciens; aussi propose-t-il de donner à cette déformation originelle le nom de *bec de grenouille*.

— *M. Nélaton*, qui a soumis à M. Lebert une portion de la tumeur décrite par M, Lenoir dans la séance précédente, donne les résultats de l'analyse faite par ce micrographe.

Examinée avec de faibles grossissements, la tumeur offre un aspect lobulé à lobules multiples et arrondis, ayant tout à fait l'aspect du tissu glandulaire. Le contour de chacun de ces lobules est parfaitement net et leur intérieur est tapissé par une couche membraneuse de cellules dont on reconnaît les noyaux et les nucléoles. Sur la préparation microscopique on rencontre en outre un certain nombre de globules libres et isolés munis d'une membrane d'enveloppe; ils sont ronds, et offrent en moyenne 0,01. Cette enveloppe est pâle, fine et homogène; on n'y reconnaît ni granule, ni pointillé fin. Le noyau est rond ou elliptique, variant entre 0,005 et 0,0075. Ces bords sont plus fortement marqués que ceux dès enveloppes; dans leur intérieur on reconnaît un à deux nucléoles qui ont à peine 0,0015. Enfin tout autour des lobules glandulaires se trouve un tissu composé de fibres denses et rapprochées qui offrent en général une disposition plus ou moins concentrique aux groupes du lobule, n'étant pas réunis en faisceaux et contenant dans leurs intervalles de nomreux granules moléculaires. Ce tissu, aux yeux de M. Lebert, offre plutôt les caractères du tissu cellulaire hypertrophié, que ceux du tissu fibreux. Du reste, M. Lebert ajoute que quoique cette tumeur offre tous les caractères des hypertrophies de la glande mammaire et aucun de ceux des diverses formes cancéreuses de cet organe, elle est du nombre de celles que l'opération peut seule guérir, et celle-ci est toujours indiquée, car ces tumeurs deviennent très volumineuses, peuvent s'enflammer et subir des transformations de kystes multiples dans leur tissu.

M. Huguier rend compte d'une analyse microscopique de la même tumeur, qu'il doit à la complaisance de M. Mandl, et dont voici le résumé: La portion de substance d'un blanc grisâtre qui était au centre de la tumeur était formée de cellules renfermant dans leur intérieur des globules cancéreux qui contenaient eux-mêmes un liquide au centre duquel se trouvaïent des granulations. Tandis que la substance blanche rose qui est à la superficie de la tumeur était composée de globules arrondis, légèrement transparents à leur centre, et qu'il considéra comme des globules mammaires. Enfin, quand aux petits kystes qui renfermaient un liquide semblable à celui de la proslate hypertrophiée, ils contenaient des cristaux d'un jaune verdâtre formés de couches concentriques coupées par des rayons qui se portaient du centre à la circonférence.

M. Lenoir s'étonne de la dissidence qui existe entre ces deux analyses, sous le rapport de la nature intime de la tumeur qui a été examinée par les deux micrographes; il ne s'étonne pas moins de ce qu'ils s'accordent à y trouver du tissu mammaire, car il affirme de nouveau que celte tumeur, quand il l'a enlevée, était complétement enkystée et partout distincte de la glande mammaire.

M. Denonvilliers, tout en n'accordant pas une grande valeur à l'analyse microscopique des tumeurs dites cancéreuses, comme moyen de diagnostic certain de leur nature propre, ne peut s'empêcher d'attacher une certaine valeur à cette circonstance que les deux micrographes signalent l'existence des éléments du tissu mammaire dans le double examen qu'ils ont fait de la tumeur dont il est question.

M. Malgaigne ne trouve rien d'extraordinaire dans ce fait, car il y a certaines tumeurs qu'on a appelées mastoïdes parce que leur tissu ressemble à celui de la glande mammaire. Mais s'il est vrai qu'on retrouve des nerfs dans la tumeur, il ne peut plus exister de doute sur sa nature non cancéreuse.

— *M. Nélaton* fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Davat, médecin des eaux d'Aix, ayant pour titre: *Sur les épanchements liquides de la tunique vaginale et du cordon.*

Le rapporteur conclut à ce que la Société donne à M. Davat le titre de membre correspondant, et à ce que son mémoire soit déposé dans les archives. Ces conclusions sont adoptées.

Séance levée à cinq beures et demie.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 FÉVRIER 1845. (18e ANNÉE.) N°. 24. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Leçons cliniques sur le mal vertébral de Pott, recueillies par M. HANNOIS, élève du service (1).

(Troisième article.)

Symptomatologie. — Les symptômes du mal de Pott, comme les lésions anatomiques, diffèrent selon que le tubercule a la forme enkystée ou infiltrée. La première forme affecte souvent dès le début une marche insidieuse. Combien de fois ne voit-on pas, en faisant l'autopsie de sujets qui ont succombé à des maladies aiguës ou accidentelles, la colonne vertébrale être le siége de tubercules, sans qu'aucun indice en eût fait présumer l'existence pendant la vie?

Chez quelques sujets le mal débute par un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs. Si ce sont des enfants, on les voit craintifs, sans confiance et n'osant point marcher. D'autres ressentent dans quelques points de la colonne vertébrale des douleurs sourdes, plus incommodes par leur persistance que par leur acuité. Chez d'autres, ces douleurs se manifestent en même temps dans la colonne et dans les parois du thorax ou celles de l'abdomen, avec un sentiment de gêne du côté des organes de la respiration et de l'estomac. Ce sont tantôt des douleurs qui partant de la colonne vertébrale, se propagent des deux côtés vers les parties antérieures, et étreignent le corps comme une ceinture, ou bien un sentiment de constriction à la région épigastrique. D'autrefois les malades accusent des chaleurs et comme une sensation de bouillonnement dans le ventre. Tels sont les symptômes par lesquels se manifeste quelquefois la maladie à son début; mais dans la majorité des cas, le premier indice qui révèle sa présence, c'est la gibbosité dont le développement est toujours rapide, souvent instantané.

Après ces symptômes, en apparaissent bientôt d'autres qui n'en sont que l'exagération. Ce sont des phénomènes de paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs. C'est d'abord un simple engourdissement, puis une sensation de pincement dans les cuisses, même pendant que les malades sont au lit. Lorsqu'ils sont debout, ils se tiennent à demi fléchis; leur démarche a un caractère particulier; elle a lieu avec hésitation et une sorte de tremblement. Le tronc et les membres ne se balancent plus librement comme dans l'état ordinaire. La paralysie étant ordinairement plus prononcée dans les muscles extenseurs que dans les fléchisseurs, la pointe des pieds s'infléchit un peu en bas et en dedans; de sorte que malgré les précautions avec lesquelles les malades marchent, il arrive souvent qu'ils s'accrochent et trébuchent. Aussi les voit-on de bonne heure s'aider d'un bâton et s'appuyer sur les hanches ou les genoux, selon que la maladie est plus ou moins avancée.

Si la courbure de la colonne vertébrale déterminée par la destruction de la partie antérieure du corps des vertèbres malades subsistait toujours seule, on verrait les gibbeux continuer à marcher toujours infléchis, pliés en deux, le centre de gravité tombant au delà de la base de sustentation. Il n'en est cependant pas ainsi. Il ne tarde pas à se manifester dans la colonne vertébrale un double changement de direction qui prévient cet effet. Toute la partie de la colonne vertébrale située au-dessus de la gibbosité tend à s'encaver de manière que son extrémité supérieure et la tête se réunissent légèrement en arrière. La partie inférieure du rachis, de son côté, se courbe de telle sorte, que le ventre proémine d'une manière plus ou moins considérable. Grâce à cette double courbure dont le degré est proportionnel au degré de la gibbosité, le centre de gravité se trouve replacé dans sa direction normale.

Certaines attitudes et certains mouvements des malades offrent des particularités assez curieuses. Ainsi, par exemple, lorsqu'ils veulent ramasser un objet placé à terre, ils sont obligés de prendre des précautions singulières; ils ne se baissent point à la manière dont le font les personnes saines; ils écartent les jambes, portent l'une en avant, l'autre en arrière, laissent fléchir les articulations, s'accroupissent, et pendant qu'ils s'appuient d'une main sur la hanche ou sur le genou, ils saisissent l'objet de l'autre main. On les voit tous, dans cette circonstance, prendre invariablement la même attitude.

Cet état de choses ne tarde pas à empirer. La paralysie augmente graduellement. Toutefois elle ne s'accompagne pas, comme dans la myélite, de l'abaissement de la chaleur, du ramollissement et de l'atrophie des chairs; alors même qu'elle est fort avancée, il se manifeste encore des contractions tétaniques, surtout quand les malades font des efforts pour exécuter avec les membres inférieurs des mouvements qui sont désormais devenus impossibles. Bien que la myotilité soit plus ou moins complétement abolie, la sensibilité subsiste souvent encore. Enfin la paralysie devenue bientôt complète, finit par s'étendre aux viscères splenchniques.

Ces phénomènes se succèdent rapidement. Sont-ils toujours consécutifs à la gibbosité? Non certainement: la paralysie précède quelquefois la déformation de la colonne, et dans les cas où la gibbosité paraît la première on ne saurait encore affirmer que la paralysie la reconnaisse pour cause; car, ainsi que nous venons de le dire, il est des cas où la paraplégie a lieu sans la gibbosité, d'autres dans lesquels la gibbosité ayant précédé, la paralysie convenablement traitée guérit, bien que la gibbosité persiste et continue même à faire des progrès. La paralysie n'est donc point due, comme on l'a dit, à la compression, ni au tiraillement auquel la moelle épinière serait soumise par le fait de la courbure de la colonne vertébrale.

Quelques chirurgiens ont voulu expliquer la paralysie par le gonflement des parties molles environnantes qui, fortement congestionnées, comprimeraient la moelle et enrayeraient son action. Ils invoquent, en faveur de cette explication, les bons effets des cautères.

Une autre explication, mieux fondée peut-être, serait celle-ci: Le tubercule, au moment où a lieu l'écrasement de la colonne, ou peu de temps auparavant, se développerait de plus en plus vers la partie postérieure des vertèbres et comprimerait la moelle d'avant en arrière. Cette circonstance expliquerait, jusqu'à un certain point, pourquoi dans quelques cas la paraplégie précède la gibbosité, pourquoi certains gibbeux sont paralysés, tandis que d'autres ne le sont pas.

Maintenant que nous avons passé en revue les symptômes que présente dans son développement le tubercule enkysté, disons quelle est la marche et quels sont les phénomènes propres au tubercule infiltré.

Dans le cas de tubercule infiltré, il n'arrive jamais que la paralysie précède la gibbosité. Comme il est rare que la colonne s'affaisse d'une manière lente et graduelle, il n'y a souvent, pendant fort long-temps, aucun signe pathognomonique, et la maladie ne se révèle en quelque sorte que par l'apparition de l'abcès par congestion. Dans la majeure partie des cas, les malades ressentent dans la région spinale des douleurs sourdes, assez peu vives pour ne les point empêcher de continuer leurs occupations. Au bout d'un certain temps, ces douleurs cessent, et, sans autre transition, il survient un abcès par congestion. De nouveaux accidents vont alors se manifester; ces accidents, dépendant en général de l'abcès par congestion, sont les mêmes, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre forme de tubercule; aussi les décrirons-nous en commun sous le même titre.

Symptômes des abcès par congestion. — Les abcès par congestion apparaissent sur un des points indiqués précédemment (*voyez* deuxième article). Ce sont des tumeurs indolentes, molles, fluctuantes, et qui se sont montrées sans avoir été précédées de douleur et sans offrir de changement de couleur à la peau. Les premières périodes de ces abcès passent souvent inaperçues, surtout s'ils sont dus à un tubercule infiltré; car alors, si la gibbosité n'existe pas encore, on n'a pas de raison de penser au mal de Pott. Aussi n'est-il pas rare de voir l'abcès arriver sous les téguments sans que l'on ait seulement soupçonné son existence. Il est quelques symptômes, cependant, auxquels ces abcès donnent lieu pendant leur période de migration. Ces symptômes sont l'apparition successive de plusieurs tumeurs fluctuantes suivant un certain trajet. La première tumeur qui se montre s'accroît, s'élargit pendant un certain temps; puis, le pus venant à fuser, il se forme sur un point plus ou moins distant, ordinairement plus inférieur, une seconde tumeur qui communique avec la première. A mesure que cette seconde tumeur grossit, la première diminue de volume, et finit par se réduire à l'état de canal. A cette seconde en succède quelquefois une troisième. Ces ampliations successives peuvent se répéter deux, trois, quatre fois. Quelquefois les premiers abcès formés ne sont pas encore entièrement affaissés lorsque les derniers se développent; de sorte qu'il existe à la fois une série de tumeurs reliées entre elles par un trajet canaliforme formant en quelque sorte chapelet. Il arrive quelquefois que, le pus fusant très loin, le trajet intermédiaire peut, à la longue, s'oblitérer entièrement, et l'abcès, séparé alors de sa source, complétement isolé, se trouve placé dans les conditions d'un véritable abcès froid.

Avant d'aller plus loin, parlons de quelques symptômes particuliers relatifs aux lieux où siégent les abcès.

Quand le pus fuse dans la gaîne du psoas, il se manifeste quelquefois des douleurs extrêmement vives dans le membre abdominal correspondant, dans le côté antérieur et externe de la cuisse; ces douleurs dépendent de ce que les ramifications du nerf crural qui descendent dans la gaîne du psoas sont irritées par le contact du pus.

Une autre conséquence caractéristique de la présence du pus dans ce même point, c'est une difficulté particulière que les sujets éprouvent pour marcher. Ce n'est point de la paralysie, mais un retrait, une flexion involontaire de la cuisse sur le bassin, dus à la contraction permanente des fibres du psoas, également irritées par le contact du pus.

D'autres symptômes particuliers sont ceux qui se manifestent quand l'abcès est situé entre le péritoine et le *fascia lata*. L'abcès, dans ce cas, fait saillie à la cuisse pendant que le sujet est dans la station verticale; il rentre dans l'abdomen et disparaît dans le décubitus dorsal.

Ainsi, comme on le voit, dans la majeure partie des cas, l'abcès arrive sous la peau sans avoir été précédé de symptômes graves. Après une durée variable, il distend les téguments outre mesure, les amincit, sans toutefois qu'ils s'enflamment; bientôt il s'établit une adhérence entre eux et la paroi de la poche; l'amincissement devient plus considérable encore, et enfin la rupture a lieu. En général, l'ouverture est plus considérable qu'on ne l'eût présumé d'abord d'après le volume apparent de la tumeur; elle est toujours proportionnelle à la quantité de pus auquel elle doit donner passage. Or, cette quantité de pus est souvent beaucoup plus considérable que ne semblaient l'indiquer le volume de la tumeur et le trajet fistuleux; c'est que ce trajet offre souvent des renflements nombreux et considérables. Une fois l'abcès ouvert, il survient de nouveaux symptômes plus graves que ceux dont nous avons parlé jusqu'ici. La membrane pyogénique s'enflamme; cette inflammation, dont l'intensité est en rapport avec l'étendue du foyer, s'annonce d'abord par un frisson, puis la température de la peau s'élève, la fièvre s'allume; fièvre intense, que l'on peut comparer à la fièvre traumatique. Ces accidents disparaissent ordinairement au bout d'une dizaine de jours; ils sont, ainsi que nous l'avons dit, en rapport avec l'étendue du foyer. Quand il y a un double trajet fistuleux et deux abcès, l'un à droite, l'autre à gauche, il est curieux de voir l'inflammation remonter par degré de l'abcès le premier ouvert vers le foyer primitif de la maladie, puis redescendre par l'autre trajet et venir éclater dans le second abcès qui s'ouvre à son tour. On voit ainsi un état aigu s'enter en quelque sorte sur une maladie chronique. Si un seul des deux abcès est apparent, l'autre étant encore dans la fosse iliaque, par exemple, il survient dans cette région des douleurs qui trahissent la présence du pus, que, sans cette circonstance, l'on n'aurait peut-être pas soupçonnée d'abord.

Après une dizaine de jours, avons-nous dit, la phlegmasie s'éteint; le pus qui formait collection est peu à peu évacué: il reste alors une fistule. Tantôt, après que le pus est entièrement écoulé, l'ouverture se referme d'elle-même, pour se rouvrir au bout de quelque temps, lorsque la collection qui se reproduit infailliblement est devenue de nouveau assez considérable; d'autres fois la fistule reste ouverte, et laisse continuellement écouler le pus en plus ou moins grande abondance, au fur et à mesure qu'il se forme. Ce pus, s'il provient de tubercules enkystés, est sans odeur et n'entraîne avec lui aucun débris osseux. S'il est dû à du tubercule infiltré, il est, au contraire, sanieux, fétide, sanguinolent et peu épais; il imprime sur le linge une coloration caractéristique; l'odeur qu'il exhale est analogue à celle de l'eau de macération.

Cette première série d'accidents est rarement mortelle; mais après un laps de temps variable, la santé se détériore d'une manière sensible. Le malade, sauf la paralysie, si elle a lieu, s'était jusque-là assez bien porté; il pouvait vaquer à quelques occupations; l'appétit était bon; toutes les fonctions s'exerçaient avec une certaine régularité. Mais à partir de cette période, tout change: la fièvre hectique se déclare; le pouls acquiert une plus grande fréquence; il survient des accès fébriles, quelquefois périodiques, d'autres fois irréguliers; la peau devient sèche, et offre une chaleur désagréable au toucher. A cette sécheresse et à cette chaleur succèdent alternativement des sueurs nocturnes, sueurs colliquatives qui affaiblissent singulièrement les malades; la peau, sale et terreuse, conserve cet aspect, quelques soins que l'on prenne pour la nettoyer.

Bientôt des symptômes plus graves se manifestent; les fonctions de l'estomac se pervertissent complétement; les malades sont pris de dégoût et ne font plus que de très légers repas; la digestion se fait mal, la chylification n'a plus lieu que d'une manière incomplète; il survient un dévoiement opiniâtre, sans douleurs, sans coliques, ni traces de sang dans les garde-robes qui ne sont composées que d'aliments mal digé-

(1) Voir les numéros des 30 janvier et 11 février.

rés. Ces évacuations fréquemment répétées et qui ne cèdent à aucun moyen de traitement, jointes aux sueurs colliquatives, précipitent rapidement les forces des malades. Le sommeil devient rare et, lorsqu'il survient, il est souvent interrompu pa. les sueurs, les frissons et les envies d'aller à la selle. La mort est dès lors imminente et prochaine. Avant qu'elle survienne, les membranes muqueuses digestives se recouvrent d'aphthes ; à un amaigrissement extrême succède une infiltration séreuse commençant par les parties inférieures, et devenant bientôt générale ; en même temps se produisent des eschares sur toutes les parties du corps qui portent sur le lit, aux talons, à la région ischiatique, aux grands trochanters et sur la gibbosité.

Tels sont les phéno..è.ies qui entraînent tôt on tard infailliblement la mort des malades atteints de ces sortes de fistules. Les causes de ces phénomènes sont encore à expliquer. La chose capitale qu'il importe de savoir au point de vue pratique, c'est que ces phénomènes sont toujours consécutifs au passage de l'abcès à l'état de fistule. Certains auteurs ont voulu en trouver l'explication dans la présence de l'air et son contact avec la membrane pyogénique. Mais ne voit-on pas de vastes ulcères largement en contact avec l'air, et qui n'en guérissent pas moins sans déterminer de fièvre hectique? D'autres ont prétendu trouver la cause de ces accidents dans la différence de compression exercée sur les parois ; rien ne prouve la valeur d'une pareille explication. Nous sommes, quant à nous, disposé à admettre que ces accidents sont dus à ce que le pus, après l'ouverture de ces abcès, se trouve dans des conditions nouvelles toutes différentes de celles où il s'était trouvé jusque-là ; il subit des altérations et des décompositions chimiques particulières ; il se fait, entre autres modifications, un développement d'hydrogène sulfuré. Il est probable que quelques-uns de ces principes septiques sont absorbés et entraînés da..s le torrent circulatoire : de là un empoisonnement lent, qu'il ne faut pas confondre avec l'infection purulente qui se manifeste à la suite des phlébites. En effet, la fièvre hectique qui se manifeste dans ce cas-ci, ne ressemble pas du tout à celle qui est produite par la résorption purulente ; les symptômes en sont totalement différents. La première offre une marche essentiellement chronique, tandis que l'autre entraîne les malades en peu de jours. L'une se déclare pendant une suppuration qui n'a rien d'aigu ; l'autre succède à la suppuration de plaies récentes : telles que celles qui résultent des amputations, par exemple.

Pour compléter le tableau de cette affection, il nous reste, après en avoir esquissé les symptômes, à en rechercher les caractères diagnostiques différentiels propres à prévenir la confusion qu'on en pourrait faire avec d'autres maladies. Ce sera l'objet de la leçon suivante.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BAUDELOCQUE.

Coqueluches. Complication de bronchite. Phénomènes nerveux. Quelques mots sur la nature de cette affection.

(Suite du nº du 15 février.)

Un nombre assez considérable de coqueluches se sont présentées à l'hôpital des Enfants pendant le cours de 1844. Les trois faits suivants qui nous ont fourni l'occasion de rapporter dernièrement un cas plus ancien, recueilli dans le service de M. Jadelot, cas intéressant sous le rapport de la nature de la maladie et des complications qui peuvent survenir pendant son cours, les trois faits suivants, disons-nous, dans lesquels on a rencontré comme dans presque toutes, sinon dans toutes les coqueluches, l'élément bronchique, concurremment avec l'élément nerveux, nous ont paru dignes d'être racontés en abrégé. Nous n'insisterons pas sur les détails de ces faits, nous bornant à faire ressortir les points sur lesquels nous voulons aujourd'hui attirer l'attention.

Première observation. — Au nº 18 de la salle Sainte-Catherine a été couchée une fille de sept ans, d'une constitution assez délicate, d'une bonne santé habituelle, vaccinée, non variolée ; il y a quatre ans, cette enfant a été atteinte de la rougeole, maladie qui s'est accompagnée de toux, et qui a duré assez longtemps. Depuis ce temps, elle s'est toujours assez bien portée ; seulement, assez sujette aux rhumes pendant l'hiver. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'un nouveau rhume assez intense, avec toux et expectoration muqueuse peu abondante. Un mois environ après l'invasion de la maladie, huit jours avant l'admission dans le service, la toux prit un caractère particulier, convulsif ; elle était précédée d'inspirations sifflantes, et les expirations saccadées, les quintes se répétant à divers intervalles dans la journée, caractérisaient suffisamment la coqueluche. Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital, la bronchite qui subsistait toujours en même temps que la coqueluche, et depuis qu'elle s'était montrée, prit une nouvelle forme, et l'on constata de la manière la plus positive l'existence d'une pneumonie lobulaire. Le seul traitement mis en usage fut l'emploi du k. rmès dans un julep gommeux, traitement sous l'influence duquel disparurent les accidents de phlegmasie pulmonaire, mais lentement et difficilement. La coqueluche dura également assez longtemps, et l'enfant présenta cet aspect cachectique particulier, que l'on rencontre si souvent chez les jeunes sujets affectés de toux convulsive pendant un assez long espace de temps.

Deuxième observation. — Au nº 24 de la salle Sainte-Catherine a été couchée la nommée Girard, âgée de onze ans ; trois semaines avant son entrée à l'hôpital, cette enfant fut prise d'une bronchite légère, qui pendant les premiers temps ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations habituelles. Douze ou treize jours après le début de la maladie, la toux, purement catarrhale d'abord, prit le caractère convulsif, et les quintes devinrent tellement intenses, la suffocation pendant leur durée paraissait tellement imminente, que les parents effrayés crurent devoir la faire entrer à l'hôpital. Elle présenta pendant son séjour tous les symptômes d'une bronchite capillaire aiguë ; compliquée peut être d'un peu de pneumonie, mais de très médiocre intensité et de peu d'étendue. Il sembla seulement que dans quelques points le râle muqueux avait fait place à du râle crépitant fin, disséminé.

Quant à la cause de la coqueluche, les parents ont cru que la malade l'avait contractée à sa pension, où elle était placée près d'une petite camarade atteinte de cette affection.

Troisième observation. — A la salle Sainte Cécile a été admise la nommée Lappin, âgée de onze ans, assez délicate, de faible constitution, vaccinée, non variolée ; cette enfant a eu, il y a quelques années, une rougeole qui s'est montrée assez bénigne, et qui n'a pas duré fort longtemps. Elle n'a jamais eu de convulsions. A la fin de l'année 1843, elle fut prise d'une coqueluche fort opiniâtre, dont la durée fut longue, et depuis la terminaison de laquelle elle n'a pas cessé de tousser. Les parents n'ont pu donner de renseignements sur la question de savoir si la bronchite avait précédé la coqueluche ou en avait été la conséquence. Depuis longtemps la toux ne présente plus aucun caractère convulsif.

Quelques mois après la disparition de la coqueluche, l'enfant qui n'avait jamais présenté le moindre symptôme nerveux, fut prise de mouvements désordonnés des membres supérieurs et inférieurs, supérieurs surtout, appartenant manifestement à la chorée. Outre les renseignements que nous fournit cette observation sous le rapport de la complication de coqueluche par la bronchite, une seconde question est ici soulevée, c'est celle qui est relative aux rapports qui pourraient avoir existé entre la production de la chorée et les phénomènes nerveux de la coqueluche.

— Dans l'article contenu dans le numéro du 15 février dernier, nous avons examiné longuement la possibilité et la fréquence de la complication de la coqueluche par les affections phlegmasiques pulmonaires, ou plutôt, devrions nous dire, de la simultanéité fréquente de l'existence de ces deux maladies. Nous disons la simultanéité, parce que s'il est des cas où l'on a lieu de croire avec quelque certitude que la coqueluche a précédé la bronchite, il est un nombre beaucoup plus considérable de faits dans lesquels la bronchite a précédé la coqueluche. C'est là sans doute la raison pour laquelle Cullen disait : « La coqueluche se manifeste communément » par les symptômes ordinaires *d'un catarrhe occasionné par » le froid.* Souvent elle conserve cette apparence pendant » plusieurs jours ; j'ai même vu des exemples où la maladie, » quoique évidemment produite par la contagion de la coque- » luche, *n'a jamais pris d'autre forme que celle d'un catarrhe » ordinaire* » (*Méd. prat.*, § 1404). Dans les deux premiers des trois faits précédents, l'existence d'une bronchite primitive ne peut être révoquée en doute ; l'interne du service de M. Baudelocque, auquel nous devons les renseignements relatifs à ces petites malades, pense, d'après les cas nombreux qu'il a été en mesure d'observer, que dans la grande majorité des cas, la bronchite précède la coqueluche, qui ne serait alors qu'une sorte de modification de la phlegmasie primitive à laquelle se surajouteraient des phénomènes nerveux.

Déjà dans un article publié en juillet 1843, et dans lequel nous rapportions deux faits de coqueluche, nous avions eu occasion de faire quelques remarques sur la fréquence de cette coïncidence. Les deux malades dont nous rapportions alors l'observation avaient également présenté, et cela avant que la maladie ne revêtit le caractère convulsif, des symptômes non équivoques de phlegmasie pulmonaire.

Chez l'adulte il est assez rare, comme l'ont démontré des travaux récents, que la bronchite, même celle des petites bronches, se transforme en inflammation franche du parenchyme pulmonaire. Lorsque la mort arrive par le fait d'une bronchite, c'est le plus souvent, nous parlons de l'état aigu seulement, à l'asphyxie produite par la présence dans les dernières ramifications des tuyaux aériens, d'un muco-pus visqueux tenace, que les secousses et les efforts de la toux n'ont point le pouvoir de détacher, et dont l'expulsion est encore rendue plus difficile par le boursouflement inflammatoire constant de la muqueuse bronchique. Un des effets de ce boursouflement est de rétrécir le calibre des canaux bronchiques.

Chez l'enfant, au contraire, il n'est pas excessivement rare de voir la bronchite intense se transformer, sinon en pneumonie générale, du moins en pneumonie lobulaire. Sur ce point, les autorités ne nous manqueront point, et pour ne citer que l'opinion de deux jeunes médecins distingués auxquels on doit un des mémoires les plus complets et les plus récents sur la pneumonie des enfants : « Il est impossible, disent MM. Rilliet et Barthez, d'étudier les caractères de la pneumonie lobulaire à l'état de simplicité parfaite, parce qu'on ne la rencontre *jamais* qu'avec la présence simultanée de la bronchite, ou au moins des mucosités.... Mais de combien de circonstances dépend la prédominance de l'une ou de l'autre ! Ayez, par exemple, quelques points pneumoniques rarement disséminés et beaucoup de mucosités, l'élément bronchique sera plus abondant ; ayez, au contraire, peu de mucus et des points pneumoniques rapprochés, l'élément parenchymateux dominera ; même différence si les noyaux sont superficiels ou centraux, s'ils sont volumineux ou peu étendus... Remarquons toutefois que l'élément bronchique existe toujours plus général que l'autre, l'entourant en quelque sorte, et qu'il doit, par conséquent, se faire entendre de préférence. Ainsi dans tous les cas où nous avons trouvé à l'autopsie de la pneumonie lobulaire, soit dans un poumon entier, soit dans une partie d'un poumon, nous avons entendu aux mêmes points des râles muqueux ou sous-crépitants souvent remarquables par leur persistance, puisqu'ils durèrent sans interruption depuis le début de la maladie jusqu'à la mort. Dans ces cas, la percussion ne nous a pas donné de lumière, car la sonorité a presque toujours été la même que du côté opposé. » (*Mém. sur la pneumonie des enfants*, pag. 65.)

La coïncidence de ces d..ux affections inflammatoires de l'appareil respiratoire chez les enfants, les nombreux rapports qui existent entre elles sous le point de vue de la symptomatologie expliquent facilement comment il se fait que souvent la bronchite a..ue intense dans la première période de la vie se transforme en pneumonie lobulaire. Un détail d'anatomie pathologique qui rend encore plus évidente cette corrélation, cette liaison intime entre les deux maladies dont nous parlons, c'est la perméabilité que présente souvent le parenchyme pulmonaire quand on insuffle un poumon affecté de pneumonie lobulaire.

Après avoir démontré, nous le croyons, la constante existence de la bronchite dans la coqueluche, disons quelques mots de l'élément nerveux, dont l'existence ne nous paraît pas moins certaine. Les anciens auteurs nous fournissent peu de renseignements sur ce sujet. Mais les modernes ont beaucoup plus longuement insisté sur la nature nerveuse de la coqueluche. Sur deux individus qui, avant leur mort, avaient eu la coqueluche, M. Breschet a remarqué une rougeur notable des nerfs pneumo-gastriques, avec couleur jaune de leur tissu intime. Il est vrai de dire que M. Breschet n'a rencontré cette disposition que chez ces deux sujets, et que plusieurs médecins ayant fait des recherches à ce sujet, n'ont rien vu de semblable. Mais une lésion matérielle appréciable n'est pas tou,ours nécessaire pour expliquer la production d'accidents nerveux quels qu'ils soient. Après avoir longuement insisté sur la nature inflammatoire de la maladie qui nous occupe, M. Guersant ajoute : Le système nerveux pulmonaire n'est sans doute point étranger à ce phénomène physiologique très remarquable (le caractère convulsif et suffocant de la toux) ; il joue certainement un rôle quelconque dans ce genre d'inspiration, qui est la véritable cause de la toux particulière à la coqueluche. Cependant, ajoute-t-il encore, tant que les observations de M. Breschet ne seront pas confirmées, on ne peut pas dire que le système nerveux soit plus directement intéressé dans la coqueluche que dans les autres affections catarrhales pulmonaires. » (*Dict. de méd.*)

Pour M. Guibert, auquel on doit une excellente monographie sur la coqueluche, « la maladie est une affection essentiellement nerveuse, tantôt simple et idiopathique, mais plus souvent compliquée. D'abord je suppose, dit-il, une toux semblable à celle qui peut être produite par chacune des lésions des organes respiratoires ou de leurs annexes. Bientôt il vient se joindre à la toux un état convulsif dû à la disposition particulière, ou idiosyncrasie de l'individu, lequel est toujours alors doué d'une grande susceptibilité nerveuse. C'est cet état spasmodique réuni à la toux qui constitue la coqueluche. » (Page 167.)

Citerons nous encore Gardien : « L'essence de cette maladie, dit-il, paraît consister dans une affection spasmodique de la glotte et du diaphragme. Dans son état de simplicité, les quintes sont uniquement déterminées par un état nerveux fixé sur l'un de ces organes, ou sur les deux en même temps, et qui se reproduit par accès. » Mieux encore que toutes ces opinions des auteurs, si distingués qu'ils soient, les faits sont là, et celui-là, ce nous semble, ne pourra conserver aucun doute, qui aura seulement une fois observé pendant un de ses accès de toux un enfant attaqué de coqueluche.

Nous avons dit plus haut que dans un des cas que nous avons cités, celui de la petite Lappin, atteinte de coqueluche près d'un an avant son entrée à l'hôpital ; et qui, depuis, a conservé une toux catarrhale, des accidents choréiques se sont montrés deux mois après la coqueluche. Peut-on et doit-on voir quelque rapport entre le développement de ces accidents nerveux et l'affection bronchique nerveuse qui les avait précédés? L'espace de deux mois qui avait séparé la fin de l'une de ces maladies du commencement de l'autre, suffit-il pour empêcher d'établir entre elles la moindre connexion? Enfin, le tempérament nerveux, la constitution délicate et faible de l'enfant, doivent-ils être regardés comme la seule cause prédisposante de la chorée dans cette circonstance? Toutes questions que nous pourrions, disons mieux, que nous devrions soulever, mais dont la solution est, ce nous semble, impossible dans l'état actuel de la science.

Un dernier mot, et nous terminons. La coqueluche est-elle contagieuse? D'après l'observation des faits nombreux, tant de la pratique que des hôpitaux, qui prouvent cette contagion jusqu'à la dernière évidence, il nous paraît impossible que l'on en puisse douter. Tous les auteurs, sur ce point, sont d'accord ; mais il n'en est pas de même quant à la manière dont s'opère cette contagion. Une opinion qui semble avoir été assez généralement accréditée, surtout d'après les anciens auteurs, c'est que la contagion s'opère suivant le même mode que la contagion des fièvres exanthémateuses. Elle a de commun, dit Cullen, avec la contagion catarrhale et avec celle de la rougeole, une certaine détermination vers les poumons, mais dont il résulte des effets particu'iers... Cette contagion, de même que toutes les autres, n'affecte qu'une seule fois la même personne pendant le cours de la vie, etc.

Rosen et Underwood partagent la même opinion. Parmi les auteurs modernes les plus distingués, M. Guersant admet la contagion comme prouvée, et il rapporte un fait des plus concluants observé par lui, après lequel il ne peut, selon lui, rester aucun doute :

Un enfant en voyage ayant joué dans une auberge avec un autre enfant atteint de coqueluche, fut pris de la maladie quelques jours après son retour dans son pays, et la communiqua bientôt à sa mère, quoiqu'elle l'eût eue dans sa jeunesse, et l'un et l'autre vivaient néanmoins isolés, et ne communiquaient avec aucun autre enfant ; la coqueluche ne régnait point dans le pays qu'ils habitaient. On conçoit diffici-

lement qu'en face d'une observation pareille, M. Guibert révoque en doute la contagion de la coqueluche, et ne la considère que comme endémique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 février. — Présidence de M. Caventou.

M. le président annonce la perte que l'Académie vient de faire en la personne de M. Ribes, membre titulaire ; il fait part en même temps de la mort de M. Fabre et de M. Bouchard, membres correspondants.

M. Bégin lit le discours qu'il a prononcé aux funérailles de M. Ribes.

— *M. le président* annonce aux candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, qu'un tour de faveur leur sera accordé pour les lectures qu'ils se proposeraient de faire à l'Académie.

— L'ordre du jour ramène la discussion sur le fait d'oblitération artificielle du vagin présenté par M. Bérard.

M. Moreau. L'Académie me pardonnera de prendre la parole dans cette circonstance ; la question est si importante que je n'ai pas cru devoir m'abstenir. Il s'agit, en effet, d'une infirmité on ne peut pas plus dégoûtante et pénible pour les pauvres femmes qui en sont atteintes. Aussi, loin de blâmer les tentatives qui peuvent être faites pour la guérir, je suis très porté à les encourager. Cependant je désire que ces tentatives restent dans certaines limites ; il en est même que je crois utile de réprimer ; telle est celle qui a été proposée par M. Vidal (de Cassis), M. Dubois me semble l'avoir parfaitement qualifiée en disant qu'elle est *irrationnelle*. J'ajouterai quelques mots pour le prouver.

Vouloir oblitérer le vagin chez une femme jeune encore, c'est substituer à une incommodité une maladie grave. Non pas que je mette sur le compte de l'opération la mort qui est survenue dans le cas de M. Bérard, mon objection est plus sérieuse. Je dis qu'après une opération pareille, les règles n'auront pas leur écoulement naturel, et que les femmes opérées seront exposées à tous les accidents qui résultent de la rétention du flux menstruel. On a dit que, mêlé à l'urine, le sang des règles passerait par la vessie et s'écoulerait par l'urètre. J'en demande bien pardon ; mais ce mélange ne me paraît pas possible sans altération ; et qui peut prévoir tous les accidents que cette altération peut produire? Et si cet écoulement par l'urètre n'a pas lieu, à quels dangers n'exposerez-vous pas la femme dont le vagin sera oblitéré ?

M. Moreau rappelle ici plusieurs faits dans lesquels la rétention des règles a donné lieu aux accidents les plus graves.

Maintenant on a dit : le vagin peut être oblitéré, de nombreux exemples le prouvent, soit après des accidents de diverse nature, soit après des accouchements laborieux. Mais, ces cas n'ont rien de comparable à ce que l'on tente dans l'opération de l'oblitération artificielle. On a invoqué le fait de Dupuytren, mais on a oublié que dans ce cas il existait aussi une fistule recto-vaginale, de sorte qu'on n'en peut rien conclure.

Je ne crois pas possible d'obtenir une oblitération complète, et dès lors le succès de l'opération me paraît plus que problématique.

Je ne m'étendrai pas longtemps sur les résultats de l'opération en tant que privant pour ainsi dire la femme de son sexe, de ses attributs, de ses fonctions ; non pas que je ne croie ces motifs extrêmement dignes d'intérêt, mais pour ne pas compliquer la question pratique.

Par tous ces motifs, je ne vois rien dans le fait de M. Bérard qui puisse encourager les praticiens à tenter une nouvelle opération semblable, et j'y vois d'énormes objections.

M. Roux. Je ne crois pas que l'opération proposée par M. Vidal soit aussi dangereuse qu'on l'a dit ; je ne crois pas non plus que l'opération pratiquée par M. Bérard ait amené la mort de la malade ; mais je crois que cette opération n'est ni utile, ni convenable. C'est une chose bien grave que d'empêcher les femmes d'engendrer. J'ai vu des femmes atteintes de fistules vésico-vaginales engendrer de nouveau ; ces faits, d'autres les ont vus aussi. Par l'opération de M. Vidal, les femmes doivent renoncer à jamais aux fonctions de leur sexe, et je ne conçois pas qu'on ait eu la pensée d'une telle opération. Quand on pense surtout que la chirurgie, de nos jours, dirige presque toutes ses tendances vers le but de restaurer des parties vicieuses, de rétablir des organes perdus et des fonctions absentes, on ne peut voir sans étonnement une opération qui, contrairement à toutes nos tendances actuelles, veut priver la femme d'un organe aussi important.

Mais cette opération est-elle même possible ?

Ici, M. Roux reprend la plupart des arguments déjà invoqués par les précédents orateurs : l'impossibilité de l'oblitération artificielle du vagin. On a cité des cas d'oblitération spontanée ; mais tout ce que fait la nature, nous ne pouvons le reproduire. Dans certains cas où nous voudrions empêcher l'adhérence nous ne pouvons y parvenir, et dans d'autres cas on connaît toutes les difficultés que nous éprouvons pour obtenir l'adhésion des parties qui ont éprouvé une solution de continuité.

Chez certaines femmes qui ont l'ouverture du méat fort en arrière, si l'on parvenait à oblitérer le vagin on empêcherait aussi les femmes d'uriner.

Le séjour de l'urine dans le vagin sera-t-il donc sans inconvénients? On a invoqué l'habitude ; lorsqu'il faut changer les dispositions fonctionnelles d'un organe, l'habitude ne se contracte pas aussi facilement qu'on le croit.

Je crois donc que cette opération n'est pas soutenable, qu'elle est mauvaise, contraire à la raison et aux principes, et d'ailleurs impossible.

Cependant je ne la crois pas aussi dangereuse qu'on l'a dit.

Ici, M. Roux se livre à une longue discussion pour prouver qu'on exagère beaucoup les dangers des opérations en général, et rappelle presque tous les procédés, toutes les méthodes employés par lui dans sa longue carrière.

M. Velpeau. M. Roux, dans le nombre infini de choses qu'il a dites, a répondu à quelques objections que je voulais examiner. Il y a deux choses à considérer ici, le fait que M. Bérard est venu communiquer et la méthode.

Quant au fait, je m'étonne, je l'avoue, de l'espèce de blâme que M. Bérard a encouru pour sa communication. Il serait fort désirable que lorsque des membres de cette Académie viennent communiquer des faits qu'ils croient intéressants, l'habitude du blâme ne se contractât pas. J'ai vu avec peine une certaine tendance à cet endroit, et j'ai cru devoir la signaler. M. Bérard, nous le savons tous, est un homme que ses lumières et ses travaux devaient garantir du blâme qu'on a mauvaise grâce à lui jeter.

On a dit que l'opération a été la cause de la mort. Nous tombons tous un peu dans cette faute de juger l'événement d'après ses résultats, et de chercher, comme l'exprime un très ancien adage que je ne répéterai pas, une liaison nécessaire entre un fait et ses suites. Nous faisons de cela, cependant, un grand crime aux gens du monde. On oublie que presque dans tous les faits de médecine il existe des coïncidences. Combien de pratiques, de théories et de systèmes qui n'ont longtemps vécu que parce qu'on ne se rendait pas compte des coïncidences ! Un jour, il arrive que telle modification qui a longtemps guéri, ne guérit plus ; on recherche, on observe, et l'on voit que les prétendues guérisons n'étaient que des coïncidences, que la guérison arrive tout de même sans le traitement, et qu'on l'avait appliqué jusqu'alors quand la nature faisait tous les frais du rétablissement. Ce qui arrive en bien, arrive aussi en mal. Les faits abondent à l'appui ; j'en citerai deux. Un homme entre à l'hôpital pour deux tumeurs lacrymales. La veille du jour où je devais l'opérer, cet homme est pris de fièvre, de péritonite, et il meurt. Si je l'avais opéré, assurément on n'aurait pas manqué de dire que l'opération avait déterminé la maladie. Une femme se présente avec un polype utérin. Le jour même où je voulais en opérer l'extraction, elle est prise de coliques ; une péritonite se déclare, et elle meurt. Assurément encore ici, si l'opération avait été faite elle aurait été accusée du résultat. Soyons sobres, messieurs, de pareilles interprétations ; ce qui distingue l'homme véritablement savant, c'est la réserve dans l'explication. Dans le fait de M. Bérard, je ne vois rien qui légitime les accusations qu'on a portées contre l'opération ; la mort a été ici une de ces malheureuses coïncidences dont l'art s'afflige, impuissant qu'il est à les prévoir ou à les empêcher.

Cette opération, proposée par M. Vidal il y a treize ans, je l'avouerai tout d'abord, n'est pas séduisante. Cependant il ne faut pas oublier son point de départ : ce n'est pas pour les petites fistules et celles qui n'intéressent pas le bas-fond de la vessie que M. Vidal l'a proposée et pratiquée ; c'est pour les pertes de substance énormes, pour ces fistules complétement rebelles à tout traitement, et qui laissent la femme exposée à toutes les incommodités d'une infirmité dégoûtante. Et encore même dans ces cas, M. Vidal ne l'a pas proposée comme méthode générale, mais seulement pour les femmes qui réclament impérieusement l'opération, et chez lesquelles toute autre chance de guérison est perdue.

Dans ces conditions, l'opération est-elle praticable ? J'avoue que je n'en ai jamais été un grand partisan ; cependant je n'oserais pas dire qu'elle est absolument mauvaise. Que lui objecte-t-on ? D'être impossible ; c'est sérieux. L'oblitération complète du vagin est, en effet, bien difficile à obtenir ; mais alors même qu'on ne l'obtiendrait pas entièrement, serait-ce une raison pour y renoncer, et n'est-il pas plus facile d'empêcher l'urine de passer par un petit pertuis que par l'ouverture naturelle du vagin ? Une femme se présenta à l'hôpital avec une oblitération incomplète du vagin, suite d'accouchement laborieux. Un examen attentif, et d'ailleurs le passage de l'urine par l'ouverture restée béante, m'indiquèrent l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Cette femme voulait que je lui rendisse l'ouverture libre, et se fâcha très fort quand elle vit que je cherchais au contraire à fermer le trou qui restait ouvert. Mais si cette femme m'avait laissé libre d'agir, j'aurais conçu la possibilité de fermer cette ouverture au moyen d'une sorte de bouton ou de bouchon. Ainsi, alors qu'on n'obtiendrait, dans l'opération de M. Vidal, qu'une adhésion incomplète, on pourrait y remédier par ce moyen.

On a parlé du danger de l'accumulation des règles, de caillots qui se formeraient dans la vessie, etc. Mais M. Moreau sait bien que le sang des règles ne forme pas de caillots, que ce sang, très fluide, est dépourvu de fibrine, à ce point que des physiologistes pensent que ce n'est pas du sang, mais un liquide particulier. Je ne vois aucun empêchement à ce que le sang des règles puisse passer par l'urètre ; le premier fait de M. Vidal, qui a été mal interprété par M. Moreau, le prouve : ce n'est point la rétention des règles qui occasionna la rupture de la cicatrice.

De ce que je viens de dire, il ne faudrait pas conclure que je sois très partisan de l'opération de l'infibulation ; mais les faits connus ne me semblent pas justifier le blâme qu'on lui a infligé.

M. Blandin répond à la précédente argumentation de M. Bérard. Ce n'est pas lui qui a trouvé la méthode irrationnelle, il s'est opposé seulement à la conclusion de M. Bérard, savoir que cette tentative était encourageante. L'opération n'a pas réussi, et la malade est morte ; il ne voit rien là d'encourageant. Ce fait tout au plus ne prouve rien.

M. Blandin revient sur ses précédents arguments, qu'il développe, et persiste dans ses conclusions.

La discussion générale est close ; la parole est réservée à M. Bérard au commencement de la semaine prochaine pour résumer la discussion.

— *M. Gerdy* présente un malade atteint de plaies articulaires du pied qu'il a pu guérir sans opération. Le bruit qui se fait dans l'assemblée nous empêche d'entendre la communication de M. Gerdy.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* présente des débris de calcul remplissant une sphère de verre de 16 centimètres de circonférence (9 pouces), extraits artificiellement après la lithotritie, la vessie n'expulsant aucune parcelle artificiellement. Ce fait, dit M. Le Roy-d'Etiolles, prouve de nouveau qu'il est difficile de poser en principe des limites à la lithotritie. Parmi les incompatibilités, on avait placé la rétention d'urine ; puis, quand le brise-pierre à cuillers et les sondes évacuatrices eurent prouvé que l'on peut suppléer la puissance expultrice de la vessie, l'opposition planta plus loin ses limites. Vous nous montrez, il est vrai, a-t-elle dit, qu'il n'y a pas impossibilité absolue d'extraire artificiellement les débris d'un calcul ; mais s'il est volumineux ou s'il y a un très grand nombre de petites pierres, il n'y faut plus songer. Le fait que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie prouve que cette limite n'est point fixe, et qu'elle peut être éloignée ou rapprochée suivant les conditions dans lesquelles se trouvent et les organes urinaires et la santé générale ; l'appréciation de l'ensemble de ces conditions constitue le véritable chirurgien. Déjà, il y a deux ans, ajoute M. Le Roy, j'avais démontré cette vérité à l'Académie par l'extraction artificielle pratiquée sur l'un de ses membres, de débris de plusieurs pierres, et en outre, de 283 petites pierres entières, ou graviers.

M. Le Roy-d'Etiolles ajoute que la pression est insuffisante pour rapprocher les mors du brise-pierre évacuateur, lorsque ses cuillers sont remplies de détritus ; la percussion est alors nécessaire. M. Le Roy-d'Etiolles soumet à l'examen de l'Académie un nouveau perfectionnement de son percuteur à détente, avec lequel on peut agir sans étau et sans aide.

M. Le Roy-d'Etiolles dit en terminant, que dans une prochaine communication il entretiendra l'Académie de la pulvérisation par l'usure progressive, et des instruments qu'il a présentés dans ce but à l'Académie des sciences il y a un an.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 février 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

La séance a été remplie par la lecture d'un rapport de M. Serres sur le prix de vaccine. La continuation de cette lecture a été renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Tanquerel des Planches* écrit pour répondre à la dernière communication de M. Blandet ; que c'est à tort que ce médecin lui impute d'avoir négligé l'étude de la colique de cuivre, et d'avoir méconnu cette maladie. Dans son ouvrage, qui a été récompensé par l'Institut, il donne la description de la maladie, et son diagnostic différentiel de la colique de plomb.

REVUE GÉNÉRALE.

De la valeur du hoquet et de la tympanite chez certains opérés de hernie étranglée, pendant la convalescence. — Il faudrait se garder de croire que le délire, le hoquet, la tympanite et quelques autres phénomènes du même genre qui s'observent quelquefois pendant la convalescence des malades opérés de hernie avec succès, pendant les premiers jours, fussent toujours de très mauvais augure. Le fait suivant rapporté par M. Levieux, dans le *Bulletin médical de Bordeaux*, en est un exemple.

Un homme avait été opéré par Moulinié, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André. Huit jours s'étaient écoulés depuis l'opération, et le malade était dans les conditions les plus favorables, lorsque tout à coup, pendant la nuit, il est pris de délire et de hoquets ; le pouls est petit et fréquent, la langue sèche, le ventre ballonné ; la plaie est devenue blafarde. Dès l'arrivée du chirurgien en chef, je m'empresse de soumettre ce malade à son examen ; Moulinié, qui ne laissait échapper aucune occasion de nous instruire, dit aux élèves qui l'entouraient : « Ce sont là des signes fallacieux par lesquels il ne faut pas s'en laisser imposer. La tympanite, qui simule une péritonite, dépend de ce que les intestins affaiblis se laissent distendre par des gaz ; le hoquet tient au soulèvement du diaphragme par les organes digestifs gonflés outre mesure ; la sécheresse de la langue et le mouvement fébrile tiennent à l'ardeur de l'économie, occasionnée par la privation des matériaux de nutrition ; enfin, le délire s'explique par l'exaspération du système nerveux. Ce malade, contre notre gré, s'est imposé une diète trop sévère ; demain tout cela n'existera plus... C'est de la faim, c'est du besoin d'alimentation. » Il exigea que sous ses yeux on donnât à manger au malade, dont l'état s'était amélioré au bout de quelques heures, et qui sortit de l'hôpital peu de jours après.

Cas rare d'accouchement pendant le sommeil. — M. Schultze fut appelé chez un menuisier dont la femme, enceinte pour la quatrième fois, était parvenue au terme de sa grossesse et se trouvait plongée dans un état de somnolence si profond qu'il était impossible de l'en faire sortir, malgré les secousses qu'on lui imprimait et les vapeurs qu'on faisait pénétrer dans ses narines, telles que le gaz ammoniac, l'éther, etc.

Au troisième jour de ce sommeil contre nature la femme en question accoucha, sans se réveiller, d'un enfant mâle, vivant, bien portant et parfaitement à terme. A sa visite, le lendemain matin, M. Schultze trouva la malade éveillée depuis peu de temps ; et comme elle n'avait aucun souvenir de son accouchement, elle paraissait fort étonnée de se voir délivrée.

Ce fait nous a paru d'une haute importance pour la médecine légale, et mérite à ce titre de trouver place dans notre journal.

Empoisonnement par l'huile d'amandes amères. — M. Smith, de Cliston, rapporte le fait suivant : Une petite fille de huit ans avala une cuillerée à café d'un mélange vendu par un droguiste pour ratafia, et composé d'une partie d'huile essentielle d'amandes amères, et de sept parties d'alcool. La quantité d'huile essentielle avalée fut d'environ sept gouttes. Lorsqu'on vit l'enfant après l'accident, elle était dans un état complet d'insensibilité ; les yeux étaient brillants, sans expression, les pupilles dilatées, absence de pouls aux radiales, les carotides battaient avec force et vitesse, flaccidité des membres, contraction violente des mâchoires.

On eut recours à des affusions froides, à des frictions stimulantes et aux vomitifs. Les matières rejetées exhalaient une forte odeur d'acide prussique. Au bout de vingt minutes, la circulation se rétablit, l'enfant ouvrit les yeux, et elle put répondre aux questions qui lui furent adressées.

Empoisonnement par la décoction de têtes de pavots. — Le docteur Puke, de Giessen, fut appelé près d'un enfant auquel sa mère, pour le calmer, avait fait prendre plusieurs cuillerées de décoction concentrée de têtes de pavots. Un quart d'heure après cette injection, l'enfant, âgé de six semaines, tomba dans un sommeil profond, dont les parents ne purent le tirer. Au bout de trente-six heures, on fit prévenir M. Puke.

A son arrivée, le médecin trouva l'enfant dans un état à peu près désespéré. Les yeux étaient enfoncés dans les orbites, les paupières à demi-ouvertes, étaient entourées d'un cercle livide ; les pupilles étaient dilatées, insensibles ; la face était pâle et tirant sur le bleuâtre ; les extrémités étaient presque paralysées ; la respiration très accélérée, le pouls excessivement fréquent, tremblant et petit, le front baigné d'une sueur froide, la mâchoire inférieure pendante. De temps en temps l'enfant produisait un certain bruit à l'aide de sa langue, qui sortait de sa bouche ; il n'y avait eu ni évacuation alvine, ni émission d'urine depuis l'invasion des accidents. La faculté de sucer semblait ne plus exister, toutefois la déglutition s'exerçait encore assez bien.

Il n'y avait plus possibilité de tenter l'expulsion du poison, par les motifs que tous les praticiens comprendront facilement sans qu'il soit besoin de les énoncer. Dans cette occurrence, le médecin fit prendre de suite à l'enfant quelques petites cuillerées de café noir ; il passa ensuite à l'usage du thé camphré et des lavements vinaigrés camphrés. En outre, il fit plonger aussi promptement que possible le petit malade dans un bain chaud camphré.

Sous l'influence de cette médication, les accidents se dissipèrent peu à peu, et l'enfant fut rendu à la santé.

— Le cas dont il vient d'être question nous paraît d'autant plus important et d'autant plus digne d'être signalé à l'attention des praticiens, que nous avons la certitude que, chez nous aussi, certaines nourrices, pour avoir plus de liberté, et se trouver moins astreintes auprès des jeunes enfants confiés à leurs soins, ont la funeste habitude de leur administrer une décoction de têtes de pavots par petites cuillerées jusqu'à ce qu'il en résulte de l'assoupissement. Sans doute ces femmes ne recourent à l'emploi de ce moyen que parce qu'elles ignorent tout le mal qui peut en être la suite pour leurs nourrissons. Car il n'est pas besoin que des accidents de narcotisme soient produits pour que les jeunes enfants éprouvent une influence fâcheuse de la boisson opiacée qui est donnée ainsi sans nécessité. En effet, la décoction de pavots dérange l'équilibre des fonctions digestives et prédispose aux congestions pulmonaires et surtout encéphaliques ; affections graves auxquelles les jeunes sujets ne sont déjà que trop exposés par suite de leur constitution. On ne peut donc donner trop de publicité aux cas d'empoisonnement de ce genre, qui sont recueillis dans telle ou telle autre localité, afin de prémunir contre une pratique aussi dangereuse que celle-là les personnes qui sont appelées à donner des soins aux enfants du premier âge. (*Annales d'hygiène.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi thérapeutique de l'argent et de ses préparations ; par M. le docteur Krueger.

En lisant attentivement la relation des cas où le nitrate d'argent a été mis en usage à l'intérieur, il est impossible de ne pas reconnaître l'influence qu'il exerce sur les organes de la respiration et sur le plexus cardiaque. Ce sel qui, donné à hautes doses, agit sur les membranes muqueuses à la manière des caustiques, ne produit plus qu'une action tonique sur ces mêmes membranes, lorsqu'il est administré à petites doses. Or, c'est particulièrement la membrane muqueuse du tube intestinal qui réclame fréquemment l'usage de l'azotate argentique. M. Krueger estime que, dans les cas dont il s'agit, ce remède exerce une action véritablement chimique : les sucs salivaires et gastriques contiennent, à l'état normal, une petite proportion d'acide chlorhydrique, qui, accrue par suite de l'état morbide, devient capable d'exercer une action délétère sur l'économie animale ; alors, l'azotate d'argent ne peut, sans contredit, être remplacé par aucun autre agent médicamenteux.

La haute utilité de ce sel comme caustique est bien connue de tous

les praticiens. Dans la surdité, qui a pour point de départ le boursouflement de la membrane par laquelle est tapissée la trompe d'Eustache, on peut tenter, avec quelque espoir de succès, la cautérisation de l'orifice guttural de ce conduit.

Dans la gastromalacie, lorsque l'existence de cette redoutable affection est diagnostiquée à temps, l'azotate argentique, donné intérieurement, est le meilleur moyen auquel il soit possible de recourir; il combat, mieux que tout autre médicament, l'altération chimique qui s'opère dans l'estomac, et il rend aux parois de cet organe la tonicité qu'elles ont perdue. Dans les cas de ce genre, on fait prendre, par petites doses, une faible solution du sel d'argent à laquelle on associe un peu de mucilage de gomme arabique. Si les autres portions du tube digestif deviennent le siége d'une altération analogue ou semblable à la gastromalacie, comme cela se rencontre, le nitrate d'argent est encore indiqué comme dans cette dernière affection.

Dans certaines formes de la fièvre typhoïde, l'azotate d'argent agit avec une grande efficacité, tant à l'intérieur qu'en lavements; mais il est nécessaire, pour en obtenir tout l'effet qu'on peut s'en promettre dans les cas de cette espèce, d'en continuer l'usage jusqu'à ce qu'il commence à se manifester des mouvements critiques vers la peau.

Les diarrhées colliquatives accompagnées d'ulcérations intestinales sont combattues aussi avec un égal avantage par le même moyen, employé tant sous la forme de pilules que sous celle d'injections par le rectum.

Dans les affections nerveuses, c'est spécialement lorsqu'il existe de la dyspepsie, et que la douleur se propage surtout à la région dorsale, que les préparations d'argent sont particulièrement indiquées: cette sorte de cardialgie, qui n'est pas rare, se rencontre notamment chez les femmes et les jeunes filles des classes inférieures.

La même indication existe dans les maladies nerveuses des femmes, qui revêtent les caractères de l'hystérie, de la cardialgie, et qui sont accompagnées de flueurs blanches.

Sur l'emploi de la coniine contre l'ophthalmie scrofuleuse;
Par le docteur FRONMUELLER, de Fuerth.

M. Fronmueller, qui a déjà commencé depuis assez longtemps à employer la coniine comme agent médicamenteux, est arrivé aux résultats suivants:

La coniine représente bien exactement toute la puissance d'action de la ciguë, sans partager son infidélité. Elle agit en même temps comme sédative, calmante et résolutive ou fondante, et elle convient parfaitement pour constituer la base d'une médication contre la forme érétique (moins contre la forme torpide) de la scrofulose, et surtout de l'ophthalmie scrofuleuse. Ainsi elle est spécialement indiquée chez les sujets doués d'une excessive sensibilité avec prédominance du spasme des paupières, photobie, écoulement de larmes et vives douleurs.

Dans la plupart de ces cas, M. Fronmueller a obtenu des succès marqués à l'aide de la coniine; toutefois, il déclare avoir prescrit simultanément un régime approprié, des bains et des moyens locaux.

Voici la formule que ce praticien met habituellement en usage:

Pr. Coniine,	3 ou 4 gouttes.
Alcool rectifié,	1 gramme.
Eau distillée,	20 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour une solution qu'on administre, trois fois par jour, à la dose de quinze à trente gouttes dans une tasse d'eau convenablement édulcorée.

M. Fronmueller n'a jamais vu survenir d'accidents par suite de l'ingestion de cette substance; quelquefois, seulement, les malades ont accusé un peu de mal de tête et des vertiges, bien qu'il ait continué l'emploi du médicament pendant des mois entiers.

La coniine se recommande particulièrement dans la thérapeutique des enfants, par cette circonstance tout à fait précieuse qu'elle n'a point de saveur désagréable. Aussi, M. Fronmueller ne balance-t-il pas à lui prédire avant peu un des premiers rangs parmi les agents de la médication anti-strumeuse, et il engage les médecins à multiplier les essais d'administration.

Il termine en disant que la coiine lui paraît appelée à rendre aussi d'importants services dans le traitement de la coqueluche; mais il se hâte d'ajouter qu'il l'a encore trop peu employée contre cette affection pour pouvoir se prononcer avec certitude à cet égard.

Heureux effets de l'administration d'huile d'olives dans certains cas de maladie organique de l'estomac; par M. le docteur KERST.

Un officier qui, depuis 1817, avait été souvent affecté de douleurs gastriques revenant par accès et surtout pendant la durée de la saison froide et humide, douleurs contre lesquelles on avait vainement essayé un grand nombre de médications, vint consulter en 1841 M. Kerst.

Le malade était alors très émacié; il avait un teint terreux; cependant on ne put constater l'existence d'aucune tumeur ni d'aucun point induré dans la région de l'estomac. La digestion stomacale était très difficile et douloureuse, l'estomac était tuméfié, le malade souffrait de ructus, les selles étaient rares; peu après les attaques de douleurs, le pouls était lent, mais aux autres époques il était naturel. Les accès revenaient tous les six à huit jours; la douleur allait en s'irradiant du dos vers l'estomac, et devenait quelquefois si violente, qu'il en résultait une syncope.

Dans cet état, le malade perdit bientôt ses forces, au point de ressembler à un phthisique parvenu au troisième degré. La sensibilité de l'estomac était telle, que les aliments, même les plus doux, ne purent plus être supportés.

En raison de l'inutilité du grand nombre de moyens employés jusqu'alors, M. Kerst conseilla seulement l'usage des lavements nutritifs, et défendit l'ingestion de tous les aliments. Malheureusement ce traitement ne put être soutenu pendant longtemps, parce que le malade était tourmenté par une fièvre dévorante.

On essaya, en conséquence, l'administration de l'huile d'olives avec addition de sucre, et ce liquide fut supporté si facilement, que toutes les douleurs cédèrent bientôt. On en consomma 250 grammes par jour; on finit par permettre au malade un peu de pain blanc et de lait de chèvre, puis enfin du lait sucré.

Sous l'influence de ce traitement, le malade se rétablit entièrement, et recouvra ses forces comme par le passé.

Dans deux cas semblables, la même médication fut couronnée d'un égal succès.

Traitement de la stomatite couenneuse; par M. le docteur Alph. GUEPRATTE.

Divers traitements, dit l'auteur, ont été proposés, et il faut reconnaître que les antiphlogistiques sont les seuls moyens dont l'emploi soit nuisible dans les cas de stomatite couenneuse. On ne doit recourir aux applications de sangsues que lorsque le mal, négligé dès le principe, a amené une tuméfaction étendue, une rougeur notable, etc.; encore n'y doit-on recourir qu'avec modération dans les circonstances de ce genre.

Le traitement topique par l'alun ou l'acide chlorhydrique ne tarde pas à procurer une amélioration bien sensible. Toutefois, le premier de ces deux agents ne vaut pas le second, et celui ci n'est pas sans présenter certains inconvénients assez graves; ainsi, il occasionne de l'agacement des dents; il ébranle ces organes et les rend pour long temps impropres à remplir leurs fonctions; enfin, il occasionne parfois des odontalgies qui viennent compliquer l'état des malades d'une manière fâcheuse.

Ces reproches, justement mérités, ont engagé M. Guépratte à remplacer l'acide hydrochlorique par la poudre suivante:

Poudre de quinquina,	4 grammes.
Poudre de chlorure de chaux,	2
Poudre de charbon,	2

M. et F. S. A. une poudre très ténue et parfaitement homogène.

Trois ou quatre fois dans le courant des vingt-quatre heures, on insuffle cette poudre à l'aide d'un tuyau de plume, ou encore on la porte directement, au moyen d'une spatule, sur les points de la cavité buccale qui sont le siége de l'exsudation pseudo-membraneuse.

Cette poudre a elle-même l'inconvénient d'enlever à la longue sa sensibilité spéciale, et c'est le seul reproche qu'on puisse lui adresser; mais il ne faut pas oublier que l'acide chlorhydrique, outre ses autres inconvénients, partage aussi celui-ci avec elle. Du reste, elle donne des guérisons aussi promptes que lui, et peut-être même plus rapides encore en enlevant dès le premier jour à l'haleine l'odeur repoussante qui caractérise dans tous les cas la stomatite, et qui devient si fortement incommode pour les malades et pour les personnes qui se trouvent placées dans leur atmosphère.

On favorise l'action de cette poudre en administrant pendant son emploi une limonade tartarisée et quelques minoratifs légers.

Traitement des kystes de la mamelle chez la femme;
par le docteur BRODIE.

Dans certains kystes de la mamelle chez la femme, M. le docteur Brodie recourt avec avantage à l'emploi de fomentations pratiquées avec la mixture suivante:

Pr. Alcool rectifié,	100 grammes.
Eau-de-vie camphrée,	100 id.
Sous-acétate de plomb liquide,	30 id.

M. S. A.

On imbibe avec cette mixture, préalablement agitée fortement, un morceau de flanelle que l'on applique ensuite sur la partie malade. On doit avoir le soin de réimbiber la flanelle sept ou huit fois dans le courant de vingt quatre heures.

Lorsque la partie soumise à l'action du médicament est devenue très sensible, il convient de suspendre les fomentations pour les reprendre quelques jours plus tard.

Une particularité qu'il ne faut pas omettre de mentionner ici, c'est qu'il est indispensable de persévérer longtemps dans l'emploi de cette médication pour en obtenir les bons effets qu'on en peut attendre.

NOUVELLES.

Les facultés de médecine et de chirurgie de Turin ont été récemment réunies en une seule institution. La durée totale des études médicales a été fixée à six ans; les élèves subissent un examen à la fin de chaque année, pour passer à la division supérieure, et à la fin de la sixième année, une double épreuve pour l'année écoulée et pour la durée totale des études. Le titre de docteur et le droit de pratiquer sont accordés à la suite d'un dernier examen qui se fait publiquement. La langue latine est en usage dans les cours et dans les examens.

— On écrit de Lyon:

Un jeune étudiant en médecine, M. Dégletagne, de Pont-de-Veyle, âgé de vingt et un ans, est mort samedi dernier des suites d'une piqûre qu'il s'était faite au doigt en ouvrant un cadavre à l'Hôtel-Dieu de Lyon. L'amputation du doigt n'a pu le sauver. L'inflammation a gagné le bras, a réagi sur le cerveau et causé une mort qui jette toute une famille dans le désespoir.

— Le docteur Bœumler, de Cassel, médecin et conseiller du prince régnant, vient de succomber aux suites d'une légère blessure qu'il s'était faite en amputant une cuisse frappée de gangrène.

— M. Bennit a été nommé, par suite d'un concours, aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La SEPTIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (première livraison du troisième volume), est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle comprend la suite des Maladies de l'appareil urinaire: corps étrangers et calculs de la vessie, dissolution et extraction de ces calculs; lithotritie avec planches, etc. — Les autres livraisons paraîtront de mois en mois sans interruption.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 25. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 28 FÉVRIER 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le débat sur l'oblitération atificielle du vagin touche à sa fin. M. Bérard le résumera mardi prochain.

Nous avons discuté, dans notre dernier article, les deux idées qui ont été émises pour expliquer la mort par l'opération : celle de la péritonite et celle de l'infection purulente. Nous avons cherché les éléments de la solution dans le fait lui-même et nous n'avons pas été au delà. Il y a un argument dont nous nous sommes abstenu, parce qu'il nous paraissait trop simple. Voici cet argument :

Supposons que la mort ait eu lieu par l'effet d'une péritonite traumatique ; sera-ce une raison péremptoire pour que l'on doive renoncer à l'opération de M. Vidal ? Mais alors il faudra renoncer à toutes les opérations qui se pratiquent sur le bassin et sur l'abdomen. Admettons, maintenant, suivant la supposition de M. Blandin, que l'opérée ait succombé à l'infection purulente ; faudra-t-il, par cela seul, rejeter la méthode indirecte ? Mais, dans ce cas, il faudrait s'abstenir de toute opération, voire même de la saignée, et M. Blandin, professeur de médecine opératoire, devrait se démettre de sa chaire et briser son bistouri, ce qui, comme le dit M. Vidal, priverait les élèves d'un excellent cours et les malades d'un habile opérateur.

M. Vidal a écrit la phrase suivante : « L'argument qui consiste à dire que je prive la femme de son plus bel attribut, que je lui enlève son sexe, qu'elle ne pourrait plus être fécondée, est un de ceux que je ne réfute pas. » (*Traité de pathologie externe*, t. V, p. 586.) Cet argument n'en préoccupe pas moins vivement M. Roux, qui a montré un intérêt particulier pour la fonction dont la femme serait privée par l'infibulation. Le célèbre académicien a même établi une distinction ingénieuse entre la fécondation et la copulation, et il a paru évident que s'il ne s'agissait que de la première, M. Roux ne serait pas aussi antipathique à l'opération. L'orateur avait pour lui l'exemple cité par M. Velpeau d'une femme qui, atteinte d'une fistule vésico-vaginale avec oblitération presque complète du vagin, supplia le chirurgien de reconstituer l'orifice *atrésié*. Mais nous tenons pour certain que c'était là un cas très exceptionnel, et que, généralement, une femme affectée de fistule vésico-vaginale, préférerait l'occlusion du vagin à l'insupportable dégoût qui résulterait de son infirmité pour elle aussi bien que pour les autres.

Qu'importe que des femmes aient pu être fécondées nonobstant une fistule vésico-vaginale ? Est-ce là, nous le demandons, une objection sérieuse ? Mérite-t-elle d'être discutée, et devons-nous faire remarquer que la fécondation ne saurait être une compensation à ce qu'il y a de pénible et de déplorable dans la position d'une femme qui perd continuellement ses urines par le vagin ? Autant est exécrable la pensée de l'infanticide, autant est naturelle, dans le cas dont il s'agit, la renonciation à la maternité.

M. Moreau a reproduit, contre l'opération, les deux arguments tirés de la presque impossibilité de l'oblitération du vagin et des accidents probables qui résulteraient de l'obstacle au cours du sang menstruel obligé de se faire jour par l'urètre. A l'appui de cette dernière objection, M. Moreau a cité le cas de la femme opérée par M. Vidal lui-même. La nécessité du cathétérisme chez cette opérée, serait résultée, d'après l'honorable professeur, de la rétention des règles. Nous devons regretter que M. Moreau n'ait pas eu le temps de prendre connaissance de l'observation rapportée par M. Vidal (*loc. cit.*, page 585). Il se serait convaincu que rien de semblable n'avait eu lieu. Au contraire, il est dit expressément : « les règles survinrent et furent chassées au dehors, toujours par l'urètre. »

On ne s'est pas assez occupé, dans cette discussion, et les chirurgiens ne paraissent pas se douter de ce qui arrive, par rapport à la menstruation, dans les cas de fistule vésico-vaginale. Or, l'éruption menstruelle est souvent, ou même le plus généralement supprimée. Nous ne disons pas toujours, puisque des femmes affectées de cette infirmité ont pu être fécondées ; mais nous engageons les observateurs à se préoccuper de ce point de la question. Chez la femme guérie spontanément d'une fistule vésico-vaginale, et dont nous avons cité l'exemple dans une de nos *Revues*, les règles n'ont pas coulées depuis la production de la fistule.

Quant à l'objection qui consiste à dire que l'oblitération complète du vagin est presque impossible, nous pensons l'avoir réduite à sa véritable valeur dans notre dernier article. Nous avons fait remarquer qu'il semble y avoir, de la part de l'urine, une action mécanique bien plutôt qu'une action chimique. Aussi, comme pour répondre à cette idée, M. Vidal propose-t-il de détourner les urines par l'anus en faisant une contre-ouverture à travers la cloison recto-vaginale. L'urine aurait incontestablement plus de tendance à s'échapper par cette voie que par la vulve, dont l'oblitération pourrait se faire ainsi.

Ensuite, on aviserait à l'occlusion de l'ouverture recto-vaginale. Peut-être, comme nous le pensons, serait-il préférable de la laisser subsister, et de conserver de cette façon deux voies au sang des règles et aux urines libres dès lors de couler à travers l'urètre ou à travers l'anus. La présence du sphincter anal pourrait assurer à la volonté son empire sur l'excrétion des deux liquides à travers l'ouverture inférieure du tube digestif.

M. Velpeau a posé la question avec un grand sens et une précision à laquelle tous les assistants ont su rendre justice. Il a fait la part du cas de M. Bérard et de la méthode à laquelle ce cas se rattache, en tant qu'opération, et il a pu s'élever ainsi du particulier au général. L'argumentation de l'honorable membre a été reproduite dans le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie, auquel nous renvoyons. Les paroles de M. Velpeau ont causé dans l'Académie et dans le public une vive impression, lorsque, rendant hommage au talent de M. Bérard, il a exprimé le vœu d'un examen désormais moins personnel des observations déférées à la compagnie par un de ses membres.

En somme, les objections que l'on fait à la *méthode indirecte*, sont de deux sortes : 1° elle *peut* donner lieu à des accidents ; nous sommes dispensé de répondre à ce premier reproche : 2° les règles *pourront* être retenues ; les urines croupissant dans le vagin, *pourront* enflammer ce canal transformé en vessie ; des calculs *pourront* s'y déposer et devenir la cause des plus vives souffrances ; le museau de tanche baignant dans un liquide irritant, *pourra* s'ulcérer ; *peut-être* laissera-t-il passer un peu de ce liquide, qui charrié par les trompes jusque dans le péritoine, y déterminer une inflammation rapidement mortelle. Tout cela est possible ; mais peut-on tuer une méthode opératoire avec des possibilités. Quelle opération résisterait à cette logique ? Quel acte chirurgical, si minime soit-il, n'a pas contre lui les possibilités les plus redoutables, prochaines ou éloignées ?

En face des possibilités, il est bon d'en appeler à la réalité. Or, voici ce qu'elle dit. Dans l'observation de M. Vidal, les règles sortirent par l'urètre ; les urines furent chassées et *jaillirent* ; enfin, elles ne remontèrent pas dans la matrice pour aller inonder le péritoine, puisque l'opérée survécut après avoir eu le vagin oblitéré pendant un mois.

Remarquons-le bien en terminant ! Il est question d'une infirmité qui rend la vie insupportable aux malheureuses qui en sont affectées, et il s'agit des cas dans lesquels cette infirmité a résisté à toutes les autres méthodes opératoires. C'est alors, et alors seulement, que la méthode indirecte a la prétention d'être appliquée. Voici (et c'est notre dernier mot) la question telle qu'elle nous semble devoir être présentée : Une femme a le bas-fond de la vessie détruit ; elle perd toute son urine par le vagin ; la vie lui est à charge, et elle supplie le chirurgien de la guérir de son infirmité par quelque moyen que ce soit. L'annulation de son sexe ne lui coûte pas en présence du dégoût et du chagrin dont son existence est remplie. Les dangers qu'on lui représente ne l'arrêtent pas non plus. L'homme de l'art l'abandonnera-t-il à son désespoir, ou tentera-t-il le seul moyen qui soit à sa disposition de la rattacher à la vie ?

— Baucoup d'objections ont été faites au bandage inamovible dans le traitement des fractures, et assurément il offre des dangers ; mais ses dangers sont surtout relatifs à la manière dont il est appliqué. Si le bandage est trop serré, il peut produire l'étranglement du membre ; s'il ne l'est pas assez, la partie joue dans l'appareil, les fragments se déplacent, et le défaut de consolidation ou une consolidation vicieuse s'ensuivent. Nous avons vu arriver l'une et l'autre chose.

Citerons-nous l'exemple célèbre de M. Doubowitski ? L'appareil avait été placé si peu rationnellement que longtemps après son application l'empreinte des circulaires était encore creusée sur l'avant-bras. Faut-il s'étouner après cela que le tissu cellulaire intermusculaire se fût induré que et la perte de la plupart des mouvements des doigts en fût résultée ?

Entre des mains habiles et prudentes, les inconvénients de l'appareil inamovible disparaissent. M. Velpeau a présentement, dans sa salle d'hommes, à la Charité, un malade atteint de fracture de la jambe avec plaie ; un bandage dextriné, percé d'une fenêtre a été appliqué ; la solution de continuité

FEUILLETON.

Quelques réflexions sur l'emploi de l'azotate d'argent comme moyen thérapeutique, et sur les avantages de quelques pommades qu'on introduit dans l'urètre, pour mettre fin à certaines écoulements urétraux ;

Par le docteur GUILLON, chirurgien-consultant du roi, etc.

Comme dans un compte-rendu on m'a fait dire ce que je n'ai pas dit, et certaines observations que j'ai faites sur l'emploi des injections d'azotate d'argent n'ayant pos été mentionnées, je crois devoir publier cette note qui aura au moins le mérite de l'actualité, la question dont il s'agit se trouvant à l'ordre du jour.

Les bons effets qu'on obtient journellement des applications locales du nitrate d'argent, dans quelques maladies des yeux ; — la promptitude avec laquelle on arrête, à l'aide de cette substance à l'état pulvérulent, le croup membraneux commençant et qui succède à l'angine couenneuse, par l'extension de cette maladie aux conduits aérifères ; (Ainsi que le prouvent le compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique, années 1827 et 1828, et un mémoire que j'ai adressé à l'Institut, depuis dix-huit ans, j'emploie cette médication contre le croup membraneux.) — les bons résultats qu'on obtient dans certaines diarrhées chroniques, en injectant dans le rectum une solution de quelques grains (20 à 30 centigrammes d'azotate d'argent pour 50 grammes d'eau, etc.) ; — tous ces avantages réunis appellent aujourd'hui l'attention des praticiens sur cet argent thérapeutique.

Ne voulant, dans cette note, m'occuper que des injections intra-urétrales, je reviens à mon sujet, tout en faisant remarquer que j'ai substitué, il y a quinze ans, la solution aqueuse de nitrate d'argent au nitrate d'argent solide, pour remédier à certains états pathologiques de l'urètre.

Ces injections, comme moyen abortif, n'ont rien produit de satisfaisant sur un grand nombre de malades que j'ai eu occasion de voir, parce qu'ils étaient affectés de rétrécissements de l'urètre ; enfin, jusqu'à présent, ces mêmes injections me paraissent avoir fait plus de mal que de bien dans les urétrites aiguës. — Pour ceux qui les ont employées tout à fait au début de blennorrhagies qu'on supposait commençantes, je suis encore à me demander si ces chaudepisses dont on a attribué la guérison à une ou deux injections, n'auraient pas tout aussi bien guéri par les autres moyens employés dans ces cas. et même par les simples délayants et le repos, comme cela se voit tous les jours.

Je ferai remarquer que l'injection d'azotate d'argent dans le canal excréteur de l'urine agit moins sur la partie malade, sur le lieu enflammé, que sur les autres parties saines de la membrane muqueuse urétrale. Le résultat immédiat de l'injection est d'écarter les parois de la surface interne du canal qui, dans l'état normal, sont en contact, excepté dans la fosse naviculaire et dans la région prostatique (1). Et comme la faculté expansible de l'urètre est moindre dans les points qui sont le siége de l'inflammation, on conçoit que l'action du liquide injecté se fasse moins sentir là que sur les parties voisines.

Pour tarir les écoulements anciens, pour mettre fin à ce qu'on nomme la goutte militaire, il faut remonter à la cause. Cette cause est le plus ordinairement locale ; mais dans d'autres circonstances l'écoulement est entretenu par une disposition générale du sujet.

Lorsqu'un écoulement persiste plusieurs mois, il est presque toujours entretenu par un état maladif local qui rétrécit l'aire du canal, et qu'on désigne ordinairement sous le nom de rétrécissement. C'est donc cette cause qu'il faut guérir par un traitement convenable, si l'on veut faire cesser l'écoulement urétral qu'elle produit ou entretient.

(1) Au moyen de mon *speculum uretri*, on constate facilement ce contact dans une étendue de plusieurs centimètres. Cet instrument consiste en une sorte de gouttière en argent, plus étroite d'un bout que de l'autre, bien polie à l'intérieur, et présentant à son extrémité la plus large un anneau qui sert de manche.

Quand il existe un rétrécissement, je commsnce par le détruire le plus promptement possible ; et lorsqu'il a complétement disparu, si l'écoulement persiste, j'ai recours à la cautérisation de la portion de l'urètre d'où il vient. C'est alors seulement que la cautérisation me paraît véritablement indiquée ; et dans ce cas j'emploie de préférence des agents caustiques à l'état liquide.

Dans certaines circonstances j'ai recours à des pommades avec le nitrate d'argent, avec des oxydes de mercure ; mais celle que j'emploie le plus fréquemment est composée d'une partie de proto-chlorure de mercure, d'une partie d'extrait de belladone, de deux parties d'extrait de ratanhia, et six à douze parties de cérat ou d'axonge. On porte ces pommades dans l'urètre au moyen d'une petite seringue élastique qu'on fait avec deux bouts de sonde très flexibles introduits l'un dans l'autre.

Quoi qu'on ait pu dire, *je le déclare formellement :* CE N'EST POINT AVEC DES POMMADES QUE JE DÉTRUIS LES RÉTRÉCISSEMENTS ; *c'est le plus ordinairement par des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes, suivant l'indication.* — La prétention de détruire les rétrécissements avec des pommades ne me paraît, jusqu'à présent, s'être présentée à l'esprit d'aucun homme sérieux.....

Lorsque je cautérise avec une solution de nitrate d'argent, je n'emploie cette solution que comme agent modificateur, et c'est avec mes porte-caustiques que je l'introduis dans le lieu où je veux qu'elle agisse, porte-caustiques à l'aide desquels on préserve les autres parties de l'urètre du contact de ce liquide.

Comme traitement abortif de la blennorrhagie, cette manière d'agir sur la partie malade, en préservant les autres points de la membrane muqueuse urétrale, me paraît de beaucoup préférable aux injections. — Ne l'ayant pas encore employée un assez grand nombre de fois pour en tirer des conséquences pratiques rigoureuses, je me contente pour aujourd'hui d'appeler l'attention sur ce procédé ; mais en faisant remarquer qu'il ne me paraît applicable que pour les blennorrhagies tout à fait commençantes, et ayant leur siége à la fosse naviculaire ou seulement dans la portion spongieuse de l'urètre.

On peut facilement remplacer mon porte-caustique à ouverture la-

est pansée journellement ; aucun accident n'est survenu, et la guérison paraît assurée.

— Nous avons examiné, il y a quelque temps, dans la même salle, un homme qui portait une ancienne fracture de l'extrémité inférieure du radius, et chez lequel un des signes de cette fracture, signalé par M. Velpeau, était aussi évident que possible. Nous voulons parler de la saillie des tendons des muscles radiaux, lesquels formaient au côté externe de l'avant-bras une corde dure extrêmement marquée. Jamais nous n'avions été à même d'apprécier d'une manière aussi complète et aussi satisfaisante l'indication diagnostique du professeur de la Charité.

On sentait l'origine de cette corde vers le milieu de l'avant-bras, là où les tendons se dégagent du sein des fibres musculaires. Elle était à une assez grande distance du plan osseux. On pouvait la déprimer. Elle atteignait son maximum de saillie dans une position telle, que le plan dorsal de la main continuât directement celui de l'avant-bras. Le minimum de saillie avait lieu dans l'exagération de l'extension de la main.

Les autres signes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius n'étaient pas moins manifestes. Ainsi, le bord cubital de l'avant-bras formait, avec celui de la main, un angle rentrant dont le sommet était représenté par l'apophyse styloïde du cubitus; et cet angle était assez prononcé pour que la main fût déviée très sensiblement du côté cubital.

L'extrémité articulaire des os de l'avant-bras formait une saillie dorsale que suivait une dépression correspondant à une saillie palmaire du poignet, qui régnait dans l'étendue de trois travers de doigt. La ligne palmaire de séparation du poignet et de l'avant-bras était très enfoncée.

Il en résultait que les régions dorsale et palmaire du poignet étaient alternativement convexes et concaves. Cette disposition, comme chacun sait, a beaucoup exercé la *sagacité comparative* de M. Velpeau, qui a fini par trouver que l'avant-bras et la main, dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, figurent assez exactement une *fourchette*, dont le coude serait représenté par la saillie dorsale du poignet.

Eu égard aux signes qui viennent d'être mentionnés, le cas dont il s'agit était un type, et un élève n'aurait pas mieux trouvé pour s'initier au diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

En même temps que le rayon avait été brisé, il y avait eu chez cet homme diastase de l'articulation radio-cubitale inférieure. En effet, l'extrémité inférieure du cubitus, extrêmement mobile, jouait rudement sur le radius, en faisant entendre un bruit sourd.

— Un malade de M. Rayer présente des accidents très singuliers. Cet homme, d'une constitution chétive, sèche, d'un tempérament évidemment nerveux, a éprouvé, il y a une dizaine d'années, deux atteintes d'aliénation mentale, dont il rend compte très imparfaitement. Autant qu'on en peut juger, il avait des hallucinations auditives. Depuis ce temps, il a joui d'une santé assez satisfaisante jusqu'à il y a environ quinze mois, époque à laquelle il fut pris d'accidents du côté des organes pulmonaires, consistant surtout en une dyspnée qui augmentait au moindre effort. Il y a maintenant une quinzaine de jours, il eut un aboiement bruyant, qui se répéta depuis inopinément, à la maison, ou dans la rue, et qui devenait souvent pour lui un sujet de confusion. Tout à coup, au moment où, par exemple, il parlait à une personne, il se détournait pour aboyer, après quoi il reprenait la conversation. Il a simulé devant nous cet aboiement, qui impliquait un état spasmodique spécial du larynx, mais qui ne pouvait s'effectuer qu'à la condition de la participation des lèvres à ce mouvement : le larynx produisait le son et les lèvres le modulaient en lui donnant le caractère d'un aboiement. Ce symptôme n'existe plus aujourd'hui. Pendant que le malade nous faisait son historique, il se détourna subitement et exécuta un grand nombre de fois de suite des mouvements alternatifs très réguliers d'abaissement et d'élévation de la tête, pendant lesquels il effectuait un *soufflement* comme pour éteindre une bougie. Ce *soufflement* comportait, bien entendu, deux mouvements, l'un d'inspiration, l'autre d'expiration, coïncidant le premier avec l'élévation, le second avec l'abaissement de la tête. Les muscles de la face étaient immobiles ; ainsi ni les labiaux, ni ceux des ailes du nez, ni les sourciliers, aucun des muscles respirateurs de la face, en un mot, ne prenait part au mouvement. Les yeux ne présentaient non plus rien de particulier. La bouche était close.

Le malade nous fit signe d'ausculter sa poitrine, et nous constatâmes des deux côtés, mais spécialement à droite, un ronflement humide très sonore. L'accès dura environ deux minutes. Ce symptôme date de l'époque à laquelle le sujet commença à éprouver des accidents pulmonaires. La poitrine, auscultée ensuite, fit entendre également des deux côtés, et plus à droite qu'à gauche, un râle sibilant au lieu du râle ronflant humide. Le malade a une expectoration catarrhale. Il est apyrétique. Nous le suivrons avec l'intérêt qu'il mérite.

— Nous n'étonnerons personne en disant que nous avons été à même de faire des remarques intéressantes en visitant les salles de M. Jobert (de Lamballe), à l'hôpital Saint-Louis.

— Il est impossible de ne pas reconnaître une grande analogie entre l'érysipèle légitime et les fièvres éruptives. Une infirmière du service de M. Jobert a éprouvé à un haut degré les prodromes de ces pyrexies, puis un érysipèle a envahi l'une de ses jambes tout entière. M. Jobert a fait appliquer sa pommade au nitrate d'argent sur la partie enflammée.

— Une autre femme est entrée avec des brûlures très étendue. Ses vêtements avaient pris feu. La glace en permanence a apaisé les horribles douleurs qu'elle éprouvait.

— M. Jobert nous a montré plusieurs femmes chez lesquelles il a cautérisé le col utérin avec le fer rouge. Il se loue infiniment de ce moyen, qu'à son exemple beaucoup de chirurgiens emploient maintenant avec confiance. Il n'est pas de modificateur aussi puissant et aussi sûr. C'est un sujet sur lequel nous reviendrons incessamment.

— Une femme est entrée dans le même service avec une fistule vésico-vaginale. Tout le bas-fond de la vessie a été détruit. Le col utérin a été détruit aussi, et oblitéré par l'effet de l'inflammation gangréneuse qui s'en est emparée à la suite de l'accouchement laborieux, cause déterminante de toutes ces lésions. Pendant dix-huit mois, l'infirme n'éprouva aucun accident qui pût être rapporté aux règles ; mais, au bout de ce temps, les symptômes de la rétention du sang menstruel dans l'utérus se manifestèrent, et il fallut aviser à ouvrir une issue à ce liquide. Après une exploration attentive, M. Jobert se décida à percer la matrice à travers la fistule vésico-vaginale. Une canule fut laissée en place pendant vingt-quatre heures. Le sang qui s'écoula était semblable à de la gelée de groseille filante. Mais l'ouverture vésico-utérine faite par le trois-quarts se ferma, et il fallut, le mois suivant, pratiquer une nouvelle ponction. Cette fois la canule fut laissée dans l'utérus pendant quarante-huit heures, et l'ouverture s'est maintenue.

— Un homme a été affecté de paraplégie pendant 18 mois, par suite de la compression de la moelle lombaire par le pus d'un abcès résultant de carie vertébrale. Cet abcès ouvert, la paraplégie a cessé. Le foyer s'étant rempli, la paraplégie s'est reproduite. Elle a cessé de nouveau à l'ouverture de l'abcès. Le malade va sortir de l'hôpital avec une fistule et une gibbosité. Il n'est personne qui ne soit frappé de cette persistance de l'action nerveuse dans la moelle, nonobstant une compression qui a duré dix-huit mois.

— M. Jobert retire de très bons effets de petits sétons passés verticalement à l'aide d'un bistouri à lame étroite, à deux travers de doigt environ de l'angle orbitaire externe, dans le cas d'amaurose ou d'ophthalmie grave.

— Un vieillard était porteur d'une hydrocèle enflammée. Après une ponction exploratrice qui donna issue à un peu de pus, M. Jobert fendit la tumeur. Le sac était rempli d'une quantité considérable de lymphe coagulée et de pus.

M. Jobert a opéré un grand nombre d'hydrocèles par incision, et il n'a jamais vu survenir d'accidents sérieux. Quand l'hydrocèle est suppurée ce n'est plus une hydrocèle, c'est un abcès, et la nécessité de l'incision ne fait plus de doute.

— Nous renvoyons à samedi l'indication de quelques autres cas du même service.

Nous parlerons aussi, dans notre prochain article, de plusieurs opérations d'empyème que M. le professeur Trousseau vient de pratiquer pour des épanchements suite de pleurésie aiguë. X.....

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Enorme cancer du foie. Espèce particulière de crépitation emphysémateuse au niveau de la tumeur.

Le 11 janvier 1845, est entrée dans la salle Ste-Marthe, n° 34, la nommée Perrin, âgée de cinquante-six ans, sans profession. Cette femme, qui a été mariée et qui a eu cinq enfants, a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de cinquante-trois ans. Ordinairement bien portante, elle a cependant été sujette toute sa vie à des palpitations de cœur; mais ces palpitations ne l'empêchaient nullement de vaquer à ses occupations. Dès l'âge de douze au treize ans, elle s'était aperçue, en outre, qu'elle avait dans l'épaisseur du sein droit une glande qui augmentait ou diminuait de temps en temps, suivant que la malade maigrissait ou prenait de l'embonpoint. Comme cette petite tumeur ne l'incommodait nullement, elle s'est toujours refusée à un traitement actif.

Dans le courant de l'année 1843, cette femme éprouva beaucoup de chagrins. La perte de la plus grande partie de sa fortune, bientôt suivie de la perte de son mari, ne tardèrent pas à la rendre malade; et dès le mois de novembre de cette anné, elle commenca à maigrir et à éprouver des dérangements continuels. Condamnée pour dette et emprisonnée à Clichy au mois de mars 1844, ce nouveau coup augmenta ses chagrins et sa maladie. Elle n'y était pas depuis deux mois, qu'elle s'aperçut d'une tumeur grosse comme le poing d'un enfant dans la région de l'hypochondre droit. Quelque temps après, elle a eu la jaunisse, qui lui a duré sept mois, et pour laquelle elle n'a fait véritablement aucun traitement.

Il y a cinq semaines seulement, elle a reçu les soins du médecin de la prison. Elle a été soumise à un traitement mercuriel suivi de salivation qui a fait diminuer la coloration ictérique de la peau, mais qui n'a eu aucune influence sur la tumeur du foie ; au contraire, cette tumeur a fait continuellement des progrès, principalement dans les deux derniers mois. Les digestions ont continué cependant à se faire d'une manière assez satisfaisante, mais elle a maigri beaucoup et s'est considérablement affaiblie. Les jambes ont enflé à l'époque de la salivation. La malade a remarqué que son ventre enflait, c'est-à-dire se distendait par des gaz toutes les fois qu'elle avait faim, quand elle avait mangé, etc. Depuis deux mois le pain passait difficilement, et elle ne se nourrissait plus que de biscuits légers et de semoules. Elle habitait, dans la prison, une chambre assez aérée; mais comme elle manquait là des soins les plus nécessaire, elle a demandé et obtenu sa translation à l'hôpital de la Charité.

Etat actuel à l'entrée. — Face amaigrie et portant les traces de la douleur. Coloration jaunâtre-terne de tout le corps, se retrouvant encore, mais faiblement, sur les conjonctives. Un peu d'œdème des extrémités; langue humide; soif vive; nausées et maux de cœur; pas de vomissements. L'abdomen était énormément distendu, et semblable, pour le volume, à celui d'une femme qui est près du terme de sa grossesse. Des veines nombreuses et distendues sillonnaient la surface de cette cavité. A la pression, on ne développait de la douleur que du côté droit, et on reconnaissait de ce côté une tumeur grosse comme trois têtes de fœtus à terme, descendant jusqu'à dix travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, s'étendant en dehors et à droite dans l'étendue seulement de trois travers de doigt, et dans une direction oblique de haut en bas, de droite à gauche, et de dehors en dedans; enfin se sentant jusqu'à l'épigastre et dépassant inférieurement l'ombilic. En pressant très légèrement sur cette tumeur, on sentait qu'elle était solide ; mais avant d'arriver jusqu'à elle, on percevait une espèce de crépitation comme emphysémateuse, ou comme celle qui résulte de la pénétration du doigt dans du sable. M. Andral fit remarquer cette crépitation à tous ceux qui étaient présents, porta le stéthoscope sur la tumeur, et finit par reconnaître que ce phénomène n'était nullement comparable aux bruits de frottement abdominaux qui ont été décrits dans ces derniers temps, et qui peuvent être reconnus avec l'oreille, tandis que celui-ci ne se percevait que par le toucher. Cette crépitation ne se trouvait pas dans tous les points de la tumeur; c'était principalement vers le milieu de sa hauteur et vers son bord libre, qu'on développait plus facilement ce phénomène. Au reste, il s'épuisait rapidement, et ne se reproduisait qu'un certain temps après. En outre de cette crépitation, la main, en pressant sur la tumeur, qu'elle refoulait au-devant d'elle, sentait une espèce de froissement un peu rude qui était dû au passage sous les doigts d'une foule de tumeurs d'un volume variable, qui surmontaient la tumeur principale et lui donnaient un aspect bosselé. Ces tumeurs étaient séparées par des sillons plus ou moins profonds. Dans toute l'étendue de l'abdomen autre que celle occupée par la tumeur, on reconnaissait facilement la présence d'un liquide; la fluctuation était des plus distinctes. Les intestins et l'estomac étaient refoulés en haut et à gauche, ainsi qu'on le reconnaissait au son tympanique de cette région. La respiration n'était pas notablement gênée; cependant la malade était forcée d'avoir plusieurs oreillers, et elle était presque assise dans son lit. La matité de la région précordiale était augmentée; la pointe du cœur correspondait au sixième espace intercostal, à trois pouces de l'axe du sternum. L'impulsion était courte, brusque et double. Une trace de bruit de souffle au premier temps. Pouls à 88, petit et faible, mais régulier. La malade allait tous les jours à la garderobe, mais

---

térale par une sonde à un seul œil, très large, *fait dans le tissu ;* je dis fait dans le tissu, parce que les sondes dont l'œil est fait avec le fer rouge se brisent facilement lorsqu'on veut leur faire exécuter un mouvement de rotation pour agir sur la circonférence du canal. — Une petite éponge fixée sur une baleine disposée à cet effet, sert à porter l'azotate d'argent où il doit agir.

Pour rendre l'opération plus facile et moins douloureuse, il faut procéder de la sorte : on introduit dans l'intérieur du porte-caustique une autre sonde, ou une bougie, de manière à fermer son ouverture ; puis, après avoir enduit l'instrument avec de l'huile, on le fait pénétrer un peu au delà du lieu malade *préalablement reconnu à l'aide d'une bougie à bout olivaire.* — La bougie obturatrice étant retirée, on introduit à sa place l'éponge imbibée de la solution de nitrate d'argent.

Pour agir sur la circonférence du canal, on fait exécuter à l'instrument, porté au delà du mal, un mouvement de rotation; en même temps on tourne la tige à laquelle est fixée l'éponge, et de manière à exprimer sur le lieu où il doit se faire sentir, le liquide dont elle est imprégnée.

En introduisant et en retirant le porte-caustique, on a soin de tenir son ouverture latérale en contact avec la paroi supérieure de l'urètre, surtout en le retirant afin que le liquide qui s'y trouve encore n'en sorte pas pour se répandre sur les autres parties du canal, qui doivent être préservées de son action. — Pour la retirer avec moins de douleur, on doit remplacer par la bougie obturatrice, dont on s'est servi pour l'introduire, la tige sur laquelle est fixée l'éponge.

Si l'écoulement ancien, si ce qu'on nomme la goutte militaire sont dus à une inflammation chronique de la prostate, des glandes de Cowper, du vérumontanum, etc., on doit traiter convenablement ces affections, et l'écoulement disparaîtra avec la cause qui le produisait.

Dans les écoulements sans rétrécissements de l'urètre, et qui sont entretenus par cette disposition dartreuse signalée par les auteurs, on doit réunir un traitement interne au traitement local approprié.

Je terminerai cette note en rapportant ce qu'on lit a la page 31 du compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique (années 1831 et 1832), publié en 1834 par M. Serrurier.

C'est le secrétaire-général de la Société qui parle : « M. Guillon » (dit-il) met en usage dans sa pratique la cautérisation qu'il distin- » gue en cautérisation avec des agents à l'état solide, et en cautérisa- » tion avec des agents à l'état liquide. Ce dernier procédé, à l'aide » duquel on agit avec plus de précision sur les parties malades, lui ap- » partient en propre, et les substances qu'il emploie sont une disso- » lution de nitrate acide de mercure ou de nitrate d'argent, plus ou » moins concentrées, suivant l'indication. »

Et à la page 35, après avoir donné la description de mes porte-caustiques, il ajoute : « C'était remplir toutes les indications voulues » que de pouvoir dans le premier cas, isoler les parties du canal sur » lesquelles on veut agir, et préserver les parties environnantes de » toute atteinte de la part du caustique liquide ; et dans le second cas, » de porter sans nul inconvénient sur les parties malades un causti- » que dont l'application rationnelle et immédiatement faite a couronné » de succès les essais tentés par notre confrère dans un grand nom- » bre de circonstances. »

Le liquide caustique que j'emploie le plus ordinairement, est une solution d'un gramme de nitrate d'argent fondu dans 4 grammes d'eau distillée.

Paris, le 14 février 1845.

Mort d'Abercrombie. — Le docteur Abercrombie, qui était, avec Abernethy, Astley Cooper et Charles Bell, l'un des médecins de la Grande-Bretagne les plus connus sur le continent, est mort à Edimbourg le 14 novembre dernier, à l'âge de soixante-trois ans. Il se préparait à sortir comme à l'ordinaire après son déjeuner, lorsqu'il tomba la face contre terre et mourut subitement. A l'autopsie, on a trouvé le péricarde plein de sang coagulé, et une déchirure longitudinale de la face postérieure du ventricule gauche, déchirure qui avait intéressé une des veines coronaires, et par laquelle s'était faite l'hémorrhagie.

elle urinait peu. Les fonctions cérébrales étaient en bon état; le sommeil était court et interrompu par des rêves. Ce dont elle se plaignait le plus, c'était une distension de l'abdomen par les gaz, et elle ajoutait que, quand elle en rendait par en haut ou par en bas, elle était notablement soulagée.

Il était évident que la nature de la maladie de cette femme, et surtout la période qu'elle avait atteinte, rendaient tout traitement inutile. On se borna à des moyens adoucissants et calmants. On n'en suivra pas moins cette malade avec intérêt, à cause de la crépitation particulière que l'on observait chez elle; mais, dès le second jour, ce phénomène, quoique conservant les mêmes caractères, était beaucoup moins étendu que la veille. Le troisième jour, il n'y en avait plus de trace, et il ne se reproduisit plus depuis. La mort eu lieu, sans aucun accident nouveau, le 25 janvier.

Autopsie 36 heures après la mort. — L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin, en présence de M. Andral et d'un grand nombre d'élèves. A peine eut-on ouvert l'abdomen, qu'il s'en écoula environ quinze litres de sérosité sanguinolente, mais translucide. La paroi antérieure de l'abdomen ayant été détachée et renversée, on aperçut une tumeur énorme qui occupait tout le côté droit de l'abdomen et s'étendait jusqu'à la ligne médiane. C'était le foie énormément et démesurément hypertrophié. Il descendait inférieurement jusqu'à la crête iliaque, et avait refoulé l'estomac et le paquet intestinal vers le côté gauche. Avant de séparer le foie de ses points d'attache, on chercha si on ne trouverait pas à sa surface quelque fausse membrane qui pût rendre compte de la crépitation emphysémateuse observée avant la mort: on n'en trouva pas. On réappliqua les téguments sur la tumeur; mais, pas plus que pendant la vie, on ne put produire ce phénomène. On disséqua avec soin ces téguments couche par couche; tout était à l'état normal. Le péritoine n'était tapissé par aucune fausse membrane. Une fois détaché, le foie se présenta sous la forme d'une tumeur reproduisant tous les traits de l'organe hépatique, seulement il avait au moins quatre fois le volume ordinaire, et il pesait dix-huit à vingt livres; il présentait une couleur qui variait dans le lobe droit et dans le lobe gauche. Le lobe gauche était d'une couleur jaune rappelant celle de la cirrhose, mais marbrée de blanc. C'était également la couleur du lobe de Spigel et de la face inférieure du lobe droit, tandis que la face convexe de ce lobe présentait, au milieu de ce tissu jaune marbré de blanc, de gros noyaux blanchâtres variant depuis le volume d'une aveline jusqu'à celui du poing, et en nombre extrêmement considérable. Tous ces noyaux offraient les caractères de ce qu'on décrit ordinairement sous le nom de tissu encéphaloïde cru. Dans l'intérieur du lobe gauche et du lobe de Spigel, on retrouva plusieurs noyaux de ce tissu qui étaient cachés dans leur épaisseur. La veine-porte, qui n'était ni oblitérée, ni diminuée de volume, ne tardait pas, à partir de son entrée dans le foie, à perdre de son diamètre, et elle n'existait réellement que dans ses principales ramifications. Les autres avaient disparu, et il était évident, au reste, que cette veine n'arrivait pas jusqu'à la surface convexe. Il en était de même des veines hépatiques. La veine cave était saine; la vésicule du fiel formait une tumeur grosse comme une pomme, dans laquelle se trouvaient renfermés, comme dans des espèces de poches, deux gros calculs d'un brun verdâtre et polyédrique; et en outre, une grande quantité de calculs très petits et en poussière. La rate était considérablement augmentée de volume; les intestins fortements congestionnés.

Les poumons, et principalement le poumon droit, étaient le siége d'une congestion veineuse très prononcée, dans leur lobe inférieur surtout. Le cœur, très volumineux, avait 90 millimètres de hauteur verticale sur 85 de largeur. Les parois du ventricule gauche et du ventricule droit étaient fortement hypertrophié et leurs cavités dilatées. La valvule mitrale était indurée; les tendons épaissis et ossifiés; les valvules aortiques, l'aorte elle-même, étaient le siége de concrétions ossiformes. Cette dernière était dilatée dans la première partie de son trajet, de manière à donner lieu à ce qu'on appelle l'anévrisme par dilatation. Le cerveau ne fut pas examiné. Z.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Remarques générales sur les résections, à propos d'une résection du coude. (Suite du n° du 20 février.) — *Opération de cette nature pratiquée pour une tumeur blanche. — Guérison.*

Voyons maintenant comment et pourquoi tant de chirurgiens se sont opposés avec acharnement aux résections, et leur ont préféré dans tous les cas les amputations proprement dites.

Ces deux opérations peuvent se comparer entre elles sous trois rapports; sous le rapport: 1° de leur exécution; 2° des suites immédiates qui en résultent; 3° de leur résultat définitif. C'est sous ces trois aspects que nous devons les considérer et les comparer ensemble pour bien apprécier leurs avantages et inconvénients respectifs, et pouvoir en tirer une conclusion.

1° Sous le rapport de l'exécution, il faut en convenir franchement, les résections sont plus pénibles, plus difficiles et plus graves sous ce même rapport, tandis que les amputations sont généralement simples, faciles à exécuter et à la portée de tout chirurgien, même peu exercé. Ainsi pour une résection du coude, même après la modification simple que nous avons introduite dans le procédé opératoire, il nous faut au moins dix-huit ou vingt minutes, pendant que dans une ou deux minutes on peut facilement abattre un bras.

En effet, il suffit de considérer la nature de cette opération, laquelle consiste, comme vous savez, à isoler les parties des os malades de toutes les parties molles qui les entourent, à les disséquer, pour ainsi dire, et à les réséquer ensuite, sans porter atteinte aux autres tissus et organes environnants, surtout aux vaisseaux et nerfs, pour concevoir immédiatement que la chose ne peut être ni simple ni facile à exécuter. Ce n'est pas précisément que cette opération soit en elle-même très délicate et prochainement dangereuse, comme le serait l'arrachement d'une tumeur siégeant dans des régions où il y a des organes très importants à ménager; mais elle est, comme vous venez de le comprendre, nécessairement longue et pénible, et sous ce rapport bien inférieure aux amputations en général. Heureusement la chirurgie a fait de grands progrès dans ces derniers temps, même en fait d'instruments, et nous en avons maintenant qui nous facilitent beaucoup l'exécution de ces opérations: tels sont les ostéotomes.

2° Sous le rapport des accidents consécutifs qui en résultent, on pourrait croire d'abord qu'une opération si longue, si laborieuse, qui laisse une place si vaste et profonde comme la résection, doit entraîner des accidents bien graves; pourtant, chose remarquable! cela n'est pas. L'expérience semble avoir établi que les conséquences des résections sont, au contraire, plus simples que celles des amputations. Ainsi sur quatorze résections du coude que nous avons pratiquées nous avons eu quatre morts, ce qui constitue une proportion encore favorable, et si nous ajoutons que deux de ces quatre morts n'ont succombé que bien longtemps après l'opération, une année plus tard, par suite d'une affection tuberculeuse du poumon, on trouvera un résultat très favorable.

Et quand l'opération doit réussir les choses se passent très simplement: il survient dans les parties molles un peu de gonflement, une inflammation médiocre se développe ordinairement suivie d'une suppuration pas trop abondante qui se fait jour au dehors à travers les moyens de réunion de la plaie, et enfin la cicatrisation s'effectue sans entraves. Et malgré cela on a affaire le plus souvent à des parties molles plus ou moins malades réduites à un état fongueux, et pourtant elles se dégorgent peu à peu après l'opération et reviennent comme par enchantement à leur état normal.

Il ne faut pas oublier après cela que les opérés ont besoin d'un temps assez long pour parvenir à une guérison parfaite; cela se conçoit facilement.

3° Enfin, sous le rapport du résultat définitif, il n'y a pas le moindre doute qu'il soit en faveur des résections. Est-il vrai d'abord qu'on conserve la vie à un plus grand nombre de malades par les résections que par les amputations? Cela est possible, mais ce n'est pas encore bien prouvé; car je ne pense pas qu'on ait fait encore à cet égard une statistique exacte. Mais par rapport aux services, aux avantages que chaque individu peut tirer du membre conservé, il y a une distinction à faire entre les membres inférieurs et les supérieurs. En général, les résections sont moins avantageuses dans leurs résultats définitifs aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, et la chose est facile à concevoir, surtout depuis l'invention des pieds mécaniques artificiels, qui remplacent, jusqu'à un certain point, les pieds naturels. Les principaux avantages pour le membre inférieur, résultant de la résection pratiquée à l'articulation du pied; quant à celle du genou, vous savez ce que j'en pense: tandis que les avantages de ces opérations au coude, à la main, peuvent être très considérables, s'agissant d'un membre destiné à rendre de si grands services dans les différentes positions sociales.

Il y a des articulations dans lesquelles on parvient aisément à obtenir l'ankilose après la résection des parties malades, ankylose qui est nécessaire pour le résultat final de l'opération; ainsi sans ankylose consécutive à la résection du genou, et de l'articulation du pied, quel avantage pourrait-on attendre de cette opération? Il faudrait absolument y renoncer; car la mobilité serait dans ces cas très préjudiciable. *Vice versa*, il y a des articulations dans lesquelles l'ankylose est impossible, par exemple, à l'articulation du coude. Quoi qu'on fasse, jamais on n'arrive à la rendre immobile. Est-ce un bien, cette mobilité anormale; est-ce un mal? Je n'oserais pas l'affirmer d'une manière absolue. Malgré cette mobilité, les membres supérieurs qui ont subi des résections, rendent encore de grands services, comme déjà nous vous avons fait pressentir au commencement, et comme je pourrais vous en citer plusieurs exemples.

M. Roux continuant, huit jours après l'opération, à s'entretenir de ce cas très important, avant de parler du sujet luimême, crut devoir donner quelques explications sur les difficultés extraordinaires qu'il rencontra dans l'exécution de l'opération. A cet égard, il faut admettre que l'opération soit faite d'après le procédé que M. Roux a adopté depuis longtemps, et que tout le monde connaît. Nous savons que par ce procédé on fait deux lambeaux triangulaires à bases tournées en dehors, à l'aide desquelles on met à nu l'articulation du coude qu'on veut réséquer, mais que malgré cela l'articulation n'est pas assez découverte pour pouvoir agir à son aise dans la résection. Aussi M. Roux lui-même nous avait-il déjà prévenus dans ses considérations générales, que cette opération ne lui avait jamais demandé moins de seize à vingt minutes. Pourtant celle qui nous occupe dans ce moment a été encore bien plus longue, car elle a duré un peu moins de trois quarts d'heure, malgré toute l'habileté et l'adresse que l'opérateur y a déployée comme à son ordinaire.

Voici les raisons qu'il a cru nécessaire de faire connaître pour expliquer cette excessive et extraordinaire longueur:

1° L'individu opéré, dit-il, est un jeune homme bien constitué, comme nous avons vu, et d'une charpente osseuse très développée; il en résulte que les os, principalement les têtes et surfaces articulaires présentent un volume plus considérable qu'on ne le trouve ordinairement; c'est ce que nous avons remarqué dans les surfaces articulaires que nous avions à réséquer; elles nous parurent très volumineuses, comme du reste vous pouvez voir sur les pièces mêmes que nous vous soumettons ici. Cela fut pour beaucoup dans la difficulté de les isoler des parties molles dont elles étaient entourées, et dans leur résection.

2° Les ligaments de l'articulation, surtout ceux du côté interne, n'étaient pas aussi ramollis et lâches qu'ils le sont ordinairement à la suite des maladies organiques et longues dont les articulations sont frappées; ils présentèrent beaucoup de résistance à l'instrument qui devait les couper.

3° Pour réséquer la portion articulaire de l'humérus, nous avons dû faire usage de la scie à chaîne, qui pouvait être glissé facilement entre les parties molles et l'os, et couper celui-ci sans rien léser; malheureusement elle nous a mal servi; elle s'est renversée à deux reprises différentes; elle s'arrêtait un moment dans la voie pratiquée dans l'os, comme du reste il arrive assez souvent avec ces sortes de scies, et nous devions y perdre un temps infiniment plus long que nous ne le pensions, et que nous n'avons l'habitude d'y employer.

4° Enfin la scie de Stromeyer elle-même que nous employons toujours si utilement dans la section des os radius et cubitus, n'a pas agi cette fois avec sa rapidité ordinaire. Au reste je ne vous cacherai pas, je vous avouerai avec ma franchise ordinaire, que le procédé dont je fais usage depuis quelque temps tend peut-être à augmenter ces difficultés; car il en résulte une plaie triangulaire profonde, mais pas trop large, où il n'est pas facile d'agir et de faire manœuvrer les instruments, surtout quand les os à réséquer sont volumineux et solides comme dans le cas qui nous a occupé. Néanmoins je garde ce procédé, parce qu'il a, je crois, donné de beaux résultats dans mes mains, et parce que ceux qui ont été proposés jusqu'ici ne me semblent pas préférables, tout étant disposé à le changer ou le modifier par la suite, si on m'en propose un meilleur.

Malgré toutes les entraves et tous les obstacles dont nous venons de parler, l'opération fut conduite à bonne fin. Le malade a souffert beaucoup, on ne peut pas le nier; mais nous croyons que les douleurs qu'il a éprouvées n'ont pas été aussi vives que ses plaintes pouvaient le faire croire; et en effet, il n'y avait pas vraiment raison pour que ces douleurs si vives dussent avoir lieu; on agissait sur des tissus ramollis, fongueux, dégénérés, dont la sensibilité devait être bien affaiblie, et d'ailleurs dans cette région il n'y a pas une richesse de nerfs telle à pouvoir rendre ces opérations excessivement douloureuses, comme il arrive dans certaines autres régions. Il est bien vrai aussi qu'il existe les nerfs radial, cubital et médian avec toutes leurs ramifications, qui, coupés ou tiraillés, pouvaient donner lieu à des souffrances assez vives.

Maintenant, quelles ont été les suites de l'opération depuis les huit jours qu'elle a été faite? Nous avons la satisfaction de dire qu'elles ont été on ne peut plus heureuses. Le premier jour de l'opération, le malade avait un peu de fièvre. Nous avions ordonné une saignée conditionnelle pour le soir, c'est-à-dire dans le cas où le mouvement fébrile prît un certain développement; mais elle ne fut pas faite parce que la fièvre tomba, et ne se ralluma plus depuis lors. A la première levée de l'appareil, nous trouvâmes le coude assez gonflé, mais sans aucun symptôme d'inflammation trop vive: déjà une partie de la plaie était cicatrisée par première intention: nous enlevâmes les cinq points de suture que nous avions appliqués pour maintenir les lambeaux rapprochés. La peau qui était enlevée dans plusieurs endroits, et d'un aspect fongueux avant l'opération, a déjà changé beaucoup; elle est d'une couleur rose à l'endroit des ulcères, qui promet une prompte cicatrisation. La suppuration, qui était sanieuse et grisâtre les premiers jours, est devenue crémeuse, de bonne nature, sans être trop abondante; elle s'écoule, du reste, librement par les points de la plaie qui se sont maintenus heureusement ouverts. Je dis heureusement, car il serait fâcheux que toute la plaie se fût cicatrisée par première intention; nous aurions eu des phénomènes inflammatoires peut-être formidables, qui auraient donné lieu à de la suppuration à laquelle il aurait fallu donner issue par des ouvertures nouvelles.

Le gonflement des tissus, qui était assez considérable les premiers jours sans excéder les limites, est déjà bien diminué; il n'y a maintenant, on peut le dire, qu'un gonflement œdémateux des parties molles qui se résoudra facilement.

L'état général est en parfaite harmonie avec l'état local. Il n'y a plus de fièvre du tout; les nuits sont calmes, accompagnées de sommeil. Le malade se plaint seulement d'un peu de fatigue produite par la position incommode qu'il doit nécessairement garder dans l'immobilité; il demande à manger, et nous pensons pouvoir lui accorder quelques petits aliments. Ainsi, les choses continuant à marcher comme jusqu'ici, nous avons toute raison d'espérer un très heureux résultat.

Maintenant, pour compléter les remarques générales que nous avons faites sur cette sorte d'opération, et que malheureusement nous n'avons pas pu prolonger aussi loin que nous aurions désiré, nous avons deux mots à ajouter sur une question toute pratique. Comment la nature remédiera-t-elle aux désordres considérables produits par l'opération dans les parties où nos instruments ont passé? Quel sera le résultat qu'on en obtiendra? Le résultat sera variable, nous l'avons déjà dit au commencement, selon l'espèce de résection qu'on pratique, ou, pour mieux dire, selon les articulations qu'on résèque. Il y a des articulations dont les os, après la résection, peuvent se rapprocher et se résoudre ensemble; cela arrive principalement et plus facilement lorsque l'une des surfaces articulaires constituant l'articulation a été conservée. On dirait que, cette portion de l'articulation persistant, l'autre extrémité réséquée est dans des conditions plus favorables pour se rapprocher et se réunir à la première. Ainsi, le jeune homme dont je vous parlais dernièrement, auquel j'ai pratiqué la résection de l'extrémité inférieure du tibia pour lui conserver le pied de la plus gracieuse forme qu'on puisse voir, a eu l'articulation du pied soudée, et, tout en boitant un peu, marchait aussi solidement qu'avec l'autre; mais ici j'avais conservé l'astragale, qui sembla avoir joué un rôle très favo-

rable dans la soudure de l'articulation. Ces soudures, du reste, sont de la plus haute importance dans les résections pratiquées sur les membres inférieurs, et, comme nous disions une autre fois, il faudrait absolument renoncer à ces opérations sur lesdits membres si les parties réséquées devaient rester mobiles; car le principal et unique avantage à attendre dans ces cas, c'est un point d'appui assez solide pour la station et la marche. Or, comment pourra-t-on obtenir cela de membres dont les parties osseuses sont d'une mobilité irrégulière et involontaire, comme serait celle dont nous voulons parler?

Dans les membres supérieurs, au contraire, à la suite des résections il y a toujours mobilité dans les parties, quoi qu'on fasse pour l'empêcher, et, comme nous disions plus haut, c'est encore une question de savoir si cette mobilité soit bonne ou mauvaise; je crois qu'elle a de l'un et de l'autre.

De tout ceci, il est facile de concevoir que les suites de ces opérations doivent être plus longues que celles des autres opérations, quoiqu'aucun accident grave ne vienne les compliquer; parce que la nature a un long et sérieux travail à faire, d'abord pour préparer les tissus dégénérés à la réunion, ensuite pour disposer les parties osseuses à la soudure là où elle peut et doit avoir lieu pour que l'opération soit utile. L'art n'a pas grand'chose à faire pendant ce temps, si ce n'est de seconder par des moyens simples et une grande surveillance les efforts de la nature elle-même. Il peut arriver dans le cours de ce travail que des abcès se forment çà et là, et qu'on soit obligé d'ouvrir; ces accidents doivent naturellement retarder l'époque de la guérison.

Malgré les difficultés extraordinaires que l'opération a présentées, malgré les longues et vives souffrances endurées par l'opéré, il a continué à bien aller. La suppuration qui était assez abondante, quoique de bonne nature, a diminué peu à peu, le gonflement des tissus aussi en proportion; et aujourd'hui 21 février, par conséquent trois semaines après l'opération, la vaste plaie du coude est à peu près cicatrisée; à peine un peu de sérosité suinte de quelques points. Le malade se trouve parfaitement; on lui permet même de se lever un peu. Ainsi, nous pouvons, dès aujourd'hui même, considérer cette opération comme couronnée de succès; à la rigueur, quelques accidents pourraient encore survenir plus tard, mais il est de toute improbabilité, et si cela arrive, nous ne manquerons pas d'en rendre compte.

En face de si beaux succès obtenus par M. Roux et par les chirurgiens partisans des résections, est-ce qu'il pourra y avoir encore des praticiens assez entêtés ou par trop timides, pour persister dans une opposition systématique?

REVUE GÉNÉRALE.

Hernie de l'estomac, du colon et de quelques anses de l'intestin grêle dans la cavité thoracique, suite de rupture du diaphragme. — Un postillon fort robuste, âgé de trente-trois ans grand buveur, fit une chute de cheval, dix ans avant sa mort et tomba à plat ventre sur le sol. Il en résulta une entérite très grave qui mit ses jours dans le plus grand danger. Une seconde chute du haut d'une fenêtre n'eut pour lui aucune espèce d'inconvénient. Quelque temps après il fut pris de fièvre hectique et succomba.

A l'autopsie, on reconnut que la partie gauche de la poitrine renfermait l'arc du colon et une portion du colon descendant. Par sa convexité supérieure, l'intestin grêle ne se trouvait qu'à un pouce de distance de la clavicule, et se trouvait uni à la base du poumon par des adhérences cellulo-fibreuses très serrées et au péricarde. Derrière le péricarde était situé l'estomac, avec sa grande courbure tournée en haut et un peu en dehors, la petite courbure regardant en bas et à gauche; tout cela par suite du renversement que l'estomac avait dû éprouver pour passer de l'abdomen dans la cavité pectorale. Le poumon gauche, complétement atrophié, mesurait pour son étendue, la hauteur de la première côte. On trouva une ouverture au diaphragme large de près de quatre pouces, par laquelle s'était faite cette hernie. Chose singulière, par suite du changement de position de l'estomac, ses orifices étaient placés inférieurement et parallèles l'un à l'autre, de manière que dans le point correspondant au cardia, l'œsophage décrivait un angle très aigu pour se jeter dans l'estomac, et que les matières alimentaires devaient remonter contre leur propre poids. Du côté droit, le poumon était hépatisé et renfermait de vastes cavernes.

L'observation précédente, rapportée par le docteur Paccini, de Lucques, est d'autant plus remarquable que les hernies diaphragmatiques sont généralement regardées comme très dangereuses, soit par la diminution qu'elles font subir à l'hématose, soit par les chances d'étranglement qu'elles entraînent après elles. Néanmoins, dans le fait que nous avons fait connaître, malgré le grand nombre de viscères qui s'étaient déplacés et qui avaient rempli la cavité thoracique du côté gauche et affaissé complétement le poumon de ce côté, non seulement le malade a encore vécu dix ans, mais il a continué son métier de postillon sans aucune difficulté.

Anévrisme de l'artère poplitée chez un enfant. — Un enfant de neuf ans, fort, bien constitué, entra à l'hôpital d'Edimbourg le 19 février dernier, pour s'y faire traiter d'un anévrisme de l'artère poplitée. La tumeur s'étendait depuis la partie inférieure de l'espace poplité jusque sous les fibres des muscles gastro-cnémiens, elle était circonscrite et agitée de battements distincts. Par une pression modérée, le gonflement disparaissait entièrement; mais il reparaissait aussitôt que la pression était suspendue. La compression de l'artère fémorale donnait lieu aux mêmes résultats. On apprit que la maladie datait de deux ans; elle avait d'abord occasionné peu de gêne; mais la tumeur ne tarda pas à s'accroître et à acquérir un volume fort considérable. On lia l'artère fémorale le 21; l'opération ne fut suivie d'aucun accident, et à partir de cette époque on ne sentait plus de battements dans la tumeur, qui diminua de volume et prit une dureté remarquable. La ligature se détacha le 4 mars, quatorzième jour, et le petit malade sorti parfaitement guéri le 21.

L'anévrisme des artères des membres est généralement considéré comme une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse; c'est ce qui nous a déterminé à publier l'observation précédente, dans laquelle on voit un anévrisme de l'artère poplitée commencer à l'âge de sept ans, et nécessiter, deux ans après, la ligature de l'artère fémorale par suite du développement énorme qu'il avait pris.

Opération césarienne, rétrécissement du bassin. Guérison. — Le 4 juillet 1844, le docteur Bresciani de Borsa fut appelé auprès d'une femme de vingt ans, qui était en travail depuis deux jours. La sage-femme raconta que les eaux s'étaient écoulées depuis deux jours, et que cette jeune femme avait tant souffert que les contractions utérines avaient cessé. Chez cette femme, le bassin et la colonne vertébrale étaient mal conformés. La colonne vertébrale présentait une courbure latérale très forte, et la crête de l'os iliaque du côté gauche dépassait de plusieurs centimètres celle du côté opposé. L'utérus était renversé en avant, incliné fortement à droite, et se recourbant sur la crête de l'os iliaque droit; il pendait de ce côté de manière à figurer la cucurbite d'un alambic. L'orifice utérin était informe, avec deux prolongements des bords de l'ouverture utérine, prolongements qui ressemblaient à deux grosses lèvres allongées en pointe. Ces prolongements circonscrivaient une fente oblique dans la direction d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde droite, irait aboutir à la symphyse sacro-iliaque gauche en traversant le bassin déformé. Entre les deux lèvres, on sentait une tumeur molle, aplatie, verticale, et de quelques lignes d'épaisseur seulement. La saillie du sacrum était telle que le détroit inférieur était rétréci, de manière à ne pas avoir deux pouces de diamètre.

Il était évident que l'accouchement naturel était impossible. D'autre part, les douleurs intenses qui s'étaient fait sentir pouvaient faire craindre la rupture de l'utérus. L'auteur fit des efforts infructueux pour opérer la version. Le forceps n'était pas applicable. L'enfant était vivant, et l'on ne pouvait penser à l'embryotomie. L'opération césarienne fut résolue. Ne pouvant, vu la disposition particulière des parties, employer aucun des procédés indiqués par les auteurs, M. Bresciani procéda de la manière suivante. Il s'assura de la position de l'artère épigastrique placée sur le bord externe du muscle droit; un aide tint le doigt fixé sur cette artère; puis, avec un bistouri convexe, la peau fut incisée le long du bord de l'artère; puis les muscles abdominaux; le péritoine fut incisé avec un bistouri boutonné. Aussitôt l'utérus incisé, l'auteur saisit l'enfant par les pieds, en fit l'extraction, et décolla le placenta. L'utérus fut lavé avec l'eau froide. Alors on fit la suture entortillée, en laissant à la partie inférieure une ouverture d'un pouce et demi, dans laquelle on plaça une mèche effilée. Une péritonite puerpérale céda à l'emploi des antiphlogistiques les plus énergiques; la malade eut aussi quelques convulsions; malgré une frayeur terrible qu'éprouva, au quarante-troisième jour de l'opération, la malade, menacée de périr dans un incendie, on obtint un succès complet.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du suc de citron contre l'hémorrhagie hémorrhoïdale chronique; par M. le docteur Giadorow.

L'auteur a obtenu, dans deux cas d'hémorrhagie hémorrhoïdale chronique, accompagnée d'œdème, d'hydrothorax et d'ascite, les résultats les plus favorables du suc de citron récemment exprimé, et cela après avoir préalablement employé, sans le moindre avantage, plusieurs autres médications. Il en fit prendre deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Dans le premier cas, l'hémorrhagie diminua rapidement; l'urine coula plus abondamment et aussitôt l'amélioration commença. Pour éviter la constipation qui survint, M. Giadorow fit fortement exprimer les citrons, afin d'ajouter au suc le principe amer de l'écorce et l'huile volatile qui s'y trouve contenue. La médication fut soutenue pendant vingt-sept jours, en augmentant graduellement la dose; au bout de ce temps, la guérison fut complète.

Dans le deuxième cas, le pronostic était moins favorable, cependant le succès fut le même.

Liniment savonneux ioduré; par M. le docteur Morrès, de Dublin.

M. Morrès a employé avec grand avantage le liniment suivant dans le traitement de l'hydrocèle:

Savon médicinal,	30 grammes.
Iodure de potassium,	2 id.

M. et incorporer exactement S. A.

Tous les soirs, on se sert de ce liniment pour pratiquer des frictions sur la tumeur.

Dans trois cas de bronchocèle, contre lesquels M. Morrès a prescrit l'emploi de cette préparation, ce médecin a obtenu une guérison, ou du moins une très grande amélioration.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 26. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Variole. Considérations pratiques.

Au n° 7 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme âgé de vingt ans. Le 26 novembre dernier, il fut pris de céphalalgie; il éprouva un sentiment de fatigue, de courbature, quelques frissons suivis de chaleur ardente, puis de sueur; épistaxis assez abondante, symptômes qui s'accompagnèrent le lendemain d'une douleur lombaire intense. Cette douleur lombaire mérite d'être signalée avec d'autant plus de soin, que la variole est la seule fièvre éruptive au début de laquelle on l'observe constamment. On la trouve déjà mentionnée dans l'ouvrage de Rhazès, qui le premier semble en avoir indiqué l'existence.

Chez quelques malades, elle prédomine singulièrement sur les autres douleurs et les efface complétement.

Le 29 novembre, le malade toussa plus qu'à l'ordinaire, se plaignit d'une violente douleur de gorge. En examinant l'intérieur de la gorge, on constata la présence de petits boutons coniques, avec rougeur plus intense de la membrane muqueuse. La partie supérieure du visage, et le front en particulier, offrait également un certain nombre de petites élévations acuminées, dures sous le doigt; ces élévations, d'un aspect tout particulier, appartiennent à l'éruption variolique, et ne se rencontrent non plus dans aucune autre affection.

Ces boutons auraient évidemment une plus grande valeur s'il n'y avait pas un grand nombre de sujets chez lesquels des éruptions à peu près analogues se rencontrent à l'état chronique, et même sans que les individus en aient la conscience. Mais toute incertitude cesse si l'on a eu occasion d'observer, quelques jours auparavant, le sujet malade. Les boutons anciens ont, en général, une teinte plus violacée. En examinant les autres parties du corps, nous avons trouvé sur les bras des pustules déjà développées, de deux millimètres environ de diamètre, et ce développement prouvait de la manière la plus incontestable que le commencement de l'éruption ne datait pas d'un jour seulement. Il est très probable que dès le 28 on aurait déjà trouvé des traces de ces boutons. Le pouls, qui, pendant les premiers jours de la maladie, avait été très fréquent et était monté jusqu'à 108, tomba à 64 dès que l'éruption se fut franchement manifestée.

Ces petits boutons se sont développés de la manière suivante: d'abord un petit point brillant s'est montré à leur sommet, puis s'est affaissé et déprimé. Le liquide est devenu plus abondant, toujours d'une transparence et d'une limpidité parfaite. Bientôt enfin cette transparence a fait place à une opalinité légère d'abord, et qui a fini par se convertir en trouble véritablement purulent. Au moment ou nous nous entretenons de lui, ce sujet présente un assez grand nombre de boutons purulents, mais acuminés, analogues aux pustules que les auteurs désignent sous le nom de varicelles, et un nombre à peu près égal de pustules ombiliquées, hémisphériques. Il est rare, du reste, que chez le même malade, on ne rencontre pas en même temps une certaine quantité de pustules à différentes périodes de leur évolution.

Chez notre malade, elles sont en nombre médiocre, peu confluentes, séparées par des intervalles de un ou deux centimètres, où la peau a sa couleur naturelle. Sur l'abdomen, elles sont plus discrètes encore.

Nous avons dit que pendant les premiers jours, le malade s'était plaint d'un mal de gorge assez intense. La membrane muqueuse buccale et pharyngienne, et particulièrement le voile du palais, sont couverts de pustules varioliques. Ce cas est extrêmement commun. En général, l'éruption marche plus rapidement là que partout ailleurs, ce qui est évidemment dû à la finesse du tissu. On observe que toujours les pustules se développent avec d'autant plus de facilité et de rapidité, que la peau des sujets est très fine, et l'éruption parcourt ses périodes dans un espace de temps plus court sur les points du corps où les téguments sont moins épais. La bouche d'abord, puis le scrotum, la face, sont, dans l'immense majorité des cas, les premières parties qui deviennent le siége de l'éruption. Pendant la période de suppuration, qui existe maintenant chez notre sujet, le pouls s'est relevé; aujourd'hui nous avons compté 84-88 pulsations par minute. Le cas actuel ne présente aucune espèce de gravité, et se terminera, nous n'en doutons point, de la manière la plus heureuse.

La forme d'éruption qu'a présentée ce sujet, mérite une attention particulière, non point à cause du danger qu'elle présente, mais en raison des discussions qui se sont élevées entre les auteurs au sujet des varioloïdes. Pour quelques-uns, ceci serait une varioloïde. Notons ce que nous avions omis de dire, que le sujet n'a été ni vacciné, ni variolé. Pour d'autres, il n'y a varioloïde que lorsque le sujet a été vacciné ou a déjà eu une variole. Nous ne faisons point cette distinction.

Pour nous, la varioloïde est cette forme de variole qui est plus discrète et moins dangereuse que la variole confluente.. Une vaccination antérieure rend ordinairement une éruption variolique plus discrète et plus bénigne. Cependant, il ne faudrait point compter trop exclusivement sur une terminaison favorable parce que les sujets se trouvent dans une de ces deux conditions. Nous avons vu, il y a fort peu de temps encore, succomber dans nos salles un sujet atteint d'une variole secondaire et qui avait été vacciné dans son enfance.

— La variole est une affection tout à fait *sui generis* et que l'on ne peut comparer à aucune autre. Elle se montre accompagnée des phénomènes inflammatoires les plus tranchés. Ainsi l'on y trouve le gonflement, la douleur, la chaleur, la suppuration, la dessiccation. La suppuration est le caractère pathognomonique de l'inflammation; et cependant la variole peut-elle et doit elle être considérée simplement comme une inflammation de la peau? Pour l'observateur attentif qui suivra la marche des phénomènes, pour celui qui, à la suite d'une inoculation ou d'une infection accidentelle, dont l'origine est souvent obscure, verra survenir une série de perturbation dans l'économie, et à leur suite une inflammation à la peau, se montrant dans des points différents du corps, pour celui-là, disons-nous, il est impossible de ne voir dans la variole qu'une phlegmasie; de même que la syphilis, par exemple, ne consiste pas seulement dans l'inflammation et la suppuration des ganglions lymphatiques de la région inguinale, mais constitue une affection qui peut se montrer sous des formes tout à fait différentes de la forme inflammatoire. Une preuve que la maladie consiste principalement dans la cause qui l'a produite, c'est que sans cette cause elle n'existe pas. Ainsi pour la variole, plus que pour toute autre fièvre éruptive peut-être, il paraît certain que chez quelques individus, peu nombreux il est vrai, le virus variolique introduit dans l'économie a produit les phénomènes généraux de la variole sans produire l'éruption cutanée qui est caractéristique.

Or, si la variole a pu manifestement exister sans l'éruption cutanée, si l'éruption a pu manquer, si une sorte de fièvre secondaire a pu paraître sans aucun phénomène phlegmasique à la peau, il est évident qu'il y a dans cette affection autre chose qu'une phlegmasie cutanée. Et puis d'ailleurs, une autre preuve n'en est-elle pas encore dans cette circonstance que la maladie des téguments n'apparaît qu'après un certain temps d'incubation, soit que l'affection ait été contractée par simple infection, soit qu'il y ait eu inoculation directe du pus variolique.

Il y a donc ici quelque chose de spécial. Dans toutes les inflammations qui sont disséminées à la surface du corps, il y a toujours une cause spéciale, spécifique, qui n'est quelquefois pas appréciable. La phlegmasie cutanée, d'après ce que nous venons de dire, n'est que secondaire, que symptomatique, dans la rougeole, dans la variole, dans la scarlatine. Les saignées, que l'on a quelquefois mises en usage avec succès dans le cours mais surtout au début de ces affections, les saignées, disons-nous, combattent les phénomènes inflammatoires, les enraient ou les dissipent, mais elles n'attaquent pas la cause de la maladie elle-même. Ce qui constitue la va-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les joies d'un critique. — Comparaison avec celles d'un médecin rural. — M. Pariset et ses éloges. — Transformation heureuse. — Brillante pléiade. — Semaine de bonnes fortunes. — L'Annuaire de M. Munaret. — Nouveau malheur arrivé à M. Laurent — Les pipeurs de Paris. — Ribes et ses dernières volontés.

Je viens de lire deux charmants petits volumes, couverture beurre frais, papier satiné, impression élégante et correcte, et sur le tout la prose harmonieuse et brillante de M. Pariset. Figurez-vous la joie et le bonheur d'un pauvre critique de mon espèce fatigué, excédé du papier gris et des têtes de clous de nos économes libraires, saturé des faveurs de cette courtisane qu'on appelle la presse qui, sans pudeur, sans retenue, produit au grand jour de la publicité tant d'œuvres informes, pâles, incolores, sans idées, sans style, tous ces livres à dormir debout. rabachage éternel de perpétuelles redites, tant de journaux maussades sans plan, sans but, sans doctrines, ne sachant ni où ils vont ni ce qu'ils veulent; figurez-vous, dis-je, ma satisfaction quand ma bonne étoile me conduit vers une œuvre d'intelligence et de goût, douce à lire par l'élévation de la pensée, par l'éclat de la forme, agréable à l'œil par du papier bien blanc, un caractère bien net, un format tout commode!... Cher confrère rural, quand après une pénible journée d'hiver passée sur des chemins neigeux et effondrés, vous arrivez transi sous le toit conjugal, qu'un feu réjouissant petille dans votre âtre, qu'une appétissante odeur de potage campagnard fait ériger vos papilles nerveuses, que votre douce compagne et les petits marmots fêtent votre retour, non, vous n'éprouvez pas de joie plus ineffable que moi, pauvre critique, quand après avoir traversé cet aride désert de la publicité quotidienne, je tombe sur l'oasis d'un livre tout frais de style et d'harmonie, tout embaumé de ce parfum littéraire, hélas! si rare et de nos jours tant dédaigné.

Ce bonheur, je viens d'en jouir à mon aise en lisant d'un trait l'*Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, ou Recueil des éloges lus dans les séances publiques*, par M. Pariset. C'est une heureuse idée de M. J.-B. Baillière, d'avoir exhumé des Mémoires de l'Académie, où ils étaient ensevelis, où ils se seraient momifiés comme les animaux sacrés dans les nécropoles de l'Égypte, ces éloges étincelants de verve et de style et qui ne demandaient pas mieux, dépouillant le lourd et austère in-4°, que de prendre les allures coquettes et mignonnes du format Charpentier. Sous ce format, ils risquent fort de devenir populaires, si le corps médical n'a pas perdu toute tradition de bon goût, de littérature et de philosophie médicales exposées avec l'élévation, l'élégance et la grâce d'un grand écrivain, si les médecins s'intéressent encore aux grandes illustrations dont M. Pariset raconte la vie, apprécie les travaux, mesure et fait connaître l'influence, et cela de ce style abondant et coloré qui fait le charme des habitués de l'Académie de médecine. Ces éloges, qui commencent à Corvisart pour se terminer à Esquirol, embrassent toute cette pléiade de grands médecins et d'illustres savants légués à notre siècle par le siècle passé, qui seront l'éternel honneur de notre science et de notre patrie: Pinel, Chaussier, Cuvier, Dupuytren, Laennec, Berthollet, Desgenettes, Vauquelin, Percy, Broussais, Portal; c'est-à-dire, l'histoire médicale d'un demi-siècle racontée par la vie et les ouvrages des hommes dont le souvenir doit être gardé par elle. Et y a-t-il une histoire plus émouvante, plus accidentée, plus digne d'intérêt et d'étude que celle de ce demi-siècle dont ces deux petits volumes nous représentent les auteurs: Corvisart, le créateur véritable de l'enseignement clinique parmi nous, et qui d'un premier jet l'élève à un degré d'éclat et de splendeur qu'il n'a pas dépassé depuis; Pinel, l'immortel réformateur des cabanons de Bicêtre, le nosographe hardi que l'Europe médicale a salué pendant trente ans du nom de maître; Dupuytren, qui a porté jusqu'aux confins des mondes l'honneur et la gloire de la chirurgie française. de cette chirurgie prudente et sage jusque dans ses hardiesses, de cette chirurgie de bon sens dont Sabatier, Dubois, Boyer seront toujours d'admirables modèles à opposer à quelques témérités du jour; Laennec, qui nous a dotés d'un sens nouveau, d'un diagnostic inconnu; Broussais, génie incomparable, agitateur puissant qui a remué le monde, qui nous a tous pétris avec ses idées, imprégnés de ses doctrines, écrivain de premier ordre, polémiste sans pareil, propagateur ardent, athlète infatigable qui a semé avec une profusion sans exemple des idées si riches, si nombreuses et si puissantes, que de gré ou de force toute notre génération médicale pense, écrit et agit encore à cette heure sur le fonds inépuisable de cette magnifique organisation; et, pour en finir, Portal, l'homme des anciens jours, traversant avec sérénité toutes ces transformations, toutes ces découvertes, tous ces orages, sans rien modifier à ses croyances, à ses convictions, à ses nombreux écrits et même à son costume, et dont l'esprit n'avait pas subi plus de métamorphoses que sa culotte courte ou son habit à collet droit!

Je vous assure que ce tableau, ou plutôt que cette galerie de tableaux est saisissante d'animation et d'intérêt. Je sais bien toutes les objections qu'on peut faire et qu'on fait à l'histoire officielle et académique; je sais bien que le cœur si bon, l'esprit si bienveillant de M. Pariset jettent volontiers et pieusement un voile sur le côté faible ou vicieux de ses héros, qu'il cache dans le miel l'amertume du blâme, et qu'il met un étui de velours au dard de la critique; mais tout cela reconnu, accepté, condamné même si l'on veut, je n'en dirai pas moins que j'ai trouvé dans ces deux volumes des appréciations pleines de justesse et de vérité, des aperçus tantôt ingénieux, tantôt profonds, une philosophie médicale remarquable par l'élévation des vues, des convictions arrêtées que l'on retrouve à vingt ans de distance, des biographies sobres de petits détails et riches de faits caractéristiques, et par-dessus tout ce style de large et ample facture, semé de traits et d'images, brillant et animé, qui fait de M. Pariset un secrétaire perpétuel incomparable.

— J'étais dans ma semaine de bonnes fortunes; après avoir lu M. Pariset, je jetais les yeux sur un petit in-18 que je n'avais encore qu'effeuillé, et dont la plus grande partie était encore vierge du couteau. J'avais eu grand tort, je le confesse, car ce petit volume intitulé *Annuaire de l'économie médicale*, par M. le docteur Munaret, est charmant d'un bout à l'autre et de plus fort instructif. Nous ne trouverions peut-être pas à Paris un médecin qui osât écrire avec cette indépendance et cette liberté sur les hommes et sur les choses. C'est une appréciation fort sensée, une critique vive et souvent malicieuse de tous les événements accomplis dans l'année qui vient de finir. Livres, journaux, communications académiques, science et art, dogme et pratique, avancements, promotions, nominations, tout, jusqu'à ceux que la mort a enlevés de ce monde, y est jugé avec l'impartialité d'un homme qui ne connaît pas les coteries, qui brave les dangers qu'entraîne la franchise, et chez lequel un contact habituel avec ceux qui relèvent de la critique, n'a pas émoussé les angles de la vérité.

Il est vrai que M. Munaret n'habite par Paris, ce dont je le félicite, s'il veut continuer à dire son fait au monde médical. Je citerai une preuve de son courage. Sur une cinquantaine de journaux qui se publient en médecine, à Paris et dans les départements, — de journaux, remarquez-le bien, c'est-à-dire des trompettes de la Renommée qui, en se taisant seulement, peuvent tuer un livre, — M. Munaret n'en trouve que trois ou quatre de son goût. Il y en a, et de puissants, qu'il traite fort mal, et qui certainement ne tourneront pas complaisamment le dos à ses verges en annonçant son livre. La *Gazette des Hôpitaux* est du petit nombre des journaux qui ont le don de lui plaire, ce qui la flatte infiniment. Mes innocentes causeries ont même trouvé grâce devant lui, ce qui est bien encourageant de la part d'un juge aussi sévère. Je ne veux pas, et pour cause, me porter garant de la justesse de toutes les appréciations et de toutes les critiques de M. Munaret; mais ce que je peux dire en conscience, c'est que la lecture de son petit livre est fort attrayante, et que l'auteur est constamment un écrivain d'esprit, de style et de cœur.

riole, nous le répétons, c'est la cause qui la détermine. Prenons encore un autre exemple dont on comprendra toute la valeur. La brûlure n'est pas seulement une inflammation bulleuse de la peau. C'est la cause qui détermine la maladie qui en constitue le caractère. Lorsqu'un sujet a pris de l'opium et présente les phénomènes d'assoupissement, l'état dans lequel il se trouve n'est pas simplement un état comateux, c'est un état d'empoisonnement, d'intoxication.

Dans la variole, ce qui constitue la maladie, c'est un virus introduit dans l'économie, qui détermine la production d'un ensemble de phénomènes morbides. Toutes les phlegmasies d'apparence inflammatoire qui sont ainsi disséminées la sursurface du corps, présentent de même une cause commune qui les produit Les phénomènes inflammatoires ne sont que des phénomènes secondaires. La cause peut être ou non connue et manifeste. Veut encore un exemple tiré d'une affection bien connue et que chacun est à même d'observer journellement soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux, l'affection rhumatismale est absolument dans le même cas. Les phénomènes inflammatoires sont là, disséminés sur plusieurs parties du corps. Si vous considérez le rhumatisme articulaire comme une inflammation pure et simple, sans cause spéciale, qu'arrivera-t-il ? Que vous saignerez outre mesure, et que vous n'obtiendrez pas des résultats toujours aussi satisfaisants que vous auriez pu l'espérer.

Lorsqu'il y a sept ou huit ans, on publia des résumés d'affections rhumatismales traitées exclusivement par les saignées, nous publiâmes en même temps les relevés des cas observés dans notre service, et traités suivant une méthode toute différente. En définitive, il résulta de la comparaison de ces résumés statistiques que la durée moyenne de la maladie était la même chez des sujets traités par des médications essentiellement et absolument différentes; dans l'un comme dans l'autre cas, cette durée moyenne était de dix-sept à dix-huit jours dans le rhumatisme articulaire aigu. Voilà donc encore une affection disseminée contre laquelle les saignées ne sont pas le seul et exclusif remède, preuve certaine, pour nous, que ce n'est pas là une maladie de nature purement inflammatoire, mais qu'elle reconnaît pour cause un principe, un élément spécial. C'est, non contre les symptômes phlegmasiques qui ne sont que secondaires, mais contre les phénomènes disséminés qui se rattachent à une cause, que devraient toujours être dirigés les moyens thérapeutiques.

Touts les phlegmasies disséminées ne sont pas disséminées seulement quant à leur étendue : elles le sont quelquefois sous le rapport de l'intervalle de temps qui sépare leurs apparitions. Les fièvres intermittentes larvées sont, dans ce cas, les pneumonies, les pleurésies intermittentes, l'urticaire, etc. Elles ne sont pas disséminées quant au lieu, mais seulement quant à l'espace de temps. Certaines espèces d'ophthalmies présentent également le type intermittent. La maladie paraît céder pendant deux, trois, quatre jours ; puis elle se reproduit avec la même intensité. Vous faites prendre au malade du quinquina, et sous l'influence de cet antipériodique elle ne se reproduit plus. Aux affections qui se présentent sous cette forme les traitements ordinaires ne sont pas applicables, comme ils le seraient dans les maladies primitives et franchement inflammatoires.

L'urticaire, dont nous venons de prononcer le nom devant vous, l'urticaire causée par certains coquillages, et principalement par les moules, chez certains individus, se comporte de la même manière. C'est une phlegmasie qui survient sur plusieurs points du corps, se manifestant à l'observateur par une éruption caractéristique, et que vous avez tous eu occasion d'observer, et cessant spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, surtout si l'on a soin de faire promptement vomir le malade. Evidemment, il y a dans cette urticaire des phénomènes phlegmasiques survenus sous l'influence d'une cause première bien connue, et contre laquelle il faudrait agir, phénomènes qui, une fois le sujet soustrait à l'influence de cette cause, disparaissent, pour ne plus se reproduire, dans un espace de temps très court.

D'après toutes ces preuves directes, d'après toutes ces analogies, nul doute, pour nous, que dans la variole il n'y ait une inflammation de la peau, inflammation qui se traduit à l'extérieur par des symptômes caractéristiques, en l'absence desquels on peut presque toujours révoquer en doute son existence. Mais aussi, nul doute qu'il n'y ait une cause spéciale ou spécifique qui, à elle seule, constitue la maladie et la fait ce qu'elle est. Les phénomènes inflammatoires qui se montrent au dehors peuvent causer la mort par leur violence, mais sans la cause première ils ne se seraient point développés ; c'est donc le phénomène primitif qui doit nous occuper ici, phénomène primitif qui, pour nous, n'est autre chose que l'introduction dans l'économie, par un mécanisme quelconque, par infection médiate ou immédiate, ou par inoculation, du virus variolique.

C'est la maladie envisagée sous ce point de vue que nous nous proposons d'étudier dans nos prochaines conférences.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Chute d'un lieu élevé. Luxation et fracture des cinquième et sixième vertèbres cervicales ; compression de la moelle ; paraplégie. Mort.

Un jeune homme, ouvrier maçon, fut amené à l'hôpital au moment où il venait de faire une chute d'un échafaudage sur le pavé ; il était tombé sur la région dorsale. Au moment même où on le releva, on s'aperçut qu'il avait perdu l'usage de ses jambes. Voici l'état dans lequel on le trouva à son entrée dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Il avait une paralysie à peu près complète du mouvement et de la sensibilité dans les membres inférieurs. La sensibilité ne commençait à devenir distincte qu'à la région inguinale ; elle était complète aux parois abdominales. Les membres thoraciques n'étaient point précisément paralysés ; mais la contractilité y était manifestement affaiblie ; l'affaiblissement était plus prononcé dans le membre droit que dans le gauche. La respiration était gênée ; et paraissait ne se faire que par le diaphragme ; il y avait évidemment une paralysie au moins incomplète des muscles des parois thoraciques. Enfin le malade rendait involontairement les urines et les matières fécales. La pression sur la région cervicale de la colonne ; sur laquelle avait plus particulièrement porté le choc, déterminait de vives douleurs et donnait lieu en même temps à un mouvement convulsif des membres thoraciques. Ce mouvement rappelait ces commotions brusques et instantanées que l'on produit chez les grenouilles lorsqu'on les pince ou que l'on irrite d'une manière quelconque leur moelle épinière ; il était accompagné d'un rebondissement des parois abdominales et du diaphragme. A ces symptômes s'en joignait un digne d'attention ; c'était une érection presque permanente. Ce phénomène en apparence contradictoire avec la paralysie dont les parties voisines étaient frappées, s'expliquait naturellement ici par la stase sanguine qui distendait les corps caverneux d'une manière passive. C'est d'ailleurs un symptôme presque constant des lésions de la partie supérieure de la moelle.

A quelle lésion avait-on affaire ? Le diagnostic ne pouvait être un instant douteux. Une paraplégie survenue subitement à la suite d'une chute d'un lieu élevé, tout le poids du corps ayant porté sur la colonne vertébrale, s'accompagnant de douleur dans la région cervicale avec ce caractère particulier que la pression exercée sur cette région détermine des mouvements convulsifs des membres supérieurs, lesquels sont eux-mêmes atteints de paralysie incomplète ; érection permanente coïncidant avec la résolution des membres ; nul doute qu'on avait affaire à une lésion traumatique de la moelle et de ses enveloppes, résultant suivant toute apparence d'une fracture d'une ou de plusieurs vertèbres. Ce dernier caractère, l'érection, avait une telle importance aux yeux de M. Blandin, qu'il suffisait en quelque sorte à lui seul, sachant qu'il s'agissait d'une chute d'un lieu élevé, pour lui faire prononcer le diagnostic d'une fracture des vertèbres cervicales. Mais quel était le point précis de la moelle qui était atteint ? quelle espèce de lésion avait-elle subie ? Etait-ce une déchirure, une simple contusion ou une simple compression par épanchement ? quelle était l'étendue de la lésion ? Ici commençait l'incertitude. On pouvait bien encore émettre à cet égard quelques probabilités plus ou moins fondées ; mais il était impossible de rien affimer. Ainsi il y avait de fortes présomptions pour une dilacération ou un ramollissement traumatique de la région cervicale de la moelle, résultant d'une fracture d'une ou de plusieurs vertèbres de cette région. Ce diagnostic était principalement étayé sur le fait de la douleur et des contractions tétaniques que déterminait la pression sur la région cervicale du rachis.

En précisant davantage ce diagnostic, on pouvait peut-être encore dire que la lésion était plus considérable en avant qu'en arrière ; car la motilité, ce que nous avions omis de dire, paraissait plus profondément atteinte que la sensibilité.

Quant au pronostic, il était évidemment des plus graves ; le malade devait infailliblement succomber à une semblable lésion ; et s'il n'avait péri sur le coup, c'est que la lésion, très certainement, n'atteignait qu'une partie seulement de l'épaisseur de la moelle ; mais on ne pouvait conserver aucun doute sur l'issue prochainement fatale de cet accident, dès que l'inflammation traumatique se serait déclarée et qu'elle aurait déterminé le ramollissement de la moelle dans toute son épaisseur. Quelques personnes ont prétendu que l'intégrité des mouvements, ou du moins leur conservation partielle, pouvait coexister avec une lésion complète de la moelle. C'est là, suivant M. Blandin, une assertion erronée ; un pareil fait n'est point admissible avec les connaissances physiologiques actuelles ; les faits les mieux observés contredisent d'ailleurs une pareille assertion.

Au point de vue thérapeutique, il se présentait une question importante. Ne pourrait-on pas, se demandait M. Blandin, dans la supposition où les phénomènes paralytiques seraient produits par l'action vulnérante des fragments osseux des vertèbres sur la moelle, ou par la compression résultant d'un épanchement, recourir, comme pour les fractures du crâne, à la trépanation pour extraire les esquilles ou évacuer les liquides épanchés ? En principe, ajoutait M. Blandin, une semblable opération n'aurait rien que de rationnel, et j'avoue que je n'hésiterais pas à diviser les muscles du cou et à porter le trépan sur les lames vertébrales, ainsi que d'autres chirurgiens l'ont déjà fait. Mais, pour se déterminer à un parti aussi hardi, il faudrait être certain que la moelle fût intacte, et qu'après l'extraction des parties comprimantes elle pût reprendre ses fonctions ; car ce n'est que dans ce cas seulement que l'opération serait indiquée. Or, il ne paraît pas en être ainsi chez ce malade : à en juger par l'étendue et l'intensité des phénomènes paralytiques, il y a, suivant toute apparence, une dilacération ; une lésion plus ou moins profonde de la moelle ; et à supposer que nous parvinssions à réaliser le but de l'opération, l'extraction des fragments ou l'évacuation des matières épanchées qui contondent ou compriment la moelle, ce qui ne serait déjà pas facile, il est plus que douteux que nous fissions cesser les accidents, d'autant qu'avec de pareilles conditions l'inflammation qui se développerait à la suite de l'opération ferait presque infailliblement périr le malade. Il n'en est pas de même dans les fractures du crâne où, à moins que les esquilles osseuses ne pénètrent à une grande profondeur dans la substance cérébrale, on a, en les enlevant, de bien plus grandes chances de mettre un terme aux accidents.

Il n'y avait donc pas lieu de tenter ici une opération qui ne pouvait offrir aucune chance de succès. On se borna, en conséquence, à prescrire une saignée le premier jour, répétée le lendemain, dans le but d'atténuer autant que possible l'intensité de l'inflammation traumatique imminente, et de calmer un peu les douleurs.

Les deuxième et troisième jours, rien n'était changé dans l'état du malade. Grâce aux précautions que l'on avait prises, l'inflammation traumatique ne s'était développée qu'avec une médiocre intensité, et paraissait circonscrite aux parties lésées.

Les quatrième et cinquième jours, on s'aperçut qu'il y avait un léger retour de la motilité et de la sensibilité dans les membres ; ce retour partiel des mouvements et du sentiment s'expliquait assez bien par la résorption probable d'une partie des liquides épanchés. L'érection, qui avait été presque permanente jusque-là, avait cessé : elle se reproduisait cependant par instants, notamment quand le malade faisait des efforts pour mouvoir ses membres ; mais c'était moins une véritable érection qu'une tuméfaction sans dureté, produite par une stase sanguine des corps caverneux, sans influx nerveux. Quant aux mouvements des parois thoraciques, ils étaient toujours nuls ; la respiration continuait à ne se faire que par le diaphragme exclusivement. Cette circonstance s'expliquait naturellement par la différence d'origine des nerfs qui se distribuent aux muscles moteurs du thorax et au dia-

---

— Décidément ce pauvre M. Laurent, le magnétiseur, est voué à l'infortune. Tant soit peu bafoué à Paris, boxé à Londres, voilà que de nouveaux malheurs lui arrivent à Bruxelles. Ici, nous avions dépouillé mademoiselle Prudence, sa somnambule, de la vision à travers le triple et quadruple bandeau dont on recouvrait ses jolis yeux. Voyant que la mèche était un peu éventée de ce côté, et que les miracles de la vue magnétique ne l'exposaient qu'à des horions, M. Laurent s'en est pris aux oreilles de mademoiselle Prudence, et il l'a rendue sourde à volonté. C'est à Bruxelles que ce grand prodige s'est accompli, devant un cercle d'esprits très forts, qui ont été, pour la plupart, considérablement ébranlés. Voici comment le mystère s'accomplissait : M. Laurent ôtait l'ouïe à sa somnambule ; et pour cela, il ne faut pas d'autres façons que de chatouiller légèrement de la pulpe des doigts la conque de l'oreille. On boucherait, on tamponnerait le conduit auditif avec les corps les moins vibrants des trois règnes, qu'on ne produirait pas une cophose plus complète que par ce simple chatouillement.

Je remarque, en passant, que les magnétiseurs aiment beaucoup le chatouillement et que ces dames et ces demoiselles s'y prêtent avec une bonté toute charitable. — Voilà donc mademoiselle Prudence sourde comme un pot et aveugle comme un polype, car on mettait encore sur ses yeux bleus le quadruple bandeau. Mais à quoi bon, direz-vous, et comment prouver la réalité de la cophose ? Voici où le phénomène devient de plus en plus nécromancien : Dans cet état, privée de la vue et de l'ouïe, mademoiselle Prudence va obéir à l'ordre mental de son magnétiseur, et celui-ci sans proférer une parole, sans faire un geste, va la faire lire dans sa pensée, lui faire exécuter les mouvements les plus variés, lui faire prendre les attitudes et les passes les plus académiques, et tout cela au gré des spectateurs qui, par écrit, transmettent leurs désirs. La chose était surprenante et, en effet, un grand nombre de ces esprits très forts se prosternèrent devant M. Laurent.

Cependant, parmi les spectateurs, se trouvait un médecin, un homme fort honorablement connu dans la presse médicale belge, M. le docteur Cromelynck, qui, sans préjugés, sans prévention, voulut voir, mais bien voir ! Il vit trop bien, car il découvrit la ficelle, et à l'heure qu'il est, notre confrère dit à qui veut l'entendre, écrit à tous les journaux qu'il s'engage à répéter toutes les expériences de mademoiselle Prudence, et à obéir aussi à l'ordre mental de qui voudra lui servir de compère ; car le compère est de rigueur, ce qui diminue singulièrement la puissance nécromancienne de M. Laurent

Savez-vous comment il s'y prend, cet habile homme — je parle de M. Laurent — pour communiquer sa pensée, sans geste, sans mimique aucune ? M. Cromelynck nous l'apprend : C'est par le bruit imperceptible de l'acte respiratoire ; la manière lente ou précipitée, brusque ou douce, saccadée, intermittente, etc, avec laquelle il inspire ou il expire — et vous pouvez multiplier ces signes à l'infini en leur donnant à tous une corrélation différente — suffit à la somnambule exercée pour *lire* dans la pensée du maître. C'est prodigieux d'invention et de finesse, mais enfin ce n'est pas surnatuel, ce qui me rassure un peu.

— A Paris, les pipeurs n'y mettent pas tant de malice et les plus grossiers stratagèmes réussissent à merveille, ce qui ne peut s'expliquer que par l'extrême bonhomie ou par toute autre chose d'aussi extrême de notre excellent public. Un confrère m'écrivait, l'autre jour, qu'un pauvre malade attaqué du foie avait été consulter un guériseur fort connu, logé tout près du café des aveugles. — Mangez des côtelettes, buvez du vin de Bordeaux et donnez-moi cent francs, lui dit le guérisseur. — Le malade mangea quatre côtelettes par jour, but sa bouteille et crut la dose suffisante ; le mal ne diminuait pas et il revint trouver le guérisseur.

— Vous ne mangez pas assez de côtelettes ; doublez au moins la dose et redonnez-moi cent francs. Ce qui fut fait. Le malade en était venu à manger quotidiennement dix côtelettes et à boire à l'avenant quand des accidents graves se déclarèrent et forcèrent la famille à voir un médecin moins gargantua. Savez-vous ce qu'a dit le guérisseur en apprenant le résultat de sa médication ? « Le malheureux ! il n'en a pas assez mangé de côtelettes. » C'est pousser la conviction *in extremis*. Mais y a-t-il, peut-il y avoir conviction ?

— Encore un noble, un vénérable débris de cette glorieuse génération médicala à laquelle nous succédons, qui vient de disparaître de ce monde. Ribes, l'honnête, le savant, le modeste médecin, a terminé son honorable carrière, et comme Double, à l'heure suprême il a méconnu et rejeté les secours de cet art dont il était une lumière. Etrange et mystérieux scepticisme ! Est-ce aberration d'instinct, affaiblissement de l'intellect ? Ou bien une lueur soudaine leur a-t-elle montré l'impuissance et le néant de nos efforts ? Quel doute pénible, et qu'il est affligeant ! « Donneriez-vous ce que vous savez pour ce que vous » ne savez pas » avait coutume de demander Corvisart, et il rencontrait des esprits assez présomptueux pour répondre par la négative. En face de la mort et de Double et de Ribes, qui de nous oserait faire une pareille réponse ? Sterne a eu mille fois raison : « La vie est une épigramme dont la mort est la pointe »

Jean Raimond.

phragme. — En somme, malgré l'apparente rémission des symptômes, le pronostic n'en conservait pas moins toute sa gravité. En effet, quelques jours après, les phénomènes suivaient leur marche régulièrement fatale; les mouvements, revenus un instant, étaient de nouveau et pour toujours résolus. Ce retour de la paralysie indiquait manifestement les progrès du ramollissement et de la désorganisation inflammatoire de la moelle. Le malade survécut encore quelque temps dans cet état: puis, la paralysie s'étendant graduellement, la respiration finit par s'embarrasser, d'énormes eschares se développèrent sur les parties déclives du corps, et le malade succomba, environ trois semaines après l'accident.

L'examen nécroscopique révéla les désordres suivants: Il y avait une désunion entre la cinquième et la sixième vertèbre cervicale; les ligaments articulaires et le ligament jaune étaient rompus; les apophyses articulaires avaient cessé d'être en rapport. Il y avait en un mot luxation, ou du moins diastase entre ces deux vertèbres. Au fond de l'espace resté vide par suite de la rupture du ligament jaune, on voyait distinctement l'enveloppe de la moelle. Les lames vertébrales étaient du reste intactes. Mais, à la partie antérieure du canal rachidien, on trouvait une fracture de l'un des corps vertébraux avec un déplacement assez considérable et une petite esquille faisant saillie dans le canal; au niveau de cette fracture on voyait une légère dépression de la moelle, qui avait été évidemment comprimée dans ce point.

Après avoir enlevé le tronçon correspondant de la moelle avec la dure-mère on reconnaissait le point qui était en rapport avec la fracture, par une ecchymose et un léger épanchement sanguin. Quelques adhérences existaient entre la dure-mère et la moelle dans les points environnants. Enfin la moelle était manifestement enflammée, molle, diffluente dans toute l'étendue correspondant aux solutions de continuité et de contiguïté des vertèbres; mais il n'y avait point d'épanchement dans son intérieur.

En résumé, l'examen cadavérique a confirmé presque entièrement le diagnostic. Sur un point cependant il y avait eu lieu de conserver quelque incertitude; ce point était, en effet, fort délicat. Les phénomènes auxquels donnait lieu la pression sur la région cervicale avaient porté à croire qu'il existait en ce point une fracture avec esquilles des lames vertébrales, et que c'était par la compression et l'irritation momentanée occasionnées par le déplacement de ces esquilles que se produisaient les mouvements tétaniques des membres. Il y avait bien une petite esquille, en effet; mais cette esquille correspondait à la partie antérieure de la moelle et non à sa partie postérieure. D'un autre côté, par suite de la diastase des surfaces articulaires et de la rupture du ligament jaune, il y avait une communication directe des parties molles de la région cervicale avec la moelle, de sorte que, lorsqu'on pressait sur cette région, le choc se communiquait en quelque sorte directement à la moelle par l'intermédiaire de ces parties molles et non par des fragments osseux, comme on l'avait cru d'abord. Mais le résultat n'en devait pas moins être le même, en définitive, puisque par ces pressions on devait augmenter nécessairement la compression que la vertèbre fracturée exerçait sur les faisceaux antérieurs de la moelle. Cette dernière explication paraîtra même d'autant plus fondée, qu'on se rappelle que c'était surtout la motilité qui était plus particulièrement lésée et que c'était par des phénomènes de motilité que se manifestait la compression pendant l'exploration dont il s'agit.

Quant à l'opération dont M. Blandin a fait entrevoir la possibilité dans des cas de ce genre, il est évident qu'elle eût été ici sans aucune chance de succès; aussi doit-on lui savoir gré de sa prudente réserve. Agir autrement, c'eût été compromettre le succès d'une opération qui, dans des conditions différentes et nettement déterminées par le diagnostic, pourrait rendre de grands services.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 19 février 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Huguier* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il a examiné, depuis la dernière séance, la tumeur présentée par M. Lenoir, et il dit avoir suivi, par la dissection quelques rameaux nerveux qui pénétraient dans son intérieur. L'état avancé de la pièce pathologique ne permet pas à M. Huguier de faire aujourd'hui la démonstration de ces nerfs.

— *M. Malgaigne* rappelle que la communication faite dans la dernière séance d'une pièce d'anatomie pathologique relative à un nouveau procédé d'oblitération du vagin, exécuté par M. Bérard, doit être mise à l'ordre du jour comme sujet de discussion.

Entamant cette discussion, M. Malgaigne expose les raisons qui lui font regarder l'opération pratiquée par M. Bérard comme n'offrant que peu de chances d'oblitérer l'ouverture du vagin. Il trouve, en effet, s'il a bien vu la disposition de la pièce anatomique présentée à la Société, que l'espèce de diaphragme muqueux formé par le lambeau circulaire pris à l'entrée du vagin a été nul comme moyen oblitérant; et que, s'il avait fallu par la suite aviver quelque point de cet orifice resté perméable à l'urine, le pont charnu qui se trouvait au-devant de lui aurait gêné l'opérateur dans cette manœuvre.

M. Bérard répond qu'il ne faut pas juger de l'état d'oblitération du vagin qu'il avait obtenu de son opération, par celui qu'offrait la pièce d'anatomie pathologique qu'il a présentée. Cette pièce, à son sens, donne une mauvaise idée de ce qui avait lieu pendant la vie de la malade, ce qui tient à ce qu'avant d'être présentée à la Société, elle a passé par plusieurs mains qui ont élargi les ouvertures qui persistaient; le fait est qu'avant la mort, l'entrée du vagin était notablement rétrécie; il ajoute que dans l'opération qu'il a pratiquée il comptait surtout comme moyen d'occlusion sur l'adhérence qui devait s'établir entre les bourgeons charnus placés sur la face profonde de son diaphragme muqueux, et ceux qui devaient recouvrir la surface avivée de l'orifice du vagin. Si ce résultat n'a pas eu lieu, c'est que peut-être il s'est trop hâté d'enlever le fil qui maintenait relevé le diaphragme dont il vient de parler; mais il a craint qu'en le laissant séjourner dans la vessie, au milieu de l'urine, il ne s'incrustât de dépôts calcaires qui auraient pu s'opposer plus tard à sa sortie par l'urètre.

M. Robert. En voyant l'insuccès qui a suivi le mode de réunion adopté par M. Bérard, je demande si, au lieu d'affronter les bords saignants de l'entrée du vagin suivant le diamètre vertical de ce canal, on n'obtiendrait pas une réunion plus facile et plus étendue en affrontant les mêmes bords suivant le diamètre transversal. Il propose de modifier en ce sens le procédé d'occlusion du vagin que M. Bérard a décrit.

M. Lenoir dit avoir employé deux fois depuis cinq ans le mode de réunion dont il s'agit, et il décrit l'appareil très simple qui lui a servi dans ces deux cas. Ce sont deux canules de bois creuses à leur intérieur et légèrement courbes. L'une de ces canules est introduite dans l'urètre préalablement dilaté; l'autre, un peu plus volumineuse, est destinée au rectum. Une fois mises en place dans ces deux canaux, ces deux canules creuses sont rapprochées l'une de l'autre par le moyen d'une vis de rappel qui traverse leur extrémité libre.

Avant d'appliquer cet appareil, M. Lenoir a dans un cas cautérisé avec le fer rouge l'entrée du vagin, et dans l'autre il s'est borné à en produire la vésication au moyen d'un plumasseau de charpie imbibé de teinture alcoolique de cantharides et laissé à demeure pendant douze heures. Quoique dans ces deux cas les parties excoriées aient été mises en contact pendant plusieurs jours et que les urines ne se soient point écoulées par l'orifice vaginal pendant tout ce temps, cependant les deux malades n'ont retiré que de faibles bénéfices de ces tentatives d'oblitération. Une d'elles seulement pouvait retenir ses urines tant qu'elle était couchée sur le dos. M. Lenoir pense que dans ces cas, comme dans celui de M. Bérard, l'obstacle à la cicatrisation des bords de l'orifice vulvaire du vagin tient à ce que la nouvelle poche dans laquelle s'amasse l'urine, et qui est formée à la fois par le vagin et par ce qui reste de la vessie, se trouve sur un niveau inférieur à l'urètre, par lequel le liquide doit remonter pour être porté au dehors. Partant de cette idée, il s'est demandé depuis longtemps s'il ne conviendrait pas de dériver l'urine amassée dans cette poche en pratiquant une ponction à la paroi recto-vaginale ou au périnée et en laissant une sonde à demeure dans ces parties pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de l'orifice du vagin. S'il n'a pas déjà employé ce moyen, c'est qu'il a craint de produire une nouvelle fistule; mais il entrevoit aujourd'hui la possibilité d'éviter cet accident, et il est tellement frappé des graves incommodités qu'offrent ces larges perforations de la vessie, rétractaires à tout autre moyen de traitement, ainsi que de la vie malheureuse que traînent les femmes qui en sont affectées, qu'il passerait à présent par-dessus ces craintes, et qu'il tenterait tous les moyens propres à oblitérer le vagin. Car, après tout, cette opération dirigée, *bien entendu seulement* contre le cas dont il s'agit, est, dans l'état actuel de la science, la seule ressource que le chirurgien ait à sa disposition, et les objections qu'on peut lui faire ou qu'on lui a faites déjà ne sont jusqu'à présent que des objections purement théoriques.

M. Maisonneuve s'attache à démontrer que la double barrière qu'oppose à l'écoulement de l'urine par l'orifice vaginal l'opération de M. Bérard, est bien disposée, et capable par elle seule d'amener le résultat que ce chirurgien espère en tirer; et ce n'est pas une raison parce que ce plan d'opération n'a pas réussi dans cette première tentative, pour y renoncer à tout jamais en le déclarant impuissant.

M. Michon partage l'opinion de M. Malgaigne; il pense que sans nier la possibilité de l'oblitération de l'orifice inférieur du vagin dans le traitement des fistules vésico-vaginales, on peut aussi, sans se compromettre, la regarder comme improbable. Le fait communiqué par M. Bérard n'a sous ce rapport avancé en aucune façon la solution de la question. Cependant si une opération de ce genre devait être tentée, c'était assurément dans les circonstances où elle a été pratiquée par M. Bérard, le malade ne conservant qu'une portion des parois de la vessie. Le col de l'utérus avait été en partie détruit, et son orifice oblitéré ne permettait plus aucune communication entre la cavité du vagin et celle du péritoine, condition rassurante pour une des suites ultérieures de l'opération. Comme exécution, les précautions ont été multipliées pour en assurer le succès. Deux digues avaient été opposées à la sortie de l'urine par le vagin. La première formée par la membrane muqueuse vaginale disséquée circulairement en forme de manchette, et relevée comme un diaphragme à l'aide d'une suture en bourse; la seconde résultait du rapprochement des bords avivés de l'orifice du vagin au moyen de la suture enchevillée; et cependant, cette double précaution n'a conduit en définitive qu'à l'établissement des deux fistules séparées par un trajet oblique, et l'orifice de la fistule supérieure admettait encore l'extrémité du petit doigt.

On a dit que si cette femme avait vécu, ces ouvertures fistuleuses se seraient probablement rétrécies; M. Michon ne le pense pas, il croit qu'au contraire elles se seraient agrandies. On voit, en effet, tous les jours des réunions de date récente, et surtout incomplètes, se détruire sous l'influence d'un travail inflammatoire, et quelle cause plus puissante d'inflammation que le contact permanent de l'urine!

M. Bérard a pensé qu'il aurait pu fermer ultérieurement ces ouvertures fistuleuses; M. Michon pense qu'il eût rencontré dans ses tentatives toutes les difficultés qu'on trouve à fermer les fistules vésico-vaginales elles-mêmes. En admettant même qu'on pût parvenir à clore ces ouvertures anormales, la réussite serait de courte durée; car, après tout, on ne fermerait qu'un dépôt urineux, dépôt dont la paroi inférieure, formée par la membrane muqueuse du vagin, ne pourrait opposer à la sortie de l'urine qu'un obstacle trop mince pour résister longtemps. On sait, du reste, ce qui arrive dans les dépôts urineux; ils entretiennent les fistules quand il en existe, et ils en amènent quand il n'en existe pas. En résumé, M. Michon pense qu'il est plus rationnel de renoncer à cette opération.

M. Vidal se félicite d'abord de trouver dans la Société de chirurgie des collègues qui adhèrent aux principes qu'il a développés ailleurs. En prenant la parole, il ne se propose que de répondre à quelques critiques dirigées contre la méthode elle même.

Pour juger impartialement cette méthode, il faut, dit-il, de toute nécessité rappeler son point de départ, rappeler comment elle est née et jusqu'où vont ses prétentions. En la créant, je me suis mis en présence d'une malade affectée d'une fistule vésico-vaginale donnant lieu à une infirmité assez dégoûtante pour avoir fait demander et subir plusieurs opérations d'après les méthodes qui agissent directement sur le bas-fond de la vessie. C'est seulement alors que j'ai proposé d'oblitérer le vagin.

Quant à ce qu'on a dit des difficultés qu'on rencontre dans cette opération, je les crois très réelles; je le dis, je l'ai imprimé, et ma conduite, quand j'ai opéré, preuve que j'ai toujours eu cette conviction. Cependant, il ne faut pas qu'on oublie qu'une de mes malades est restée plus d'un mois avec le vagin oblitéré, rendant toutes ses urines naturellement par l'urètre. J'avais d'ailleurs déjà pensé au moyen que vient de proposer M. Lenoir, et je crois, de plus, que dans les nouvelles tentatives qui pourront être faites, il conviendra de disséquer l'extrémité inférieure du vagin, pour la dégager des tissus qui la font adhérer immédiatement aux branches ascendantes de l'ischion. Je me propose d'ailleurs de faire connaître plus tard le détail des modifications que j'ai fait subir à ma méthode. On a parlé ailleurs de la rétention des règles et de la formation de calculs dans la poche nouvelle. Mais si on avait voulu examiner les faits que j'ai publiés, on aurait vu que chez une de mes opérées, les règles sont complétement sorties par l'urètre. Sans doute que des calculs peuvent se former dans cette nouvelle vessie comme dans la vessie ordinaire; mais pourquoi plus souvent? Une de mes malades faisait, après l'opération, jaillir l'urine par l'urètre comme si le réservoir de ce liquide eût été intact. Il est une assertion que je tiens beaucoup à détruire avant de finir. On a dit que chez une de mes opérées, ce sont les accidents causés par la rétention des règles dans la vessie nouvelle qui ont nécessité le cathétérisme malheureux qui détruisit la cicatrice. On a même ajouté que j'avais été obligé de détruire cette cicatrice pour évacuer les règles retenues, tout cela est complétement inexact; et si on avait voulu prendre connaissance des faits dans les observations que j'ai publiées, on y aurait vu le contraire de ce qu'on a avancé.

M. Nélaton, par une analyse des différents temps de l'opération de M. Bérard, conclut à la possibilité de l'occlusion du vagin. Il regarde le procédé dont il s'agit comme l'un des plus propres à produire ce résultat.

M. Danyau est surtout frappé de la tendance qu'ont les urines dans les cas de fistules vésico-vaginales à laisser déposer sur les parois du vagin et sur les autres parois qu'elles parcourent, les sels calcaires qui les composent, et il craint que cette tendance persistant après l'oblitération du vagin, il ne se forme des calculs dans cette vessie. M. Danyau rapporte succinctement à ce propos deux observations de J.-L. Petit, où l'on voit que ces concrétions urinaires ont été un obstacle à la guérison de pareilles fistules vésico-vaginales.

M. Bérard fait observer que le dépôt des sels de l'urine sur les parties, tenait sans doute dans les cas cités par M. Danyau à la vaporisation de ce liquide; et que rien ne prouve que les conditions n'étant plus les mêmes, le même dépôt persisterait après l'oblitération du vagin.

Il partage du reste l'opinion de M. Lenoir sur la cause qui a fait échouer l'opération jusqu'à ce jour, et pour sa part il adopte pleinement l'idée de dériver l'urine par une ponction faite à la paroi inférieure du vagin.

La discussion est fermée sur ce sujet.

— *M. Huguier* présente une jeune fille qui porte au poignet, immédiatement au-devant de l'artère radiale, une tumeur de la grosseur d'une aveline, qui est agitée par des battements isochrones à ceux de cette artère, mais qui, molle et fluctuante, est réductible par la pression. Plusieurs membres, consultés, pensent qu'il s'agit ici d'un kyste placé au-devant de l'artère, et communiquant avec l'articulation.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 8 janvier 1845.— Présidence de M. Gillette.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après qu'il a été fait droit à quelques réclamations de M. Giraldès.

— La Société vote unanimement ses remercîments et l'expression de sa reconnaissance pour son président de l'année dernière, M. Brierre de Boismont.

— *Correspondance.* — 1° M. le préfet de la Seine écrit au président de la Société pour l'informer que, par ordonnance du 8 novembre, le roi revenant sur une décision antérieure, a approuvé les délibérations du conseil-général des hôpitaux au sujet des restes de Bichat. Cette décision infirmant celle qu'avait provoquée antérieurement la Société, porte que ces restes seront conservés dans la cour de l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

Cette communication est renvoyée à la commission chargée spécialement de cet objet.

2° M. Forget envoie une brochure intitulée: Considérations pratiques sur le galactocèle mammaire, ou tumeur laiteuse du sein, et sur son traitement.

3° M. Leblanc envoie le numéro de janvier de sa Clinique vétérinaire. — Remercîments à ces deux messieurs.

4° M. Tavignot, ancien interne et chef de la clinique ophthalmologique de la Pitié, envoie, avec la demande du titre de membre résidant, sa thèse pour le concours d'agrégation, sur l'anévrisme de l'artère sous-clavière. (Commissaires: MM. Larrey, Forget, et Laborie, rapporteur.)

— *Rapports.* — *M. Laborie* lit le rapport dont il a été chargé par la commission qui a examiné les travaux suivants de M. le docteur Depaul, ancien chef de la clinique d'accouchement, présentés à la Société pour obtenir le titre de membre résidant:

1° Thèse sur le torticolis, pour le concours d'agrégation;

2° Thèse sur l'auscultation obstétricale, étudiée comme moyen de diagnostic des présentations et positions du fœtus;

3° Un article sur l'emphysème succédant aux brusques ruptures d'un des points des voies aériennes.

Le rapporteur analyse avec une grande lucidité ces travaux divers du candidat; il en fait ressortir les qualités éminentes. Il ajoute plusieurs développements importants, et conclut à l'admission. M. Depaul est nommé membre résidant à l'unanimité.

— *M. Laborie* lit un second rapport sur une observation de hernie crurale étranglée, adressée par M. le docteur Cabaret, de Saint-Malo, pour obtenir le titre de membre correspondant.

Le rapporteur rend compte de cette intéressante observation. La hernie était ici devenue irréductible par la présence, dans l'anse intestinale, d'entozoaires, et le rapporteur rapproche ce fait de ceux déjà connus dans la science.

Il conclut à l'admission de M. Cabaret, qui est nommé membre correspondant de la Société.

— *M. Caffe*, nommé rapporteur de la commission chargée de rendre compte de l'excellent livre de M. Sigaud sur la constitution médicale et physique du Brésil, lit le travail remarquable qu'il a fait à cette occasion.

L'analyse de M. Caffe ne se recommande pas seulement par les éminentes qualités du style et la portée des vues qu'elle lui a inspirées; mais c'est une expostion si complète et cependant si condensée des riches matériaux recueillis par M. Sigaud, qu'elle ne supporte pas d'être analysée à son tour et qu'il faudrait la reproduire entièrement, ce que le cadre de notre procès verbal ne permet pas.

Quelques parties du travail de M. Caffe provoquent des remarques diverses. Ainsi M. Brierre de Boismont rappelle que M. Esquirol avait dit déjà que chez eux les nègres sont rarement atteints d'aliénation mentale et de manie suicide; mais que transportés en esclavage, ils deviennent souvent furieux. M. Ramon Lasagra, député espagnol, qui s'est fort occupé de cette question, a observé qu'aux Etats-Unis les mulâtres sont plus souvent atteints d'aliénation que les nègres.

M. Gillette demande s'il résulte des recherches de l'auteur qu'il y ait innocuité pour la phthisie là où règnent les fièvres intermittentes si fréquemment observées par lui.

M. Caffe répond qu'il n'existe aucune préservation par ces fièvres.

M. Gillette fait quelques observations sur les doses d'arsenic que l'auteur a employées avec succès contre les fièvres intermittentes, et sur l'emploi hygiénique de la saignée. Il rappelle que c'était moins par hygiène que pour amoindrir les excitations des sens que les jésuites saignaient au Paraguay les nouveaux venus, comme au moyen-âge cela se pratiquait aussi en certains couvents de moines.

M. Gillette, à propos de l'emploi du virus du crotal inoculé comme préservatif de la lèpre, fait observer qu'il ne comprend pas cette inoculation comme pouvant rester locale, ainsi que l'a dit M. Caffe.

M. Caffe répond qu'une expérience a été faite volontairement par un lépreux abandonné. Il s'inocula au doigt, et il en résulta un grand désordre local, et la mort n'arriva que trente-deux heures après, contrairement à ce qui se passe dans les cas ordinaires. Ainsi Drak, qui à Rouen fut mordu par son serpent, succomba au bout de vingt minutes. Cependant, malgré leur promptitude, les accidents sont d'abord

locaux, d'où les préceptes vulgaires de succion, de ventouses, de ligatures, etc.

Voilà pourquoi M. Caffe a parlé de l'action locale modificatrice exercée sur le tissu éléphantiasique lui-même, siége de l'inoculation.

MM. Larrey et Gillette se demandent si les accidents tout locaux observés dans le fait cité plus haut, ne tenaient pas à la vitalité modifiée elle-même dans le tissu épaissi de la lèpre?

M. Gillette fait, de plus, remarquer que s'il y a fort peu de venin, son action peut rester locale. Il rappelle le fait d'un médecin de Lyon qui, en faisant des expériences avec le virus du crotal, et s'étant piqué au doigt, éprouva d'atroces douleurs locales, sans autre accident.

M. Barth dit que la constitution même du système lymphatique s'oppose absolument à ce qu'on puisse admettre l'action locale seulement dans ces inoculations. Il n'y aurait, dans leur emploi, aucun moyen d'empêcher qu'elles ne se généralisassent aussitôt par l'absorption; ou bien, si, par exception à la loi commune, la lèpre s'oppose à l'absorption générale, alors l'inoculation n'agirait absolument que sur la solution de continuité, et dès lors elle serait trop restreinte pour influencer les larges surfaces épaissies de l'éléphantiasis.

M. Sigaud est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société médicale d'emulation.

— *M. Faivre* lit un double rapport sur les travaux de M. Da Cruz Teixeira de Braga, qu'il a présentés pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce sont: 1° Une thèse de doctorat en médecine, sur la péritonite en général; 2° une autre thèse de doctorat en chirurgie, sur les rétrécissements organiques de l'urètre.

Le rapporteur analyse surtout cette dernière thèse; il met en relief les doctrines pratiques qui lui semblent les meilleures, reprochant parfois que l'auteur n'ait pas assez condamné les mauvaises. M. Faivre insiste surtout sur les conséquences pratiques de ce fait, à l'appui duquel M. Teixeira rapporte lui-même une vingtaine d'observations on ne peut plus concluantes; à savoir, que les rétrécissements organiques sont presque toujours la suite de blennorrhagies négligées, prolongés ou mal traitées.

M. Faivre fait ressortir la nécessité de faire cesser le plus vite possible une blennorrhagie, montrant que les injections qui atteignent ce résultat sont le meilleur préservatif des rétrécissements. Il s'étonne aussi que des praticiens, d'accord en cela avec les bonnes femmes, et pour ne pas *enfermer le loup dans la bergerie*, disent-ils, ne raisonnent pas quand il s'agit de l'inflammation de la muqueuse du canal comme pour celle de l'œil, et prescrivent de laisser durer, de laisser couler la première.

Le rapporteur résume ses éloges et sa critique du travail de M. Teixeira, en disant qu'il formerait un excellent et complet article pour un dictionnaire de médecine. Montrant d'ailleurs les qualités de style et d'esprit de Teixeira, il propose son admission.

M. Gillette, à propos du précepte sur lequel insiste M. Faivre, d'ouvrir promptement les abcès urineux, cite un fait qui lui est personnel.

Le malade avait un rétrécissement; il y avait un abcès très volumineux sous le périnée, qui s'est ouvert très naturellement dans le canal sans autre accident.

M. Larrey fait observer que cet abcès n'était sans doute que phlegmoneux.

M. Teixeira est nommé à l'unanimité membre correspondant.

La séance est levée à dix heures et demie.

Dr FAIVRE, *secrétaire annuel*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'huile volatile d'amandes amères contre les douleurs névralgiques; par M. le docteur FLORENT CUNIER.

M. le docteur F. Cunier cite l'huile essentielle des amandes amères comme possédant une efficacité presque constante contre les douleurs du glaucôme. Il l'a prescrite aussi avec le plus grand succès pour combattre les douleurs névralgiques symptomatiques qui se montrent parfois dans les cas d'iritis. Enfin, il l'a prescrite avec un avantage tel, dans un cas de névralgie opiniâtre de la cinquième paire, à la suite d'une opération de cataracte par abaissement, que le malade a été bientôt délivré complétement des douleurs insupportables auxquelles il était en proie.

Voici la formule d'après laquelle M. Cunier prescrit ordinairement ce médicament énergique.

Pr. Huile essentielle d'amandes amères, 8 grammes.
Beurre de cacao, 8 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Pour l'appliquer, on en prend le volume d'un pois et l'on en pratique des frictions douces sur le front et sur les régions temporales.

Ces onctions anodynes doivent être répétées toutes les heures, jusqu'à cessation de la douleur contre laquelle elles sont dirigées.

Traitement de la céphalalgie nerveuse pure;
par M. le Dr SCHNEIDER, de Fulda.

On a proposé une infinité de médications pour combattre la migraine nerveuse pure; mais tous les praticiens ont eu de nombreuses occasions de reconnaître l'impuissance de ces divers moyens. En cet état de choses, nous croyons ne pouvoir pas nous dispenser de faire connaître à nos lecteurs le mode de traitement adopté par M. Schneider, l'un des praticiens les plus recommandables de l'Allemagne.

Ce traitement, aussi simple qu'il est possible de s'imaginer, consiste dans l'administration de l'extrait alcoolique d'aconit napel, à la dose de 25 milligrammes à 5 centigrammes.

Cet extrait est administré en pilules ou sous forme de potion.

Nous avons assisté dans le temps au triste spectacle d'un confrère et d'un écrivain poursuivant devant les tribunaux, pour discussions de presse, des confrères et des écrivains. On a généralement apprécié notre retenue et la modération que nous n'avons cessé d'apporter dans les discussions qui ont surgi à cette époque. Aussitôt le débat fini, nous nous sommes tus et n'avons en aucune manière cherché à prolonger la querelle. Nous pensions n'avoir plus à revenir sur ce malheureux sujet; tout nous semblait éteint, surtout devant la promesse que M. Guérin, poursuivi lui-même pour imputations calomnieuses, avait faite, dit-on, de s'abstenir de toute poursuite ultérieure pour les mille francs qu'il avait obtenus du tribunal, au lieu des soixante mille qu'il demandait. M. Guérin fut acquitté, et nous nous en réjouimes; nous étions bien loin de croire par conséquent à la possibilité des répétitions que l'on nous annonce.

Voici l'incroyable pièce par laquelle un confrère se ravise au bout d'un an, et fait signifier par huissier à son confrère, que dans vingt-quatre heures *ses meubles et effets* ne seront plus à lui s'il ne lui a payé 500 francs. Nous y joignons, sans autres réflexions, deux lettres de MM. Plocque et J. Favre, avocats, qui constatent l'engagement qu'avait pris M. Guérin en présence du tribunal et de l'auditoire.

L'an mil huit cent quarante-cinq, le 28 février, en vertu de la grosse dûment en forme, exécutoire d'un jugement rendu contradictoirement, etc.; et à la requête de M. Jules Guérin, docteur en médecine, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, membre de l'Académie royale de médecine, demeurant ci-devant au château de La Muette, commune de Passy (Seine), et actuellement à Paris, rue Chanoinesse, n° 8, pour lequel requérant domicile est élu à Paris, rue Gaillon, n° 14, en l'étude de M. Ghuerbrant, avoué près le Tribunal civil de première instance de la Seine, j'ai, Jacques Fumet, huissier au Tribunal civil de première instance de la Seine, séant à Paris, y demeurant, place de la Bourse, n° 8, soussigné, signifié, fait commandement à M. Auguste Vidal (de Cassis), docteur en médecine, médecin en chef de l'hospice du Midi, rédacteur principal des *Annales de Chirurgie*, demeurant à Paris, rue de Trévise, n° 10 *ter*, en son domicile, où étant et parlant, à la concierge de la maison ainsi déclarée, de, *dans vingt-quatre heures pour tout délai*, payer au requérant ou à moi, huissier pour lui porteur de pièces et ayant charge de recevoir, la somme de cinq cent cinquante-cinq francs soixante-quinze centimes, composée: 1° de celle de cinq cents francs, montant des dommages-intérêts auxquels le sieur Vidal (de Cassis) a été condamné envers le requérant par les jugement et arrêt susdatés; 2° de celle de cinquante-cinq francs soixante-quinze centimes pour les frais mis à sa charge par les jugement et arrêt susdatés, et les frais de levée, enregistrement et signification desdits jugement et arrêt, droits de protet et frais de mise à exécution;

Lui déclarant que faute par lui de satisfaire au présent commandement dans le délai ci-dessus fixé et y celui passé, il y sera contraint par toutes les voies de droit *et notamment par la saisie de ses meubles et effets*.

A ce que le susnommé n'en ignore, je lui ai, en son domicile et parlant comme dessus, laissé la présente copie. — Coût, 4 fr. 70 c.

FUMET.

A M. Jules Favre, avocat.

Mon cher confrère,

Tu te rappelles nos luttes contre M. Guérin, et les condamnations en dommages et intérêts qui ont été prononcées. Tu as eu depuis à plaider contre ce même M. Guérin. Est-il vrai que dans le cours de ces derniers débats, M. Guérin ait déclaré qu'il n'entendait nullement recevoir de MM. Vidal et Henroz les sommes que ces messieurs avaient été condamnés à lui payer à titre de dommages et intérêts? Si tu as en effet entendu cette déclaration sortir de la bouche de M. Guérin, tu me rendrais service de m'en écrire un mot.

Tout à toi, H. PLOCQUE.

Réponse de M. Jules Favre à M. Plocque.

Mon cher confrère,

Bien qu'il ne soit pas dans nos usages de certifier par écrit ce qui peut se dire à l'audience dans les affaires où nous sommes engagés, je crois cependant devoir déroger à cette habitude, parce que l'affirmation donnée par M. Guérin dans la circonstance dont tu me parles m'a paru avoir tous les caractères d'un engagement formel. Le tribunal entier l'a compris ainsi; et si M. Guérin était publiquement interpellé, il ne pourrait le nier. Du reste, il était assisté de Me Billault, qui se rappellera parfaitement ces circonstances, et qui pourrait te les affirmer comme moi,

Ton bien dévoué, Jules FAVRE.

Il est essentiel pour nos lecteurs qu'ils soient fixés sur le mérite réel des dentifrices qui sont journellement préconisés. Nous leur rappellerons donc que l'ELIXIR ODONTAGIQUE composé par M. J. Pelletier, ce chimiste aussi savant que consciencieux, à qui les sciences médicales sont redevables d'un grand nombre de découvertes importantes, réunit toutes les conditions auxquelles on était en droit de s'attendre.

On emploie cet Elixir, soit seul, pour remplacer avantageusement les diverses eaux dentifrices, soit concurremment avec l'ODONTINE que nous devons aussi au même auteur, et qui, d'après les comptes-rendus de l'Académie royale de médecine est une « délicieuse composition » pour blanchir les dents sans les altérer, et pour entretenir la pureté » de la bouche, sans en attaquer les tissus. »

L'*Odontine* et l'*Elixir odontalgique* ne doivent pas être confondus avec les autres dentifrices, car ils portent le double cachet de la science et de l'utilité, et c'est à ce titre que nous en recommandons l'usage.

Y.....

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 MARS 1845. (18e ANNEE.) N°. 27. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Paraplégie complète; mal de Pott. Eschares gangréneuses énormes au bassin et aux membres inférieurs. Pansement des eschares avec la poudre de quinquina; lotion avec l'alcool créosoté; lavage à grande eau. Suspension des progrès des eschares sous l'influence de ce traitement. Progrès de la maladie des vertèbres. Mort. Confirmation par l'autopsie du diagnostic plessimétrique de la lésion des vertèbres.

Un Anglais, âgé de ving-cinq ans, employé aux chemins de fer, est entré le 11 septembre dernier à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, se plaignant de malaise et d'accidents généraux assez mal déterminés. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, il commença à s'apercevoir d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs, et surtout d'une diminution notable de la sensibilité dans ces mêmes parties. On examina la colonne vertébrale, et l'on trouva une saillie remarquable des 3 ou 4 vertèbres dorsales, particulièrement des 6e, 7e et 8e. Le mal fit des progrès rapides; la sensibilité s'éteignit graduellement, et les membres inférieurs furent bientôt frappés d'une paralysie complète. Vers le dixième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, la vessie se laissait distendre par l'urine sans se contracter; le rectum laissait échapper les fèces, tantôt à l'état liquide, tantôt d'une consistance solide. Le relâchement du sphincter était complet. Au bout de peu de temps même; toute la partie inférieure du tronc, jusqu'au niveau du rebord costal, fut bientôt frappée de perte du sentiment. On s'assura de l'étendue de la paralysie en pinçant la peau de bas en haut, jusqu'à ce que le malade accusât la sensation. La limite fut indiquée au moyen d'une ligne noire tracée sur la peau, afin de pouvoir suivre les progrès ultérieurs du mal. Bientôt l'insensibilité de la peau gagna de proche en proche les parties supérieures du tronc, et elle finit par s'élever des deux côtés également jusqu'à 3 cent. environ au-dessous du mamelon. L'absence de mouvement était absolue aussi des deux côtés, tant dans les membres inférieurs que dans les muscles du bassin.

On prescrivit le tartrate antimonié de potasse en lavage à la dose de 50 centigrammes, dose élevée et qui avait réussi quelques mois auparavant dans un cas de paraplégie due très très probablement à un épanchement séreux du canal rachidien (1). Cette médication échoua complètement chez ce malade. Il en fut de même de deux vésicatoires et de six cautères appliqués sur les côtes de la gibbosité. Loin de diminuer, la saillie des apophyses vertébrales ne fit même qu'augmenter, et elle faisait des progrès rapides. La suppression d'urine qui avait commencé à avoir lieu dès les premiers temps, avait fait place à une incontinence; l'écoulement des urines devint involontaire, et l'on fut bientôt obligé de sonder le malade plusieurs fois par jour. La quantité d'urine rendue dans un jour devint très considérable. Cependant le malade continuait à prendre des aliments, et son état général paraissait se soutenir assez bien, grâce à son état de nutrition. On tenta sans succès la strichnine.

Depuis environ trois semaines des eschares s'étaient déclarées d'abord sur le sacrum, puis sur la peau de la région trochantérienne, puis sur les malléoles, enfin sur toutes les parties des extrémités inférieures et du bassin qui reposaient sur le lit. Du moment où l'on s'en était aperçu, on avait commencé à faire usage des moyens que M. Piorry emploie dans ces circonstances avec tant d'avantages; moyens qui consistent à *tanner* en quelque manière les surfaces gangrenées à l'aide de lotions fréquemment répétées avec une solution alcoolique de créosote fortement concentrée et des applications de poudre de charbon et de quinquina. Il joint à l'emploi de ces moyens les lavages à grande eau, dans le but d'enlever les matières putrides et de prévenir leur contact avec les surfaces ulcérées.

Cependant la maladie des vertèbres faisant toujours des progrès, la gangrène s'étendait d'une manière incessante sur des points nouveaux du corps; mais elle ne faisait point de progrès en profondeur ni en circonférence sur les parties déjà affectées, grâce au mode de pansement dont il vient d'être question. C'est à cette même circonstance que l'on dut attribuer l'absence complète de ces diarrhées excessives que l'on voit se déclarer subitement, et persister avec une si funeste ténacité à la suite de la résorption des produits des plaies gangréneuses. Le malade cependant s'affaiblissait graduellement, et cet affaiblissement était en rapport avec la diminution de la nourriture. En effet, dans les derniers jours il ne voulait plus manger. L'intelligence fut conservée intacte jusqu'au dernier moment. La chaleur du corps se conserva également jusqu'à la fin, même dans les extrémités inférieures. C'était la circulation qui était principalement languissante. La peau était d'une grande pâleur, la circulation s'y faisait très difficilement, surtout dans les veines, et le pouls, dans les derniers instants, était d'une extrême fréquence.

Autopsie. — La mort survint au bout de deux mois environ de séjour à l'hôpital; elle eut lieu par une sorte d'anémie. La nécropsie fut faite le lendemain Le cadavre ne différait presque point, par son apparence, de ce qu'était le sujet depuis une quinzaine de jours. Nous passerons sous silence, comme superflu, l'examen de la plupart des organes. Nous noterons seulement que les poumons, examinés avec le plus grand soin, ne contenaient point de tubercules. On percuta sur le cadavre la région dorsale, et on trouva, avant d'ouvrir le corps de chaque côté de la saillie formée par les apophyses épineuses, une matité dans une largeur de 2 centimètres environ, et dans une longueur de 7 centimètres. Le son et la sensation que la percussion faisait éprouver au doigt, n'étaient point semblables à ceux que donne un os, mais bien au son et à la sensation que donne un poumon hépatisé. Au-dessus et au dessous de cette limite, on percevait le son ostéique de la colonne vertébrale; tout alentour, sur les côtés, la sonorété et l'élasticité pulmonaires.

Rachis. — La colonne vertébrale fut mise à découvert. On fit passer deux traits de scie des deux côtés du rachis sur les côtés de la région dorsale; deux autres traits divisèrent la colonne vertébrale à la région cervicale et au niveau des dernières vertèbres dorsales. On enleva ainsi la pièce, et on mit à découvert le corps des vertèbres et la tumeur dont nous allons donner la description.

Cette tumeur avait le volume suivant: 9 ou 10 centimètres de baut en bas, et 6 centimètres dans le sens transversal, ce qui répondait manifestement anx mesures que la plessimétrie nous avait données; car aux 2 centimètres des côtés, il fallait ajouter 2 autres centimètres pour la colonne vertébrale.

Au point correspondant des septième et huitième vertèbres dorsales, on remarquait cette tumeur bilobée; elle était située dans le médiastin postérieur et constituait de chaque côté du corps des vertèbres un renflement du volume d'un gros œuf. Elle était logée dans une dépression des lobes postérieurs de chaque poumon excavé pour la recevoir. Les deux feuillets pleuraux qui constituent le médiastin postérieur sont soulevés et la recouvrent; il ne présentent, du reste, aucune altération.

L'aorte et l'œsophage, qui passent au-devant de la tumeur, sont légèrement soulevés à son niveau, mais ils n'offrent aucune lésion. Les artères des membres inférieurs, examinées avec soin, sont perméables au sang dans toute leur étendue.

La colonne vertébrale présente une mobilité anomale dans le lieu de cette altération, ainsi qu'une courbure anguleuse dont la convexité forme la gibbosité observée pendant la vie.

Etat de la moelle. — Le canal rachidien étant ouvert par la section des lames des vertèbres, il fut facile de voir comment la moelle avait été comprimée par la tumeur. En effet, le corps des deux vertèbres étant profondément altéré, la paroi antérieure du canal rachidien, formée, comme l'on sait, par la série des vertèbres, présentait deux bourrelets arrondis

(1) Nous rendrons compte incessamment de ce fait.

FEUILLETON.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR L'INOCULATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX.

Dans l'opinion des médecins, la syphilis avait toujours été considérée comme essentiellement propre à l'espèce humaine; du moins on ne connaissait aucun exemple de son développement spontané chez les animaux, et les expériences d'inoculation n'avaient point réussi à la provoquer artificieltement en eux comme sur l'homme. Un fait aussi unanimement proclamé dans les conclusions de tous les expérimentateurs, malgré le grand nombre d'essais qui avaient été tentés, paraissait à t'abri de toute contestation, tant sa vérification était simple et facile. On sait cépendant qu'it vient d'être contesté, et que dans ses expériences, M. Auzias prétend avoir réussi à inoculer la syphilis aux animaux.

Une assertion aussi grave, venant à l'encontre de tous les faits précédemment observés sans exception, détruisait les résultats donnés par des hommes d'une immense autorité, entre lesquels il suffit de citer Hunter, devait solliciter au moins de l'étonnement. Ne répugnait-il pas tout d'abord de penser qu'un fait aussi évident eût jusqu'ici échappé avec tant d'opiniâtreté à toutes les recherches, uniquement à cause de l'insuffissance des précautions dont les expériences étaient entourées? Cela paraissait inadmissible à beaucoup d'eprits.

Il est certain que les travaux entrepris sur l'inoculation de la syphylis aux animaux, ne sont pas exprimés avec lerus minutieux détails dans les notes qui nous ont été transmises par les auteurs; mais on peut voir cependaut qu'ils suffisent, à part l'autorité des expérimentateurs, pour faire éloigner l'accusation que M. Auzias leur jette si facilement. Qu'on nous permette de citer quelques lignes du vénérable J. Hunter:

« On ne connaît, dit Hunter, aucun autre animal que l'homme qui soit susceptible de l'irritation vénérienne; car des *essais répétés* ont ont démontré qu'it est impossible de la communiquer à un chien, à chienne, à un âne, » et il ajoute en note: « il m'est arrivé souvent de tremper de ta charpie dans le pus d'une gonorrhée, d'un chancre ou d'un bubon et de l'introduire dans le vagin d'une chienne, sans produire aucun effet. J'ai fait les mêmes expériences sur des ânesses sans plus de résultat. J'ai placé aussi de la charpie imbibée du même pus sous le prépuce chez des chiens; j'ai même pratiqué des incisions, afin de porter le pus au-dessous de la peau, et il n'en est résulté qu'une plaie ordinaire. J'ai fait aussi cette dernière expérience sur des ânes, et je n'ai pu rien obtenir. »

M. Ricord (pour ne citer ici que les meilleurs juges dans cette matière) est bien plus explicite. Voici comment it parle des expériences qu'il a faites sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons d'Inde, sur des pigeons, sur des chats..... « Toutes ces expériences, répétées par toutes les voies possibles d'inoculation et d'infection, *sans négliger aucune des précautions nécessaires*, avaient été faites chaque fois avec du pus, qui, chez l'homme, avait cependant donné des résultats positifs; de telle façon que d'après ces expériences, jointes à celles qu'on possédait déja on peut conclure que le principe inoculable de la syphilis est particulier à l'homme, et ne saurait se transmettre aux brutes. » (Ricord.)

Plus récemment, avant la protestation de M. Auzias, tous ces essais ont été repris et multipliés, sans aucun résultat positif. Il y avait donc là, en outre d'une question d'autorité, une question d'expérience.

Voilà qui était grave, sans doute. Ce n'est pas nous cependant qui nous servirons de cette présomption pour établir un jugement; au contraire, nous reconnaissons tous les avantages du droit qui est donné à tous de vérifier par son observation particulière les faits scientifiques traditionnels; nous n'en saurons que bon gré à chacun; nous reconnaîtrons, s'il le faut, qu'il est très possible que Hunter se soit trompé, que M. Ricord n'ait pas expérimenté convenablement, enfin que tout le monde ait été dans t'erreur. Nous faisons, comme on voit, la part la plus large possible à M. Auzias.

Or, en l'absence de tout document écrit de la part de ce dernier, dans l'impossibilité de vérifier des résultats que nous ne connaissons que d'après des affirmations seules, ce que nous avons à faire aujourd'hui, c'est de racunter les détails et de publier les résultats de plusieurs expériences intéressantes entreprises à Lourcine sur quelques animaux, par M. le docteur Cullerier et nous-même, ainsi que celles pratiquées sous nos yeux sur ces mêmes animaux, par M. Auzias, qui ne pourra disconvenir du moins de leur authenticité. Ce sera chose curieuse de voir non pas seulement la similitude des résultats négatifs que nous avons tous obtenus, mais encore les différences que M. Auzias a dû constater dans ses propres résultats comparés avec ceux qu'il avait trouvés seul au Jardin-des-Plantes.

Voici donc, en résumé, l'histoire des diverses tentatives d'inoculation syphilitiques faites à l'hôpital de Lourcine sur deux cochons d'Inde, un chien et un singe, pendant les mois d'octobre et novembre de cette année (1844).

Sur un cochon d'Inde mâle.

Deux sortes d'inoculations ont été pratiquées: par piqûre (avec la lancette); — par excision (avec les ciseaux).

Celles par la lancette, au nombre de trois, ont été faites simultanément avec du pus pris de trois chancres de différents caractères.

La première avec du pus d'une ulcération chancreuse superficielle en voie de réparation, et inoculé le même jour *sans résultat* chez la matade; il a été déposé dans une piqûre faite à la face interne du prépuce de l'animal.

La deuxième, avec du pus ayant été inoculé deux jours auparavant *avec résultat* caractéristique sur la malade et provenant de chancres recents de la vulve et du périnée. Il a été porté avec la lancette près de la racine de la verge.

La troisième piqûre a été pratiquée près du mamelon gauche, dans le cercle cutané entièrement dégarni des poils qui l'entourent avec du pus d'un chancre phagédénique serpigineux de la partie antéro-supérieure de la cuisse, dans les points où cet ulcère ancien et rebelle présentait encore le caractère rongeant.

Ces piqûres se sont immédiatement cicatrisées toutes les trois sans distinction, sans présenter même de croûtes à leur surface, ni aucun travail inflammatoire sensible. Le quatrième jour leurs traces n'étaieot même pas reconnaissables.

Une seule inoculation a été pratiquée avec perte de substance, intéressant l'épaisseur de la peau, près du mamelon droit. Le pus dont on s'est servi, était celui d'un chancre récent des nymphes, inoculé la veille avec résultat manifestement caractérisé dès le lendemain.

Vingt-quatre heures après il y avait à la plaie faite par excision sur le cochon-d'Inde, un léger suintement séro-sanguinolent, au-dessous d'une croûte mince préalablement détachée, et le surlendemain la plaie était sèche et tendant à la cicatrisation.

Mais l'animal, bien portant jusque-là, mourut presque subitement le sixième jour de l'expérimentation. Le résultat des trois piqûres n'était plus sensible comme je l'ai dit.

Sur un cochon d'Inde femelle.

Deux inoculations avec la lancette ont été pratiquées par M. Cullerier sur le ventre de l'animal; le pus provenait d'un ulcère chancreux phagédénique de la cuisse. Du quatrième au cinquième jour, il n'en existait plus de traces. Tout au contraire, une excision *simple* faite en même temps à la même région, mais de l'autre côté avec des ciseaux, et cantérisée avec un crayon de nitrate d'argent, présentait, lorsque t'on détacha t'eschare vers le quatrième jour, l'aspect d'une ulcération profonde, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, et indurés dans une assez grande étendue; de telle sorte que l'on eût dit un chancre, si l'on n'eût connu l'origine de cette ulcération, qui s'est cicatrisée dès que l'on a cessé d'entretenir l'irritation de la surface.

Ainsi sur ces deux longueurs, le pus syphilitique n'a pas même agi comme irritant à la surface des plaies où il a été déposé.

du volume du doigt et de la longueur de 3 centimètres, laissant entre eux une gouttière dans laquelle passait la moelle, et où elle était comprimée.

La dure-mère était saine ; la pie-mère contenait de petites collections purulentes disséminées. Le cylindre de la moelle présente, dans une hauteur de 3 centimètres, un étranglement manifeste, et la pulpe nerveuse elle-même, à quelques centimètres au-dessus et au-dessous de ce point, est ramollie et offre des traces évidentes de myélite chronique.

En incisant la tumeur, on voit qu'elle est constituée par une collection de détritus osseux, des caillots sanguins et de matière blanchâtre tuberculeuse. Le corps des deux vertèbres est le siége d'une altération profonde ; leur tissu est en partie détruit et friable. Le disque intervertébral est séparé des vertèbres qu'il était destiné à réunir.

Ainsi, destruction du corps des septième et huitième vertèbres dorsales ; collection de débris osseux, sanguins et purulents développée de chaque côté de la colonne rachidienne, faisant un double relief dans le canal vertébral, et comprimant la moelle dans l'étendue de trois centimètres ; ramollissement du cylindre médullaire, myélite chronique. Telles sont les lésions que l'autopsie nous a révélées.

— Cette observation offre, comme on le voit, plus d'un genre d'intérêt, sous le rapport de la marche rapide de l'affection principale et des phénomènes paralytiques qui en ont été la conséquence; de la relation de ces phénomènes avec les lésions que l'autopsie a révélées dans la moelle; de la confirmation, par l'examen des pièces, du diagnostic qui avait été porté au moyen du plessimètre avant l'ouverture du corps; et enfin, des effets de la médication employée contre les escharres. Nous reviendrons sur ce dernier point.

Escharres gangréneuses de la région sacrée; selles involontaires; marasme; démence. Lavages à grande eau; lotions d'alcool créosoté; pansement avec la poudre de quinquina. Régime tonique. Guérison des escharres; cessation complète de tous les autres phénomènes morbides.

Il y a trois mois environ, une femme, à la suite de quelques déplacements de malades dans l'hôpital de la Pitié, entra dans notre service; elle était âgée de trente ans, et pouvait être dans la catégorie des malades qu'à l'hospice de la Salpêtrière on nomme les *gâteuses*. En effet, depuis six mois elle traînait d'hôpital en hôpital, rendant les fèces d'une manière continuelle et involontaire. La région sacrée était couverte d'escharres gangréneuses horriblement fétides. Son intelligence paraissait tellement nulle, que partout on la considérait comme en démence. Elle était faible, amaigrie, et répondait à peine aux questions qu'on lui adressait; elle semblait, en un mot, vouée à une mort lente et misérable. Il y avait un mois et demi qu'elle était dans les salles; son état était toujours le même, lorsqu'on eût l'idée d'employer contre ses escharres un traitement analogue à celui qui avait été mis en usage pour combattre les escharres de l'Anglais de la salle Saint-Raphaël, dont il vient d'être question : lavages à grande eau; lotions d'alcool créosoté; applications de poudre de quinquina. A cette époque, un ulcère à surface gangréneuse, à bords saillants, à clapiers purulents entourait la partie malade; et les téguments de la région trochantérienne droite étaient dans le même état que ceux de la région sacrée. En même temps, on donna à l'intérieur des aliments réparateurs et du vin généreux ; le tout secondé par la rénovation fréquente de l'air, par l'ouverture des croisées ; ainsi que cela est constamment pratiqué dans les salles de M. Piorry, et par des soins extrêmes de propreté. Tout aussitôt les plaies gangréneuses cessèrent d'être fétides, et prirent un aspect de plus en plus naturel. Les escharres se détachèrent ; les bords de ces plaies s'affaissèrent, leur fond s'éleva, la cicatrisation s'opéra; et, un mois après, on ne voyait plus que les cicatrices de ces énormes solutions de continuité.

En même temps l'aspect de la malade, son état de nutrition devinrent on ne peut plus satisfaisants. Chose remarquable, c'est que la malheureuse femme dont il s'agit, regardée depuis longtemps comme en démence, répondit nettement et d'une façon très lucide à toutes les questions qui lui furent adressées. On varia les questions sous toutes les formes, et on ne put pas trouver une seule réponse déraisonnable.

Peu de jours après, la malade sortit de l'hôpital dans un état de santé excellent, et sans la moindre apparence de démence.

Entérite typhoïde grave. Escharres gangréneuses de la région sacrée et de la région trochantérienne, avec déchirure de la peau. Même traitement que ci-dessus. Guérison.

Une femme de vingt-sept ans est entrée à l'hôpital au mois de septembre dernier, salle Sainte-Geneviève, atteinte d'une entérite typhoïde grave. On avait appliqué, en ville, des sangsues à l'anus pour obvier aux accidents intestinaux. Elle avait des selles abondantes ; le pouls faible et accéléré ; affaiblissement des facultés intellectuelles ; le ventre météorisé, les capillaires décolorés; ulcérations des téguments sur la région sacrée ; la surface gangrenée s'étendait sur plusieurs points autour des solutions de continuité ; la gangrène envahissait avec une grande rapidité toute la région sacrée. L'aspect des surfaces frappées de mort était semblable à celui qu'avaient tous les sujets dont nous venons de parler. Seulement les tissus qui formaient la base des parties gangrenées étaient fortement ramollis. Au niveau du pli des fesses, il y avait en ce point une déchirure assez profonde, qui en formait en quelque sorte la continuation.

M. Piorry a fait remarquer depuis long-temps que cette déchirure de la peau sur la région sacrée est due presque toujours aux tractions opérées sur ces parties par les infirmiers pendant qu'ils saisissent le bassin pour retourner les malades dans leur lit; de là l'extrême utilité d'éviter toute traction de ce genre sur les téguments, quand ils sont malades.

Une nouvelle eschare se prononça vers et un peu en arrière de la région trochantérienne droite. Le diamètre du premier espace gangrené était à peu près de 12 centimètres, et celui du second de 6. Le pronostic devait être d'autant plus fâcheux, que l'on voit presque toujours les escharres de la région sacrée avec déchirures longitudinales, être suivies de mort. Or, sous l'influence de moyens analogues à ceux qui ont été employés dans les cas précédents, la gangrène cessa de faire des progrès; il n'y avait ni douleurs, ni odeur fétide; cependant on eût quelque appréhension de la voir gagner en profondeur. A raison de cette crainte, on cautérisa avec le fer rougi à blanc une surface d'un diamètre d'à peu près 3 centimètres. En même temps on continua l'emploi de l'alcool créosoté, des lotions à grande eau et de la poudre de quinquina. A l'intérieur un traitement composé de sucs de viande consommée avec du bon vin. En 10 jours l'état de la malade était déjà très satisfaisant. De la glace avait été appliquée sur le ventre pour calmer la diarrhée. La plus grande propreté avait été prescrite, et, vers le milieu d'octobre, la cicatrisation était complète, et la malade guérie. Il n'y avait plus d'autre trace de ces désordres qu'une dépression longitudinale faisant suite au pli de la fesse, et qui n'était autre chose que la cicatrice de la déchirure.

Tels sont les principaux faits que nous venons de recueillir sur l'emploi de la créosote dans les cas de gangrène de la peau de la région sacrée. Depuis longues années, M. Piorry s'occupe beaucoup des escharres de la région sacrée (1). Il nous a cité quelques exemples remarquables, dans lesquels, sous l'influence des lavages à grande eau, des applications de poudres absorbantes et du tannage par la créosote, des plaques gangrenées de la région sacrée ont été suivies de guérison inespérée ou de la conservation de la vie pendant des mois entiers chez des malheureux auxquels on n'aurait pas, en vérité, osé donner quelques jours d'existence. Dans un cas, par exemple, le sacrum, le coccyx et les parties voisines des os du bassin étaient entièrement dénudés et supportaient directement le poids du corps. Ces horribles désordres avaient eu lieu à la suite d'une fièvre typhoïde parvenue à la convalescence. Le malade vécut néanmoins avec une pareille lésion pendant deux mois environ. Il avait même, en dernier lieu, repris des forces et présentait un assez bon état de nutrition. Peut-être même eût-on été assez heureux pour l'amener à guérison, si une circonstance fâcheuse n'était venue détruire en peu de temps les heureux effets de ce traitement. Par suite de tractions et de frottements exercés inopportunément, l'une des plaies fut excoriée et donna lieu à un écoulement de sang ; la plaie vive fut ainsi mise en contact avec les parties mortifiées, et presque aussitôt ce malheureux fut pris d'une diarrhée excessive, qui le jeta dans une prostration extrême ; le pouls devint petit et faible, la faciès cadavéreux; un refroidissement général s'empara de tout le corps, et il succomba. Plusieurs autres malades, placés dans des conditions analogues, ont succombé de la même manière. Mais dans la presque totalité des cas où, par des soins assidus et une attention vigilante, on a pu prévenir les accidents de cette nature, M. Piorry a été assez heureux pour voir le traitement en question amener la guérison de ces escharres qui, à la suite des fièvres graves, entraînaient si souvent la mort des malades.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Diphthérite gangréneuse.

Il y a peu de temps, une petite fille de trois mois éprouva, probablement à cause de la négligence des soins de propreté, une inflammation légère de la vulve; la mère en parla à M. Trousseau qui examina les parties malades; les trouva seulement rouges et tuméfiées; et conseilla des lotions tièdes souvent répétées. Le lendemain et les jours suivants, on n'en reparla pas au médecin qui ne s'occupa plus de cette petite fille, d'ailleurs bien portante. Huit jours plus tard, l'infirmière avertit M. Trousseau que le mal avait fait de notables progrès. on examina les parties, et l'on put constater l'existence d'une maladie fort grave.

Les grandes lèvres et le pénil étaient énormément gonflés, d'un rouge livide, et comme œdémateux. En écartant l'ouverture de la vulve, on ne voyait vers la partie supérieure, depuis la commissure jusqu'au méat urinaire, qu'une masse d'un gris jaunâtre, baigné d'une sanie séreuse et horriblement fétide. On ne pouvait distinguer ni le clitoris, ni le prépuce, ni la partie supérieure des petites lèvres. Au haut de la lèvre gauche, la peau avait une teinte légèrement bleuâtre

(1) *Voir* le Mémoire de M. Blanchet sur la dermo-nécrosie sacrée, rédigé d'après les leçons de M. Piorry.

Pour n'avoir point à revenir chaque fois sur l'origine du pus spécifique employé dans les expériences suivantes, j'annonce que dans toutes, sans exception, la double épreuve a été faite sur les malades qui l'ont fourni, non-seulement avant, mais encore après l'inoculation aux animaux, et que par conséquent, en aucune façon, il ne peut y avoir le moindre doute sur sa valeur.

Sur un chien mâle de cinq à six mois environ.

Trois séries d'expériences ont eu lieu.

La première série (par M. Cullerier) comprend quatre inoculations comparatives : par piqûre et par excision, avec du pus simple et du pus syphilitique.

Quatre plaies ont été disposées symétriquement sur la région abdominale, deux à droite par piqûre, deux à gauche par excision ; la piqûre et l'excision supérieure furent inoculées avec du pus simple provenant d'un séton de la nuque; la piqûre et excision inférieure, avec du pus syphilitique.

1° *Plaies par simple piqûre.* Celle qui n'avait reçu que le pus du séton présentait, au bout de quarante-huit heures, l'aspect d'un petit trait rouge sans auréole inflammatoire, ni croûte à sa surface, laquelle était sèche le troisième jour, *et cicatrisée à peu près complétement au commencement du cinquième.* La seconde, où avait été déposé le pus vénérien, ne différait de la précédente, au bout de quarante-huit heures, que par une légère concrétion croûteuse, au-dessus d'une surface allongée, un peu humide, entourée d'une coloration rouge et diffuse. Le troisième jour, sous l'influence d'une excitation provoquée à dessein, elle donne à peine un peu de suintement sanguinolent. Le quatrième jour, une nouvelle croûte se forme, et *le cinquième, la cicatrisation est terminée au-dessous*, sans qu'il reste de dépression ou même de trace de la cicatrice

2° *Plaies avec perte de substance.* Elles comprenaient toute l'épaisseur de la peau, arrondies, et larges comme une pièce ds 50 centimes environ. Toutes deux ont eu de commun l'apparition, dès le deuxième jour, d'un disque inflammatoire diffus à la périphérie; la présence d'une croûte sombre, mince, adhérente, laquelle s'est reformée plusieurs fois après avoir été détachée; une surface sous-jacente, arrondie, d'un rouge vermeil, un peu humide, sans dépression du fond, ni induration des bords; dès le troisième jour une surface se sèche, et tend manifestement *à la cicatrisation complète le septième jour.* Après quoi, il ne reste qu'une coloration d'un rose clair dans la partie des téguments cicatrisée. — Quant aux caractères différentiels tirés de l'aspect et de la marche de ces deux plaies, ils sont assez insignifiants : l'inoculation avec le pus vénérien a présenté une rougeur périphérique plus distincte, et une croûte un peu mieux formée dès le principe; il n'y a pas eu plus de tendance à l'ulcératiou, ni moins de rapidité dans la cicatrisation dans l'un comme dans l'autre cas...

Mais pour compléter notre jugement sur la nature des plaies dans lesquelles nous avons déposé du pus syphilitique, nous avons inoculé à côté, en deux endroits différents, le suintement bien médiocre, il est vrai, que nous avons pu recueillir à la surface des deux plaies Il n'est résulté, de ces deux inoculations nouvelles, qu'un point noirâtre résultant d'une légère concrétion sanguine; au-dessous de laquelle il n'y avait pas même de dépression 48 heures après. Le résultat ne pouvait être plus négatif...

— En second lieu, M. Cullerier a pratiqué sous la mâchoire inférieure de ce chien, vers la partie antéro-supérieure et médiane de la région cervicale, une excision étroite d'un centimètre environ dans le sens transversal ; du pus syphilitique a été presque immédiatement déposé au fond de la plaie préalablement excitée avec la pointe des ciseaux. Le lendemain et les jours suivants, on détache une petite croûte linéaire qui se forme derechef. La surface de la plaie, mise à nu, se présentait rouge et vermeille, sans tuméfaction des bords, sans suppuration, et laissant sourdre un peu de sang lorsqu'on l'irritait pour en détacher les concrétions par lesquelles les lèvres de la plaie s'agglutinaient. Néanmoins, *au bout d'un septenaire, la cicatrisation était complète.*

Je dois noter en passant qu'une plaie faite par mégarde tout à côté, avec les ciseaux, en coupant les poils de l'animal, présenta ni plus ni moins l'aspect et la marche de la première quoiqu'elle n'eût point reçu d'inoculation.

— Enfin, c'est M. Auzias qui a fait cette dernière série d'expériences sur le chien. Il a pratiqué dans l'espace interorbitaire, avec les ciseaux courbes six incisions profondes, anguleuses, à bords mâchés, très rapprochées, presque toutes étaient contenues dans un espace de vingt millimètres environ ; leurs lèvres écartées et redressées en sens inverse l'une de l'autre, et l'écoulement du sang arrêté, une notable quantité de pus syphilitique fut déposée en nappe à leur surface.

L'animal était maintenu et surveillé avec soin.

Or, malgré le nombre, la profondeur et le rapprochement de toutes ces plaies, malgré l'attritiou de leurs bords, toutes circonstances qui pouvaient les disposer à se confondre dans une seule ulcération, elles se sont cicatrisées isolément avec la plus grande rapidité, sans turgescence ni suppuration, sans inflammation périphérique, à tel point que le cinquième jour la cicatrisation était générale et complète.

En résumé, les plaies avec inoculation syphilitique se sont cicatrisées ni plus ni moins que les plaies simples ou avec inoculation de pus ordinaire, que l'on ait expérimenté sur des parties où le chien pouvait se lécher, soit là ou il ne pouvait atteindre.

..... Nous arrivons à un animal où les expériences doivent offrir plus d'intérêt, car c'est celui, dit-on, qui se rapproche le plus de l'homme. Voyons donc le singe.

Sur un jeune singe mâle.

Dans une première série, trois plaies ont été faites. La première, par piqûre, avec inoculation de pus syphilitique sur la paroi antérieure de l'abdomen, n'a rien présenté d'abord. Le quatrième jour elle n'était point cicatrisée, mais aucun travail pathologique ne paraissait encore déterminé ; il n'y avait ni boursouflement, ni auréole inflammatoire autour, ni suintement à la surface. Le cinquième jour elle se couvrit d'une croûte mince, qui fut enlevée le sixième, et au-dessous se présenta une goutteletté de pus grisâtre qui fut recueilli et inoculé sur le champ. La plaie était parfaitement simple, du reste, sans dépression du fond ou élévation des bords, sans trace de rougeur ni d'induration périphérique. Le lendemain la croûte était reformée ; enlevée de nouveau, il restait une petite surface allongée, sèche et déjà bien cicatrisée ; cela était le huitième jour.

La petite goutte de suintement purulent, inoculée comme je l'ai dit, par la lancette à la cuisse gauche, ne donna lieu qu'à un point noirâtre qui disparut complétement quarante-huit heures après.

La deuxième plaie avait été formée par excision et inoculée avec du pus chancreux à la partie supérieure de la cuisse du côté gauche ; elle était très profonde. Le troisième jour, rouge, baignée par une matière séro-purulente, sans liséré rouge ; — sèche, le cinquième ; — présentant le sixième un bourgeonnement de bonne nature qui se continue le septième, en même temps que le fond s'élève au niveau des bords ; de sorte que le neuvième jour elle est entièrement cicatrisée. Dès que le suintement séro-purulent fut établi, le troisième jour, il fut porté avec la lancette sous la peau du singe à la cuisse ; il n'en résulta absolument rien de remarquable.

La troisième plaie était identique à la précédente, sauf qu'elle ne fut point inoculée, afin de l'étudier comparativement dans une perte de substance simple, pratiquée à la cuisse droite. Irritée chaque jour par l'enlèvement de la croûte adhérente qui se formait et par la pointe des ciseaux, elle semblait offrir un aspect moins satisfaisant et surtout un degré moins avancé de cicatrisation, laquelle n'eut lieu que de trente à trente six heures après l'autre.

Ainsi, dans ce cas, la cicatrisation fut retardée davantage par une médiocre irritation de la plaie que par le contact du pus virulent.

— C'est M. Auzias qui est l'auteur des expériences suivantes, nous l'avons laissé entièrement maître d'expérimenter à sa façon sous nos yeux.

Trois inoculations avec le pus chancreux ont été pratiquées sur la paupière supérieure du singe, — une par excision, deux par la lancette.

qui indiquait, sinon la gangrène, du moins la tendance à la mortification.

Il était facile de reconnaître une diphthérite. Les sécrétions couenneuses qui s'étaient faites sur la membrane muqueuse de la vulve, baignées par la sérosité, s'étaient putréfiées, avaient changé de couleur, ce qui leur donnait l'aspect et l'odeur d'un détritus gangréneux. Au-dessous, les tissus n'étaient probablement que violemment enflammés; toutefois, il était possible que le prépuce du clitoris et que le clitoris lui-même eussent été mortifiés.

M. Trousseau pense que la gangrène était imminente; et qu'il n'y avait de chance de l'éviter qu'en cautérisant avec énergie. Il crut devoir préférer l'acide chlorhydrique concentré; d'abord, parce qu'il supposait la mortification très superficielle, si toutefois il en existait, et ensuite parce que ce caustique avait l'avantage d'agir comme désinfectant.

Un pinceau de charpie fut profondément imbibé d'acide, et tenu à deux reprises appliqué sur les tissus malades. Cette application fut renouvelée le soir et le lendemain matin.

Le mal sembla s'arrêter. M. Trousseau crut alors pouvoir suspendre pendant deux jours la cautérisation. Cet excès de prudence devint funeste à la petite malade; car trente-six heures après la cessation de l'emploi de l'acide muriatique, la partie supérieure de la grande lèvre gauche portait une large tache gangréneuse. On crut devoir de nouveau recourir aux caustiques, et, cette fois, on employa le *nitrate acide de mercure* qui fut appliqué sur toutes les surfaces malades avec une extrême énergie. Deux fois par jour le sel acide fut mis en usage; mais en vain! La gangrène gagna les grandes et les petites lèvres jusqu'au pli des cuisses; et le pénil jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen. L'enfant tomba dans la prostration et mourut avec des convulsions.

A l'autopsie on constatait l'existence d'une diphthérite vulvaire; les tissus sous-jacents étaient gangrenés, et la mortification s'étendait jusqu'aux parties que nous avons indiquées plus haut. Tout alentour les tissus étaient profondément infiltrés.

Cette maladie, dit M. Trousseau, est assez commune; dans sa forme la plus simple, elle ne constitue qu'une affection assez bénigne. Dans la pratique civile on est assez fréquemment consulté par de petites-filles dont la membrane muqueuse vulvaire est atteinte de vive inflammation avec sécrétion pelliculaire. Le plus ordinairement des soins de propreté, des lotions émollientes, suffisent pour terminer cette petite indisposition. Si elle se prolonge ou même si elle a une vivacité insolite, quelques lotions avec l'eau alcaline, 4 grammes de sous-carbonate de soude pour un litre d'eau chaude; l'eau boratée, 10 ou 15 grammes de sous-borate de soude pour la même quantité d'eau; des applications directes d'un mélange de calomel et de sucre; 1 gramme de sel mercuriel pour 25 grammes de sucre, guériront presque certainement une affection qui pourrait avoir une certaine gravité.

Mais si des influences nosocomiales particulières, si des circonstances épidémiques viennent apporter à la maladie un élément nouveau, la phlegmasie, jusque-là sans gravité, revêt tout à coup une forme nouvelle, et les tissus envahis par l'inflammation se recouvrent de fausses membranes, et subissent des altérations qui peuvent aller jusqu'à la gangrène.

C'est surtout dans les hôpitaux d'enfants que s'observent des faits de ce genre. Durant un espace de temps assez long, les phlegmasies ne prennent pas un mauvais caractère; mais à un moment donné, et pendant une période souvent fort longue, les plaies des vésicatoires, celles qui succèdent aux grandes opérations, les ulcérations les plus superficielles, et en général les plus simples des parties génitales, de la bouche, sont prises d'une inflammation de mauvais caractère, avec douleurs aiguës, tuméfaction œdémateuse, sécrétion sanieuse abondante, puis sécrétion pultacée ou membraneuse, et quelquefois sphacèle des tissus sous-jacents.

Il est assez probable que la contagion n'est pas étrangère à l'extension si rapide et si générale du mal; et l'on est d'autant plus disposé à y croire, que l'affection, avant de s'étendre à tout l'hôpital, a d'abord frappé presque tous les individus d'une salle.

Il y a certes des liens fort intimes entre le croup et ces phlegmasies couenneuses. L'évidence des faits a frappé les personnes les plus aveuglées par la prévention. Ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, où la plupart des médecins se refusaient à admettre les idées de M. Bretonneau sur ce point important de pathologie, il a bien fallu reconnaître que le croup se montrait sur beaucoup d'enfants, en même temps que la peau et les membranes muqueuses devenaient, chez un grand nombre, le siége d'une exsudation pultacée couenneuse.

On pouvait encore voir la fausse membrane diphthérique, lorsqu'elle envahissait le pharynx et qu'elle y restait quelque temps avant de gagner le larynx, simuler tout à fait la gangrène, comme l'avait si bien fait voir M. Bretonneau, et même quelquefois escharifier superficiellement le derme muqueux des amygdales, ce que M. Bretonneau regardait, à tort, comme presque impossible.

Dans cet hôpital, on voyait en petit ce que M. Trousseau avait observé en grand, en 1828, dans un grand nombre de communes où le croup avait fait de nombreuses victimes. Le travail qu'il a publié en 1829 sur la diphthérite cutanée, dans les Archives générales, a présenté sur cette matière des faits très curieux.

Dans les hameaux, dans les villages les plus maltraités par le croup, on voyait les plaies les plus simples prendre et conserver pendant longtemps une gravité toute particulière. Elles se recouvraient de sécrétions fétides et pultacées; au-dessous, les parties étaient souvent frappées de gangrène. Quelquefois des irritations superficielles de la peau, s'exaspérant de la manière la plus extraordinaire, se recouvraient subitement de fausses membranes épaisses, tout à fait semblables à celles que revêtent quelquefois la surface des vésicatoires, et cela s'observait surtout dans les familles où plusieurs enfants succombaient à la diphthérite pharyngo-trachéale. Il cite même l'histoire d'une femme qui présente la plus grande analogie avec le fait rapporté au commencement de cet article. Une des filles du garde champêtre de Chaumont-sur-Tharonne, arrondissement de Romorantin (Loir-et-Cher), quitte une ferme du voisinage où plusieurs personnes étaient mortes du croup, et vient elle-même mourir de la même maladie dans la maison de son père. A quelques jours de là, sa sœur est elle-même atteinte d'angine couenneuse et meurt; la mère, qui ne cesse de soigner ses deux filles, éprouve quelques douleurs à la vulve; la membrane muqueuse des parties génitales se recouvre de fausses membranes, une fièvre violente s'allume, et la malheureuse femme meurt à son tour frappée par le même mal, mais frappée dans d'autres organes que ses filles.

HOTEL-DIEU. — M. Magendie.

Observation d'un délire musculaire par convulsion simple des muscles phonétiques.

Au n° 33 de la salle Sainte-Martine, est couchée la nommée Lantelme, âgée de quarante ans, journalière, demeurant rue Neuve-Vivienne, 38.

Née à Bologne (Italie). Père et mère morts, l'un de phthisie, l'autre d'obstruction. Sœur paralytique. Enfance gaie. Fille d'un capitaine, elle s'occupait chez elle. Il y a huit ans, on lui dit, par plaisanterie, M... est parti et ne reviendra jamais. Lantelme, qui prétend n'avoir eu aucun attachement pour M..., en conçut un grand chagrin; elle éprouva des palpitations violentes et un redoublement de vitesse dans la circulation constatés à cette époque par Sanson. Un an après, sans cause connue, elle est prise d'une émission phonétique imitant le battement du tambour; elle se mit ensuite à faire le chien. Elle fut guérie de cet aboiement continu par l'application soudaine d'un fer rouge sur le cou. Les nuits et les journées devinrent libres pour elle. Cependant elle fut reprise d'une articulation forcée: *non, non, non.* Elle se crut folle, et entra dans le service de M. Récamier (salle Saint-Paul), où elle resta 4 ou 5 mois sans succès. Depuis lors il y a des temps de rémission pour elle; mais le plus souvent elle crie ou elle répète un mot; le sommeil est calme cependant. Les voisins sont incommodés de ses cris, jappements ou répétitions monotones. Il y a cinq ans, elle est entrée à la Salpétrière, où elle reçut les soins de M. Bouvier, médecin par intérim. Elle en est sortie sans grande amélioration. Le 18 octobre 1844, elle se décide à entrer dans le service de M. Magendie où elle nous offre l'observation des mêmes phénomènes, émission continue d'une grande volubilité et involontaire d'un mot tel que: Vin, pomme, folle ou f.....: Le sommeil est assez calme. Elle a tenté, pour se corriger, de lire ou de répéter une histoire, une fable; mais ce procédé est insuffisant. Lorsqu'elle lit, son esprit ne suit pas ses yeux, et les mots: Vin, veau, pain, f....., recommencent et s'associent bizarrement à sa lecture.

Elle a pris un lavement purgatif; un vésicatoire a été appliqué au bras; des sangsues ont été mises aux cuisses.

Amélioration peu sensible.

Lantelme est réglée tous les quinze jours.

Chez ce sujet, l'intelligence est parfaitement saine; les muscles phonétiques sont pris d'une chorée et répètent, malgré la malade, des mots dont les inflexions lui sont familières.

Tel est ce que j'ai nommé le délire musculaire, délire auquel l'intelligence est étrangère; et qui n'est qu'un effet de la contraction des muscles phonétiques, convulsion tonique et clonique comme dans la chorée. BLANDET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars. — Présidence de M. Caventou.

M. le président annonce la mort de M. Campanelli, membre-correspondant, à Gênes.

— *M. Velpeau* présente, de la part de M. le docteur Chaumet, de Bordeaux, une observation de prolapsus utérin guéri par un nouveau procédé.

— *M. Bernard*, d'Angoulême, présente des papiers-cartons médicinaux destinés à remplacer les cataplasmes et les vésicatoires, et lit une note sur ce sujet.

— *M. A. Bérard* prend la parole pour répondre aux divers orateurs entendus dans la dernière séance sur la question de l'oblitération du vagin.

Dans la dernière séance, dit-il, quelques objections nouvelles ont été ajoutées à celles qui avaient été produites d'abord; celles-ci ont de nouveau été présentées, en sorte que je me trouve dans la nécessité de répondre aux unes et aux autres. Ma tâche me paraît, du reste, s'être beaucoup simplifiée; car les adversaires de l'opération dont j'ai entretenu l'Académie, et ces adversaires sont nombreux, sont venus à mon secours en se contredisant, en se combattant mutuellement; de sorte que l'objection de l'un de nos adversaires n'en est plus une pour l'autre de mes antagonistes, et réciproquement. D'un autre côté, il est vrai, M. Velpeau s'est franchement rangé de mon parti, et je le

---

Elles ont présenté pour caractères communs une tuméfaction circonscrite déjà sensible quelques heures après la piqûre, avec un peu de rougeur tout autour.

La piqûre du côté externe s'est cicatrisée le quatrième jour; mais en laissant à sa suite une saillie dure et pleine qui a persisté quelques jours encore après la cicatrisation.

Au milieu, la plaie par excision s'est entièrement cicatrisée sans suppurer le huitième jour, laissant également à sa suite un peu de tuméfaction.

La troisième, qui était la piqûre du côté interne, a présenté les mêmes phénomènes. Seulement, le quatrième jour, on explore avec la pointe d'une épingle la légère saillie manifestée à la base de la plaie, et on s'assure qu'elle ne contient aucune espèce de liquide et ne recouvre aucune sorte d'ulcération. On ne trouve qu'une cicatrice pleine et résistante. L'introduction de l'épingle donne lieu à l'apparition d'une goutte de sang. La saillie se forme de nouveau; le huitième jour on l'explore avec la pointe d'une lancette, et, cette fois, on trouve une goutte de pus, mais, au-dessous, pas le moindre vestige de travail ulcératif. C'était une petite plaie simple, à peine visible, qui se recouvrit d'un point noirâtre de sang desséché et se cicatrisa quatre jours après sans laisser d'autre trace.

Quant à la tuméfaction que les deux plaies précédentes de la paupière avaient laissée après cicatrisation, elles furent aussi visitées par la lancette, mais inutilement.

M. Auzias voulait formellement voir, dans cette goutte de pus dont je viens de parler, le produit d'un ulcère syphilitique... Mais pour ceux qui connaissent la marche et les caractères des chancres, il n'y avait aucun doute possible... d'ailleurs, inoculé à l'autre paupière, ce pus ne donna aucun résultat. Comme la plaie résultant de cette inoculation successive était plus profonde qu'on ne l'aurait voulu et qu'il s'en échappa assez de sang, il se forma autour un gonflement circonscrit encore plus prononcé que de l'autre côté. C'étaient de simples trombus formés autour des piqûres dans le tissu cellulaire lâche des paupières.

Sur la paupière supérieure du côté gauche, trois petites excisions furent pratiquées simultanément par M. Auzias, mais une seule d'entre elles reçut du pus spécifique. Or, le lendemain et les jours suivants l'aspect de ces trois plaies était absolument le même. Cette fois il ne se manifesta point de tuméfaction sous-adjacente, et le cinquième jour la cautérisation était complète et égale partout.

En troisième lieu, M. Auzias pratique sur la région frontale du singe, un peu au-dessus de l'espace interorbitaire, une excision profonde, intéressant toute l'épaisseur de la peau, et au fond de laquelle il inocule du pus virulent. Le troisième jour, la surface de la plaie était déjà sèche et en voie de cicatrisation complète du sixième au septième jour, sans laisser de traces sensibles.

M. Auzias ne pourra prétendre du moins avoir réussi sous nos yeux; voilà qui est hors de doute.

Enfin, j'ai tenté, moi-même, une dernière expérience sur le singe.

En avant du sternum, dans la partie supérieure du thorax, j'ai fait aux téguments, avec les ciseaux, une perte de substance large et profonde, de la dimension d'une pièce de 25 centimes environ, au contact de laquelle j'ai laissé pendant deux heures un plumasseau de charpie enduit de pus virulent. Le lendemain, j'ai pris un autre plumasseau qui avait macéré depuis la veille dans le pus d'un bubon chancreux inoculable, et je l'ai laissé encore huit heures appliqué à la surface de la plaie préalablement avivée avec les ciseaux. Cet animal était parfaitement maintenu au moyen d'une camisole de force; les plumasseaux de charpie avaient été exactement appliqués contre la plaie au moyen d'un verre de montre.

Cette plaie a accompli les évolutions naturelles de la cicatrisation des plaies simples avec perte de substance; elle n'a même donné lieu à aucun suintement sensible; elle a marché rapidement dès les premiers jours vers la cicatrisation, qui était complète du neuvième au dixième jour.

Le singe lui-même a donc été rebelle à toutes nos tentatives d'inoculation.

— Nous avons cru devoir nous en arrêter là de nos expériences, suffisamment édifiés sur leur résultat. Nous devons ajouter que nous avons conservé pendant deux mois encore les animaux, pour nous assurer de leur parfaite immunité. Or nous n'avons rien vu qui ressemblât chez eux à de la syphilis. Seulement le singe, chétif et malingre, a maigri peu à peu, s'est pris à tousser, et a fini par succomber tuberculeux, avec des tubercules collectés et infiltrés, crus et ramollis dans la plupart des organes parenchymateux et des glandes. Ces tubercules n'étaient nullement syphilitiques.

C'est une remarque intéressante à noter que celle de cette absence de tout symptôme syphilitique chez les animaux longtemps après les inoculations. On peut encore voir à Lourcine un vieux petit chien qui a servi il y a quelques années aux essais d'inoculation alors pratiqués par M. de Castelneau, sans plus de succès que ses devanciers, et l'on peut s'assurer que ce chien est parfaitement pur de tout accident syphilitique.

Que l'on puisse déterminer sur les animaux des plaies d'aspects variés, que par des irritations de leur surface ou l'introduction de pus, on ait dans certains cas de l'inflammation ou de petites pustules, tout cela peut être; mais encore est-ce là la maladie que nous connaissons chez l'homme sous le nom de syphilis? Il y a loin, comme l'on voit. Ici, il faut placer une légitime distinction. On sait que tous les singes, peut-être sans exception, meurent de diathèse tuberculeuse. Ce fait nous a été transmis par un homme d'une grande autorité; le docteur Rousseau, qui a étudié avec tant de succès au Muséum d'histoire naturelle, les maladies des animaux. Nous avons, grâce à son obligeance, examiné avec M. Cullerier plusieurs pièces pathologiques de caries de plusieurs des os chez les singes. Les affections tuberculeuses des os sont très communes chez eux, à cause de leur prédisposition fatale à la diathèse tuberculeuse. Or, quand on aura fait des inoculations avec le virus syphilitique chez des animaux, il faudra bien se garder plus tard, à leur autopsie, de décrire la syphilis tertiaire avec les altérations symptomatiques de cette diathèse tuberculeuse. Ce serait aller un peu trop loin en fait d'illusions.

Nous nous arrêtons ici, et cependant nous sommes autorisés encore à rapporter les expériences variées faites par M. le docteur Jules Hélot sur des chiens, ainsi que celles de M. le docteur J.-P. Tessier, pratiquées, il y a dix-huit mois, sur un animal qu'il était permis de croire plus que tout autre prédisposé à la syphilis ..... et dont le nom est inscrit dans l'étymologie du nom même de cette maladie. Je ne fais que mentionner ici le résultat entièrement négatif de ces essais...

Avec les conclusions unanimes de ces travaux et de ceux qu'au besoin nous pourrions citer encore, nous ne saurions douter un instant de cette vérité émise par Hunter, M'Rund, etc., savoir, que la syphilis est une maladie essentiellement définie à l'espèce humaine; et si nous devions expliquer les résultats prétendus de M. Auzias, ce serait en indiquant les sources d'illusions si communes et si faciles pour les esprits vivement préoccupés de leur idée, et d'ailleurs étrangers à cette habitude particulière qu'il faut avoir dans l'appréciation des faits spéciaux...

Jules Davasse,
Ancien interne de l'hôpital de Lourcine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mars 1845. — Présidence de M. Élie de Beaumont.

Cette séance a été remplie par la lecture de la fin du rapport de M Serres, sur le prix de vaccine.

Nous publierons ce rapport la semaine prochaine.

A quatre heures, l'Académie s'est formée en comité secret.

Lundi prochain, séance publique annuelle et distribution des prix.

remercie de m'avoir prêté son bienveillant secours. Permettez-moi, Messieurs, de revenir sur différents points de la discussion qui s'agite en ce moment; car elle est du plus haut intérêt, et sa solution intéresse vivement l'humanité.

Je vais poser nettement la question : Une femme est atteinte d'une fistule urinaire vésico-vaginale, suite d'une large perte de substance de la paroi inférieure de la vessie et de la portion correspondante du vagin ; convient-il de tenter la guérison de la maladie par l'oblitération de l'orifice du vagin placé au-devant de la fistule ?

Avant de chercher à répondre à cette question, je vais présenter deux remarques qui se rattachent à ce sujet; la première est relative aux accidents qui résultent d'une large fistule vésico-vaginale; la seconde concerne le traitement de cette infirmité.

Sur le premier point, ouvrez les auteurs; tous ont peint d'une manière énergique les souffrances, les dangers d'une pareille infirmité et le dégoût qu'elle suscite. Le passage incessant de l'urine à travers le vagin et la vulve, produit sur ces parties une irritation continuelle; la peau des fesses et des cuisses, sans cesse humectée par ce liquide, se recouvre de boutons et de plaques érysipelateuses; la femme exhale une odeur urineuse insupportable; elle ne peut se livrer à l'exercice de la marche; si l'on joint à cela la gêne qui résulte de cette affection pour l'accomplissement des fonctions génératrices, le dégoût qu'inspirent les malades, l'on comprendra facilement leur abattement moral, leur dépérissement, les idées de suicide qu'elles manifestent, et enfin la mort, qui est quelquefois la suite de tous ces accidents.

Sur le second point, de l'aveu de tous les chirurgiens, il est impossible de guérir une pareille infirmité par l'oblitération de la fistule vésico-vaginale. C'est à peine si l'on accorde l'authenticité aux observations dans lesquelles on présente une guérison de fistules vésico-vaginales peu étendues et avec petites pertes de substance. Et certes, si elles sont rebelles au traitement, ce n'est pas qu'on n'ait multiplié à l'infini les tentatives de tout genre pour les oblitérer. A plus forte raison une large perte de substance qui comprend toute ou presque toute la cloison vésico-vaginale est-elle regardée comme incurable.

Ainsi, voilà, d'une part, une maladie aussi fâcheuse que possible; d'autre part, impuissance de l'art pour y remédier. Et c'est quand un nouveau moyen de traitement se présente, que vous venez lui faire une si vive opposition ? Je ne vous comprends pas, et je pose de nouveau la question: Dans les larges fistules vésico-vaginales inaccessibles aux ressources de l'art, convient-il de tenter l'oblitération du vagin ?

Mes adversaires disent : Non, il ne faut pas tenter cette opération nouvelle ; elle est irrationnelle, elle est dangereuse, elle est contre le vœu de la nature. etc. Examinons-donc la valeur de ces objections.

On peut les rallier à trois chefs principaux :

1° L'oblitération du vagin est impossible ;

2° L'opération est prochainement dangereuse ;

3° En supposant l'oblitération, il y aura inconvénients graves.

1. L'oblitération du vagin est impossible ; mais voyons-donc sur quoi repose cette prétendue impossibilité. Est-ce la présence d'une muqueuse dans ce canal ; est-ce sa situation déclive ; est-ce la mobilité des parties molles du périnée qui fait qu'à chaque effort de toux elles sont ébranlées, et subissent des mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation ? Mais, malgré toutes ces circonstances défavorables, les exemples d'oblitération accidentelle du vagin abondent dans les recueils d'observations ; ici c'est après un accouchement laborieux, là c'est à la suite d'ulcérations vénériennes, etc. Du reste, la possibilité de l'oblitération du vagin n'a pas été contestée dans ces cas simples. Mais ce qui fait naître cette impossibilité aux yeux des adversaires de l'opération, c'est la présence de l'urine qui tend à s'insinuer entre les lèvres de la plaie, en raison de la position déclive du cul-de-sac du vagin au-dessus de l'oblitération ; de telle sorte que ce liquide, ou s'oppose à l'adhésion de la plaie, ou provoque la destruction d'adhérences récentes.

Mais des faits du même genre prouvent que le contact de l'urine n'est point un obstacle à la cicatrisation des plaies. Ainsi, combien de plaies faites à l'urètre, au col de la vessie, et même au corps de cet organe, soit accidentelles, soit par l'art, pour extraire les pierres, qui se sont parfaitement cicatrisées, et quelques-unes même par première intention ! J'étais élève de Béclard quand cet habile chirurgien fit une opération de taille qui fut guérie le troisième jour. Mais arrivons au cas particulier, Eh bien, M. Vidal a vu le vagin s'oblitérer à son entrée malgré la présence de l'urine. Dans le premier cas, il voulait cautériser au nitrate d'argent une fistule; le crayon fond et brûle l'entrée du vagin. Pendant quinze jours tout fut collé Pour voir ou en étaient les choses, et par une curiosité dont il fut puni, il cherche avec le doigt et rompt les adhérences établies. Ce fut ce qui lui donna l'idée de la méthode ; car la femme n'eut, pendant ces quinze jours, d'autres accidents que des envies fréquentes d'uriner. Quelques mois après, M. Vidal exécuta son opération raisonnée, et cette fois l'oblitération dura un mois. Ici encore, les adhérences n'ont pas persisté parce qu'elles furent fortuitement détruites par un élève en voulant pratiquer le cathétérisme. Ainsi, dans ces deux cas, il y avait fistule vésico vaginale; le vagin était par conséquent baigné par l'urine, et néanmoins l'adhésion s'est faite. Vous expliquez la rupture qui est survenue par la présence de l'urine, M. Vidal l'explique par la violence. Pour moi, les préventions sont en faveur de celui qui a vu.

Les choses en étaient là lorsque j'ai pratiqué mon opération. Je crois que l'opération telle que je l'ai pratiquée est un progrès; car j'avais opposé une double digue à l'écoulement de l'urine. Mais, me dit-on, votre procédé est un progrès; il est plus parfait, et cependant vous n'avez pas obtenu l'oblitération complète ; c'est que cette oblitération est impossible. Mais, Messieurs, toutes les sutures ne réussissent pas, même le bec-de-lièvre, où l'on n'a pas à lutter contre l'influence de l'urine. D'ailleurs, à vrai dire, je me suis un peu hâté d'enlever le fil de la suture; jusque-là tout allait bien, tout passait par l'urètre, et ce n'est qu'après avoir tiré sur le fil trop vivement et trop tôt, que les pertuis ont apparu.

Mais enfin, j'accorde que la déclivité du vagin soit un obstacle *sine qua non* à la rétention parfaite des urines, ne pourra-t-on y obvier par une dérivation artificielle et temporaire, ne pourra-t-on pratiquer la ponction rectale ? Cette idée s'est déjà présentée à beaucoup d'esprits; en sa faveur je dois rappeler le fait de Dupuytren, et pour mon compte je n'hésiterais pas à l'employer.

Je m'arrête longtemps sur cette objection d'impossibilité, parce qu'elle me paraît capitale, et qu'une fois détruite les autres ont une moins grande valeur. Impossible! Certes, ce mot est décourageant. Eh, Messieurs, si, il y a cinquante ans, un chirurgien était venu vous dire : Voici un individu qui a le voile du palais fendu depuis la luette jusqu'à la voûte palatine; je veux, par une opération, obtenir la guérison d'une semblable difformité; tous, nous aurions déclaré une pareille tentative irrationnelle; nous aurions regardé le succès comme impossible. Eh quoi, aurions-nous dit à ce chirurgien audacieux, vous prétendez agir sur un organe placé profondément, situé au fond de la bouche, mince, mobile, muqueux sur ses deux faces; vous voulez aviver la fente, en maintenir les bords en contact, et vous comptez sur leur réunion! Mais, ne voyez-vous pas le peu d'épaisseur des surfaces affrontées, l'élément muqueux qui entre dans leur composition, la mobilité incessante de l'organe, etc., etc., toutes circonstances qui s'opposent au travail d'agglutination ! — que si le chirurgien, confiant en son génie, n'eût point cédé à ces objections, si ses deux ou trois premières opérations n'eussent point réussi, si surtout l'un des malades eût payé de sa vie sa soumission à l'opérateur: et cette hypothèse n'est pas vaine, la staphyloraphie compte malheureusement quelques victimes ! eh bien, la staphyloraphie, cette brillante conquête de la chirurgie moderne, serait aujourd'hui proscrite, et l'humanité serait privée des bienfaits que procure la suture du voile du palais! (De toutes parts : Très bien.)

Je crois fermement que l'oblitération du vagin n'est pas plus impossible que la suture du voile du palais.

2. Voyons si cette opération est prochainement dangereuse.

De toutes les malades qu'on y a soumises (5), une seule est morte, c'est mon opérée ; les autres n'ont pas éprouvé d'accidents.

J'ai déjà expliqué les circonstances de la mort de mon opérée ; mais comme on reproduit l'objection, il est naturel que je reproduise la réponse. Or, remarquez-le bien, pendant vingt-deux jours cette femme était dans un état parfait; pas le plus léger accident n'était venu nous donner la moindre inquiétude, lorsque, le vingt-troisième jour, cette femme se lève, contracte un refroidissement qui détermine des symptômes graves, et meurt. A l'autopsie, que trouvons-nous ? Une péritonite sous-diaphragmatique, une pleurésie intense avec double épanchement.

Je ne crois pas possible d'établir une corrélation légitime entre l'opération et la mort; cette relation est fort indirecte. Est ce à dire que si on opère beaucoup, il n'y aura jamais ni péritonite immédiate, ni phlegmon diffus du bassin, ni phlébite, etc. ? Non, certes; mais quelles sont les opérations qui resteraient, si on éliminait toutes celles qui exposent à ces accidents? La déchirure du périnée, la fistule vésico-vaginale, et cependant M. Roux a eu une mort sur 13 opérées...

M. Roux. Sur 15 opérées.

M. Aug. Bérard. Soit, la proportion reste encore considérable; moi, j'ai fait cette opération cinq fois, et j'ai eu une mort.

3° Accidents consécutifs. — On a dit : Le sang des règles sera retenu, d'où accidents graves dont on a des exemples quand le vagin est imperforé accidentellement; ou bien il passera par la vessie, bouchera l'urètre et produira la rétention d'urine.

Ces arguments ne s'appliquent pas d'abord aux femmes âgées, non plus qu'à celles qui ne voient plus leurs règles par suite de la fistule, et le nombre en est plus grand que l'on pourrait le croire. M. Le Roy-d'Etiolles en cite six cas dans son mémoire sur les fistules vésico-vaginales. J'ai dans ce moment, dans mon service, une femme atteinte de cette infirmité qui ne voit pas ses règles; tous les auteurs ont noté ce fait.

Quant aux autres femmes : 1° Il n'y a pas d'analogie à établir entre un hymen imperforé et l'oblitération artificielle du vagin; la crainte, à cet endroit, est chimérique. Il peut se former des caillots dans la vessie, dit-on ; c'est possible, mais peu probable ; le sang des règles est très fluide. Enfin, dans le cas de M. Vidal, le sang est bien sorti avec l'urine, j'en puis parler avec d'autant plus d'autorité que j'ai été témoin du fait ; la malade était dans mon service, et j'ai assisté M. Vidal dans son opération.

2° On a dit : Vous aurez des calculs, car l'urine de ces femmes a une grande tendance à laisser déposer ses matériaux solides. Messieurs, cette objection est sérieuse et réelle. Il est certain que l'urine, dans ces conditions, a une grande tendance que j'appellerai lithoplastique. On a vu des femmes ayant le vagin pavé; J.-L. Petit; J.-L. Petit a cité beaucoup d'exemples de femmes dont les parois du vagin étaient incrustées de dépôts calcaires. Mais cette propriété lithoplastique tient peut-être à l'écoulement permanent du liquide, ce qui modifie l'action des parois sur la liqueur; en rétablissant la fonction, on pourra peut-être rétablir l'ordre naturel.

3° Je vais passer rapidement sur les autres objections. On a dit: Vous allez former un cloaque qui s'enflammera...

M. Duméril. Un seul mot. Dans les ophidiens et les oiseaux, il n'existe qu'un seul réservoir nommé cloaque, pour les urines et pour les matières fécales.

M. A. Bérard. Je remercie M. Duméril de sa remarque, qui peut venir en aide, comme analogie, à mes opinions.

On a dit : Le col de l'utérus, continuellement baigné par l'urine, s'enflammera; il y aura reflux de l'urine jusque dans la cavité, et même par les trompes jusque dans le péritoine.

Tout cela est possible; mais le contraire aussi est possible, je dirai même probable; car dans le fait de M. Vidal, il n'y a eu ni vaginite, ni métrite, ni péritonite. Dans le fait cité par M. Velpeau, où le pertuis laissait à peine passer quelques gouttes d'urine, il n'y avait rien, et pourtant l'oblitération durait depuis bien long-temps (huit ou dix ans).

4° Je termine par cette dernière objection. On a dit : Vous murez le vagin, vous privez la femme de son sexe, de ses fonctions, de ses attributs; avec cette infirmité, le coït est possible, quelquefois même la fécondation; des femmes ont pu avoir des enfants. Soit; mais d'abord c'est la grande exception; cela ne s'adresse peut-être qu'à des cas très simples de fistules urinaires. Mais enfin, il en est, de ces femmes, qui ne veulent ou ne peuvent avoir de rapports sexuels. Celles-là feront volontiers le sacrifice de leur sexe, je vous l'assure. D'ailleurs, il est bien entendu que la femme doit être prévenue, ainsi que son mari. C'est ce que j'ai fait pour mon compte. Si la loi défend et punit avec raison l'infanticide, elle ne peut prescrire la procréation ni le congrès; chacun en use à sa guise.

Je crois avoir répondu à toutes les objections produites. Un chirurgien a conçu et exécuté une opération; un autre chirurgien a essayé cette méthode, les résultats n'en ont été ni positifs, ni négatifs; mais dans l'état actuel des choses, reprenant ma première question, je dirai: Que feriez-vous à une pauvre femme atteinte d'une large fistule vésico-vaginale ?

Pour mon compte, j'agirais encore comme j'ai agi.

M. Bérard, en revenant à son banc, reçoit les félicitations de ses collègues.

— L'ordre du jour amène la discussion sur le fait d'autoplastie de la paupière inférieure, présenté par M. Blandin.

Cette très longue discussion peut être résumée en quelques mots. MM. Gerdy et Roux, se tenant en dehors des faits et de la question posée par M. Blandin, ont trouvé le résultat extrêmement peu agréable, et ont blâmé le procédé opératoire, qui a consisté à prendre un lambeau du front pour l'implanter sur la paupière. L'un aurait préféré la peau des tempes, l'autre la peau de la joue.

M. Blandin, après de longues et savantes considérations sur la restauration des paupières et l'autoplastie en général, a rappelé que, dans ce cas, ce n'est pas tant une restauration agréable qu'il avait en vue, qu'une opération ayant pour but de placer un lambeau de peau saine là où le cancer avait repullulé quatre fois. C'est pour prévenir une cinquième récidive qu'il a fait l'autoplastie, guidé par les idées et les faits exposés par M. Martinet, de la Creuse, à qui revient la priorité de cette méthode.

Les contendants n'ont pu s'entendre, et la séance a été levée après cinq heures.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 8 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 28. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 7 MARS 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Michel Levy vient de publier dans la *Gazette médicale*, l'observation d'étranglement dont nous avons parlé. Voici le préambule de la note de M. Levy :

« Le fait que nous allons rapporter intéresse l'anatomie pa» thologique, la physiologie et l'hygiène. Quoiqu'il se soit » passé dans le service dont nous sommes chargé au Val-de» Grâce, il a été rapporté dans un autre journal, à notre » insu, sans notre assentiment et d'une manière inexacte. «

M. Levy se plaint donc, premièrement, de ce que nous avons rapporté son observation. Nous contestons formellement que cela soit exact. Il faut employer les mots selon leur valeur. Nous n'avons pas *rapporté* l'observation ; nous l'avons *indiquée*. Nous avons *fait mention*, en quelques lignes, d'un cas pathologique auquel M. Levy a dû consacrer quatre colonnes d'un texte très serré, lorsqu'il a voulu, lui, le rapporter. Nous avons agi, relativement à ce cas, comme nous agissons relativement à tous les faits qui nous intéressent dans les hôpitaux de Paris. Nous avons dit sommairement en quoi il consistait, et nous en avons pris occasion pour jeter un coup d'œil sur la question à laquelle il se rattache.

Si nous avions rapporté l'observation de M. Levy, nous aurions été contre notre but, qui n'est pas de présenter les faits dans tous leurs détails. La plus grande partie du journal est consacrée exclusivement aux observations. Notre tâche est de résumer, dans ce qu'ils ont d'essentiel, tous les cas actuels qui viennent à notre connaissance, en y rattachant les considérations qu'ils comportent. Cela n'empêche aucunement les chefs ou élèves des services dans lesquels les faits se sont passés, de publier ces faits avec toutes les chances désirables d'intérêt.

Ainsi, premièrement, nous n'avons pas rapporté l'observation de M. Levy.

Mais nous ne sommes pas seulement coupable d'avoir rapporté cette observation, nous l'avons fait *à l'insu*, *sans l'assentiment* de notre confrère. D'abord, l'une de ces inculpations annule l'autre, et nous tenons à nous alléger d'autant. Si nous avons agi à l'insu de M. Levy, il fallait absolument que ce fût sans son assentiment. Les deux chefs d'accusation se réduisent donc à un seul : ce sera à l'insu ou sans l'assentiment, mais ce ne peut être l'un et l'autre. Va donc pour *sans l'assentiment*, puisque nous sommes libre de choisir.

Pour parler d'un cas du service de M. Levy, il faut donc, au préalable, l'assentiment de M. Levy. Mais la *Gazette des hôpitaux* publie annuellement plusieurs centaines d'observations, et cela sans la permission de personne. Jamais il n'a été élevé de réclamation à cet égard. Au contraire, et pour ce qui nous touche, en particulier, loin de rencontrer des obstacles, nous sommes souvent convié par les chefs de service, quand il se présente un cas remarquable ou quand il s'agit d'une opération de quelque intérêt. Ce serait de la part d'un médecin, une prétention singulière, de regarder les observations de son service comme sa propriété exclusive, tellement qu'il fût impossible d'en parler seulement. Les faits sont à quiconque les observe. Tant mieux si plusieurs personnes les étudient : la science peut y gagner.

On n'a rien fait vis-à-vis de M. Levy que l'on ne fasse journellement vis-à-vis des hommes les plus considérables, qui trouvent la chose bonne et convenable.

Nous comprenons très bien que M. Levy ait désiré se montrer scientifiquement en produisant un fait pathologique intéressant. Mais les inspirations de l'intérêt individuel ne doivent jamais fermer nos yeux sur les justes exigences de l'intérêt général. Or, l'intérêt général veut que chacun puisse voir les faits et s'en exprimer librement.

En somme, nous pouvions nous dispenser de la permission de M. Levy pour parler d'un cas de son service.

Maintenant, est il vrai que nous ayons décrit la pièce anatomique avec inexactitude? M. Levy a vu le nœud à sa manière, ou plutôt à la manière de M. Parise, et nous l'avons vu à la nôtre. M. Levy n'admet pas que le mésentère fût déchiré. Nous avons, au contraire, à plusieurs reprises, pendant un long examen, constaté cette déchirure, au travers de laquelle le diverticulum était engagé. Nous ne sommes pas le seul de notre avis. « Plusieurs confrères qui ont vu la pièce, dit M. Levy lui-même, ont pensé que le nœud n'avait pu se faire sans une perforation du mésentère. »

Personne ne doute qu'un nœud intestinal ne puisse se produire au moyen d'un diverticulum, sans déchirure du mésentère. Mais il ne s'agit pas de ce qui peut être, il s'agit de qui est.

Voilà pourtant ce qui fait dire que nous avons rapporté le cas d'une manière inexacte.

M. Parise est un anatomiste très habile, et son opinion mérite considération; mais en vérité, après réflexion, et tout amour-propre mis de côté, ses affirmations, maintenant que le nœud a été fait et défait, maintenant que l'intestin a été divisé dans sa longueur et que l'on a cousu le mésentère, ses affirmations, disons-nous, ne peuvent nous convaincre, en présence de l'image très nette que notre mémoire nous représente.

Il n'y a donc pas eu d'inexactitude de notre part. Ce qui est inexact, c'est de dire que l'étranglement eût disparu à l'instant, *si l'extrémité du diverticulum se fût vidée des matières liquides et gazeuses qui la distendaient.* Au moment où nous avons étudié la pièce, le diverticulum était entièrement vide; or, loin que le nœud fût si facile à défaire, il a tenu bon, quoique nous eussions manié, tourné et retourné l'intestin, et relâché le nœud lui-même pour en saisir le mécanisme.

Le doute ne serait point possible si l'autopsie avait été faite autrement. M. Levy nous apprend que l'on enleva l'intestin *en coupant ses attaches au mésentère*, ce qui pourrait faire croire, soit dit en passant, que l'on a découvert, depuis peu, des attaches particulières de l'intestin au mésentère. Jusqu'à ce que cette découverte soit prouvée, nous admettrons que c'est le mésentère lui-même qui a été coupé, et c'est précisément ce dont il fallait se garder.

« La plus grande partie des intestins se trouvait déjà sépa» rée, dit M. Levy, lorsque je reconnus, en portant la main » du côté gauche du mésentère, un anneau formé par l'intes» tin *lui-même*, et à travers lequel venaient s'étrangler plu» sieurs anses intestinales. »

D'abord, le nœud n'était pas formé *par l'intestin lui-même*; il était formé par un diverticulum de l'intestin. Ensuite, pourquoi faut-il que ce soit comme par hasard que M. Lévy ait découvert à l'autopsie un étranglement qu'il avait diagnostiqué sur le vivant? Nous le répétons, il est très regrettable que le nœud n'ait pu être étudié en place.

Arrivons à un point plus intéressant. Nous avons posé dans notre article la question de médecine opératoire, et tout en inclinant vers l'opinion de M. Rayer, nous avons évité de conclure. M. Levy n'hésite pas devant cette question :

« En somme, dit-il, le fait que nous venons de rapporter » n'est, au point de vue chirurgical, qu'un exemple de plus » de l'impuissance de l'art, *en présence des accidents d'étran» glement*, à moins que l'on n'aille tenter des opérations » d'*une témérité qui doit effrayer le chirurgien consciencieux*, » et qui n'offre *guère* plus de chances au malade que la termi» naison spontanée du mal. »

Mais, quoi! tous les étranglements sont incurables! Avons-nous bien lu? Il n'y a donc plus deux classes d'étranglement? Et même, relativement à la curabilité des étranglements internes par une opération (car, bien certainement, M. Levy n'a voulu parler que de ceux-là), faut-il rappeler les observations de Dupuytren? Puis, taxera-t-on un chirurgien de manquer de conscience, parce qu'il aura osé ouvrir le ventre pour remédier à une lésion presque inévitablement mortelle si on la laissait subsister? Enfin, sur quoi se fonde-t-on pour dire que les opérations n'offrent GUÈRE *plus de chances au malade que la terminaison spontanée du mal.*

Que veut-on dire avec ce *guère?* Combien cela fait-il?

A-t-on comparé un nombre suffisant de cas dans lesquels la maladie a été abandonnée à elle-même avec un nombre égal de cas dans lesquels l'opération a été pratiquée? Si on ne l'a point fait, voilà un adverbe bien compromis. A la vérité, il ne dit pas grand'chose.

De l'observation de M. Levy, ressort un fait auquel il ne s'est point arrêté. L'anneau constricteur était situé au-devant de la quatrième vertèbre lombaire *et sur son côté droit.* Dans l'exposé des symptômes, nous voyons que la percussion donnait un son pneumatique dans les régions iliaque gauche, sus et sous ombilicales, tandis que dans la région iliaque *droite*, le son était mat dans une assez grande étendue. Cette matité doit être rapportée à l'étranglement, et il en résulte que la percussion dans les étranglements internes peut fournir un signe précieux, en faisant connaître le siége de la lésion.

Nous nous permettrons de conseiller aux médecins, et notamment à notre confrère du Val-de-Grâce, de méditer les remarques éminemment pratiques de M. Piorry sur le diagnostic de l'étranglement intestinal.

Nous regrettons très sincèrement d'avoir été dans l'obligation de faire cette réponse; nous avons même plusieurs raisons graves pour le regretter ; mais nous ne pouvions rester sous le coup d'une accusation incroyable d'inconvenance et d'inexactitude.

— Pendant les mois de janvier et février derniers les stomatites et pharyngites couenneuses ont été très communes dans les salles de M. le professeur Fouquier, à l'hôpital de la Charité. Au milieu de janvier, huit malades, sur soixante qui composaient le service, présentaient une de ces deux affections.

Presque tous les pneumoniques, et ils ont été nombreux, ont été pris d'une diphtérite plus ou moins étendue, après l'administration du tartre stibié à la dose de 20, 60 et 80 centigrammes. La maladie se montrait sous la forme de plaques et non sous celle de pustules, comme dans l'angine stibiée ordinaire.

Dans le courant de février, une malade a succombé à une pneumonie compliquée d'angine couenneuse (elle avait pris de l'émétique). A l'autopsie, on trouva, outre les altérations de la phlogose pulmonaire parvenue au troisième degré, une fausse-membrane tapissant le larynx au-dessous des cordes vocales, la trachée et les grosses bronches *du poumon malade.*

L'angine couenneuse est un danger attaché à l'emploi de l'émétique, et il faut d'autant plus le regretter que le médecin éprouve, à cause de cette circonstance, quelque inquiétude dans l'emploi d'un médicament souvent efficace, parfois héroïque. Il est d'ailleurs bien remarquable que ce danger consiste précisément dans la possibilité de la production d'une altération contre laquelle l'émétique a été administré avec un avantage marqué. « Employé à doses fractionnées », dit M. Boudet, aujourd'hui chef de clinique de M. Fouquier, dans un mémoire sur une épidémie de croup, couronné par la Faculté de médecine, « c'est manifestement le remède qui a le mieux réussi..... Je voudrais qu'on l'administrât plus hardiment, qu'on ne laissât pas s'écouler plus d'une demi-heure entre chaque dose. » On connaît les faits de M. Marotte, postérieurs au dépôt du mémoire de M. Boudet à la Faculté de médecine en juillet 1841.

— Deux œdèmes de la glotte consécutifs à l'angine couenneuse se montrèrent vers le même temps : le premier chez une femme âgée de soixante-six ans, qui était entrée pour une péritonite aiguë. Elle mourut dans le coma, après avoir présenté pendant les derniers jours une stomatite et une angine couenneuses. A l'ouverture du cadavre, on reconnut que les fausses membranes avaient disparu du gosier, mais qu'il existait un œdème considérable des replis arythéno-épiglottiques, et même du tissu cellulaire sus-glottique. « La ponc» tion de la partie œdématiée ne fit pas écouler une seule » goutte de sérosité. » La muqueuse du larynx n'offrait ni rougeur, ni ramollissement.

Le second cas a été observé chez une jeune fille de quinze ans, qui a succombé au quinzième jour d'une fièvre typhoïde. Elle avait présenté, pendant les deux jours qu'elle passa dans le service, une rougeur vive de l'arrière-gorge, avec quelques rudiments de fausses membranes. La déglutition était un peu gênée, la respiration difficile ; les deux poumons étaient engoués; la face était presque violette. L'affection résista à un traitement évacuant et révulsif énergique. A l'autopsie, on trouva, outre les altérations ordinaires de la fièvre typhoïde, les traces d'une inflammation pseudo-membraneuse du pourtour de l'épiglotte. Le tissu cellulaire qui recouvre cet opercule et celui des replis arythéno-épiglottiques, était considérablement œdématié. L'orifice sus-glottique était singulièrement rétréci. « Du reste, l'incision des bourrelets œdémateux, » comme dans le cas précédent, ne fit pas sortir une seule » goutte de sérosité. » Une bronchite capillaire avait été diagnostiquée, et elle existait; mais l'œdème de la glotte avait été méconnu, et il eût été difficile qu'il en fût autrement : en effet, la voix n'était pas altérée, et l'inspiration n'offrait rien de particulier, si ce n'est un peu de gêne.

Nous devons des remercîments à M. le docteur Boudet, pour les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir sur ces deux cas intéressants.

Nous avons parlé il y a long-temps des affections graves du larynx qui peuvent se présenter à la suite de la fièvre typhoïde, et nous avons cité plusieurs exemples tirés de la pratique de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis. Nous sommes revenu sur ce sujet à propos d'une observation remarquable qui nous avait été communiquée par M. Robin, et le dernier cas du service de M. Fouquier nous y ramène. Ce cas pourrait faire supposer que, lorsque l'affection laryngée, il manifeste pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, cette affection date de beaucoup plus loin, et remonte peut-être à celle de la fièvre typhoïde elle-même, les conditions étiologiques étant identiques pour les deux maladies, qui procéderaient du même état général. Faut-il voir dans l'observation de cette jeune fille la première période de la nécrose des cartilages du larynx observée par M. Barthez? Les parties molles commenceraient par s'enflammer, et les cartilages seraient, par suite des progrès de cette inflammation, privés de leurs moyens de nutrition, d'où leur mortification. On ne peut s'étonner de notre

insistance sur ce point de pathologie ; car ce sera toujours, pour les médecins, un fait très curieux que cette espèce de sympathie morbide qui se révèle par la production d'une affection grave du larynx dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

On a vu que l'incision des bourrelets œdémateux, dans les deux cas, ne fut suivie d'aucun écoulement de sérosité. Il est dit expressément qu'il n'en sortit pas une seule goutte. On peut penser d'après cela que les mouchetures (préconisées dans le traitement de l'œdème sus glottique) n'auraient pas produit un résultat bien avantageux.

— Nous avons promis de revenir sur le service de M. Jobert (de Lamballe). Ce chirurgien nous a montré un jeune homme chez lequel il a pratiqué une opération pour la cure radicale d'une hernie inguinale droite. Voici en quoi cette opération a consisté : Une longue aiguille, terminée en fer de lance et renfermée dans une fine canule métallique, a été passée obliquement sous le cordon testiculaire de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à traverser le pilier interne de l'anneau inguinal externe. La tige pointue, c'est-à-dire l'aiguille, ayant été retirée, l'opérateur a roulé en 8 de chiffre un fil ciré autour des extrémités de la canule restée en place. Ce fil n'a été serré que médiocrement, afin que les vaisseaux testiculaires et le canal déférent ne fussent pas coupés. Avec de l'habileté on surmonte beaucoup de difficultés, et les opérés de M. Jobert seront toujours bien partagés sous ce rapport. Mais cete partie de l'opération nous semble bien délicate et, s'il faut tout dire, menaçante pour le testicule.

Une seconde aiguille a été passée environ à trois centimètres plus haut que la précédente, *au-dessus* du cordon testiculaire, et un fil ciré a été enroulé de même autour de la canule laissée à demeure.

Avec la première aiguille, M. Jobert traverse le collet du sac herniaire, et se promet de déterminer dans son intérieur un épanchement de lymphe plastique ; avec la seconde, nécessairement moins efficace, mais encore utile, il cherche à produire une inflammation et l'induration du tissu cellulaire du canal inguinal. Il oppose ainsi deux barrières à l'effort centrifuge des parties naguère déplacées.

Nous ne pouvons rien dire, bien entendu, des résultats de l'opération. Il faut un long temps pour que l'on puisse affirmer qu'une tentative de ce genre a réussi. Mais M. Jobert a déjà appliqué deux fois le même procédé, et avec succès. Dans l'un des deux cas il s'agissait d'un avocat qui devait se marier, et qui voulut absolument, quelques représentations qu'on lui eût faites sur les chances de l'opération, tenter la cure radicale de sa hernie.

Certes, une hernie n'est pas comparable, pour les incommodités, à une fistule vésico-vaginale dans laquelle tout le bas-fond de la vessie est détruit. Pourtant, les opérations de cure radicale des hernies ont pris place dans la médecine opératoire, et personne ne blâmera un chirurgien qui se sera rendu au désir formel d'un hernieux, dûment éclairé sur les dangers de l'opération qu'il sollicite.

— M. Jobert a pratiqué devant nous la ponction d'une membrane vaginale renfermant un peu de sérosité, dans un cas de testicule tuberculeux. Il existait en même temps et du même côté une hernie inguinale. Aussi l'opérateur avait-il eu soin d'appliquer fortement un doigt vis-à-vis l'anneau inguinal externe pour empêcher la pénétration du liquide dans le ventre, si peu probable qu'elle fût. On ne prend jamais trop de précautions.

Nous avons déjà dit que M. Jobert accorde une grande valeur à l'injection d'iode contre le tubercule testiculaire. Il a obtenu des résultats qui l'ont surpris lui-même, et nous ne pouvons qu'engager les chirurgiens à essayer ce moyen. On sait que dans l'hydro-sarcocèle il arrive souvent que l'iode modifie puissamment l'état du testicule, outre qu'il guérit l'hydrocèle. Ce fait, avancé par M. Velpeau, a été confirmé par M. Pasquier fils et par d'autres praticiens. On devrait en tenir compte dans le parallèle que l'on persiste à établir entre l'injection iodée et l'injection vineuse appliquées à l'hydrocèle.

— Citons encore un homme affecté d'une perte de substance de l'urètre dans la portion pénienne, laquelle perte de substance avait environ trois centimètres de longueur, et qui a été guéri au moyen d'un lambeau pris sur les bourses. Le succès a été complet. A peine aperçoit-on les traces de l'opération.

— Il se trouve en ce moment à la Pitié, dans le service de M. Piorry, une femme qui est un des exemples les plus frappants de l'influence de la splénopathie sur le développement de la fièvre intermittente. Cette femme a eu, à diverses époques des accès irréguliers. Devenue enceinte, elle n'eut pas de retours de sa fièvre tant que dura la gestation, et il en fut de même pendant deux autres grossesses. Arrivée à Paris, elle fut obligée de faire des courses fatigantes, et les accès reparurent irrégulièrement comme précédemment. Ce fut alors qu'elle fit constater par plusieurs médecins la présence d'une tumeur dans le flanc gauche ; cette tumeur était douloureuse. Entrée à la Pitié, dans les salles de M. Piorry, elle fut examinée par ce médecin, qui trouva de la sonorité dans la région hypochondriaque gauche, et, au contraire, dans la région iliaque, une matité dans l'étendue d'environ quinze centimètres transversalement, et huit centimètres verticalement. Du sulfate de quinine fut administré ; les accès furent arrêtés ; la matité diminua. Alors M. Piorry porta le diagnostic suivant : *Déplacement de la rate ; fièvre intermittente*. Il est à remarquer qu'en même temps que la rate diminuait de volume, elle tendait à reprendre sa place dans l'hypochondre gauche. Cette femme, qui était restée couchée depuis plusieurs jours, se leva et fit quelques pas dans la salle ; aussitôt elle éprouva une vive douleur dans la tumeur, qu'elle sentit grossir sous sa main (ce sont ses expressions), et elle fut prise d'un accès de fièvre intermittente.

Assurément, il est impossible, dans ce cas, de nier le rapport de causalité entre la pyrexie et la splénopathie.

M. Piorry possède vingt trois observations dans lesquelles la fièvre intermittente survint après un coup ou une chute sur la région splénique. Ces faits n'admettent pas non plus la possibilité d'un doute sur le point de départ de la fièvre.

Mais la même explication peut-elle s'appliquer à tous les cas ? L'urètre partage avec la rate la prérogative de donner naissance à des accès de fièvre intermittents. Quel chirurgien un peu expérimenté, ou même quel élève un peu assidu n'a vu de pareils accès se manifester après le passage d'une sonde dans le canal excréteur de l'urine ? D'un autre côté, n'a-t-on pas cité des faits dans lesquels la fièvre intermittente avait été la suite d'une vive impression morale ? M. le professeur Fouquier racontait, à un examen, que, pendant son enfance, il avait été très sujet à des accès de fièvre intermittente qui revenaient à l'occasion d'impressions de ce genre, et qui, plusieurs fois, avaient disparu sous la même influence. Nous possédons l'observation d'un officier qui était tourmenté depuis longtemps par les retours opiniâtres d'une fièvre d'accès, et qui en fut délivré après une charge inopinée qu'il avait faite sur l'ennemi. Nous aurions quelque peine à accommoder la théorie de la splénopathie considérée comme cause de la fièvre intermittente, avec ces exemples de fièvre pernicieuse odontalgique ou tétanique cités par les auteurs. Donc il faut admettre la pathogénie, à la démonstration de laquelle M. Piorry a consacré son talent ; mais il convient de faire de notables réserves.

M. Bourgery, qui a publié de si belles recherches sur la rate, et qui a écrit des pages remarquables sur les *probabilités* des fonctions de cet organe, lui assigne, entre autres usages supposables, celui plus problématique qu'aucun autre, de secréter un fluide excitateur des centres nerveux. Tout le monde saisira, sans plus de commentaires de notre part, le rapport qui existe entre cette *vue* physiologique et les faits sur lesquels repose la donnée pathologique du rapport de la splénopathie avec la fièvre intermittente.

On a eu infiniment de peine à croire à la subite diminution de la rate par suite de l'action du sulfate de quinine. Les faits, les preuves se multiplient en vain sous le plessimètre de M. Piorry. On se sentait entraîné à nier l'évidence. Avec plus de certitude dans les notions physiologiques, on se serait épargné ces hésitations. Nous engageons les personnes qui ne seraient pas encore convaincues à méditer les expériences de Westrumb sur la rapidité de l'absorption, et celles de Héring sur la vitesse de la circulation.

Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro notre article sur les observations de M. Trousseau. X.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Bons effets de la glace dans diverses affections ; faits recueillis par M. LONG, aide de clinique.

Depuis plus de quinze ans M. Baudens combat, à l'aide de réfrigérants extérieurs, l'inflammation traumatique ; c'est surtout sous le climat de l'Algérie qu'il a pu étudier sur une large échelle la puissance de ces agents thérapeutiques.

Une fois entré dans cette voie, il n'a pas tardé à reconnaître que l'eau froide, même employée plusieurs jours de suite, est parfois impuissante pour enrayer les phénomènes inflammatoires. D'ailleurs l'eau froide n'est pas d'une application facile sur certaines régions du corps ; les irrigations continuelles commandent une surveillance et des soins de tous les moments ; elles exposent le malade à être mouillé dans son lit des pieds à la tête.

La glace possède une action plus intense que l'eau froide ; il est facile de la porter partout, d'en continuer aisément l'emploi ; elle fond doucement. Une éponge placée à ses côtés absorbe l'eau, et prévient son infiltration dans les fournitures du lit.

Grâce à la glace et à la lancette, les cataplasmes dont on a tant abusé, dont on abuse tant encore, les sangsues dont l'abus n'est pas moins grand, ont été proscrits des salles de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce d'une manière absolue dans toute lésion au début de l'inflammation traumatique.

Que se passe-t-il en effet, dit M. Baudens, dans une région qui vient d'être violemment contuse ? Le premier phénomène, c'est la douleur ; la douleur appelle l'afflux du sang, l'afflux du sang fait naître la tuméfaction, et celle-ci la chaleur, la rougeur, indépendamment du gonflement local spontané, suite de la rupture des vaisseaux sous-cutanés. Que fait-on journellement ? On a recours aux sangsues, aux cataplasmes. Aux sangsues ; pourquoi ? Pour enlever l'inflammation. Mais l'inflammation n'existe pas encore ; il y a seulement douleur ; les sangsues augmenteront la douleur, et par conséquent le fluxus ; et cela est si vrai, qu'après une application de sangsues pour une entorse, par exemple, la tuméfaction est toujours notablement augmentée. Les cataplasmes ensuite entretiennent la chaleur pour faire couler le sang ; mais ils appellent ce liquide en raison du calorique qu'ils contiennent.

La glace, au contraire, calme à l'instant même la douleur, arrête le fluxus, soustrait l'excès du calorique développé au foyer traumatique, l'engorgement et la tuméfaction sont prévenus, enrayés. Si déjà ils existent ils sont bientôt en voie de résolution sous l'influence de ce topique, continué tant que l'inflammation tend à se produire. M. Baudens met sur la partie contuse [illegible] brins de charpie pour soutenir la glace qu'il applique sur ce canevas en gros glaçons, dont le nombre est proportionnel à l'intensité de la réaction inflammatoire. La glace ne soustrait localement que tout juste l'excédant de calorique normal ; et cela est si vrai, que dans certains cas, quand le foyer est intense, on ne peut parvenir à refroidir complètement les téguments, malgré l'emploi de la glace sans interruption. Ce qui explique pourquoi la glace posée sur les parois abdominales en cas de péritonite traumatique sur le thorax pour combattre une pneumonie, suite d'un coup de feu, ne cause pas de bronchite. Les faits suivants appuient les théories du chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Violente contusion de la région inguinale, péritonite enrayée par l'application de la glace.

Iocharn, sapeur pompier, était employé à éteindre l'incendie de la rue Cadet, le 7 décembre, lorsqu'il reçut dans l'aine gauche le choc violent d'une flèche de voiture.

Le coup porta sur la branche horizontale du pubis, froissa les tissus, et produisit un gonflement rapide de la partie. Transporté sur-le-champ à l'hôpital, le blessé offrit une tumeur volumineuse parfaitement circonscrite, siégeant dans le pli de l'aine et le demi-quart supérieur de la face antérieure de la cuisse. La peau est tachée par une vaste ecchymose noire ; elle est tendue, fluctuante ; le ventre est dure, ballonnée, douloureux à la pression. Pouls petit ; fréquent vomissement ; face grippée ; péritonite. La cuisse demie-fléchie, se prête avec peine aux mouvements qu'on tâche de lui imprimer ; la douleur, très vive sur le siége de la contusion, retentit dans tout l'abdomen.

Le malade subit immédiatement une saignée de 600 grammes ; de la glace est appliquée sur la tumeur et sur la partie voisine de l'abdomen.

Le lendemain, la douleur a notablement diminué ; plus de vomissements. La peau, moins tendue, offre une teinte verdâtre. Le ventre est moins sensible, a repris de la souplesse. Le pouls est toujours fréquent. — Seconde saignée de 500 grammes ; un lavement pour détruire la constipation qui dure depuis trois jours ; application de glace continuée.

Les jours suivants, absence totale de la douleur ; souplesse de l'abdomen ; affaissement de la tumeur ; résorption de l'épanchement et de l'ecchymose ; possibilité de mouvoir la cuisse sans douleur. La glace produit ces heureux résultats en six jours. Désormais inutile, elle est supprimée. Après quelques jours de repos, le malade sort entièrement guéri.

Plaie contuse de la main. Accidents inflammatoires conjurés par l'application prolongée de la glace.

Guinchard (François), caporal au 54e de ligne, jouait, le 26 janvier, avec des camarades, quand, poussé contre une table couverte de verres, il en brisa un avec le dos de sa main droite, dans laquelle des fragments restèrent fixés.

Le chirurgien du régiment fit l'extraction de quelques morceaux de verre, et ne tenta pas la réunion de la plaie, dans l'espérance que la suppuration entraînerait avec elle les corps étrangers qui auraient pu échapper à son exploration ; il fit entourer la main du blessé de compresses imbibées dans une solution de sous-acétate de plomb ; mais le gonflement augmenta rapidement, et les douleurs devinrent si vives que le malade fut contraint d'entrer à l'hôpital le 31 janvier.

Ce jour-là, on constate les phénomènes suivants : La main a acquis un volume énorme ; la peau est rouge, luisante, dure, tendue ; les doigts sont étranglés ; l'avant-bras est fortement engorgé dans son tiers inférieur. Les articulations des doigts et du poignet sont dans une immobilité complète. La plaie, située entre le troisième espace inter-osseux dorsal, n'a pas moins de 2 centimètres de profondeur, sur 5 de longueur. Le pouls est plein, fréquent ; il y a céphalalgie prononcée ; soif vive et perte d'appétit.

La plaie est pansée avec un linge fenêtré enduit de cérat ; la main est soulevée par un plan incliné en crin et recouverte de glace. Le même jour une saignée de 500 grammes est pratiquée ; limonade ; diète alimentaire. Le lendemain, le pouls conserve encore un peu de plénitude, mais il est sans fréquence. Le malade n'est plus tourmenté par la soif ni par la céphalalgie ; la douleur de la main a entièrement disparu.

Les jours suivants, la rougeur s'efface, le gonflement diminue et la peau se ride. L'état général du malade est des plus satisfaisant. Le phlegmon érysipélateux est avorté.

Le 6 février, la main est entièrement libre ; la peau est souple ; toutes les articulations se prêtent sans peine aux mouvements. La glace est supprimée. Le pansement ne consiste plus qu'en un linge fenêtré enduit de cérat masqué par quelques brins de charpie. Sur la plaie, s'élèvent bientôt d'abondants bourgeons charnus, qui font place à une cicatrisation solide.

Chute de cheval. Entorse violente. Glace. Immersion du pied dans un baquet d'eau froide. Bandage inamovible. Guérison rapide.

Begnet (Jean), garde municipal, âgé de vingt-sept ans, faisait, le 11 janvier, une patrouille de nuit, quand son cheval s'abattit sous lui ; le pied engagé dans l'étrier a supporté tout le choc ; il en est résulté une contusion violente, aggravée encore par les efforts qu'il fit pour se dégager. Relevé par un de ses camarades, Begnet ne put s'appuyer sur le pied droit ; il éprouva à l'instant une douleur vive dans cette région. On le transporte immédiatement au Val-de-Grâce. A son arrivée on remarque un gonflement considérable de tout le pied, avec des taches d'ecchymoses profondes sur le bord interne de sa face dorsale. La peau est rouge, luisante, fortement tendue ; les mouvements imprimés au pied sont accompagnés d'une vive douleur dans l'articulation tibio-tarsienne. Le

pouls est plein et fréquent. — Saignée de 600 grammes; application de la glace sur le pied continuée pendant quatre jours. La glace est alors remplacée par des immersions du pied dans un baquet d'eau froide. La résolution s'opère graduellement, et le huitième jour il n'existe d'autre indice de l'accident qu'une teinte jaunâtre de la peau.

L'immobilité étant nécessaire pour compléter la guérison, le pied est fixé dans le bandage inamovible de M. Baudens.

Le vingtième jour, le pied est dégagé de l'appareil; le malade commence à marcher, et quelques jours plus tard il a pu reprendre son service.

Erysipèle phlegmoneux des gaînes tendineuses de la main et de l'avant-bras, enrayé par la glace secondée par la saignée du bras.

Le 15 décembre, Langlet (Jean), âgé de vingt-deux ans, fusilier au 13e de ligne, nettoyait son fusil; la détente part, le chien l'atteint sur la face dorsale du pouce droit, et détermine une plaie fortement contuse. Traitée à la caserne par des fomentations d'alcool camphré, la main devient le siége d'un vaste érysipèle phlegmoneux des gaînes tendineuses, et cinq jours après l'accident, ce militaire est conduit à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Une tuméfaction considérable s'est emparée de la main droite et de l'avant-bras, la peau est violacée, chaude, tendue. Le blessé accuse une douleur profonde et pulsatile, avec sentiment de constriction extrême dans la main.

Depuis cinq jours il est privé de sommeil, la douleur et la soif le tourmentent, la face est colorée, la langue est blanche, le pouls plein et fréquent; les selles sont nulles depuis trois jours. — Diète; saignée de 500 grammes; application de brins de charpie sur les plaies, et de gros glaçons sur la main et sur l'avant-bras: potion purgative pour le lendemain.

Le gonflement, qui jusqu'ici a été progressif, éprouve un temps d'arrêt; la température élevée de la main tombe et reste à l'état normal, malgré le contact non interrompu de la glace; les douleurs sont apaisées; la face est moins colorée; le pouls, toujours plein, n'offre que peu de fréquence. Ce résultat est obtenu dès les premières vingt-quatre heures.

Les troisième et quatrième jours démontrent encore les heureux effets de la glace. La peau de la main, moins tendue, se ride; la rougeur s'efface; les douleurs sont nulles; les mouvements sont plus libres. L'état général du malade étant satisfaisant, il est prescrit un régime moins sévère.

Le sixième jour, la souplesse est rendue à la main et aux doigts. La tuméfaction ne se trahit pas, même par le plus léger empâtement; la place est supprimée. Le malade n'attend plus, pour sortir de l'hôpital, que la cicatrisation de la plaie du pouce, survenue quinze jours plus tard.

Erysipèle phlegmoneux de la main consécutif à une plaie contuse des deux doigts. Angéioleucite. Emploi de la glace. Guérison.

Demangel (Nicolas), âgé de vingt-trois ans, soldat au 13e de ligne, à son entrée au Val-de-Grâce le 3 décembre 1844, avait deux plaies, l'une au médius et l'autre à l'annulaire de la main gauche, par suite de l'écrasement de ces deux doigts sous le pied d'un cheval.

Sa guérison paraissait devoir se faire sans entrave, lorsque, le 18 décembre, le malade nous offrit dans la paume de la main gauche un phlegmon survenu spontanément.

L'éminence thénar est le siége d'un afflux considérable de liquides; cette tuméfaction est accompagnée de chaleur vive, de forte rougeur et de stries rouges s'étendant vers l'avant-bras où l'angéioleucite est évidente. La douleur est excessive; il existe une forte fièvre.

L'avant-bras est appuyé sur un coussinet en crin destiné à soulever la main et à donner au membre une position déclive. De gros glaçons sont mis en contact avec l'éminence thénar; les plaies sont pansées comme à l'ordinaire, simplement.

Le cinquième jour, tout est rentré dans l'état normal; les symptômes du phlegmon érysipélateux avec angéioleucite ont complétement disparu.

Arthrite traumatique tibio-fémorale combattue avec succès par la glace.

André (Jean), caporal au 13e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, tomba, le 2 janvier, du haut d'une voiture sur le genou droit; le membre, engourdi au moment de l'accident, devint douloureux dans la nuit. Le lendemain, l'articulation fémoro-tibiale est le siége d'une tuméfaction considérable, avec chaleur et douleur.

Le 6, la souffrance et l'engorgement sont extrêmes. Le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il existe, avec les phénomènes ordinaires de l'arthrite aiguë, un épanchement de sérosité bien marqué; la jambe, légèrement fléchie, se refuse à tout mouvement; le tiers inférieur de la cuisse et le quart supérieur de la jambe participent à la tuméfaction du genou. La peau est rouge, dure, fortement tendue. Les douleurs, vives pendant le repos, augmentent au plus léger attouchement.

L'état général offre une surexcitation dans le mouvement circulatoire; la langue est sèche, le sommeil nul. Depuis l'accident, le malade n'a pas eu de selles.

Le même jour, une saignée du bras de 500 grammes et une potion purgative sont prescrites. Le genou est immédiatement recouvert de glace. Sous l'influence de ce traitement, la douleur est enlevée à l'instant même, la fièvre tombe avec douleur. La glace fait disparaître peu à peu la rougeur et la tuméfaction. Dès le 9, la diminution du gonflement permet de reconnaître plus facilement l'existence de l'épanchement déjà partiellement résorbé; la peau devient plus souple et la jambe exécute quelques mouvements sur la cuisse sans douleur et assez facilement: on supprime la glace pour recourir aux vésicatoires volants, et la résolution de l'épanchement s'obtient rapidement. Vingt jours plus tard ce militaire retourne à la compagnie en état de faire son service.

Erysipèle phlegmoneux de la main; incisions multiples; cataplasmes; excellent effet de la glace en permanence.

Pellé (Jean), maréchal-des-logis de la garde municipale, était de service à la caserne le 25 novembre. Forcé pendant toute la journée d'ouvrir et de fermer fréquemment une porte dont la serrure était difficile, il ressentit à la suite de cette manœuvre une douleur assez vive dans la paume de la main droite suivie bientôt d'un érysipèle phlegmoneux. Le quatrième jour un débridement, devenu nécessaire, est pratiqué entre les deuxième et troisième métacarpiens, près de l'articulation phalangienne. Cette incision donne issue à une faible quantité de sang et ne procure qu'un soulagement éphémère.

Un surcroît d'inflammation ne tarde pas à nécessiter un second débridement sur la face dorsale et un agrandissement de la première ouverture.

Ces incisions donnent lieu à un écoulement de pus très abondant, mêlé à des débris de tissu cellulaire gangrené. Ce liquide est d'un aspect noirâtre, d'une odeur fétide très prononcée. L'amendement est de peu de durée. Le gonflement, développé de nouveau, est combattu par l'application de trente sangsues sur le dos de la main. Le mal reste dès lors stationnaire. A cette époque, M. Lisfranc vient voir le malade; il conseille une nouvelle application de trente sangsues sur l'avant-bras, des cataplasmes émollients et des bains narcotiques à la température tiède.

Cette médication ne produit qu'un soulagement de quelques jours, après lesquels deux nouvelles incisions sont pratiquées sur le dos de la main pour ouvrir de nouveaux foyers purulents.

Le 16 décembre, les doigts, rouges, tuméfiés et menacés d'étranglement, sont enveloppés de bandelettes légèrement compressives, et une incision est faite sur l'articulation phalangienne du troisième métacarpien.

Telle était la position de ce sous-officier, lorsqu'il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 17 décembre. Sa main, objet d'un examen attentif, est fortement tuméfiée, indurée et de couleur violacée. Les téguments, soumis à une extension outrée exercent une constriction douloureuse; le doigt perçoit partout une résistance dure et uniforme. Plusieurs incisions sont encore béantes. Celle de la paume de la main montre un trajet purulent qui, du médius, s'enfonce profondément entre le deuxième et troisième métacarpiens. Le pus qui s'en écoule est jaunâtre, mal lié, sans fétidité; par une ouverture de la face dorsale, on constate un vaste décollement des téguments, surtout autour de l'articulation du médius. Les doigts sont débarrassés des bandelettes compressives; ils sont engorgés et se refusent à tout mouvement.

En présence d'un tel désordre, le malade se trouve plongé dans une anxiété extrême; il redoute l'amputation du médius dont on l'a menacé, et bien plus encore la perte de la main qu'il croit attachée à sa guérison.

M. Baudens le rassure en lui promettant la possibilité de guérir sans mutilation.

Il place le membre dans une demi-flexion, fait reposer l'avant-bras et la main sur un coussin en crin qui maintient celle-ci plus élevée que le coude. De petites mèches introduites dans les plaies doivent faciliter l'issue des liquides. La main, mise en pronation, est recouverte de quelques brins de charpie et d'une abondante couche de glace; ainsi que le tiers inférieur de l'avant-bras, la partie malade est plongée matin et soir dans un bain de décoction de pavots à la température atmosphérique; le blessé est soumis à une alimentation légère.

La plaie a produit les résultats les plus heureux, les douleurs ont été subitement assoupies, puis le gonflement s'est amendé; les plaies se sont fermées successivement, les doigts ont bientôt pu exécuter des mouvements de flexion et d'extension.

L'articulation radio-carpienne, à son tour, devient plus libre; la peau, ratatinée par la diminution du gonflement, perd peu à peu toutes ses rides; l'état général du malade est promptement amélioré.

Au vingtième jonr la glace est supprimée, la main ne conserve qu'un peu de raideur et d'empâtement momentanés. Quinze jours plus tard, sous l'influence du massage, des douches, des frictions, d'onguent avec l'iodure de plomb, l'iodure de potassium, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

REVUE GENÉRALE.

Maladies syphilitiques, et leur traitement par l'iodure de potassium. — Dans un mémoire récent, M. le docteur Gauthier, médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, a publié sur l'emploi de l'iodure de potassium contre les maladies syphilitiques des considérations intéressantes, dont nous allons donner un aperçu rapide. Encouragé par les heureux résultats obtenus par le docteur Wallace, de Dublin, qui le premier le mit en usage en 1832, et par les expériences subséquentes de M. Ricord, et bientôt après, de tous les médecins français, M. Gauthier essaya de substituer dans la syphilis constitutionnelle l'iodure de potassium à l'iodure de fer.

L'auteur n'a jamais observé que cette substance ait produit ni l'amaigrissement, ni la diminution des glandes mammaires ou autres. L'augmentation de la sécrétion urinaire est un des premiers phénomènes qu'il ait été à même d'apprécier, et très peu de temps après l'administration du médicament, il a pu en constater la présence dans l'urine. Quelquefois même, il l'a retrouvé jusque dans la salive. Ce passage de l'iodure de potassium en grande quantité dans l'urine explique comment on a pu l'administrer à très haute dose sans occasionner le moindre accident. Quant aux éruptions érythémoïdes qui ont été signalées par M. Ricord comme suite fréquente de l'emploi de l'iodure, quant à l'ivresse iodique, à l'injection conjonctivale, etc., l'auteur n'a jamais eu occasion de les rencontrer. Quelques malades ont à peine éprouvé une légère salivation sans gonflement des gencives ni de la langue, ne ressemblant nullement au ptyalisme mercuriel. La gastralgie, les hémorrhagies nasales ont été également très rarement observés.

Les seuls effets constants que l'auteur ait vu produire à l'iodure de potassium, c'est l'augmentation de l'embonpoint et de l'appétit, la coloration du corps, la sécrétion plus abondante de l'urine.

Comme M. Ricord, M. Gauthier a mis en usage l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires principalement. Il a vu, sous son influence, cesser en quelques jours les douleurs ostéocopes les plus violentes, les caries osseuses se modifier promptement; dans l'ozène avec carie des os du nez et perforation de la voûte palatine, il a presque toujours obtenu la guérison; il en a été de même pour les tumeurs gommeuses, les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les périostoses, et pour quelques ulcérations secondaires de la muqueuse pharyngienne.

Parmi les syphilides, celles qui réclament l'iodure et cèdent le mieux à son emploi, sont: celle que M. Cazenave appelle syphilide tuberculeuse perforante; la syphilide à grosses pustules; l'ecthyma syphilitique; on peut dire en général que l'iodure de potassium réussit surtout dans les syphilides, quand elles revêtent la forme ulcéreuse, et que déjà le malade a pris une certaine quantité de mercure. M. Gauthier regarde encore l'iodure comme le meilleur remède à opposer aux accidents produits par l'abus du mercure, et à la cachexie mercurielle.

Quant à la dose, l'auteur du mémoire, loin d'administrer le sel indiqué à la dose de 3, 4 ou 6 grammes pur jour, comme le font les praticiens de Paris, commence par 20 ou 25 centigrammes par jour, en deux fois. Ce n'est que progressivement qu'il porte cette quantité à 2, 3 et 4 grammes. Il a rarement dépassé cette quantité, rarement même il l'administre pendant longtemps. Suivant M. Gauthier, si l'on observe les accidents quelquefois, c'est presque toujours parce que dans les commencements on a donné une trop grande quantité du remède. Les femmes lymphatiques paraîtraient supporter mieux les fortes doses d'iodure que les hommes. Dans les cas où il y a des ulcères de la gorge, l'auteur prescrit un gargarisme iodé, et il a remarqué que cette méthode activait la guérison.

Enfin, et pour éviter les récidives, M. Gauthier conseille de continuer, après la guérison complète, l'emploi de l'iodure pendant un certain temps encore. Il n'y a, dit M. Ricord, dont il partage sur ce point les opinions, aucun danger à continuer un remède qui active de la manière la plus énergique les fonctions digestives et augmente l'appétit. Les récidives sont peu fréquentes après un traitement bien fait, et quand elles surviennent elles ont très peu de gravité. Nous terminons en disant que M. Gauthier recommande les précautions les plus sévères lorsque l'on veut administrer l'iodure de potassium à des personnes qui ont les voies digestives en mauvais état, ou dont l'estomac est très sensible.

Utilité de l'air chaud et humide dans le traitement de quelques affections. — Le docteur Marshall-Hall rapporte le fait suivant dans le journal *The Lancet*: M. W., depuis deux ans, éprouvait une toux qui l'avait fait maigrir, et depuis six semaines il se plaignait de douleur au côté droit. Il fut saigné quatre fois pendant les quatre premiers jours, durant lesquels je lui donnai mes soins. Mais la douleur n'avait pas diminué; anxiété, respiration courte et très gênée. Toux avec expectoration muqueuse opaque, et douleur très aiguë dans le côté droit qui était mat à la percussion dans toute son étendue. Egophonie, respiration bronchique, râle muqueux abondant, par places. La douleur de côté empêchait l'ampleur du mouvement respiratoire.

On saigna le malade debout jusqu'à la syncope commençante, ce qui eut lieu après qu'on eût tiré huit onces de sang. Catalaplasmes sur le côté droit; huile de ricin. Tartre stibié, un grain toutes les deux heures dans deux onces d'eau simple. L'atmosphère de la chambre est maintenue à la température de 70 degrés Réaumur, fournie d'une quantité suffisante de vapeur d'eau et sans courant d'air. — L'effet en fut des plus satisfaisants. Tous les signes de la pneumonie disparurent dans l'espace d'une semaine. Au bout de ce temps, la matité avait disparu, ainsi que l'égophonie et la respiration était de retour.

Cette température, qui devait un peu faire ressembler la chambre du malade à une étuve à bain de vapeur, nous paraît être une de ces excentricités auxquelles nous sommes accoutumés de la part de nos voisins d'outre-mer. Il est curieux de voir l'auteur de cette observation mettre la guérison entièrement sur le compte de ces mesures hygiéniques singulières, et n'accorder aucune part au traitement antiphlogistique employé.

Mort causée par la carie des cartilages arythénoïdiens. — Le même journal raporte un cas des plus curieux d'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes:

Le 20 mai 1844, dit le docteur O'Shea, je fus appelé auprès d'un homme âgé de quarante-neuf ans, qui était affecté d'enrouement et de dyspnée extrême. L'inspiration était longue et l'expiration sifflante. La dyspnée augmentait de temps en temps par paroxysmes. Face pâle et anxieuse à l'excès; pouls à 120, filiforme. (Saignée, opium et calomel.)

Les accidents persistèrent trois jours, pendant lesquels on se borna à des médications internes. Enfin le quatrième jour on pratiqua la trachéotomie; mais le malade, déjà épuisé avant l'opération, mourut quatre heures après.

Autopsie. — Ulcération du ligament thyro-arythénoïdien droit. Le même ligament à gauche avait été détruit par un ulcère qui servait d'ouverture à un abcès où étaient compris le cartilage arythénoïde de ce côté et les muscles adjacents. Le cartilage arythénoïde était détaché et converti en une substance osseuse cariée, cunéiforme, engagée dans la fente glottique. La portion du cartilage qui s'articule avec le cricoïde était tournée en haut, regardant le voile du palais. La carie s'étendait au cartilage cricoïde. Nulle apparence d'inflammation aiguë ne se manifestait au larynx. Les poumons étaient sains, quoiqu'il y eût un peu de congestion et un emphysème partiel. Quelques tubercules existaient à la base du lobe inférieur du poumon gauche.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins; par le dr BARRAS.

Au commencement de ce siècle encore, que de fois les médecins ne cherchaient-ils pas à déguiser sous ces mots, *maladie essentielle*, l'embarras où ils se trouvaient souvent pour apprécier et indiquer le siége et la nature d'une affection qu'ils ne connaissaient que par les symptômes! Guidé par la plus sévère logique, éclairé par l'observation directe des lésions pathologiques, desquelles il rapprochait les phénomènes constatés pendant la vie, tirant de ces rapprochements des inductions lumineuses, le célèbre médecin du Val-de-Grâce voulut assigner à ces maladies un siége précis; il voulut en démontrer la nature, et l'on sait avec quel génie il fit rentrer dans la classe des phlegmasies une partie de ces obscures affections, de ces entités morbides, comme il les appelait, qui ne sont aujourd'hui autre chose que des inflammations de la muqueuse digestive, soit stomacale, soit intestinale. Entraîné peut-être un peu trop loin par son ardeur de réformateur, Broussais avait trop négligé l'étude des phénomènes nerveux qui simulent

souvent, jusqu'à un certain point, l'inflammation. C'est de la réaction qui suivit l'établissement de l'école physiologique qu'est sorti le livre de M. Barras, qui comprend exclusivement, comme l'indique son titre, l'étude des maladies nerveuses de l'appareil digestif. Par ces mots, gastralgies et entéralgies, l'auteur entend « les névroses douloureuses ou indolentes, mais le plus souvent douloureuses, de l'estomac et des intestins ; » et l'on sait quelle place occupent maintenant, dans cadres nosologiques, les maladies nerveuses du canal digestif. Sous ce rapport, on ne saurait trop féliciter M. Barras d'avoir un des premiers fixé sur ce point l'attention des pathologistes.

On ne s'attend point que nous fassions ici l'analyse du livre de M. le docteur Barras. Il est trop connu, trop répandu parmi les praticiens comme le prouve l'enlèvement rapide de quatre éditions, pour que nous croyions devoir insister sur ce point. Après une courte introduction qui renferme des considérations générales sur les névroses, l'auteur entre en matière, et commence par rapporter soixante-trois observations qui lui servent de matériaux pour jeter les fondements de la doctrine qu'il émet. Ces faits, dont la collection n'a pas eu pour but, comme on pourrait le reprocher à quelques ouvrages modernes, de grossir le volume, sont d'un grand secours à l'auteur pour établir le diagnostic de la gastro-entéralgie hypochondriaque et de la gastro-entérite chronique. Le chapitre consacré à ce parallèle est sans contredit un des plus intéressants et des plus éminemment pratiques. Cependant, peut être pourrait-on, avec quelque raison, reprocher à l'auteur d'avoir toujours distingué trop explicitement les affections nerveuses de l'estomac, des affections inflammatoires. Les distinctions nettes et tranchées n'existent pas toujours dans la nature, et souvent les névroses de l'appareil digestif ne sont pas sans avoir quelques rapports avec les phlegmasies chroniques qui les ont précédées.

Après la description des diverses formes de la gastro-entéralgie, vient le chapitre consacré au traitement, chapitre dans lequel l'auteur apprécie longuement la valeur des diverses médications, et trace, suivant les cas, les règles hygiéniques ou thérapeutiques à suivre.

Dans la seconde partie de son livre, l'auteur n'a voulu que donner de nouveaux développements, à l'aide de nouveaux faits, aux opinions qu'il avait émises d'abord; et ce second volume pourrait, à la rigueur, n'être considéré que comme un supplément du premier, mais supplémen utile et nécessaire, complément indispensable, plus considérable que le mince volume qui constituait à lui seul l'ouvrage entier, lors de la première édition, et dans lequel on trouvera traités en détail et largement commentés les points omis ou obscurs encore dont l'histoire est maintenant au niveau de la science.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de petits sétons dans le traitement de plusieurs maladies ; par M. le docteur Desportes.

Dans divers cas où les vésicatoires, les cautères, les sétons ordinaires sont indiqués, M. Desportes propose de leur substituer l'usage de petits sétons au nombre de deux, de trois, quatre, et même de six, divisés communément en nombre égal de chaque côté du siége du mal; en effet, ces petits sétons peuvent toujours être passés dans un point très rapproché du siége de l'affection morbide, ou de quelque nerf qui a des connexions avec ce siége.

Pour les passer, on peut se servir d'une aiguille quelconque, enfilée d'une mèche petite et composée de deux ou de plusieurs fils non tors, plats, mous et le plus souvent en coton. M. Desportes dit qu'il ne s'est jamais servi de fils de plomb pour cet objet, et il ajoute que c'est peut-être à tort. Du reste, l'opération se pratique comme à l'ordinaire; mais il convient d'avoir soin que ces sétons soient séparés les uns des autres par un espace de trois centimètres environ, dans la crainte qu'il ne se forme de petits foyers purulents.

Une autre précaution que l'on ne doit pas négliger, c'est d'établir ces petits sétons en travers et un peu obliquement, lorsqu'ils doivent être placés au-devant du cou, sur la joue, au-dessus du sourcil, dans le lobe de l'oreille, derrière l'oreille, à la tempe, à la région pubienne, sur l'épine dorsale et lombaire, à la région épigastrique, etc.

Si ces petits sétons ont été établis pour une douleur, et que celle-ci persiste ou s'avive, on peut avec avantage faire pénétrer, dans les plaies, de l'extrait gommeux d'opium ou de l'acétate morphique.

L'auteur a, pour la première fois, eu recours à cette médication dans un cas d'inflammation chronique de la membrane muqueuse du larynx, avec douleur et aphonie, et compliquée d'une toux convulsive qui revenait par quintes et était suivie le plus ordinairement de l'expuition brusque d'une matière visqueuse, purulente, fétide et sanguinolente : il existait, en outre, une fièvre lente. Le malade, acteur de l'un des petits théâtres de Paris, est revenu à la santé sous l'influence de ce moyen.

La même pratique a été mise en usage chez un crieur des rues et chez deux artisans; mais un seul des trois a guéri, les deux autres ayant abandonné le traitement à cause de sa longueur.

Sur l'emploi des lotions alcooliques dans la phthisie pulmonaire ; Par M. le docteur Marshall Hall.

Beaucoup d'individus affectés de phthisie pulmonaire commençante et facile à diagnostiquer par le son mat que l'on obtient à la percussion, par la pectoriloquie qui existe au-dessus des clavicules, par les accidents hémoptoïques, par les sueurs nocturnes, etc., ont recouvré leur santé par l'emploi du moyen suivant.

Ce moyen consiste dans l'application, sur la partie supérieure du thorax, d'un morceau de toile, plié en six doubles et imbibé d'un mélange d'une partie d'alcool pur et de trois parties d'eau.

Ce mélange, dont il ne faut préparer qu'une petite quantité à la fois, parce que l'alcool s'évapore assez promptement, doit être employé d'abord à une température tiède, puis à la température de l'air ambiant.

Le morceau de toile, tout replié, doit être de la grandeur de la main : on le fixe au-dessous des clavicules, et on le réimbibe toutes les cinq minutes à l'aide d'une petite éponge trempée dans le mélange. On suspend l'emploi du moyen pendant la nuit. Du reste, pendant la durée des applications, les vêtements du malade doivent être légers, afin de ne pas favoriser trop la volatilisation de l'alcool.

L'auteur ne prétend pas attribuer à ce moyen plus de valeur qu'il n'en possède réellement, mais il est convaincu qu'il enraie le travail de la dégénérescence tuberculeuse et le ramollissement plus que ne peut le faire aucune autre médication. Il se base, pour cette appréciation, sur le grand nombre d'individus chez lesquels la marche de la phthisie tuberculeuse a été arrêtée à son début par ce mode de traitement, et qui ont continué à vivre jusqu'ici sans éprouver de nouveaux accidents. Toutefois il pense qu'on ne doit pas, pour cela, négliger de recourir simultanément aux autres moyens antiphlogistiques, tels que changement de climat, bains de mer, légers mouvements corporels, etc.

Cas d'empyème opéré avec succès; par M. le docteur Stolz, de Hall.

M. Stolz, chirurgien de l'établissement des aliénés à Hall, publie la relation d'une paracentèse de la poitrine, pratiquée par lui d'après la méthode de M. le docteur Tschallener, et qui a été couronnée d'un plein succès.

L'appareil, pour cette opération, consiste en un trocart ordinaire et une pièce de boyau de bœuf ou de porc recouvrant l'instrument. A l'aide de cette portion d'intestin, destinée à recevoir le liquide qui s'écoule, l'introduction de l'air dans la cavité thoracique est complétement empêchée; la peau elle-même ferme l'ouverture en reprenant la position qu'elle occupait avant l'opération.

Traitement de la métrorrhagie puerpérale; par M. le docteur d'Outrepont, de Wurzbourg.

M. d'Outrepont emploie contre les hémorrhagies utérines qui précèdent, accompagnent ou suivent l'accouchement, et dans les cas de *placenta prævia*, le chlorure de fer; il prescrit des injections avec le soluté de ce sel, et il applique dans l'orifice utérin un tampon d'éponge imbibée de ce même soluté préparé jusqu'à saturation. La préparation se fait en faisant dissoudre dans de l'eau distillée autant de chlorure de fer que le liquide peut en recevoir.

On prend 30 grammes de ce soluté pour chaque injection.

Emploi du goudron contre les hémorrhoïdes; par M. le docteur Bonfiglioli, de Ravenne.

Les éloges donnés au goudron par M. le docteur Wardleworlk, dans le cas d'hémorhoïdes, ont engagé M. Bonfiglioli à en tenter l'essai sur lui-même. contre les hémorrhoïdes dont il était tourmenté depuis plusieurs années.

Un jour que ce médecin souffrait beaucoup plus que de coutume, il prit une pilule de goudron du poids de quinze centigrammes, et il réitéra cette prise le soir, avant de se coucher. — Le lendemain, il y eut une évacuation alvine assez abondante et sans la moindre douleur. Les pilules furent continuées de la même manière pendant quelques jours; après quoi elles furent suspendues. Depuis ce temps, M. Bonfiglioli s'est bien porté, dit-il, et il n'a plus jamais éprouvé de souffrances.

Les bons effets de ce moyen ont été confirmés ensuite par de nombreux succès obtenus sur d'autres malades.

NOUVELLES.

— Il résulte d'un document récemment publié par le ministère du commerce sur les vaccinations en France, en 1843, que, sur 910,337 naissances, il a été pratiqué 547,646 vaccinations, ou un peu plus de la moitié; que 11,779 sujets ont été atteints de la petite vérole; sur ce chiffre, 1,294 ont été défigurés ou sont devenus infirmes; 1,379 sont décédés des suiles de la maladie. Le montant des dépenses a été de 205,714 fr., dont 2,400 sur les fonds généraux, 181,210 fr. sur les fonds départementaux, et 22,103 fr. sur les fonds communaux. Le rapport adressé au ministre par l'Académie des sciences au sujet des vaccinations, en 1843, et qui précède le document que nous venons d'analyser, contient des renseignements d'un vif intérêt. Ces renseignements sont extraits de la correspondance des médecins des départements qui ont oppéré les vaccinations. Nous allons la résumer en quelques lignes :

1° Le vaccin perd de son efficacité avec le temps; la variole n'atteint guère, en effet, les vaccinés, que dix, vingt ou vingt-cinq ans après la vaccination ;

2° Les cas de variole sont beaucoup moins graves pour les vaccinés que pour les non vaccinés;

3° Le retour de la petite-vérole est beaucoup plus dangereux que la variole après la vaccine ;

4° Le seul moyen de renouveler le vaccin est de le reprendre à sa source, c'est-à-dire sur le cow-pox ;

5° La revaccination a, contre le retour de la variole, la même puissance que la vaccination ;

6° La variole saisit les enfants dans le sein de leur mère. On les préserve en vaccinant les mères pendant la grossesse.

— M. Pajot commencera le lundi, 10 mars, à deux heures, rue du Paon, 8, un cours public d'accouchements pour les sages-femmes.

— L'Académie royale des sciences tiendra sa séance publique lundi 10 mars 1845. Voici l'ordre des lectures : 1° proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés; 2° rapport sur la monographie des secours publics, par M. le baron Ch. Dupin, président; 3° éloge historique d'Aubert du Petit-Thouars, par M. Flourens, secrétaire perpétuel.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 29. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fracture de la colonne vertébrale, suite d'une chute d'un sixième étage. Paralysie. Mort le vingt-huitième jour après l'accident.

François Coustal a été apporté à la Charité le 21 janvier. C'est un homme bien constitué, qui paraît avoir une trentaine d'années à peu près. On apprend qu'à la suite de chagrins, et dans un moment de violente exaltation, il s'est précipité par une fenêtre située à un sixième étage; il paraît qu'il rencontra dans sa chute un châssis sur lequel porta la partie postérieure du tronc. Le malade ne peut donner aucun détail; il a complétement perdu connaissance, et ne se souvient de rien jusqu'au moment où on l'a transporté à l'hôpital.

A la visite, on constate que l'intelligence est libre; il existe trois petites plaies contuses à la tête, sans gravité; aucun signe de fracture du crâne ni des membres. Toute la partie inférieure du corps est complétement paralysée; la paralysie remonte même sur les côtés de la poitrine; les membres thoraciques peuvent à peine exécuter des mouvements; il est impossible au malade de presser fortement avec les mains. Cet homme n'accuse d'autre douleur que celle des reins. Il n'urine pas, ne va pas à la garderobe; mais, ce qu'il y a de plus singulier, c'est l'état de vacuité de la vessie, que la percussion permet facilement de constater.

Il est évident que tous les caractères ci-dessus se rattachent à une fracture de la colonne vertébrale et à une lésion consécutive de la moelle. On a malheureusement encore assez souvent occasion de les observer, et ils n'offrent qu'un intérêt secondaire. Mais l'état de la vessie soulève une question qui mériterait d'être étudiée.

Tout le monde sait qu'une lésion de la moelle enraye l'émission des urines; mais dans le cas actuel, si l'urine n'est point expulsée, ce n'est pas à cause de la paralysie de la vessie, jusqu'ici du moins; c'est par la raison que le liquide n'est pas sécrété, ainsi que le démontre clairement l'état de vacuité de l'organe.

Quoi qu'il en soit de ce fait, c'est là un cas extrêmement grave et presque certainement mortel. Il ne faut pourtant pas croire que ces malades succombent toujours très promptement. Quand la fracture occupe un point élevé du rachis, la mort est prompte et peut même être instantanée; mais ici la fracture a probablement pour siége les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, et cet homme peut vivre encore un certain temps.

Le malade a succombé le vingt-huitième jour après l'accident, soutenant, jusque dans les derniers jours, qu'il allait bien et qu'il n'avait rien de cassé comme il le disait.

A l'autopsie, on a trouvé une fracture de la colonne vertébrale; la première lombaire était rompue; un commencement de consolidation s'était opéré. Comme lésions accessoires, la vessie présentait un état inflammatoire assez marqué causé par la rétention de l'urine; il y avait aussi un peu de néphrite secondaire.

Nécrose très étendue du maxillaire inférieur. Incisions par la bouche. Enlèvement des portions mortifiées, comprenant la presque totalité de la branche du maxillaire inférieur du côté gauche.

Un garçon boucher d'une bonne constitution se présenta à l'hôpital avec une tuméfaction considérable de la joue gauche. Il raconte qu'il s'était fait arracher cinq dents il y a un an à peu près; depuis ce moment, il a vu sa face se tuméfier. M. Velpeau reconnut une nécrose du maxillaire inférieur; les parties mortifiées lui parurent mobiles et susceptibles d'être enlevées: le malade refusa. Il apparut un abcès sous la mâchoire; il fut ouvert, et le garçon se crut guéri. Pourtant le mal n'en marcha pas moins.

Il se décida alors à l'opération. M. Velpeau fait remarquer qu'il s'agit d'une nécrose extrêmement considérable du maxillaire inférieur; qu'il existe une bordure mortifiée de plusieurs centimètres d'étendue. Ce qui rend probable l'isolement du séquestre, c'est d'abord la mobilité qu'on semble percevoir, puis la date du mal, qui remonte à un an, dans une région où la vitalité est considérable, et où, par conséquent, toute espèce de travail marche vite.

Selon M. Velpeau, l'angle de la mâchoire, la branche ascendante et l'apophyse coronoïde elle-même, seraient malades; le bord inférieur lui paraît sain.

Ce qui fait la difficulté de l'opération, c'est la masse de tissus indurés dans lesquels sont encadrés les parties nécrosées; cependant, comme il paraît possible d'extraire par la bouche des fragments d'os, c'est par cette voie que le chirurgien doit opérer toutes les fois que cela est possible, afin de ménager la face.

L'extraction de ce séquestre est une de ces opérations remarquables sous un point de vue, en ce sens qu'elles n'ont et ne peuvent avoir de manuel précis. Sans doute, l'indication à remplir consistera toujours à pratiquer des incisions, à ébranler le séquestre, à le briser, à l'extraire; mais chacun de ces temps n'aura rien de fixe: on ne pourra préciser dans les livres, par exemple, le nombre d'incisions à faire, la manière de saisir et de détacher l'os. Tous les préceptes seront modifiés selon chaque cas en particulier. Nous le répétons, ces opérations ne peuvent avoir rien de fixe, et c'est en cela même qu'elles offrent un certain intérêt.

M. Velpeau pratique plusieurs incisions, brise, détache et extrait successivement les portions d'os malade qui comprenaient en effet l'angle, la branche ascendante et l'apophyse coronoïde.

Le malade va bien.

Kyste hydatique du foie survenu sans cause connue. Difficulté du diagnostic de ces sortes d'affections.

Une femme de cinquante-neuf ans se présenta à la Charité dans le courant de février dernier. Elle se dit mal portante depuis un an; elle s'aperçut à cette époque qu'elle portait une grosseur dans l'hypochondre droit. Du reste, comme elle n'éprouvait aucune douleur, elle y fit peu d'attention. Il y a trois semaines, elle fut prise de souffrances vives dans la région épigastrique et dans le point qu'occupait la tumeur. Elle n'eut pas de fièvre pourtant, mais l'appétit disparut.

La malade se décida à entrer à l'hôpital. D'après ce qu'elle accusait, M. Velpeau se demanda d'abord si les douleurs qu'elle disait éprouver étaient bien réelles. On n'ignore pas que beaucoup de malheureux simulent des maladies pour se faire admettre dans les hôpitaux; mais après l'exploration, il n'y eut plus lieu de douter que cette femme n'eût véritablement une affection, et même une affection assez grave.

Voici ce qu'on constate: On ne trouve rien dans les fosses iliaques; les tissus de cette région sont souples et à l'état normal; il n'y a pas eu de vomissements ni de diarrhée, ni de constipation; apyrexie complète; langue assez naturelle; la physionomie est peu altérée. Les voies génitales et urinaires semblent complétement intactes; les battements du cœur n'annoncent rien; aucun signe manifeste ne se présente du côté des intestins ni de l'estomac.

Dans les annexes de ces différents organes, on ne rencontre non plus aucun caractère qui puisse les faire soupçonner d'une lésion ou une altération quelconque. Les fosses iliaques sont libres; donc rien du côté des ovaires. Le côté gauche est souple jusqu'à la colonne vertébrale; donc rien dans le mésentère.

L'hypochondre droit seul est malade. On remarque, en effet, qu'il est rempli tout entier par le foie, qui déborde fortement la base de la poitrine. Il descend à peu près au niveau du rein, au niveau de l'ombilic, si l'on veut, et va en biaisant jusque dans l'hypochondre gauche. Par le palper, on sent quelques bosselures mobiles fluctuantes qui tiennent évidemment à la masse principale.

On trouve tout à fait dans la région épigastrique une de

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Questions insidieuses. — Les Facultés d'aujourd'hui et les Ecoles d'autrefois. — Pourquoi la Faculté fait si peu de bruit — Le rapport et le prix de vaccine. — M. Bousquet et M. Fiard. — Les prix rognés. — Inconvénients de vendre la peau de l'ours. — Les huissiers et le papier timbré. — M. Jacques Fumet et son petit clerc. — Une réponse dérisoire. — La colère est contagieuse. — Un jubilé médical. — Un débiteur comme on n'en voit guère. — Les invitations par lettre alphabétique.

Un professeur *almæ Facultatis medicinæ parisiensis*, m'aborde ces jours passés en me disant:

— Que dit-on, je vous prie, de l'enseignement du collége Louis le-Grand?

— Ma foi, je n'en sais rien, lui répondis-je.

— Et de celui du collége d'Henri-Quatre, en parle-t-on beaucoup?

— Je l'ignore complétement.

Comme ce professeur est père d'une charmante petite famille, je supposai naïvement que ses questions avaient un intérêt direct et personnel, et je m'empressai d'ajouter avec bonhomie:

— Je connais plusieurs pères de famille dont les enfants reçoivent l'éducation du collége Rollin, et qui s'en trouvent bien.

— Ah! ah! ajouta mon interlocuteur et en quoi dit-on que l'éducation du collége Rollin diffère de celle des autres?

— Je vous avoue que je ne sais pas si elle en diffère et en quoi elle en diffère; car de ces choses-là j'entends fort peu parler.

— Et pourquoi voulez-vous, reprit-il vivement, qu'on parle davantage de l'enseignement de la Faculté de médecine?

Et, là-dessus, mon professeur s'esquiva, me laissant fort anxieux sur l'interprétation de ses dernières paroles et ne sachant à qui ou à quoi je devais les rapporter.

Tout en cherchant, je me remémorai que, le matin même, j'avais écrit ce petit bout de phrase: « La Faculté, comme une fille sage qu'elle est, fait fort peu parler d'elle cette année. » Plus de doute, ces quelques mots, bien innocents, avaient offusqué mon professeur et, par un détour adroit et spirituel, il avait voulu me faire tomber dans le piége de la contradiction.

N'ayant pu lui répondre *illico*, je lui demanderai la permission de le faire ici, en quelques mots et avec toute la courtoisie due à un homme que l'on aime et que l'on estime.

Je pourrais lui dire d'abord que je n'avais ni blâmé, ni critiqué le peu de bruit que fait la Faculté; j'en avais fait simplement la remarque, ce qui probablement m'était permis. Je pourrais bien lui dire encore qu'au point de vue tant soit peu égoïste du feuilleton, les gens et les institutions si sages et si tranquilles ne sont pas du tout son fait, à lui qui ne vit que de mouvement, de bruit, d'agitation et qui chanterait volontiers le vieux refrain: *Qu'on se batte, qu'on se déchire*, etc.; mais quand on a l'honneur de s'adresser à un professeur, il serait malséant de lui répondre par ces futilités. M'élevant donc, si je le puis, à toute la hauteur de mon antagoniste; saisissant, si j'en suis capable, le sens large et philosophique de ses interrogations, je lui demanderai, sous cette forme interrogative qu'il semble affectionner:

S'il a quelquefois entendu parler d'une certaine école de Cnide?

Si le bruit qu'a fait dans le monde une certaine école de Cos est parvenu jusqu'à lui?

S'il ne trouverait pas dans ses vieux livres quelque souvenir d'une certaine école d'Alexandrie?

S'il n'a pas vu quelque part qu'il a existé une certaine école de Salerne?

Si toute tradition s'est effacée de l'école des Arabes?

S'il a perdu tout souvenir d'une certaine école de Montpellier?

Si, enfin, il n'a jamais entendu dire que du temps de Fernel ou de Riolan il eût existé une certaine école de Paris?

J'avoue, je reconnais tout de suite qu'adressées à un professeur, ces interrogations sont fort impertinentes; mais j'ai mon but, dont rien ne me fera démordre.

Pourquoi, dirai-je à mon professeur, ces écoles ont-elles joui de leur temps d'une célébrité si grande? Pourquoi leur souvenir transmis d'âge en âge nous est-il arrivé avec son auréole de gloire et de renommée? Parce que ces écoles avaient un enseignement; parce que toute école suppose un enseignement; parce que tout enseignement suppose unité de plan, homogénéité de doctrines, concordance de dogmes; parce que là, enfin, on enseignait des principes, une méthode, une philosophie.

Maintenant, continuerai-je toujours avec mon professeur, savez-vous pourquoi votre faculté fait en ce moment si peu de bruit dans le monde? C'est que votre faculté n'est pas une école; c'est que, comme vous l'avez dit vous même avec plus de justesse que vous ne le pensiez peut-être, la Faculté n'est qu'un collége, c'est à-dire une collection d'individualités enseignantes qu'aucun lien scientifique ne rattache, qu'aucun enchaînement méthodique ne rend solidaires l'une de l'autre, agissant, écrivant, professant chacune dans la libre spontanéité de ses allures et de ses croyances, et dans la plus incroyable hétérogénéité d'opinions et de principes.

Est-ce un bien, est-ce un mal? Est-il possible ou impossible qu'il en soit autrement? Nous discuterons cela quand vous voudrez, et même, si jamais il s'agit sérieusement de quelque projet de réforme médicale, veuillez donc dire, avec toute l'autorité de votre position, à tous ces grands faiseurs de plans, que c'est par l'examen et la solution de ces questions et de toutes les conséquences qu'elles portent dans leur flanc, qu'il faut de toute nécessité commencer l'étude du sujet. Dans ce moment il ne s'agit que de m'accorder ce fait irrécusable que la Faculté n'est pas une école, dans le sens large et dogmatique du mot, que les élèves sont des disciples de messieurs tel ou tel, mais non pas de la Faculté; qu'un parfumeur, et vous en fournissez la preuve, peut faire son cours d'une manière brillante et éclatante, mais que cela ne constitue pas un enseignement général, homogène et méthodique, comme on l'entend toujours quand on parle d'une école.

Citons un seul exemple. L'éternel honneur, à mon sens, de l'école hippocratique, c'est d'avoir proclamé ce grand principe que la médecine était une science à part, séparée de toutes les autres, qui a sa méthode, ses principes, ses lois, ses faits; de l'avoir, qu'on me passe l'expression, énucléée de la philosophie générale de son temps et de cette science des philosophes qui l'avaient absorbée dénaturée et obscurcie en la jetant dans la région des hypothèses et des *à priori*. — Certes, voilà un plan, une philosophie, des principes, un programme; aussi ces principes ont ils fait école. Trouvez-vous quelque chose qui de près ou de loin ressemble à cela dans les leçons des Facultés actuelles? Et si je pouvais ici vous peindre le tableau de la divergence, de la confusion, des oppositions et des luttes qui règnent au sein de vos prétendues écoles!.... Mais je m'arrête ici, indiquant plutôt que développant l'idée qui me guidait quand plusieurs fois j'ai remarqué le peu de bruit que fait en ce monde la Faculté de médecine de Paris.

— L'Académie des sciences a enfin mis au jour ce rapport sur la vaccine depuis trois ans attendu et qui tenait en suspens l'opinion publique d'abord, les nombreux concurrents au prix qu'elle avait institué sur ce sujet ensuite. C'est M. Serres qui a fait le rapport, et son travail étendu, consciencieux riche de faits, d'analyse et de critique, restera comme opinion du premier corps savant du monde. Historien fidèle, je dois dire que la manière dont le prix a été décerné et distribué a soulevé quelques récriminations qui paraissent légitimes à un grand nombre de personnes. On ne blâme pas, assurément, la récompense accordée à M. Bousquet, qui a tant fait pour la vaccine et qui a su faire abandon de ses anciennes opinions en face d'une observation plus large et plus attentive. Mais on remarque que ces opinions, combattues jadis par M. Bousquet et qui le font couronner aujourd'hui, un médecin a eu à les défendre contre M. Bousquet lui-même avec courage et opiniâ-

ces bosselures qui fait relief, mais dans la portion droite de l'épigastre; elle est vague, mal circonscrite, mais parfaitement régulière, tient certainement au foie, et se prolonge jusque dans l'hypochondre gauche. Comme toute cette masse se déplace ensemble, nous sommes autorisé à conclure qu'elle appartient au foie.

Cependant, en interrogeant les antécédents de la malade, nous ne trouvons rien qui puisse nous mettre sur la voie du diagnostic de la maladie. Cette femme n'a jamais eu d'ictère; elle n'a pas éprouvé de vomissements; jamais elle n'a été sujette à la constipation. Cependant, c'est le foie qui est malade. On ne trouve rien ailleurs.

Mais alors il s'agit d'une maladie interne, et qui n'est point du ressort de la chirurgie.

L'affection que porte cette malade appartient, en effet, autant à la médecine qu'à la chirurgie; à la médecine, parce qu'il est certains traitements internes qui conviennent contre cette maladie; à la chirurgie, parce que ces sortes de tumeurs peuvent être quelquefois utilement attaquées avec l'instrument.

Pour éclaircir l'obscurité du diagnostic dans des cas semblables, il faut se rappeler que les tumeurs du foie sont de deux sortes: concrètes et fluctuantes. Parmi les premières, il faut distinguer les tumeurs fibreuses et les cancers; parmi les secondes, les abcès, les inflammations spontanées ou traumatiques, et les kystes séreux ou hydatiques.

Chez notre malade, il n'y a pas lieu de songer à une tumeur concrète; la fluctuation est manifeste. La question se réduit alors à ceci: Est-ce un abcès ou un kyste?

Mais quand il survient un abcès, il est précédé de fièvre, de symptômes inflammatoires plus ou moins marqués; cette femme n'a jamais éprouvé de réaction fébrile. Restent seuls les kystes.

Ici la difficulté devient extrême. On sait qu'il est assez fréquent, on pourrait dire assez ordinaire, qu'une tumeur du foie qui se développe sans symptômes soit un kyste; mais sa nature n'en est pas pour cela plus facile à préciser.

Entre les kystes séreux, albumineux, hydatiques, ce sont ces derniers qui sont les plus fréquents; aussi nous semble-t-il qu'on doive pencher pour ce diagnostic. En effet, les kystes hydatiques du foie, sans être une maladie très fréquente, ne sont cependant pas non plus très rares; et d'ailleurs, les symptômes ordinaires se rapportent bien à ce que nous trouvons chez cette malade.

Ordinairement, en effet, les sujets se présentent avec une tumeur plus ou moins volumineuse dans l'hypochondre droit; ils accusent un sentiment de tension, de tiraillement, de gêne, de lourdeur dans cette région. La tumeur est assez régulière; elle est ou molle, ou fluctuante, ou paraît plus ferme à cause de l'épaisseur de ses parois. Selon le lieu qu'elle occupe dans le foie, elle refoule le diaphragme et le poumon, et gêne la respiration, ou l'estomac, ou les autres viscères de l'abdomen, dont elle entrave les fonctions. Ce qu'il y a de plus remarquable, et que nous trouvons chez notre malade, c'est l'état général qui se conserve très longtemps bon, et l'absence souvent constatée d'aucune trace d'ictère.

On a assigné comme caractère propre aux kystes hydatiques, une sensation de frémissement, de vibrations particulières qui n'existe point ici; mait qui, d'ailleurs, manque très souvent et n'a rien d'absolu.

Selon M. Velpeau, il ne paraît pas possible d'affirmer quelle est la nature de ce kyste, quant à présent du moins.

Une ponction exploratrice est le seul moyen de savoir au juste à quoi s'en tenir à cet égard.

Si la maladie est, comme il y a lieu de le soupçonner, un kyste hydatique, et dans toute supposition même, le pronostic est grave; car, bien que des sujets aient porté toute leur vie des kystes hydatiques du foie et aient succombé dans un âge avancé à toute autre maladie, il n'est pas moins vrai que, sans parler de la gêne qu'ils apportent aux fonctions des organes environnants par la pression qu'ils leur font subir, leur seule présence suffit parfois pour amener des accidents d'une gravité telle, que le malade succombe, soit à la suite d'une péritonite, soit à une gastro-entérite, soit à une pneumonie, selon la direction vers laquelle s'accomplit leur développement.

Le dépérissement accompagné d'ictère, de douleur dans l'hypochondre, de dyspnée, peut encore amener la perte du malade; mais surtout, et c'est là le cas le plus fréquent, l'inflammation peut s'emparer du kyste; et du moment où la suppuration viendra s'y établir, un marasme rapide, la fièvre hectique et tous les accidents d'une suppuration interne, apparaîtront bientôt et amèneront promptement la mort.

On comprend aussi que l'ulcération des parois du kyste puisse occasionner sa rupture dans l'abdomen ou le thorax, ou dans les organes creux qui se trouvent dans ces cavités; c'est en effet une terminaison qu'on a observée. Enfin, il est des kystes séreux ou hydatiques qui se terminent en s'altérant de manière à se transformer en sorte d'athérome, de stéatome, dans lesquels on ne retrouve que des débris d'hydatides plus ou moins reconnaissables.

C'est, du reste, une malade qu'il faudra examiner de nouveau avant de prendre un parti.

— La femme à laquelle M. Velpeau avait enlevé un polype très considérable dans de si mauvaises conditions, et qui avait présenté des phénomènes pouvant faire craindre une terminaison fâcheuse, est sortie de l'hôpital complétement guérie.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Cas très remarquable de diagnostic obscur. Soupçon de fièvre typhoïde. Mort rapide. Foyers hémorrhagiques multiples dans les différents organes.

Le 19 décembre dernier est entré à la Charité, et fut reçu dans le service clinique de M. Fouquier, le nommé Lafont, âgé de dix-huit ans, serrurier, né à Aurillac, et demeurant à Paris depuis dix-huit mois.

Il fut conduit à l'hôpital vers une heure de l'après-midi. A son entrée, le chef de clinique, M. Boudet, le trouva presque froid et sans connaissance; il expira à trois heures.

On s'empressa de recueillir tous les renseignements qu'on aurait pu avoir sur les antécédents de cette très courte maladie, et voici ce que la sœur du malade nous apprit.

Leur grand-père était mort à trente six ans avec les symptômes d'une maladie chronique du poumon. Leur père mourut à soixante ans d'une goutte remontée; la mère à cinquante et quelques années, d'un coup d'apoplexie. Un de leurs frères succomba à une affection chronique pulmonaire, à l'âge de vingt-quatre ans; un autre, à peu près du même âge, à une maladie, à ce qu'il paraît, semblable.

La vie de notre malheureux jeune homme fut toujours assez régulière; il n'était pas adonné à la boisson à aucun autre excès, tout en faisant usage d'une bonne nourriture; il faisait assez d'exercice, et couchait dans une chambre spacieuse et saine.

Son caractère était doux, gai, et très rarement colère. Il jouissait d'une bonne santé habituelle; jamais il ne se manifesta en lui, autant que sa sœur ait pu le savoir, aucun symptôme de maladie de poitrine. Etant très bien portant dans les premiers huit ou neuf mois de son séjour à Paris, il eut une fièvre typhoïde, il y a sept mois, qui l'a retenu deux mois environ à l'hôpital. A la suite de cette maladie il se sentit longtemps faible, et se plaignait de temps en temps du mal de tête, comme si le sang se portait en trop grande quantité vers cette partie. Il n'eut cependant jamais d'hémorrhagie.

Le dimanche 15 décembre se trouvant en bonne santé, il alla au spectacle le soir. Il rentra ensuite se coucher, et dormit bien, à ce qu'il paraît. Le lundi il retourna à son travail; mais sur les neuf heures du matin il accuse un sentiment très marqué de froid, et cherche à se chauffer continuellement. On se décide à le mettre au lit. Il vomit une ou deux fois; il urine volontairement. Ainsi se passent le 16 et le 17. Le malaise, à cette époque, est augmenté; le malade se plaint surtout d'un grand mal de tête, et d'une douleur vive au côté gauche de la poitrine. On lui donne de la tisane, et on le veille.

Le mercredi matin il vomit plusieurs fois. On va alors à la recherche d'un médecin qui, après l'avoir examiné, diagnosque une fièvre typhoïde, et prescrit un cataplasme et un lavement.

Le malade urine à cette époque dans son lit, parle en se plaignant toujours de la tête; dans la nuit il est dans le délire, mais assez calme, sans convulsions.

Du 18 au 19, les mêmes symptômes continuent; le malade pourtant a encore la force de se lever pour aller à la selle. Il n'y a aucune sorte d'hémorrhagie; pas de toux, ni d'expectoration.

Le jeudi matin, il répond avec peine; mais aucun indice de véritable paralysie ne paraît dans les membres ou dans le tronc. Sa sœur s'en assure en l'habillant pour le transporter à l'hôpital.

Voici maintenant les très importantes altérations qu'on découvrit à l'autopsie du cadavre.

Ce jeune homme est d'une taille moyenne, bien musclé, d'une forte constitution. La peau du cadavre est généralement violette et parsemée de vergetures. Il y a une raideur cadavérique générale.

Le péricarde contient 60 grammes environ de sérosité d'un rouge foncé. La séreuse péricarde de l'organe est parsemée de petites ecchymoses noirâtres placées dans un tissu sous-séreux. Le péricarde viscéral en est pourvu plus abondamment.

A droite, sous la séreuse, on voit une multitude de points violets hémorrhagiques, surtout le long de la cloison et à l'origine de l'artère pulmonaire. Ces taches n'ont pas plus de 1 millimètre de diamètre.

Sur le ventricule gauche, près de la pointe de l'organe, il y a une large tache arrondie de 6 millimètres de diamètre. Le tissu du cœur, à la coupe, est infiltré de sang, et ne présente de ramollissement qu'au niveau de cette ecchymose hémorrhagique. Celle-ci s'étend à une profondeur de 6 millimètres au moins.

Un peu plus haut, près de la cloison, il est une tache de même nature, une infiltration musculaire de l'organe. Plusieurs autres taches semblables se présentent sur la surface du ventricule.

Le ventricule droit contient du sang noir, liquide. L'oreillette droite offre à la partie de la cloison auriculaire qui surmonte le bord adhérent de la valvule tricuspide, une tache irrégulière de 6 millimètres qui s'étend dans le tissu musculaire jusqu'à l'oreillette gauche.

Les cavités du cœur, les parois auriculaires présentent une étendue et une épaisseur normales; les parois du ven-

---

treté, que, le premier parmi nous, il en a donné une démonstration scientifique et académique; que c'est à ses efforts que l'on doit peut-être la conversion même de M. Bousquet, et que cependant l'Académie a placé ce médecin, dans ses largesses, sur un plan bien inférieur à M. Bousquet. Ce médecin, c'est M. Fiard. On ajoute qu'il eût été plus équitable peut-être de ne pas établir une différence si marquée entre les travaux de ces deux honorables confrères, et que si l'un a le mérite de propager la vérité avec tout le talent qu'on lui connaît et toute l'ardeur d'un nouveau prosélyte, l'autre a eu le mérite non moins grand de la proclamer alors qu'il n'y avait pour lui à rencontrer qu'embarras, obstacles et adversaires. Voilà ce que j'ai entendu dire ici et là, un peu partout, et ce que j'aurais été coupable de ne pas reproduire.

On reconnaîtra du reste, cette année, une grande diminution dans le chiffre des sommes accordées comme récompense aux auteurs de divers ouvrages Cette diminution n'a pas pour cause, je me hâte de le dire, l'infériorité relative des ouvrages couronnés, mais simplement l'état de la caisse de la fondation Montyon qui a forcé de rogner le chiffre de l'estime et des honneurs. Tel ouvrage qui par la commission des prix avait été fixé à 2000 fr. de récompense, est sorti des mains de la commission administrative avec une baisse de 500 fr.; il en est qui ont été rognés de moitié, et tous ont subi quelque mortification plus ou moins considérable. La commission avait été tellement généreuse dans les années précédentes, qu'il a fallu, cette année, modérer ses largesses. Cependant, comme la chose n'a été apprise que fort tard, il en est résulté quelques inconvénients pour les lauréats. On en cite un qui, sur l'annonce qu'un prix de 3000 fr. lui était accordé, avait cru pouvoir enfler d'autant le chapitre des dépenses extraordinaires de son budjet, et avait fait commande de quelques objets mobiliers dont il voulait embellir sa demeure; mais voilà qu'il est réduit de moitié, ce qui bouleverse de fond en comble toute l'économie de son grand-livre. Nouvelle application du vieux proverbe, juste même à propos des prix de l'Institut: *Ne vendez pas la peau de l'ours*, etc.

— Cette semaine a été attristée par l'exhibition inattendue des huissiers et du papier timbré. Tristes choses que ces messieurs et ce papier quand, l'un portant l'autre, c'est à la *requête* d'un confrère contre un confrère qu'une action est intentée. Un huissier n'a jamais eu le talent de me faire rire, s'appelât-il même monsieur Jacques Fumet. Il paraît que si les allées verdoyantes et ombreuses du château de La Muette n'ont pu porter un peu de calme et de modération dans l'esprit irritable de M. Guérin, la paisible et solitaire retraite de la rue Chanoinesse ne jettera pas un peu de baume sur ce cœur aigri par la contradiction. C'est fâcheux, plus encore pour M. Guérin que pour les *meubles et effets* de M. Vidal, qui heureusement n'ont jamais eu grande frayeur du noir gribouillage de M. Fumet. « M. Guérin peut me *saisir*, mais m'*étonner*, je l'en défie, » a répondu notre spirituel confrère à messieurs de la verge. Ils ont trouvé le mot joli, ce qui prouve qu'ils ne sont pas si huissiers que noirs. Le petit-clerc, qui a des velléités de vaudeville, se propose d'en faire la pointe d'un couplet; tant il est vrai que dans ce charmant pays de France, tout doit finir par des chansons.

Cependant je n'aime pas cet air *en forme de grosse exécutoire*; la musique de M. Guérin peut être fort savante, mais évidemment elle manque d'harmonie, et il a eu le tort grave de choisir M. Fumet pour l'*exécuter*. Il fait tout ce qu'il peut pour justifier cet acte, et il en appelle *au bon sens* pour prouver qu'il ne pouvait guère agir différemment C'est bien fort ! Il y a long-temps, et toute cette affaire le prouve, que M. Guérin a perdu l'habitude de consulter ce conseiller utile. Le bon sens lui aurait répondu: 1° Ne publiez pas votre statistique; 2° ne faites pas de procès; 3° n'exécutez pas un jugement contre un confrère; et 4° si vous avez le courage de le faire, ne cherchez pas de motifs à une action qui ne peut avoir d'excuse. M. Guérin se défend d'avoir jamais manifesté l'intention raisonnable d'abandonner les poursuites, comme l'a attesté M. J. Favre; il dit: Allez donc demander à Me Billaut si j'ai jamais tenu ce langage. Mais il était beaucoup plus simple d'apporter une attestation même de cet honorable avocat, que de dire: Si vous ne voulez pas me croire, allez-y voir. Enfin, tout est dérisoire dans cette réponse, jusqu'à l'affectation de la somme pour appareils à construire par M. Charrière pour servir à des enfants pauvres (1). M. Guérin sait bien que M. Charrière a trop d'esprit, de tact et de sens pour vouloir bénéficier d'une somme provenant de cette source.

— La colère serait-elle donc contagieuse, et les collaborateurs de la *Gazette médicale*, d'ordinaire si pacifiques, auraient-ils aussi subi l'influence de M. Fumet? On le dirait vraiment à voir l'un d'eux se fâcher tout rouge parce qu'il a été honorablement, scientifiquement cité dans ce journal par l'ingénieux et habile rédacteur de nos *Revues hebdomadaires*. Ce serait une prétention exorbitante et même tant soit peu burlesque de croire qu'un fait d'hôpital, qu'une observation clinique soit la chose, la propriété du chef du service; qu'on ne puisse publier ou même indiquer ce fait sans son assentiment, et qu'on soit un grand coupable de le faire à son insu. En vérité, nous voyons d'étranges choses dans ce monde, et dans la *Gazette médicale* en particulier. Bien heureux est notre collaborateur que son méfait n'ait été prévu par aucune des soixante-quatorze mille lois qui nous régissent — je néglige les fractions — car à cette heure son cabinet regorgerait de papiers timbrés, si la dynastie des Fumet n'était déjà à sa porte. Je me suis laissé dire qu'en fouillant bien dans les profondeurs de ses cartons, le seigneur et maître de la *Gazette des Hôpitaux* trouverait peut-être certains écrits qui prouveraient qu'on n'a pas toujours dédaigné la publicité qu'elle procure, et que ceux qui ont l'air d'être offusqués d'y voir leur nom incidemment imprimé, auraient quelquefois accepté avec reconnaissance de longues et *amicales* analyses de leurs œuvres. Toute cette colère ne viendrait-elle pas de certains refus?.....

(1) *Voir* notre réponse à la fin du Feuilleton.

— Laissons-là ces tristes histoires et pénétrons dans des régions plus sereines et plus pures. Je vous annonce un jubilé, un jubilé médical, et cela pour 1850. Préparez-vous, confessez-vous, repentez-vous, chers et très pécheurs confrères, car les temps approchent, et si vous perdez cette occasion, tout espoir de pardon et de salut va s'évanouir. Il faudrait, en effet, que vous vécussiez pendant cinquante années encore pour que pareille et si bonne occurrence vous fût offerte. Ceci n'est pas une fiction; ce jubilé a été annoncé, prédit et *programmé* par un de nos plus éminents confrères, par un homme dont, comme moi, vous aimez et vous appréciez le talent pur, délicat et distingué, dont vous respectez comme moi le caractère, dont comme moi vous partagez certaines convictions; je veux parler de M. Lordat, illustre et vénérable professeur de la Faculté, j'allais dire de l'Ecole, de Montpellier. Seulement ce jubilé ne sera ni à notre usage, ni au profit de notre conversion, nous tous qui n'avons pas eu le bonheur d'être nourris du lait médical de la nouvelle Cos; M. Lordat en a limité la participation dans l'enceinte de Montpellier. En quoi consistera la fête? 1° Grand discours sur Hippocrate en face de sa statue; 2° grand discours sur l'histoire de la médecine pendant le demi-siècle qui vient de s'écouler; 3° hymne au Créateur, à la santé et à la médecine; 4° grand festin. Voilà du moins ce que j'ai pu comprendre du programme en prose poétique chanté par M. Lordat.

— Un de ces matins, un monsieur d'une soixantaine d'années se présente à l'Hôtel-Dieu, demandant à parler à M. Roux. Le cerbère bicorne qui garde l'entrée de ce terrible lieu le conduit auprès du chirurgien, et la conversation suivante s'engage entre le visiteur et lui:

— Monsieur Roux, j'ai bien l'honneur de vous saluer; vous ne me reconnaissez pas?

— Non, Monsieur, je ne crois pas avoir jamais eu le plaisir de vous voir.

— Regardez-moi bien; je suis un de vos débiteurs.

M. Roux examine bras et jambes, la face et la tête, et voyant le tout en bon état:

— Vous vous trompez, Monsieur; je ne vous ai jamais saigné; je

ricule gauche sont un peu plus épaisses, mais sans ramollissement.

Les deux cavités gauche et droite contiennent du sang liquide ou presque liquide.

L'aorte est saine. Les veines du tronc sont gorgées de sang noir liquide.

Les deux poumons sont secs, noirâtres, onctueux au toucher. Ils ne renferment aucun liquide; quand on les coupe, rien ne coule de leur parenchyme, qui présente l'aspect d'un marbre noirâtre. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie pulmonaire. Le sommet gauche est adhérent, et présente en dedans une pseudo-membrane jaune, épaisse, et en la coupant on découvre une cavité sèche, lisse, tapissée par une pseudo-membrane ferme. Cette cavité pouvait avoir 3 centimètres de long et 1/2 de large. Elle est oblique, à grand diamètre vertical.

Il n'y a pas de tubercules autour de cette excavation, ni ailleurs.

Sous la plèvre droite on voit quelques points hémorrhagiques d'un brun-violet. Les bronches sont parsemées à leur origine de petites exsudations sanguines sous-muqueuses.

La langue, la trachée, le pharynx et l'œsophage sont sains.

L'estomac présente, à sa grande courbure, une large tache noire sous la muqueuse.

L'intestin grêle offre dans toute son étendue des hémorrhagies très remarquables depuis le duodénum jusqu'à la valvule iléo-cœcale. On y voit aussi des taches du volume de 2 à 4 millimètres de diamètre, arrondies, irrégulières, placées le plus souvent sur le bord libre, d'autres fois sur le bord libre et l'adhérent en même temps. Ces taches sont au nombre de vingt-deux à vingt trois; elles n'occupent aucune plaque de Peyer entière; une seule est placée à l'extrémité d'une de ces plaques, et on voit deux taches hémorrhagiques qui embrassent par leur sommet l'extrémité de cette plaque. Un des follicules paraît aussi être le siége de la même altération.

Du côté de la muqueuse on observe au niveau des hémorrhagies une surface bleuâtre qui est due à la couleur du tissu sous-muqueux, et dans cinq ou six plaques infiltrées de sang une érosion inégale à leur surface avec une matière jaunâtre analogue aux eschares jaunes adhérentes à la partie érodée. Ces ulcérations ne comprennent que la muqueuse; elles n'ont pas plus de 4 à 5 millimètres de diamètre. La muqueuse paraît saine, mais le tissu sous-jacent musculaire et sous péritonéal sont infiltrés de sang noir. Le péritoine, dans quelques points, présente des taches sanguines adhérentes à sa surface.

On voit aussi dans quelques points des saillies sur les valvules des intestins grêles, et en les coupant on y reconnaît un caillot sanguin. Du reste, des plaques de plus en plus saillantes, mais non ramollies ni érodées existent dans la moitié inférieure de l'intestin grêle. Les parties voisines de la valvule iléo-cœcale sont criblées de follicules isolés.

Il y a une large hémorrhagie au commencement du colon.

Les ganglions du mésentère, surtout à l'origine de l'intestin, sont tuméfiés et un peu ramollis, sans ecchymoses hémorrhagiques.

Le foie est à l'état normal. Il existe à peu près 45 grammes de bile ordinaire dans la vésicule.

La rate est un peu plus grosse qu'à l'ordinaire, molle, un peu injectée.

Les reins ont leur volume naturel. Le droit présente sept ou huit noyaux hémorrhagiques qui pénètrent la substance corticale. Les plus gros présentent au centre une matière albumineuse. On voit au centre de plusieurs d'eux des petites ecchymoses.

Le rein gauche offre douze ou quinze des noyaux indiqués, dont un du volume d'une noisette à la partie supérieure de l'organe. On ne voit pas de ramollissement. Le bassinet est à l'état normal.

La vessie est pleine d'urine, mais sans hémorrhagie.

Le cuir chevelu est gorgé de sang, de même que les sinus cérébraux. La dure-mère est soulevée et tendue comme par quelque chose qui distend le cerveau sous-jacent; elle est vivement injectée. Il n'y a rien dans l'arachnoïde.

La pie-mère présente une injection de sang noir en avant et en arrière, et à gauche sur le côté. En coupant en avant et à gauche le cerveau, on découvre un foyer hémorrhagique du volume d'une grosse noix couvert à peine par la substance grise; il contient un gros caillot noir avec une couche de tissu cérébral d'un jaune pâle de 4 millimètres d'épaisseur. A la partie supérieure et externe les circonvolutions qui couvrent le foyer sont un peu ramollies.

En arrière, il existe un foyer semblable qui s'ouvre sous les circonvolutions et qui s'avance jusqu'à la cavité anséroïde du ventricule, lequel est infiltré de sérosité rouge. Ce foyer a la capacité d'une prune de Monsieur, et occupe les circonvolutions postérieures.

En avant à droite, il y a un foyer comme en avant à gauche.

En arrière et à droite, un autre foyer du volume d'une noix, aboutissant presque à la base des circonvolutions; étranger aux ventricules. Il est entouré de matières ramollies sans couleur jaune. Les artères sont saines, ainsi que le cerveau, qui a une consistance normale; le cervelet de même. Il y a un épanchement de sang mêlé à de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien du cerveau et de la moelle.

Cette intéressante observation est faite pour donner lieu à plus d'une réflexion. Quelle était d'abord la nature de la maladie dont ce jeune homme fut affecté tout à coup, et qui l'arrêta au milieu de son travail ordinaire? Il s'agit d'un individu habituellement bien portant, d'une conduite, à ce qu'on a dit, régulière, qui, après avoir assez bien dormi, retourne à son travail et, quelques heures après, se sent pris de froid, de malaise pour lequel il est obligé de s'aliter et de recourir aux secours de l'art. Le médecin appelé près de lui crut reconnaître l'existence d'une affection typhoïde, et engagea les parents à le faire conduire à l'hôpital. En effet, une certaine faiblesse générale, de la céphalalgie, etc., qui se présentaient au début de la maladie, étaient des symptômes qui pouvaient jusqu'à un certain point faire soupçonner l'affection dont nous parlons; mais le malade, transporté à l'hôpital le troisième jour de sa maladie, succomba presque subitement. Or, quelle est la fièvre typhoïde, cette maladie si complexe, qui naît, s'accroît et se termine fatalement dans un si court espace de temps? Par conséquent, le diagnostic devait nécessairement être obscur et incertain jusqu'au moment de l'autopsie; effectivement, M. Fouquier n'osait guère se prononcer sur la nature de la cause morbide qui avait amené une mort si rapide. Heureusement la section cadavérique vint dissiper les doutes, en nous révélant des lésions multiples auxquelles, il faut en convenir, on était loin de s'attendre.

Maintenant, en présence de ces lésions si graves, telles que des foyers hémorrhagiques nombreux dans le cerveau, dans le cœur, etc., comment expliquer le développement et la marche des symptômes qui se succédèrent depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie? Le malade rentre du spectacle en très bonne santé, se couche et dort d'un bon sommeil, et puis, pendant qu'il vaque à son travail, se sent pris d'un sentiment de froid, de quelques vomissements, d'un malaise enfin qui l'oblige à se coucher; il se plaint surtout d'un grand mal de tête et d'une douleur vive au côté gauche de la poitrine; il continue dans cet état, sans présenter aucun indice de paralysie, ni de perte véritable de connaissance, et meurt au troisième jour! Ces graves hémorrhagies multiples que nous venons de voir, ont-elles eu lieu au commencement de la maladie? Et, dans cette hypothèse, comment la vie non-seulement organique, mais animale et sensitive, a-t-elle pu se prolonger presque intacte pendant trois jours? C'est là ce que nous avons de la peine à concevoir, ou, pour mieux dire, à nous expliquer. Nous recommandons ce cas à la méditation des médecins pathologistes. Y...

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du 10 mars, présidée par M. Ch. Dupin.

La séance publique de l'Académie des sciences a eu lieu aujourd'hui, et avait attirée un auditoire nombreux et distingué.

— *M. Arago* a proclamé les prix décernés.

— *M. Ch. Dupin* a lu un rapport sur la monographie des secours publics, travail de M. De May, qui a obtenu le prix de statistique de la fondation Montyon.

— *M. Flourens* a lu l'éloge historique d'Aubert Dupetit-Thouars. Cet éloge a été écouté avec une attention soutenue, et a plusieurs fois excité les applaudissements de l'assemblée.

Nous donnerons aujourd'hui l'indication des prix et des récompenses obtenus pour l'année 1843.

Prix relatif au mécanisme de la production de la voix humaine. — Le prix n'a pas été décerné. Une somme de 1200 fr. a été accordée à titre d'encouragement à M. Dequevauviller, une somme de 1000 fr. à M. John Bishop, à Londres, au même titre; une somme de 800 fr. à M. Charlotti, également au même titre.

Prix relatif à la structure comparée des organes de la voix. — La somme de 3,000 fr. a été partagée, à titre de récompense, entre M. le docteur Mayer (de Bonn), qui a obtenu 2,000 fr.; et M. John Bishop, à Londres, 1,000 fr.

Prix de physiologie expérimentale. — Ce prix a été accordé à M. Ponchet; des mentions honorables ont été accordées à MM. Blondlot et Dubois (d'Amiens).

Prix de médecine et de chirurgie. — M. Piorry a obtenu une récompense de 1,500 fr. pour ses recherches pratiques et expérimentales sur les maladies de la rate et les fièvres intermittentes;

MM. Trousseau et Belloc une récompense de pareille somme pour leur traité de la phthisie laryngée;

MM. Barthez et Rilliet, une récompense de 1,200 fr. pour leur traité des maladies des enfants;

M. Puiseuille, une récompense de 700 fr. pour des expériences sur l'influence que diverses substances exercent sur la vitesse du mouvement du sang;

M. Lacauchie, une récompense de 700 fr. pour ses travaux d'hydrotomie;

M. Cazenave, une récompense de 500 fr. pour son Traité des syphilides;

M. Tardieu, une récompense de 500 fr. pour son travail sur la morve;

M. Denis, un encouragement de 500 fr. pour ses recherches sur le sang;

M. Reybard, un encouragement de 500 fr. pour ses recherches sur l'empyème;

M. Pounet, une indemnité de 500 fr. pour ses recherches sur les contrepoisons du sublimé corrosif;

MM. Rognetta, Fournier-Deschamps et Foullioy, une mention honorable, les premiers pour une opération de l'extraction de l'astragale, le second pour un mémoire sur la désarticulation de la cuisse.

L'Académie a décidé qu'aucun ouvrage de médecine et de chirurgie ne lui paraissait mériter le prix.

Prix relatif à la vaccine. — L'Académie n'a pas décerné le prix. Elle a accordé une récompense de 5000 francs à M. Bousquet, et une récompense de 2500 francs à M. Fiard, et de pareille somme à M......

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Compte-rendu de la séance du 26 février 1845.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Michon présente une énorme tumeur ostéo-sarcomateuse occupant les os du bassin et l'extrémité supérieure du fémur gauche. Cette pièce a été recueillie sur un jeune homme de quinze ans, mort à l'hôpital Cochin. Elle est remarquable par son volume considérable; car elle n'a pas moins de 84 centimètres de circonférence, et par l'intégrité des cartilages diarthrodiaux de l'articulation coxo-fémorale et du fibro-cartilage de la symphyse du pubis, qui sont faciles à reconnaître au milieu des tissus de nouvelle formation qui constituent la tumeur. La peau qui recouvrait celle-ci pendant la vie était saine, excepté dans un point où une ponction exploratrice avait été faite, et qui à la fin est devenu le siége d'un ulcère large comme une pièce de 5 francs, et surmonté de champignons fongueux saignants au moindre contact.

— *M. Malgaigne* donne lecture d'un article tiré d'un numéro du *Bulletin thérapeutique*, année 1835, ou M. Amussat décrit exactement le procédé de cathétérisme renouvelé dans ces derniers temps par M. Maisonneuve.

Le même membre annonce à la Société que le malade opéré par M. Huguier d'un anévrisme de l'artère poplitée, est sorti de l'hôpital Saint-Antoine complétement guéri de sa maladie, et de la plaie qui résultait de son opération. La ligature n'est tombée que le trente et unième jour. Le malade a voulu retourner de suite à son pays, et n'a pu à cause de cela être présenté à la Société.

M. Malgaigne fait voir le fil qui a suspendu la circulation dans l'artère crurale, et fait remarquer que bien qu'il n'y ait pas effacement complet de l'anse qu'il formait autour de cette artère, il ne leur a pas été possible de constater l'existence du moindre tractus du tissu de la membrane externe de l'artère ou du tissu cellulaire ambiant dans l'intérieur de cette anse, tandis que d'autres fois, comme par exemple dans l'opération d'anévrisme de l'artère iliaque externe qu'il a pratiquée l'an passé, il a trouvé une notable quantité de ces tissus frappés de mort et entraînés avec le fil qui les avait étreints. Il se demande si, dans le premier cas, le long séjour que la ligature a fait dans la plaie après l'opération, n'a pas permis aux tissus qu'elles embrassait de se détacher des parties vivantes, et de se fondre et d'être entraînés par la suppuration. Il est d'autant plus porté à adopter cette explication, que dans le cas qui lui appartient la ligature resta moitié moins de temps en place que dans le cas de M. Huguier.

M. Malgaigne finit en appelant l'attention de la Société sur cette question qui lui paraît intéressante au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

M. Robert croit que la forme et le volume de la ligature sont pour beaucoup dans les différents résultats exposés par M. Malgaigne: une ligature fine, en effet, doit tendre à gangrener moins de parties qu'une large, et ces parties doivent avoir, dans le premier cas, plus de tendance à être éliminées que dans le second.

---

reconnais parfaitement toutes les personnes qui ont passé par mes mains.

— Il ne s'agit pas de soins médicaux, mais de soins intellectuels que vous m'avez donnés, et pour lesquels je vous suis redevable de 50 fr., que je vous apporte en ce moment.

— Je ne vous comprends pas, Monsieur, expliquez-vous plus clairement.

— C'est facile; il y a quarante ans, monsieur Roux, vous n'étiez pas encore chirurgien de l Hôtel-Dieu, ni d'aucun hôpital quelconque, et votre clientèle était tant soit peu problématique; mais vous aviez déjà une excellente réputation d'anatomiste et d'opérateur, et vous donniez des leçons particulières d'anatomie et de médecine opératoire à de nombreux élèves. J'ai eu l'honneur d'être le vôtre à cette époque, mais j'eus le malheur de quitter Paris sans vous payer le prix de votre cours. Cette mauvaise action m'a toujours pesé comme un remords; je m'étais fait la promesse qu'au premier souffle de la fortune je m'acquitterais envers vous. La fortune m'a souri, l'exercice de l'art que vous m'avez appris m'a donné quelque aisance, et je viens en ce moment payer une dette sacrée de quarante ans.

Et ce disant, cet honnête confrère surtit un rouleau de sa poche en le présentant à M. Roux.

— Je n'accepterai pas, je vous jure, s'écriait celui-ci; je n'ai nul souvenir de cette affaire, et d'ailleurs il y a prescription.

— Acceptez, monsieur Roux, ou je vous fais un procès, et non seulement vous serez forcé de prendre mes cinquante francs, mais encore les intérêts composés de cette somme qui s'élèvent à celle de 400 fr.

Et il y mit tant d'instance et il fut si pressant que M. Roux ne put s'en défendre; il accepta donc les cinquante francs de son ancien élève, mais pour les déposer immédiatement dans la caisse des secours de son arrondissement.

Ce fait, qui honore à la fois et le maître et l'élève, s'est passé la semaine dernière à l'Hôtel-Dieu.

— J'ai parlé dernièrement d'un salon médical et de haute musique très célèbre dans le monde dilettante. Autrefois le maître de maison se montrait fort hospitalier; de quelque façon et par quelque bout qu'on appartînt à la Faculté, pourvu qu'on eût un habit convenable et des gants propres, on était à peu près sûr de recevoir une invitation. Aussi professeurs, agrégés, prosecteurs, aides et sous-aides se pressaient dans ces salons; le plus petit lauréat de l Ecole ne quittait pas les bancs sans être honoré de cette faveur. Plus tard, les choses changèrent; les invitations médicales devinrent de plus en plus rares, elles se concentrèrent sur un tres petit nombre de professeurs et d'agrégés, et le reste il n'en fut plus question. Voilà qu'aujourd'hui on semble revenir aux premiers errements; les professeurs sont plus nombreux; on y a vu des agrégés; les prosecteurs ne doivent pas désespérer.

Seulement on invite par fournées et par lettre alphabétique. Un de ces *petits* dimanches, on voyait dans ces salons harmonieux plusieurs agrégés; la lettre G et la lettre M avaient eu leur tour de faveur. Un jeune agrégé doté d'une de ces capitales, excellent jeune homme du reste, plein de mérite assurément, et pouvant attribuer son invitation à toute autre cause qu'à la cause réelle qu'il ignorait d'ailleurs, voit un de ses collègues et s'approche en lui disant: — Quoi! vous aussi ici? — Et pourquoi pas, puisque vous y êtes? — C'est qu'on connaît ma vive passion pour la musique, et l'on m'a invité? — Etes-vous bien sûr que ce soit là le vrai motif? Tenez! regardez dans les salons; tous nos collègues ici présents commencent, comme vous et moi, par un M ou par un G; c'est qu'aujourd'hui c'est le tour de ces deux lettres.

Et c'était vrai. L'agrégé mélomane en a pris très spirituellement son parti.

Jean Raimond.

Dans le numéro du mardi 4 mars, nous avons porté à la connaissance du public le fait d'un confrère qui mettait à exécution contre un confrère un commandement avec menace de vente de *meubles et effets* sous vingt-quatre heures. Ce fait nous avait paru d'une énormité telle que, pour y croire, nous avons voulu toucher les originaux des pièces qui le constataient. Quand il s'agit de pareilles anomalies, les assertions, quelle que soit la pureté de leur source, ne peuvent nous convaincre.

M. Guérin ne se défend pas de la rigueur dont il a usé; mais n'ayant pu sans doute se procurer une preuve contraire à la déclaration d'un homme d'honneur qui savait la portée de sa lettre, M. Jules Favre, il nous propose, à nous, de la lui fournir! et déclare qu'il déposera chez son fabricant de machines les cinq cents francs pour les enfants pauvres qui ont besoin d'appareils orthopédiques, en prélevant les frais à la charge de celui qu'il a poursuivi.

Ici encore deux illusions:

1° Les frais sont payés à part et en sus des 500 francs. Ceux qui ont lu le commandement, le savent bien;

2° L'autre illusion, nous ne la caractériserons pas; mais M. Guérin nous permettra d'attendre les *preuves* pour croire à ses assertions. C'est ce que nous avons fait déja à l'égard de la partie adverse.

M. Bérard pense que dans les ligatures d'artères, il n'y a pas toujours gangrène de la portion serrée par le fil, et que bien souvent c'est par ulcération et absorption interstitielle de cette portion que l'artère est coupée par la ligature ; il croit que cette dernière circonstance a lieu surtout dans le cas où le fil est peu serré autour du vaisseau, et où la ligature est étroite. Quoi qu'il en soit, l'existence de cette ulcération dans quelques cas donnés, explique facilement pourquoi on ne trouve pas toujours de tractus celluleux dans l'anse d'une ligature qui tombe.

M. Vidal soutient qu'il y a toujours gangrène du point du vaisseau serré par une ligature. L'ulcération invoquée par M. Bérard n'est qu'une gangrène moléculaire ; car la seule différence qu'il y ait entre la gangrène et l'ulcération, c'est que dans la première le produit est palpable, et qu'il ne l'est pas dans la seconde.

— *M. Maisonneuve* présente le fémur d'un vieillard qui a succombé 48 heures après une fracture du col de cet os. Pendant la vie, les symptômes avaient présenté quelques particularités qui avaient fait croire à l'existence d'une luxation de l'articulation coxo-fémorale. Le membre, en effet, était raccourci de 12 centimètres environ ; la pointe du pied était renversée en dedans ; le genou était porté dans l'adduction, et la cuisse, un peu fléchie sur le bassin, tendait le pli de l'aîne plus profond que dans l'état normal ; enfin, ce qui était plus remarquable encore, une tumeur arrondie régulièrement existait dans la fosse iliaque externe, au-dessus et en arrière du point qui correspond à la cavité cotyloïde de l'os iliaque. Ajoutons qu'il était impossible de ramener le pied à sa direction normale, et qu'une mobilité évidente existait dans le sens antéro-postérieur du membre, mobilité qui était accompagnée de crépitation.

En l'absence de tout renseignement sur les circonstances de l'accident, le chirurgien crut avoir affaire à une fracture du col du fémur survenue chez un homme qui portait depuis longtemps une luxation spontanée de la cuisse ; mais les renseignements pris le lendemain ayant appris que le sujet marchait sans claudication avant sa chute, le chirurgien resta dans le doute sur la nature de la lésion ; car il lui répugnait d'admettre une luxation traumatique compliquée de fracture, chez un homme de cet âge, et à la suite d'une simple chute sur un sol uni, et il hésitait d'autre part à rapporter tous les symptômes énumérés plus haut à une fracture ordinaire du col du fémur.

Voici ce que l'autopsie a montré, et l'explication qu'elle a donnée des symptômes observés pendant la vie. C'était bien à une fracture du fémur qu'on avait affaire et l'articulation coxo-fémorale était intacte ; mais cette fracture était double, l'une avait son siége au-dessous du petit trochanter, et cette apophyse était arrachée et portée en haut par l'action du muscle psoas-iliaque qui y restait attaché. Quant au grand trochanter, il avait été aussi séparé de l'os et c'était lui qui, entraîné dans la fosse iliaque externe, simulait la tête du fémur luxée. Une seconde fracture existait à la base du col de cet os, en dehors de la capsule.

M. Maisonneuve fait remarquer que la rotation du pied en dedans s'explique par le mode d'engrènement des parties osseuses qui s'opposaient à la rotation en dehors ; 2° par le défaut d'action des principaux muscles rotateurs de la cuisse en dehors, spécialement de ceux de la région pelvi-trochantérienne qui, insérés sur les deux tubérosités, détachées du reste du fémur, n'avaient plus d'action sur les mouvements de cet os.

— *M. Chassaignac* appelle l'attention de la Société sur une particularité qui intéresse le diagnostic des kystes synoviaux de la gaîne des tendons fléchisseurs du poignet.

Ceux de ces kystes qui renferment des concrétions comparées à des graines de riz, et qui présentent deux poches, l'une au-dessus du carpe, l'autre dans la région palmaire de la main, présentent à la pression les deux phénomènes suivants : 1° une sensation particulière qui a été bien signalée par Dupuytren, que l'on a comparée à celle que fait éprouver une chaîne qui serait palpée à travers une étoffe ; 2° une sensation de fluctuation bien distincte lorsqu'appliquant une main sur l'un des deux diverticules de la poche synoviale on presse avec l'autre main sur le diverticule opposé.

La remarque de M. Chassaignac a pour objet d'établir que ces deux signes peuvent manquer malgré l'existence bien constatée des concrétions et de la communication des deux poches sus et sous carpiennes, et cela par le seul fait de l'étroitesse extrême du conduit de communication entre ces deux poches.

Voici à quelle occasion les assertions précédentes ont été vérifiées, et le mode opératoire qui a été suivi dans ce cas.

Un homme de quarante-neuf ans, garçon grainetier, éprouva en mars 1843, une forte torsion du poignet au moment où il cherchait à soutenir une pesante mesure de féveroles. Il éprouva au moment même une douleur vive et un craquement très prononcé. Huit jours après apparut sur l'avant-bras, à un travers de doigt environ au-dessus du ligament annulaire, une tumeur de la grosseur d'une noisette et qui atteignit plus tard le volume d'une noix, puis resta stationnaire. Ce ne fut qu'en janvier 1844, qu'une tumeur nouvelle se montra dans la paume de la main. Cette dernière prit des dimensions telles qu'elle remplissait la région palmaire, déterminait la flexion permanente des doigts et présentait à sa surface une sorte de cloisonnement longitudinal produit par les brides de l'aponévrose palmaire. La peau était amincie au point de présenter au niveau des bosselures une demi-transparence. Ce fut dans cet état que le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu. A l'aspect de cette tumeur on porta pour diagnostic : *Ganglion synovial de la gaîne des tendons fléchisseurs.*

L'exploration la plus attentive ne fit découvrir ni la sensation des grains de riz, ni celle de la fluctuation de la poche palmaire à la poche sus-carpienne, et cependant ces deux poches communiquaient, ainsi que le lait fut démontré pendant l'opération. Voici en quoi consista celle-ci.

Un trois-quarts à hydrocèle, de volume ordinaire, fut porté sur l'une des bosselures de la poche palmaire, dans un point où l'on ne pouvait craindre de blesser les arcades palmaires. Sous l'influence de fortes pressions exercées sur cette poche, on fit sortir un nombre considérable de concrétions blanches hordéiformes accompagnées d'un liquide visqueux très peu abondant ; de sorte que la presque totalité de la tumeur était constituée par ces concrétions, dont plusieurs offraient en largeur des dimensions plus fortes que celles de la canule du trois-quarts employé. Il paraîtrait que l'élasticité dont elles jouissent a un haut degré, leur a permis de modifier leur forme pour passer au travers de cette canule. Une fois la tumeur palmaire vidée, on exerça des pressions sur celle qui siégeait au-dessus du carpe ; mais ce ne fut qu'en portant ces pressions à un haut degré, que l'on parvint à vider cette dernière dans la poche palmaire, d'où les concrétions passèrent ensuite à travers la canule du trois-quarts sous l'influence de pressions réitérées. Les deux diverticules communiquaient donc entre eux ; mais, comme le prouva la suite de l'opération, l'ouverture de communication était fort étroite. En effet, afin de vider les deux kystes aussi complètement que possible, M. Chassaignac injecta à trois reprises de l'eau tiède à travers la canule. Or, on remarquait à chaque injection que la tumeur palmaire se remplissait seule d'abord, et que ce n'était qu'après une distension excessive de celle-ci, que le liquide passait enfin dans la poche sus-carpienne. Les mêmes difficultés existaient pour faire refluer le liquide injecté dans la poche palmaire, quand on avait vidé cette dernière par la canule du trois-quarts. Ce ne fut qu'après trois injections d'eau que l'on pratiqua une injection de teinture d'iode coupée de deux tiers d'eau. Le malade est au douzième jour de l'opération ; aucun accident n'est survenu ; les tumeurs ont diminué de volume pour près de moitié, surtout celle de la région palmaire. Les doigts ont été maintenus redressés à l'aide d'une attelle. Les mouvements sont parfaitement libres.

Séance levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie; par le docteur MICHÉA. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.)

Qu'est-ce que l'hypochondrie? Pour M. Michéa, « ce que l'on entend par hypochondrie n'est autre chose au fond qu'une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou de la lypémanie, qui consiste dans une méditation exagérée sur son *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau. » A cette définition, qui est fort juste d'ailleurs, nous reprocherons cependant de ne point renfermer la solution de la question suivante : L'hypochondrie est-elle toujours symptomatique d'une affection organique plus ou moins profonde, ou peut-elle exister indépendamment d'une lésion matérielle appréciable? Toutefois, hâtons-nous de le dire, l'auteur n'a pas reculé devant cette importante question ; mais nous pensons qu'il eût pu facilement indiquer tout d'abord, dans le cours de sa définition, sa pensée à cet égard. Son opinion sur ce point, du reste, ressort explicitement de la division qu'il établit dans l'étude de la maladie elle-même.

D'accord avec Broussais, dont il partage entièrement la manière de voir à ce sujet, il divise l'hypochondrie en : 1° essentielle, primitive ou idiopathique ; 2° secondaire ou sympathique ; 3° mixte. Dans la première classe il range le délire hypochondriaque pur et simple, isolé de toute espèce d'affection relative au corps. Dans la seconde, celui qui dépend d'un désordre réel et primitif existant au sein des viscères ; dans la troisième, enfin, celui qui est constitué par un mélange des deux états précédents. Quelle est la plus fréquente de ces trois formes? Sur 68 cas où le point de départ des symptômes a pu être constaté, trente-quatre fois l'hypochondrie a été secondaire, trente fois primitive, quatre fois mixte.

Après avoir établi par le détail de plus de quatre-vingts faits, soit recueillis par lui-même, soit empruntés à différents auteurs, ses opinions sur la nature de l'affection, l'auteur aborde l'histoire générale de l'hypochondrie, dont il trace la symptomatologie d'après les faits particuliers consignés dans la première partie de son travail.

Pour l'hypochondrie primitive, il distingue trois périodes, la première caractérisée par un désordre exclusivement psychologique ; la seconde par un trouble mental aussi, mais accompagné de lésions corporelles, de troubles de sensibilité et de motilité dans un ou plusieurs organes ; dans la troisième enfin, le délire s'accompagne d'altérations matérielles, de désordres de texture. Chacune de ces périodes fait l'objet d'un paragraphe spécial, dans chacun desquels l'auteur renvoie aux observations particulières, appuyant sur des preuves toutes les assertions qu'il émet, méthode, pour le dire en passant, éminemment philosophique, et qui révèle une profonde habitude de l'observation clinique. Après un examen rapide de l'hypochondrie consécutive, dont la symptomatologie comporte beaucoup moins de développements, vient l'étiologie ; l'étude des causes immédiates, tirées des âges, des sexes, des tempéraments, des professions, des doctrines religieuses et philosophiques, des conversations, etc. ; celle des causes médiates, qui comprend les matériaux de l'hygiène, les affections pathologiques, etc., forme un chapitre de la plus haute importance, et qui fournira au praticien d'utiles données pour la détermination des méthodes thérapeutiques à mettre en usage dans le traitement de cette terrible maladie. L'ouvrage se termine par l'énumération des terminaisons possibles de la maladie, et par des conseils éminemment pratiques relatifs au traitement de l'hypochondrie.

Après l'honorable distinction qu'a obtenue le livre de M. Michéa de la part de l'Académie, faire l'éloge de ce traité nous paraît tout au moins inutile. Cependant s'il nous est permis sans trop de présomption, de joindre à cet important suffrage notre obscure approbation, il est un point sur lequel nous ne saurions trop féliciter l'auteur. C'est de n'avoir point obéi à la tendance trop générale qu'ont ceux qui s'occupent des maladies mentales de considérer presque toujours ces maladies comme indépendantes des désordres matériels qui en sont fréquemment la cause, soit prochaine, soit éloignée, et de s'être montré aussi bon physiologiste et anatomo-pathologiste que psychologiste instruit et observateur consciencieux.

X.....

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 13 MARS 1845. (18e ANNEE.) N°. 30. TOME VII. — 2e. SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 12 MARS 1845.

Une discussion des plus graves a inopinément éclaté hier à l'Académie de médecine. Nous disons inopinément; car, malgré les efforts, que pour notre compte nous trouvons très louables, de M. Ferrus pour faire ajourner ce débat, l'Académie presque tout entière s'est trouvée, comme M. Rochoux, assez forte pour l'entamer sur le champ. Ces improvisades, comme disait Molière, sur des questions aussi élevées, offrent toujours des inconvénients graves. Le débat manque d'ampleur, de solidité et de méthode; on effleure les questions sans les approfondir; on se noie dans les petits détails; on perd de vue les principes, et la discussion tourne en personnalités puériles ou en conversations mesquines.

C'est ce qui est arrivé hier à propos de questions les plus élevées qui puissent être agitées dans l'enceinte académique. M. Jolly, dans un rapport très bien fait et très littérairement écrit, venait de rendre compte d'un travail de M. Belhomme sur les altérations pathologiques du cerveau des aliénés paralytiques. On sait que ce laborieux confrère poursuit avec ardeur ses recherches sur la localisation de la folie. Chaque forme de l'aliénation correspond, selon lui, à une altération particulière du cerveau, altération qui est la conséquence et le résultat d'une phlegmasie primitive. Ces opinions, il faut le dire, M. Belhomme est à peu près le seul à les soutenir aujourd'hui; et devant les résultats contradictoires, incertains et souvent complétement nuls de l'anatomie pathologique, les uns ont désespéré de trouver là une cause de l'aliénation; les autres, tout en avouant leur impuissance, ou se tournent vers des espérances d'avenir, ou adoptent l'existence de modifications organiques si profondes et si intimes qu'elles ne sont plus appréciables.

C'est sur ces questions que l'Académie a ouvert une discussion.

M. Jolly ne croit pas aux promesses et aux résultats de l'anatomie pathologique relativement à la localisation de l'aliénation mentale. Il a combattu les doctrines de M. Belhomme avec courtoisie, mais avec des développements étendus et dignes d'attention. Il a été même beaucoup plus loin que tous les autres adversaires de la localisation, en soutenant que la folie lui paraissait incompatible avec une altération organique.

Le cerveau, a-t-il dit, n'est pas plus altéré dans la folie que ne l'est l'estomac dans les appétits dépravés des femmes enceintes et chlorotiques. Pour lui, les altérations trouvées dans le cerveau des aliénés sont ou de simples coïncidences, ou le résultat de maladies concomitantes. En un mot, et pour résumer la doctrine de M. le rapporteur, il n'existe pas de cause organique de l'aliénation.

MM. Ferrus et Rochoux se sont vivement élevés contre cette doctrine. M. Ferrus, en restant dans les limites de la question médicale, en citant des faits, en invoquant les principes qui dirigent les anatomistes et les physiologistes; M. Rochoux, en élargissant le débat, en le portant sur le terrain de la philosophie générale, en renouvelant cette immense, éternelle et insoluble discussion de l'esprit et de la matière, de l'âme et du corps. Les principes de M. Rochoux sont bien connus; il les a bien résumés par un mot: Je suis unitaire, a-t-il dit; c'est-à-dire qu'il ne croit qu'à un seul principe, à une seule cause, à une seule modification, la matière. Il n'y a pas de causes morales, tout est physique et organique; le cerveau se dérange parce que le cerveau fonctionne mal, et il fonctionne mal parce qu'il est altéré, soit visiblement, soit moléculairement.

Que parlez-vous de molécules? s'est écrié M. Gerdy, avec une véhémence extrême. Cette philosophie est extravagante et absurde, a-t-il ajouté académiquement, et admettant la priorité de l'altération du sentiment avant toute altération organique, il a rejeté vigoureusement toute intervention anatomique pour expliquer la folie.

En quelques mots, voilà le résumé de la séance. Inutile de dire que cette discussion incomplète n'a élucidé en rien les questions qui étaient en cause. Nous ne sommes pas sûrs qu'avec un peu de préparation et de réflexion le résultat eût été différent; mais au moins la discussion aurait-elle pu être plus profonde et plus digne.

Il eût fallu d'ailleurs la concentrer. Quelques principes philosophiques ou religieux qu'on professe, il ne peut répugner à personne, et c'est une nécessité qu'il faut d'ailleurs accepter, de considérer le cerveau comme l'instrument, si ce n'est comme l'organe de l'intelligence. Or, soutenir que quand cette fonction est troublée le cerveau ne subit aucune espèce de modification ou d'altération, c'est, en vérité, admettre un principe subversif de toute logique, de tout raisonnement possible en physiologie. Hors de ce principe tout est chimère, confusion, hypothèse. Laissons là les conséquences que les diverses opinions peuvent en tirer. Aux yeux du véritable philosophe, la matière intelligente est un phénomène aussi sublime, aussi incompréhensible, démontrant aussi bien la puissance du Créateur, que les diverses entités par lesquelles on explique la pensée. Restons médecins, c'est-à-dire observateurs patients des phénomènes de la vie, et laissons dans le secret de la conscience et des convictions intimes, des croyances qui ne peuvent faire avancer d'un pas les graves questions qui divisaient hier l'Académie.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Syphilis secondaire et tertiaire. — Tubercules muqueux de la vulve et de la face. — Exostoses du tibia, etc. — Quelques considérations sur l'évolution de la syphilis.

Le 13 décembre 1844, est entrée à la salle Saint-Bruno, numéro 9, la nommée Élisa F...., âgée de 30 ans, journalière.

D'une bonne constitution, de taille moyenne, tempérament lymphatique, teint jaunâtre, cheveux bruns, embonpoint très médiocre. D'une bonne santé habituelle, elle dit n'avoir jamais été malade, et n'avoir eu dans son enfance que quelques croûtes dans la tête, mais aucune éruption dartreuse ou autre sur le corps. Réglée à quinze ans passés pour la première fois, accouchée, il y a deux ans, à terme, d'un garçon mort au bout de dix jours. Deux mois après ses couches, elle a eu une fièvre tierce guérie au bout de six semaines par le sulfate de quinine. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle est enceinte de cinq mois.

Au mois d'août dernier, quelques semaines après l'époque de la conception, elle a contracté, à la suite de rapports avec un individu qui avait un écoulement urétral, un écoulement suspect, ainsi que des chancres à la vulve. Au bout de quinze jours, les chancres sont devenus saillants, la vulve s'est tuméfiée au point de gêner la marche, et les parties externes de la génération sont devenues le siége de vives démangeaisons et d'un prurit incommode.

Peu de temps après, à la fin du même mois, elle a commencé à ressentir des douleurs dans les jointures des membres supérieurs; en même temps, un grand nombre de boutons pustuleux se sont montrés sur la face et sur le cuir chevelu. Malgré tous ces symptômes, elle ne fit aucun traitement et ne consulta aucun médecin.

Ce ne fut qu'au mois d'octobre qu'elle se présenta pour la première fois à la consultation de l'hôpital de Reims, où un médecin, M. le docteur Philippe, lui ordonna des pilules qu'elle prit pendant quinze jours, et une eau, dont elle ne peut indiquer la composition, pour faire des lotions aux parties génitales. Les boutons pustuleux de la face et de la vulve persistèrent, et aux douleurs articulaires vinrent se joindre d'autres douleurs dans la longueur des clavicules, dans les tibias, douleurs vives, profondes, continues, avec exacerbation pendant la nuit.

Les phénomènes morbides augmentant d'intensité, elle entra au bout de quinze jours à l'hôpital de Reims; on lui fit prendre, à l'intérieur, la liqueur de Van Swieten; on lui prescrivit des bains simples locaux et généraux; ce traitement fut continué pendant un mois. Durant cet espace de temps, la maladie s'aggrava encore et fit de nouveaux progrès. Les pustules devinrent tellement nombreuses qu'elles finirent par couvrir une grande partie de la face. Les douleurs augmentèrent d'intensité. Après cinq semaines de séjour à l'hôpital, on lui donna sa sortie, pour qu'elle vînt se faire traiter à Paris.

Contrainte de partir sans avoir pu obtenir le secours qu'elle avait en vain demandé en sortant de l'hôpital, cette fille, dans le dénûment le plus complet et sans aucune ressource, à peine vêtue, enceinte de six mois, eut le courage d'entreprendre, à pied, une longue route, par un froid des plus rigoureux, marchant dans la neige avec des sabots, gênée en outre par les éruptions de plaques muqueuses qui lui causaient des démangeaisons insupportables, vivant de la charité des passants, couchant la nuit dans les granges où on ne lui refusait pas un abri. C'est ainsi qu'elle est arrivée à Paris, après un voyage long et pénible, dans lequel elle eut à supporter les privations les plus cruelles et des douleurs de toute espèce. Couverte de vermine et recueillie à son arrivée par la préfecture de police, elle fut immédiatement dirigée sur l'hôpital de Lourcine.

C'est pendant le voyage que les douleurs dans les os des jambes ont augmenté encore d'intensité, et qu'il a paru au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, une tumeur assez petite d'abord, mais bientôt du volume d'un œuf de pigeon.

Voici ce que nous présente l'examen attentif de cette malade à son entrée dans les salles de M. Cullerier, au milieu du mois de décembre:

1° Du côté des parties génitales. La vulve est tuméfiée. Les grandes lèvres sont couvertes de plaques muqueuses, larges, confluentes, grisâtres; ces plaques sont beaucoup plus nombreuses sur toute la hauteur de la grande lèvre droite que sur celle du côté gauche. Les nymphes présentent également des plaques tuberculeuses, blanchâtres, mais plus disséminées et moins nombreuses. La muqueuse, dans les intervalles qui séparent ces plaques, est d'une couleur violacée particulière. Sur le pli génito-crural, deux tubercules isolés. L'anus est entouré d'une plaque muqueuse circulaire ulcérée.

2° Sur la face on observe de petites saillies granuleuses arrondies, pleines, agglomérées autour des lèvres, principalement aux commissures et sur le menton.

3° A la tête, et sur le cuir chevelu, traces d'une affection récente.

4° Sur le tibia du côté gauche, inégalités osseuses très manifestes sur le bord antérieur. Des inégalités à peu près pareilles, mais moins sensibles, quoique bien marquées cependant sur le bord antérieur du tibia du côté droit.

5° Au niveau de l'articulation cléido-sternale gauche, on constate l'existence d'une saillie arrondie, du volume d'une grosse noix, immobile, dure, sans changement de couleur à la peau, non fluctuante, peu douloureuse, un peu élastique à la pression.

Le 15 décembre, la malade a été soumise au traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 2 grammes par jour, et le 19 du même mois, on a prescrit simultanément deux pilules de proto-iodure de mercure par jour.

Le 21 décembre, l'amélioration est déjà très appréciable. Les tubercules muqueux des parties génitales, plusieurs fois touchés avec le nitrate d'argent, s'affaissent. Ceux de la face se détachent, en laissant à la place qu'ils occupaient une maculature cuivrée caractéristique. Les douleurs qui se faisaient sentir dans la longueur des membres, et suivant le trajet des os longs, s'apaisent.

Le 16 janvier, la malade continuait toujours son traitement; les tubercules muqueux de la vulve avaient complétement disparu. Du côté de la face, les traces mêmes disparaissaient, et la coloration rouge-brun était moins intense. La périostose de la clavicule était sensiblement diminuée de volume.

— Ce fait, recueilli par M. Davasse, interne du service, à l'obligeance duquel nous en devons la communication, est des plus importants, mérite de fixer l'attention sous plusieurs rapports, et a fourni l'occasion à M. Cullerier de développer ses idées sur l'évolution des phénomènes de la syphilis; idées qu'il a longuement exposées dans un travail récent, et dont nous nous bornerons à tracer une analyse sommaire.

On sait quel désaccord a régné autrefois et règne encore aujourd'hui en partie parmi les syphiliographes, les uns regardant comme primitifs des accidents que les autres ne regardent que comme secondaires; les premiers admettant comme possible la transmission directe et la contagion de symptômes, que les seconds considèrent comme propres à l'individu, abstraction faite de la transmission héréditaire. C'est à M. Ricord que l'on doit d'avoir développé des idées dont le germe se trouve dans les travaux de Hunter, d'avoir établi une théorie fondée sur des observations et des expériences directes.

La doctrine de la nouvelle école admet trois périodes, trois divisions de la vérole:

1° Symptômes primitifs, le chancre;

2° Symptômes secondaires, maladies de la peau et des muqueuses;

3° Symptômes tertiaires, maladies des os et du tissu fibreux.

Telles sont les divisions qu'a établies M. Ricord dans les notes qu'il a jointes au traité de Hunter, et dans l'ouvrage qu'il a publié en 1838.

Depuis lors il a proposé d'intercaler entre la première et la seconde division une division supplémentaire. Un malade présente un chancre sur le gland, le contact prolongé du chancre sur la surface saine du prépuce peut faire développer un autre chancre sur ce point de la muqueuse préputiale. D'autre part, chez un sujet qui présente un chancre, un ganglion lymphatique peut, dans certaines limites, s'engorger, suppurer et produire une ulcération chancreuse. Ce chancre, produit par contact d'une membrane saine avec une ulcération spécifique, ce bubon vénérien, déterminé dans la sphère d'absorption du chancre, M. Ricord leur donne le nom de phénomène *successif*, dénomination que M. Cullerier voudrait voir rejeter, craignant que, par ce mot successif, quelque praticiens ne pensent, à tort, que M. Ricord a voulu exprimer l'idée d'un symptôme secondaire; mais ce n'est là qu'une question de mots, et qui n'est pas du plus grand intérêt.

Une autre question se présente, beaucoup plus grave, et

sur laquelle M. Cullerier est en désaccord avec l'auteur de la doctrine, non plus quant à la forme, mais quant au fond. Dans certains cas, dit M. Ricord, et après un traitement mercuriel bien fait, il peut arriver que les accidents secondaires soient supprimés, et que les accidents tertiaires apparaissent après un temps plus ou moins long sans le chancre intermédiaire qui a dû manquer. C'est cette apparition du phénomène tertiaire non précédé du phénomène secondaire, que d'après des faits nombreux M. Cullerier se croit en droit, non pas seulement de révoquer en doute, mais même de nier complétement. Il admet bien qu'un traitement mercuriel peut guérir à tout jamais, et détruire le principe syphilitique; mais alors aussi, pour lui, tout est guéri, accident secondaire, accident tertiaire. Si le traitement échoue, au contraire, ce sera tout aussi bien pour les uns que pour les autres de ces phénomènes; en un mot, jamais il ne peut y avoir, quelle qu'en soit la cause, interversion dans l'apparition des phénomènes syphilitiques.

Il est possible que le traitement mercuriel mitige les accidents à venir; mais si l'on voit apparaître des symptômes tertiaires, on peut être sûr que des symptômes secondaires, si faibles soient-ils, se sont montrés auparavant.

Peut-être, maintenant, arrivera-t-il que des phénomènes tertiaires se montreront pendant que les phénomènes secondaires persisteront encore. L'observation que nous avons rapportée en détail au commencement de cet article en offre un exemple bien convaincant; peut-être aussi, et ceci pourrait induire en erreur plus facilement encore, arrivera-t-il qu'un phénomène secondaire paraîtra après un phénomène tertiaire; une éruption cutanée, par exemple, après une exostose. Mais il n'y aura pas là interversion véritable; il n'y aura qu'apparence d'interversion; et l'on pourra, du moins M. Cullerier le pense ainsi, être assuré que l'exostose aura été précédée d'un symptôme secondaire, quel qu'il soit; le principe spécifique, tout en se montrant encore sur les parties qu'il avait d'abord attaquées, s'est déjà porté, dans ces cas, sur les organes profonds. Puis quelquefois la rapidité de la marche de la maladie a été telle, que l'observateur n'a été frappé que des symptômes du début et de ceux de la fin, les phénomènes intermédiaires lui ayant complétement échappé. Que si l'on voulait s'en rapporter aux assertions des malades dans les cas douteux, ce serait une grave imprudence. Combien ne rencontre-t-on pas journellement de sujets qui, soit par négligence, soit par défaut d'intelligence, soit enfin par le désir de tromper le médecin, cherchent à induire en erreur le praticien qui par des interrogations multipliées s'efforce d'arriver à la découverte de la vérité! Et même dans ces cas, souvent l'on peut encore arriver à constater, dit M. Cullerier, la véritable succession des phénomènes. Toutes les fois qu'il a pu observer les malades pendant tout le cours de l'évolution de l'affection syphilitique, toujours il a constaté cette régularité dans la marche, que M. Ricord pense pouvoir manquer dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, comme nous l'avons dit, un traitement mercuriel a été exactement suivi et couronné de succès.

Deux mots encore, et nous terminons. Quelle peut être l'influence du traitement mercuriel sur la production des phénomènes constitutionnels, lorsque ce traitement a été fait avant l'apparition des phénomènes constitutionnels et pendant que le malade n'avait encore que des symptômes primitifs? Malheureusement cette influence est bien faible. Des relevés faits pour éclaircir ce point de pathologie, il semblerait résulter qu'il y a autant et même peut-être un peu plus de syphilides chez les malades qui ont fait un traitement mercuriel préventif que chez ceux qui s'en sont abstenus. Mais c'est là une question subsidiaire, et qui ne doit pas nous occuper ici.

Dans une pareille discussion, simple historien, nous n'avons dû qu'énoncer les faits, sans avoir la présomption de prendre parti de l'un ou de l'autre côté; nous terminerons en reproduisant, sous forme de quatre propositions, les idées de M. Cullerier sur le sujet qui nous occupe.

1° La syphilis est une maladie à marche régulière, quant à la succession des symptômes, sans que l'on puisse préciser l'époque d'apparition de chaque ordre de symptômes.

2° Elle présente trois périodes qui se succèdent toujours dans le même ordre.

3° Elles sont constituées: la première, par le chancre, symptôme transmissible d'un individu à un autre; la seconde, par la manifestation de lésions de la peau ou des muqueuses, qui ne se montrent jamais qu'après l'accident primitif; la troisième manifestation sur les organes profonds; les tissus cellulaire, osseux, fibreux, conséquence du symptôme primitif et toujours précédée de l'accident secondaire.

4° Enfin, si la syphilis n'est point arrêtée par un traitement efficace à la première période, c'est toujours dans le même ordre et sans interversion que reparaîtront les symptômes.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Tumeur de la région épigastrique. Hydatides.

Dans le service de chirurgie se trouvent actuellement plusieurs cas très intéressants, sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique.

Nous commencerons par rapporter l'histoire d'un malade qui porte une tumeur située à la région épigastrique; ensuite nous chercherons à déterminer:

1° Quel est le siége de cette tumeur; si elle est contenue dans l'épaisseur des parois abdominales ou dans la cavité de l'abdomen;

2° Quel est son point d'origine; si elle vient de l'estomac, de l'épiploon ou du foie;

3° Quelle est sa nature; si c'est un abcès, un cancer ou un kyste hydatique. Enfin, après avoir établi la nature de cette tumeur et ses terminaisons, nous indiquerons quels moyens thérapeutiques le chirurgien doit employer en pareil cas.

Au n° 15 de la salle des hommes est couché le nommé Jean Carton, menuisier, âgé de trente-cinq ans. Il y a vingt mois (juin 1843) que cet homme s'aperçut pour la première fois d'une petite tumeur du volume d'une noisette, située à la région épigastrique et développée sans cause appréciable; néanmoins en rassemblant ses souvenirs, il dit avoir reçu, quinze jours auparavant, un violent coup de poing dans l'hypochondre gauche, et fait un effort pour soulever une pièce de bois.

Cette tumeur était indolente et sans aucune adhérence avec la peau; il n'y fit pas attention, et passa ainsi deux mois en se livrant à ses occupations ordinaires. Mais à cette époque, comme la tumeur augmentait de volume et commençait à le gêner beaucoup dans les mouvements de torsion imprimés au tronc, il entra à l'hôpital de la Pitié dans un service de chirurgie. On ne fit aucun traitement, on ne proposa aucune opération, on voulait attendre et garder le malade dans le service; mais celui-ci s'ennuyant à l'hôpital, en sortit après un mois environ de séjour. Six mois après, il entra de nouveau à l'hôpital de la Pitié; mais cette fois dans un service de médecine: la gêne produite par la tumeur était telle, que le décubitus latéral gauche était devenu tout à fait impossible, et que le malade éprouvait une sensation pénible chaque fois que le corps se tournait soit du côté droit, soit du côté gauche; il sentait, dit-il, une boule rouler de droite à gauche, quand il se tournait à gauche *et vice versâ*. Il resta encore un mois dans ce service sans subir aucun traitement.

Six mois s'écoulèrent pendant lesquels il ne put se livrer à sa profession, et les mêmes raisons (augmentation de la gêne et du volume de la tumeur) l'engagèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu dans un service de chirurgie; il n'y fit aucun traitement, et en sortit après un mois de séjour.

Enfin, cinq mois après, il entre à l'hôpital de l'Ecole, le 20 février 1845, et présente l'état suivant:

On remarque à la région épigastrique une tumeur dont la situation varie dans les diverses positions que prend le malade: ainsi, dans le décubitus dorsal, elle est située à peu près sur la ligne médiane et un peu à droite; dans le décubitus latéral gauche, elle dépasse la ligne médiane, et vient se placer sur les limites de l'épigastre et de l'hypochondre gauche; le déplacement est un peu moins prononcé dans le décubitus latéral droit. De plus, dans une forte inspiration, la tumeur éprouve un abaissement de 4 centimètres environ, et un mouvement d'avant en arrière tel qu'un stéthoscope appliqué sur son sommet décrit par son extrémité supérieure un arc de 45°. Sa forme est arrondie, et peut être comparée à celle d'une portion de sphère. Elle a 10 centimètres de longueur sur 10 de largeur, et fait une saillie de 3 centimètres environ; son volume n'est modifié par aucune circonstance, mais paraît avoir augmenté depuis quelques jours. Ses bords semblent à la vue se confondre avec la surface du foie, mais peuvent être assez bien limités par le toucher.

Cette tumeur non pulsatile, irréductible, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau, offre de la mollesse, de la fluctuation et de la matité qui, à droite, se continue avec celle fournie par le foie; mais à gauche, ainsi qu'en haut et en bas, la matité diminue et disparaît bientôt. Le malade se plaint de picotements qui, partant de la tumeur, se prolongent profondément du côté gauche; de plus, immédiatement au-dessous de la tumeur, la pression développe une douleur vive et intolérable. Au-dessus de la tumeur, entre elle et l'appendice xyphoïde, se trouve le creux de l'estomac. De sa partie inférieure jusqu'à l'ombilic, on compte 10 centimètres.

La percussion de la tumeur ne fait percevoir aucun frémissement particulier, et l'auscultation n'y fait entendre aucun bruit.

Quant au foie, il semble avoir éprouvé une augmentation notable de volume; il remonte jusqu'à sept centimètres au-dessous du mamelon droit et paraît avoir une hauteur de 14 centimètres environ. Du reste, la pression n'y développe aucune douleur, pas même autour de la tumeur. Au-dessous du rebord des côtes, on sent parfaitement le bord tranchant du foie qu'indiquent encore la percussion et ses rapports anatomiques; enfin les mouvements du foie sont intimement liés à ceux de la tumeur; il n'existe aucune trace d'ictère. Voilà pour les symptômes locaux.

Quant aux phénomènes généraux, l'appétit est conservé, les digestions sont bonnes; la nutrition, la respiration et les sécrétions se font bien. Le cœur n'offre aucune trace de lésions vitales ou organiques, point d'hydropisie, point d'ascite; le pouls est normal et donne 60 pulsations.

Si l'on se demande quel est le siége de cette tumeur, il sera facile de répondre à cette question, en se rappelant que les rapports de la tumeur avec les parois abdominales varient dans les diverses positions que prend le malade et dans les mouvements d'inspiration et d'expiration. Par conséquent la tumeur a son siége dans la cavité de l'abdomen et non dans ses parois.

Alors quel est son point d'origine? Serait-il dans l'estomac? Mais les tumeurs de cet organe ont un développement moindre, et de plus il existe toujours des troubles digestifs plus ou moins prononcés. Serait-il dans l'épiploon? Mais dans ce cas la tumeur serait située plus bas et au-dessous du bord tranchant du foie. En considérant au contraire la position de la tumeur, ses connexions intimes avec le foie, ses mouvements identiques et ses rapports invariables avec cet organe, on peut établir qu'elle a son point d'origine dans le foie, et même qu'elle repose sur la face convexe de son lobe gauche.

Comme des tumeurs de diverse nature peuvent se développer dans la région épigastrique et réclamer un traitement différent, il est donc nécessaire de chercher à déterminer la nature de cette tumeur.

Les tumeurs qui se remarquent à l'épigastre peuvent être formées par une hernie sus-ombilicale, par un abcès par congestion, par la vésicule biliaire, par un abcès du foie, par un cancer ou par un kyste séreux ou hydatique de cet organe.

L'examen de la tumeur éloigne l'idée d'une hernie sus-ombilicale par écartement de la ligne blanche. En effet, chez notre malade, il existe bien une tumeur saillante, ovoïde, située sur la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic; mais elle n'augmente ni par les efforts, ni par la toux, et ne disparaît point à la pression.

On ne peut pas non plus songer à l'un de ces abcès par congestion qui, nés dans la poitrine, fusent à travers le médiastin antérieur et les fibres d'insertion du muscle diaphragme, pour venir former une tumeur à la région épigastrique; car, dans ce cas, l'abcès vient se placer entre le feuillet pariétal du péritoine et les muscles de l'abdomen, et se trouve contenu dans l'épaisseur des parois abdominales; de plus, la saillie apparaît immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde et des derniers cartilages costaux.

Chez notre malade, au contraire, la tumeur est située dans la cavité abdominale et à une certaine distance de l'appendice xyphoïde et des cartilages costaux. D'ailleurs, l'âge du sujet, sa constitution et l'absence de douleurs sur le trajet des côtes ou du sternum, repoussent encore l'idée d'un abcès froid.

La forme de la tumeur, sa position sur la convexité du foie et au-dessus du rebord tranchant de cet organe, ne peuvent faire supposer une tumeur formée par la vésicule biliaire.

Dans un abcès du foie, la tumeur est précédée d'accidents aigus, entourée d'un bourrelet dur, saillant, accompagnée d'empâtement local et souvent d'ictère. Rien de semblable n'a été observé chez notre malade.

Quant à l'existence d'un cancer du foie, on ne peut guère la supposer; en effet, il n'existe aucune tumeur dans d'autres régions du corps; ses parents n'ont jamais eu de tumeurs analogues; enfin, il n'y a ni douleur, ni tumeurs bosselées, ni ictère, ni ascite, ni amaigrissement, ni teinte jaune-paille; rien, en un mot, qui puisse faire soupçonner une tumeur cancéreuse. D'ailleurs, dans un cancer encéphaloïde ramolli, le seul que l'on puisse, à la rigueur, supposer ici, les accidents marchent avec beaucoup de rapidité, on n'observerait pas cet état presque stationnaire que présente la maladie chez notre sujet.

Après avoir ainsi passé en revue les diverses tumeurs qui peuvent se développer dans la région épigastrique, le diagnostic perd de son incertitude et devient facile: il nous est donc permis de conclure que la tumeur de ce malade est ou un kyste séreux, ou un kyste hydatifère. Mais, comme les premiers sont assez rares dans le foie, tandis que les seconds s'y rencontrent fréquemment, il est probable que c'est un kyste hydatique. D'ailleurs, ce dernier point est peu important, et pour le chirurgien, et pour le malade; car ces deux sortes de kystes se confondent sous le rapport symptomatologique, et réclament le même traitement.

Ainsi, M. Nélaton, après un examen attentif des caractères de la tumeur et des phénomènes que présente le malade, regarde cette tumeur comme un kyste hydatifère développé sur la face convexe du foie.

Avant d'aborder la question de thérapeutique, disons un mot des terminaisons naturelles de cette affection.

La tumeur hydatique peut s'enflammer et s'ouvrir:

1° *A l'extérieur.* Dans ce cas, qui est la terminaison la plus heureuse, le malade peut guérir.

2° *Dans le péritoine.* Il en résulte une péritonite suraiguë et promptement mortelle.

3° *Dans le tube digestif*, l'estomac le duodénum ou l'arc du colon. Alors la guérison peut quelquefois avoir lieu.

4° *Dans la plèvre.* Dans ce cas, la mort survient par suite d'une pleurésie aiguë.

5° *Enfin, dans les bronches.* Alors les hydatides sont rejetées par l'expectoration.

De là il résulte que la vie de notre malade est fortement compromise, puisque sa guérison ou sa mort sont subordonnées à une pure éventualité, c'est-à-dire à l'ouverture du kyste, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

Ces considérations semblent évidemment nous engager à ne pas rester dans l'inaction, et à tenter une dernière ressource, je veux parler de l'opération. Mais avant de se décider à pratiquer cette dernière, on doit se demander quelles peuvent en être les suites. Supposons donc, chez notre malade, le cas le plus grave, et examinons ce qui arriverait si la tumeur, au lieu d'être un kyste hydatique, était un cancer du foie.

Certes, l'opération serait inutile et même funeste; le malade périrait. Mais c'est alors que l'on ne doit pas perdre de vue le pronostic du cancer du foie et sa terminaison naturelle; la mort au bout d'un temps assez court en est la terminaison constante. Ainsi, dans ce cas, l'opération ne ferait donc qu'abréger un peu ses jours, qu'avancer le moment fatal. Mais aussi, que de chances de guérison, quelle probabilité de succès nous offre l'opération, si, au contraire, la tumeur était un kyste hydatique! Et, nous l'avons prouvé, c'est ce que l'on peut supposer avec le plus de raison.

— Nous parlerons prochainement des opérations pratiquées pour cette affection, et nous chercherons à apprécier leur valeur thérapeutique dans le cas qui nous occupe. G. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Pariset, d'après une décision du conseil, lit une lettre que lui a adressée M. le docteur Fabre, en y joignant, pour en faire hommage à l'Académie, les deux premiers volumes de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. Cet ouvrage, dit-il, adopté récemment par l'Univ

versité, est une série de monographies sur les diverses branches de la science. C'est à la fois un traité dogmatique et clinique utile aux médecins et aux chirurgiens.

M. le président. Des remerciments seront adressés à monsieur le docteur Fabre.

— *M. le président*. J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de notre collègue M. Ollivier (d'Angers), mort ce matin à sept heures.

— L'ordre du jour appelle la nomination des diverses commissions pour les prix. Ont été nommés,

Pour le prix de l'Académie : MM. Bricheteau, Rayer, Renauldin, Ferrus et Louis;

Pour le prix Portal : M. Beaudelocque, Cornac, Guersant, Rochoux et Laugier;

Pour le prix Cirieux : MM. Falret, Jolly, Melier, Espiaud et Burdin.

— *M. Jolly* lit un rapport sur un mémoire de M. Belhomme intitulé : « Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie. »

Ce mémoire a principalement pour objet l'anatomie pathologique des aliénés atteints de paralysie; il renferme quinze observations tendant à établir que le ramollissement et l'endurcissement du cerveau sont deux effets constants d'une seule et même cause, l'encéphalite; que ces deux effets correspondent, le premier à une inflammation aiguë; le second à une inflammation chronique de la substance cérébrale. Ce mémoire renferme aussi l'exposé de plusieurs expériences de physiologie expérimentale pratiquées par M. Belhomme dans le but de constater de nouveau le peu d'importance des lésions de la substance corticale comparées à celles de la substance médullaire dans l'exercice de la vie de relation. Sur ce dernier point M. le rapporteur trouve peu légitime de conclure des lésions traumatiques aux altérations de l'homme que mille circonstances diverses peuvent produire. Sur le point capital du mémoire de M. Belhomme; savoir : la localisation de la folie et l'existence de l'inflammation aiguë ou chronique du cerveau dans l'aliénation, nous croyons devoir reproduire l'opinion textuelle de M. le rapporteur :

« Il se peut bien qu'il existe en même temps que des ressemblances physiques et morales de famille des nuances individuelles d'organisation intime capables de constituer la loi de l'hérédité morbide ou prédisposition congénitale si fréquente surtout dans les maladies nerveuses. Il se peut encore que toute anomalie des fonctions intellectuelles ou affectives puisse naître de quelque modification accidentelle moléculaire ou dynamique de la fibre cérébrale. Mais est-il à dire pour cela que des lésions matérielles ou de texture proprement dites soient nécessaires à la production de la folie? Est-ce à dire qu'il faille toujours aller chercher les causes et les traces de la maladie dans les investigations cadavériques? M. Belhomme ne craint pas, comme on le sait, de soutenir depuis longtemps cette dernière opinion, et il la poursuit avec un zèle et une constance que l'on ne peut assez admirer. Loin donc de lui en faire un crime, nous voudrions pouvoir la défendre avec lui; mais nous le demanderons à M. Belhomme lui-même, connaissons-nous assez les conditions normales de l'organisation interne du cerveau pour apprécier les modifications morbides qui peuvent correspondre à telle anomalie du sentiment, du mouvement et de l'entendement? Nous lui demanderons aussi comment, par quels instruments et par quels sens il a pu saisir la relation d'action qui peut exister entre telle fibre cérébrale et tel acte de l'esprit! L'anatomie microscopique aura peut-être l'heureux privilége de nous révéler un jour cette concordance; mais, en attendant, il nous paraît au moins convenable de nous en tenir à la simple observation des faits. Or, pour quiconque a suivi d'un œil attentif la marche d'une maladie mentale, voici ce qui se passe : Dans beaucoup de cas, elle ne consiste d'abord qu'en de simples dispositions individuelles, morales ou intellectuelles qui se manifestent par des actes extérieurs habituels et pour ainsi dire instinctifs, exemptes d'ailleurs d'aucun trouble dans la santé. Et toutefois, ces actes à peine insolites, se prononcent, se développent de jour en jour, s'exagèrent et se traduisent enfin en perturbations mentales, en véritables aliénations. Et cela, sous des influences insaisissables et purement physiologiques, par le seul effet des progrès de l'âge ou des modifications qu'ils impriment à la série actuelle des sensations, des idées et des raisonnements. Est-ce donc là la marche d'une inflammation cérébrale?

» Dans d'autres cas, au contraire, c'est une impression vive et subite, une nouvelle inattendue, une espérance déçue, un chagrin profond, un accès de jalousie, en un mot une passion violente qui rompt tout à coup l'harmonie actuelle des idées et porte un trouble plus ou moins profond, plus ou moins durable dans les actes de l'intelligence. Est-ce là encore un effet d'inflammation cérébrale?

» Peut-on enfin admettre un état inflammatoire ou une lésion matérielle du cerveau dans ces mille circonstances où la folie éclate avec la rapidité de l'éclair, avec la rapidité de la pensée elle-même, qui est sans contredit plus rapide que l'éclair, plus rapide surtout que toute inflammation, et que tout phénomène morbide quelconque. Singulière inflammation, il faut l'avouer, que celle qui commencerait avec la vie pour en parcourir toute la durée, et n'avoir d'autre terme que celui d'une existence plus ou moins longue, qui se traduirait sous les mille formes que la folie elle-même peut affecter, et qui se conformerait si docilement, si merveilleusement à toutes les déviations, à tous les caprices de l'intelligence humaine!

» Que si l'encéphalite aiguë ou chronique est si nécessaire à la production de la folie, pourquoi donc les enfants et les adolescents qui sont si souvent atteints et si souvent victimes des phlegmasies cérébrales, sont-ils si rarement affectés de maladies mentales? Pourquoi aussi la folie est-elle le privilége presque exclusif des individus nerveux, impressionnables et à grandes passions, plutôt qu'elle n'est le propre des sujets vigoureux, sanguins, et inflammables?

» Non, la folie n'a besoin pour se produire ni d'inflammation, ni de ramollissement, ni d'endurcissement, ni de lésion matérielle quelconque. Il lui suffit d'une prédisposition héréditaire, d'une éducation vicieuse, d'une commotion morale, d'un rien, il faut le dire; car dans la merveilleuse coordination des nombreux éléments de la pensée, où tout est mobile et fragile, il suffit qu'un seul de ces éléments chevauche, se déplace ou se brise pour que toute cette mosaïque intellectuelle se dissocie et tombe en ruine.

» Non, il n'y a aucune condition appréciable de lésion anatomique capable d'établir la loi de causabilité de la folie; et ce n'est pas seulement la déduction logique qui nous le dit; c'est l'anatomie pathologique elle-même qui le proclame de toutes parts, et par la voix de ceux qui l'ont interrogée avec le plus de persévérance jusqu'à ce jour.

» Nous disons plus, et peut-être l'école de la localisation trouvera-t-elle la proposition quelque peu paradoxale, nous disons que la folie est incompatible avec une lésion matérielle du cerveau, si d'ailleurs cette lésion est capable d'interrompre le libre cours des actes sensitifs ou perceptifs nécessaires à l'exercice de l'intelligence. Nous disons que la folie, comme le délire fébrile, comme les hallucinations ne se conçoivent pas, ne s'expliquent pas dans la nécessité d'une altération organique du cerveau, pas plus que chez la femme enceinte et la fille chlorotique, les anomalies, ou, si vous le permettez, les délires ou folies de l'estomac ne supposent l'existence d'une lésion anatomique de cet organe. Car, s'il pouvait en être ainsi, si les désordres fonctionnels du cerveau chez l'aliéné, ou ceux de l'estomac chez la femme enceinte ou la fille chlorotique étaient l'effet nécessaire d'une lésion matérielle de l'organe affecté, il faudrait, ce nous semble, qu'une telle lésion apparût et disparût à des époques fixes et régulières, pour correspondre aux alternatives de retour et de rémission des accidents nerveux, comme pour se prêter à l'intermittence si fréquente de la folie.......

» Que l'école de localisation ne s'enorgueillisse donc pas trop de son prétendu parallélisme de développement et de succession entre les degrés de lésions anatomiques du cerveau et les variétés de formes de la folie. Que M. Belhomme ne se flatte pas trop d'avoir concouru à une pareille édification, et qu'il nous pardonne au moins de ne pas partager ses convictions sur une doctrine qui nous paraît à la fois contraire à l'analyse philosophique, contraire à l'observation physiologique, contraire enfin aux résultats de l'anatomie pathologique. »

M. le rapporteur expose ici les recherches de M. Belhomme sur la cause de la dyspnée et sulfocation qu'éprouvent fréquemment les aliénés paralysés. M. Belhomme fait remarquer que ce symptôme dérive tout naturellement et comme une conséquence nécessaire de la lésion des nerfs pneumo-gastriques à leur origine même, quand il ne se lie pas à la lésion des nerfs costaux et diaphragmatiques.

« Comme on le voit, dit en terminant M. le rapporteur, les nouvelles recherches de l'auteur n'ont pas précisément pour objet d'introduire dans la science des faits nouveaux. Mais on n'acquiert pas qu'à cette seule condition des titres à l'intérêt et à la bienveillance des académies; il y a bien aussi quelque mérite à poursuivre dans un esprit d'observation et à remettre en discussion des points en litige, à élucider des faits obscurs et à confirmer des vérités acquises. Sous ces différents rapports, et malgré les quelques objections qu'il a pu nous inspirer, le travail de M. Belhomme nous paraît mériter des encouragements, et nous avons l'honneur de vous proposer de lui consacrer une place dans vos Bulletins, et d'adresser des remerciments à son auteur. »

M. Ferrus. Il m'a été fort difficile d'entendre le rapport qui vient d'être lu; c'est à peine si j'ai pu en saisir quelques fragments. J'ai vu cependant qu'il s'agit de questions capitales sur l'aliénation mentale. Il me serait impossible, avec la connaissance insuffisante que j'ai de ce rapport, de parler convenablement et péremptoirement sur les opinions qui y sont exprimées. Je demande l'ajournement de la discussion jusqu'après l'impression du rapport.

M. Rochoux. C'est fort inutile, et je me sens assez fort, pour mon compte, pour parler de suite. Les questions de principes peuvent être vidées sur-le-champ et en quelques mots.

Le rapport que vous venez d'entendre agite deux questions importantes; la première est soulevée par l'auteur du travail qui l'a résolue affirmativement, savoir que la folie est anatomiquement constituée par une inflammation du cerveau. Cette opinion ne me paraît pas soutenable, elle est contraire aux faits et à l'observation. Des délires graves peuvent exister sans inflammation préalable ou concomittante et l'on n'en trouve nulle trace à l'autopsie.

Mais, de ce que l'inflammation ne peut pas être invoquée, faut-il adopter l'opinion de M. le rapporteur, qui nous a dit que la folie n'était liée à aucune altération du cerveau? Messieurs, il n'y a pas d'effet sans cause; si ce n'est pas le cerveau qui est malade dans la folie, c'est donc l'esprit; or, que je sache, personne n'a encore fait de traité sur les maladies de l'esprit, probablement parce qu'il est très rare.

Soutenir que le cerveau n'est pour rien dans les phénomènes de la folie, c'est soutenir qu'un violon peut produire des sons tout seul, indépendamment des cordes et de l'archet. Tout dérangement fonctionnel suppose une altération d'organe, et quoique cette altération ne soit pas toujours appréciable, elle n'en existe pas moins. Pouvons-nous toujours apprécier dans les corps inorganiques les modifications moléculaires qui modifient et changent leurs propriétés?

M. le président. Un sentiment de convenances m'a fait seul ne pas interrompre M. Rochoux; mais je ne dois pas oublier que M. Ferrus a fait une proposition d'ajournement, et je dois consulter l'Académie à ce sujet.

L'Académie, consultée, décide que la discussion aura son cours.

M. Ferrus. J'ai regret que cette décision ait été prise, car la question est assez importante pour que j'eusse besoin de bien connaître le rapport. Je ne m'occuperai que du seul point que j'ai cru bien comprendre. M. le rapporteur a dit que les altérations anatomiques étaient insuffisantes pour expliquer l'aliénation, car souvent elles n'existaient pas, et celles qui existaient pouvaient se rencontrer sans aliénation. Il y a là une question de fait et une question de principe. Le fait je l'accorde, oui souvent l'anatomie est impuissante à découvrir l'altération organique; oui cette altération peut exister sans aliénation; mais en concluerai-je que là où les moyens d'investigations sont impuissants il n'existe rien! En concluerai je que là où je vois des altérations évidentes, ces altérations n'ont produit aucun désordre intellectuel et moral? Je ne comprends pas, pour mon compte, cette manière de raisonner. Du reste, on éviterait, je crois, de grandes discussions, si au lieu de dire altérations anatomiques on se servait des mots modifications organiques qui peuvent être ou ne peuvent être appréciables.

Oui, M. Belhomme a tort d'affirmer que l'aliénation est toujours accompagnée d'inflammation du cerveau; l'observation ne permet pas d'accepter cette opinion. Mais l'inflammation constitue-t-elle donc toutes les modifications dont le cerveau est susceptible? Et parce que cette altération manque, faut-il rejeter toute autre modification organique? C'est une très mauvaise manière de raisonner en anatomie, en physiologie et même en philosophie, dont un des premiers axiômes est qu'il n'y a pas d'effet sans cause. Nous ne connaissons pas toutes les altérations et les diverses natures des altérations dont les organes sont susceptibles.

Un grand fait, en aliénation mentale, c'est la disposition primordiale des organes qui rend l'affection si fréquemment héréditaire. Comment expliquer l'hérédité de la folie, si ce n'est par l'hérédité organique? Et cette hérédité organique peut-elle être autre chose qu'une altération?

M. Prus. Je demanderai à M. le rapporteur à quel état anatomique M. Belhomme rapporte la paralysie générale.

M. Jolly Au ramollissement ou à l'induration du cerveau, conséquences de l'inflammation.

M. Prus. Je m'élève contre cette opinion. A Bicêtre et à la Salpêtrière, je n'ai rien rencontré de semblable. La paralysie générale ne me semble pas reconnaître une altération constante toujours identique. *A priori* on pouvait le prévoir par la marche de la maladie. Voyez ce qui se passe : c'est d'abord un embarras dans la langue, puis une paralysie des sphincters, ensuite décoloration de la peau; où placer l'altération donnant lieu à des phénomènes si divers? L'observation *à posteriori* démontre qu'elle n'est ni constante, ni identique. Il y a d'ailleurs un grand nombre de paralysies qu'on ne peut expliquer anatomiquement. Trouve-t-on l'explication de la paralysie saturnine? Il y a, aux Invalides, un vieux sergent qui a été autrefois affecté de colique végétale à Cayenne; ce malheureux est atteint de paralysie avec flexion permanente des membres. M. Segond dont la science déplore la perte prématurée, et qui poussait jusqu'à l'extrême ses convictions organiciennes, a fait 31 autopsies pour découvrir l'altération anatomique produisant la paralysie de la colique végétale; il n'a pu rien trouver.

Je finirai par une considération partique; il y a danger à admettre une cause organique qui n'existe pas, car la thérapeutique se base sur les idées que l'on se fait à cet égard. Si l'on admet que la paralysie générale est sous l'influence d'un état inflammatoire, on aura recours à tout le cortège des antiphlogistiques qui est fatal dans cette affection.

M. Castel entre dans de longues considérations qu'il nous est impossible de saisir. Il combat l'argumentation de MM. Rochoux et Ferrus.

M. Ferrus répond à M. Prus qu'il existe dans la paralysie générale une altération organique constante, c'est l'atrophie du cerveau.

M. Rochoux veut que quand on adopte un principe on le suive dans toutes ses conséquences; or, pour lui, il n'est aucune affection de l'ordre dit moral qui ne se rattache à aucune cause physique et organique.

M. Prus. J'ai trouvé, comme M. Ferrus, l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale; mais d'un côté cette affection n'est pas constante, de l'autre je l'ai trouvée dans des cas où il n'y avait pas eu paralysie.

M. Ferrus. On peut dire la même chose de toutes les altérations pathologiques; on voit des hépatisations complètes du poumon ne donner lieu à aucun symptôme de pneumonie.

M. Gerdy. On croit dire beaucoup en disant : Il n'y a pas d'effet sans cause; eh bien! on ne dit rien. Qu'est-ce que c'est que votre cause? où est-elle? en quoi consiste-t-elle? montrez-la-moi donc! Mais, vous vous échappez en disant : elle n'est pas toujours appréciable; mais pourquoi donc en parlez-vous? Un individu devient fou en apprenant une mauvaise nouvelle; où donc est le changement matériel qui s'opère en lui? Ne voyez-vous pas que le changement n'existe que dans sa faculté de sentir? On parle de changements moléculaires et atomiques de la substance cérébrale : dérision! Dites-moi donc par quels bouleversements moléculaires l'homme peut passer avec la rapidité de l'éclair à des idées multiples et diverses, mettre en action ses facultés complexes, faire vibrer tous les tons de l'échelle intellectuelle? Voyez-vous ces pauvres molécules se heurtant, se mêlant, se confondant..... Cette philosophie organicienne et matérialiste est la plus extravagante et la plus absurde des philosophies.

M. Gerdy continue avec une telle véhémence et une telle rapidité, qu'il nous est impossible de le suivre.

M. Rochoux. On m'a appelé matérialiste; je suis tout simplement unitaire; ceux qui ne savent pas ce que c'est que d'être unitaire, l'apprendront. Ce système, je ne l'ai pas inventé, il remonte à l'antiquité grecque; il a été suivi par les plus éminents philosophes modernes. Oui, certes, il n'y a pas d'effet sans cause, et je voudrais bien que M. Gerdy voulût prouver ce qu'il peut y avoir d'extravagant et d'absurde dans cet axiome.

M. Rochoux cherche à prouver ici que les excitants internes ou moraux n'agissent qu'à la manière des excitants externes, et que tout effet intellectuel et moral reconnaît une cause organique et physique.

M. Gerdy répond que ce n'est pas dans l'antiquité grecque qu'il faut aller puiser des notions de physiologie, et que le système des organiciens ne peut qu'égarer et pervertir la science.

La clôture est demandée; les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée après cinq heures.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX EELATIFS A LA VACCINE POUR 1842 (1).

Commissaires : MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur*.

L'Académie avait proposé pour sujet d'un prix de 10,000 francs, les questions suivantes :

Première question.

« La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne » serait-elle que temporaire?

» Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et » des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de » la variole.

Deuxième question.

» Le cow-pox a-t-il une vertu préservatrice plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives?

» L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin » a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole? »

Troisième question.

« En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse » avec le temps, faudra-t-il le renouveler, et par quels moyens? »

Quatrième question.

« Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, » et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il pro» céder à de nouvelles vaccinations? »

— Ces questions, si intéressantes par elles-mêmes, étaient devenues par les circonstances plus intéressantes encore. Les éppidémies de variole, qui pendant près d'un quart de siècle avaient presque disparu des sociétés européennes, se renouvellent de toutes parts, et quoiqu'elles soient moins intenses qu'avant la découverte de la vaccine, quoique surtout elles soient beaucoup moins meurtrières, néanmoins, comme un grand nombre de personnes vaccinées en sont atteintes, on se demande si le vaccin a perdu quelque chose de sa vertu préservative?

On se demande si les procédés de vaccination n'offrent rien de défectueux dans leur application, soit relativement à l'âge où l'on vaccine les enfants, soit pour l'époque à laquelle on choisit le vaccin pour l'inoculer, soit pour ses moyens de conservation?

On se demande si les vaccinations sont surveillées dans leur marche et dans leurs effets avec le même soin, avec le même zèle qu'elles l'étaient au début de leur application, alors que toute la médecine de l'Europe était attentive à ses résultats?

On se demande enfin s'il est nécessaire de vacciner plusieurs fois dans le cours de la vie, pour mettre complétement l'homme à l'abri des atteintes des varioles?

Ces questions, qui depuis dix ans préoccupaient vivement votre Commission des prix de médecine et de chirurgie, étaient chaque année agitées dans son sein à l'occasion des mémoires relatifs à la vaccine que l'Académie soumettait à son examen. Mais on conçoit qu'avant de les traduire devant le public par un concours; on conçoit qu'avant d'engager l'Académie des sciences dans la voie des revaccinations déjà mises en usage en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, il était nécessaire de chercher à faire approfondir les questions scientifiques dont les revaccinations ne sont qu'une des expressions. Il était nécessaire de sonder les causes de la réapparition des varioles, de les étudier dans les conditions nouvelles sous lesquelles elles se présentaient, pour comparer la variole des vaccinés à la variole naturelle, et apprécier leur influence réciproque sur l'organisme de l'homme.

Ces études préalables exigées pour la solution des premières questions, étaient indispensables, afin d'apprécier l'état présent de la vaccine et juger l'opportunité et l'utilité des secondes vaccinations.

Car, ainsi qu'on l'a fait remarquer si souvent, la vaccine n'est pas un remède approprié à une maladie déjà en action, comme le sont les préparations mercurielles pour la syphilis, et celles du quinquina pour les fièvres intermittentes; c'est une médication toute préventive, toute physiologique avant d'être thérapeutique. Peu de mots suffiront pour l'établir.

---

(1) En 1842, l'Académie décida que, vu le grand nombre (35) des ouvrages envoyés au concours, le prix ne serait décerné que dans la séance de 1843.

En 1843, la totalité des pièces n'a pu encore être soumise à un examen général, et l'Académie a arrêté que la Commission ne présenterait son rapport que dans l'année 1844.

Les organismes de l'homme renferment en eux une aptitude naturelle à l'absorption du virus varioleux. Tôt ou tard, mais le plus souvent dans la période de l'adolescence, cette aptitude produit ses effets, et la variole se manifeste. Avant la découverte de la vaccine, la variole se manifestait presque toujours d'une manière épidémique, et alors ses ravages étaient si grands, qu'ils glaçaient d'effroi les populations sur lesquelles ils sévissaient.

En présence d'un fléau si redoutable, la médecine moderne s'éleva à une hauteur que n'atteignit jamais la médecine des Grecs et des Romains.

Elle fut au-devant de la variole en pratiquant l'inoculation. Elle espéra, par ce procédé hardi, éteindre les épidémies de variole, en ramenant cette maladie à l'état sporadique. De plus, en choisissant la variole discrète, toujours si bénigne, pour en introduire le produit dans l'économie, elle espérait encore prévenir les varioles confluentes, presque toujours mortelles.

Elle s'attendait à réaliser par cette méthode une des grandes vues contenues dans les belles pages de Sydenham sur la variole.

Si les prévisions de la médecine ne furent pas toutes réalisées, si la malignité inhérente au virus varioleux trompa souvent son attente, les résultat de l'inoculation furent néanmoins assez avantageux pour convertir à cette méthode les médecins éminents du XVIII[e] siècle.

Jenner était un de ses partisans. Depuis bien longtemps, sans doute, les personnes occupées à traire les vaches atteintes de la picote étaient exemptes du tribut varioleux. Bien souvent peut-être ce fait avait attiré l'attention des observateurs, sans qu'ils aperçussent les résultats qu'il renfermait.

C'est que le génie seul a le talent de féconder les faits que l'observation lui dévoile, de remonter à leur principe et d'en déduire les conséquences.

Jenner fut cet homme de génie !

Il vit, dans la picote de la vache, le préservatif, l'antidote de la petite vérole de l'homme; dans l'action de traire, son inoculation, et ses effets dans l'innocuité varioleuse des personnes occupées à ce labeur.

De là à recueillir le vaccin et à l'inoculer à l'homme pour le préserver de la variole, il semble qu'il n'y a qu'un pas, et il n'y en a qu'un en effet, mais seul encore le génie a la poissance de le franchir, parce que seul il possède cette force de conviction qui souvent devance la vérité.

Transportée de la vache à l'homme, l'inoculation du vaccin dépassa d'un seul coup toutes les espérances que la médecine avait en vain attendues de l'inoculation même de la variole de l'homme. La picote de la vache, si douce, si peu maladive, toujours si innocente, fut substituée à la picote humaine qui décimait notre espèce (1).

Considérée en effet de son point de vue philosophique, la vaccine est un fait de physiologie et de médecine comparée; c'est une maladie transportée d'une espèce sur une autre. Par un premier effet providentiel de la nature, cette maladie conserve, chez l'espèce humaine sur laquelle elle est greffée, la même douceur, la même innocuité qui la caractérise chez l'espèce à laquelle on l'a empruntée. Par un second, la picote de la vache se reproduit chez l'homme, et d'homme à homme, en conservant toujours les propriétés qui la distinguent à sa source. Par un troisième effet, plus remarquable peut-être que les deux premiers, l'introduction du vaccin dans les organismes de l'homme a pour résultat définitif de détruire en eux l'aptitude qu'ils avaient à absorber le virus varioleux.

En définitive, la vaccine préserve l'espèce humaine de la variole.

Mais quoiqu'un demi-siècle d'expériences pratiquées sur des millions d'individus atteste le bienfait d'une découverte *que les siècles à venir envieront au nôtre*, selon l'expression employée, à l'occasion de l'inoculation, par La Condamine, néanmoins, dans l'intérêt de la vaccine et de l'humanité, il sera utile de temps en temps d'en contrôler les résultats, afin de conserver au vaccin ses propriétés natives.

Tel a été l'objet et le but des questions proposées par l'Académie. Trente-cinq concurrents, étrangers ou nationaux, ont répondu à cet appel.

Parmi les trente-cinq Mémoires que la Commission a eu à examiner, deux, formant trois volumes, sont écrits en langue allemande; un troisième est en latin; un quatrième se compose d'un volume grand-in-folio de 769 pages, avec atlas; un cinquième n'a pas moins de trois volumes in-quarto. Peu de concours produisent une masse de travaux si considérable. C'est que peu de questions intéressent l'humanité au même degré que celles proposées par l'Académie.

De cet intérêt est née, pour la Commission, l'obligation de les comparer entre eux sur chacune des questions proposées; souvent même, pour apprécier la valeur des résultats énoncés par les concurrents, il a été nécessaire de les dégager des vues hypothétiques dont la variole et la vaccine ont été l'objet.

Ce travail a exigé un temps beaucoup plus long que d'abord on ne l'avait prévu en proposant les questions; car, ainsi que le sait l'Académie, indépendamment de ce concours, les membres appelés à le juger ont fait partie chaque année des Commissions pour les prix de médecine et de chirurgie, de celles de physiologie expérimentale et des sciences naturelles.

En outre, la Commission a été interrompue dans ses travaux par la perte de l'un de ses membres (M. Double); elle a été interrompue par des maladies graves de deux autres, qui ont nécessité de longues absences, et par suite de longues interruptions dans l'appréciation des faits et des expériences d'après lesquels nous tenions par-dessus tout à former notre opinion.

Quoique ces motifs soient parfaitement conus de l'Académie, la Commission a cru devoir les rappeler afin de justifier le retard qu'elle a mis à porter son jugement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Picote* est le nom par lequel la variole humaine est désignée dans le midi de la France. Le mot de petite vérole n'existe pas dans la langue romane.

REVUE GENÉRALE.

Considérations pratiques sur le bec-de-lièvre. — M. Demarquay a publié tout récemment un travail sur le bec-de-lièvre, travail dans les détails duquel nous ne pouvons pas entrer, mais qui a pour but de fixer l'attention sur divers points de l'étude de ce vice de conformation. Contrairement à l'opinion de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, et à celle de la plupart des chirurgiens, M. Demarquay pense que l'hérédité a souvent une grande influence sur la production du bec-de-lièvre. Deux observations qui lui sont propres, un exemple cité par M Roux, et trois faits qu'il doit à MM. Thierry, Lebert et Lacazette, lui semblent assez convaincants pour qu'il puisse regarder comme certaine cette influence de l'hérédité. La plus curieuse de ces observations est la première, relative à un enfant dont la mère a déclaré ce qui suit: Elle a présenté dans son enfance un bec-de-lièvre dont elle porte encore les traces; son père et son gran'père étaient affectés de la même difformité; plusieurs de ses frères et sœurs sont morts jeunes, avec la même disposition; elle-même a eu sept enfants, dont quatre ont eu un bec-de-lièvre semblable au sien, et à celui du fils qu'elle apporte à la consultation. Chez ce dernier, une disposition curieuse et que M. Demarquay n'a vue signalée nulle part, ce qui le porte à la regarder comme très rare, est la suivante. La lèvre inférieure présente de chaque côté de la ligne médiane, une dépression qui, au premier examen, paraît déterminée par la pression des incisives. Si l'on fait attention que ces deux cavités sont sans cesse baignées par un liquide incolore transparent, filant comme la salive, et si d'ailleurs on y fait pénétrer un stylet, on constate que l'instrument pénètre à 1 centimètre 1/2 du côté de la bouche, et soulève la muqueuse labiale. Nul doute alors que cette disposition de la lèvre ne tenait point à la pression des dents incisives, et que ces deux petites cavités terminées en cul-de-sac ne soient dues à des follicules anormalement développés.

Rarement l'opération du bec-de-lièvre fournit des résultats entièrement satisfaisants. L'observation suivante, également rapportée par M. Demarquay, montre comment M. Blandin parvint à faire disparaître toute trace de difformité chez un enfant qui avait déjà subi deux fois l'opération dont il s'agit.

Au printemps de l'année 1844, M. Blandin pratiqua en ville l'opération du bec-de-lièvre sur un enfant de dix mois environ, bien portant et parfaitement constitué. Le procédé ordinaire fut mis en usage. Quatre jours après, à la levée des épingles, la réunion était parfaite; tout faisait espérer un heureux résultat, d'autant mieux que l'affection était fort simple. Le deuxième jour après la réunion, l'enfant tomba de son berceau sur le parquet, et se rompit la cicatrice mal affermie. Il fallut donc recommencer, aviver de nouveau les bords de la solution de continuité, faire, en un mot, que les deux parties latérales des lèvres eussent une tendance plus grande à l'écartement, et produisissent par conséquent plus facilement cette petite coche médiane dont nous avons parlé plus haut. Cette seconde opération eut tout le succès qu'on pouvait en espérer.

L'enfant fut ramené dans son pays. Tout dernièrement ses parents la rapportèrent à M. Blandin, pour qu'il eût à corriger la petite dépression médiane de la lèvre supérieure, correspondant au tubercule médian que l'on trouve normalement.

Voici ce qui fut fait : Deux incisions obliques, partant de la partie supérieure du sillon médian, vinrent tomber sur le bord libre de la lèvre supérieure, qu'elles respectèrent toutefois. Elles circonscrivaient donc un espace triangulaire dont la base comprenait la partie à corriger, et dont le sommet était en haut; le lambeau était adhérent à la lèvre par deux angles latéraux qui étaient continus avec le bord libre; le triangle fut abaissé, et il en résulta ceci d'heureux, c'est que la base de ce dernier, qui était concave, devint convexe et forma par conséquent le lobule médian. Il fut facile de maintenir la disposition des parties dans la place que nous venons d'indiquer, au moyen de deux épingles dont la supérieure réunissait la partie supérieure des deux lèvres de la plaie récente, et dont la seconde joignait la partie supérieure du triangle aux parties latérales. Un fil fut passé autour de ces épingles. Cette petite opération eut un plein succès. La réunion par première intention fut parfaite et laissa à peine une trace.

Observation de déchirure du rein. — Un jeune homme, garçon marchand de modes, a frappé violemment ses reins contre l'angle d'un comptoir. A l'instant il a éprouvé des coliques rénales atroces et une hématorrhée urinaire abondante. Les douleurs ont persisté avec une violence extrême, et le malade est entré à l'hôpital.

A l'examen, le cas a paru équivoque; on a soupçonné cependant une lésion aux reins. Néanmoins, on en a douté le soir, par la raison que les urines se sont éclaircies et que les douleurs ont disparu. Mais le lendemain, retour des douleurs insupportables et écoulement de caillots abondants de sang pur par les urines. Ensuite, mêmes alternatives répétées comme précédemment, à des distances plus ou moins éloignées. Les souffrances ont pris enfin un tel caractère de gravité, que le malade est mort.

A l'autopsie, on a trouvé un rein tout à fait déchiré, rompu dans sa substance comme une carotte qu'on casse avec les mains. Mais la capsule fibreuse de l'organe était restée intacte, de sorte que le sang de la plaie ne pouvait couler que dans le bassinet, et de là dans l'urètre, où il s'accumulait, et qu'il bouchait de temps en temps. Aucun épanchement n'existait autour de l'organe. On peut produire artificiellement cette rupture ou cet écrasement sur un rein de cadavre, sans déchirer la capsule fibreuse qui enveloppe le parenchyme rénal.

Compression dans le traitement des plaies des artères. — Un ouvrier menuisier occupé à amincir un morceau de bois, laisse échapper de la main gauche, dont il se sert contre son habitude, le ciseau qu'il emploie pour ce genre de travail. Cet instrument vient frapper par son extrémité tranchante la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, à un pouce environ de l'articulation. Il en résulte une plaie transversale qui coupe à angle droit la direction de l'artère radiale. Un jet rapide de sang s'échappe immédiatement de cette plaie, puis ce jet cesse brusquement et est remplacé par un flot de sang abondant, rutilant, saccadé. Mandé auprès du blessé, il m'est bien facile de m'assurer de la gravité de l'accident. La direction de la plaie, sa profondeur, la nature du sang qui s'écoule, le mode d'écoulement de ce liquide, la compression de l'artère radiale au-dessus de la plaie, qui suspend incontinent l'hémorrhagie, tout me convainc bien vite que cette dernière artère a été blessée à sa partie inférieure. Avant d'avoir recours à la ligature, je veux au moins tenter l'effet de la compression. Dans cette vue, je place sur la plaie elle-même des boulettes de charpie roulées au préalable dans de la poudre de colophane. Je surmonte celles-ci de quelques disques d'agaric dont la largeur est graduellement augmentée: sur le trajet de l'artère, j'applique une compression graduée, élevée, étroite; je serre à l'aide d'une bande roulée cet appareil, en ayant soin de maintenir exactement celui-ci sur le trajet du vaisseau artériel. Deux heures après cette application, le sang reparaît. J'enlève l'appareil, et en applique un semblable, en ayant soin d'élever davantage encore au-dessus du niveau de la plaie la compression graduée qui est appliquée sur le trajet de l'artère blessée. Au bout de trois heures, je revois le blessé, et remarque qu'un peu de sang a encore transsudé. J'applique une nouvelle bande après avoir pris le soin de placer quelques compresses longuettes au-dessous de celle-ci, et sur le côté radial de l'avant-bras. A partir de ce moment, tout écoulement de sang a cessé. Sept à huit jours après, l'appareil est enlevé, la plaie est en pleine voie de cicatrisation; quelques jours plus tard, la cicatrisation est complète. J'ai le malade sous les yeux pendant quelques semaines encore; l'artère offre ses pulsations normales dans tout son trajet, excepté à la partie inférieure où elle s'est oblitérée.

Ce fait, extrait du *Bulletin de Thérapeutique*, est malheureusement dû à un auteur anonyme, circonstance qui lui ôte nécessairement une partie de sa valeur.

NOUVELLES.

Nous avons reçu de M. Michel Levy une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

— M. le docteur Ollivier (d'Angers) est mort ce matin à sept heures à la suite d'une courte maladie. M. Ollivier était âgé de quarante-neuf ans. Il a publié, entr'autres ouvrages, un bon Traité sur la moelle épinière et ses maladies, et était souvent consulté dans les questions de médecine légale. C'est une perte pour la science.

On lit dans *le Droit*, Bulletin des Tribunaux du 8 mars 1845:

Diffamation. — M. Giraudeau de Saint-Gervais, propriétaire du *Rob Boyveau-Laffecteur*, a porté plainte en diffamation contre M. Hoffmann, propriétaire du Rob-Laffecteur. Selon lui, la diffamation se serait produite dans des brochures, annonces et autres écrits publiés par M. Hoffmann.

L'affaire se présentait aujourd'hui à la 7[e] Chambre de police correctionnelle, présidée par M. Salmon.

M[e] Philippe Dupin a soutenu la plainte de M. Giraudeau de Saint-Gervais.

M[e] Paillard de Villeneuve a présenté la défense de M. Hoffmann.

M. de Royer, avocat du roi, a conclu contre le prévenu à l'application de la loi.

Le tribunal, après une longue délibération en la chambre du conseil, a condamné M. Hoffmann à 300 fr. d'amende, aux dépens pour dommages-intérêts, et ordonné l'insertion dans trois journaux.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 31. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 14 MARS 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 24 octobre 1843, M. le professeur Trousseau lut un mémoire sur la *paracentèse dans la période extrême de la pleurésie aiguë*. Ce travail, fortement pensé, bien écrit, renfermait l'observation d'une jeune demoiselle qui allait succomber à une pleurésie aiguë avec épanchement considérable, lorsque M. Trousseau se décida à donner issue, par la paracentèse, à la sérosité.

Au mois de juin 1844, M. Trousseau eut une nouvelle occasion de pratiquer la paracentèse de la poitrine sur une dame qui était dans le même cas que la jeune personne dont nous venons de parler. Voici quels étaient les symptômes au moment de l'opération :

« Face pâle, anxieuse; yeux largement ouverts; narines agitées de mouvements violents; respiration extrêmement difficile; la malade est assise dans son lit, soutenue par des oreillers; dilatation énorme et matité complète du côté gauche de la poitrine. Le cœur bat sous les cartilages du côté droit du sternum. Pouls misérable, peu fréquent; peu de toux. » La mort était donc imminente. M. Trousseau fit la ponction de la poitrine, et retira seize palettes de sérosité. Le soulagement fut grand et subit. « La pauvre malade était revenue à la vie; le cœur avait repris sa place, et le pouls était plein, régulier, quoique assez fréquent encore; l'oppression avait cessé. » Seize jours après l'opération, elle était guérie.

M. Trousseau ne fut pas aussi heureux sur une jeune femme nouvellement accouchée, affectée à la fois de péritonite, d'entérite, d'abcès du ligament large et de pleurésie avec épanchement purulent. Le cas paraissait désespéré. M. Trousseau ne l'attaqua pas moins avec une grande vigueur, et, le douzième jour, les symptômes abdominaux avaient cédé en partie. Mais, en même temps, la gêne de la respiration avait singulièrement augmenté. Le lendemain, face violacée, oppression extrême; l'asphyxie semble imminente; pouls petit, fréquent, dépressible; le médiastin est fortement repoussé à gauche, et la matité s'étend de ce côté jusqu'à l'articulation des cartilages avec le sternum. On ne doute pas que la malade ne succombe dans la journée, si on ne fait l'opération, et celle-ci est pratiquée. Il s'écoule 1,500 grammes de sérosité, qui, par le repos, laisse déposer du pus. Soulagement immédiat. Mais, au bout de deux jours, retour de l'oppression, et, cinq jours après la première opération, il faut recourir de nouveau à la paracentèse, qui donne 2,000 grammes d'un liquide purulent. Il s'ensuit encore un soulagement sensible, mais précaire, car, le quatrième jour, une troisième ponction devient nécessaire. Il sort un pus fétide et noircissant l'argent. L'oppression se calme un peu; mais le délire, qui s'était déjà emparé de la malade, continue; il se fait un pneumo-thorax, et la mort survient quatre jours après la dernière ponction. A l'autopsie, on trouve peu de chose dans l'abdomen. Une ponction faite à la plèvre droite laisse échapper une grande quantité de gaz fétide. La cavité pleurale contient environ 1,500 grammes de pus, également fétide, mêlé de détritus de fausses membranes. Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, et recouvert de concrétions fibrineuses molles; il n'est point perforé; son tissu est sain.

M. Trousseau fait remarquer, avec une franchise dont on doit lui savoir gré, que, dans la seconde ponction, il ne mit pas de baudruche à l'extrémité de la canule, et qu'ainsi quelques bulles d'air s'introduisirent dans la plèvre. C'est à elles que l'auteur attribue la décomposition du pus, et par suite le pneumo-thorax. Tout le monde conviendra facilement, d'ailleurs, que les chances sont bien différentes dans la pleurésie essentielle et dans une pleurésie liée à l'état puerpéral avec toutes les complications qui existaient dans ce dernier cas de M. Trousseau. Enfin, on pourrait demander, si ce n'était trop simple, quel est le moyen, soit opératoire, soit pharmaceutique, qui réussit toujours.

M. le professeur Sédillot a écrit sur l'opération de l'empyème une thèse d'une très grande valeur, dans laquelle il s'est attaché à faire ressortir *la précision, la hardiesse, la certitude des préceptes hippocratiques comparées à l'indécision, au vague, à la timidité de la pratique actuelle*, touchant l'opération de l'empyème. Or, voici quelle était la pratique d'Hippocrate, après la paracentèse, dans le pyothorax. Une certaine quantité de pus, jugée suffisante, ayant été retirée, la plaie était fermée avec un tampon de lin, auquel on avait attaché un fil qu'on laissait pendre au dehors. Chaque jour on donnait issue à une nouvelle quantité de pus. Le dixième jour, après avoir fait sortir la totalité de ce liquide, on injectait dans la poitrine, à l'aide d'un tube, un mélange tiède de vin et d'huile. On faisait écouler le soir le liquide injecté le matin, et le matin celui du soir. Dès que le pus était devenu ténu et doux au toucher, on plaçait dans la plaie une canule d'étain, que l'on diminuait au fur et à mesure du rétrécissement de l'ulcère, et que l'on finissait par enlever.

Comme M. Sédillot, nous pensons que le mode d'écoulement du liquide, après la paracentèse, dans le pyothorax, est une condition décisive pour les suites de l'opération. Des nombreuses observations de pyothorax rassemblées dans la thèse citée, il résulte que les accidents se reproduisent ou disparaissent selon que le liquide est retenu dans la plèvre ou qu'on lui donne une libre issue. Quel but doit-on se proposer après avoir ouvert la poitrine dans un cas de pyothorax? De ramener au contact les surfaces costo-pulmonaires. Or, dit M. Sédillot, comment y parviendra-t-on en laissant le pus sécrété s'accumuler de nouveau dans les plèvres? Ce serait, ajoute-t-il, vouloir qu'un abcès distendu par le pus se cicatrisât. Ainsi, le pus doit être évacué à intervalles plus ou moins rapprochés, ou même d'une manière continue.

Honneur à M. Reybard, dit M. Sédillot, d'avoir compris une indication si importante, et d'avoir inventé un instrument qui y satisfait en partie. Cet instrument, le même qui sert à pratiquer l'opération, se compose d'une simple canule, à l'extrémité de laquelle on attache un petit sac de baudruche, ouvert du côté opposé; on mouille la baudruche, et, la canule étant en place, on laisse le pus s'écouler.

La baudruche permet la sortie du pus; au contraire, lorsque l'air tend à pénétrer dans la poitrine, il accole l'une à l'autre et contre l'extrémité de la canule, les parois du petit sac, se faisant ainsi obstacle à lui-même. « La poitrine se vide peu à peu, dit M. Sédillot; le pus ne s'y accumule dans aucun moment; il n'y a pas de vide forcé de produit; les parois thoraciques et le poumon sont amenés successivement au contact, et la cure offre les chances de succès les plus favorables. » M. Sédillot propose plusieurs modifications à l'instrument du chirurgien de Lyon. Ainsi, il faudrait que la canule fût plus large pour laisser passer les grumeaux du pus et les flocons albumineux; qu'elle fût fixée au moyen d'une plaque matelassée et adaptée hermétiquement à la surface de la poitrine afin que l'air ne pût s'insinuer entre la canule et la plaie; enfin, qu'un robinet permît de changer la baudruche, au besoin, ou de faire des injections, sans que l'air pût entrer. Toutes ces modifications nous paraissent judicieuses. Tel est le mode de traitement proposé par M. Sédillot dans le pyothorax. Ajoutons que ce professeur s'est prononcé en faveur des injections soit purement détersives, soit antiseptiques, soit même légèrement caustiques. Il fait remarquer avec raison que c'est une fausse membrane, et non pas la plèvre même que l'on injecte. Il doit être bien entendu que dans tout ce qui précède, il s'agit du pyothorax, et non de l'hydrothorax. « Le procédé des ponctions successives que nous avons blâmé pour le pyothorax, dit M. Sédillot, nous paraît au contraire favorable dans le cas d'hydrothorax. »

Avec les susceptibilités qui courent, et bien que nous ayons affaire à un médecin d'un sens droit et élevé, nous devons craindre que nos intentions ne soient mal interprétées. En analysant les idées de M. Sédillot, nous n'avons eu aucunement l'idée de critiquer l'habile professeur de thérapeutique de notre école, lequel n'a fait que se conformer aux données le plus généralement suivies. Ce n'est donc pas en face du cas particulier, c'est en regard des doctrines les plus accréditées que nous avons voulu placer, pour l'instruction de tous, les opinions solides du professeur de Strasbourg.

La petite note de M. Trousseau, que nous avons sous les yeux, renferme deux autres observations, l'une d'épanchement pleurétique abondant ayant refoulé le cœur, et qui fut guéri par les antiphlogistiques; l'autre, de pleurésie puerpérale, traitée par les saignées coup sur coup, et suivie de mort. Nous ne pensons pas que ce dernier cas prouve que la pleurésie « peut tuer en tant que phlegmasie, indépendamment de l'excès d'épanchement. » Il y avait autre chose que la pleurésie, puisque la malade était sous le coup de l'infection puerpérale.

Voici maintenant, en résumé, le nouveau succès obtenu par M. Trousseau, à l'hôpital Necker. Nous avons vu la malade, qui est une jeune fille âgée de quinze ans. Elle avait été atteinte successivement d'érysipèle et de varioloïde, et fut prise, peu de temps après cette dernière affection, d'une pleurésie dont la marche fut lente. A son entrée à l'hôpital, le côté gauche de la poitrine était considérablement dilaté, et mat dans toute son étendue; la matité s'étendait à 35 millimètres à droite de la ligne médiane sternale; le cœur était refoulé dans ce sens; on sentait sa pointe immédiatement au-dessous et un peu en dedans du mamelon droit. La rate était refoulée au point de se rapprocher extrêmement de la crête iliaque. Pouls à 136. La gêne de la respiration n'était pas très notable (nous reviendrons sur cette circonstance).

L'opération est pratiquée le 29 janvier. On retire 1600 grammes d'un liquide ayant la couleur de l'urine foncée, et qui se prend en partie en une masse gélatineuse par le re-

FEUILLETON.

QUESTION DE PRESSE.

Voici la lettre de M. Lévy que nous avons annoncée dans notre dernier numéro; nous la faisons suivre des réflexions qu'elle nous a inspirées.

Monsieur le Rédacteur,

Dans l'article que M. X. a publié contre moi dans votre n° du 8 de ce mois, un seul point me touche, et je vous demande la permission d'y répondre.

Je commence par faire réserve pleine et entière des dispositions spéciales qui régissent les hôpitaux de l'armée, et qui les mettent à l'abri de toute publicité non autorisée.

M. X. pose en principe que ceux qui ont entrepris de faire des revues hebdomadaires dans les journaux de médecine, ont le droit de s'approprier les faits de tous les services cliniques, de mentionner ou de rapporter à leur guise les cas pratiques des hôpitaux; le tout sans aveu et même, s'il le faut, contre le gré des médecins traitants.

Cette doctrine n'a pas pris naissance parmi les praticiens des hôpitaux; car elle met leurs services au pillage, elle consacre la piraterie clinique.

Il y a dans cette question deux choses : l'intérêt de la science, et le droit des médecins traitants.

L'intérêt de la science est que les faits soient rapportés exactement, complétement; nul ne peut mieux faire cela que les chefs de service, ou ceux qui suivent leurs visites et qui observent avec leur concours et leur adhésion. Sans doute, l'observation des chefs de service ne doit pas rester sans contrôle; ils sont tenus de produire les preuves à l'appui de leurs assertions, de soumettre les faits à l'examen de leurs confrères, d'accepter la discussion, mais la discussion qui a pour fondement l'*observation entière et suivie des faits.*

Le droit des praticiens est de se réserver la publication des faits qu'ils jugent utiles au développement de leurs idées ou d'un intérêt particulier pour la science, sous la condition du contrôle et de la discussion de leurs confrères. Ainsi l'ont entendu nos prédécesseurs et nos maîtres. Vous comprenez en effet, Monsieur le rédacteur, que les cliniques des hôpitaux et la dignité des médecins qui en sont chargés, ne peuvent être livrées à la merci d'individus qui, dépourvus peut-être de garanties, se cachent sous un pseudonyme ou derrière une initiale quelconque. Si des confrères acceptent ou se laissent imposer un pareil contrôle, je suis décidé, pour mon compte, à m'en affranchir.

Quant au cas d'étranglement interne qui a donné lieu à cette polémique, M. X. n'a pas vu une seule fois le malade; il n'a point assisté à l'autopsie.

J'attends de votre justice et de votre impartialité l'insertion de cette lettre dans votre prochain numéro, et je vous prie d'agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de ma haute considération. Michel Lévy.

Paris, 11 mars 1845.

M. Michel Lévy soulève une question de presse qui ne manque ni d'intérêt, ni d'importance. On vient de voir la solution qu'il lui a donnée. Cette solution, nous la croyons non-seulement antilibérale, antiscientifique et restrictive de la plus précieuse de nos libertés, mais encore complétement erronée en droit et en fait. Quelques courtes réflexions donneront, nous l'espérons, cette conviction à nos lecteurs.

Il nous paraît d'abord fort étrange qu'un homme de la presse, qu'un collaborateur habituel de la *Gazette médicale* élève des prétentions semblables à celles que manifeste M. Lévy. Ce n'est pas sans raison que nous mettons ici ce journal en cause. Dans les traditions de son passé, M. Lévy aurait pu voir que, dans ce même hôpital dont il voudrait si illibéralement fermer les portes, son rédacteur en chef ne craignit pas d'entrer, de publier, non pas une observation, mais les résultats numériques de tout un service; et, par cette publication, d'abreuver de chagrins et d'amertume la vieillesse de Broussais. Quelque opinion que l'on eût sur l'action en elle-même, personne ne s'avisa de contester le droit, pas même Broussais, contre qui on en avait fait un usage si cruel. Dans les collections de ce journal, M. Lévy pourra lire l'histoire de ce débat ardent et passionné, dans lequel l'absence de générosité sut au moins se couvrir du manteau de la justice. Ce qui a été permis et licite à l'égard du grand Broussais, ne le serait donc plus à l'égard de M. Lévy? Examinons.

Que penserait-on d'un géologue qui dirait : Telle montagne des Cordilières ou des Alpes est mon bien, ma propriété; toutes les roches qu'elle renferme sont à moi; nul n'aura le droit de la décrire, d'en arracher quelques fragments, de les porter dans les collections publiques ou privées, de les faire servir à son instruction propre ou à celle du public; je ne veux pas qu'on mette ma montagne *au pillage*?

N'est-il pas probable qu'on rirait au nez de ce géologue un peu trop conservateur.

Que penserait-on d'un naturaliste qui écrirait : Toutes les plantes qui naissent dans cette contrée, tous les animaux qui y vivent, tous les êtres des trois règnes qui s'y trouvent, je m'en empare, ils sont à moi, j'ai le monopole exclusif de leur étude; arrière, vous qui voulez vous y livrer, vous n'êtes que des corsaires scientifiques.

Assurément, on mènerait à Charenton un naturaliste de cette espèce.

Que penserait-on d'un astronome qui dirait : Je m'approprie exclusivement cet hémisphère du ciel; je défends à toute lunette et à tout télescope d'y regarder planètes et étoiles; j'ai le privilége des éclipses et des comètes; je veux me garantir de la *piraterie* astronomique.

Il n'est pas douteux que cet astronome serait intellectuellement fort en danger.

Eh bien! pour nous, et pour tout homme de sens, une salle d'hôpital, un service clinique, c'est la montagne où tout géologue a le droit d'échantillonner les roches; c'est la contrée où tout naturaliste peut collectionner les produits qu'elle porte, c'est le ciel où tout astronome a droit d'observation.

Nous sommes, comme on voit, en opposition complète et absolue avec M. Lévy.

Il invoque deux droits divers, les droits de la science, les droits du médecin traitant.

C'est aussi au nom de la science que nous invoquons la liberté d'observation et de publication, d'interprétation et d'appréciation sous la

froidissement. Le cœur se replace immédiatement à gauche, et de même; tout aussitôt, pour ainsi dire sous le trocart, le poumon s'amplifie; le thorax devient sonore en avant, où l'on entend le souffle respiratoire. Une heure plus tard, on constata en arrière un râle sous-crépitant assez gros; les jours suivants il y eut de la toux, toujours de la fièvre; la cure fut traversée, en un mot, par des accidents de pneumonie. Quoi qu'il en soit, le 15 février, la jeune malade était guérie de sa pleurésie.

Nous devons revenir sur une circonstance importante, l'état apparent de la respiration chez cette enfant. Nous avons dit que la dyspnée n'était pas notable. Mais M. Trousseau se souvenait d'avoir perdu une femme de son service, qui avait un épanchement pleurétique considérable et très peu de dyspnée. La mort arriva inopinément. L'interne avait été invité à visiter la malade le soir, et à faire la paracentèse s'il y avait lieu, c'est-à-dire si la dyspnée était telle que la suffocation parût menaçante. L'interne, très judicieux et très instruit, vit la malade, et la trouva dans le même état que le matin. On ne pouvait pas dire qu'il y eût oppression. L'opération ne fut point pratiquée. Le lendemain, la femme avait succombé. Faudra-t-il donc établir en principe que tout épanchement pleurétique, assez abondant pour dépasser la ligne médiane du côté opposé, est une indication de paracentèse? Cette question est délicate, épineuse. Nous la posons. Il faudrait beaucoup de faits et une grande autorité pour la résoudre affirmativement.

Le cas suivant est un exemple d'insuccès; il date de novembre 1844: « Par cela même que j'ai hautement conseillé la ponction thoracique dans la période extrême de la pleurésie, dit M. Trousseau, à l'occasion de la jeune femme puerpérale dont nous avons parlé et que je me fais un devoir de la pratiquer lorsqu'il ne me reste aucune ressource, j'attache beaucoup d'importance à ne pas laisser ignorer un insuccès à mes confrères. » Le sujet était une femme âgée de cinquante ans, affectée depuis longues années d'un cancer atrophique du sein. Elle se plaignait d'un rhumatisme vague. — Bains de vapeur.

A la suite d'un de ces bains, une pleurésie se développe du côté droit, et l'épanchement s'accroît nonobstant la médication la plus énergique. Le médiastin est refoulé; le foie aussi. L'oppression est extrême. On fait la paracentèse, et l'on retire 1700 grammes de sérosité sanguinolente. Le soulagement est soudain; mais l'épanchement se reproduit, et la cachexie cancéreuse se prononce de plus en plus. L'oppression revient à mesure que l'épanchement augmente, et la suffocation est imminente. Alors, non pas assurément à titre de moyen curatif, mais simplement pour soulager la malade, on répète la ponction thoracique, au moyen de laquelle on donne issue à 2000 grammes de liquide. La mort arrive deux jours après cette seconde opération. A l'autopsie on trouve, outre le cancer mammaire, des *tubercules cancéreux* sur la plèvre costale, et des tumeurs encéphaloïdes dans le foie.

En somme, que résulte-t-il de ces faits? Sur cinq cas (celui de la jeune fille opérée en septembre 1843; celui de la dame opérée en juin 1844; celui de la jeune femme nouvelle accouchée opérée dans le même mois de la même année; celui de la jeune fille de l'hôpital Necker, opérée dans le mois de janvier dernier; et enfin celui de la femme affectée de cachexie cancéreuse); sur cinq cas, disons-nous, trois sont des exemples de pleurésie essentielle, et deux sont des exemples de pleurésie liée à un état général (état puerpéral, cachexie cancéreuse). Dans les trois premiers cas, la guérison a eu lieu; dans les deux autres, les malades ont été soulagées, et ce résultat est important; mais elles ont succombé parce qu'il y avait un état général contre lequel l'opération ne pouvait rien: explication surtout applicable au sujet de la dernière observation. Les craintes que l'opération inspire encore ne peuvent que s'affaiblir extrêmement, sinon s'évanouir devant de tels faits.

Un cas de Sénac, donné comme une observation d'hydropisie du péricarde, mais qui est évidemment un exemple d'épanchement pleurétique, doit être cité à l'appui des observations et de la doctrine de M. Trousseau. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une pleurésie, « fut saisi d'un étouffement qui ne lui permettait de respirer que lorsqu'il était assis; l'oppression était si grande, qu'il n'aurait pas vécu quatre heures; dans un danger si pressant, je n'hésitai pas à faire ouvrir la poitrine; il en sortit six pintes d'eau jaune et claire. Elle continua à s'écouler pendant quelques jours; enfin, dans un mois, le malade fut parfaitement rétabli. »

La sérosité *continua à s'écouler pendant plusieurs jours*. De même que le liquide était libre de sortir, l'air était libre d'entrer. Néanmoins la guérison fut prompte. L'introduction de l'air n'est donc pas toujours également dangereuse. Cette question a besoin d'être étudiée. Il doit y avoir une différence, à cet égard, selon que c'est du pus, liquide éminemment altérable, ou de la sérosité, qui est contenu dans la poitrine.

Mais il nous serait facile de trouver dans les auteurs un assez grand nombre d'insuccès de la paracentèse; seulement il faudrait distinguer ces cas en ceux dans lesquels l'opération n'a pas empêché la mort, et en ceux dans lesquels elle y a concouru.

Reste le procédé suivi par M. Trousseau, que nous devons faire connaître. Une ponction est pratiquée avec une lancette entre la septième et la huitième côtes (côté gauche), un peu en arrière d'une ligne qui serait menée du bord antérieur de l'aisselle à l'épine de l'os des îles. La peau est relevée jusqu'à ce que la ponction corresponde à l'espace intercostal immédiatement supérieur. On enfonce le long du bord supérieur de la côte inférieure, par la petite ouverture, dans la cavité pleurale, un gros trocart préalablement garni d'un sac en baudruche (ce trocart représente la canule de M. Reybard). Un aide embrasse l'abdomen avec les deux mains, et ensuite l'opérateur lui-même comprime la poitrine du côté affecté. Quand on juge que la quantité d'eau évacuée est suffisante, on retire vivement la canule tout en pressant la peau dessus. La petite plaie reprend sa place inférieurement, et on la recouvre d'une mouche de taffetas.

L'importance du sujet explique et légitime les développements que nous lui avons donnés. M. Trousseau s'est appliqué à une question qui demande toute l'attention des praticiens. Les malades qui meurent avec un épanchement pleurétique, *sans autre lésion*, succombent à une cause purement mécanique. Cette considération semble décisive. L'homme de l'art intervenant alors, peut avoir toute la puissance du chirurgien qui retire un corps étranger du larynx. D'ailleurs, si l'on veut, évitons de conclure. Aussi bien, en pareille matière, la réserve est de rigueur; mais il faut tenir compte des faits; or ceux de M. Trousseau sont encourageants.

X...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Bérard.

Leçons cliniques sur le mal vertébral de Pott, recueillies par M. Hannois, élève du service.

(Quatrième article.)

Diagnostic. — Le mal vertébral de Pott peut être confondu avec un grand nombre d'autres maladies; par exemple, avec le rhumatisme, le lumbago, la néphrite, les névralgies des parois abdominales, des paralysies essentielles ou dues à des lésions de la moelle, et, enfin, avec des abcès froids ou d'autre nature, avec des hernies et des kystes. Examinons un à un les caractères différentiels à l'aide desquels on peut distinguer chacune de ces affections d'avec la maladie qui nous occupe.

Un individu se présente avec des douleurs sourdes dans la colonne vertébrale. Ces douleurs, lorsqu'elles existent seules, pouvant être dues à des causes différentes, à des rhumatismes, à une simple fatigue, il est difficile d'établir sur leur existence un diagnostic certain. Aussi ne doit-on rien affirmer et fera-t-on prudemment de se tenir sur ses gardes. De semblables douleurs peuvent encore reconnaître pour causes les maladies des organes urinaires; dans les maladies du rein, par exemple, la douleur part aussi, comme dans le mal de Pott, de la région spinale, et va en s'irradiant vers les cuisses. Comment les distinguer? Les maladies des organes urinaires n'atteignent, en général, que les personnes avancées en âge; le mal de Pott, au contraire, affecte plus particulièrement les enfants et les jeunes gens; il ne se montre guère, en général, au delà de l'âge de 30 ans; et puis il est rare, d'ailleurs, que les maladies du rein ne s'accompagnent pas d'une altération particulière des urines qui aidera toujours puissamment à les reconnaître. Des névralgies inter-costales, certaines maladies du foie et de l'estomac peuvent aussi embarrasser le chirurgien, surtout si le malade accuse ces douleurs en ceinture dont nous avons parlé. Les paralysies essentielles, ainsi que celles qui sont dues à des lésions de la moelle, pourraient peut-être aussi obscurcir le diagnostic; il faut alors bien faire la comparaison des symptômes appartenant à chacune de ces maladies. Le moyen le plus sûr, dans ces cas douteux, est l'exploration du rachis. Voici de quelle manière on y procède: il faut exercer avec le doigt des pressions de haut en bas, depuis l'occiput jusqu'au sacrum; si l'on a affaire au mal de Pott, il est infiniment probable que ces pressions sur le trajet des apophyses épineuses détermineront de la douleur. Le chirurgien a d'ailleurs à sa disposition un excellent moyen d'exploration, plus sûr encore que le précédent, c'est la percussion des parties latérales de la colonne vertébrale, moyen proposé et appliqué depuis quelque temps par M. le professeur Piorry. L'abcès existe déjà sur les côtes du rachis avant qu'il se manifeste à l'extérieur; la percussion à l'aide du plessimètre peut l'y faire découvrir.

Nous avons indiqué jusqu'ici les maladies avec lesquelles on peut confondre le mal vertébral de Pott alors qu'il n'est encore accompagné ni d'abcès, ni de gibbosité. Quand cette difformité existe, même sans abcès par congestion, le diagnostic devient bien plus aisé; on ne peut plus, dès ce moment, confondre le mal de Pott qu'avec deux autres maladies, maladies chroniques bien entendu, le rachitisme et la déviation du rachis. Le rachitisme produit des courbures qui pourraient le faire confondre avec la gibbosité, si l'on ne tenait compte que de l'état de la colonne vertébrale; mais si l'on porte en même temps l'attention sur les autres régions du corps, le diagnostic peut devenir singulièrement clair. Le sujet rachitique se présente avec un faciès particulier, sous des traits qui lui appartiennent en propre, les autres parties du squelette offrent des altérations qui se révèlent par des courbures plus ou moins prononcées et surtout par le gonflement des extrémités articulaires. Le gibbeux n'offre rien d'analogue. Quant à l'autre maladie, la déviation de la taille, elle ne s'observe guère que sur des jeunes filles de dix à vingt ans; elle a pour caractère d'être constituée par des courbures qui sont constamment latérales, tandis que la gibbosité est antéro-postérieure. Si elle n'affecte pas toujours absolument cette direction, elle n'est du moins jamais purement latérale. Cela tient à la manière même dont s'effectue l'affaissement ou au sens suivant lequel a lieu l'usure du corps des vertèbres. La déviation, au contraire, est toujours, dès le début, franchement latérale, puis il se manifeste, au-dessus et au-dessous de la courbure principale, des courbures en sens inverse, nécessitées par le déplacement du centre de gravité; ces courbures sont aussi latérales et analogues, à la direction près, à celles qui s'opèrent consécutivement à la gibbosité. Du reste, l'absence des symptômes précurseurs dont nous avons parlé plus haut, ne permettrait guère de confondre la déviation latérale avec la gibbosité tuberculeuse.

Reste à établir le diagnostic différentiel de l'abcès.

Lorsque la gibbosité existe, le diagnostic est facile; il y a du moins de grandes présomptions pour que l'abcès, dont la présence coïncide avec cette gibbosité, soit un abcès par congestion; mais il n'en est pas de même dans les cas de carie par infiltration, où il peut n'y avoir point de difformité. On est réduit, dans ce cas-là, aux seuls caractères que peut offrir la tumeur. Disons d'abord que dans les abcès par congestion la tumeur est molle, fluctuante, indolente et sans changement de couleur à la peau. Mais on sait que ces caractères sont aussi ceux des abcès froids, qui peuvent ainsi parfaitement simuler un abcès par congestion. En ne s'en tenant qu'aux signes actuels, la distinction est fort difficile, il faut donc s'aider des signes commémoratifs; c'est la seule manière de lever l'indécision. L'abcès froid à son début a dû être d'abord dur, puis se ramollir au centre, et plus tard dans toute l'étendue de la tumeur. D'un autre côté, pendant la première période de l'abcès par congestion, les malades accusent des douleurs sourdes qui cessent dès que l'abcès apparaît au dehors. Lorsqu'on a constaté la succession de ces phénomènes, on peut être presque certain que l'on a affaire à un abcès par congestion. Mais si ces commémoratifs viennent à manquer, on retombe dans les mêmes motifs d'incertitude. Il y a une circonstance cependant qui semblerait devoir constituer un signe différentiel. D'après les dispositions que présentent les abcès par congestion et le long trajet fistuleux qui les fait communiquer avec le foyer du mal, on pourrait croire qu'il est toujours possible, par la compression de la tumeur, de la faire disparaître plus ou moins complétement en provoquant une sorte de reflux du pus de l'extérieur à l'intérieur, et que ce moyen de diagnostic suffirait à lui seul pour distinguer un abcès par congestion d'avec un abcès froid, qui ne fait que changer de forme lorsqu'on le comprime, mais qui ne diminue jamais de volume, du moins d'une manière sensible. Cela a lieu, en effet quelquefois, mais il faudrait bien se garder de rien conclure de l'absence de ce signe; car plusieurs causes peuvent s'opposer à ce que ce déplacement, ce reflux de pus à l'intérieur ait lieu. Il arrive, par exemple, dans quelques cas, et cela se présente particulièrement lorsque les abcès sont très anciens, que le trajet fistuleux que le pus a parcouru dans la période de migration pour venir saillir ensuite sous la peau, s'est oblitéré et transformé en un cordon cellulo-fibreux, de telle sorte que l'abcès se trouve complétement isolé

---

garantie de l'écrivain ou du journaliste qui publie. Car les droits de la science ne peuvent-ils pas être compromis par ces chefs de service qui, selon M. Lévy, devraient en être les seuls dispensateurs et les ministres? Est-il impossible de supposer que ce chef de service soit incapable, qu'il ne tire aucun profit ni pour lui, ni pour les autres, des trésors de science accumulés autour de lui, qu'il laisse stérilement passer des faits riches d'enseignements et d'instruction, qu'il soit paresseux au point de ne rien faire? Les droits de la science ne sont-ils pas aussi les droits de critique, d'examen, de contrôle, et tous ces droits d'appréciation peuvent-ils se manifester autrement que par la publicité? M. Lévy veut que les faits soient rapportés exactement, complètement; mais qui donc est juge de l'exactitude, de l'intérêt et de l'utilité d'un fait, si ce n'est le public seul auquel le journaliste s'adresse? Si le chef de service commet une erreur de diagnostic ou se livre à une thérapeutique extravagante, il aura le droit de taxer d'inexactitude le critique qui aura rapporté le fait; mais entre le critique et lui se trouvera l'opinion publique. De quelque côté donc que nous examinions l'intérêt et le droit de la science, nous voyons cet intérêt et ce droit compromis par les restrictions de M. Lévy; restrictions d'ailleurs puériles et controversables jusque dans les expressions qui les formulent; car qu'est ce après tout qu'un fait *complet*?

Le droit des praticiens, dit M. Lévy, est de se réserver la publication des faits. Où donc M. Lévy a-t-il trouvé ce droit? Dans quelle législation se trouve-t-il écrit? A moins qu'il ne provienne de quelque tradition de la loi mosaïque, nous ne voyons ce droit reconnu dans aucun de nos codes. Pour notre compte, nous n'admettons ce droit en aucune façon. Dire que publier une observation sans l'assentiment du chef de service c'est faire de la *piraterie* clinique, c'est dire une injure et rien de plus. Le malade n'est la propriété de personne en tant que malade, ce n'est ni un champ, ni un livre, ni un tableau, ni une chose quelconque qu'on puisse aliéner, vendre ou échanger. En tant que sujet d'observation il appartient à tous, à ceux qui ont des sens bien exercés pour bien saisir les phénomènes, qui ont une instruction suffisante pour leur donner une signification, un jugement assez solide pour les interpréter judicieusement. M. Lévy assure que c'est ainsi que ses prédécesseurs et ses maîtres ont entendu la *propriété* clinique. Jamais! Ces mots ne sont pas connus dans notre langue, et les récriminations de M. Lévy sont sans exemple. Elever de telles prétentions aujourd'hui qu'un noble esprit d'émulation généreuse et que de libérales tendances se font jour de toutes parts dans l'enseignement, c'est être tristement et bien avarement inspiré. Cette soif de l'appropriation, cette avarice d'une nouvelle espèce dans un médecin est chose complétement inédite et qui ne trouvera certainement pas de contrefacteurs parmi nos confrères des hôpitaux si généralement connus par l'élévation des idées et des sentiments.

Quant à M. Lévy lui-même, et pour en revenir au fait particulier, qu'il se rassure. Il a fallu un cas extraordinaire pour que l'on s'occupât de lui, et désormais il peut dormir tranquille sur sa *propriété* clinique. Non pas que nous lui reconnaissions le droit de fermer les portes de ses salles à l'un de nos collaborateurs, et nous voudrions savoir même comment il s'y prendrait pour cela. Mais nous ne voulons nous adresser qu'aux hommes qui comprennent véritablement, largement et généreusement les intérêts de la science; M. Lévy, on le voit bien, ne peut pas être un de ces hommes-là.

D'ailleurs, il l'assure, le Conseil de santé le garantit de nos *pirateries*. On nous a parlé, en effet, d'une mesure restrictive apportée dans les publicatians par le Conseil de santé des armées pour tout ce qui concerne les hôpitaux militaires. Admettons l'existence de cette mesure; en tout cas cette hiérarchie militaire ne peut pas être à notre usage, et nous nous en affranchissons; en tout cas, enfin, la simple *indication* d'un fait n'est pas sa publication.

Car, pour en terminer, notre collaborateur, qui est parfaitement connu de M. Lévy, et qui a conquis ses garanties dans une arène où les luttes sont sérieuses, n'a fait qu'indiquer une pièce d'anatomie pathologique sur laquelle il se trouve en dissidence d'opinion avec M. Lévy. Avions nous ce droit? M. Lévy voudrait-il nous frapper de l'ostracisme qui a si longtems et si injustement pesé sur certaines classes?..... En vérité, on pourrait presque lui supposer cette intention de représailles; mais, en ce cas, il ferait encore erreur d'époque et surtout de personnes.

du foyer d'où il tire son origine, et ramené en quelque sorte aux conditions des abcès locaux. D'autres fois, bien que cette oblitération n'ait point lieu, que la communication entre l'abcès; le canal fistuleux et le foyer primitif subsiste, le reflux du liquide à l'intérieur n'a cependant pas lieu lorsqu'on comprime la tumeur. Cela tient à ce que le plus souvent la communication de la poche avec le canal n'a point lieu directement dans le sens suivant lequel s'exercent les pressions, mais bien dans une direction oblique telle, que la compression communiquée au pus a pour effet d'appliquer l'une contre l'autre les parois de l'orifice de ce canal, d'oblitérer cet orifice à la manière d'une valvule, et de rendre ainsi impossible le reflux du liquide.

On ne peut mieux comparer cette disposition qu'à celle que présente la vessie pleine; on a beau la comprimer comme si l'on voulait faire refluer l'urine dans les uretères; la pression même que l'on exerce a pour effet d'appliquer la valvule contre l'orifice du canal, et il ne reflue pas une seule goutte de ce liquide dans l'uretère. On voit donc quelle réserve il faut apporter dans l'appréciation des signes fournis par ce mode d'exploration.

Examinons maintenant ces abcès dans les différentes régions qu'ils peuvent occuper. Commençons par la région des lombes.

Aux lombes, il n'y aurait, après les abcès froids, que l'hydrorachis d'avec lequel on pourrait avoir à distinguer un abcès par congestion. Peut-on confondre une tumeur hydrorachidienne avec un abcès? Non. La tumeur hydrorachidienne a bien sans doute les mêmes caractères extérieurs que les abcès par congestion : la fluctuation, l'indolence, l'absence de changement de couleur à la peau, etc.; mais elle offre en outre une transparence que n'ont point ces derniers; et d'ailleurs, ce qui empêchera toujours qu'on la confonde, c'est qu'elle date constamment de la naissance.

Au pli de l'aine on pourrait confondre l'abcès par congestion avec une hernie. La tumeur augmente dans la station verticale, et se réduit pendant le décubitus; la toux, par suite de la contraction des parois abdominales qui l'accompagne, détermine la diminution de capacité de l'abdomen, et les parties qui y sont contenues cherchant à s'échapper, viennent heurter le doigt qui appuie sur le trajet du canal. Or ces signes sont communs à l'abcès par congestion et à la hernie. Aussi voit-on assez souvent commettre des méprises; il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui portent des bandages destinés à contenir les hernies, tandis qu'ils ont un abcès par congestion méconnu. Il suffit cependant, pour éviter une pareille erreur, d'examiner le malade couché. En palpant alternativement la région inguinale et le pli de l'aine dans cette position, on détermine une fluctuation évidente.

On peut encore dans cette même région prendre un abcès par congestion pour un anévrisme, et réciproquement. L'abcès en descendant dans la gaîne du muscle psoas et iliaque, pousse l'artère devant lui; celle-ci vient se placer à son côté antéro interne. Lorsqu'on palpe la tumeur on perçoit des battements, et si l'on n'y prend garde on pourra croire à l'existence d'un anévrisme, alors qu'il s'agit d'un abcès, prenant comme appartenant à la tumeur des battements que celle-ci ne fait que transmettre, et qui lui sont imprimés par l'artère qui lui est accolée. Cette méprise a eu lieu; voilà pourquoi nous y insistons.

Disons maintenant quelques mots sur les caractères à l'aide desquels on peut distinguer si la maladie appartient à l'une ou à l'autre des deux formes de tubercule dont nous avons parlé. Ce que nous avons vu jusqu'ici nous met à même de faire cette distinction dans un grand nombre de cas.

Si tout à coup après quelques douleurs sourdes il survient une gibbosité considérable et rapide, on peut dire de suite que l'on a affaire à la forme enkystée. Par contre, une gibbosité qui survient lentement, qui met à se produire des mois et des années, indiquera par cela même qu'il s'agit de tubercules infiltrés.

La considération de l'abcès par congestion a aussi une grande valeur comme caractère. Cet abcès est toujours dû à la tuberculisation de la colonne vertébrale; mais il peut manquer quelquefois; cela arrive plus particulièrement dans le cas de tubercule enkysté. Ainsi une gibbosité arrivant rapidement sans abcès par congestion, dénote plutôt une tuberculisation de forme enkystée. La présence de l'abcès porte au contraire à penser qu'il y a infiltration. Il arrive malheureusement assez souvent que les deux formes se trouvent réunies.

L'abcès peut donc coexister avec l'une et l'autre forme. Il est facile, quand il est ouvert, de déterminer, d'après la nature du pus, de quelle forme de tubercule il provient. Si le tubercule est enkysté, on trouvera le pus sans mauvaise odeur et contenant des grumeaux de matière tuberculeuse ramollie; si le tubercule est infiltré, le pus sera sanieux, d'une odeur infecte et mélangé de matières caséeuses et de petits séquestres très durs.

Voilà ce que nous avions à dire sur le diagnostic différentiel; parlons de l'étiologie.

Étiologie. — Les causes éloignées du mal vertébral de Pott, les plus fréquentes sont celles sous l'influence desquelles naissent généralement les tubercules, le vice scrofuleux, l'âge jeune et la constitution lymphatique. Boyer indique comme cause fréquente l'onanisme. De nos jours on est moins porté à admettre cette influence. Sans doute en interrogeant les malades on obtiendra d'eux le plus souvent l'aveu de cette habitude plus ou moins ancienne; mais si l'on observe que la plupart des jeunes gens s'y sont adonnés, et que sur cent on en trouve un tout au plus affecté d'altération de la colonne vertébrale, on reconnaîtra sans doute qu'il n'y a pas là une raison suffisante pour conclure. Boyer signale aussi les maladies syphilitiques comme une cause assez commune du mal de Pott; mais personne n'ignore que ce sont particulièrement les os compactes qu'attaque ce genre d'affection, tels que les os de la face, des membres; quant à ceux du tronc, lorsqu'ils sont atteints, ce sont plutôt les côtes que les vertèbres. Cette cause peut donc être encore considérée comme contestable. Il en est de même de l'influence des maladies rhumatismales admises par le même auteur. Les seules causes que l'on puisse admettre comme disposantes, sont l'hérédité, l'habitation dans des lieux bas et humides, et toutes celles qui favorisent généralement le développement du vice scrofuleux, et par conséquent la production des tubercules. On ne voit point cette maladie se développer franchement à la suite de causes traumatiques.

Traitement. — Nous avons considéré les symptômes sous deux points de vue, selon qu'ils s'adressent à la maladie de la colonne vertébrale ou qu'ils sont la conséquence de cette altération; nous aurons à procéder de la même manière pour le traitement que nous distinguerons en conséquence en traitement général ou constitutionnel, ou en traitement local.

Moyens généraux. — Le traitement général doit s'attaquer d'abord à la cause constitutionnelle; il convient de recourir aux moyens antiscrofuleux : l'habitation dans un pays où règne un air doux, tempéré; une bonne alimentation; des promenades en voiture, surtout si la gibbosité n'existe point encore; des bains de mer, etc., seraient ici très convenables; on doit les recommander autant que la position de fortune des malades permet de les mettre à exécution. On doit joindre à ce premier ordre de moyens un traitement interne. Tous les modes de traitement actuellement usités en pareils cas sont généralement bons; ce sont, comme on le sait, des boissons amères, la gentiane, le houblon et surtout les feuilles de noyer préparées de diverses manières. Vient ensuite l'iode sous toutes ses formes, mais de préférence l'iodure de potassium. On l'administre en solution dans une boisson amère. Pour un enfant, on peut commencer par 50 centigr. dans la quantité de boisson destinée pour un jour; on augmentera ensuite graduellement, tout en surveillant l'action du médicament. Lorsque les malades boivent peu, la concentration trop considérable de l'iodure produirait une saveur trop amère qui répugnerait; on peut, dans ce cas, l'administrer incorporé dans du pain. Un autre médicament, très en vogue aujourd'hui, est l'huile de foie de morue ou de raie; mais ces huiles ont une saveur tellement désagréable et une odeur si repoussante, que leur administration est vraiment difficile. Il est regrettable qu'on ne soit pas encore parvenu à les dépouiller de ce double inconvénient.

L'emploi de ces moyens doit, du reste, être varié; il est bon, en général, de modifier le traitement tous les trois mois environ.

Un individu a une gibbosité qui augmente toujours; que demandera-t-on au traitement? Etendra-t on le malade sur un lit à extension? Ira-t-on couper les tendons? Evidemment non. Nous avons vu que la maladie consistait en une caverne formée aux dépens des vertèbres, lesquelles se sont affaissées, puis cicatrisées peut-être en partie dans leurs nouveaux rapports; serait-ce le cas, pour un redressement trompeur, de s'exposer à contrarier un semblable travail? Exigera-t-on enfin du malade qu'il reste couché, car dans la position horizontale la gibbosité doit avoir naturellement moins de tendance à se produire? L'empêchera-t-on de marcher, s'il n'est point encore paraplégique? Bien que la station verticale et la marche puissent effectivement contribuer à l'augmentation de la gibbosité, et que sous ce rapport peut-être il y eût quelque raison de prescrire le repos et le décubitus horizontal, cependant, à tout prendre, il vaut mieux laisser agir et marcher les malades parce que leur constitution ne peut qu'y gagner.

Moyens locaux. — Que convient-il de faire sur le lieu même de la gibbosité? Un traitement banal est en usage depuis Pott; il consiste dans l'application de cautères autour de la gibbosité. Au dire de Pott et de tous les chirurgiens qui ont écrit depuis, ce mode de traitement serait très efficace; des chirurgiens anglais en auraient retiré de grands résultats; Boyer lui-même, qui plus tard cependant leur substitua les moxas, se louait beaucoup de leur emploi. Il faut donc croire qu'ils ont une influence réelle; et cependant, on voit tous les jours des malades qui portent des cautères depuis des mois sans en éprouver aucune amélioration; mais Pott dit que ce n'est ni au bout de quinze jours, ni au bout d'un mois que se manifestent les bons effets de cette médication, mais qu'elle exige pour cela des mois et même des années. On voit quelquefois des malades qui, après un temps plus ou moins long, guérissent sans aucun traitement; dira-t-on pour cela, lorsque la guérison survient après qu'on a longtemps entretenu des cautères, que ce n'est point à leur influence qu'elle est due, mais que la maladie a cédé aux propres efforts de la nature? Les partisans de ce mode de traitement disent que le mal de Pott, quand il persiste longtemps, entraîne infailliblement la perte des malades, si l'on n'a point appliqué de cautères; tandis que ceux qui y ont été soumis, finissent par guérir au bout d'un temps plus ou moins long. Ils ajoutent que si les cautères paraissent ne point agir entre les mains des autres praticiens, c'est qu'ils sont mal employés, qu'ils sont trop peu profonds, pas assez larges, ou trop distants des apophyses épineuses. Au point où en est la science sur ce point, ce serait rendre un vrai service si l'on parvenait à se rendre bien compte du mode d'action des cautères. Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que nous en avons reconnu les bons effets dans quelques cas, et que nous avons adopté les larges cautères.

Il y a plusieurs manières d'établir les cautères. Pott et Boyer employaient la potasse caustique; aujourd'hui on commence à préférer généralement le caustique de Vienne.

Un autre moyen également énergique, auquel Boyer avait fréquemment recours, est le moxa. L'efficacité de ce moyen ne paraît pas douteuse, et on lui doit même des succès plus nombreux et plus assurés qu'aux cautères.

Quoi qu'il en soit, que l'on ait recours aux moxas ou aux cautères, il est des règles communes dans leur emploi que l'on ne doit point négliger. Il faut toujours en appliquer plusieurs, les mettre très près des apophyses épineuses, en prenant garde toutefois qu'à la chute des eschares ces apophyses ne soient mises à nu. On ne les mettra point au même niveau des deux côtés, mais on les alternera entre deux apophyses épineuses; de cette sorte, on pourra approcher davantage de la colonne vertébrale sans courir le risque de léser les os. Il faut que l'exutoire ait 3 centimètres au moins de diamètre. Si l'on fait usage du caustique de Vienne, on ne le laissera appliqué que de douze à quinze minutes au plus. Si c'est au moxa que l'on a recours, il faut le laisser brûler jusqu'à extinction, sans souffler dessus; le malade souffrira moins, et l'eschare sera plus profonde et mieux limitée. Quand l'eschare est tombée, on met dans chaque plaie deux ou trois pois de manière à maintenir de larges exutoires que l'on entretiendra pendant deux ou trois mois, après quoi on les renouvelle suivant les besoins.

Il nous reste à parler du traitement des abcès par congestion; c'est ce que nous ferons dans un prochain et dernier article.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842.

Commissaires : MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur.*

(Suite du numéro précédent.)

Première question.

La première question, celle qui domine et commande en quelque sorte les autres, est ainsi conçue :

« La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne » serait-elle que temporaire? »

« Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et » des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve » de la variole. »

La vertu préservative de la vaccine étant définitivement acquise à l'humanité, on veut savoir si, après quarante-cinq ans d'expériences, il est possible de déterminer les limites de cette propriété, de distinguer les cas où sa vertu préservative est absolue, de ceux où elle n'est que temporaire.

La réponse est des plus difficiles; elle n'embrasse pas seulement la France, mais le monde entier; c'est une enquête générale sur tous les vaccinés, qui seule pourrait fournir les éléments fondamentaux du problème à résoudre.

Votre Commission l'avait ainsi compris, car dans les considérations qu'elle ajouta à la suite du rapport de l'année 1839, elle s'exprimait de la manière suivante :

« La question, considérée à la fois sous le point de vue scientifique et gouvernemental, aurait des résultats autrement féconds et authentiques, que si elle était abandonnée à l'observation de quelques médecins qui ne pourront pas faire des observations générales ou agir sur une grande masse d'individus soumis à leurs recherches. Sans la participation du Gouvernement, aucun travail suffisamment étendu, complet et authentique, ne parviendra à résoudre définitivement ce grand problème, et ne répondra à l'appel fait par la science. »

D'après cette déclaration, ce n'est donc pas une réponse générale définitive que l'on pouvait espérer des travaux des concurrents, mais bien des solutions partielles et préparatoires à celle que le temps, et le temps secondé par les gouvernements, finira peut-être par nous donner.

C'est de ce point de vue qu'a dû partir votre Commission pour juger les Mémoires envoyés au concours.

Réduits aux seules ressources que la science pouvait leur offrir, les concurrents ont compris que la variole était la pierre de touche de la vaccine. Jugeant ensuite que cette maladie n'est jamais plus active et plus puissante que lorsqu'elle est épidémique, ils ont pensé avec raison que la vertu préservative de la vaccine n'était jamais plus exposée que pendant sa durée.

Leur observation a donc porté sur la manière dont se comportaient les vaccinés en présence de ces épidémies varioliques, ou, en d'autres termes, dans quelles proportions entraient les personnes vaccinées dans le total de celles qu'atteignait la petite vérole. La vertu préservative de la vaccine, retirée du domaine des hypothèses, est entrée, par ce procédé dans celui des faits, elle est devenue en quelque sorte une question de chiffres.

L'auteur du n° 24 expose avec détail les résultats fournis par trente épidémies observées en France, soit par lui, soit par d'autres médecins, depuis 1816 jusqu'en 1841 inclusivement.

Ces épidémies ont offert 15,921 varioles, dont 10,434 sur des personnes non vaccinées, 5,963 sur des vaccinées, et 30 qui avaient la variole naturelle pour la seconde fois.

Sur les non vaccinés, il y a eu 1,682 morts, 62 seulement sur les vaccinés, et 5 sur les variolés par récidive.

Comme on le voit, il ressort du rapprochement de ces faits, deux résultats importants : le premier, qu'en France les personnes vaccinées sont entrées pour un peu plus d'un tiers dans la somme totale des varioleux; et le second, que la mortalité a été chez elles très faible. D'après l'auteur du n° 23, cette proportion des vaccinés aurait même été dépassée dans les épidémies qui ont régné aux environs de Montbéliard, sans que la mortalité ait été accrue. Dans la violente épidémie de Marseille, en 1828, le même résultat fut confirmé : car sur 2,000 varioleux vaccinés, il n'y a eu que 45 décès, tandis que sur 8,000 non vaccinés, la mortalité a été de 1,473. Enfin, pour compléter autant que possible les données qui intéressent la France sur cette grave question, la Commission croit devoir ajouter ici les résultats observés par un de ses membres lors de l'épidémie de 1825 à l'hôpital de la Pitié, dans lequel, comme on le sait, on ne reçoit les malades qu'à partir de seize ans.

Sur 682 variolés, il y eut 162 vaccinés, 88 dont la vaccination parut douteuse, 432 non vaccinés et 14 variolés par récidive. La mortalité des vaccinés fut de 25, celle des non vaccinés de 148, et de 2 variolés par récidive.

Ce qui, comparativement à l'épidémie de Marseille, montre déjà que la variole des vaccinés est plus dangereuse chez l'adulte que dans l'adolescence; vérité que nous allons voir se confirmer.

Après les épidémies de la France, l'auteur du n° 24 passe en revue celles qui, pendant la même période, ont sévi en Angleterre, en Suède, en Danemark, en Italie, à Malte, à Genève, en Wurtemberg, etc. Ce travail long et pénible a été fait également par l'auteur du n° 20, en partie par celui du n° 22; néanmoins, quoique souvent le nombre des variolés vaccinés soit mis en regard des variolés non vaccinés, il ne nous a pas été possible d'établir entre eux le rapport proportionnel avec le même degré de certitude pour la France.

On voit toutefois, par les nombres rapportés, qu'il est à peu près le même; ce qui confirme la vérité formulée d'après les résultats fournis par les épidémies varioliques avant la vaccine, savoir : *que le fâcheux résultat des épidémies de variole est d'élever cette maladie*

à sa plus grande intensité, de manière à en égaliser partout les inconvénients et les dangers.

Ce fait établi, l'atteinte des vaccinés par la variole étant mise hors de doute, et leur rapport dans les épidémies étant à peu près établi, un problème des plus importants à résoudre dans l'intérêt de l'humanité se présentait à l'observation médicale.

C'est celui de déterminer dans quelles conditions vaccinales se trouvaient les personnes que la variole atteignait dans le cours des épidémies.

La réponse à cette question est remarquable par l'accord des concurrents et celui des médecins qui, depuis vingt-cinq ans, ont soigné les malades dans ces épidémies. Tous font observer que la variole ne frappe pas indistinctement et comme au hasard dans les rangs des vaccinés. Ils font remarquer au contraire qu'elle semble agir avec discernement, et faire en quelque sorte un choix parmi eux.

Sauf les exceptions, la variole attaque les anciens vaccinés et respecte les nouveaux. Les relevés des tableaux publiés dans les diverses parties de l'Europe, ceux particulièrement rapportés par les auteurs des nos 24, 23, 20 et 22, constatent d'une manière positive qu'avant la neuvième année de vaccination les enfants sont rarement atteints par la variole, et lorsque par hasard ils le sont, les exanthèmes varioleux qu'ils présentent sont le plus souvent si légers, si fugaces, que le nom de variole peut à peine leur être appliqué.

Ces mêmes relevés montrent au contraire que cette maladie sévit de préférence sur ceux dont la vaccine remonte à dix, quinze, vingt ans, et ainsi de suite jusqu'à trente et trente-cinq ans.

Ce déplacement de l'âge auquel les vaccinés sont atteints par la variole, est cause de la différence qui existe sur les tableaux anciens des décès produits par la variole, comparés à ceux publiés après la vaccine. Tandis que dans les premiers la mort frappe sur le premier âge, jusqu'à dix ans, et se ralentit ensuite; dans les seconds, c'est au contraire à partir de cet âge, jusqu'à vingt-huit et trente ans, que la mortalité est la plus considérable.

La ville de Paris a présenté à votre Commission une pénible exception à ce sujet; en comparant les tables des décès produits par la variole, publiées annuellement par le Bureau des longitudes, et se renfermant dans la période de dix ans, de 1820 à 1830, qui embrasse l'épidémie de 1825, elle a trouvé que sur le nombre total de 5,973 décès par suite de cette maladie, il y en avait de la première à la cinquième année 3,367; de la cinquième à la dixième 1,158; de la dixième à la trentième 1,222, et de la trentième à la quatre-vingtième année 92.

D'où résulte une preuve nouvelle de cette vérité affligeante sur laquelle les médecins des hôpitaux ne cessent d'appeler l'attention; savoir, que, malgré la sollicitude du Gouvernement pour la propagation de la vaccine, le nombre des varioles à Paris reste constamment dans une proportion menaçante pour la santé publique.

Enfin, un fait général que l'histoire des affections éruptives pouvait faire prévoir, mais qu'il est bon que l'expérience ait d'abord appris, c'est que, passé trente-cinq ans, l'aptitude des vaccinés à contracter la petite vérole devient si faible qu'elle peut être regardée comme nulle. Sous ce rapport encore, il y a unanimité de résultat dans les mémoires des nos 24, 23, 22 et 20, et conformité d'opinion parmi les médecins des hôpitaux de Paris, ainsi que chez ceux qui ont soigné les variolés pendant les épidémies.

Ce dernier fait, que nous aurons occasion de rappeler en traitant des revaccinations, montre que l'affaiblissement présumé de la vertu préservative de la vaccine n'est pas l'unique cause de l'atteinte des vaccinés par la variole. Remarquez en effet que si cela était, pourquoi l'aptitude à contracter cette maladie cesserait-elle après trente ans de vaccination? N'est-ce pas au contraire l'époque où elle devrait sévir avec plus de force, puisque c'est celle où l'action vaccinale devrait être le plus épuisée?

En définitive, que la variole puisse attaquer l'espèce humaine après la vaccine, ce n'est donc pas une question; c'est un fait. A ne considérer que les chiffres, la proportions serait même considérable. Mais, ainsi que nous allons l'établir, elle est plus forte en apparence qu'en réalité.

Remarquons, d'une part, que ces chiffres ne sont applicables qu'aux épidémies, et observons, d'autre part, qu'ils n'embrassent pas les vaccinés en général, mais uniquement les vaccinés par rapport au nombre total des variolés. Or, en dehors de ces vaccinés, il en est des milliers d'autres, qui traversent les épidémies sans être atteints par la variole; car, en fait de vaccine, c'est par milliers que les faits peuvent se compter.

Cette modification dans la conclusion que l'on aurait pu déduire des chiffres n'a pas échappé aux auteurs des nos 20, 22 et 23, mais nul ne l'a fait ressortir avec plus de netteté et d'évidence que celui du no 24.

Avant d'en déduire les inductions qu'ils renferment, concernant la nature préservative de la vaccine, votre Commission croit devoir ajouter deux remarques.

La première tout expérimentale, concerne l'épreuve qui se fait, depuis trente ans, dans les hôpitaux de Paris. On sait que, par arrêté du conseil général des hôpitaux du 22 février 1815, l'hôpital de la Pitié fut spécialement affecté au service des variolés; on sait aussi que quelques années plus tard (1823-1835), leur nombre devint si considérable que tous les hôpitaux furent dans la nécessité de les recevoir. On sait, enfin, que très souvent la variole ne se déclare qu'après l'arrivée des malades à l'hôpital.

Il est résulté de cet état de choses, que les vaccinés sont couchés dans les mêmes salles où se trouvent quelques variolés; néanmoins les vaccinés qui ont subi cette épreuve, l'ont en très grande majorité traversée sans inconvénient.

Cette circonstance, que le hasard seul a fait naître, a donné un résultat d'autant plus décisif que, s'il est un précepte certain en médecine, c'est celui qui établit que la convalescence des maladies prédispose par-dessus tout aux infections contagieuses.

En second lieu, le service des variolés est fait le plus ordinairement par des personnes vaccinées, les salles sont journellement visitées par un nombre sonsidérable d'étudiants en médecine, qui tous, sauf quelques très rares exceptions, échappent à la contagion de la variole.

Pourquoi un nombre si considérable d'élèves, tant de religieuses hospitalières et de serviteurs des deux sexes ont-ils bravé la contagion variolique avec laquelle ils étaient journellement en rapport? Comment enfin les internes, les externes des hôpitaux ont-ils pu seconder les médecins dans les autopsies, se blesser quelquefois et résister presque toujours à la contagion?

La réponse est simple, mais elle est concluante : c'est qu'ils étaient bien vaccinés.

Or, c'est précisément là l'objet de notre seconde remarque. Les vaccinés que les épidémies ont atteints étaient-ils bien vaccinés? La vaccine avait-elle parcouru chez eux les périodes sans l'accomplissement desquelles elle ne peut jouir pleinement de sa vertu préservative? C'est une question qu'il faudrait préalablement résoudre par l'affirmative, avant d'accuser uniquement, comme on l'a fait, la vertu préservative de la vaccine.

Qu'on réfléchisse à l'expérience précédente, et on trouvera, d'une part, que les vaccinés qui soignent les variolés sont précisément dans l'âge où la vertu préservative de la vaccine est présumée le plus affaiblie, c'est-à-dire de vingt à vingt-cinq ans de vaccination; et on verra, d'autre part, qu'ils sont bien autrement exposés à la contagion, que ne le sont d'ordinaire les vaccinés dans le cours d'une épidémie.

Ces réflexions, qui n'atteignent en rien la réalité des chiffres présentés, sont cependant de nature à en diminuer la valeur, et elles ont pour objet de rappeler aux gouvernements qu'il ne suffit pas de faire vacciner, mais qu'il est surtout essentiel de s'assurer si les vaccinations réussissent, et si elles sont surveillées, dans leur cours, de manière à ce que la science et l'humanité puissent avoir en elles une entière confiance.

DE LA VARIOLE DES VACCINÉS, OU DE LA VARIOLOÏDE.

Du moment qu'il était reconnu que la vaccine ne préserve pas toujours de la variole, il était logique, d'après la nature de la première question, de poursuivre l'influence de la vaccine jusque sur la variole même. C'est ce que les concurrents ont compris, c'est ce que presque tous ont recherché.

Un fait évident ressort de la masse des faits qui ont été observés. C'est que la variole qui attaque les personnes vaccinées est beaucoup moins intense et beaucoup moins grave que la variole naturelle.

La vaccine, devenue impuissante pour préserver de la variole, conserve néanmoins son influence bienfaisante sur le variolé.

Cette influence se décèle, d'une part, par l'affaiblissement des symptômes généraux, et, d'autre part, par un amoindrissement simultané dans les phénomènes locaux ou les pustules. De ce double concours résulte, ainsi que nous l'avons déjà dit, le danger moindre de la variole chez les personnes vaccinées.

Ce fait déjà connu, rendu manifeste par les observations nombreuses rapportées par les nos 24, 23, 20, 22, ne laisse aucun doute dans l'esprit; c'est une vérité acquise à la acience, acquise à l'humanité par des milliers d'expériences : la vaccine adoucit la variole naturelle et lui enlève une grande partie de sa gravité.

Ce n'est plus, à la vérité, une préservation complète, mais c'est une préservation contre le danger de la variole; et à ce titre, l'étude de la modification introduite par la vaccine sur la marche de cette maladie, rentre de plein droit dans la question proposée.

La variole, après la vaccine, n'est ni un fait nouveau, ni un fait inattendu.

Ce n'est pas un fait inattendu, par la raison que la science avait constaté depuis longtemps qu'il est des personnes et même des familles entières qui sont affectées plus d'une fois de la variole naturelle; par la raison, qu'après l'inoculation de la variole on avait souvent observé des récidives de cette maladie; par la raison, enfin, que Jenner avait constaté lui-même que les personnes occupées à traire les vaches pouvaient contracter deux fois le cow-pox naturel, et même la variole par inoculation.

(La suite à un prochain numéro.)

— Le concours ouvert le 4 novembre 1844 devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiques de cette Faculté, a été clos le 26 février dernier.

Le résultat du scrutin, transmis immédiatement à M. le ministre de l'instruction publique, conformément aux dispositions du réglement sur les concours dans les facultés de médecine, désigne pour ladite place M. le docteur Alquié.

L'institution ne pourra être donnée par le ministre qu'après examen des procès-verbaux du concours en conseil royal, et après le jugement des réclamations, s'il en est intervenu dans le délai fixé par le règlement.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 32. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

De la variole. Considérations pratiques. (Suite.)

La variole est une affection qui n'a point toujours existé dans nos climats. La première mention s'en trouve dans les écrits des médecins arabes; Rhazès l'a décrite le premier, et ce n'est guère qu'au temps des croisades qu'elle a été apportée en France, soit d'Asie, soit d'Afrique. Une preuve bien évidente que cette maladie n'a pas toujours existé, c'est que les écrits des anciens auteurs grecs ou latins n'en contiennent aucune description, ni même la moindre indication. Importée en Europe, et particulièrement en France, la variole s'y est propagée rapidement. Si elle a durée jusqu'à nos jours, c'est qu'elle n'a pas cessé de se transmettre d'individu à individu. Ici se présente la question suivante, dont la solution est de la plus haute importance, comme nous le verrons plus bas. Un sujet habitant nos contrées peut-il avoir la variole sans l'avoir gagnée d'un autre individu, ou bien faut-il, pour qu'il en soit atteint, qu'il l'ait absolument contractée? Il semble qu'une affection d'origine étrangère ne puisse se produire hors du pays dont elle est originaire.

Nous ne croyons pas, nous, que la variole puisse se développer primitivement dans le pays que nous habitons. Elle s'est bien évidemment développée primitivement quelque part. Là où se trouveront toutes les conditions sous l'influence desquelles la variole s'est produite pour la première fois, elle pourra se reproduire encore; mais ayant été importée ici, tout nous porte à croire que ce n'est point primitivement qu'elle se développera, et qu'elle ne se montrera que lorsqu'il y aura une contagion. Il est naturel de penser que le virus variolique étant un virus exotique, ne paraitra pas spontanément. Si la variole existe encore en France et dans les pays où elle a été transportée, c'est parce qu'elle y a été indéfiniment transmise d'individu à individu, et c'est par une contagion perpétuelle qu'elle est venue jusqu'à nous. Un exemple qui vient à l'appui de notre manière de voir, c'est celui que l'on peut tirer de l'existence du typhus. Le typhus est produit par un virus particulier qui se développe chez nous; cela n'est point contestable. Il se développe à peu près inévitablement dans certaines circonstances et dans des conditions données; dans les hôpitaux mal tenus, par exemple, sous l'influence de l'encombrement, d'une alimentation insuffisante et malsaine, etc. Pour la rougeole, la variole et la scarlatine, au contraire, qui pendant des siècles ont été inconnues en Europe, il n'est pas probable, nous le répétons, qu'elles puissent se développer spontanément dans nos pays. Ceci est un point important à établir pour la prophylaxie de la maladie qui nous occupe. Il est évident que si la variole est primitive chez nous, tous les efforts que l'on fait pour la prévenir seront inutiles; tandis que si elle ne s'entretient que par contagion, la propagation de la vaccine finira, on peut l'espérer, par la faire entièrement disparaître.

La variole n'atteint qu'une seule fois le même individu, du moins dans l'immense majorité des cas. Tous les sujets sont aptes à la contracter, quels que soient l'âge, le sexe; quelques-uns ont paru avoir le privilége d'y résister; mais nous devons faire observer que parmi ces exceptions, il y a des individus qui l'avaient peut-être eue dans leur enfance, sans qu'il leur en restât le souvenir, ni même sans que les parents s'en fussent aperçus. On a des exemples, peu nombreux à la vérité, de personnes visitées par des médecins pendant plusieurs jours, et chez lesquelles on avait complétement méconnu l'existence de la variole; à plus forte raison est-il permis de supposer que les parents d'un malade aient pu ne pas s'apercevoir de l'éruption des pustules varioliques. Nous nous rappelons avoir vu, dans le temps où nous faisions le service à l'hôpital de la Charité, un sujet se présenter dans nos salles avec un état fébrile très intense, et datant déjà de quelques jours. L'obscurité du cas nous fit examiner cet homme avec la plus minutieuse attention, et nous finîmes par découvrir deux pustules varioliques très petites sur la face. Le corps n'offrait qu'une quinzaine de boutons de la même espèce; la réaction générale était très vive; la fièvre d'invasion paraissait s'être confondue avec une fièvre d'accès pour laquelle il était entré dans notre service. Nous reconnûmes donc tardivement une affection qui allait nous échapper, et dont au bout de quelques jours le malade ne nous aurait plus offert aucune trace. Ce qui nous arriva dans ce cas peut aussi bien arriver à d'autres, et la variole une fois passée inaperçue, on regardera comme non contagiables des sujets qui seront dans les conditions ordinaires, et qui ne seront autre chose que des exemples de cette loi, à savoir: que le même individu ne peut être attaqué deux fois de la même fièvre éruptive. On devra donc, lorsqu'on aura affaire à des sujets qui sembleraient incontagiables, redoubler d'attention dans la recherche des antécédents.

La variole se montre sous des formes diverses déterminées par la quantité plus ou moins considérable de pustules qui se montrent à la surface de la peau. On a distingué la variole, selon l'intensité de l'éruption, en confluente, discrète, médiocre. La variole confluente est toujours une affection grave. Dans la moitié des cas au moins, elle se termine par la mort chez les adultes. Lorsqu'elle n'a pas une issue funeste, et que le malade guérit, il est rare que la dessiccation soit complète, en moyenne, avant le quarantième ou le cinquantième jour. La variole de médiocre intensité est moins grave et de moins longue durée que la variole confluente, et plus que l'éruption discrète. Nous ne vous ferons point ici l'histoire complète de l'éruption variolique; nous nous bornerons à vous présenter des considérations pratiques sur le pronostic et le diagnostic de cette affection.

Diagnostic. — Le diagnostic est très difficile dans un grand nombre de cas, au début de la maladie, à la période pendant laquelle il n'y a encore rien d'apparent à la peau. Quelques circonstances peuvent mettre cependant le médecin sur la voie et l'aider à établir le diagnostic, la coexistence d'une épidémie variolique, par exemple. Au milieu de ce mouvement fébrile intense, le malade présente quelques-uns des phénomènes les plus communs pendant le cours ou au début des varioles normales, des vomissements, des épistaxis, des douleurs dans la région lombaire, etc. Ces douleurs lombaires, caractéristiques, nous l'avons dit, du début de la variole sont quelquefois prédominantes sur toutes les autres, et sont d'une grande utilité pour le praticien; les douleurs de tête, la sensation de courbature, le brisement des membres, sont autant de phénomènes généraux dignes d'attention. L'absence de tout symptôme local auquel on puisse rapporter le mouvement fébrile est un indice négatif d'une certaine valeur, et qui peut souvent faire présumer la nature et le caractère de la maladie qui va se déclarer.

Du moment où l'éruption paraît, elle se montre avec des caractères tout particuliers, et qui peuvent le plus souvent la faire reconnaître tout d'abord. La pustule variolique se manifeste sous forme d'un bouton rouge, conique, dur, pointu. L'apparition de boutons de cette espèce chez un sujet qui n'en présentait point auparavant, est un fait de la plus grande importance pour le diagnostic. A ce propos, nous vous rappellerons un malade actuellement dans nos salles, et que nous avons eu soin de vous signaler pendant nos visites; c'est un jeune homme couché au n° 14 de la salle Sainte-Agnès, et qui nous a présenté, avec un appareil fébrile très intense, une éruption des plus confluentes de sudamina. Au moment où nous parlons, cette éruption est encore très abondante; mais il y a de plus, et nous devons vous le faire remarquer, une vingtaine de pustules disséminées sur le ventre, la poitrine et la face; ces parties sont en même temps le siége d'une rougeur presque scarlatineuse. Assurément, dans un cas de ce genre, il y avait des phénomènes qui nous amenaient forcément à nous poser cette question: Y a-t-il ou non, ici, variole commençante? Cette question, nous nous la sommes posée, et, nous sommes forcé de l'avouer, nous n'avons pu la résoudre encore aujourd'hui. Même après la visite la plus minutieuse, nous sommes resté dans le doute absolu sur la

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une passion malheureuse. — La dualité de l'homme. — Disquisitions stériles. — Un petit insecte et le chef-d'œuvre de la création. — Discours de M. Flourens. — Une place chaude encore. — M. de Rambuteau et les candidats. — Un *désir* satisfait. — Une exaction médicale. — Petites misères. — Un diagnostic hasardé. — Belle action de madame Stolz. — Péroraison de Carême.

Il y a trois choses que j'ai toujours beaucoup aimées sans les comprendre, disait un bel esprit du dernier siècle: la peinture, la musique, et les femmes. J'en ajouterai une quatrième, si j'étais un bel esprit: les Académies. Je ne peux m'en défendre, j'ai un faible pour les académies; c'est une véritable passion malheureuse. J'assiste régulièrement à leurs séances, j'écoute les discussions qui s'y agitent, je m'impressionne des orages qui s'y forment, des passions qui s'y remuent, des intérêts qui s'y combattent, des incidents nombreux et variés qui y surgissent; tout cela me plaît, me distrait et m'amuse; mais quand je veux comprendre — comprendre, entendez-le bien dans le sens utilitaire et de résultat — je m'égare, je me perds, et là où je cherchais le souvenir durable d'une perception, je ne trouve que la trace fugitive d'une sensation. On dirait un spectacle où, le rideau baissé, rien ne reste, si ce n'est une vague impression qu'un spectacle nouveau efface et fait évanouir. Il y a bien des raisons pour qu'il en soit ainsi et que je pourrais dire; mais ce n'est pas ici la place. Je constate le fait, et, selon mon habitude, je l'appuie par un exemple. Que résultera-t-il, s'il vous plait, de la discussion de mardi dernier à l'Académie de médecine? Certes, le sujet était grand, élevé, philosophique; tellement philosophique, qu'il a étouffé sous ses développements, la pauvre question pratique et purement médicale qui d'abord était en cause. L'aliénation mentale est-elle toujours liée à une altération organique du cerveau? Cette altération, dans le cas de l'affirmative, est-elle toujours le résultat de l'inflammation ou l'inflammation elle-même? Voilà ce qu'il s'agissait de discuter, et ce qui, chose très rare, avait été clairement posé et limité par l'auteur du mémoire et par le rapporteur. Eh bien, cette question qui aurait pu défrayer cinq à six séances de l'Académie, n'a pas paru suffisamment vaste et profonde à quelques orateurs qui s'échappant par la tangente, en sont arrivés à cette autre question éternellement soulevée, mais éternellement insoluble; cette question, qui a traversé toutes les civilisations, toutes les littératures, toutes les philosophies sans avancer d'un pas, la question de la dualité de l'homme, de la matière et de l'esprit. Que vous voilà bien avancé, vous, monsieur Rochoux, quand vous aurez dit: Tout est matière, tout est organe, donc l'aliéné porte une altération du cerveau. Veuillez donc me dire de quelle nature peut être l'altération cérébrale dans le fait suivant rapporté par Esquirol: « Un jeune homme voit autour de lui toutes les personnes de la cour; il se prosterne aux pieds de celui qu'il croit le souverain; il refuse leurs soins, ne devant pas être servi par d'aussi grands personnages; il devient furieux lorsque les domestiques se familiarisent avec le souverain de sa création. Je lui fis bander les yeux pendant deux jours, et son délire cessa; mais le bandeau étant retiré, le délire reparaît. » Voilà, convenez-en, une bien singulière altération qui va et vient, qui cesse et reparaît sous l'influence d'un bandeau. Quel beau chemin vous avez fait faire à la question, monsieur Gerdy, en criant: Ces doctrines organiciennes sont extravagantes et absurdes; c'est le sentiment qui est primitivement lésé dans la folie! C'est très bien; mais voyons un peu. Un homme reçoit un coup de bâton sur la tête, et devient imbécile; la priorité du sentiment me semble ici bien compromise. Un individu, sans s'en douter et par erreur, avale une certaine dose de teinture de belladone, et devient la proie d'hallucinations étranges; où donc reconnaissez-vous encore ici la priorité du sentiment?

Laissez, laissez, Messieurs, ces obscures, mystérieuses et indébrouillables question. Toutes vos disquisitions plus ou moins oratoires ne mènent à rien, ne donnent la solution de rien, et l'Académie des sciences morales, créée et mise au monde tout exprès pour voir clair en ces matières, n'en sait pas plus long que vous et moi.

Et cette dualité est-elle dans le partage exclusif de l'homme? Le phénomène de l'intelligence et de la matière ne se retrouve-t-il pas avec toutes ses profondeurs et ses mystères jusque dans l'être le plus infime de la création?... Tenez! j'ai là, sur mon chambranle, un tout petit rosier que la chaleur de mon foyer a fait verdoyer et fleurir. La même cause a fait éclore sur ses branches un charmant petit insecte. Le voyez-vous! il fait un excellent repas, le friand, avec une de mes feuilles toute fraîche. J'approche mon doigt; il s'enfuit, il monte, il descend; alarmé, éperdu, il cherche un asile, car un grand danger le menace. Enfin, il l'a trouvé! Une feuille de l'an passé, sèche et recroquevillée, se rencontre sur son passage; il s'arrête à l'entrée, il regarde, il mesure; on dirait qu'il sonde les profondeurs de la caverne avant que d'y pénétrer. Tout bien calculé il y entre, mais avec prudence et précaution, en tâtant le terrain de ses petites antennes, et se blottit enfin au fond de l'antre, attendant l'occasion de reprendre son dîner interrompu. Mais, monsieur Rochoux, c'est admirable, ce petit manége! Sentiments et idées, facultés et sensations, je retrouve tout cela dans mon petit insecte, la peur, l'appréciation du danger, la comparaison, le jugement, que sais-je? Ce petit insecte n'a-t-il pas fait ce que vous feriez, monsieur Gerdy, poursuivi par un tigre féroce? Eh! mon Dieu, souvent il fait mieux que l'homme. Un jeune élégant, bien frisé, bien ganté, bien botté passe à l'instant sous mes fenêtres. Un énorme tas de neige lui barre le passage; au lieu de faire un détour, il veut le franchir... Patatras! voilà le chef-d'œuvre de la création qui s'allonge et s'empêtre dans la boue!... Mon petit insecte avait bien mesuré les dimensions de sa retraite, mon chef-d'œuvre n'a pas su calculer ses distances!

— Le discours de M. Flourens, à la séance annuelle de l'Académie des sciences, a parfaitement réussi. L'orateur avait à raconter la vie d'un savant simple et modeste; l'historien a été comme son héros, simple et modeste. Le botaniste Dupetit-Thouars a été surtout célèbre par une théorie de l'accroissement des arbres qui fut très combattue du vivant de l'auteur, et à laquelle on semble revenir aujourd'hui. C'était un excellent homme, passionné pour la botanique qui l'occupa toute sa vie, et auquel le dernier gouvernement eut la cruauté d'enlever la direction d'une pépinière au milieu de laquelle il vivait paisible et retiré. L'éloge de M. Flourens, purement et élégamment écrit, semé de traits qui s'adressaient au cœur et à l'esprit, a été vivement applaudi et méritait de l'être. Je n'aurai de repos, disait Alexandre, qu'après avoir conquis le monde; mon ambition ne sera remplie, disait l'amiral Dupetit-Thours, que lorsque j'aurai reconnu et visité le plus petit coin du globe; je n'aurai plus de désir, disait le botaniste son frère, qu'après avoir vu et décrit toutes les plantes du monde. Lequel des trois fut le plus sage? s'est demandé M. Flourens.

— M. Ollivier (d'Angers) n'était pas encore mort, qu'une des nombreuses places qu'il occupait — je ne veux pas dire laquelle — était déjà donnée. On assure que son successeur a assisté à son convoi ayant sa nomination dans sa poche. Une de ces mutations laisse vacante une place de médecin inspecteur-adjoint des décès. Devinez un peu le nombre des candidats qui se sont déjà présentés à l'heure qu'il est? Quarante-quatre!!! Et ce n'est pas fini. M. de Rambuteau en perd la tête, et parle de nommer une commission. Ce moyen lui a déjà très bien réussi, il y a quelques mois, pour une place de médecin dans un collége municipal. Il étaient trente-sept concurrents, tous bien appuyés et chaudement recommandés. Chaque membre du conseil municipal lui disait: Prenez mon... candidat. M. le préfet ne sachant à qui entendre, se débarrassa de la besogne en priant un médecin bien connu de lui faire un rapport sur le mérite respectif des candidats. A l'inspection de la liste, le médecin dont je parle y voit figurer un de ses amis intimes, un de ses élèves, homme de mérite du reste, et auquel il accorde la plus affectueuse protection. Vous comprenez que le rapport fut fait en conséquence; tous les candidats étaient assurément des hommes de talent et dignes d'estime; mais la plus belle et la meilleure part fut faite à l'élève et à l'ami; aussi, les choses tournèrent-elles à son avantage, et le *désir* du rapporteur fut satisfait.

nature de l'affection qui va se montrer. La rougeur scarlatineuse n'est pas très intense, et ne pourrait suffire à caractériser une éruption scarlatineuse franche et complète. Quant aux pustules pointues légèrement ovalaires, sans dépression centrale, qui se sont développées ici, elles ne suffisent pas pour caractériser à nos yeux une variole, pas plus qu'elles ne nous permettent d'affirmer qu'il ne s'en développera pas une. Nous aurions bien, il est vrai, une ressource infaillible, et qui ne nous laisserait aucun doute à l'esprit; c'est l'inoculation du liquide contenu dans ces pustules, sur un sujet non vacciné et non variolé. Mais il ne nous est point permis, à nous médecin, de tenter l'inoculation de la variole sur un sujet étranger et bien portant. Le virus variolique est un de ces agents avec lesquels, pour nous servir d'une expression un peu familière, on ne doit point jouer, ne fît-on que donner à la personne, sujet de l'expérience, une affection excessivement bénigne qui le retiendrait à peine huit jours au lit.

Si l'inoculation de la variole a été permise à une époque où l'on ne possédait point encore la vaccine, et encore, alors, n'était-elle permise que dans certaines circonstances et dans un but tout d'humanité, elle ne l'est plus aujourd'hui sous aucun prétexte. A l'époque dont nous parlons, où l'on pratiquait l'inoculation dans des vues philanthropiques et pour garantir les sujets d'une éruption accidentelle fort grave, en faisant naître chez eux à volonté une éruption préventive dans les conditions les mieux choisies et les moins défavorables, malgré toutes les précautions, on a quelquefois eu des cas de mort à déplorer par suite de cette inoculation. C'étaient, il est vrai, des exceptions rares, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est survenu, dans quelques circonstances, des terminaisons funestes, et que les malades inoculés ont pu devenir des foyers d'infection pour ceux qui les entouraient.

La possibilité seule d'un semblable malheur est plus que suffisante pour imposer au médecin l'obligation morale la plus sévère et la plus rigoureuse de ne plus faire l'inoculation variolique, même sous le prétexte de science. Il ne faut pas, pour lever un doute dans le diagnostic, inoculer un virus à un sujet sain, sauf le cas où, comme dans la vaccine, le virus est incapable de nuire, et même peut prévenir le développement d'une maladie grave.

Le caractère de nos leçons devant être non théorique, mais essentiellement clinique, nous croyons utile, pour éclaircir le point qui nous occupe, de faire passer sous vos yeux quelques faits que vous avez pu longuement examiner vous-mêmes dans nos salles.

Au numéro 29 bis de la salle Saint-Bernard, se trouve une jeune fille de 18 à 19 ans, qui a été affectée d'un érysipèle de la face, et qui a été pour nous comme une sorte d'enseignement de ce qui se passe dans les inflammations internes. Au moment où cette jeune malade nous paraissait en voie de parfaite convalescence, elle a été prise, il y a deux jours environ, d'un mouvement fébrile très intense; frissons suivis de chaleur et de sueur; céphalalgie violente et opiniâtre. Hier matin, nous comptâmes 120 pulsations par minute; rien, du reste, dans l'examen successif des divers appareils organiques, ne pouvait nous rendre compte ni nous donner l'explication de cet effrayant appareil de symptômes généraux. Elle était convalescente, à peine remise d'un érysipèle de la face. Cet érysipèle allait-il se reproduire de nouveau? Cela n'était nullement probable; les affections de ce genre ne se reproduisent pas aussi rapidement et d'une manière aussi brusque. La malade n'accusait pas cette douleur lombaire caractéristique si constante et sur laquelle nous insistons si souvent. Hier soir, elle a eu un vomissement bilieux abondant; ce matin, nous avons constaté sur la face un petit nombre de boutons pointus (une douzaine environ); examinés à la loupe, ils paraissent un peu soulevés, demi-transparents, et constituant en quelque sorte une vésicule remplie de liquide; ils présentent une ressemblance assez grande avec les pustules varioliques commençantes. Le pouls est comme hier, à plus de 120 par minute. La peau est chaude, sèche. La membrane muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge est rouge, un peu tuméfiée, les amygdales sont légèrement gonflées.

A quel genre d'affection avons-nous affaire ici? Nous sommes en présence d'une jeune fille chez laquelle un mouvement fébrile très intense s'est rapidement montré, sans aucune cause connue. Il y aurait peut-être lieu de penser au développement d'une éruption scarlatineuse. Nous avons dans nos salles un sujet affecté de cette maladie, et il ne serait certainement pas impossible que notre jeune malade l'eût contractée, prédisposée qu'elle est d'ailleurs par l'existence d'une affection grave dont elle relève depuis peu de temps. Il y a là pour nous obscurité très grande. Nous pouvons aussi bien soupçonner une variole à son début qu'une apparition prochaine d'éruption scarlatineuse. Cependant, nous inclinerions plutôt vers l'appréhension d'une variole; il serait possible que d'ici à fort peu de temps, à quelques heures peut-être, la rougeur de la membrane muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge fît place à une éruption de pustules varioliques. De plus, cette circonstance de l'apparition d'une douzaine de boutons sur la face, boutons qui présentent l'aspect et la forme des pustules varioliques commençantes, donne plus de probabilité à la supposition d'une variole.

Pour établir le diagnostic dans les cas obscurs, il faut tenir compte, et des lois générales d'abord, de celles qui régissent l'immense majorité des cas, et, ensuite, des faits exceptionnels qui heurtent, sans les détruire, ces lois générales et sortent des circonstances ordinaires. Ici, nous suivons la même marche; il est possible que le fait se dérobe aux lois ordinaires, mais c'est sur ces lois que nous devons nous diriger, sans négliger les faits d'exception. Seulement, nous agissons avec prudence et circonspection. Nous avons encore dans notre salle des hommes un fait à peu près analogue et qui offre avec celui-ci des points de rapport assez directs et assez intimes.

Au numéro 15 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme qui présentait, avant-hier, au moment de son admission à l'hôpital, un mouvement fébrile intense; il éprouvait un peu de gêne de la déglutition, et la muqueuse de l'arrière-bouche, à peine rouge, n'était point notablement tuméfiée. Il y avait disproportion très manifeste entre les phénomènes locaux d'une angine et les phénomènes généraux, la réaction fébrile intense. Ce matin, le pouls était moins fréquent, la fièvre était beaucoup moindre. Le mal de gorge avait aussi sensiblement diminué; mais bien qu'il ait été vacciné, comme nous avons pu nous en convaincre par les cicatrices qui présent ses bras, il présente ce matin aussi quelques boutons peu nombreux à la vérité, mais qui ont la plus grande analogie avec ceux de la variole à son début.

Si nous faisons ainsi passer devant vos yeux un grand nombre de cas dans lesquels le diagnostic est entouré d'obscurité, c'est que ces cas sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement, qu'ils se présentent journellement dans la pratique, et qu'il est utile pour le médecin de les connaître, afin de ne point se trouver embarrassé en présence d'un obstacle imprévu.

HOPITAL BEAUJON. — M. Martin-Solon.

De la valeur séméiologique des urines; par le Dr Debout.

(Dernier article.)

Pour compléter ce que nous avons dit de la valeur séméiologique des urines dans la pneumonie, il nous reste à fournir des preuves de l'apparition du *nuage critique* lors même de la résolution spontanée de la phlegmasie, puis de sa disparition complète s'il survient une recrudescence, pour réapparaître ensuite lors de la solution définitive de la maladie.

Les deux faits suivants serviront d'exemple de ces deux cas.

Pleuropneumonie. Résolution spontanée. Nuage critique.

Vallois, ouvrier vannier, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution assez forte, jouissant habituellement d'une bonne santé, est pris, le 26 avril, à la suite d'un excès de travail, d'une douleur dans le côté droit avec frisson suivi de fièvre. Il boit deux jours de suite du vin chaud, qui détermine des sueurs abondantes, observe la diète et arrive à l'hôpital le dixième jour de sa maladie, sans avoir subi d'autre traitement.

Le 6 mai, faciès un peu pâle, teinte du visage et muscles prononcés; mais cependant un peu d'émaciation; obscurité du son en bas et dans toute la partie postérieure du côté droit du thorax; râle crépitant de retour dans toute l'étendue qui présente la matité; expectoration spumeuse, striée de quelques taches safranées. Le malade dit qu'il se trouve dans un état plus satisfaisant depuis son entrée à l'hôpital; que sa respiration est plus libre, et sa douleur de côté dissipée. La peau est d'une douce température; le pouls souple, donne 84 pulsations. L'urine acide, d'une densité de 1,010, donne tour à tour, par l'acide azotique et l'acide acétique, un beau nuage; le calorique n'y décèle la présence d'aucune trace d'albumine. La langue, humide mais encore croûteuse, indique qu'une maladie grave a eu lieu. En conséquence des symptômes, surtout de la formation du nuage critique, l'on reste dans l'expectation. — Pect.; julep béch.; diète.

Le 7, l'expectoration est devenue des plus spumeuses, le râle crépitant moins abondant, la respiration plus ample et plus facile. L'urine donne, par l'acide azotique, un nuage critique peu prononcé. Le même phénomène se reproduit le 8 et le 9, pour disparaître le lendemain.

L'apparition du nuage critique a eu, dans ce cas, une valeur incontestable, puisqu'il est venu mettre hors de doute la valeur, bien reconnue d'ailleurs, d'un symptôme important, le râle crépitant de retour, et permettre alors d'abandonner à la nature la solution définitive de la maladie. Or, dans la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, surtout lorsqu'elle se complique de l'inflammation partielle de la séreuse d'enveloppe, l'expectoration est une méthode dangereuse, surtout lorsque le point de côté persiste depuis dix jours.

Pleuropneumonie du côté gauche. Saignées, ventouses. Résolution. Nuage critique. — Recrudescence. Saignées. Réapparition du nuage critique. Guérison.

Watnier, tourneur en cuivre, âgé de trente quatre ans, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne, mais exposé, par sa profession, aux refroidissements subits, a déjà eu deux pneumonies, l'une double, la seconde ayant affecté seulement le côté droit de la poitrine.

Le 30 avril, après avoir eu chaud et froid dans la journée, il se sentit pris de frissons le soir, se mit au lit, et fut réveillé au milieu de la nuit par une douleur très vive dans le

---

— S'il est pénible et affligeant pour le médecin honnête et consciencieux de ne trouver qu'ingratitude et lesinerie, là où il aurait dû rencontrer reconnaissance et générosité, avouons qu'il est aussi bien dur pour le client de bonne volonté de tomber sur un médecin à prétentions exorbitantes et illégitimes. Il faut lutter contre un client ingrat qui nous marchande un juste salaire; mais il faut flétrir aussi le médecin qui abuse de certaines positions pour imposer un tribut extravagant. Un de ces médecins, qui cache sous des apparences scientifiques le plus scandaleux charlatanisme, fut appelé dans une honnête famille pour soigner un enfant épileptique. Soit hasard, soit le résultat d'une médication perturbatrice énergique, cet enfant guérit. Le traitement avait duré trois mois. Les parents, pleins de gratitude, voulurent honorablement récompenser le médecin, et s'adressèrent à un confrère pour savoir ce qu'ils pouvaient offrir. Celui-ci conseilla de donner 1500 francs. Les parents, pour bien faire les choses, en envoyèrent 2000, Vous croyez peut-être que le médecin fut satisfait? Grande erreur. Il envoya à la famille un reçu ainsi conçu : « J'ai reçu de M..... la somme de 2000 fr., à valoir sur celle de 5000 qu'il me doit pour la maladie de son fils. » Que voulez-vous que fît la famille en pareil cas? Plaider? Divulguer au public une maladie que l'on cache d'ordinaire avec grand soin? Compromettre l'avenir d'un enfant tendrement aimé? Le médecin avait compté sans doute sur ces honorables et légitimes scrupules; aussi a-t-il été intégralement payé.

Je dis que les faits de cette nature sont abominables. Heureusement celui-ci n'appartenait pas à cette nombreuse portion du corps médical qui rend notre profession si honorable et tant digne d'estime, mais à un de ces guérisseurs excentriques qui ont mis en coupe réglée la population de la bonne ville de Paris.

— Autre misère du métier. Un médecin de nos amis est appelé auprès d'une femme âgée. On lui apprend qu'elle est malade depuis sept jours. Il examine, il trouve une pneumonie énorme et très grave contre laquelle rien n'a été fait. Il fait de son mieux et au bout de quelques jours il parvient à beaucoup améliorer l'état de cette femme et à pouvoir porter un pronostic plus rassurant, lorsque les parents, cédant aux instances de la malade, lui administrent *une rôtie au vin*. « Ah! merci, disait la vieille à sa fille, tu me rends la vie. » Un quart d'heure après, elle était morte. Pensez-vous que ce soit le funeste breuvage qui ait été accusé de la mort de cette femme? Non, c'est le médecin qui a trop prolongé la diète.

— Troisième misère qui prouve qu'en fait de diagnostic de plaies d'armes à feu, il faut être très circonspect. Dans un duel récent et tragique un combattant reçut la balle dans le nez. « Vous êtes fort heureux, dit au blessé le chirurgien témoin, vous en serez quitte pour le nez. » Il n'avait pas fini sa phrase qu'une convulsion suprême s'empare du blessé qui expire à l'instant.

— Voici comme un parfum de charité que le vent du nord m'apporte de Bruxelles. « La *diva* de votre opéra, m'écrit-on de ce pays, madame Stoltz, dont sans une profonde émotion je n'ai pu entendre » la voix vibrante et fortement accentuée, vient de laisser parmi nous » un souvenir touchant et pieux de son passage. Elle a fondé à ses » frais et à perpétuité un lit dans un de nos hôpitaux. Au talent et à » la beauté réunir la plus charmante des vertus, la bonté, n'est-ce pas » avoir été trois fois bénie de Dieu? » Je souscris de tout mon cœur à cet éloge mérité donné à notre grande artiste.

— Pour cette fois je ne trouve plus rien dans mon sac et je m'arrête. Pensez, chers confrères, à la sainte semaine où nous entrons. C'est le moment des retours sur soi-même, de l'oubli de toute haine, du pardon des injures, de resserrer vos liens trop relâchés de confraternité. Cette union sainte qui seule peut inspirer de grandes actions et de nobles pensées, permettez-moi de vous la désirer, chers confrères, et cela d'un cœur exempt de haine et de toute basse envie.

Jean Raimond.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. HIPPOLYTE LARREY, AUX OBSÈQUES DE RIBES.

Messieurs,

La médecine militaire doit rendre un dernier hommage à celui qu'elle s'honore de compter parmi ses représentants les plus dignes. M. Ribes fut en effet l'un des hommes qui ont dévoué leur longue existence à la cause du soldat malade et au soulagement des maux de la guerre, en même temps qu'il devint un célèbre anatomiste, un praticien habile, un savant modeste, et qu'il sut rester toujours un citoyen plein d'honneur et de probité.

Tant de titres à l'estime de tous seraient mieux dits par une autre voix que la mienne, si je ne venais aussi vous parler au bord de cette tombe de celui qui fut le compatriote de mon père, son ami dès l'enfance, son condisciple et son émule, son compagnon de guerre et d'infortunes.

François Ribes, médecin principal de première classe en retraite, ancien chirurgien de l'empereur, ex-médecin en chef des Invalides, est né à Bagnères (de Bigorre), en 1766. Jeune encore, il se sentit entraîné par goût vers l'étude de la médecine, et après en avoir acquis les premières notions à Toulouse sous les auspices d'Alexis Larrey, l'oncle de son ami, il vint à Paris, où il fut d'abord le disciple de Desault, de Pinel, d'Antoine Dubois, et ensuite l'élève particulier de Sabatier, de Portal et de Chaussier. Il eut pour condisciples, devenus des maîtres aussi, Richerand, Duméril, Bretonneau, Husson, et d'autres dont les noms célèbres couronnent le plus illustre de tous, Xavier Bichat. Ribes fut avec eux l'un des fondateurs de la Société médicale d'Emulation, et c'est à ceux qui devaient lui survivre qu'il adressa ses derniers souvenirs dans une lettre touchante, simple résumé de sa vie, de ses travaux, de ses services, comme la profession de foi du digne médecin militaire. La Société médicale d'Emulation, qui doit aussi déplorer la perte que nous venons de faire, ne me refusera pas non plus l'honneur de la représenter dans cette triste cérémonie.

La destinée de Ribes n'était donc pas seulement d'appartenir à la médecine et à la science, elle l'appelait aussi aux grands événements de la guerre. Ce fut en 1792 qu'il entra dans la carrière de la chirurgie militaire, et obtint une place à l'hôtel des Invalides, sur la proposition de Sabatier. Il fut désigné, dès l'année suivante, par la Convention nationale, pour se rendre à l'armée; et à dater de cette époque, il ne cessa de figurer avec distinction, soit comme médecin, soit comme chirurgien, parmi les officiers de santé militaires. C'est ainsi que Ribes a pu assister à la plupart des guerres de la république et de l'empire, sur vingt champs de bataille, dans dix-sept combats et à trois siéges. C'est ainsi qu'il s'est trouvé au milieu des deux épidémies de typhus les plus désastreuses, et qu'il faillit y succomber; la première fois en Espagne, où une armée de 25,000 hommes en compta 10,000 dans les hôpitaux; et la seconde fois en Saxe, où le nombre des malades et des morts devint incalculable. Lui aussi pouvait dire: « J'y étais, » lorsque l'on prononçait en sa présence l'un de ces grands noms de bataille dont nos pères se glorifiaient : *Ulm*, *Austerlitz*, *Wagram*, *Eylau*, *Friedland*, *la Moskowa*, et tant d'autres. Mais Ribes était si modeste, qu'il parlait rarement de ce qui l'honorait le plus dans le passé; à peine nous laisse-t-il dans ses mémoires quelques pages consacrées à ses plus beaux souvenirs, et encore n'en aurait-il rien écrit, s'il n'avait été excité à le faire dans les derniers temps de sa vie.

Citons un trait entre plusieurs autres.

Une partie des blessés de la bataille de la Moskowa avait été rassemblée dans l'abbaye de Kotloskoï; l'empereur vient les visiter, et il apprend que les pansements n'ont pas été faits la veille. Il s'en étonne, s'impatiente, s'irrite, et fait appeler le chirurgien en chef de l'ambulance; c'était Ribes. Mais laissons-le raconter lui-même ce qui advint: « Je me présentai avec calme devant l'empereur; je savais qu'avec lui » il ne fallait pas de longs discours. — C'était une mission de con» fiance, me dit-il, que je vous avais donnée; vos blessés n'ont pas été » pansés hier, et cela n'est pas bien. — Non, sire, les blessés que » m'a confiés Votre Majesté n'ont pas été pansés hier; ils ne le se» ront pas aujourd'hui, ils ne le seront peut-être pas demain. — C'est » différent, répondit-il sans m'en demander la raison, et sa colère » fut apaisée; il m'engagea avec un ton bienveillant à continuer de » donner mes soins à ces malheureux blessés. » Voilà quel était le langage simple de l'homme fort de sa conscience et de son devoir à

côté gauche. Un médecin appelé le matin même, fait une large saignée et engage le malade à venir à l'hôpital.

A son entrée (1er mai), nous constatons l'état suivant : Décubitus latéral droit; face pâle, excepté les pommettes, qui sont légèrement colorées ; conjonctives injectées, traits exprimant la douleur ; respiration difficile, toux très fréquente et augmentant la douleur, qui occupe tout le côté gauche du thorax ; matité de cette région ; souffle tubaire en arrière ; bronchophonie ; à droite, rien de notable ; la respiration cependant est un peu forte ; l'expectoration, peu abondante, est fortement rouillée. Soif vive ; perte d'appétit ; goût amer dans la bouche ; langue humide, recouverte d'un enduit verdâtre ; douleur épigastrique légère causée par les vomissements et les efforts de toux. Vomissements bilieux assez abondants ; pas de constipation ni de douleur de ventre ; région hépatique indolente ; impulsion forte du cœur ; pouls fréquent, plein, 116 pulsations ; céphalalgie. — Saignée du bras de 500 grammes ; pect. ; jul. béchique.

Le 2 mai, le malade se trouve un peu mieux, la respiration est un peu plus facile, moins douloureuse : la toux est moins fréquente, l'expectoration moins rouillée ; toujours le souffle tubaire sans mélange de râle à gauche ; persistance de la matité ; la percussion est douloureuse ; rien à droite. Les vomissements ont cessé ; le pouls est mou, dépressible, encore fréquent (112 pulsations). L'urine examinée ne présente pas de réaction par l'acide azotique. — Saignée de 400 grammes ; 8 ventouses sur le côté gauche et en arrière ; pect. ; jul. béc. ; lavem. émollient ; diète.

Le 3 mai, râle crépitant de retour dans une grande étendue ; matité de la région inférieure ; expectoration incolore ; langue faiblement saburrale. Une garderobe. L'absence de nuage critique dans les urines détermine l'emploi d'une nouvelle saignée. — Même prescription.

Le 4 mai, 350 grammes de sang, 160 grammes de sérosité ; caillot consistant et toujours couenneux. Le râle crépitant du sommet a disparu ; la respiration est vésiculaire ; le souffle tubaire en bas est remplacé par du râle crépitant *redux* ; les urines peu acides, limpides, citrines, d'une densité de 1,023, donne tour à tour, par l'acide acétique et l'acide azotique, des nuages critiques. Le calorique n'y dénote la présence d'aucune partie d'albumine. Le pouls, assez large, donne 104 battements ; encore un peu de chaleur à la peau ; langue jaunâtre, douleur transversale vers la région épigastrique ; constipation. — 2 lavements avec le miel mercuriel ; limonade, 3 pots ; julep ; diète.

Le 5 mai, des garderobes abondantes ont eu lieu hier ; la nuit a été bonne, mais ce matin un redoublement de fièvre s'est manifesté ; le pouls large et fort, donne 112 battements ; l'expectoration encore safranée, presque rouillée ; râle crépitant. La douleur de côté tend à reparaître, mais seulement dans les grandes inspirations. — Limonade, 3 pots ; julep ; diète.

Le 6 mai, dans la journée d'hier, la douleur de côté a augmenté et s'est fixée au-dessous du sein gauche ; la toux est redevenue plus fréquente et l'expectoration tout à fait rouillée. Insomnie pendant la nuit ; pouls peu dur, mais assez large ; 120 pulsations, 48 inspirations. Soif vive, bouche brûlante ; pas de nausées, peu de garderobe ; peu de matité vers le point douloureux. L'expectoration, ce matin, est assez abondante et de couleur jus de pruneau. L'urine, de 1,012 de densité, ne fournit aucune réaction critique par l'addition de l'acide azotique. — Saignée du bras ; pect. et lim., 3 pots ; julep ; diète.

Le 7 mai, 420 gr. de sang, 240 de sérosité ; caillot consistant, couenneux ; rondelles des ventouses non couenneuses ; râle crépitant de retour dans toute l'étendue du côté gauche ; expectoration safranée, foncée ; chaleur de la peau assez vive ; la douleur pleurétique persiste encore un peu ; le pouls donne 100 pulsations. Amertume de la bouche moindre ; respiration courte, transpiration assez abondante cette nuit. L'urine d'hier, qu'on a conservée, est devenue un peu louche ; celle de ce matin, d'une densité de 1,012, fournit, par la réaction acétique, un nuage critique assez peu prononcé pour que le doute qu'il donne de sa valeur, joint à la dureté du pouls, détermine à recourir encore à la saignée. — Même prescription.

Le 8 mai, 360 gr. de sang, 210 gr. de sérosité. Cessation complète de la douleur de côté ; expectoration incolore ; 96 pulsations ; expansions vésiculaire non encore complète, mais l'état du malade est satisfaisant, et l'urine donne par les deux acides un nuage critique abondant. Celle d'hier n'est pas devenue jumenteuse. — Même prescription.

Le 9 mai, râle crépitant ; urine très précipitable ; pas de fièvre. — Même prescription ; soupes.

Le 10 mai, les urines donnent, pour la dernière fois, un nuage critique. L'état du malade s'améliore de jour en jour, et le 17 il sort dans un état parfait de convalescence.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 7 janvier 1845. — Présidence de M. Ségalas.

La Société reçoit une demande d'admission de M. le docteur Delcroix, appuyée d'une observation suivie de réflexions, ayant pour objet un cas de rétrécissement de l'urètre, traité sans succès pendant plus de trois mois par la simple dilatation. (Commissaires : MM. Blatin, Bossion et Louis.)

— A la suite d'un rapport favorable de M. Blatin, M. le docteur Vinchon est admis au nombre des membres de la Société.

M. le docteur Henri Labarraque est également admis, sur le rapport favorable de M. Richelot.

— *M. Baraduc* a la parole pour une rectification. Dans la séance du 3 septembre 1844, dit-il, dont le compte-rendu a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*. M. Géry m'a attribué l'opinion que les tumeurs du *spina-bifida* ne contenaient pas de nerfs, et j'aurais affirmé, selon lui, que les prétendus filets nerveux répandus dans ces tumeurs, n'étaient autre chose que des ramifications vasculaires. En me prêtant une opinion aussi absolue, notre honorable confrère a été mal servi par ses souvenirs, et j'ai besoin de rectifier son erreur, ce que je n'ai pu faire le jour même, n'étant pas présent à cette séance. Il me suffira pour cela de rappeler les faits. Dans la séance d'août 1843, je crus devoir combattre la manière de voir émise précédemment par M. Géry sur la nature du *spina-bifida*. Il avait evancé, en effet, dans un rapport, que le *spina-bifida* était une hernie de la moëlle épinière, et que la ligature des tumeurs qui constituent cette affection, ne devait pas être pratiquée à cause des nerfs qui s'y rencontrent. Pour moi, ne voyant dans ces tumeurs que les nerfs qu'on trouve dans leurs parois, et non la moelle épinière ou la queue de cheval, je maintiens que le précepte de ne point en opérer la ligature devait s'appuyer seulement sur cette considération, que la ligature, en produisant un refoulement du liquide rachidien, déterminait une compression de la moelle suivie d'accidents mortels. Dans la même séance, je présentai deux pièces d'anatomie pathologique sur lesquels je démontrai que les tumeurs du *spina-bifida* n'étaient point formées selon la manière de voir de M. Géry ; puis j'ajoutai : « Dans les parois de la tumeur qui contient du liquide, j'ai suivi, et l'on peut encore distinguer des vaisseaux *et quelques filets nerveux*. La seconde pièce offre la même disposition, et plus prononcée encore. » J'étais donc loin de nier l'existence de ces filets nerveux ; ce qui eût été d'une ignorance impardonnable, et dont il m'importe de ne pas laisser peser sur moi le soupçon.

— *M. Bourrières* lit une note sur un nouveau médicament, l'*arséniate de quinine*, par lequel il propose de remplacer l'acide arsénieux, menacé d'une proscription définitive, à cause des dangers qui peuvent résulter de son usage. Il a obtenu ce sel directement, en traitant la quinine pure par l'acide arsénique. Ce dernier corps étant plus soluble dans l'eau, et produisant des sels plus neutres que l'acide arsénieux, et même mieux cristallisés, il a dû lui donner la préférence. M. Bourrière espère que ce nouveau composé jouira de l'efficacité bien constatée de l'arsenic dans les fièvres intermittentes rebelles, en offrant l'avantage d'être exclusivement réservé à l'usage médical, ce qui préviendra tout danger. Sans prétendre que le peu de quinine qui entre en combinaison dans l'arséniate de cette base doive avoir une grande part dans l'action du médicament, cependant il ne pense pas que sa présence soit tout à fait inutile ; et en cherchant à former avec l'arsenic un nouveau sel à propriétés fébrifuges, il a dû naturellement s'adresser à la quinine.

M. Dubart demande dans quelle proportion l'acide arsénique se trouve par rapport à sa base ; ou, en d'autres termes, si le sel est acide, neutre ou basique. Il demande en outre s'il est déliquescent.

M. Favre. La question est grave ; car si ce sel est déliquescent, on ne peut pas être sûr de la dose qu'on administre.

M. Bourrières répond qu'il n'est pas déliquescent.

M. Favre ne voit pas bien l'utilité de ce nouveau médicament, qui serait d'ailleurs au moins aussi cher que le sulfate de quinine.

M. Bénet Deperraud. Il y a ici trois questions bien distinctes : — D'abord, l'arséniate de soude est-il déliquescent ? M. Bourrières qui a préparé ce sel, qui l'a eu entre les mains, doit le savoir, et lorsqu'il dit qu'il ne l'est pas, on peut s'en rapporter à lui. — En second lieu, quelle est l'utilité de ce nouveau médicament ? De remplacer l'arsenic, dont les dangers effraient quelques personnes, et aux avantages duquel il serait cependant regrettable de renoncer. — Enfin, dit-on, il ne serait pas moins cher que le sulfate de quinine. Pour juger cette question, il faudrait savoir quelle dose il sera nécessaire d'employer ; car si quelques centigrammes suffisent là où il faudrait plusieurs grammes de sulfate de quinine, il est évident que, même à prix égal, l'avantage serait encore du côté de l'arséniate.

M. Dubart. M. Bourrières dit que son sel n'est pas déliquescent. Mais il y a différents degrés de déliquescence. Certains corps se liquéfient pour ainsi dire instantanément au contact de l'air, par exemple l'acétate de potasse ; d'autres, comme les benzoates de potasse et de soude, absorbent l'humidité atmosphérique lentement, et au bout de plusieurs mois seulement.

M. Bénet-Deperraud. Si le sel est déliquescent, on peut lever toute difficulté en ne l'employant qu'en solution.

M. Favre. Il est important de faire des essais sur tout ce qui concerne cet arséniate, et surtout de s'assurer de sa composition, de bien connaître la quantité d'eau qu'il contient. Mais c'est une illusion de croire qu'on pourra remplacer l'arsenic, ou s'en passer. Dans les arts, non moins qu'en pharmacie, il est indispensable.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE GENÉRALE.

Epilepsie guérie par l'incision du cuir chevelu. — Nous trouvons dans une lettre adressée par M. le docteur Anglade, de Rhodez, au rédacteur de la Gazette médicale de Montpellier, la relation de plusieurs cas d'épilepsie dans deux desquels la guérison a été obtenue par un moyen dont nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier la valeur.

Première observation. — La fille Nadal, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, en proie à des accès d'épilepsie depuis plus de dix ans, a réclamé mes soins en 1838, après avoir consulté et exécuté les prescriptions de dix à douze médecins. D'après l'interrogatoire que je lui fis subir, et l'aveu qu'elle me fit de l'endurcissement violent du cuir chevelu après les accès, je pratiquai aussitôt deux incisions profondes à 27 millimètres de distance l'une de l'autre, sur le cuir chevelu, depuis la racine des chairs sur le frontal et les deux tiers supérieurs de l'occipital, incisions qui donnèrent deux litres de sang. Je pansai les incisions avec des mèches enduites d'un digestif pendant quinze jours ; et depuis le jour de l'opération (4 mars), la malade n'a pas cessé de se bien porter. Elle est mariée, fait des enfants robustes et les nourrit.

Deuxième observation. — Fabre, maréchal-ferrant à Villefranche, âgé de trente-six à quarante ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, était atteint d'épilepsie depuis trois ans. Celui-ci, après avoir suivi tous les médecins des environs, les matrones et les charlatans, et n'ayant eu pour résultat de sa constance à exécuter les prescriptions qui lui avaient été faites, qu'un résultat négatif, s'est présenté chez moi, en décembre 1838, pour réclamer mes soins. Après avoir pris connaissance de tout ce qui avait été fait, je me suis cru suffisamment instruit pour lui promettre une cure complète s'il voulait me permettre de le soigner par le même moyen que la fille Nadal, ce qui fut permis. Aussitôt je fis une incision semi-lunaire à 32 millimètres au-dessus de l'oreille, commençant sur le milieu du temporal, et finissant sur l'articulation du pariétal avec l'occipital. Le bistouri portant sur l'os, l'hémorrhagie fut très abondante ; je fus obligé d'employer le cautère actuel pour en arrêter le cours. Je pansai avec des mèches enduites de digestif, et le malade est sorti de chez moi le 30 décembre, parfaitement guéri. Sa santé s'est bien soutenue depuis.

Il est à regretter seulement que M. Anglade ne se soit pas expliqué avec détail sur les circonstances qui lui paraissent indiquer l'emploi des incisions du cuir chevelu.

Effets toxiques de l'opium chez les enfants. — L'opium ne produit pas les mêmes effets à toutes les époques de la vie. Il agit beaucoup plus énergiquement chez l'enfant que chez l'adulte. Des doses extrêmement faibles de ce médicament, administrées aux très jeunes sujets, produisent souvent des effets inattendus et la mort. Clark, Mary rapportent des observations qui démontrent l'action puissante et délétère exercée sur les enfants par l'opium employé à très petites doses (4 grammes de sirop de pavôt blanc).

Le docteur Beck a aussi constaté plusieurs fois l'action délétère des opiacés à faible dose chez les jeunes enfants. Il a mentionné dans une note pleine d'intérêt la plupart des faits recueillis par lui, ainsi que ceux observés par d'autres pathologistes. Il résulte de ce travail qu'une cuillerée de sirop de pavot blanc, que 35 gouttes du remède carminatif de Dalbi, que 4 à 10 gouttes de laudanum peuvent déterminer les plus redoutables accidents et même la mort. En présence de pareils effets, M. Beck engage les médecins à défendre l'usage de l'opium autant que possible dans le traitement des maladies des enfants, ou du moins à ne le prescrire qu'avec la plus grande circonspection, et dans les cas seulement où son usage paraît indispensable, et à se servir de préférence du laudanum. Une demi-goutte pour un enfant de dix jours, une goutte pour un enfant de dix à trente jours ; deux gouttes pour un enfant de un à trois mois ; trois gouttes de trois à neuf mois.

Traitement de la fièvre puerpérale. — Le docteur Mort propose contre cette terrible affection d'administrer toutes les trois heures, dans de la tisane d'orge, 15 à 20 gouttes du mélange suivant :

Pr.	Elixir acide de Haller,	4 grammes.
	Laudanum de Sydenham,	2

De plus, on fait trois fois par jour des injections dans le vagin avec l'infusion de tilleul. M. Leriche a publié dans le Journal de Lyon, des faits de succès obtenus par cette méthode.

Une dame de vingt-cinq ans, d'une constitution nervoso-sanguine, mère de trois enfants, accoucha, le 3 février, d'une petite fille ; après avoir présenté dans les derniers mois de sa grossesse quelques accidents gastriques, et même quelques crises nerveuses auxquelles elle fit peu d'attention. Tout se passa dans l'ordre ordinaire.

Le 11 au soir, la malade se plaignit de coliques assez vives ; le bas-ventre était devenu douloureux. Il y avait de l'inquiétude ; le pouls était petit, serré, et donnait 90 pulsations ; frissons ; peau bonne. M.

---

celui qui savait, du reste, comprendre ce langage-là.

M. Ribes a éprouvé toutes les fatigues de la désastreuse campagne de 1813, et pratiqué quelques-unes des plus graves opérations de la chirurgie militaire, telles que l'amputation des deux cuisses au général Bruyère. Il s'est trouvé aussi maintes fois en péril au milieu des combats : il était auprès du général Dugommier le 27 brumaire an III, lorsque ce général fut mortellement blessé dans la poitrine par un éclat d'obus, il était à côté du maréchal Duroc et du général Kirschner, à Reinchenbach, lorsqu'ils furent tués l'un et l'autre par un boulet de canon.

Mais comment bien dire de tels événements dans la précipitation de celui qui nous rassemble ici ? M. Ribes, apres les campagnes de Russie et de Saxe, reçut la mission d'accompagner notre saint-père le pape dans ses états ; et il évita ainsi la douleur d'assister au dernier désastre de notre armée.

Rentré ensuite à Paris pour s'y reposer des longues fatigues de la guerre, il rassembla les matériaux de ses observations, de ses recherches pour les publier plus tard. M. Ribes avait su employer au travail tous les instants de sa vie ; et jusque dans les intervalles de ses campagnes, il avait fait des cours pour transmettre à ses jeunes compagnons les leçons qu'il avait reçues lui-même de quelques-uns des grands maîtres de l'art. Comme professeur, il cherchait à démontrer surtout l'importance des études cliniques, et puisait ses principaux enseignements dans l'expérience de la médecine et de la chirurgie militaires. Comme praticien, il était sage et réservé, jusqu'à l'hésitation peut-être ; et pour guérir les maladies, il se préoccupait moins de faire intervenir l'art activement, que d'aider la nature, en se confiant à ses sublimes efforts. Comme écrivain, il a publié trois volumes dédiés à Bichat, sous le titre de *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie et de chirurgie* ; un grand nombre d'articles dans les Mémoires de la Société médicale d'Emulation, dans les Bulletins de la Faculté, dans les Archives, dans la Revue et la Gazette médicales, dans l'Encyclopédie méthodique et dans le grand Dictionnaire des sciences médicales.

Plusieurs des travaux de Ribes ont acquis une célébrité dans la science ; ils feraient honneur à quiconque ne compterait pas comme lui d'autres titres à l'estime de tous ; et ce n'est pas par une publicité hâtive, avide de réputation que ses Mémoires ont paru, puisque la plupart remontent à vingt, trente, quarante années d'observation. Il serait impossible ici d'en faire l'analyse, mais l'énumération seule des principaux sujets en indiquera l'importance : ainsi, en anatomie et en physiologie, les recherches sur les ganglions nerveux, les membranes muqueuses, le tissu cellulaire, les vaisseaux sanguins et les lymphatiques, les os, les articulations, et surtout le cerveau, l'œil et l'oreille ; en médecine et en chirurgie, les observations sur les crises dans les maladies, le typhus, la phlébite, l'angine et la stomatite pseudo-membraneuse, la névralgie faciale, les perforations de l'estomac et la néphrite, les abcès, les anévrismes, les fractures, la carie et la nécrose, les entorses, les tumeurs blanches, les hernies, la fistule anale et l'opération de la taille : tels sont les travaux essentiels de notre célèbre maître.

M. Ribes vivait fort retiré du monde, trop retiré peut-être, car le monde oublie les hommes de labeur et de dévouement comme celui-là, qui n'avait jamais démenti sa réputation de modestie, et qui en portait l'empreinte jusque dans sa physionomie calme, dans sa démarche lente, dans ses gestes modérés, dans son langage retenu et presque silencieux.

J'hésite à dire, en finissant, ce qui fut pour M. Ribes un coup de douleur profonde : Il avait été appelé à la place de médecin en chef des Invalides, vers la terminaison de sa carrière, et lui aussi était heureux de se retrouver au milieu des débris vivants de tous nos champs de bataille, dans le lieu même où il avait porté pour la première fois l'habit d'officier de santé militaire. Mais lui aussi eut à gémir de se voir déposséder bientôt d'une position qu'il regardait comme la seule retraite méritée par ses services. Il fut donc obligé de se séparer de ses vieux compagnons d'armes, et il leur adressa une lettre d'adieux dont voici les derniers mots : « Adieu, mes braves et » chers amis, je descendrai dans la tombe plein de reconnaissance » pour la confiance que, dans tous les temps vous m'avez accordée. » J'espère que nous nous reverrons dans une autre vie, où nous pour- » rons oublier le souvenir des maux que nous avons soufferts, et par- » donner les injustices que nous avons essuyées..... » Ces touchantes paroles ne nous laissent plus rien à dire sur M. Ribes.

Sa santé, dès-lors, s'est affaiblie progressivement ; et cette activité si ferme, si juvénile jusqu'à un âge avancé, l'abandonna aussitôt qu'elle perdit elle-même son mouvement de ressort. M. Ribes fut atteint d'une affection de poitrine qu'il avait jugée incurable, et il refusa presque les secours ou plutôt les efforts de l'art. Il savait tant et depuis si longtemps, qu'il douta de la science à son heure suprême ; et lorsqu'il se vit en face de la mort, il l'attendit avec calme et résignation.

Il a succombé le 21 février dans les bras de son fils, en laissant après lui les regrets que mérite l'homme de bien et qui feront vivre sa mémoire parmi nous.

Adieu, notre vénéré maître, adieu !

H. Larrey,
Professeur au Val-de-Grâce.

Leriche se contenta de prescrire quelques boissons chaudes, et un cataplasme sur le bas-ventre. Les lochies n'étaient pas sensiblement diminuées. La malade eut une très mauvaise nuit. Une diarrhée bilieuse excessivement abondante; quatre à cinq selles par heure avec des coliques atroces, l'avaient fatiguée. Le pouls était à 110; langue sèche, soif, céphalalgie intense, bas-ventre excessivement douloureux et tendu; suppression presque complète des lochies; face jaune. M. Leriche prescrivit, entre autres moyens, douze sangsues sur la région du flanc gauche, qui était plus douloureuse que les autres régions du ventre. La nuit fut meilleure, les selles moindres. Dans la journée du 12, son état empira; le 13, il était resté à peu près stationnaire. M. Leriche, voyant alors la fièvre puerpérale se dessiner avec tous ses caractères formidables, se décida à employer la méthode de Mort, d'après la formule précédente. Dès le soir, à neuf heures, la malade se trouvait mieux; la diarrhée et la douleur de ventre avaient beaucoup diminué. Quelques effets narcotiques ayant paru se manifester, on n'administra plus les gouttes que toutes les six heures. Dans la nuit du 14 au 15, il n'y eut plus de garderobes.

Le lendemain matin, le ventre était infiniment moins douloureux; les lochies avaient reparu; le pouls était tombé à 90. Les symptômes narcotiques étaient manifestes. On cessa l'usage des gouttes, et l'on continua seulement le sirop de vinaigre pour boisson, et les fomentations émollientes sur le ventre. Le mieux se continua. Il n'y eut qu'une selle dans la journée. Le soir, on donna encore 15 gouttes de la mixture en une fois. La malade dormit trois heures et eut une transpiration abondante. Le lendemain, elle disait ne plus éprouver aucun mal. M. Leriche prescrivit quelques tasses de bouillon coupé dans la journée. A dater de ce moment, le malade fut de mieux en mieux, et ne tarda pas à reprendre ses travaux.

Une seconde observation non moins concluante, et relative à une femme primipare de vingt-six ans, qui fut guérie dans l'espace de trois jours, est également rapportée par le même auteur. La gravité de l'affection puerpérale fait un devoir aux praticiens de répéter, en pareilles circonstances, les essais de Mort et de M. Leriche.

BIBLIOGRAPHIE.

Causes générales des maladies chroniques, spécialement de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir le développement de ces affections; par M. Fourcault. — In-8. Chez Dussillon.

L'auteur de ce livre pense que tous ceux qui se sont livrés à l'étude des maladies chroniques et particulièrement de la phthisie pulmonaire, n'ont pas procédé d'une manière logique et convenable. Au lieu de s'attacher principalement à la détermination des lésions pathologiques et à la symptomatologie, ils eussent dû, suivant lui, examiner et rechercher l'influence et la nature des causes productrices de ces maladies. « Au lieu de s'épuiser en tentatives inutiles pour guérir ces affections une fois développées, il importe, dit M. Fourcault, de mettre en usage, en temps utile, des moyens hygiéniques qui puissent s'opposer à leur production. Pour parvenir à ce but, il faut nécessairement connaître les causes les plus communes de la consomption pulmonaire, et les organes sur lesquels elles exercent d'abord leur principale influence; sans ces notions, comment pouvoir méthodiquement diriger l'application des moyens hygiéniques et traumatiques. Sans ces connaissances, on est obligé de marcher sans flambeau dans les voies obscures de l'empirisme, et l'on ne peut établir aucune méthode rationnelle de traitement. »

Telle est la donnée principale du livre de M. Fourcault, et son ouvrage n'est que le développement du principe général suivant: « Pour préserver l'homme et les animaux des affections tuberculeuses, il faut les soumettre habituellement, dans l'état de liberté, aux influences de l'atmosphère. » On voit que la doctrine de l'auteur est loin d'être la même que celle des hygiénistes et thérapeutistes modernes, qui ordonnent avant tout de soustraire les individus prédisposés à la phthisie pulmonaire aux changements de température et aux variations de l'atmosphère.

Parmi les divers chapitres consacrés à l'examen des conditions hygiéniques propres à prévenir la phthisie pulmonaire, nous signalerons ceux qui sont relatifs au travail des enfants, aux maisons centrales de travail industrielles et agricoles, questions auxquelles une loi récente discutée dans les chambres législatives vient donner un intérêt tout particulier. Nous mentionnerons aussi deux chapitres de physiologie expérimentale dans lesquels l'auteur rapporte de curieuses expériences sur l'influence des enduits imperméables appliqués sur la peau, et le fait peu connu que voici: A Florence, lors de l'élévation de Léon X au pontificat, on voulut représenter l'âge d'or en dorant tout le corps d'un enfant, et ce malheureux a bientôt succombé à cette expérience physiologique. M. Fourcault rapporte à ce propos de nombreuses expériences desquelles il résulte que la présence d'un enduit imperméable sur le corps d'un animal détermine rapidement la mort.

Tout en laissant à M. Fourcault la responsabilité de ses idées sur le traitement et la prophylaxie des maladies chroniques, nous ne saurions disconvenir que son livre renferme de sages préceptes d'une hygiène bien entendue.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 33. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de février 1845; par M. Jules Bouteiller, interne provisoire.

Fièvre intermittente rebelle déterminée par un déplacement en bas de la rate (1).

Au n° 20 de la salle Sainte-Geneviève, est couchée une femme âgée de trente-quatre ans, journalière, qui présente un fait venant confirmer pleinement les opinions de M. Piorry sur la fièvre intermittente. Cette femme est née à Mézières, et a habité ce pays pendant vingt ans. Son habitation était située à une demi-lieue de la Moselle; il n'y avait aucun marais ni aucune prairie aux environs. A l'âge de douze ans, elle fut atteinte d'une fièvre intermittente dont les accès étaient très répétés et bien caractérisés. A l'âge de vingt ans elle se maria; et, d'après les conseils d'un médecin qui n'avait pu la guérir de sa fièvre par l'emploi du sulfate de quinine, elle alla habiter le Midi, dans une localité du département de la Corrèze. Là, ses accès de fièvre devinrent plus rares; ils s'accompagnaient de frissons moins intenses, mais elle n'en fut pas complétement débarrassée, quoi qu'elle prît encore, à diverses reprises, du sulfate de quinine.

Depuis deux ans et demi, cette malade habite Paris, rue Saint-Jacques; elle est entrée à l'hôpital pour cette même maladie, qui n'a fait que s'aggraver.

A la première vue elle présente un teint légèrement splénique. L'examen de l'abdomen a révélé une circonstance des plus curieuses. On a trouvé la rate déplacée, très mobile; et occupant la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Par une pression modérée et méthodique exercée de haut en bas avec la main, on peut la réduire et la ramener au-dessous des côtes. Si dans cette position on cherche à déterminer ses dimensions par la percussion plessimétrique, on constate qu'elle est à peine plus grosse que dans l'état normal.

Ce déplacement sans hypertrophie de la rate, et cette fièvre d'accès durant depuis vingt-deux ans, ne semblent-ils pas démontrer que c'est le tiraillement des plexus spléniques qui cause, dans ce cas, les accès? C'est une raison de plus pour reconnaître qu'il y a entre les souffrances spléniques et la fièvre intermittente un rapport de cause à effet. Un rapprochement fera comprendre mieux encore ce qui précède.

A l'époque, dit M. Piorry, où j'avais un service à l'Hôtel-Dieu, une femme entra dans mes salles avec des symptômes abdominaux tellement graves qu'ils en imposèrent, au premier abord, pour une perforation intestinale. Déjà, quelque temps auparavant, elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu dans un autre service, pour une maladie semblable. On avait eu recours à l'opium à haute dose, et l'on crut avoir ainsi guéri une perforation. Mais bientôt éclatèrent les symptômes d'une phthisie pulmonaire, à laquelle cette malade succomba. L'autopsie démontra l'erreur qui avait été commise. On trouva le grand épiploon adhérent aux ovaires et au ligament large. La découverte de cette disposition anatomique anormale, jointe aux commémoratifs, nous révéla aussitôt l'origine et la nature des accidents qu'avait éprouvés la malade. On se rappela que ces accidents s'étaient manifestés à plusieurs reprises, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'aliments; elle éprouvait alors des douleurs abdominales atroces accompagnées de phénomènes convulsifs; elle était prise, en d'autres termes, d'une véritable attaque d'hystérie. Cela se conçoit, en effet : l'épiploon, soulevé par la distension de l'estomac, tiraillait les ovaires. Or, les ovaires sont, selon nous, aux attaques d'hystérie, ce que la rate est à la fièvre intermittente.

Pour en revenir à notre malade, nous la traiterons par le sulfate de quinine, quoique nous n'espérions guère réussir par ce moyen. Nous comptons beaucoup plus sur l'influence des moyens mécaniques tendant à maintenir la rate réduite. Une contre-épreuve est d'ailleurs nécessaire; car si l'on échoue dans ce cas par le sulfate de quinine, et que l'on réussisse par un bandage contentif, la question sera à jamais résolue. Ajoutons qu'une circonstance qui s'est constamment reproduite pendant chacune des grossesses de cette femme, nous autorise à compter sur le succès de ces moyens mécaniques; elle n'a jamais eu d'accès dans l'état de gestation, ce qui doit évidemment être attribué à ce que, par suite du développement de l'utérus, la rate était repoussée en haut et ramenée dans sa situation normale. Nous aurons à revenir, du reste, sur cette malade dans notre prochaine revue.

(1) Cette observation a été en partie consignée dans la Revue hebdomadaire du 8 mars 1845 ; mais à raison de son importance, nous la rapportons ici dans tous ses détails.

Abaissement de la matrice ; bandage remplaçant le pessaire.

Une femme, jeune encore, couchée au n° 19 de la salle Sainte-Geneviève, est affectée depuis longtemps de procidence de l'utérus. On a tenté à plusieurs reprises l'emploi du pessaire, mais toujours sans succès. La matrice, il est vrai, était reportée vers sa position normale; ce qui tout d'abord amenait beaucoup de soulagement. Mais bientôt, comme cela arrive toujours, le pessaire détermina des accidents aussi graves que l'infirmité elle-même. M. Piorry recommanda, en conséquence, un bandage dont il avait déjà obtenu des effets très satisfaisants sur huit ou dix femmes qui en ont fait usage dans le service. Ce bandage consiste en une ceinture à la partie postérieure de laquelle est fixé, sur la ligne médiane, un arc descendant dont l'extrémité libre portant un tampon, s'applique sur le périnée et y exerce une pression. On peut à volonté diminuer ou augmenter le degré de cette pression en imprimant une courbure plus ou moins prononcée à l'axe, et par l'addition de deux courroies remontant en avant jusqu'à la ceinture. Le tampon, garni de toile cirée, doit avoir un diamètre vertical d'environ 5 centimètres, et se termine par une surface d'environ 3 centimètres carrés. Ce bandage soulève d'une manière immédiate la matrice aussi bien que peut le faire un pessaire; il en a donc tous les avantages; il agit même dans une direction plus convenable, car la matrice en s'abaissant suit la direction de son axe, et par conséquent se porte vers le périnée. Ce n'est que plus tard que le col rencontre la paroi postérieure du vagin qui l'arrête, le fait changer de direction et le dirige vers l'orifice vulvaire.

Ces considérations avaient frappé M. Harang, qui imagina ce bandage. M. Piorry, ignorant complétement cette invention, fit construire un bandage semblable et construit d'après les mêmes vues.

Considérations sur l'indication de la saignée.

Dans sa conférence clinique du 21 février, M. Piorry, chargé pour quelques jours du service de M. Serres, nous a entretenus de deux malades couchés dans les salles de ce médecin. L'un est un jeune garçon de dix-sept ans, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu; malgré son jeune âge et la faiblesse de sa constitution, qui le faisait croire beaucoup plus jeune qu'il ne l'est, M. Piorry a eu recours aux saignées réitérées. La raison qu'il a donnée de cette conduite, c'est qu'il a trouvé le foie et le cœur volumineux. Il prescrivit en même temps les boissons à très hautes doses et l'élévation du membre malade. Après trois saignées faites dans l'espace de trois jous, sans qu'il en résultât une grande amélioration, on abandonna cette médication, car l'état organique s'y opposait. Le malade était pâle et très faible. On prescrivit dès lors des aliments pour prévenir une longue convalescence, et on tenta l'emploi du sulfate de quinine, tout en reconnaissant que les moyens héroïques dans cette maladie sont ordinairement les saignées répétées et les boissons à hautes doses, jointes à l'élévation du membre. Quant à la colchique, l'opium et le nitrate de potasse, peut-être faut-il moins y compter. Le sulfate

FEUILLETON.

EXAMEN DES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE ;

Par A. Becquerel et Rodier.

L'accueil que le public médical a fait aux travaux de MM. Andral et Gavaret a été si favorable; on a si généralement compris l'importance qui se rattache à l étude des liquides de l'économie humaine, que les travailleurs doivent être naturellement portés à profiter de la réaction humoriste, pour explorer le champ fécond dont quelques parties seulement sont à peine connues. Nous concevons parfaitement que MM. Becquerel et Rodier aient été tentés du désir de s'engager dans cette voie, et nous applaudissons à des efforts qui témoignent d'excellentes intentions et d'une louable ardeur.

Mais les recherches qui ont pour but l'analyse du sang sont délicates et difficiles ; elles exigent un esprit judicieux et sévère, des connaissances solides et variées ; l'expérimentateur doit être pathologiste, physicien, chimiste, presque mathématicien ; il doit être pénétré des principes rigoureux qui donnent à la méthode expérimentale toute sa valeur, et qu'ignorent trop souvent les hommes étrangers aux sciences exactes.

Le travail que nous nous proposons d'analyser dans cet article est dû, en partie, à un médecin que son mérite personnel et ses connexions scientifiques placent, mieux que tout autre, dans les conditions que nous venons d'énumérer ; ce travail a été présenté à l'Académie des sciences, et a reçu une grande publicité. Ces circonstances, jointes à l'intérêt qui se rattache au sujet lui-même, nous semblent commander un examen détaillé et approfondi. Tel sera celui auquel nous allons nous livrer.

MM. B et R. n'ont pas adopté le procédé d'analyse employé par MM. Dumas, Andral et Gavaret, et ils ont assigné un plus vaste domaine à leur exploration, en faisant porter leurs investigations sur des éléments beaucoup plus nombreux.

Les globules,
L'albumine,
La fibrine,
Les matières grasses extractives et les sels libres,
Les matières grasses,
La séroline,
La matière grasse phosphorée,
La cholestérine,
Le savon,
Le chlorure de sodium,
Les sels solubles,
Les phosphates,
Le fer,

toutes ces substances constitutives du sang ont été isolées et pesées. Pour arriver à un semblable résultat, le sang de chaque saignée a dû être soumis à une trentaine d'opérations, dont la plupart sont très longues et très pénibles. Or, comme MM. B. et R. ont analysé environ 150 saignées, il en résulte qu'ils ont accompli *quatre mille cinq cents* manipulations ! Certes, voilà un bel exemple à suivre ; et c'est avec un orgueil bien légitime que les auteurs s'écrient : « Il est impossible d'extraire *plus* de matières différentes du sang d'une seule saignée faite à un même individu. » (Page 15.)

L'infatigable patience de MM. B. et R mérite tous nos éloges ; mais nous craignons, malheureusement, que ces grands efforts ne soient restés stériles, et qu'ils n'aient servi qu'à démontrer « qu'il est impossible d'extraire avec profit pour la science autant de matières différentes du sang d'une seule saignée faite à un même individu. » Le mieux est souvent l'ennemi du bien; et dans cette circonstance l'exactitude nous semble avoir été sacrifiée au nombre.

En effet : 1° MM. B. et R. ont mis en usage un procédé d'analyse défectueux ; 2° ils ont dosé des substances dont la proportion, dans le sang, est si peu considérable, qu'elles se dérobent à nos instruments de pondération ; 3° ils ont établi des moyennes qui, manifestement, n'ont aucune espèce de valeur.

Justifions cette triple accusation :

1° Pour déterminer la quantité des globules que contient le sang normal, MM. B. et R. opèrent sur du sang défibriné, c'est-à-dire sur du sang qui a été battu et filtré. Or, que se passe-t-il pendant l'opération du filtrage? Une foule de circonstances ne doivent-elles pas faire varier, dans le liquide filtré, les quantité absolues et relatives de sérum et de globules? Le filtrage doit entraîner la presque totalité des globules, tandis qu'une quantité considérable de sérum doit rester imbibée dans le linge et dans la fibrine ; il en résulte que les proportions relatives normales n'existent plus dans le liquide soumis à l'analyse, et dès-lors le chiffre obtenu comme représentant la quantité de globules, est au dessus du chiffre physiologique réel.

MM. B. et R. n'ont pas étudié comparativement et expérimentalement la valeur de leur procédé, et nous avons lieu de croire que la gravité de cette omission leur sera bientôt démontrée.

2° MM. B. et R. ont voulu évaluer la quantité de séroline que contient le sang dans l'état sain et dans l'état de maladie ; mais les proportions de cette substance sont si peu considérables que souvent les auteurs ont été obligés de renoncer à une évaluation exacte ; cependant dans un cas ils ont fixé la quantité de séroline à 0,012 m. pour 1,000 grains de sang (p. 40) ; or, comme MM. B. et R. n'ont pu opérer que sur une certaine quantité de sérum, il en résulte qu'ils n'ont pu obtenir pour base de leur évaluation que 0,001 de séroline environ. Que disons-nous ! les 12 milligrammes représentent une *moyenne* ; ce sont donc des douzièmes ou des centièmes de milligramme qui ont été évalués !

Est-ce sérieusement que MM. B. et R. prétendent avoir isolé et pesé des quantités aussi minimes?

3° MM. B. et R., d'après *onze* analyses, ont évalué à 0,088 m. la quantité *moyenne* de la cholestérine contenue dans 1,000 gram. de sang normal chez l'homme. Or, les chiffres extrêmes ont été 0,175 m. et 0,030 m. (P. 23.)

Dans cet état de choses, si MM. B. et R. avaient fait douze analyses au lieu de onze, et que la douzième saignée eût offert le maximum de cholestérine (0,175 m.), le chiffre de la moyenne aurait été 0,095 m. ; que la douzième saignée eût offert le minimum de cholestérine (0,030) et la moyenne aurait été 0,083.

Ce n'est pas tout, MM. B. et R. ont fixé le chiffre moyen de la cholestérine chez la femme à l'état sain, à 0,090, et ce chiffre repose sur *huit* analyses; les extrêmes ayant été 0,200 m. et 0,025. (P. 27).

Supposez *une seule* analyse de plus avec le maximum, et la moyenne devient 0,102 m. ; *une seule* analyse de plus avec le minimum, et la moyenne devient 0,082 !

Comment MM. B. et R. ont-ils pu oublier que lorsque les limites d'oscillation sont très écartées, les faits individuels très dissemblables, ce n'est qu'à l'aide d'un grand nombre d'observations que la méthode expérimentale peut conduire à une moyenne acceptable !

Il est évident que le chiffre assigné par MM. B. et R. à la moyenne de cholestérine contenue dans le sang normal, repose sur une évaluation complétement illusoire. Nous reviendrons sur ce point.

C'est à regret que nous le disons. MM. B. et R. ont méconnu tous les principes qui doivent présider à l'évaluation des moyennes.

L'analyse du sang normal de la femme repose sur *huit* opérations, et des *moyennes* sont indiquées pour *quatre* conditions différentes relatives à la menstruation (*avant la menstruation — menstruation incomplète et irrégulière — menstruation bien établie — menstruation supprimée*). En supposant que les huit femmes aient pu être également partagées relativement à ces quatre conditions, nous avons des *moyennes* fournies par deux opérations. (Page 28.)

MM. B. et R. ont évalué des *moyennes*, le minimum ayant été *impondérable*. (Pages 23, 27.)

Enfin, et on aura de la peine à le croire, MM. B. et R. ont évalué une *moyenne* d'après une seule analyse (page 44), et ils ont découvert

de quinine paraît encore devoir leur être préféré, surtout quand il y a de l'intermittence.

L'autre malade est une femme enceinte, entrée le 18 février dans un état de suffocation qui rendait la mort imminente. Elle fait remonter sa grossesse à six mois; mais le peu de développement de la matrice, dont les limites supérieures sont exactement reconnues par la percussion, fait naître les plus grands doutes à cet égard. Quoi qu'il en soit, le pouls est petit, la face pâle, tout paraît contre-indiquer la saignée; mais M. Piorry trouve le foie énorme, le cœur distendu par beaucoup de sang, le poumon congestionné en arrière; aussi n'hésite-t-il pas, malgré la petitesse du pouls, à prescrire une saignée de 500 grammes le matin et une seconde de la même quantité le soir. Le lendemain à la visite le foie et le cœur ont repris leur volume normal. Le poumon n'est plus congestionné, et le pouls est devenu fort et développé. Le surlendemain la malade est complétement guérie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES YEUX. — M. SICHEL.

Mélanose. Dégénérescence cancéreuse du muscle droit interne. Guérison. Considérations pratiques sur la mélanose.

(Suite et fin.)

La choroïde présente deux couches pigmenteuses: l'intérieure, ou antérieure, plus épaisse que l'extérieure. Dans l'intérieur du globe oculaire, on voit, au premier degré, la mélanose se former par la trop grande abondance de la sécrétion de la face antérieure de la choroïde. Au commencement de la maladie, la matière mélanique ne se trouve que dans la cavité de la choroïde, entre la face antérieure de cette membrane et la rétine, preuve évidente que tel est le point de départ de l'affection.

Toutes les parties qui sont placées au-devant de la choroïde sont poussées en avant par cet amas de matière colorante, comme elles le sont, dans d'autres circonstances, par les épanchements de sang ou de sérosité entre la choroïde et la rétine, par l'encéphaloïde de la rétine, etc.

Dans le premier degré de la maladie on distingue à travers la pupille, qui même peut rester normale, mais qui, le plus souvent se dilate et devient irrégulière, une teinte brunâtre, quelquefois une surface un peu mamelonnée; d'autres fois il y a une véritable opacité déterminée par la matière colorante, et l'on ne peut apercevoir la choroïde. On peut quelquefois diagnostiquer la mélanose au premier degré; mais c'est, le plus souvent, assez difficile.

Après un temps plus ou moins long, toute la surface de la choroïde pouvant également sécréter en quantité normale la matière colorante noire, on voit une tumeur brunâtre se former peu à peu, se porter d'arrière en avant, et présenter une surface irrégulière. Bientôt la substance mélanotique prenant la place du corps vitré et du cristallin, qu'elle pousse devant elle et qui se résorbent insensiblement, vient s'appliquer contre l'iris, passer même par la pupille et toucher la cornée. Cette dernière cependant se trouble auparavant, devient opaque. La sclérotique est amincie dans quelques-uns des points de sa surface; dans d'autres, les fibres qui la composent s'écartent, et entre elles sort la substance mélanique, qui vient quelquefois se loger sous la sclérotique. Quelquefois la tumeur ainsi formée présente l'aspect d'un staphylome de la choroïde, mais plus durs et d'une couleur plus foncée. D'autres fois, la tumeur, en pressant sur la sclérotique ou sur la cornée, en produit la rupture et se fait jour au dehors. Elle déchire sur un point quelconque le globe oculaire complétement.

Lorsque la tumeur se met à jour, elle est encore, çà et là, recouverte de certaines parties des membranes externes de l'œil, surtout de lambeaux de la conjonctive, qui s'enflamme, s'ulcère et pousse des bourgeons charnus. On sait que la conjonctive ulcérée, lorsque l'œil est désorganisé, pousse rapidement des bourgeons qui dégénèrent. Bientôt tous les tissus se confondent. Le contact de l'air extérieur accélère la marche de l'ulcération et de la dégénérescence.

C'est tantôt ce mélange des bourgeons charnus dégénérés et de substance mélanique, tantôt la coexistence fortuite de la mélanose et du cancer, qui ont fait adopter par quelques auteurs ce nom de *cancer mélanique*, expression sur l'impropriété de laquelle nous nous sommes assez longuement étendu pour n'y plus revenir. Cette distinction n'est pas sans importance. La mélanose en elle-même n'a pas cette malignité, cette tendance aux récidives et à l'envahissement des parties voisines qui caractérisent le cancer.

Nous avons dit que chez notre malade la tumeur était divisée en trois lobules, et nous semblait développée dans les débris de la cicatrice de la cornée. D'après l'aspect et les phases du développement, nous avons tout lieu de croire qu'il n'y a point de cancer, et que nous n'avons affaire qu'à une simple mélanose. Peut-être trouverons-nous toute la cavité de la sclérotique remplie de matière mélanotique; peut-être dans quelques points trouverons-nous la membrane fibreuse perforée, ou ses fibres écartées par la pression de la tumeur, au devant de laquelle nous trouvons des débris de la choroïde, de l'hyaloïde et même de la rétine.

La substance mélanotique a pris plus ou moins complétement la place du corps vitré qui aura été résorbé, ainsi que le cristallin, dont nous ne trouverons que des débris, si tant est qu'il en reste quelque chose.

Le plus souvent le nerf optique est sain dans son trajet par l'orbite. Ici, où l'œil présente un commencement d'atrophie, il paraît également être flétri en partie. Dans quelques circonstances, on voit la rétine, au lieu de s'épanouir, former un petit cordon conique autour duquel on trouve des dépôts de matière mélanotique, et dont la base, placée en avant, se confond avec l'hyaloïde et le cristallin.

Quelques mots encore, avant de terminer, sur la manière de pratiquer l'extirpation de l'œil, opération assez grave et importante pour faire le sujet d'observations particulières. On a, dans ces derniers temps, appliqué à cette opération la myotomie oculaire, en énucléant pour ainsi dire le globe par la section des muscles. Cette méthode n'est applicable qu'aux cas où l'on est sûr de n'avoir affaire qu'à une maladie manifestement bornée à l'organe lui-même, et qui n'intéresse nullement les parties environnantes ou ne menace pas de les envahir plus tard. Or tel n'est pas ici le cas, la mélanose constituant un état susceptible de se compliquer de dégénérescence cancéreuse, surtout lorsqu'il existe ou qu'il a existé une ulcération des membranes oculaires, comme chez le malade dont nous faisons l'objet de ces considérations. Même dans les cas de mélanose pure et simple, l'affection peut avoir envahi les parties molles, et lorsque l'on n'enlève pas les points malades, il y a danger que la substance mélanique ne repullule et ne s'étende aux tissus environnants.

Nous devrons donc avoir recours à l'ancienne méthode, et tâcher d'enlever, autant que possible, tout le coussinet de parties molles qui remplit l'orbite. Après avoir largement incisé la commissure externe et détaché le ligament palpébral externe pour pouvoir bien relever les paupières, on traverse horizontalement le globe oculaire avec un fort tenaculum courbé, très pointu (l'alène de Schumcker), qui permet de lui imprimer beaucoup plus parfaitement dans toutes les directions les mouvements nécessaires. On cerne le globe oculaire par deux incisions semi-circulaires de la conjonctive: la première, inférieure, pour ne point être gêné par le sang qui s'écoule de la plaie; la seconde, supérieure.

Ces deux incisions doivent être faites dans le grand repli de la conjonctive, ou tout au moins aussi loin que possible des rebords orbitaires, afin de conserver de cette membrane la plus grande surface possible. Les bords libres des sections se réunissant après la guérison, on obtient une cicatrice plus creuse lorsque la conjonctive a été conservée dans une grande étendue, et, par cela même, on a plus de chances de pouvoir adapter plus tard un œil artificiel. Ceci ne s'applique qu'aux cas où la conjonctive est saine dans toute son étendue. Le globe oculaire et les parties environnantes sont détachées à l'aide d'un bistouri convexe, à lame étroite, enfoncé au fond de l'orbite et conduit par des mouvements de scie le long des parois de cette cavité, qu'il rase de très près. La section du nerf optique est pratiquée, avec des ciseaux courbes, aussi loin en arrière qu'il nous est possible.

Nous ne faisons aucune tentative pour enlever la glande lacrymale, lorsqu'elle n'est pas manifestement désorganisée, pour ne point prolonger inutilement l'opération, et surtout pour ne point dénuder la paroi orbitaire supérieure et donner lieu à la carie ou à la nécrose de cette portion du frontal.

Le pansement, trop compliqué peut-être entre les mains de certains chirurgiens, nous paraît un des points les plus importants. Nous ne faisons point de compression pour arrêter l'hémorrhagie qui, d'ordinaire, cesse par la simple injection d'eau froide poussée par un jet continu et un peu fort. Cette méthode a le double avantage d'enlever des caillots de sang à mesure qu'ils se forment; et de permettre, à la fin de l'opération, de bien examiner les parois de la cavité orbitaire. La perte de sang, le plus souvent assez considérable sans être néanmoins excessive, prévient les accidents inflammatoires. C'est grâce à ces deux circonstances que nous avons obtenu jusqu'à ce jour des résultats extrêmement avantageux. Sur vingt malades environ chez lesquels nous avons pratiqué cette opération, généralement redoutée à cause de l'hémorrhagie et des accidents inflammatoires, nous n'en avons pas perdu un seul par les suites immédiates, et nous n'avons jamais eu à combattre de symptômes inflammatoires ou cérébraux. Le plus ordinairement, nous avons accordé dès les premiers jours une légère nourriture, et nous avons toujours obtenu une cicatrisation prompte, abstraction faite des cas de récidive qui, malheureusement, on le sait, sont très fréquents lorsque l'on a affaire à des dégénérescences cancéreuses.

Sur les vieillards comme sur les enfants très jeunes (nous en avons opéré de trois à six ans), cette règle n'a pas souffert d'exception. Deux fois seulement nous avons eu des hémorrhagies considérables et difficiles à arrêter, où il a fallu recourir à la compression. Encore, de ces deux cas, un seul peut-il compter comme une véritable extirpation de l'œil; il est relatif à un sujet que nous avons opéré il y a dix-huit mois environ pour une mélanose. L'autre était plutôt l'extraction d'une tumeur de l'orbite, que nous pratiquâmes il y a bientôt huit ans en présence des docteurs Carron du Villars, Henri aîné et jeune, Kapeler, etc. C'était une tumeur encéphaloïde énorme remplissant tous les sinus, et faisant au-dehors une saillie de la grosseur du poing, dont nous fîmes l'extirpation chez un malade qui avait déjà subi deux ou trois autres opérations pratiquées par d'autres chirurgiens. Le globe oculaire avait déjà été enlevé dans une de ces premières opérations; chez ce sujet, l'artère ophthalmique, considéra-

---

des moyennes variables! (Pages 31, 35, 44, 50, 65, 67, 75, 78, 80, 82, 85, 92, 98 et 102.)

En vérité, nous craignons que les moyennes de MM. B. et R. ne soient pas favorablement accueillies par l'Académie des sciences.

Une objection capitale pèse sur toutes les parties du travail de MM. B. et R.; *partout et toujours* les résultats annoncés et convertis en lois, ne reposent que sur un nombre insuffisant d'observations. On voit, du reste, que les auteurs ont cherché à se dissimuler à eux-mêmes cette fin de non-recevoir qui frappe leurs conclusions d'une nullité complète. A propos du sang normal chez l'homme, MM. B. et R. disent: « De trente à quarante ans, *tous nos chiffres* sont ou semblables aux moyennes, ou rentrent dans les limites comprises entre les maxima et les minima. » (Page 24.) Or, nous ne voyons figurer dans le travail de MM. B. et R., que *deux hommes* âgés de trente à quarante ans! (Page 21.) Nous demanderons aussi à MM. B. et R. s'ils ont jamais vu des chiffres appartenant à une même série, ne pas rentrer dans les limites comprises entre le maximum et le minimum de cette série.

MM. B. et R. sont tellement désireux de formuler des *lois*, qu'ils oublient les résultats fournis par leurs propres recherches, ou plutôt qu'ils ne les envisagent que d'un seul côté.

Ayant divisé, dans toutes leurs analyses, *le poids du fer par celui des globules*, et ayant obtenu des chiffres qui ne différaient entre eux que de quelques millièmes, MM. B. et R. restent parfaitement convaincus que le poids du fer est proportionnel à celui des globules. (Page 17.)

Le poids du fer ne s'élevant qu'à quelques milligrammes, le rapport ne pouvait être représenté que par des millièmes, cela est positif; mais si MM B. et R. avaient fait la contre-épreuve et divisé *les globules par le fer*, ils auraient vu que le rapport varie dans la proportion de 211 à 269!

Suivons maintenant MM. B. et R. dans quelques-uns des chapitres de leur livre.

Du sang normal.

Relativement à la composition physiologique du sang, MM. B. et R. émettent trois propositions principales que nous devons discuter.

1° La composition du sang n'est pas la même chez les deux sexes; le chiffre des globules est plus élevé chez l'homme que chez la femme;

2° Le chiffre 3, assigné à la quantité normale de fibrine, est trop élevé.

3° Le chiffre 127, assigné à la quantité normale des globules, est trop bas relativement à l'homme.

Influence du sexe. — MM. B. et R. revendiquent comme un « résultat découvert ou signalé par eux pour la première fois, l'influence du sexe sur la composition du sang » (p. 126). Nous engageons ces Messieurs à lire la thèse de M. Lecanu; ils verront à qui appartient la priorité. (Lecanu, *Etudes chimiques sur le sang humain*, thèse de Paris, 1837, n. 395, page 57.)

M. Lecanu avait indiqué le chiffre 127 (thèse citée, p. 59) ou 129 (p. 62) comme représentant la moyenne des globules contenus dans le sang de l'homme, et le chiffre 113 (p. 70) ou même 96 (p. 66) comme représentant la moyenne chez la femme.

Malheureusement, dans ses tableaux relatifs à la femme, M. Lecanu fait figurer des chiffres tellement bas (minimum 68,3) que l'on est conduit à penser que du sang appartenant à des femmes chloro-anémiques a été considéré comme présentant sa composition physiologique. Il est probable que c'est là le motif pour lequel MM. Andral et Gavaret n'ont pas cru devoir tenir compte de la différence indiquée par M. Lecanu. Remarquons d'ailleurs que chez les animaux le sexe n'exerce pas une influence notable sur la composition du sang, et que, si l'on veut en tenir compte, l'on s'aperçoit que le chiffre des globules tend à s'élever chez les femelles.

4 chiens de races différentes ont donné (glob. moy.),	152,3
4 chiennes de même race que les chiens,	152,3
6 béliers de race mérine,	99,9
25 brebis de même race,	101,4
3 béliers de race anglaise,	94,0
10 brebis de même race,	97,7

(Andral et Gavaret, *Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques*, etc. Paris, 1842, p. 30-33.)

Nous ne prétendons tirer aucune conclusion des faits que nous venons de rappeler; c'est à l'expérimentation à prononcer, et nous n'avons voulu que faire connaître les éléments de jugement fournis jusqu'à présent par l'induction. Nous croyons qu'il est nécessaire d'étudier la composition physiologique du sang séparément chez l'un et l'autre sexe, mais nous refusons d'accepter les évaluations fournies par MM. B. et R., pour des raisons que nous ferons connaître tout à l'heure.

Chiffre de la fibrine. — Nous avons quelques motifs pour croire que le chiffre 3 est en effet trop élevé. Le chiffre proposé par MM. B. et R. (2,2), doit-il être accepté? Avec réserves, car il ne repose que sur 19 analyses.

Chiffre des globules. — MM. B. et R. le portent à 141,1 chez l'homme. Nous craignons que cette évaluation ne soit fausse:

1° Parce que le procédé d'analyse mis en usage par MM. B. et R. est défectueux;

2° Parce que MM. B. et R. nous semblent avoir pris l'état pléthorique pour l'état sain. En effet, ils ont opéré sur des individus venant réclamer une saignée, éprouvant le besoin de se faire tirer du sang; sur 11 sujets, 8 étaient d'une forte constitution.

Un rapprochement fort curieux nous confirme dans cette dernière opinion.

MM. Andral et Gavaret n'ont pas cherché à déterminer la moyenne des globules dans l'état sain, ils ont accepté le chiffre indiqué par M. Dumas; mais ils ont recherché le chiffre des globules chez trente et un pléthoriques, et ils sont arrivés aux résultats suivants. (Andral, *Essai d'hématologie pathologique*. Paris, 1843, page 44.)

Maximum 154 Minimum 131 Moyenne 141,1

Or voici les chiffres obtenus par MM. B. et R. chez huit hommes considérés par eux comme étant dans l'état sain:

Maximum 152 Minimum 131 Moyenne 141,1

Ne peut-on pas conclure que ce qui est l'état sain pour MM. B. et R., est l'état pléthorique pour MM. Andral et Gavaret? (Voyez *Essai d'hématologie*, pag. 129.)

En procédant par induction, on trouve dans les recherches faites sur les animaux des arguments qui militent puissamment en faveur du chiffre 127 déterminé par M. Lecanu, et admis par MM. Dumas, Andral et Gavaret.

En effet, il est constant que l'alimentation exerce sur le chiffre des globules une influence considérable; les races, les espèces ne le modifient que peu, tandis que l'on pourrait presque partager tous les animaux en deux classes, suivant qu'ils sont herbivores ou carnivores.

Et bien, le chiffre 127 assigné à l'homme, c'est-à-dire à un animal omnivore, ce chiffre est intermédiaire aux moyennes fournies par le sang des herbivores d'une part, et par celui des carnivores d'autre part.

FLEURY,
Agrégé de la Faculté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Les candidats dont les noms suivent, sont admis à participer au concours pour le professorat qui s'ouvrira, le 21 de ce mois, à l'hôpital de perfectionnement, savoir: (*pour la médecine*) MM. Godelier, médecin-adjoint, professeur à l'hôpital de Strasbourg; Durand, *idem* en Algérie; Barby, *idem* à l'hôpital du Gros-Caillou; Abeille, *idem* à Givet; Beylot, *idem* en Algérie; Fickelscher, *idem* à Saint Jean-Pied-de-Port; Garnier, *idem* à Versailles; Thibaut, *idem* à Thionville; (*pour la chirurgie*) Tourny, chirurgien-major au 25e de ligne; Maignien, chirurgien aide-major à la garde municipale de Paris; Marchal, *idem* aux sous-officiers vétérans; Marmy, *idem* à l'hôpital de Strasbourg; Milliot, *idem* à l'hôpital de Metz.

blement dilatée, avait acquis presque le calibre d'une plume d'oie.

Le 3 octobre, l'opération fut faite de la manière indiquée ci dessus en détail; elle présenta quelques particularités notables. M. Sichel avait senti sous le bistouri, sur le côté interne du globe oculaire, une substance dure et résistante, criant sous le scalpel, qui lui fit craindre un commencement de dégénérescence cancéreuse des parties molles. L'extirpation terminée, M. Sichel explora attentivement avec le doigt la cavité orbitaire, et fit répéter cet examen par quelques médecins présents à l'opération, et par l'auteur de cet article. Le résultat de cette exploration et de la dissection superficielle de la pièce, ne sembla point confirmer cette supposition. L'hémorrhagie fut très abondante, malgré les injections froides, et ne céda qu'à la compression à laquelle on fut obligé de recourir. Au milieu de la nuit, elle se reproduisit légèrement à la suite d'un mouvement brusque que fit le malade; mais elle céda promptement. M. Sichel attribua celte persistence de l'hémorrhagie à la circonstance suivante, à savoir: que les injections froides n'avaient point été faites d'une manière continue et suffisamment prolongée. De plus, il a lieu de penser que, comme dans le dernier cas de mélanose, il y avait ici un commencement de maladie de l'artère ophthalmique.

— La dissection minutieuse du globe oculaire confirma le diagnostic, sauf sur un seul point. Ayant observé qu'en général les dégénérescences s'arrêtent lors de l'atrophie de l'œil, et ayant même fondé sur cette observation un traitement par les antiphlogistiques, les mercuriaux et les préparations iodurées, traitement qui lui a souvent réussi dans l'encéphaloïde de la rétine et dans la mélanose, M. Sichel avait pensé que dans le cas actuel l'atrophie s'était arrêtée dans sa marche lors des nouveaux progrès de l'affection mélanotique. Il avait donc supposé que l'accumulation de cette matière mélatonique avait soulevé et distendu la cicatrice et la conjonctive; et formé ainsi les trois mamelons; les trois lobes de la tumeur, qu'on avait vus à la face antérieure de l'œil entre les deux paupières. Il n'en était point ainsi; ces trois lobes étaient formés par une véritable dégénérescence fongueuse des bourgeons charnus blafards qui s'étaient développés sur l'ulcération, et qui existaient encore au moment où le professeur avait perdu le malade de vue. Ces fongosités avaient pénétré par l'ulcération même, et remplissaient l'espace qu'auraient dû occuper les deux chambres de l'iris et de l'œil.

La sclérotique était épaissie, très dure, et présentait dans la direction des quatre muscles droits les quatre sillons plus ou moins profonds, mais toujours distincts que l'on observe dans les yeux atrophiés ou phthisiques. Les deux tiers postérieurs de la cavité du globe oculaire, cavité dont l'espace était fort rapetisée par l'atrophie, étaient remplis par de la matière mélanique, d'un brun foncé presque noir, beaucoup plus dense que dans la plupart des cas, par suite de la pression que lui avait fait subir la sclérotique épaissie à la suite de l'atrophie, et contractée sur elle-même. Entre cette masse mélanique et la sclérotique, on rencontrait encore des traces de la choroïde normale, mais détruite çà et là par la compression et la résorption.

Au centre et à la partie antérieure de la substance mélanotique, entre elle et les fongosités que nous avons indiquées, se trouvait une couche du tissu fibreux, gris-blanchâtre, formée par les débris de la membrane hyaloïde et de la capsule cristalline comprimées; ces débris contenaient dans leur intérieur quelques portions d'une substance jaunâtre et fibreuse présentant tout à fait l'aspect qu'offre la rétine lorsqu'elle est tout à fait déchatonnée, refoulée en avant, et comprimée par un liquide ou une matière solide développée entre elle et la choroïde.

Le nerf optique, coupé à son extrémité postérieure, est mince, flasque, jaunâtre, et lâchement enveloppé par sa gaîne fibreuse, disposition absolument semblable à celle que l'on constate dans les cas d'atrophie du globe oculaire; mais en outre, il présente une légère infiltration grisâtre, et un anneau noir qui l'enveloppe. Cette infiltration et cet anneau proviennent d'une certaine quantité de matière mélanotique déposée entre le nerf et sa gaîne.

En disséquant la gaîne jusqu'à l'entrée du nerf optique, on trouve que, dans ce point, elle se dilate en un large sac rempli par une quantité considérable de substance mélanotique, qui se continue avec celle contenue dans la cavité du globe oculaire, et qui a pénétré entre les fibres déjetées et séparées de la sclérotique. Le tissu cellulo-graisseux orbitaire est partout sain; mais à la partie interne du globe, on trouve le muscle droit interne beaucoup plus volumineux qu'à l'état sain, et converti en une substance lardacée, rougeâtre, commencement évident d'une dégénérescence cancéreuse qui s'est propagée jusqu'au muscle, en partant des fongosités de la partie antérieure de la conjonctive. Ce point correspond à celui dans lequel, pendant l'opération, le chirurgien a senti sous le bistouri une substance résistante et criant sous le tranchant de l'instrument. Bien que la plus grande partie du muscle se trouve adhérente au globe, cette triste circonstance fait néanmoins fortement craindre une rechute, non pas de la mélanose, mais de la dégénérescence cancéreuse.

— L'opération ne fut suivie d'aucun symptôme inflammatoire; il n'y eut pas même de fièvre. Dès le second jour, on accorda des potages, du bouillon, et bientôt même des aliments plus solides. La débilité produite par la perte du sang diminua rapidement; la suppuration, de bonne nature, entraîna le plus grand nombre des morceaux d'amadou employés pour le tamponnement. A mesure que l'on enlevait ces morceaux et que le bandage était desserré, les douleurs de tête produites par la compression se dissipaient peu à peu.

Le 9 octobre, il ne restait plus au fond de l'orbite qu'un seul morceau d'amadou, fort petit, et recouvert d'un peu de pus grisâtre. Lorsque M. Sichel voulut l'enlever en le tirant légèrement avec une pince, le sang sortit en jet. Le morceau d'amadou était adhérent à une eschare qui s'était détachée. L'hémorrhagie fut très abondante, et ne s'arrêta que par une longue et forte compression, exercée sans nouvelle introduction d'amadou, à l'aide de charpie et de bandes fortement serrées appliquées à l'extérieur des paupières. Les injections d'eau froide dans l'orbite avaient été pendant longtemps pratiquées sans résultat. Les douleurs orbitaires se reproduisent par le fait de cette compression.

Le 14, sans que le malade ait fait aucun effort, nouvelle hémorrhagie qui dure deux heures.

Dans la nuit du 19 au 20; après un effort d'éternument, et dans celle du 20 au 21, hémorrhagies, mais moins longues et moins abondantes que les précédentes; faiblesse extrême du malade, qui rend involontairement ses matières dans le lit.

Depuis ce jour, l'hémorrhagie ne se produit plus. Il n'y avait pas eu moyen de lui opposer la ligature de l'artère, puisque jamais on n'avait pu voir nettement, ni isoler celle qui donnait le sang; des recherches ultérieures pour y parvenir n'auraient sans doute eu pour résultat qu'une perte de sang plus considérable, et dangereuse à cause de la faiblesse du malade. D'ailleurs, eût-on réussi à appliquer une ligature, on voit bien que l'hémorrhagie se serait reproduite après sa chute, puisque plusieurs fois elle est revenue après cinq jours d'intervalle, ce qui nous semble prouver suffisamment que sa cause doit être cherchée dans un état pathologique de l'artère et des parties molles voisines.

Après quelques jours de l'emploi des analeptiques et d'aliments liquides, on revient de nouveau à un régime plus substantiel et très succulent qui est continué pendant longtemps. Le repos le plus absolu est recommandé au malade, afin d'éviter un nouveau retour de l'hémorrhagie. Les forces reviennent promptement: la suppuration est louable. L'orbite se remplit de bourgeons charnus de bonne nature que toutefois, par précaution, je cautérise de temps à autre assez profondément avec le nitrate d'argent, surtout au côté interne où le muscle a été trouvé malade.

Le 18 novembre, jour de sa sortie de la clinique de M. Sichel, la cicatrisation est presque complète partout, sauf au sommet de l'orbite où il y a encore un petit creux qui suppure. Depuis plus de quinze jours, ses forces sont complétement rétablies, et le teint du visage, autrefois terreux, est devenu beaucoup meilleur.

D[r] A. FOUCART.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mars. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Lassaigne adresse une note sur l'analyse chimique des produits pathologiques résultant de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes.

M. Dupuy fait remarquer que des analyses semblables conduisant à de semblables résultats avaient été déjà publiées dans le *Journal de Pharmacie*.

— *M. Pariset* lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Ollivier (d'Angers)

— *M. Villeneuve* lit un rapport sur un appareil présenté par M. Bergeron, mécanicien-orthopédiste, destiné à remplacer les pessaires dans les cas de chute de matrice.

Cet appareil consiste en un bandage auquel vient s'adapter une tige métallique recourbée, portant une cuvette destinée à soutenir et à contenir le col de l'utérus. M. le rapporteur cite un assez grand nombre de faits communiqués par des médecins ou vus par les membres de la commission, dans lesquels l'emploi de cet appareil a parfaitement rempli le but qu'on se proposait. Il croit donc pouvoir conclure que cet appareil est utile et supérieur à tout ce qui a été inventé jusqu'ici pour obvier aux incommodités qui résultent de la chute de l'utérus.

M. Nacquart trouve beaucoup de ressemblance entre cet appareil et un autre qui fut présenté à l'Académie il y a quelques années, et dont on avait signalé les inconvénients nombreux. Les légères modifications qu'on lui a fait subir auraient-elles fait disparaître ces inconvénients? Il craint, en outre, que les formules laudatives du rapport ne servent à quelque publicité de mauvais aloi qui compromettrait l'Académie.

M. Velpeau. J'ai été témoin de l'application de cet appareil, et cette application a rendu des services. Ce n'est donc pas pour combattre les conclusions du rapport que j'ai demandé la parole, mais pour faire remarquer que M. le rapporteur n'a pas spécifié les cas dans lesquels cet appareil peut être utile: c'est une lacune fâcheuse. M. Nacquart a soulevé une autre question en trouvant à cet appareil une ressemblance avec celui que présenta M. Louis il y a quelques années, et dont un médecin de Marseille réclama plus tard la priorité. L'appareil de M. Bergeron diffère de l'autre par sa tige, qui est solide et immobile. Mais j'ai vu des appareils analogues anciennement décrits; on en trouve des figures dans l'ancien Journal de Médecine. Il en existe un aussi dans les collections de la Faculté. Il n'est pas sûr que ces anciens pessaires ne fussent pas aussi bons que celui de M. Bergeron. Celui-ci, d'ailleurs, ne me paraît pas exempt d'inconvénients. Il a d'abord celui de tous les pessaires, d'être un corps étranger; de plus, il exige un bandage, et l'on sait qu'un bandage n'est pas toujours inoffensif. Cependant, dans les cas de prolapsus considérable de la matrice, quand surtout les voies naturelles sont larges, cet appareil peut être utile; mais dans les cas légers, dans ceux qui s'accompagnent d'inclinaison, de rétroversion ou d'antéversion, cet appareil pourrait être plus nuisible qu'utile, et, dans ces cas, certains pessaires ordinairement employés sont de beaucoup préférables.

M. Nacquart insiste sur les dangers des rapports très laudatifs, toutes ces observations citées par le rapporteur seront exploitées; il voudrait des conclusions moins compromettantes pour l'Académie.

M. Villeneuve répond que l'appareil en question diffère notablement de celui dont il a été parlé. Quant à la forme du rapport, le rapporteur n'a trouvé rien de plus convenable que de citer un grand nombre de faits qui prouvent l'utilité de cet appareil; de simples assertions eussent-elles été plus concluantes? Il a voulu ne pas préciser les cas pour rester dans les généralité, et laisser toujours au praticien le soin de déterminer les circonstances et les modifications de l'emploi de l'appareil.

M. Velpeau croit aussi que l'Académie doit prendre quelques précautions contre les prospectus.

M. P. Dubois. Le plus grand avantage de l'appareil qui nous est présenté est de contenir et de maintenir réduits les prolapsus de l'utérus. On sait combien il est difficile d'arriver à ce résultat. Un autre avantage, c'est qu'il peut être facilement ôté et changé. Ce sont là des avantages réels et dont il faut tenir compte. M. Velpeau a paru accorder une grande confiance aux pessaires ordinaires dans les cas d'inclinaison, ou de rétroversion, ou d'antéversion de l'utérus. J'avoue que je suis un peu incrédule sur ces avantages, et cette incrédulité provient de mon expérience propre d'abord, et puis de la théorie. Quand on se rappelle les rapports de l'utérus avec le vagin, quand on sait que ces organes sont fixés l'un à l'autre, on ne se rend pas compte de l'action des pessaires dans le cas de déplacement de l'utérus. Aussi quand ils agissent, ce n'est pas en portant leur action sur le col de l'utérus seulement ou sur quelque point de l'organe, mais sur l'organe en totalité. C'est un mouvement de la totalité que l'organe exécute, et non un mouvement partiel.

M. Moreau appuie les idées de M. Dubois. Il veut aussi que l'Académie soit très sobre d'éloges, les faits ne lui paraissent pas assez nombreux et n'ont pas été observés pendant assez de temps. D'ailleurs l'idée de cet appareil n'est pas nouvelle; on l'a trouvé dans Beauhin.

M. Gerdy ne croit pas qu'il soit possible de spécifier les cas dans lesquels cet appareil peut être utile. Il lui trouve d'ailleurs des inconvénients, comme à tous les pessaires à tige; difficulté de s'asseoir, de s'incliner, de vaquer à certains besoins. On a toujours été obligé d'en revenir aux anciens pessaires et aux pessaires simples; ce sont eux qu'il faudrait chercher à perfectionner. Il ne peut donner son approbation entière à cet appareil, qui, pour être jugé convenablement, demanderait plus de temps et plus de faits.

M. Cloquet partage l'opinion de M. Dubois sur l'inutilité des pessaires dans les cas de déviation de l'utérus. On vient de parler de pessaires simples; il a fait lui-même de nombreuses tentatives. Il avait imaginé des pessaires que l'on gonflait à volonté; mais les femmes les pondaient comme des œufs. Il fait une critique des pessaires à tige. Il voudrait que les points d'appui de ces appareils fussent pris sur les tubérosités de l'ischion. Il en a fait construire un pour une femme suisse qui présentait une plaque appuyée sur le sacrum et dont la tige passait par dessous. La dame s'en était bien trouvée.

M. Velpeau trouve qu'on a donné a son opinion sur les pessaires simples plus d'extension qu'il ne voulait lui-même. Il les croit simplement préférables aux pessaires à tige dans les cas d'inclinaison. Il conçoit que quelques modifications avantageuses pourraient leur donner plus d'utilité.

M. Nacquart voudrait que le rapport fut renvoyé à la commission. Cette proposition, mise aux voix, est rejetée

M. Villeneuve consent à faire quelques modifications aux conclusions.

M. Bérard, comme membre de la commission, s'y oppose.

M. Roux croit qu'une simple éponge suffit souvent pour maintenir l'utérus. Il ne croit pas à la possibilité de prendre un point d'appui sur l'ischion pour les pessaires à tige.

M. P. Dubois. Au point de vue de l'instrument actuel, la discussion n'offre pas sans doute un grand intérêt; mais au point de vue de l'affection à laquelle il est destiné, la chose est importante. Les chutes de matrice sont des incommodités déplorables pour les femmes. Les pessaires ordinaires offrent des inconvénients graves L'appareil présenté offre au contraire une utilité réelle; pourquoi donc l'Académie ne le reconnaîtrait-elle pas?

M. Bérard. Voilà précisément une partie de ce que je voulais dire. On a parlé des inconvénients que présentait la tige; je n'ai vu aucune femme s'en plaindre et aucun accident en résulter. C'est qu'en effet ces accidents sont théoriquement impossibles. La pelote de l'appareil s'appuie sur le bassin. Or, le bassin et les organes qu'il renferme exécutent les mêmes mouvements et simultanément. Il n'y a donc pas à craindre ni déplacement, ni pressions incommodes, ni excoriations. Quant à la durée pendant laquelle cet appareil est utile, je dirai que j'ai connu une dame qui l'a porté pendant huit ans avec succès.

Maintenant, reprenons: Les chutes de matrice sont un accident fort incommode; les maintenir par de gros pessaires à demeure, c'est substituer une infirmité à une autre; les maintenir par un pessaire à tige qui n'a aucun des inconvénients des autres, c'est un progrès. L'appareil qu'on nous présente offre toutes sortes d'avantages; donc je maintiens les conclusions du rapport.

Une longue discussion s'engage sur la formule des conclusions. MM. Nacquart, Moreau et Gerdy présentent des amendements. Celui de M. Gerdy, comme le plus radical, a la priorité; il est mis aux voix et adopté.

La formule de M. Gerdy, autant que nous avons pu entendre, est ainsi conçue: L'Académie déclare que cet appareil, qui d'ailleurs n'est pas nouveau, peut offrir des avantages dans quelques cas.

— La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mars 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Pariset lit un rapport sur un mémoire de M. Stevens, intitulé: *Note sur la perforation de la voûte palatine et sur les moyens d'y remédier.*

On lit dans le mémoire de M. Stevens, que, lors de l'expédition de Medeah, le 31 mars 1836, à la suite d'un combat de toute la journée contre les Arabes, le major G..., capitaine des spahis, reçut au-dessous de l'os de la pommette, à gauche, un coup de feu qui emporta une grande partie de l'os maxillaire supérieur, le palais et toutes les dents molaires, à l'exception des deux dernières du côté droit. Ces deux molaires et les six dents antérieures furent les seules qui restèrent.

Les dents brisées, des fragments de la voûte du palais, des débris d'alvéoles étaient retenus dans la cavité buccale, au milieu de caillots de sang. La langue elle même avait été labourée transversalement par la balle, et cette balle n'était pas sortie. Il résultait de tout cela une plaie horrible. Par les soins d'un habile chirurgien militaire, M. Baudens, toutes les parties qui pouvaient se réunir furent, en effet, réunies et consolidées. La balle, enclavée dans des parties osseuses, n'en fut détachée par un travail éliminatoire que le quatrième jour. Enfin, le malade conserva tout ce qu'il pouvait conserver; et après deux mois de traitement, il fut guéri. Mais la voûte du palais restait perforée d'une large ouverture. La cavité de la bouche et celle des fosses nasales ne formaient plus qu'une seule cavité continuellement inondée de mucosités. Le blessé avait des envies continuelles de vomir. La parole était obscure, confuse, inintelligible. Des dents manquaient. La mastication était incomplète et très difficile; la déglutition ne l'était pas moins. Les aliments solides et liquides refluaient par les orifices des narines. On conçoit tous les inconvénients qui pouvaient naître de là pour la digestion, pour les fonctions ultérieures, et j'ajoute pour le moral du malade; car il voyait succéder à sa guérison une infirmité pire que sa plaie, une infirmité qui l'arrêtait dans sa carrière, le condamnait au repos, l'isolait de ses semblables, et allait remplir toute sa vie d'amertume.

Pour diminuer des inconvénients si graves, en fermant la voûte du palais, il était naturel qu'on eût recours aux obturateurs ordinaires; M. Baudens les avait conseillés; mais on ne sait à quel point sont imparfaits les instruments de cette nature. Ce sont les perforations syphylitiques qui les ont fait inventer, et ces perforations varient singulièrement de lieu, de forme, d'étendue; l'art a varié dans les mêmes proportions la figure, la dimension et la matière des obturateurs. A. Paré employa le premier des plaques d'or ou d'argent. Les obturateurs employés pour le major G... déterminèrent des accidents; il fallut y renoncer. Il fut présenté à M. Stevens, qui prit une empreinte fidèle des parties que l'obturateur devait embrasser et recouvrir. Cela fait, il

a choisi une matière douce et polie, une substance analogue à celle des dents; il a fait prendre à cette substance toutes les formes nécessaires pour occuper exaclement les vides laissés par les dents délruites, pour se mouler avec la même perfection sur la voûte palatine, et remplir tellement toutes les parties supérieures et latérales de la bouche, que pour l'œil le plus exercé cette cavité ne diffère presque pas de l'état naturel. La voix a repris son timbre normal, et toules les fonctions sont rentrées dans l'ordre.

Rendu à lui-même, à une carrière qu'il bonore, aux justes espérances qu'il tire de son expérience et de son courage, ce brave officier est reparti pour l'Afrique, où l'attend un grade plus élevé, heureux de devoir comme une vie nouvelle aux talents de M. Stevens.

Tout ce qui est utile aux hommes est du domaine de l'Académie des sciences; les suffrages qu'elle accorde sont le plus noble et le plus efficace des encouragements. Nous avons l'honneur de lui proposer de donner son approbation à l'heureuse invention de M. Stevens; invention qu'il qualifie avec raison d'obturaleur perfectionné.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— M. le docteur *Furnari* soumet à l'examen de l'Académie un mémoire ayant pour titre : De la prétendue influence des climats sur la production de la cataracte, ou de l'innocuité de la réverbération de la lumière sur les milieux réfringents de l'œil.

Une opinion ancienne et presque générale, dit l'auteur de ce travail, considère la réverbération directe de la lumière et du calorique sur l'appareil du cristallin comme une des causes productrices de la cataracle dans les contrées méridionales. Cette affection, si telle était sa cause réelle, devrait nécessairement être très commune dans nos possessions d'Afrique. Eh bien, nous le déclarons, les ayant parcourues précisément dans le but d'y étudier l'ophthalmologie, ce qui nous a le plus étonné, c'est au contraire l'excessive rareté de la cataracte parmi les Arabes.

Pendant la durée de notre mission à Alger, Constantine, Oran, Bone, Bougie, Philippe, et dans toutes les villes et tribus que nous avons parcourues, nous n'avons rencontré qu'une quinzaine de cataractes franches, et sans aucune complication. Nous avons visité il est vrai plusieurs personnes affectées de cataracte qui se sont présentées à Alger au bureau arabe de Mecque et Médine; mais ces cataractes étaient le résultat d'ophthalmies chroniques très intenses, et compliquées de conjonctivite oculo-palpébrale, d'entropion et d'obcurcissement plus ou moins élendu de la cornée. Un fait également digne d'observation, c'est qu'en Algérie même les cataractes consécutives des ophthalmies sont moins fréquentes qu'en Europe.

Les recherches que nous avons faites à Constantine sont encore plus concluantes. Le médecin en chef de l'hôpital de cette ville y a opéré, depuis l'occupation, une douzaine d'indigènes affectés de cataracte; mais qu'est-ce que douze cataractes pendant l'espace de six ans, dans une grande ville comme Constantine, où, jusqu'à cette époque, personne ne s'était livré à des opérations chirurgicales de celte nature?

Mais ce qui nous paraît surtout prouver la rareté de la cataracte en Afrique, c'est que les médecins indigènes qui connaissent d'une manière imparfaite, il est vrai, la plupart des maladies, n'ont aucune notion sur l'opacité du cristallin et sur son traitement. Ainsi, lorsque la première opération de cataracte a été pratiquée avec succès par nos chirurgiens, la population indigène a crié au miracle.

Il est inutile de dire que nous ne parlons ici que des médecins indigènes d'aujourd'hui; car les anciens médecins arabes, tout en ayant des idées erronées sur le siége et la nature de la cataracte, n'en connaissaient pas moins les moyens curatifs; tandis que les Thébibes actuels non seulement ne lisent pas les ouvrages d'Albucasis, d'Avicenne et de Rhazès, mais la plupart ignorent même les noms de leurs illustres ancêtres.

Si de l'Afrique nous passons dans un pays également exposé à un soleil ardent, la Sicile, nous y ferons les mêmes observations. D'après le relevé statistique que nous avons dressé dans les hôpitaux de Catane, de Palerme et de Messine, nous avons constaté que la cataracte était moins fréquente dans les villes maritimes où les habitants sont exposés continuellement à la réverbération du soleil ardent, que dans les pays agricoles de l'intérieur de l'île.

Examinons maintenant l'action qu'exerce dans les pays froids une lumière très intense sur les milieux réfringents de l'œil. On admet généralement, d'après la relation de quelques voyageurs, que la lumière réfléchie par des surfaces couvertes de neige cause la cataracte; on a cru remarquer en outre que cette maladie affecle particulièrement les individus dont la profession est d'aller chercher la neige sur les montagnes pour approvisionner les villes, et on a dit que la cataracte est fort commune en Laponie, où elle est même opérée par les naturels du pays. Telle est l'opinion des voyageurs, opinion qui, du reste, a souvent besoin d'être soumise au contrôle des hommes de l'art. En effet, malgré toute leur instruction et leur bonne foi, les gens du monde n'étant pas versés dans l'étude des maladies des yeux, peuvent prendre pour une cataracte toute espèce de tache gris-nacré qui se trouve sur la cornée et dans les parties profondes de l'œil. Notre doute à cet égard esl d'autant plus fondé, que les renseignements qui nous ont été communiqués par des hommes compétents, prouvent que la cataracte est rare en Laponie et en Norvége, et que les ophthalmies qui sévissent parmi les indigènes ne sont pas le résultat de la réverbération d'une lumière très vive sur des surfaces couvertes de neige; on doit plutôt en attribuer la cause, surtout parmi les Lapons, à l'habitude de séjourner pendant l'hiver sous des cabanes ou sous des tentes remplies de fumée. En effet, de tous les membres de la commission scientifique du nord, un seul fut affecté d'ophthalmie, parce qu'ayant passé l'hiver pour faire des observations sur des étoiles filantes, il a été forcé de vivre, commes les indigènes, sous des tentes, au milieu d'une atmosphère chargée de fumée et d'humidité.

En admettant même, contrairement aux témoignages que nous venons de citer, que la cataracte soit fréquente dans ces régions, n'est-il pas plus probable qu'elle serait plutôt le résultat des ophthalmies que de la réverbération directe d'une lumière trop vive sur des surfaces couvertes de neige? Et, d'ailleurs, a-t-on bien réfléchi que cette prétendue coïncidence de surfaces couverles de neige et de lumière très intense n'est pas admissible? Car, de deux choses l'une, ou l'influence de cette réverbération a lieu en hiver, ou en été; dans le premier cas, à partir du cercle polaire, les jours sont excessivement courts (de quatre à cinq heures), souvent brumeux et presque sans soleil. Dans le second cas, c'est-à-dire en été, pendant les jours dits perpétuels, il n'y a pas de neige. Ainsi donc, lorsque la lumière est très intense, il n'y a pas de neige; et lorsque les terrains sont couverts de neige, le jour est trop faible pour qu'il y ait une réverbération de rayons assez vive pour occasionner la cataracte.

Il est vrai que l'action continue de la lumière pendant le jour perpétuel et les aurores boréales exerce une influence fâcheuse sur l'organe de la vue; mais les lésions qui en résultent se manifestent sur la conjonctive, sur la cornée et sur la rétine, mais rarement sur l'appareil du cristallin.

M. Furnari résume son mémoire dans les proposilions suivantes :

1° Contrairement à l'idée émise jusqu'à ce jour, nous croyons que l'action prolongée d'un soleil ardent et la réverbération de ses rayons sur des terrains brûlants et sablonneux n'a aucune influence directe sur l'appareil du cristallin.

2° Les cas rares de cataracte qu'on observe dans les pays chauds et qu'on attribue à l'action directe d'une lumière très vive, ne sont dues qu'aux altérations consécutives que subissent les parties réfringentes de l'œil par suite d'ophthalmies intenses, négligées et opiniâtres.

3° La fréquence de la cataracte dans les pays froids est due plutôt aux habitudes et à la manière de vivre des populations, qu'à l'influence du climat et à l'action directe d'une vive lumière. Ainsi nous croyons que l'abus des boissons alcooliques, l'âge, les lésions traumatiques, l'exercice des professions libérales ou mécaniques qui prédisposent aux congestions cérébrales et qui forcent les individus à travailler sur de petits objets, à la lumière artificielle, ou devant un feu ardent, sont les causes principales et directes de la cataracte.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la composition des globules du sang; par M. le Dr Rees.

La coloration rouge des globules du sang appartient-elle à une membrane qui revêt ces globules, ou à un liquide qui remplit leur cavité intérieure? Les micrographes ne s'accordent pas encore sur ce point; les uns professent la première de ces deux opinions, les autres adoptent la dernière. M. le docteur Rees, qui s'est beaucoup occupé de cette question, a constaté que l'existence d'un liquide coloré est la seule opinion qui soit fondée.

Suivant cet observateur, les globules sanguins sont de petits sacs fermés qui contiennent à l'intérieur une liqueur colorante. Or, comme l'eau possède la propriété de faire crever ces petits sacs, il en a versé une certaine quantité sur une couche de globules d'un rouge bien prononcé, et après quelques heures de contact, il a remarqué au fond du vase un dépôt blanc surnagé par un liquide d'une belle teinte rouge.

L'analyse chimique a fait reconnaître que la totalité du fer qui fait partie des éléments constituanls des globules du sang, se trouvait dans ce liquide à l'élat de dissolution.

Sur l'inoculation du tartre stibié, par M. le docteur De Bourge, de Rollot.

Suivant M. De Bourge, les frictions et applications stibiées, si utiles et si indispensables dans le traitement d'un grand nombre de maladies graves, ne paraissent pas offrir toutes les garanties désirables d'efficacité; aussi ce praticien leur préfère-t-il de beaucoup l'inoculation du tartre émétique. Cette inoculation, qui se pratique de la même manière que celle du vaccin, présente surtout, dit-il, l'avantage de pouvoir mieux limiter son action, et celui non moins précieux de pouvoir la déterminer d'une manière plus précise aux parties qu'on regarde comme devant être plus spécialement soumises à l'action de ce médicament énergique.

D'après ce médecin, cetle seule et simple inoculation n'exerce, le plus souvent, qu'une action trop faible; mais il est facile de la rendre plus forte. En effet, il suffit, pour obtenir ce résultat, d'enduire matin et soir d'un mélange émétisé, soit aqueux, soit graisseux, les surfaces où l'inoculation a été pratiquée. Ces onctions, dont l'effet est d'autant plus marqué qu'elles ont été plus prolongées, doivent être faites avec un petit pinceau à miniature.

Dans certains cas, et suivant les indications qui se présentent, M. De Bourge fait ajouter au mélange destiné à l'inoculation, et qui est composé de quelques décigrammes de tartre stibié délayés sur une plaque de verre avec un peu d'eau ou d'huile, une certaine proportion d'huile de croton ou d'euphorbia lathyris. Toutefois, il reconnaît que, dans la plupart des cas où il a eu recours à ces additions, il n'en a pas obtenu tout le résultat qu'il croyait pouvoir en espérer. L'extrait de cantharides seul a paru lui fournir un petit bouton accompagné de caractères inflammatoires plus prononcés.

NOUVELLES.

— M. Roger, chirurgien sous-aide en Algérie, est cité dans un rapport de M. le gouverneur général par intérim, en date du 2 février 1845, au sujet de l'attaque du camp de Sidi-bel-Abbès.

— La réunion de MM. les professeurs particuliers, pour le cours d'été, aura lieu à la Faculté, le samedi 29 mars, à midi précis.

Les professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier ont proposé, avant-hier, à monsieur le ministre de l'instruction publique une mesure dont nous croyons devoir signaler les conséquences fâcheuses. Il s'agit de la demande formulée par le professeur Bouisson et acceptée par la Faculté, d'échanger sa chaire de pathologie chirurgicale contre celle de clinique chirurgicale abandonnée par le professeur Lallemand.

Nous ne craignons pas d'avancer que les conséquences de cette permutation, qui n'est favorable qu'aux intérêts d'un individu, seraient attentatoires aux intérêts et aux droits de tous les médecins qui, des divers points de la France, suivaient avec anxiété les démarches du professeur Lallemand pour obtenir sa retraite, et se préparaient à venir disputer sa chaire dans un concours honorable. Mais ces conséquences seraient encore bien plus dommageables à la Faculté elle-même, en la privant des garanties que lui auraient données les épreuves pratiques d'un concours spécial, et en l'exposant à voir désormais ses diverses chaires occupées par des hommes qui ne se seront montrés capables que d'en occuper d'autres d'une spécialité toule différente. Si M. le ministre acceptait et consacrait ainsi le principe de permutation des chaires, il exposerait les Facultés de médecine à voir un jour la clinique enseignée par des professeurs de chimie ou de botanique, ou bien la chaire de pathologie occupée par un professeur exclusivement livré aux études anatomiques, etc.

(*Courrier du Midi.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 34. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 21 MARS 1845.

Permutation de chaires. — Bruits sur les projets de loi relatifs à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

Nous avons publié dans le dernier numéro un article du *Courrier du Midi*, relatif à la mutation de chaire d'un professeur de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire de clinique chirurgicale devenue vacante par la démission de M. Lallemand. Un mouvement va aussi avoir lieu dans la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il s'agit de la chaire de pathologie interne vacante par le décès de M. Tourdes père. Le projet avait existé, dit-on, de faire en pathologie médicale ce qui se fait en pathologie et clinique chirurgicales. Les deux professeurs de clinique chirurgicale (MM. Sédillot et Rigaud) professent pendant six mois alternativement la clinique et la pathologie. MM. Forget et Schutzenberger eussent été astreints à un service pareil en médecine, et la chaire de pathologie interne eût été convertie en chaire de pathologie et de thérapeutique générales. Mais une difficulté surgit; M. le ministre de l'instruction publique voulut alors se réserver la faculté de nommer le titulaire, puisque, disait-il, on créerait une chaire nouvelle. MM. les doyens de Paris et de Strasbourg se seraient opposés à cette prétention, par la raison que la chaire n'était pas nouvelle, mais seulement modifiée quant aux matières à traiter; cette opposition mérite d'être approuvée. Il paraît que depuis l'arrivée de M. de Salvandy, le projet a été repris et que le nouveau ministre n'élève pas les mêmes prétentions, ce dont nous avons aussi à le féliciter. Un concours sera donc ouvert probablement bientôt à Strasbourg pour une chaire de pathologie et de thérapeutique générales.

Quant à la permutation de la chaire de pathologie chirurgicale pour la chaire de clinique externe de la Faculté de Montpellier, demandée à l'Université en faveur de M. Bouisson, nous ne saurions y voir un inconvénient bien grave. Sans doute, il faut se tenir en garde contre ces demandes de permutation. Il ne faut pas que l'on puisse passer, à son gré, d'une chaire de chimie à une chaire de pathologie et *vice versâ*, mais ici doubles garanties sont offertes; M. Bouisson a fait ses preuves; il a été, dans deux concours brillants, nommé successivement professeur à Strasbourg et à Montpellier; il professe la pathologie externe depuis plusieurs années; il y a analogie entre cette chaire et celle de clinique externe; et, pourvu qu'on n'abuse pas de ce précédent, nous le répétons, le fait n'a pas une bien grande gravité. Il ne serait peut-être pas sans avantages d'autoriser à l'avenir ces sortes de mutations directes, pourvu qu'elles obtinssent l'assentiment général; il s'ensuivrait que les chaires de pathologie serviraient pour ainsi dire de stage pour les chaires de clinique; si à cette mesure on pouvait joindre celle du professorat temporaire, nous ne serions certes pas éloigné d'y donner notre assentiment.

Toutes ces questions seront d'ailleurs prochainement reprises dans ce journal, des événements importants pouvant surgir sous peu pour la profession.

Ces événements, les voici:

Nous avons eu raison de nous applaudir de l'arrivée au pouvoir de M. de Salvandy, et de compter sur son activité et sur son bon vouloir à l'égard des médecins. Le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine est déjà repris, et sera peut-être présenté, dit-on, dans cette session. Quelques difficultés seulement s'élèvent. L'enseignement et l'exercice de la médecine sont deux choses distinctes; l'enseignement ressort du ministère de l'instruction publique; l'exercice ressort (chose assez singulière) du ministère du commerce et des travaux publics. Il s'ensuit qu'au lieu d'un projet de loi, nous devons en avoir deux, l'un présenté et soutenu par le ministre de l'instruction publique, l'autre présenté et soutenu par le ministre du commerce. Il s'ensuit encore que la volonté de M. de Salvandy ne peut suffire, et qu'il lui faut le concours de son collègue.

Déjà pourtant des travaux ont été exécutés; un projet de loi a été soumis au ministre, et une commission nommée dans laquelle figurent, entre autres, M. Orfila, MM. Bouillaud et Richond des Brus, députés.

Quelques dispositions principales de ce projet ont transpiré; ainsi, dit-on, le grade d'officier de santé serait supprimé et remplacé par le grade de licencié; le nombre des examens pour le doctorat serait augmenté d'un examen sur les accouchements; tous les examens seraient renvoyés à la fin des études dont le temps serait porté à cinq années, et chaque année des examens dits de passage, dont nous avons déjà parlé, devraient être subis par les élèves devant un jury d'agrégés. Les conditions de réception pour le grade de licencié seraient à peu de chose près les mêmes que les conditions actuelles du doctorat. Seulement les licenciés n'auraient point à subir l'examen du baccalauréat ès-sciences, et pourraient étudier et être reçus dans les écoles préparatoires.

Quant à ce qui concerne l'exercice de la médecine, les licenciés seraient astreints à se fixer dans des localités secondaires, et où la population n'excéderait pas un nombre d'âmes déterminé. Pour obvier autant que possible aux inconvénients de cette mesure restrictive, au bout d'un certain nombre d'années d'exercice, les licenciés pourraient obtenir le grade de docteur moyennant un examen pratique et une thèse.

Il ne s'agirait dans le projet, si nous sommes bien renseignés, ni de création de chambres de discipline, ni de retrait du diplôme. Dans chaque département un conseil de six membres, médecins et pharmaciens, serait institué, chargé de signaler à l'autorité les infractions commises, pour la répression desquelles l'amende et *surtout l'emprisonnement* seraient appliqués.

Nous ne voulons aujourd'hui porter aucun jugement sur ces diverses dispositions; nous attendrons la publicité pour savoir si nos renseignements sont bien exacts, et pour étudier avec soin la matière.

Ces lois sont trop importantes, elles offrent des difficultés trop réelles pour que nous nous prononcions légèrement; elles intéressent trop vivement le corps médical pour que nous n'y donnions pas une attention suivie, et que nous ne mettions pas de côté toute prévention contre les personnes. Nous apprécierons les actes, et le blâme ou la louange reviendra à qui de droit.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans un mémoire publié en 1825, M. Maunoir (de Genève) décrivit, sous le titre d'*hydrocèle du cou*, des kystes séreux développés à la partie antérieure de la région cervicale. Plusieurs années après, en 1834, un chirurgien irlandais, M. James O'Beirne, fit connaître plusieurs observations semblables à celle de M. Maunoir.

En 1835, M. Laugier consacra un paragraphe à l'hydrocèle du cou dans l'article *Cou*, du *Dictionnaire de médecine*. Enfin, en 1840, tous les documents qui existaient sur cette espèce de kystes furent résumés complétement dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, auquel nous renvoyons. (T. III, art. *Cou.*)

Un cas qui vient de se présenter à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, nous fournit l'occasion d'entrer dans quelques détails sur ce sujet.

Il s'agit d'une femme ayant plus de cinquante ans, qui, il y a cinq mois, était déjà venue à l'hôpital des Cliniques pour une tumeur fluctuante du cou. La présence de cette tumeur avait fini par déterminer une telle gêne de la respiration, que l'on agita la question de savoir si l'on ne diviserait pas le sterno-mastoïdien, qui bridait le kyste contre le larynx. On fit une ponction; la tumeur, qui était uniloculaire, se vida, et la femme sortit.

Le kyste s'étant rempli de nouveau, la malade est rentrée à l'hôpital dernièrement. La tumeur, située à droite, avait le volume d'un gros œuf d'oie; bridée par le muscle sterno-mastoïdien correspondant, elle repoussait le larynx à gauche, en le recouvrant presque en entier. Elle n'était pas pulsative. La voix n'était point altérée; la déglutition de la salive et des bols alimentaires peu volumineux, était difficile; celle des bols de grand volume était facile. Fait singulier qui pourrait être rapproché de cette opinion physiologique, par suite de laquelle la déglutition des liquides serait plus difficile que celle des solides.

On vient de voir que le kyste était situé à droite. On avait admis que le plus souvent l'hydrocèle du cou se développe à gauche; mais la différence de fréquence entre les deux côtés est peu sensible, puisque sur vingt sept cas la tumeur était placée dix fois à droite, douze fois à gauche, et cinq fois sur la ligne médiane. (*Dictionn. des Dictionn.*, article cité.)

Le liquide sera citrin, ou bistre, ou rougeâtre, ou noirâtre, et plus ou moins analogue à du café, suivant que la sérosité sera pure, ou qu'à travers les parois du kyste il se sera fait plus ou moins anciennement une exhalation plus ou moins abondante de sang. Ce kyste, enflammé, peut suppurer. C'est ce que nous avons vu arriver. (*Des bourses syn.* Thèse pour l'agrégation, 1839.) Mais ces différences, pas plus que celles dans le volume, ne suffisent pour faire établir des variétés distinctes.

« Il se forme quelquefois, dit Boyer, sur la membrane thyro-hyoïdienne, une tumeur enkystée contenant une matière visqueuse jaunâtre. » Cette tumeur, d'après M. Laugier, » ne paraît être autre chose qu'une espèce particulière de » l'hydrocèle du cou. » Elle est pour nous un hygroma de la bourse synoviale thyro-hyoïdienne. (Thèse citée.)

Ainsi l'hydrocèle du cou, si l'on voulait conserver cette *espèce pathologique*, comprendrait deux *variétés*, l'une dans laquelle le kyste est formé aux dépens du tissu cellulaire, l'autre dans laquelle il est constitué par une bourse muqueuse. Mais nous pensons qu'il est préférable de réunir sous le titre de kystes ou de tumeurs cystiques du cou, toutes les tumeurs dont il s'agit. C'est ainsi, d'ailleurs, que la question a été présentée dans le *Dictionnaire des Dictionnaires*.

Revenons à la malade de M. Nélaton. On fit la ponction de la tumeur; il s'écoula une sérosité limpide suivie d'une assez grande quantité de sang. L'écoulement étant terminé, l'opérée exécuta un mouvement de déglutition, par suite duquel la tumeur fut entraînée avec le larynx en même temps que la canule fut déviée. Un stylet fut porté à travers celle-ci, et on put le mouvoir en tout sens. Néanmoins, pour plus de précautions, et avec une prudence qui lui est familière, M. Nélaton, avant de procéder à l'injection iodée, dont il avait résolu de faire usage, poussa de l'eau tiède à travers la canule, et le liquide ne put plus revenir.

Il était évident que la canule était sortie du kyste, et que l'eau s'était infiltrée dans le tissu cellulaire. On retira l'instrument, et l'on fit des applications émollientes.

Nous n'irons pas plus loin dans le détail de l'observation, qui sera publiée dans ce journal en temps opportun. Bornons-nous à indiquer seulement les accidents qui suivirent cette simple infiltration d'eau tiède. Ce furent: une inflammation locale intense avec réaction fébrile persistante; une ecchymose et un érysipèle étendus; la production de plusieurs abcès qui furent successivement ouverts; enfin, la formation d'une fistule aérienne, qui heureusement s'est oblitérée. Aujourd'hui tout cet orage s'est apaisé, et l'état de la malade est satisfaisant. Mais quelle réaction pour un peu d'eau tiède infiltrée dans le tissu cellulaire, et combien M. Nélaton doit se féliciter de ne pas s'en être rapporté à son stylet; car enfin, si bénigne que soit l'eau iodée, nous estimons qu'elle l'est encore moins que l'eau pure!

Une femme du service de M. Gerdy, qui portait un tumeur cystique au-devant du corps thyroïde, fut traitée par l'injection iodée, et elle succomba dans l'espace de peu de jours avec des symptômes adynamiques. Nous avouerons notre peu de sympathie pour l'iode dans un point où existent de nombreux rameaux veineux (c'est-à-dire absorbants), et nous sommes de l'avis de MM. Fleury et Marchesseaux d'après lesquels l'incision suivie de l'emploi d'une mèche, est le procédé le plus avantageux. C'est aussi l'opinion de M. Laugier; mais à l'époque où ce chirurgien écrivait sur ce sujet, l'injection iodée n'avait pas encore été employée, et le séton était seul en usage.

— M. Lisfranc admet trois états dans les engorgements des tissus blancs; l'état ab-inflammatoire, l'état sub-inflammatoire et l'état d'inflammation latente.

Une tumeur n'est ni douloureuse, ni chaude, très vraisemblablement elle n'est pas enflammée. Au contraire, est-elle douloureuse et chaude, avec ou sans rougeur, cette tumeur est enflammée. Mais il peut arriver que les signes de l'inflammation manquent, et que cependant elle existe. Une tumeur indolore, sans rougeur, sans augmentation de chaleur à la peau étant donnée, dit M. Lisfranc, vous l'attaquez par des fondants, et aussitôt des symptômes inflammatoires se prononcent. Soyez certains qu'il y avait là une phlogose latente, qui, si l'on peut s'exprimer ainsi, n'attendait que l'occasion de se manifester. Aussi convient-il de *tâter* les engorgements des tissus blancs avec les antiphlogistiques.

Comme les tumeurs blanches en particulier se lient souvent à l'appauvrissement de la constitution, on se laisse dominer par la crainte d'augmenter la faiblesse. Or, l'affection générale, le vice scrofuleux, est effectivement asthénique, mais l'affection locale est inflammatoire, sthénique. Ces deutéropathies, par cela même qu'elles sont formées de deux éléments contraires sont difficiles à manier.

N'allez pas, continue M. Lisfranc, traiter la sub-inflammation comme vous traiteriez une phlogose franche chez un homme robuste; ayez égard aux conditions générales du sujet. Ne lui tirez pas beaucoup de sang à la fois; faites des applications de 6, 8, 10 sangsues tous les trois ou quatre jours, puis arrêtez-vous et sachez attendre le dégorgement. Trop abondantes, les déplétions sanguines locales échouent souvent; mais alors ce n'est pas le moyen, c'est le mode qu'il faut accuser. Lorsque l'inflammation a cédé à l'usage des antiphlogistiques, on prescrit les fondants, les révulsifs, la compression, toujours prêt à revenir aux premiers moyens si le principe inflammatoire reparaît.

Quant à l'état général, on possède contre lui un modificateur excellent dans l'iodure de potassium.

M. Lisfranc a dans ses salles un homme qui est entré à

l'hôpital avec un testicule du volume du poing, et ayant la dureté du silex; l'engorgement se propageait le long du cordon jusque dans le ventre; des douleurs lancinantes s'y faisaient sentir. C'était là, comme on voit un cas très grave; rien n'y manquait pour faire supposer qu'il s'agissait d'une dégénérescence; et, cela étant, elle devait paraître au-dessus des ressources de la chirurgie, puisqu'elle s'étendait jusque dans un siége où elle était inattaquable. M. Lisfranc soumit son malade au traitement que nous venons d'esquisser, et aujourd'hui on ne sent plus l'engorgement derrière la paroi abdominale; on ne le sent pas davantage dans le canal inguinal; en un mot, le cordon est revenu à l'état normal, et le testicule lui-même a diminué d'un tiers. Le cas échéant, l'opération serait praticable, tandis qu'elle ne l'étaitpas auparavant.

L'engorgement du testicule, est, d'après M. Lisfranc, celui que l'on résout le plus facilement. On n'aurait pas eu raison de la même manière d'un engorgement de la parotide ou de la mamelle; mais on ne doit pas pour cela renoncer au traitement résolutif dans ces derniers engorgements Au contraire, la gravité des opérations dans la région parotidienne ne pourrait qu'y faire insister davantage en ce qui touche spécialement l'engorgement de la parotide.

M. Lisfranc est convaincu que tout n'est pas cancer dans les tumeurs cancéreuses, et qu'il y a souvent, autour d'un noyau carcinomateux des tissus engorgés, indurés par l'inflammation que cette *épine* a suscitée autour d'elle. C'est contre cet élément secondaire, excentrique, que M. Lisfranc dirige le traitement résolutif, afin de circonscrire le champ que le bistouri devra parcourir. Il a cité le cas d'une jeune personne qui portait un sein énorme, dont l'extirpation aurait demandé un grand délabrement et le sacrifice de la mamelle. Le traitement indiqué plus haut eut pour effet de réduire cet engorgement au volume d'un œuf de pigeon. La tumeur fut alors extirpée, et on la trouva formée de tissu cérébriforme. La glande fut conservée.

Ce n'est pas de prime abord que M. Lisfranc a été conduit à ces idées. La médecine physiologique ayant proclamé la curabilité du cancer par les sangsues, il essaya, et vit, ce qui le frappa beaucoup, les tumeurs diminuer à la circonférence, et chaque jour proéminer d'avantage au centre. Ce fut alors qu'il étudia de plus près la composition des tumeurs cancéreuses, et qu'il s'aperçut qu'elles étaient formées, comme il a été dit, de deux tissus, l'un juxtaposé, inflammatoire et réductible, l'autre insoluble, incurable autrement que par l'extirpation.

Mais on a accusé l'école physiologique d'avoir pris pour des tumeurs cancéreuses, des engorgements inflammatoires avec une simple induration au centre.

— Un des malades de M. Lisfranc est affecté d'hydarthrose du genou. La tumeur était douloureuse. Elle a été attaquée par les antiphlogistiques; puis, l'inflammation ayant cédé, un vésicatoire a été appliqué. Ce révulsif n'a pas eu d'effet, et M. Lisfranc se propose de faire mettre deux moxas. Il se loue beaucoup de ce moyen; mais il faut, dit-il, le réserver pour le moment où les symptômes inflammatoires ont disparu, faute de quoi il augmente l'irritation.

— M. Lisfranc croit que la névralgie est souvent une maladie inflammatoire. Avant l'avénement de la médecine physiologique, il a vu Chaussier, qui avait l'habitude de décrire à son cours de physiologie les pièces d'anatomie pathologique de quelque intérêt que sa pratique lui fournissait, montrer des nerfs sciatiques rouges et évidemment enflammés, lesquels avaient appartenu à des individus affectés de névralgie sciatique. Il se fonde également sur les caractères physiques du nerf dentaire à la suite de l'avulsion d'une dent cariée et douloureuse depuis longtemps. En conséquence, il conseille de traiter la sciatique par les sangsues; mais il faut en appliquer à la fois 60 ou 80. Avec un nombre moindre on n'atteint pas le nerf. M. Lisfranc a guéri, au moyen de deux applications de ce genre, un homme qui souffrait d'une sciatique depuis trois ans. On incline vers cette thérapeutique hardie quand on voit la sciatique résister si opiniâtrément à tous les moyens dirigés contre elle (applications de sangsues à dose ordinaire, ventouses scarifiées, vésicatoires, bains, etc.); mais les gens du monde ne se décident pas facilement à subir une application de 80 sangsues à-la-fois.

Dans la névralgie faciale, il n'est guère possible d'appliquer les antiphlogistiques, eu égard à la multiplicité du siége des douleurs et à la difficulté de préciser leur point de départ.

On emploie alors, de prédilection, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique. On commence par dénuder le derme dans une petite étendue avec la pommade de Gondret; mais il faut savoir que peu de temps après l'application du sel narcotique, la surface du vésicatoire se couvre d'une fausse membrane, de telle sorte que l'absorption n'a plus lieu. C'est en vain qu'on élève la proportion d'hydrochlorate de morphine; l'effet sédatif n'est plus produit. On applique alors un nouveau vésicatoire, et comme la quantité du sel de morphine a été augmentée, on peut développer des accidents de narcotisme. Il y a donc, dit M. Lisfranc, deux préceptes à suivre dans le traitement des névralgies par l'hydrochlorate de morphine: ouvrir une nouvelle voie d'absorption à cette substance aussitôt qu'elle cesse de pénétrer par le point de la peau précédemment dénudé, et éviter d'augmenter la proportion de morphine en supposant que l'absorption n'est point suffisante, tandis qu'en réalité elle n'a point lieu.

— Un homme avait un ulcère de la jambe occupant en largeur deux tiers de la circonférence de cette partie et ayant neuf centimètres de hauteur. Les quatre cinquièmes environ de cet ulcère s'étaient cicatrisés; le reste ne guérissait pas. Enfin, des bourgeons charnus se développèrent, mais ils étaient mous, flasques, saignants. M. Lisfranc ne pouvant espérer qu'ils servissent tels quels à la cicatrisation, les cautérisa. Ils se résorbèrent en entier, et il fallut trois longs mois pour qu'ils se reproduisissent. Les cataplasmes émollients, qui ont pour résultat de faire végéter les chairs, aidèrent au développement de la granulation. Quoique les bourgeons charnus eussent le même caractère que les précédents, M. Lisfranc se garda bien de les cautériser; on fit le pansement simple des plaies qui suppurent, et insensiblement l'ulcère restant se réduisit. Aujourd'hui, il est diminué des trois quarts.

C'est dans les cas de ce genre que le pansement de M. Laugier nous paraît surtout applicable. L'officier dont nous avons parlé en traitant de ce mode de pansement dans une de nos revues, est parfaitement rétabli. La plaque de gomme et de baudruche s'est détachée d'elle-même; l'ulcère, si rebelle jusque-là, s'est solidement cicatrisé au-dessous d'elle.

— Il ne faut pas croire trop promptement à la consolidation parfaite des fractures, et ne point se hâter de supprimer les moyens contentifs et de permettre l'usage du membre. M. Lisfranc a cité le cas d'un homme actuellement dans son service, chez lequel, au quarantième jour d'une fracture de l'avant-bras, le cal a cédé par suite de la substitution d'un simple bandage roulé à l'appareil proprement contentif. Le sujet était robuste et l'on ne peut attribuer le défaut de consolidation à la constitution. M. Lisfranc a rappelé plusieurs cas analogues qui doivent rendre le chirurgien très circonspect, surtout quand il s'agit du membre inférieur.

— M. Rayer vient d'avoir dans son service un cas de fièvre typhoïde chez un homme de cinquante-six ans. La maladie a été parfaitement caractérisée. Il doit suffire d'ailleurs que nous disions qu'elle a été diagnostiquée par M. Rayer. On trouvera dans les *Bulletins* de l'Académie de médecine, l'indication d'un cas analogue également observé par M. Rayer, et communiqué par lui à cette société savante. A quoi tient la rareté de la fièvre typhoïde après la maturité? Serait-ce au ralentissement du mouvement de composition et à la moindre activité de l'absorption, ce qui donnerait moins d'accès au miasme typhique dans l'économie.

— L'homme qui, après avoir aboyé, offrait l'étrange soufflement que nous avons décrit, est sorti de l'hôpital non guéri.

Nous avions cru que le soufflement s'exécutait par le nez, la bouche close, par simple aspiration pour le premier temps; M. Cahen, interne du service, a constaté qu'il avait lieu par la bouche. Il est possible qu'il se fît alternativement des deux manières.

A l'occasion de ce cas, M. Rayer a raconté aux médecins qui suivent sa visite, celui d'un homme fort riche, obligé de se confiner à la campagne parce qu'il a un *tic* tout à fait singulier. Après avoir prononcé quelques mots, il est pris d'un mouvement convulsif de la bouche et des organes respiratoires; mouvement difficile à décrire, et qui ressemble à celui que l'on exécute soudainement lorsqu'on a porté dans la bouche une cuillerée de potage trop chaud, par exemple. On fait alors une aspiration saccadée qui a pour effet de mêler le plus d'air possible au potage, dont on produit ainsi le refroidissement. Rien n'a pu guérir cet homme. On lui avait appliqué des révulsifs sur le trajet du nerf facial. M. Rayer lui donna un maître de déclamation qui parvint, mais seulement pour quelque temps, à diminuer son infirmité.

Lorsque cet individu voit une personne pour la première fois et qu'il lui parle, son *tic* augmente sensiblement et il s'interrompt à chaque mot.

Une jeune femme affectée d'emphysème pulmonaire, traitée en ville par M. Rayer, qui a bien voulu nous communiquer le fait, est arrêtée à tout instant, en toussant, par une convulsion analogue à celle que nous venons de décrire.

On a parlé, dans ce Journal, d'un délire phonétique; mais des mots étaient articulés; il n'y avait donc pas seulement aberration de la phonation; l'articulation était aussi en cause. Ces cas demandent une analyse extrêmement minutieuse. L'histoire des *tics*, comme le dit M. Rayer, n'est point faite, et elle serait très intéressante. Nous serions heureux si ce court paragraphe pouvait provoquer un examen approfondi du sujet.

— M. Rayer vient de donner le nitrate d'argent cristallisé à une femme qui avait plusieurs accès d'épilepsie par jour. La maladie était ancienne. Le médicament a été administré à la dose de 1 centigramme, puis de 15 milligrammes, en pilule. Les accès ont cessé sur-le-champ; pendant huit jours le moyen a été continué, et pendant huit jours les accès ont été suspendus, On a supprimé le nitrate d'argent, et l'épilepsie s'est reproduite. On est revenu à la prescription, et les accès ont cessé de nouveau. Reste à savoir si l'effet se maintiendra. Nous suivrons cette malade.

— Une femme du même service a accouché en pleine éruption variolique. Son enfant n'était pas varioleux.

— On vient d'observer un assez grand nombre de fièvres typhoïdes avec des vomissements. Il s'en est présenté plusieurs dans le service de M. le professeur Andral, qui en a fait la remarque. Cela semblerait indiquer que la partie supérieure du tube digestif est plus spécialement affectée. La duodénite l'emporterait ici sur l'iléite folliculeuse. Mais ce ne sont là que des vues sur lesquelles nous n'insisterons pas.

— M. Michon vient d'obtenir, à l'hôpital Cochin, un succès remarquable dans le traitement d'une fistule parotidienne. Cette fistule, pour laquelle le malade avait été traité pendant longtemps hors de l'hôpital, et que M. Michon s'attendait à trouver très rebelle, s'est fermée à la suite d'une simple et unique cautérisation avec l'acide sulfurique.

— Une jeune fille de vingt-trois ans tomba dans le feu dans une attaque d'épilepsie. Elle se fit une brûlure très étendue au côté externe de la cuisse gauche; la main gauche et le cinquième inférieur de l'avant-bras furent entièrement carbonisés; une brûlure au troisième degré régnait en outre sur une partie de la face externe de l'avant-bras. Au bout de deux jours, un cercle éliminatoire parfaitement dessiné s'établit entre les parties carbonisées et le vif. M. Blandin pratiqua l'amputation de l'avant-bras, en comprenant dans le moignon une partie de la brûlure au troisième degré, afin de conserver au membre le plus de longueur possible, conformément à un précepte chirurgical qui n'admet plus guère d'exception depuis l'adoption de l'amputation sus-malléolaire. Pour amputer dans les parties saines, il aurait fallu s'élever très près du coude.

— Nous devons revenir sur les deux opérés de pseudarthrose. Le malade de M. Velpeau n'a obtenu aucune amélioration. Les fragments sont aussi mobiles qu'auparavant; la plaie est cicatrisée. Celui de M. Blandin a son bras dans un appareil inamovible, qui ne sera levé que dans quelque temps.

— Nous tiendrons toujours compte d'une opinion sérieuse et convenablement exposée, alors même qu'elle contredira la nôtre. Nous avons discuté avec M. Parise la question du nœud intestinal qui a fait le sujet de notre récente polémique. D'après cet anatomiste distingué, le mésentère, dans le cas dont il s'agit, n'était pas déchiré. Cette circonstance est la seule qui nous divise. Pour la formation du nœud, en ce qui touche la marche de l'intestin et la formation des anses, M. Parise rend pleine justice à l'exactitude de notre description, qui, comme nous l'avons dit, a été dictée, la pièce en main, après un examen prolongé. Notre confrère, sans un exemple analogue observé par lui, il y a plusieurs années, dans le service de M. Clément, à la Pitié, aurait cru lui-même à l'existence de la déchirure mésentérique. La pièce anatomique sous les yeux, il a eu beaucoup de peine à dissuader plusieurs personnes qui admettaient cette circonstance dans le cas du Val-de-Grâce. Aujourd'hui la démonstration est impossible. Le nœud a été défait, l'intestin divisé, le mésentère cousu. Il ne servirait de rien de reproduire le nœud, abstraction faite de la déchirure mésentérique. Personne ne doute que cela ne puisse se faire. Au demeurant, dans l'impossibilité de résoudre la difficulté, nous avons voulu, et de nous-même, reproduire l'assertion de M. Parise, afin qu'il fût entendu que nous ne prétendons aucunement la réduire à néant. Cette discussion n'aura pas été vaine; elle aura servi à appeler l'attention des observateurs sur la possibilité d'un fait anatomique qui serait nouveau, l'existence d'une déchirure du mésentère livrant passage à un diverticulum intestinal, d'où résulterait la production d'un nœud. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Vastes caries dans la région inguinale. Collection purulente considérable. Ponction exploratrice. Difficultés du diagnostic.

Au n° 36 de la salle Sainte-Vierge, était couché, depuis le 4 novembre 1844, le nommé Lange (Pierre), âgé de quarante-neuf ans, vigneron, demeurant à Sens (Yonne), venu d'un service de médecine où il était entré le 3 du même mois.

Nous devons à l'obligeance de M. Blain, élève du service, les détails que nous allons donner sur l'observation intéressante de la maladie de cet homme.

Bien que pâle, amaigri, d'une constitution ordinaire, le sujet s'était toujours bien porté jusqu'au mois de mars 1844. Il n'avait jamais contracté de maladies syphilitiques. A l'époque que nous venons de citer, après un travail forcé dans les vignes, il fut pris, dit-il, d'un grand échauffement avec impossibilité d'uriner. La strangurie persista un mois entier, malgré l'usage des tisanes diurétiques et émollientes. Le malade ne voulut pas être sondé.

Au moment même où l'expulsion des urines se rétablit plus facile et moins douloureuse, apparut sur le membre inférieur gauche une tuméfaction considérable qui, néanmoins, ne s'étendit pas au-dessus du genou. A la suite de ce gonflement, les mouvements de l'articulation coxo-fémorale devinrent difficiles, puis impossibles: le membre fut condamné à un repos absolu. Du reste, le malade n'avait que peu de fièvre.

Il fut saigné et mis à l'usage du bouillon, du lait et des boissons émollientes.

Cinq semaines après l'apparition de la tumeur, à la suite de ce régime, toute la tuméfaction disparut peu à peu; mais les mouvements de l'articulation ne devinrent pas pour cela plus faciles; de plus il resta dans l'aine du malade une tumeur d'un volume médiocre, indolente, sans changement de couleur à la peau, et qui ne s'est point modifiée d'aspect ni de volume depuis le moment où le malade s'en est aperçu jusqu'à ce jour.

Des sangsues y furent appliquées; on eut recours à des vésicatoires volants, à des frictions avec l'eau-de-vie camphrée, la pommade de laurier-cerise et divers autres résolutifs.

Tous ces topiques étant demeurés sans effet, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous avons constaté à son arrivée: Le pli inguinal est effacé et même remplacé au centre par une saillie qui joindrait l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Cette saillie n'est point acuminée; en bas, elle se perd insensiblement dans la cuisse; en haut, elle est brisée par le ligament de Poupart; il n'y a pas de changement de coloration à la peau; les veines superficielles ne sont pas développées. Les battements de la fémorale sont perceptibles à l'œil, et mieux encore sensibles aux doigts. Il est facile de reconnaître la position du vaisseau dans ses rapports avec la tumeur; il est situé sur le côté interne de la masse qu'il longe, et sur laquelle il repose; mais il est impossible d'affirmer que l'artère est ou n'est pas dilatée sur un point de son étendue. Il est, du reste, aisé de se rendre compte de l'intensité plus considérable des battements, en réfléchissant que, par la présence même de la tumeur, l'artère se trouve nécessairement dans une position plus superficielle.

En déprimant la paroi abdominale, on sent la tumeur s'avancer dans la fosse iliaque interne, et il semble que ce soit sa portion la plus volumineuse qui occupe cette région. C'est

surtout avec le bord saillant de l'iléum que la tuméfaction est très considérable.

Si, alternativement, l'on presse avec une main la portion abdominale et la portion inguinale de la tumeur, la main, qui demeure immobile, perçoit une sensation de soulèvement assez marquée pour faire croire à l'existence d'une fluctuation. La pression n'est pas douloureuse ; mais il n'en est pas de même des mouvements spontanés de la cuisse ; la rotation en dehors, la flexion, l'extension exagérée sont autant de causes de douleur. Du reste, le membre n'est pas déformé ; sa longueur est absolument la même que celle du membre droit.

L'examen des principaux viscères n'offre rien de particulier.

Le 8 novembre, M. Velpeau pratiqua une ponction exploratrice. L'instrument est plongé immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, en dehors de l'artère fémorale. Dirigé d'abord du côté de la branche ascendante du pubis, l'explorateur est incliné en différents sens, et ne rencontre aucune cavité ; enfin, sans secousse, il semble que la tige pénètre dans un corps solide dont la dureté augmente avec la profondeur, si bien que l'instrument se trouve complétement arrêté.

Un effort assez considérable devient nécessaire pour retirer l'instrument du lieu où il avait pénétré ; dirigé de nouveau dans le sens de l'articulation coxo-fémorale, on ne parvient point à rencontrer de liquide, ainsi qu'il y avait lieu de le présumer. Pourtant, en ramenant l'aiguille vers le point de réflection des tendons des psoas et iliaque, et en pressant sur la tumeur, on fait sourdre par l'ouverture d'entrée de l'instrument un liquide citrin taché çà et là de quelques globules de sang, et filant comme de la synovie. Quand l'aiguille est complétement retirée, la pression fait encore sortir quelques gouttes de la même matière.

On croit à une altération des os.

Le 9 novembre, la piqûre s'entoure d'une auréole rouge ; la tumeur, dans ce point, devient sensible à la pression.

Le 16 novembre, application d'un vésicatoire volant sur la tumeur, et on recommande des frictions mercurielles qui bientôt sont remplacées par de nouvelles avec l'iodure de plomb.

A partir du commencement de décembre, il survient dans l'état général du malade de grands et fâcheux changements. L'appétit, qui n'avait jamais été bien considérable, se perd entièrement ; la maigreur augmente chaque jour ; l'insomnie, l'agitation fébrile, la diarrhée se montrent successivement ; les mouvements de la cuisse sont devenus complétement impossibles. — Opium, eau de riz, diascordium, frictions avec iodure de plomb.

La maladie continue de s'aggraver ; l'amaigrissement, la douleur dans l'articulation et dans la fosse iliaque augmentent. Le malade meurt le 1er mars 1845.

Autopsie 44 heures après la mort. — Entre les muscles psoas et iliaque indurés existe une vaste collection purulente, floconneuse ; elle contient plus d'un litre de pus bien lié, crémeux. Le corps du pubis est profondément altéré, mais non d'une manière uniforme ; à côté de vastes caries se trouvent des végétations, dont quelques-unes font une saillie de plus d'un centimètre. L'altération des os va, d'une part, dans la région fémorale jusqu'en avant du petit trochanter, d'autre part, dans le bassin jusqu'au sacrum. Il y a du pus infiltré sous le petit fessier et sous les muscles de la partie antérieure de la cuisse.

Sur le pubis existe un trou presque arrondi qui communique avec l'articulation coxo-fémorale, puis une autre ouverture qui va dans le bassin. Le fond de la cavité cotyloïde est entièrement détruit par la carie ; le sourcil cotyloïdien est entamé en avant. La tête du fémur est dénudée ; le ligament rond est intact.

L'examen des viscères principaux n'a rien présenté d'insolite.

Corps fibreux multiples de l'utérus. Ablation de l'un d'eux. De l'inutilité et des désavantages de l'abaissement considérable de l'utérus pour pratiquer l'opération.

Nous rapportions dernièrement l'observation d'une femme à laquelle M. Velpeau avait enlevé un polype considérable de l'utérus, et, à ce sujet, nous rappelions les considérations qu'il présenta sur la manière dont les corps fibreux de l'utérus se comportaient, selon qu'ils se développaient plus près de la cavité de l'organe, ou dans le milieu des parois, ou plus rapprochés de la face externe.

M. Velpeau a opéré, mardi 11 mars, une femme qui portait trois de ces tumeurs, dont une seule était accessible. Le second corps fibreux occupait le bassin et était le plus gros, et l'on sentait, en outre, des bosselures dans la fosse iliaque gauche qui indiquaient la présence de productions semblables dans cette région.

Nous avons dit un mot des symptômes de cette maladie, de son diagnostic différentiel, de sa marche, à propos de la femme dont nous annonçions la guérison dans notre dernier compte-rendu. Aujourd'hui nous allons reproduire quelques-unes des opinions de M. Velpeau sur l'opération en elle-même.

Selon lui, l'enlèvement des corps fibreux est, en général, une opération simple et facile à exécuter, à la condition qu'on la pratiquera sans vouloir, comme le font beaucoup de chirurgiens, attirer au dehors le pédicule, et amener pour cela le col de l'utérus jusqu'au niveau de la vulve.

En effet, il est facile de comprendre que les liens qui retiennent la matrice en place dans le bassin, ne lui permettront qu'avec une extrême difficulté de se laisser attirer aussi bas ; il en résultera une peine considérable pour le chirurgien, et une douleur intense pour la patiente.

De plus, dans l'espèce d'orgasme qui précède une opération, dans cette constriction dont la femme est saisie en pensant à la douleur qu'elle va éprouver, les tissus sont encore moins disposés que dans toute autre circonstance, à se laisser distendre par des tractions. Or l'abaissement, en même temps qu'il est pour le chirurgien un temps difficile, est donc aussi un temps douloureux pour la malade. On pourrait ajouter encore que c'est un temps dangereux.

Maintenant il est facile de démontrer que pour un homme exercé, cet abaissement est absolument inutile ; la vue, chez les chirurgiens, est dans beaucoup d'opérations moins nécessaire que le toucher. L'enlèvement des polypes utérins est une de celles-là.

Les instruments nécessaires sont tout simplement une érigne ou une pince de Museux, les doigts pouvant parfaitement servir de guide pour accrocher l'une ou saisir avec l'autre ; les doigts dans cette circonstance sont certainement des secours plus utiles que ne pourrait l'être la vue. Les doigts sentent que l'érigne tient ou ne saisit pas ; puis quand ils ont reconnu que le corps fibreux est solidement pris, le chirurgien donne l'érigne à tenir à un aide, afin d'avoir la liberté de ses deux mains ; il recommande à l'aide de tirer modérément ; puis, saisissant un bistouri droit, courbe, selon le cas, il guide l'instrument tranchant d'une main, le porte de l'autre jusque sur le pédicule, qu'il n'a pas besoin de voir, et là, il peut le diviser en ménageant, à coup sûr, les parties qu'il est important de ne pas léser.

Cette opération, pratiquée de la sorte, est peu fatigante pour la femme, peu douloureuse, aisée pour le chirurgien, et elle a de plus un autre avantage bien autrement précieux encore, c'est celui de ne laisser après elle qu'une irritation qu'on ne peut comparer à celle qui suit l'abaissement forcé de l'utérus par suite des tractions qu'il a fallu exercer sur lui.

La femme dont il s'agit ici était, comme l'autre, très affaiblie, de plus elle redoutait beaucoup l'opération ; il n'y a pas eu de perte de sang, au point même qu'on n'a pas cru devoir tamponner.

M. Velpeau fait remarquer que toutes les fois qu'il lui est possible d'éviter le tamponnement, il considère cette circonstance comme favorable, parce que, selon lui, la charpie ainsi introduite dans le vagin et comprimant les parois de ce canal et le col, joue le rôle de corps étranger pour les parties avec lesquelles elle est en contact et par suite fatigue ces parties et y détermine un afflux de liquides, une véritable congestion qui gêne les fonctions nerveuses et vasculaires des organes voisins, et peut même provoquer des hémorrhagies et des phénomènes inflammatoires.

Il est donc indiqué de provoquer le tamponnement toutes les fois qu'il est indispensable, c'est-à-dire quand on redoute une hémorrhagie après des opérations comme celle-ci ; mais il ne faut pas oublier que quand on peut s'en dispenser, cela est préférable pour la malade.

Cette femme n'a pas été tamponnée, et rien de nouveau ne s'est manifesté le lendemain de l'opération.

— Il vient de succomber dans le service de M. Velpeau une femme portant depuis deux ans une grosseur extra-utérine ; le fœtus paraît être parvenu jusqu'à six mois environ ; les pièces seront incessamment préparées, et nous espérons alors pouvoir publier ce fait curieux. PAJOT.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Syphilis. Accidents tertiaires. Guérison par la teinture d'iode.

C'est un fait depuis longtemps hors de toute contestation que la puissante efficacité de l'iode pour combattre les symptômes tertiaires autrefois si rebelles et si graves de la syphilis. On peut dire que ce médicament constitue le spécifique précieux de cette maladie arrivée à sa troisième période, comme le mercure en est encore le spécifique assuré dans le seconde.

Parmi les préparations dont l'iode fait la base, celle que l'on emploie le plus ordinairement est l'iodure de potassium comme on sait. C'est celle au moins qui a été le plus expérimentée, et qui paraît devoir remplacer toutes les autres dans la très grande généralité des cas. Il ne faut pas cependant que cette prédilection, du reste naturelle, porte les praticiens jusqu'à faire oublier la conformité des propriétés thérapeutiques des autres préparations iodées. Le proto-iodure de fer que nous avons vu réussir avec beaucoup de succès dans maintes circonstances où l'iodure de potassium est administré, devrait être plus souvent employé dans certaines complications des accidents syphilitiques. Il est, en effet, des indications spéciales qu'il paraît mieux remplir que l'iodure de potassium. Et l'iode a guéri seul bon nombre de symptômes tertiaires. Voici un fait remarquable à l'appui de cette proposition :

Vers la fin de novembre dernier, une femme âgée de trente-six ans, Jeannette V....., mariée, fut reçue à Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 16, pour un coryza syphilitique, avec carie des fosses nasales, périostose des os propres du nez et du cubitus. Douée d'une bonne constitution, un peu maigre, assez bien réglée, née de parents sains, n'ayant jamais fait de maladie grave, point scrofuleuse, elle avoue qu'à l'âge de dix-huit ans elle contracta de petits boutons aux parties génitales, pour lesquels elle entra à l'hôpital de la Pitié. Il survint presqu'en même temps dans les aines deux bubons, qui, promptement abcédés, ne se cicatrisèrent que lentement. Les chancres furent cautérisés avec un crayon de nitrate d'argent dès l'entrée de la malade, qui fut soumise à un traitement par la liqueur de Wan-Swiéten. Elle sortit bien guérie de l'hôpital, après cinq mois environ de séjour.

Depuis cette époque, elle affirme ne s'être point exposée à contracter de nouveau la syphilis ; elle n'a plus eu de chancres, et ne se rappelle pas avoir éprouvé des douleurs dans les jointures, des maux de tête, ou vu survenir des croûtes dans les cheveux. Ce n'est que cinq ans après l'invasion des premiers accidents, qu'elle a vu se développer à la surface de la peau un grand nombre de taches, qu'elle compare à des taches de rousseur, mais plus larges et un peu plus colorées, qui auraient persisté pendant longtemps sans aucune démangeaison, et pour lesquelles elle n'a consulté aucun médecin. Il y a deux ans elle a fait une fausse couche, étant enceinte de trois mois ; il s'ensuivit des pertes utérines abondantes. Un peu plus tard, elle a eu des engorgements ganglionnaires chroniques dans l'aisselle.

Six mois avant son entrée, elle s'aperçut, après avoir ressenti un peu d'enchifrènement dans le nez, que les muscles nasales contenaient de la matière purulente ; les mucosités devinrent abondantes et fétides ; la sensibilité olfactive s'affaiblit ; des douleurs sourdes, peu intenses, se firent sentir dans la profondeur des fosses nasales. Un petit fragment osseux, large comme l'ongle, mince, noirâtre, sortit par l'orifice de la narine droite ; c'est le seul du moins dont elle se soit aperçue depuis. Deux mois plus tard, une saillie est survenue à l'extérieur au-dessous de la racine du nez, sur la partie latérale droite de cet organe, et a persisté depuis. Enfin, il y a deux mois, cette femme ressentit une douleur fixe et profonde à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras droit, et au bout d'un mois est survenue dans ce point une tumeur qui n'a cessé de faire des progrès.

A son entrée, nous avons constaté ce qui suit : le nez n'a point perdu sa forme naturelle ; il présente seulement à droite, dans le tiers supérieur de sa hauteur, une tuméfaction assez saillante, de la dimension d'une petite noisette, d'un rouge livide très prononcé, indolente, élastique, adhérente à l'os du nez par une sorte de tuméfaction périphérique diffuse ; la peau qui la recouvre est à peu près saine, à part sa coloration ; on ne sent pas de dépression en comprimant l'os nasal correspondant. A l'intérieur on n'aperçoit aucune lésion évidente dans la muqueuse des fosses nasales ; les mucosités sont toujours purulentes, mais elles ne s'écoulent que peu abondamment, et seulement alors que la malade se mouche ; sentiment d'obstruction et de fétidité à l'intérieur des fosses nasales ; l'olfaction est diminuée. Il n'y a que peu de douleurs dans toutes ces parties. A l'avant-bras on trouve sur la partie postérieure du cubitus, à quatre travers de doigt au-dessous de l'olécrane, une tumeur arrondie ou plutôt ovoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, sans changement de couleur à la peau, élastique, fluctuante, n'offrant pas de sensibilité à la pression. Il est évident qu'elle contenait un liquide et qu'elle faisait corps avec l'extrémité postérieure du corps du cubitus ; cela paraissait être une tumeur périostique suppurée, tandis que celle du nez, au reste sans communication avec les lésions intérieures des fosses nasales, ne présentait aucune trace de tendance à la suppuration.

Pour traitement, M. Cullerier prescrit simplement à cette malade dix gouttes de teinture d'iode à prendre par jour dans un verre d'eau sucrée.

Huit jours après la tumeur de l'avant-bras fut ouverte avec la pointe d'un bistouri droit très aigu, et il s'écoula par cette sorte de ponction un liquide ichoreux, ténu, sanguinolent, contenant quelques grumeaux purulents en petite quantité. La tumeur fut ensuite recouverte par un petit emplâtre de diachylon.

Chaque cinq jours la dose de la teinture d'iode a été augmentée de dix gouttes, et portée jusqu'à celle de cinquante gouttes dans une journée. On a interrompu pendant quelques jours l'usage de cette médication à cause d'un érysipèle de la face qui a débuté tout autour de la tumeur du nez et s'est montré du reste d'une grande bénignité.

Après six semaines de ce traitement, la malade allait infiniment mieux ; les mucosités nasales ne contenaient plus qu'un peu de matière purulente sans fétidité ; le boursouflement du périoste et la tuméfaction externe correspondante du nez étaient en voie de résolution ; à l'avant-bras, la suppuration était tarie et la tumeur affaissée. Nous avons perdu de vue alors cette malade, au 1er janvier de cette année ; mais M. Cullerier, qui l'a examinée quelques jours après, lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, nous a dit qu'il l'avait trouvée entièrement guérie.

Pendant tout le temps de son séjour (deux mois et demi environ) elle a été soumise à ce seul traitement par la teinture d'iode donnée à doses croissantes, et il n'est point survenu, à part l'érysipèle léger, le moindre accident qui en ait fait suspendre l'usage. Jules DAVASSE.

EXAMEN DES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE ;

Par A. BECQUEREL et RODIER.

(Suite du n° 31.)

Comment espérer que la vaccine serait un préservatif plus puissant que ne l'est la variole naturelle, plus puissant que la variole inoculée, plus puissant que le cow-pox naturel lui-même ? N'est-ce pas trop exiger ?

Aussi les médecins du commencement de ce siècle firent-ils peu d'attention aux cas isolés de variole, qui atteignaient çà et là les vaccinés. Ceux rapportés en Angleterre par William, en 1801, 1804, 1805 ; par Caizergues, en France, en 1810 ; dans les diverses parties de l'Allemagne, en 1804, 1806 et 1807, leur parurent rentrer dans les cours ordinaire de la variole.

Disons-le toutefois, la médecine eut trop de confiance dans Jenner, qui, dans ses premières considérations sur la vaccine, déclara que l'expérience n'avait encore pu lui apprendre que le virus-vaccin jouissait d'une vertu préservative viagère et absolue.

Cette assertion fut détruite par les calculs des médecins du collége royal de Londres, qui jugèrent, en 1807, que les exanthèmes varioleux atteignaient les vaccinés dans la proportion de 1 sur 3,000 ; par ceux de William, qui la porta à 1 sur 500 ; ainsi que par ceux d'Edimbourg, qui, en temps d'épidémie, la portèrent à 1 sur 300.

Quelque arbitraire qu'il y ait dans ces calculs limités à de trop petits nombre de cas, ils attestèrent néanmoins que tous les vaccinés n'étaient pas à l'abri des atteintes de la variole.

Toutefois la sollicitude de la médecine ne fut réellement réveillée qu'en 1815.

A partir de ce moment, la variole des vaccinés devient l'objet de sérieuses études, et peu d'années suffirent aux médecins pour en apprécier la nature, pour en saisir les caractères différentiels qui la distinguaient de la variole naturelle, et pour juger son peu de gravité comparativement à la gravité de la variole naturelle.

Aussi, ces cas de variole naturelle chez les vaccinés, quelque nombreux qu'ils aient été dans certaines épidémies, loin d'altérer la confiance que les médecins de tous les pays avaient dans la vaccine, l'ont au contraire augmentée, s'il était possible, car, indépendamment de sa vertu préservatrice, ils lui ont reconnu, chez les vaccinés, une propriété atténuante de la variole, que Jenner et ses successeurs n'avaient pas soupçonnée.

Cet effet atténuant est exprimé par des chiffres, dans la comparaison des nombreuses épidémies faite par l'auteur du nº 24, et dans les judicieuses réflexions qui l'accompagnent; il ressort également des tableaux présentés par l'auteur du nº 20, des savants rapprochements faits par celui du nº 22, et de la pratique personnelle de l'auteur du nº 23.

Elle est justifiée de plus par le rapprochement ingénieux que font les auteurs des numéros 24 et 22, de la variole par récidive des inoculés, et de celle des vaccinés; parallèle qui conduit l'auteur du nº 24 à établir que, de même que l'inoculation, la variole a donné naissance à une variété particulière de variole.

Enfin, cette action atténuante est confirmée par l'expérience de tous les médecins, qui, depuis les recherches du docteur Thompson d'Edimbourg, publiées en 1818, 19 et 20, ont reconnu dans la varioloïde des vaccinés, la variole naturelle, dépouillée le plus souvent par la vaccine des caractères graves qui la rendent si dangereuse.

A raison cependant de l'importance et jusqu'à un certain point de la nouveauté de cette propriété reconnue à la vaccine, votre Commission a jugé utile d'appuyer, par sa propre expérience, un fait que le public ignore et qu'il est si nécessaire de faire parvenir à sa connaissance. Elle a jugé qu'il était utile de dégager cette propriété des expressions vagues par lesquelles on l'exprime, de *variole modifiée*, *mitigée*, *plus courte*, *plus bénigne*, etc., afin de chercher à les remplacer par des caractères moins équivoques qui permettent de déterminer et de reconnaître en quoi et comment la vaccine modifie la variole naturelle d'une manière si avantageuse.

La position de vos commissaire, depuis trente ans dans les hôpitaux de Paris, celle en particulier du rapporteur à l'hôpital de la Pitié, qui, depuis 1815, n'a pas cessé d'avoir des variolés dans sa division, leur ayant permis de multiplier la comparaison entre les varioles, ce sont les résultats de ces comparaisons qu'ils vont essayer de formuler.

Si on excepte de la pathologie les fièvres intermittentes, il n'y a pas de maladie qui marche avec plus de régularité que la variole naturelle. Les quatre périodes qui la constituent, la fièvre d'incubation, l'éruption, la suppuration et la dessiccation des pustules, se succèdent avec un ordre et une régularité que rien ne dérange, pas même les complications, pas même les maladies intercurrentes qui en modifient la nature.

Or, ce que ne font ni les maladies intercurrentes, ni les complications, est produit par l'effet de la vaccination. Son résultat est d'arrêter les périodes de la maladie et de couper court à la variole.

De sorte que lorsque la vaccine a perdu sa vertu préservative sur l'invasion de la variole, elle la conserve encore sur ses diverses périodes.

Ainsi, l'éruption des pustules varioliques ayant eu lieu chez un vacciné, leur suppuration ne se forme pas. C'est le cas le plus simple de varioloïde.

D'autres fois, la suppuration a lieu en partie, et tout à coup elle se suspend; d'autres fois, la suppuration ayant suivi son cours, c'est la dessiccation qui avorte; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'avortement des pustules est constamment suivi de l'arrêt des symptômes qui leur correspondent. C'est là ce qui produit le peu de gravité de la variole chez les vaccinés. Jamais cet effet n'est plus sensible que dans les varioles dont on a désigné les pustules sous le nom de *cristallines* et de *mélanosées*, lesquelles, comme on le sait, sont les plus dangereuses de toutes.

Cet arrêt dans la marche des pustules varioliques modifie beaucoup leurs caractères. Les uns en ont distingué, dans la varioloïde, cinq espèces, les autres onze, et on pourrait les multiplier encore, sans utilité pour la science; car ce sont surtout les périodes qu'elles traversent qui offrent un intérêt réel pour la terminaison de la variole chez les vaccinés.

On est conduit par l'examen et la comparaison de ces résultats aux trois conclusions suivantes:

La première, que la vertu préservative de la variole est absolue et générale dans les huit et neuf premières années de son inoculation, et même jusqu'à la dixième et la douzième année, d'après les expériences de revaccinations.

La seconde, que passé cet âge, et particulièrement sous l'influence des épidémies varioleuses, une partie des vaccinés, mais une partie seulement, est redevenue apte à contracter la variole.

La troisième, que le plus grand nombre des vaccinés est probablement à l'abri de l'influence de la variole pendant le cours de la vie.

Comme on le conçoit, cette troisième conséquence ne repose que sur des probabilités; mais en comparant le chiffre des vaccinés non atteints par la petite vérole, à celui des variolés vaccinés, en y comprenant même les épidémies, on voit que la somme de ces probabilités se rapproche assez de la certitude.

C'est tout ce que l'on pouvait attendre de l'état présent de la médecine, sur cette première question: *La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire? Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.*

Passons à l'examen de la seconde.

Deuxième question.

Par la seconde question, l'Académie demande:

« Le cow-pox a-t-il une vertu préservative plus certaine ou plus » persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins » considérable de vaccinations successives? »

Jenner recommandait de prendre le cowpox à la vache le plus souvent qu'il serait possible; en d'autres termes, il conseillait aux médecins de régénérer le vaccin toutes les fois que l'occasion s'en présenterait.

Soit qu'il ait eu le pressentiment que son action pourrait s'affaiblir par sa transmission successive à l'homme, soit que l'expérience le lui eût déjà appris, il semble considérer cette régénération comme une nécessité.

Après quarante-cinq ans de vaccination, il y avait donc opportunité d'appeler sur ce point l'attention des observateurs, d'autant plus qu'il paraissait complétement oublié en France, dans la pratique, et que l'opinion de l'affaiblissement du vaccin prenait consistance chez les médecins.

Parmi ceux qui, en France, ont soutenu cette opinion avec le plus de persévérance, nous devons citer MM. Brisset, Tueffer et Fiard; et, laissant de côté les vues théoriques, moins applicables dans cette question que dans toute autre partie de la médecine, nous devons examiner les preuves sur lesquelle on appuie en Europe cet affaiblissement.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la myotomie rachidienne; par M. le dr MALGAIGNE.

On se souvient des débats soulevés, il y a quelques mois à peine, dans la presse médicale et devant une autre juridiction de laquelle ne devraient jamais relever les controverses scientifiques, par un compte-rendu orthopédique dont M. Malgaigne, dans un article du Journal de chirurgie, avait osé révoquer en doute la parfaite exactitude. On se souvient aussi de l'issue de cette lutte brillante, et du résultat qu'elle a eue pour M. Malgaigne, déjà, depuis plusieurs années, placé par ses travaux continuels au rang des observateurs les plus éclairés et les plus consciencieux. Elle nous a montré une nouvelle face de son talent, et nous nous rappelons avec une émotion profonde la chaleur, la logique, l'entraînement de l'improvisation de M. Malgaigne, toutes qualités qui n'étonneront aucun de ceux qui avaient eu l'occasion de l'entendre, soit dans ses cours de clinique, soit dans ses épreuves de concours devant la Faculté. Prenant pour épigraphe cette devise, à laquelle il est resté fidèle: *Réalité dans la science, moralité dans l'art*, M. Malgaigne publie séparément aujourd'hui le mémoire qui fut le sujet de ces débats animés, et qui est assez connu pour que nous ne croyions pas devoir en donner une nouvelle analyse. Dans une courte préface, sorte de sommaire historique, M. Malgaigne donne un exposé rapide des phases diverses qu'a présentées la discussion orthopédique dont il vient enfin de sortir vainqueur scientifiquement, comme il avait fait judiciairement, et qui, tout récemment, vient de trouver son dénoûment, depuis si longtemps prévu du reste, devant le seul tribunal compétent, devant l'Académie de médecine. Comme exemple de discussion sévère et convenable, comme grand enseignement philosophique, ce mémoire prendra place dans toutes les bibliothèques médicales. Comme œuvre scientifique, il marque à son auteur une des premières places vacantes dans l'illustre compagnie devant laquelle il a lu son travail, et à laquelle il a cru devoir le dédier. F.....T.

M. Belhomme nous prie de publier la lettre suivante, qu'il a adressée à l'Académie de médecine.

Monsieur le président,

Je suis très reconnaissant des conclusions bienveillantes du rapport de M. Jolly sur mon mémoire concernant l'anatomie pathologique du cerveau des aliénés paralytiques, et je remercie bien sincèrement l'Académie de les avoir adoptées; mais à la suite du rapport, il y a eu une discussion où mes opinions n'ont pas été exposées comme elles le sont dans mes écrits.

Cette discussion devant recevoir la publicité qu'elle mérite, je viens vous prier de lire cette lettre au corps savant que vous présidez, afin que mes idées soient reproduites conformément à la vérité.

Il a été dit que chaque forme d'aliénation mentale correspondait à une altération particulière du cerveau, altération qui est la conséquence d'une phlegmasie primitive.

Voici ce que j'ai écrit: la folie est le résultat d'une inflammation congestive des membranes et de la surface du cerveau; la folie chronique est liée à une inflammation chronique de ces mêmes parties ou à l'atrophie des circonvolutions cérébrales; mais j'ai ajouté: il y a un type névropathique de folie qui n'offre pas de lésions appréciables dans le système nerveux; j'ai décrit les folies sympathiques qui ne sont que des névroses.

Si nous rentrons maintenant dans la discussion qui a trait à mon mémoire sur la paralysie des aliénés, on s'est occupé de mes idées d'inflammation du cerveau, de l'encéphalite chronique, qui est la cause organique de cette terrible affection, et on a négligé de signaler ce qui est le point capital et nouveau de mon travail, c'est que le ramollissement envahit successivement et couche par couche les deux hémisphères de la périphérie au centre, ce qui explique la marche successive de la paralysie chez les aliénés, qui trouble légèrement d'abord, ensuite profondément le système musculaire, et enfin détermine la mort par la lésion des parties les plus importantes du centre cérébral, siége de la vie.

Je voudrais, monsieur le président, pouvoir entrer dans des détails plus explicites; mais je ne veux pas abuser des moments précieux de l'Académie. Je désire seulement appeler l'attention sur les points scientifiques que je viens de signaler.

Agréez, etc. BELHOMME.

Ce 17 mars 1845.

NOUVELLES.

Un prix de 1500 francs vient d'être fondé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pour le meilleur mémoire sur le typhus contagieux des bêtes bovines, à décerner par la Société royale et centrale d'agriculture.

— La réunion de MM. les professeurs particuliers, pour le cours d'été, aura lieu à la Faculté, le samedi 29 mars, à midi précis.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 MARS 1845. (18e ANNÉE.) N°. 35. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Leçons cliniques sur le mal vertébral de Pott, recueillies par M. HANNOIS, élève du service.

(Cinquième et dernier article.)

Traitement des abcès par congestion. — La première idée qu'ait dû faire naître la vue d'un abcès par congestion, c'est l'évacuation du pus qu'il contient. Le pus est ici un corps étranger; il fait office d'épine; rien de plus naturel que de songer tout d'abord à lui procurer une issue. Cependant, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, a régné une doctrine toute contraire. Les chirurgiens les plus éminents de cette époque ont pensé que les abcès par congestion devaient faire exception à la règle commune, et ils ont renoncé à ouvrir des abcès. La raison qui les a déterminés à agir ainsi, vous le savez tous, c'est que l'expérience a démontré qu'une fois que ces abcès sont ouverts, et qu'ils sont passés à l'état fistuleux, il surgit une série d'accidents, les uns primitifs, de nature inflammatoire, peu redoutables en général; les autres, consécutifs, d'une extrême gravité, entraînant presque invariablement après eux la fièvre hectique et la mort.

Depuis cette époque, les idées sur ce sujet prirent une nouvelle direction; des opinions variées furent émises, des méthodes différentes proposées; il nous suffira de rappeler rapidement les principales de ces idées et de ces méthodes. Boyer s'éleva le premier contre les idées reçues de son temps. Il remarqua que les accidents de la fièvre hectique étaient en rapport d'intensité avec l'étendue du foyer, et en même temps avec celle de l'ouverture. Pour prévenir ces accidents, il conseille de ne pas attendre que ces abcès aient acquis tout le développement dont ils sont susceptibles, de les ouvrir pendant qu'ils sont encore peu considérables, et de ne le faire que par une très petite piqûre. Il se proposait, en agissant ainsi, de prévenir un développement ultérieur plus considérable de l'abcès, et en même temps de soustraire la collection purulente à l'action de l'air. Il avait reconnu que lorsqu'on abandonnait ces abcès à eux-mêmes, une fois parvenus à un certain degré, les malades étaient voués à une mort certaine. Deux ou trois jours après cette première évacuation, la poche étant ordinairement remplie de nouveau, il pratiquait une seconde ponction; il répétait ainsi cette opération au fur et à mesure que le pus se reproduisait. Boyer cherchait ainsi à obtenir la guérison radicale du mal; mais la cause première persistant toujours, il arrivait un moment où la ponction ne se refermait plus, et où l'abcès se trouvait transformé en fistule. C'était seulement aux abcès nouvellement formés que s'adressait Boyer, pensant que c'étaient les seuls dans lesquels sa méthode pût avoir de l'efficacité. Cependant, si l'on examine les faits qu'il rapporte lui-même à l'appui de sa doctrine, on voit qu'après les premières ponctions le pus n'offrait plus déjà les mêmes caractères; il devenait sanieux et offrait une fétidité remarquable. Boyer le déclare lui-même, et cet aveu est important à constater, dès la seconde ponction, quelques précautions qu'il eût prises pour obtenir la cicatrice immédiate, le pus était déjà altéré.

La pratique de Boyer, abandonnée quelque temps, a été reprise et préconisée de nouveau tout récemment par M. J. Guérin, mais avec des modifications importantes. M. J. Guérin se préoccupant beaucoup moins que Boyer du volume de la tumeur et de l'ancienneté de la maladie, ajoutant à la considération d'après laquelle se dirigeait Boyer, une considération nouvelle sur laquelle est basée sa méthode, s'est attaché surtout à ouvrir ces abcès par une ponction indirecte, constituant un trajet fistuleux très long et sinueux, tel qu'il pût donner une issue facile au pus sans permettre l'accès de l'air. M. J. Guérin a obtenu de bons résultats par cette méthode, même sur les abcès les plus avancés.

Un chirurgien qui a acquis déjà une assez grande célébrité, a proposé un procédé que personne ne voudra imiter sans doute, et que nous ne craignons pas de qualifier d'utopie. Dans le but de prévenir les accidents qui résultent du contact de l'air sur la membrane pyogénique, ce chirurgien a imaginé de fendre largement l'abcès, de disséquer la membrane pyogénique, qui isole, comme on le sait, le pus des parties voisines, et de l'enlever en totalité, de manière à substituer à cette membrane isolante une vaste plaie. Tout le monde sera frappé comme nous du danger et de l'inutilité à la fois d'un pareil procédé.

On a conseillé aussi de pratiquer l'ouverture de l'abcès par une large incision, d'appliquer immédiatement des sangsues en grand nombre autour du foyer; en un mot, de recourir en même temps à un traitement antiphlogistique énergique.

Cette méthode a pour but d'aller au-devant des accidents inflammatoires qui pourraient se manifester à la suite de cette opération, ou dès le début du passage à l'état fistuleux; elle peut effectivement être avantageuse dans quelques-uns de ces cas où l'ouverture de l'abcès est suivie d'une réaction inflammatoire intense, mais nous avons vu qu'en général ces premiers accidents étaient rarement graves immédiatement. Il ne conviendrait, d'ailleurs, d'y recourir que lorsque les accidents se manifesteraient; il est inutile de le faire à l'avance, d'autant plus qu'il faut éviter d'affaiblir sans raison des malades qui ne sont déjà que trop affaiblis par la maladie. Cette méthode ne saurait donc constituer une méthode générale.

Dans le but, toujours, d'empêcher l'accès de l'air, car c'est ce dont tout le monde est le plus préoccupé, M. Récamier a imaginé de tenir le foyer constamment rempli d'un liquide au moyen d'injections continues. Il s'est dit: Si la tumeur est toujours exactement remplie d'eau, l'air n'y pénétrera pas, et on préviendra ainsi deux choses également à craindre, l'accès de l'air et l'altération du pus. Pour remplir cette double indication, il pratique des injections soit d'eau pure, soit d'eau chargée de principes médicamenteux. Cette médication est très rationnelle sans doute et très ingénieuse, car elle est effectivement propre à prévenir la décomposition du pus et, par suite, la fièvre hectique qui en est l'inévitable conséquence; mais elle offre de grandes difficultés d'exécution. Il faut, en effet, que l'eau pénètre jusque dans le fond du foyer et qu'elle ne reste pas seulement à l'entrée; pour cela, il faut faire pénétrer une sonde de gomme élastique très profondément, car c'est surtout dans les parties les plus profondes du foyer que le pus a le plus de tendance à s'altérer, et c'est là aussi que son séjour est le plus dangereux. Il faut, en outre, que l'eau injectée trouve une issue constante au dehors. Or, comment pourra-t-on établir un pareil courant d'eau sans que le lit soit constamment mouillé? Cette pratique exige enfin le séjour continuel du malade au lit, quand précisément le mouvement et l'exercice lui sont si nécessaires. Ce sont, on le conçoit, autant de graves inconvénients qui ont dû s'opposer à l'adoption de cette méthode.

Maintenant que nous avons exposé les diverses méthodes proposées pour le traitement des abcès par congestion, formulons à notre tour la nôtre; il sera nécessaire, pour cela, de faire un retour en arrière.

Nous avons dit que les malades porteurs d'abcès par congestion pouvaient vivre longtemps, avec quelques chances même de conserver une assez bonne santé, et que le danger n'avait lieu qu'à dater du moment où s'établit la fistule. Partant de là, quelle est la meilleure médication à suivre? Boyer avait remarqué que l'abcès abandonné à lui-même, et lorsqu'il s'ouvrait spontanément, il restait une large ouverture qui s'agrandissait encore par la suite, parce que la peau était usée dans une grande étendue. Il valait donc mieux, suivant lui, ponctionner de bonne heure, c'est-à-dire avant que la peau n'eût eu le temps de s'altérer. On obtenait ainsi, disait-il, l'oblitération immédiate de la piqûre, et lorsque la fistule s'établissait, elle avait toujours de très petites dimensions. Ce raisonnement est certainement très spécieux, mais il est des plus erronés; jugeons-en plutôt par les résultats même de sa pratique. Je suppose que Boyer eût affaire à un malade portant une tumeur du volume d'un œuf de poule, par exemple;

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un grand projet de loi et une petite proposition.

Je suis volé, mon cher Benoît! Volé comme dans un bois...

— Allons vite chez le commissaire de police...

— Il s'agit bien de cela!.. Tu sais bien cette grande nouvelle, que toute la semaine durant je me faisais une fête d'apprendre à mes lecteurs, que je couvais avec une ineffable tendresse; sur laquelle j'avais écrit dix feuillets qui auraient produit six magnifiques colonnettes du Feuilleton; cette nouvelle, que je n'avais voulu confier à qui que ce soit au monde, pas même à toi, vieil ami? Eh bien!...

— Eh bien?

— Elle a été déflorée par un indiscret et cruel *Premier-Paris* de samedi!

— Voyez-vous ça! Ton infortune est extrême, en effet; j'arrive à propos pour t'apporter les consolations de l'amitié.

— Pas de plaisanterie, je t'en prie; je suis dans la disposition d'esprit d'un amphitryon à qui on vient d'enlever une primeur.

— Tu ressembles, en ce cas, à notre bon confrère X... Dimanche dernier, il avait vingt personnes à dîner. Comme il fait son marché lui-même, il avait arrhé déjà un saumon magnifique, gibiers, volailles et le reste; il ne lui manquait plus que des légumes. Sur le carreau des Innocents, il y avait quelques bottes d'asperges, mais un seul lot de petits-pois. Il s'en approche, et d'un air finot: — Combien ces petits pois gelés? — Deux louis, bourgeois; précisément parce qu'ils sont gelés. — Allons donc! Vingt francs, et la pièce pour toi. — Va voir un peu dans la plaine Saint-Denis, bourgeois de mon cœur; les fins becs de ton espèce n'en mangent qu'au mois d'août; et autres aménités du genre qui, sans déconcerter le confrère, le firent s'éloigner un peu. Quand il revint, les petits pois avaient disparu: sa douleur fut profonde et presque égale à la tienne. Aussi n'as-tu jamais fait de comparaison moins boiteuse.

— Tu es peu généreux, ce soir; et si tu ne comprends pas l'intérêt et l'importance que je mettais à pouvoir, le premier entre tous, dire au monde médical: Enfin! ce projet de loi que depuis vingt ans vous attendez, il est là, prêt à paraître; dans quelques jours le parlement en sera saisi, et le messie si longtemps attendu arrive donc!

— J'aurais été fâché pour toi, pour ta réputation de bon sens et de prudence, que tu eusses sitôt et si fort soufflé dans la trompette. Car enfin, ce projet de loi, le connais-tu? en sais-tu l'origine? peux-tu en dire le père? sais-tu même la façon dont il été a conçu?

— Tu as raison, vieil ami, le désir, l'espérance m'eussent peut-être emporté trop loin; avant de juger, il faut connaître; avant de remercier il faut avoir reçu, et puis, d'ailleurs, tu m'y fais penser, comment se fait-il que ce projet de loi dont, il y a quelques-jours, on ne s'occupait pas plus que de finir le Louvre, soit tout à coup devenue une chose d'actualité réelle et sérieuse?

— Je vais te l'apprendre:

Tout se fait en dînant dans le siècle où nous sommes.

Or, il y a quelques jours...... mais, si je te raconte ceci, tu vas me compromettre par tes indiscrétions de feuilleton, et je n'en ai aucune envie; car, tel que tu me vois, je suis solliciteur à l'heure qu'il est.

— Qui? toi, pauvre Benoît! Mais, ne serait-ce qu'une pauvre place de médecin des pauvres, tu as donc cinq ou six députés dans ta manche, toute la bureacratie depuis le garcon à épaulettes jusqu'au chef de division, toutes les puissances directes et indirectes, depuis le ministre jusqu'au confesseur de madame......

— J'ai mieux que tout cela, une protection qui, en affaires médicales, vois-tu, damerait le pion à monseigneur l'archevêque et à tous les jésuites de la rue des Postes, une protection devant laquelle tout cède et s'incline, une protection qui..... que..... je ne veux pas t'en dire davantage.

— Seigneur, comme tu es boutonné ce soir! je veux bien ne pas t'importuner sur ta protectrice.....

— Qui t'a dit que ce fût une protectrice?

— Mais, toi-même; ne m'as-tu pas dit une protec.....

— Une protection, entendez-vous, mauvaise langue et méchant esprit!

— Calme-toi, calme-toi, cher Benoît, j'avais mal entendu la pénultième, et voilà tout. Raconte-moi seulement l'origine du projet de loi et sois sûr de ma discrétion.

— J'y compte. Donc, il y a quinze jours, un ministre nouvellement nommé vint dîner chez le doyen de l'Ecole. Entre la poire et le fromage, ou si tu aimes mieux, entre le bordeaux et le champagne, la conversation jusque-là sérieuse et diplomatique, devint plus intime et plus affectueuse. Le corps médical, ses désirs, ses vœux et ses souffrances furent un texte riche et abondant pour M. le doyen. Quelle gloire, disait-il, pour un ministre qui marquerait son passage au pouvoir par une bonne loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine! Quels droits il acquerrait à l'estime et à la reconnaissance des médecins! Et comme il serait honorable d'attacher son nom à une œuvre pareille! — L'esprit généreux et élevé du ministre s'impressionne de ce discours: Oui, répondit-il, ce serait beau; mais comment faire? La durée de notre pouvoir est si chanceuse! si mouvant le sol sur lequel nous marchons! Comment se promettre le temps nécessaire de préparer un projet de loi de cette importance? — Qu'à cela ne tienne, reprit vivement M. le doyen: si dans peu de jours je vous apporte un projet de loi, vous engagez-vous à le soumettre aux chambres? — Oui, certes, s'il répond à mes désirs. — Et dans la session actuelle? — Assurément.

Deux jours après, M. le doyen, tout fatigué de deux nuits de travail, apportait au ministre le projet en question.

— Quoi! il n'a fallu que deux nuits de travail pour un projet semblable? Cela ne te paraît-il pas un peu *bâclé*, comme on a dit d'une certaine charte?

— Si toi ou moi avions fait ce travail, la réflexion pourrait paraître juste; mais au doyen de la Faculté de Paris, à qui ces matières doivent être familières, il n'a fallu que le temps d'arrêter la forme de ses idées; la conception était ancienne, sans doute, la formule seule a dû être improvisée; et c'est ce qui explique la rapidité de ce travail.

— Soit, puisque tu le veux, au demeurant nous verrons bien. Mais, es-tu bien sûr que les choses se soient ainsi passées?

— Pour le dîner, je ne mettrais pas cela dans la partie officielle du *Moniteur*; cependant je le tiens de bonne source. Pour la rapidité du travail, ce serait, je crois, désobliger beaucoup son auteur que d'en douter, car il s'en vante, il le dit à qui veut l'entendre, il s'en fait un mérite qu'on serait mal venu de lui contester.

— Ne penses-tu pas, Benoît, que, pour un projet qui intéresse si vivement le corps médical, il eût peut-être été bien, sinon de consulter les facultés et les académies, puisque cela aurait pu entraîner trop de longueur, au moins de tenir compte de certaines opinions déjà depuis longtemps connues et exprimées? Or, dans ce qui a transpiré de ce projet, je vois déjà bien des choses en opposition avec ce que les facultés et les académies désirent. La question des médecins à deux degrés; par exemple, n'est elle pas résolue, dans le projet, contrairement à tout ce qui a été demandé depuis quinze ans?

— C'est juste, et c'est ce qui me fait douter, pour le dire en passant, que M. le professeur et député Bouillaud, dont l'opinion est bien connue sur ce point, consente à couvrir ce projet de l'autorité de son assentiment. Du reste, publicistes et journalistes, dissidents et conformistes, vous avez le temps, à mon avis, de tailler vos plumes et de préparer vos plans de bataille ou de défense. Nous voici à la moitié de la session; je suppose, comme on l'assure, que le projet soit présenté à l'une des chambres dans quelques jours; un mois s'écoulera avant qu'il arrive à l'examen des bureaux; un autre mois au moins avant que la commission fasse son rapport; un mois peut-être entre le rapport et la discussion, et tout cela nous mène à la fin de la session. Il pourra être adopté par l'une des chambres; mais par les deux, la chose me paraît impossible. Or, que peut-il arriver d'une session à l'autre sur ce terrain si tourmenté, si peu stable de la politique?

il pratique aujourd'hui une ponction, il en fait une seconde quelques jours après, puis une troisième, une quatrième, ainsi de suite. Il en a fait ainsi trois ou quatre dans l'espace de deux ou trois mois; au bout de ce temps la fistule s'établit, la fièvre hectique commence, on en connaît les suites. Eh bien! je suppose qu'ayant affaire à un malade placé dans les mêmes conditions, nous ne fassions rien, que nous le livrions à lui-même; qu'arrivera-t-il? L'abcès finira par s'ouvrir spontanément; mais il s'écoulera trois, quatre, six, huit mois, un an et plus, plusieurs années même peut-être avant que cette ouverture se fasse, et pendant tout ce temps le malade aura joui d'une santé plus ou moins passable, tandis que le malade opéré prématurément aura depuis longtemps succombé à la fièvre hectique. Il est donc évident que par l'expectation nous aurions encore l'avantage sur la méthode de Boyer. Cependant l'expectation n'est pas sans inconvénient, et nous ne prétendons pas la faire prévaloir. En effet, que l'abcès ait été ouvert par l'instrument, qu'on l'ait laissé s'ouvrir spontanément, il passera dans tous les cas à l'état fistuleux; mais on aura une fistule large avec destruction de la peau dans le dernier cas; tandis que dans le premier on n'aura qu'une fistule étroite, ce qui est certainement de beaucoup préférable. Notre méthode, à nous, consistera donc à retarder autant que possible l'ouverture que Boyer se hâtait de pratiquer, mais sans attendre cependant que la peau soit altérée; le moment où la peau commence à s'amincir est celui que nous choisissons pour pratiquer la ponction. Nous réunissons ainsi en quelque sorte les deux méthodes, celle de l'expectation la plus prolongée possible, et celle qui consiste à prévenir l'ouverture spontanée.

Quant au procédé, nous employons celui de M. J. Guérin, qui consiste, comme on le sait, à pratiquer une très petite ponction oblique, d'après les principes de la méthode sous-cutanée. Nous faisons en sorte que l'ouverture siége sur une partie saine de la peau, et que le trajet passe par les parties les plus charnues. L'opération faite, on panse simplement et de la manière la plus convenable, pour faciliter l'écoulement du pus et le recueillir. Si cet écoulement est difficile, on peut avoir recours à l'usage d'une longue canule en gomme élastique; c'est un excellent moyen de ménager une issue facile aux liquides déjà décomposés, dont il importe tant de prévenir le séjour dans la poche de l'abcès.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

Hydrocèle congéniale. Difficulté du diagnostic. Considérations pratiques sur cette affection et son traitement.

Au n° 23 de la salle Saint-Côme est couché un garçon de treize ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, d'une bonne santé habituelle; vacciné, non variolé. Vous remarquons d'après les réponses qu'il fait aux questions qu'on lui adresse, et d'après la manière dont il fait ses réponses, qu'il semble avoir l'intelligence un peu exaltée; ce que l'on appelle vulgairement la tête un peu *braque*. La maladie dont il est atteint, et pour laquelle il entre à l'hôpital, ne remonterait, d'après le dire des parents, qu'à l'âge de cinq ans. Cependant, il est plus probable par plusieurs raisons, dans le détail desquelles nous allons entrer plus bas, que cette affection remontait à une époque bien antérieure; mais que ce n'est que vers l'âge de cinq ans que les parents de l'enfant s'en sont aperçus, soit par hasard, soit que la tumeur qu'il portait alors ait augmenté de volume. A cette époque, ils constatèrent pour la première fois l'existence d'une tumeur occupant le côté gauche du scrotum. Pendant les premiers temps on ne s'en inquiéta point; puis on consulta un médecin, qui, après avoir attentivement examiné la tumeur, la réduisit en partie, et fit porter un bandage herniaire à l'enfant pendant deux ans. Il n'y a que quelques mois qu'il a cessé de porter ce bandage.

Voici l'état qu'il présentait il y a quelques jours au moment de son entrée dans nos salles, et qu'il présente encore aujourd'hui (20 mars):

La moitié gauche du scrotum présente une tumeur assez volumineuse, tendue, rénitente. Le premier jour qu'il fut examiné, cette tumeur était douloureuse à la pression, et même au moindre contact. Le toucher le plus superficiel faisait pousser des cris au malade, et ne permit pas une exploration complète. Un bain entier, des cataplasmes émollients appliqués jour et nuit sur la tumeur, diminuèrent la sensibilité au point que l'on put, sans provoquer la moindre douleur, se livrer à un examen approfondi.

La tumeur est oblongue, du volume d'un gros œuf de dinde, fluctuante, bien que les téguments soient assez fortement tendus. Une lumière placée du côté opposé à celui où se trouve le chirurgien, permet de constater une transparence bien manifeste; on aperçoit le testicule vers la partie inférieure de la tumeur, et un peu postérieurement dans le lieu qu'il occupe d'ordinaire dans les cas d'hydrocèle. Tels sont le volume, la forme et la consistance de la tumeur lorsque l'enfant est debout. Mais quand il est couché horizontalement, on trouve d'autres caractères importants à noter, et que nous allons passer successivement en revue.

Lorsque l'on circonscrit la tumeur dans la portion libre de sa circonférence, qu'on la repousse d'une manière égale et uniforme, comme pour réduire une hernie, et qu'on la comprime, en recommandant à l'enfant de retenir sa respiration, on fait disparaître tout ce qui était contenu dans le scrotum, et la tumeur est complétement réduite. Si l'on applique le doigt sur l'anneau inguinal, pendant que l'on fait tousser l'enfant, rien ne sort; mais si l'on soulève le doigt, la grosseur reparaît pendant un effort de toux, et reprend son volume primitif.

Quel diagnostic peut-on porter dans un cas de ce genre? Evidemment, disons-le tout d'abord, il y a ici des symptômes de hernie. Mais d'un autre côté, la transparence de la tumeur, lorsqu'on place une lumière derrière elle, prouve manifestement et de la manière la plus constante qu'elle contient un liquide. Si nous observons de plus, qu'une fois la tumeur réduite, le doigt appliqué sur l'anneau inguinal l'empêche de se reproduire, nous serons conduit à penser, dit M. Guersant, que nous avons affaire à une hydrocèle communiquant avec la cavité péritonéale, forme assez rare, et au sujet de laquelle nous allons entrer dans quelques détails.

L'hydrocèle dans laquelle il y a communication de la cavité de la tunique vaginale et de la cavité péritonéale, est plus fréquente chez les jeunes sujets que chez ceux qui ont atteint l'âge de treize ou quatorze ans, et à plus forte raison que chez les adultes. La raison de cette fréquence dans le premier âge est très simple et facile à comprendre; cette forme de l'hydrocèle est toujours congéniale. Et ici une remarque importante; si l'hydrocèle de cette nature est toujours congéniale, il ne faudrait pas conclure de là, en renversant la proposition, que l'hydrocèle congéniale présente toujours cette disposition, comme l'ont cru quelques chirurgiens modernes et quelques auteurs, souvent trop portés à généraliser. Si nous avons rencontré un grand nombre de cas dans lesquels des enfants affectés d'hydrocèle congéniale présentaient cette communication, nous en avons rencontré aussi chez lesquels l'hydropisie de la tunique vaginale était entièrement isolée et indépendante du péritoine. Nous ne nous sommes point encore livré à des recherches statistiques tendant à établir quelle pouvait être approximativement la proportion entre ces formes diverses.

Chez le malade qui fait le sujet de cette conférence clinique, avons-nous affaire à une hydrocèle congéniale, malgré son âge (treize ans)? En supposant, ce qui nous semble incontestable, qu'il en soit ainsi, comment arrive-t-on à l'explication de la production de l'hydrocèle communiquant avec la cavité péritonéale? La théorie de cette production est facile à concevoir. Pendant la vie intra utérine, au moment où s'effectue la descente du testicule dans les bourses, il est facile d'admettre que du liquide séreux contenu dans la cavité du péritoine, accompagne l'organe et pénètre avec lui dans le sac formé par la tunique vaginale. La présence du liquide empêche de se fermer l'ouverture de communication entre les deux cavités séreuses; mais il faut, répétons-le, que cet épanchement vaginal se fasse au moment où le testicule descend dans le scrotum, pendant la grossesse. C'est, pour le dire en passant, vers le septième mois de la vie intra-utérine à peu près que s'effectue cette descente du testicule. D'un autre côté, il peut se faire aussi, et c'est de cette manière que nous expliquerons la seconde espèce d'hydrocèle congéniale, que ce phénomène physiologique s'opère normalement, que la tunique vaginale se ferme de toutes parts et que l'épanchement ne se produise qu'après cette époque. Alors, l'hydrocèle ne communique point avec la cavité du péritoine, et l'hydrocèle, bien que congéniale, est tout à fait semblable à l'hydrocèle acquise des adultes.

D'après ce que nous venons d'exposer, nous ne pouvons arguer, malgré l'âge du sujet, que l'affection qu'il présente soit une hydrocèle acquise, cas auquel le liquide ne pourrait rentrer dans l'abdomen, et la tumeur ne pourrait être réduite. Nous devons au contraire conclure que nous avons affaire à une hydrocèle congéniale; mais pendant les premières années de la vie, soit que la tumeur fût moins volumineuse que maintenant, soit pour tout autre motif, les parents ni l'enfant lui-même ne s'en sont aperçus, et ce n'est qu'à l'âge de cinq ans que l'on a fait remonter l'apparition de cette hydropisie.

Une autre question non moins importante se présente à examiner ici, toujours relativement au diagnostic. L'enfant aurait-il une hernie, et le sac se serait-il rempli de liquide? Nous avons examiné la tumeur avec la plus grande attention, et la transparence nous a paru si manifeste, qu'il nous est à peu près impossible de supposer la présence d'une anse intestinale dans le scrotum. Il arrive assez fréquemment que l'hydrocèle congéniale soit compliquée de hernie intestinale; dans le cas actuel, le médecin qui a vu le premier le malade pourrait bien avoir reconnu cette complication. Ce qui semblerait le faire supposer, c'est qu'il a fait porter au sujet un bandage pendant deux ans. Si maintenant la hernie ne descend plus dans le sac, nous ne voyons rien d'impossible à ce que pendant le long espace de temps où le bandage est resté appliqué, l'ouverture de l'anneau se soit rétrécie à tel point que le liquide pouvant encore communiquer d'une cavité dans l'autre, la chose soit impossible à une anse intestinale, phénomène encore des plus faciles à comprendre, et que la connaissance des lois les plus simples de physiologie pathologique suffit pour expliquer.

Quelle que soit la cause de cette communication des deux cavités, elle est constante chez ce jeune malade. Quel est le traitement que nous devons mettre en usage dans ce cas? La discussion de cette question va nous conduire à examiner ra-

---

— Tant mieux, assurément; car un projet de cetle importance et qui doit fixer l'avenir du corps médical en France, ne peut être examiné avec assez de soin et de maturité. C'est là un devoir important de la presse auquel ne faillira pas la rédaction de ce Journal. Allons, allons, courage, cher Benoît; que tous les hommes éclairés se réunissent, que toutes les bonnes et loyales intentions se coalisent; que nous ne soyons guidés ni par une opposition mesquine et puérile, ni par une adulation étroite et intéressée; que toujours soient présents à notre esprit les seuls intérêts de notre grande famille médicale, ses besoins moraux et matériels, les atteintes portées à l'honorabilité de l'homme ou à la dignité de l'art, et quelque chose de bien, de digne, de durable et de fructueux pour le présent comme pour l'avenir devra résulter de nos efforts communs.

— *Amen*, sincèrement *amen*; seulement quand je pense à l'immensité de la tâche, à la confusion de la matière, à l'absence de principes généraux auxquels on puisse rattacher les institutions et les hommes, j'ai grand'peur, je l'avoue, de ne voir qu'un replâtrage là où il faudrait une construction nouvelle; mais enfin, nous verrons bien, et je ne veux pas d'avance faire le pessimiste.

Voici d'ailleurs quelque chose de moins sérieux.

Si la Faculté n'a pas encore été consultée pour l'édification du grand projet de loi, en revanche elle l'a été pour une motion que je suis fort en peine de qualifier ou de caractériser, car un être féminin est en cause, et je suis plein de déférence et de respect pour ce sexe enchanteur.

— Tu tournes au Doral, cher ami, jamais je ne t'ai vu si galant. Mais que peuvent avoir à démêler nos graves professeurs avec le sexe aimable?

— Il ne s'agit de rien moins que de faire un quasi nouveau professeur; mais, cette fois, de faire un professeur en jupons, un professeur femelle.

— Je ne comprends pas, et si tu voulais être un peu plus explicite.....

— Voici la chose. La loi de ventôse prescrit à chaque Faculté de faire un cours d'accouchement en faveur des élèves sages-femmes; ce cours, d'après la loi, doit être théorique et pratique. Depuis longtemps même le conseil général du département de la Seine alloue une somme de 1,000 fr. par an au professeur chargé de ce cours. Or, seul, le cours théorique a été fait jusqu'ici. Pendant plusieurs années, M. Moreau, professeur titulaire d'accouchement, le fit avec beaucoup de zèle. Aussitôt qu'une allocation de 1,000 fr. fut votée par le conseil général, M. Moreau, avec une générosité qui l'honora, abandonna le cours et l'allocation à un des agrégés, et, depuis cette époque, ce cours a toujours été fait par un agrégé, mais ce n'est qu'un cours théorique. Depuis quelque temps seulement on s'est aperçu que le vœu de la loi n'était pas entièrement rempli, et que le cours pratique faisait défaut à mesdames ou demoiselles élèves sages-femmes.

Ici, cher ami, je suis fort embarrassé pour t'expliquer par quel concours de circonstances il est arrivé qu'une proposition formelle et péremptoire d'investir de ce cours pratique une jeune dame qui exerce depuis longtemps les fonctions de première surveillante à la Clinique d'accouchement, a été faite à la Faculté. Craignant de m'embrouiller dans mon récit, je me borne au fait pur et simple. Tant y a que la proposition a été faite et appuyée, qu'un professeur a été même jusqu'à dire qu'*il serait convenable de rattacher à l'Université les talents pratiques de la jeune dame*, et que la Faculté réunie d'abord en grand conseil, un peu ébouriffée d'abord de la demande, a fini par nommer une commission pour examiner la chose, et que cette commission composée de MM. Adelon, Velpeau et P. Dubois, fonctionne à cette heure.

— C'est fort ébouriffant, en effet. Quoi! dans cette Faculté si riche en jeunes talents presque tous inoccupés, avec cette pépinière luxuriante d'agrégés qui tous ont fait leurs preuves par des concours brillants, on ne trouve pas un professeur propre à faire un cours pratique d'accouchements?

— Tu es en vérité bien jeune ou bien naïf, pauvre Jean Raimond; il s'agit bien des agrégés.

— Ah! j'y suis; c'est sans doute un partisan de l'émancipation de la femme qui aura fait la proposition.

— Ne cherche pas à comprendre, ni surtout à expliquer; c'est plus prudent. Vois-tu, les questions intentionnelles sont toujours dangereuses à toucher, et je te conseille...

— Pas de sermon, je t'en prie; vois plutôt si tu n'as pas autre chose à m'apprendre.

— Rien de plus pour le quart d'heure, et je te quitte fort pressé, car j'ai rendez-vous avec ma protection.

— Au fait, tu ne m'as pas appris pour quelle place tu sollicites.

— Chut! Si j'en disais un mot, dans vingt-quatre heures j'aurais cinquante concurrents.

— Et tu as la bonhomie de croire qu'une place étant vacante, tu es le seul à le savoir?

— Et tu as la naïveté de croire que je sollicite une place vacante?

— Comment Benoît, *tu quoque!*... tu demandes l'héritage de quelqu'un qui n'est pas mort!

— Fi donc! Il ne s'agit pas de mort, mais de promotion. Un médecin va être élevé à une position supérieure; son fils, qui lui est adjoint, doit le remplacer; un cousin qui occupe une autre place doit remplacer le fils, et moi je cherche à remplacer le cousin. Or, dans ce moment, il s'agit, pour moi, d'élever d'abord le père, puis je solliciterai pour le fils; ensuite je me démènerai pour le cousin, et enfin je m'occuperai de mes propres affaires.

— Mais c'est toute une Iliade de sollicitations que tu me chantes là, cher Benoît; et tu auras le courage de t'embrouiller dans les innombrables fils de toutes ces intrigues?

— Il le faut bien; ce n'est qu'à ce prix qu'on réussit aujourd'hui. Il faut savoir faire venir de loin la barque qui porte votre fortune; avant de naviguer hardiement en pleine mer, il faut avoir longtemps fait le cabotage... Mais adieu, je me sauve.

— Au revoir, pauvre Benoît, infortuné solliciteur!.. Quand tu en seras au cousin, n'oublie pas de me l'apprendre.

Jean RAIMOND.

P. S. J'ai reçu une lettre de M. Rochoux, que je n'ai pas osé publier dans ce saint temps de Pâques; je verrai mardi prochain, si mes scrupules sont moins grands.

NOUVELLES.

La Société royale de médecine de Marseille a reçu en tout quatorze mémoires en réponse à cette importante question d'économie médicale, proposée par M. le docteur P. M. Roux, de Marseille, et remise deux fois au concours:

Determiner: 1° Les avantages attachés à l'esprit de corps parmi les gens de l'art; 2° les moyens d'établir cet esprit de la manière la plus désirable.

Dans sa séance publique du 4 janvier, la Société royale de médecine a couronné *ex æquo* les mémoires de MM. les docteurs Camille Bernard, médecin des épidémies, à Apt, et C. P. Py, de Narbonne, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Elle a partagé entre ces deux lauréats le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Première mention honorable: M. Eug. Bourdet, docteur en médecine, à Paris; deuxième mention honorable: M. le docteur Chamaillard, chirurgien au collége royal militaire de La Flèche.

Dans les précédents concours, chacun des deux lauréats avait déjà obtenu une des deux médailles d'honneur qui accompagnent le prix.

— Le chevalier D. Nicolo Santangelo, ministre de l'intérieur du royaume de Naples, vient de publier le programme du septième congrès des savants italiens. Il doit cette fois avoir lieu à Naples. L'ouverture en est fixée au 20 septembre 1845, et la clôture au 5 octobre suivant. Le président est don Antonio Spinelli. Le roi de Naples prend, dit-on, un vif intérêt à cette réunion scientifique; on se dispose à faire de grands préparatifs pour faire aux savants la plus brillante réception.

pidement et sommairement les diverses méthodes thérapeutiques proposées pour l'hydrocèle, et leur application dans l'enfance.

Quelquefois, lorsque l'hydropisie de la tunique vaginale, bien que congéniale, est *enkystée*, et ne communique pas avec la cavité péritonéale, nous ne procédons pas immédiatement à la cure radicale de la maladie par les procédés ordinairement suivis, et en cela nous suivons les errements du célèbre professeur Ant. Dubois. Nous pratiquons d'abord une ponction évacuatrice, puis sans faire d'injection dans l'intérieur de la poche, nous nous contentons pour tout pansement d'envelopper le scrotum de compresses imbibées de vin simple ou de décoction vineuse de roses de Provins. Sur tous les cas que nous avons traités de cette manière, nous avons obtenu cinq ou six succès complets. Relativement au nombre des enfants opérés, la proportion des guérisons est très peu considérable.

Lorsque la simple ponction, aidée de ce pansement n'a pas déterminé une inflammation suffisante pour que l'on obtienne une adhérence parfaite des deux feuillets de la tunique séreuse, nous nous décidons à faire une seconde opération au bout de un, deux ou trois mois, et alors nous avons recours à l'injection. Nous employons chez les enfants soit le vin, soit la teinture d'iode, sans être exclusif dans l'usage ou la prescription de l'une ou de l'autre de ces méthodes. Nous croyons avoir remarqué que la teinture d'iode, conseillée dans ces derniers temps par M. Velpeau, détermine chez les enfants, le plus habituellement, une guérison plus rapide que les injection anciennes par le vin. Après ces injections iodées, le gonflement inflammatoire de la tumeur qui survient nécessairement ou consécutivement à l'opération ne dure guère qu'une quinzaine de jours. Après les injections vineuses, nous l'avons vu persister pendant trois semaines et même pendant un mois ou cinq semaines. Lorsque nous voulons obtenir un résultat prompt, nous préférons donc la teinture d'iode. Mais nous ne rejetons pas l'emploi du vin.

Nous n'avons point encre eu, dans les nombreuses opérations que nous avons faites, à nous plaindre des injections, quel que soit le liquide que nous ayons mis en usage. Toutes les fois que nous avons fait les injections avec tout le soin désirable, et par ces mots avec soin, nous entendons en poussant doucement le liquide, en prenant garde que le liquide soit à une température suffisamment élevée, lorsque nous n'avons pas rempli la tunique vaginale au point de la distendre outre mesure, jamais nous n'avons eu ni accidents, ni récidives de la maladie.

Dans deux ou trois circonstances, nous avons eu des accidents assez graves à combattre; des abcès sont survenus, et nous n'avons pas été sans éprouver des craintes sérieuses. Mais ces accidents, à quoi devons-nous les attribuer? La franchise est un des premiers devoirs du chirurgien. Nons ne sommes nullement disposé, comme beaucoup de praticiens, à rejeter ces phénomènes sur les injections, et à dire qu'il faut chercher d'autres moyens pour obtenir la guérison de l'hydrocèle. Ces accidents, nous les attribuons à quelque inadvertance de notre part. Il peut se faire que malgré nos précautions, nous ayons injecté le liquide un peu trop chaud, que nous ayons poussé l'injection avec trop de force. Peut-être nous sera-t-il arrivé de faire pénétrer la canule trop profondément. Entre autres exemples, nous nous rappelons dans un cas de ce genre avoir introduit trop profondément la canule, et il en résulta des accidents inflammatoires qui, à nos yeux, ne reconnaissent certainement pas d'autre cause.

Ce que nous disons pour les enfants, s'applique également bien aux adultes, chez lesquels, dans la plupart des cas, c'est sur l'opérateur et sur la manière dont il a fait l'opération, et non sur le procédé en lui-même que l'on doit rejeter les insuccès et les accidents que l'on observe. Lorsque le liquide n'est pas suffisamment chaud, il arrive souvent que l'inflammation n'est pas assez forte et que l'hydrocèle récidive. Ici encore, ce n'est pas la méthode à laquelle il faut s'en prendre.

Quelques auteurs ont conseillé, comme méthode généLgénérale d'opération de l'hydrocèle, le séton passé à travers les téguments et les membranes du scrotum. Deux ou trois fois nons avons employé ce procédé. Nous avons passé un fil double d'une certaine grosseur dans la bourse séreuse; dans quelques cas les enfants ont guéri. Dans un cas que nous avons observé à la fin de l'année dernière, nous avons également passé deux fils. Mais l'inflammation s'est produite tellement rapide et tellement vive, que nous avons été obligé le le lendemain même de l'opération de retirer les fils et de couvrir le scrotum de cataplasmes. Des abcès se sont formés dans les téguments des bourses, abcès que nous avons dû ouvrir et qui nous ont inspiré des craintes sérieuses. La possibilité de ces accidents, qui ne sont point très rares, doit nous engager à ne pas employer le séton comme méthode générale d'opération dans le traitement de l'hydrocèle chez les enfants dans les cas simples, c'est à-dire dans ceux où il n'y a qu'une simple poche. Il ne faudrait y avoir recours que si l'on avait affaire à une hydrocèle cloisonnée, cas dans lequel le liquide étant renfermé dans plusieurs loges, les injections ne pouraient point réussir.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 5 mars 1845.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Guersant* présente la vessie d'un enfant de six ans, à qui il a pratiqué la taille bilatérale, et qui a succombé à une rougeole compliquée de pneumonie double, quarante-quatre jours après l'opération, quand déjà, depuis quelque temps, la plaie du périnée semblait être cicatrisée. M. Guersant fait remarquer les traces de la double incision qui divise le col de la vessie en demi-cercle, et fait constater l'intégrité parfaite du vérumontanum et des canaux éjaculateurs. Comme cette pièce, sauf un léger pertuis fistuleux, montre clairement la manière dont la cicatrice a eu lieu consécutivement à l'opération de taille bilatérale, la Société décide qu'un dessin en sera fait à ses frais.

M. Maisonneuve émet, à l'occasion de cette communication, l'opinion que la taille bilatérale est de beaucoup supérieure à la taille latéralisée sous le rapport des suites fâcheuses qui peuvent résulter de l'une et l'autre opération. Il dit avoir constaté fréquemment sur des cadavres auxquels il avait pratiqué la taille latéralisée, que cette taille donne lieu à des déchirures du vérumontanum, et il ajoute qu'il doit survenir, consécutivement à cette opération, ou l'incontinence d'urine, ou l'impuissance, et souvent ces deux infirmités à la fois.

M. Malgaigne dit n'avoir observé ces accidents de la taille latéralisée qu'une seule fois; c'est à Bicêtre, sur un malade qui, vingt ans auparavant, avait été opéré par A. Dubois, et qui conservait, depuis son opération, les deux infirmités mentionnées par M. Maisonneuve.

M. Deguise père, pense que l'incontinence d'urine ne se rencontre pas seulement à la suite de la taille latéralisée, et que la taille bilatérale n'en met pas à l'abri; car, pour son compte, il n'a guère, depuis qu'il pratique, opéré que par cette dernière méthode, et il affirme qu'il a pu constater, par les certificats que les opérés lui ont demandés aux époques de la conscription, que le tiers au moins d'entre eux reste affecté d'incontinence d'urine.

M. Lenoir annonce à la Société qu'il a eu occasion de pratiquer à l'hôpital Necker deux opérations de taille dans le même jour. L'une de ces opérations a été faite par la méthode suspubienne, à cause du volume et de la dureté du calcul, l'autre l'a été par la méthode souspubienne, avec le lithotome du frère Côme.

Ce dernier, opéré qui avait séjourné quatre mois dans le service affecté à la lithotritie, et qui n'est arrivé dans celui de M. Lenoir que dans un état de consomption très avancée, étant mort quelques jours après l'opération, on a trouvé à son autopsie les désordres suivants :

1° Une altération profonde des reins, des uretères et de la vessie, consistant principalement en un épaississement de la muqueuse de ces organes, avec coloration noire et production de fausses membranes. M. Lenoir fait observer, à l'occasion de ces altérations, que rien pendant la vie n'avait pu en faire soupçonner l'existence. En effet, ce malade n'accusa jamais de douleurs dans les reins, quoiqu'il eût été souvent interrogé à ce sujet, et il ne rendait que des urines chargées de mucus.

2° Un autre calcul plus volumineux que celui qui avait été extrait par l'opération, était contenu dans une poche placée au-devant de l'uretère droit, et ne faisait nullement saillie à l'intérieur de la cavité vésicale, seulement sur la pièce pathologique on l'apercevait au fond d'une ouverture qui n'offre pas plus de deux lignes de largeur à son entrée. M. Lenoir n'avait pas soupçonné l'existence de ce second calcul avant ni pendant l'opération qu'il a pratiquée. Il se demande ce qu'il aurait pu et dû faire dans le cas contraire, et ne voit pas comment il serait parvenu à débrider l'ouverture de la poche anormale pour en extraire le calcul qu'elle contenait, surtout après le procédé qu'il avait suivi pour extraire le premier, procédé qui était indiqué par le petit volume de celui-ci.

3° Enfin on peut constater sur la même pièce, après avoir incisé l'urètre dans toute sa longueur et par sa face supérieure, que contrairement à l'opinion de M. Maisonneuve, le vérumontanum est entièrement intact ainsi que les canaux éjaculeurs, et que l'incision faite avec le lithotome pendant la vie, n'a pas dépassé les limites de la prostate.

M. Nélaton, à l'occasion de cette communication, rapporte avoir pratiqué une taille suspubienne dans laquelle, ayant également trouvé des calculs contenus dans une poche communiquant avec la vessie par un orifice étroit, il débrida cet orifice et en fit sortir les calculs. Voici les principales circonstances de cette opération.

Vers le printemps de 1844, M. Nélaton fut consulté par un vieillard qui présentait l'ensemble des signes rationnels qui annoncent la présence d'un calcul dans la vessie; cependant le cathétérisme pratiqué avec le plus grand soin, et répété soit à l'état de vacuité, soit à l'état de réplétion de l'organe, et en faisant varier la position du malade, ne put faire reconnaître aucun corps étranger dans le réservoir urinaire. Trois mois plus tard, même exploration aussi infructueuse que la première; cependant, les douleurs augmentant de jour en jour, le malade voulut être sondé de nouveau. Cette fois la sonde, à peine introduite dans la vessie, vint de suite heurter un calcul dur, sonore, et qui fut jugé de volume moyen.

Le malade, qui dix-sept ans auparavant avait déjà subi une opération de taille, voulut, malgré son grand âge, être de nouveau opéré; il fut donc convenu que l'on pratiquerait la taille suspubienne. Au jour convenu M. Nélaton fit cette opération, dont le manuel ne présenta rien de particulier jusqu'au moment où il fallut procéder à l'extraction du calcul : en effet, les tenettes introduites dans la vessie le cherchèrent en vain. L'opérateur crut un instant avoir introduit les tenettes entre la vessie et le pubis, faute assez facile à commettre dans cette opération; mais une sonde introduite par l'urètre lui montra qu'il n'en était rien. Aux tenettes droites furent substituées des tenettes courbes, dans l'espoir qu'en variant ainsi le mode d'exploration de la cavité vésicale, on pourrait atteindre certains points qui avaient échappé aux premières recherches; mais cet espoir fut encore déçu. M. Nélaton introduisit alors le doigt profondément dans la vessie, parcourut toute sa cavité, et n'y trouva point le calcul; mais au moment où il était sur le point de cesser ses recherches, il découvrit à la partie postérieure et droite du corps de la vessie une ouverture arrondie qui pouvait admettre l'extrémité du doigt. L'indicateur fut introduit dans cet orifice, et toucha de suite le calcul qui jusqu'alors s'était dérobé aux recherches. L'extraction présenta quelques difficultés, car la poche avait exactement la capacité voulue pour contenir les deux calculs qui y étaient renfermés, et ne permit qu'avec peine l'introduction des tenettes et les mouvements nécessaires pour charger ces corps étrangers. Cependant ceux-ci furent pris et extraits au moyen d'un large débridement; leur volume était de beaucoup supérieur à l'axe de l'ouverture qu'ils devaient traverser. Ils étaient aplatis, triangulaires, et offraient 18 lignes de diamètre mesurés d'un angle à l'autre. Les suites de cette opération ne furent point heureuses; mais l'autopsie ne fut pas faite, et l'on ne put connaître la cause de la mort de ce vieillard.

Séance levée à cinq heures et demie.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 février 1845.— Présidence de M. GILLETTE.

La correspondance comprend une demande du titre de membre correspondant par le docteur Sélade. Il adresse

1° Un mémoire manuscrit sur la chlorose, et un mémoire imprimé sur le traitement de la syphilis. (Commissaires : MM. Depaul, Cherest; Blatin, rapporteur.)

2° Un ouvrage intitulé *Psychopathia sexualis*, par le docteur Kaan, de Leipsick. Renvoyé à M. Gillette.

3° Le précis analytique des travaux de la Société des sciences, belles-lettres et arts de Rouen pendant l'année 1843-44.

— *M. Caffe* fait l'analyse des travaux les plus intéressants contenus dans la collection des deux premières années 1842 et 1843 du journal hebdomadaire de médecine et de pharmacie publié à Christiana (Norvége), par le docteur Blich, notre correspondant. Il rapporte dans tous ses détails une observation qu'il croit unique dans la science, et dont voici les principales circonstances : « Hydrocéphale diagnostiquée avant la naissance, perforation pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Madame L., âgée de quarante-trois ans, d'une constitution nerveuse, issue d'une illustre famille, mariée dans une condition inférieure, vivait dans une position voisine de la gêne. Cette dame avait eu cinq couches régulières, faciles et promptes; en outre, elle avait expulsé une môle. Sa dernière grossesse ne fut accompagnée d'aucune circonstance extraordinaire; une seule fois elle éprouva une très légère hémorrhagie par le vagin, et qui s'arrêta presque aussitôt. Après le temps révolu d'une gestation régulière, dans la nuit du 19 au 20 juin 1842, madame L. commença à éprouver de faibles douleurs; mais ce ne fut que le lendemain que le col utérin se dilata. Les eaux s'écoulèrent aussitôt. Les douleurs augmentèrent, mais d'une manière très supportable. Dans la nuit du 21 juin, à trois heures du matin, M. Blich fut appelé; il constata que l'orifice de l'utérus était dilaté au delà du diamètre d'une pièce de 5 fr. Il put reconnaître la tête de l'enfant, toucher les sutures au travers d'une poche volumineuse. Il ne put se rendre compte de la position de la tête. L'abdomen de la femme était très saillant du côté droit. Il put aussi entendre le bruit de la circulation fœtale. Les douleurs se succédaient à quelques minutes d'intervalle; la vessie et le rectum s'étaient vidés naturellement. Pâleur de la face; absence de fréquence du pouls. On administra des lavements laudanisés. Les douleurs devinrent plus régulières et plus intenses, suivies d'une rémission complète.

A cinq heures de relevée, le col utérin était effacé; les douleurs, plus fortes, étaient accompagnées de vomissements. L'enfant restait au détroit supérieur. Pendant les contractions utérines, le volume de la tête devenait plus saillant, mais il se ramollissait pendant la suspension des douleurs. Les pulsations utérines et fœtales étaient clairement appréciées. L'impatience de la malade augmentait avec la chaleur de la peau, la fréquence du pouls et le besoin d'étancher la soif. L'application du forceps fut faite avec beaucoup de peine et de souffrance pour la malade, parce qu'il fallait en conduire les cuillers au delà du détroit supérieur. Elles restèrent donc éloignées l'une de l'autre, aussi glissèrent elles sans avoir pu être articulées. Une seconde application du forceps permit quelques tractions pendant lesquelles il s'écoula du sang. L'accoucheur refusa de se rendre au désir de la malade, qui était pour une troisième tentative de l'application du forceps, parce que le ventre avait acquis une tension considérable, surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Une potion laudanisée fut de nouveau administrée. A huit heures du soir, les cris arrachés par la douleur avaient rendu la voix rauque. Le pouls était à 92 pulsations par minute. La face était vultueuse et la faiblesse générale très grande. La tête de l'enfant restait retenue au-dessous du détroit supérieur Une ponction fut alors pratiquée avec un trois-quarts courbe à gauche de la fontanelle postérieure, à travers la suture lambdoïde. Il s'écoula environ 1000 gram. d'une sérosité limpide. La tête s'affaissa aussitôt après; les os semblèrent se replier l'un sur l'autre; les douleurs se ralentirent pendant près de trois heures, et ce fut seulement vers minuit que la malade en ressentit deux très violentes qui furent suivies de la sortie d'un enfant du sexe masculin, poussant des cris répétés. La tête ne présentait pas de résistance; les os étaient mobiles dans toutes les directions. La circonférence du crâne était de 54 centimètres; le diamètre longitudinal de 16 centimètres 14 millimètres, et le diamètre transverse avait 13 centimètres 17 millimètres. Ces diverses dimensions se modifièrent beaucoup dès qu'on eut fait prendre au nouveau-né une position horizontale. Les traces de la ponction étaient presque nulles.

La mère put obtenir quelques instants de sommeil après son accouchement. Une heure se passa avant l'expulsion spontanée de l'arrière-faix. Les suites de couches marchèrent avec régularité, et le neuvième jour le malade avait quitté son lit.

Une compression, maintenue avec des bandelettes agglutinatives, fut exercée sur la tête de l'enfant. L'allaitement est facile et la santé semble se soutenir durant les quinze premiers jours, et seulement alors se manifesta de l'amaigrissement. Les convulsions furent très fréquentes dans le cours des deux premiers mois. L'enfant résista à une pneumonie lobulaire pour succomber le 27 septembre de la même année, après avoir cessé de prendre le sein pendant les trois derniers jours, par suite de faiblesse. Dans les derniers temps de la vie les convulsions ne s'étaient plus montrées.

Après la mort, on procéda à une nouvelle mensuration de la tête. De la racine du nez à l'occiput, on compta 54 centimètres et 18 millimètres; d'un orifice circulaire à l'autre, on mesura 48 centimètres et 5 millimètres.

Un incision pratiquée avec le bistouri au travers de la fontanelle antérieure en même temps que l'on comprimait la tête, fit sorir environ un litre d'un liquide jaune-trouble. Les ventricules du cerveau on contenaient encore une certaine quantité qui ne s'évacua qu'après l'enlèvement de la substance cérébrale elle-même. Des adhérences nombreuses existaient entre les lames de l'arachnoïde. La substance cérébrale paraît avoir occupé toute la cavité du crâne avant l'évacuation de la sérosité contenue dans les ventricules. On ne reconnaît aucune trace de circonvolutions. La pulpe encéphalique avait été amenée, par la distension des ventricules, à une couche de quelques lignes d'épaisseur, tapissant la face interne d'une énorme boîte osseuse Le quatrième ventricule paraissait conservé. Les racines des nerfs à la base du cerveau, pouvaient très bien se suivre. Le pont de Varole, le cervelet, la moelle allongée avaient conservé leur état naturel et sans ramollissement. On ne pouvait reconnaître l'endroit où la ponction avait eu lieu. A l'analyse microscopique la pulpe cérébrale semblait composée par des globules de pus et de fibrine. Dans les deux poumons on voyait les suites d'une pneumonie lobulaire; plusieurs rameaux des bronches étaient dilatés et contenaient de la matière épaisse et jaunâtre. Le cœur était dans un état normal; la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins était pâle et ramollie. Des mucosités filantes et épaisses y adhéraient dans quelques parties.

Le rapporteur termine en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. Cazeau affirme avoir lu des observations analogues; mais il ne s'en rappelle ni les auteurs, ni les sources.

M. Barth la trouve intéressante surtout par les détails qu'elle contient sur le siége de la collection liquide, siége généralement fort mal à propos rapporté à la cavité de l'arachnoïde. Sur deux cents cadavres, M. Barth a cherché avec soin le lieu occupé par le liquide, et il l'a presque toujours vu s'écouler du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Aussi admet-il, par analogie, que la collection hydrocéphalique se forme bien plus dans les ventricules que dans la cavité de l'arachnoïde.

MM. Piedagnel et Depaul appuient cette opinion. Ce dernier cite deux cas dans lesquels, ayant pu faire l'autopsie, il s'est assuré que l'épanchement avait son siége dans les cavités ventriculaires. Quant à la curieuse observation de M. Blich, il regrette qu'elle n'ait pas été complétée par des détails plus circonstanciés sur l'enfant et principalement sur sa sensibilité.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Brierre de Boismont* entretient la Société d'un homme conduit à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Honoré, portant une blessure à son doigt produite par l'explosion d'une machine. Blessé vers le 20 janvier, cet homme a été pris le 2 février d'accidents tétaniques. La maladie est arrivée à un état des plus graves : le corps est renversé en arrière; les membres sont le siége de douleurs atroces; la plaie n'est pas du tout en voie de cicatrisation (les tendons sont dénudés). L'opium a été ordonné à la dose de 10 à 12 grains, et le traitement hydrosudopathique doit être tenté dans toute sa rigueur. M. Brierre de Boismont se propose d'informer la Société du résultat obtenu par cette médication qui diffère essentiellement des essais déjà faits de l'emploi de l'eau froide contre le tetanos. (*Voyez* une série d'observations publiées dans le Journal d'Edimbourg.) — Le malade est mort.

M. Giraldès rappelle le fait curieux récemment observé en Angle

terre de disparition de la rigidité musculaire chez un malade affecté de tétanos par l'administration du tartre stibié à dose vomitive, et il insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à expérimenter ce mode de traitement.

M. Larrey, après avoir rapproché le cas cité de celui qu'il avait rapporté dans une des précédentes séances et avec lequel il a beaucoup d'analogie, insiste sur la fréquence plus grande de l'opisthotonos que des autres formes. Il fait observer enfin que ce traitement hydrosudopathique, en admettant qu'il réussisse dans certains cas, sera souvent impraticable à cause de la possibilité de complication du tétanos et de l'hydrophobie, signalée par quelques auteurs et notamment par son père.

— *M. Laurès* lit l'observation de guérison d'une négresse mordue par un crotale, qu'a publiée M. Tissier, et qu'il a citée de souvenir dans la dernière séance.

M. Gillette fait remarquer qu'il est difficile d'attribuer au traitement le bonheur du résultat. La dent de l'animal a eu à traverser de la laine, du feutre, avant d'arriver jusqu'à la peau, et on sait que le feutre paraît avoir une influence spéciale ; sans doute de petits morceaux de feutre pénètrent dans la rainure si déliée de la dent et l'oblitèrent. Le fait est qu'en Italie, où on fait un grand usage de bouillon de vipères, les paysans, dès qu'ils ont pris ces reptiles, leur donnent leur chapeau à mordre. — La petite dose de venin introduite doit seule rendre compte du résultat.

M. Laurès argue des symptômes graves dont l'auteur fait mention, pour soutenir l'opinion qu'une quantité assez considérable de virus a dû être versée dans la plaie.

M. Gillette fait observer que la morsure de la vipère elle-même donne lieu à des symptômes aussi effrayants.

M. Larrey se demande aussi si une partie des accidents ne fut pas due à l'épouvante de la jeune fille en se croyant atteinte mortellement.

Docteur J. Cherest, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Rhumatisme des muscles de l'œil. — Au mois de juin dernier, le docteur Vallez, de Bruxelles, s'étant refroidi après avoir eu chaud, éprouva d'abord des frissons et fut pris d'une céphalalgie frontale intense ; éternuements, larmoiement de l'œil gauche. Un peu de rougeur de l'œil, légère démangeaison, pupille normale, vision nette. Au bout de trois jours, douleur vive, poignante, qui semblait remplir toute la cavité orbitaire, plus prononcée au-dessus qu'au-dessous du globe de l'œil, douleur qui augmenta d'intensité sans augmentation de la céphalalgie ni de l'injection oculaire. Mouvements de l'œil gauche difficiles, douloureux, pas de photophobie. (Bains de pieds alcalin, frictions mercurielles sur le front et la tempe gauche.) Pendant toute la nuit, persistance de la douleur, suivant le trajet des muscles et paraissant pénétrer dans le crâne. Insomnie. La pression de l'œil est douloureuse, spasme nerveux des deux paupières, plus prononcé à la supérieure.

Le quatrième jour, dit l'auteur, en présence de la persistance du mal et de son accroissement, j'éprouvai une crainte d'autant plus vive que j'avais eu occasion de voir, en 1843, à Vienne, dans le service de M. Jaeger, un cas de cette nature avoir de terribles suites.

Une jeune fille, bien constituée, qui jamais n'avait été ophthalmique, entra à l'hôpital, el donna pour tout renseignement commémoratif que, quatre jours auparavant elle avait reçu un *coup d'air* sur l'œil droit, et qu'à dater de ce temps elle ressentait une douleur vive dans tout le bulbe oculaire. Il résulta de l'examen que les paupières étaient tuméfiées et rouges ; grande photophobie, épiphora ; l'organe visuel plus volumineux ; les milieux transparents intacts ; pupille rétrécie et immobile, injection des vaisseaux conjonctivo-sclérotidiens ; pouls fébrile et insomnie. Le professeur nous dit qu'il croyait avoir affaire à un *ophthalmitis*. Un traitement dirigé en conséquence fut employé. Pour ne pas entrer dans des détails minutieux à ce sujet, j'abrégerai en disant qu'au lieu d'avoir affaire à un *ophthalmitis*, on eut à déplorer, outre cette affection, le développement rapide d'un énorme fongus médullaire de la rétine. L'autopsie fut, malheureusement pour la science, pratiquée le vingt-quatrième jour après l'invasion de cette affreuse maladie. La tumeur avait acquis le volume du poing. Mais revenons à l'observation qui fait le sujet de cet article.

Le cinquième jour, la douleur ne disparaissant que lentement, j'employai la solution d'extrait de belladone sur les paupières et le sourcil ; quelques heures après son application, j'éprouvai des picotements dans l'œil ; la vision était trouble de ce côté ; la douleur persistait, mais avait un moindre degré d'intensité ; ce trouble et ces picotements dépendaient de la dilatation outrée de la pupille. J'appliquai un bandeau assez épais sur l'œil attaqué, et je fus étonné du soulagement prompt qu'il me procura ; mais un autre inconvénient me tourmentait, c'était des tremblottements spasmodiques dans l'épaisseur des rideaux de l'œil ; ils simulaient parfois un vrai chatouillement, et augmentaient par la clarté et la fatigue.

Le septième jour, les contractions involontaires des paupières de l'œil gauche persistaient. Une douleur sourde et profonde s'aggravait encore par le jeu des muscles. Le laudanum de Rousseau camphré *loco dolenti* fit disparaître ce blépharospasme, et la douleur en même temps.

Un mois s'était écoulé, lorsque je fus pris d'un refroidissement sur le chemin de fer ; tant que ce refroidissement a duré, j'ai éprouvé une douleur lancinante dans la cavité orbitaire, qui coïncidait avec les mouvements des muscles de l'œil ; cette douleur disparaissait par le repos et la chaleur de cet organe, au point qu'elle s'effaçait presque complétement chaque fois que je me couchais sur le côté, la tête enfoncée dans un oreiller de plumes ; mais elle reparaissait, accompagnée de petits tressaillements spasmodiques des paupières, à la moindre sensation du froid, par la fatigue de la vision et le palper. Au bout de quelques jours, lorsque le rhume fut passé, je me sentis complétement délivré.

— D'après les détails de ce fait, M. Vallez se croit en droit de conclure qu'il a été atteint d'un simple rhumatisme des muscles de l'œil. « Je suis d'autant plus porté à croire à cette opinion, ajoute-t-il, qu'il est probable que le froid, agissant pathologiquement sur l'organe visuel, peut déterminer depuis la plus simple affection jusqu'à celle qui entraîne la mort, que le diagnostic est incertain, ainsi que le pronostic, dans beaucoup de cas résultant de cette cause, et qu'assez souvent on a à traiter des rhumatismes des muscles de l'œil sans les reconnaître, en rapportant la douleur accusée par les malades, soit aux ambliopies, ou à d'autres tissus de l'œil et de l'orbite présumés affectés. De là, l'échec dans la thérapeutique, et la persistance de la maladie malgré le zèle et les connaissances du praticien. »

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique ou médicale ; cours professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. P.-A. Piorry, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Paris, J.-B. Baillière ; prix, 8 fr.

Le cinquième volume de ce *Traité de médecine pratique* vient de paraître. Il est tout entier consacré à l'étude des maladies du foie, des glandes salivaires et du tube digestif. L'auteur fait précéder ses descriptions de considérations générales essentiellement pratiques qui embrassent l'ensemble des lésions dont le conduit alimentaire peut devenir le siége. Les états organo-pathologiques isolés n'en ressortent que mieux ensuite, l'esprit les saisit plus aisément, les différences qui les séparent sont plus saillantes et le traitement découle naturellement, sans effort, abstraction faite d'idées arrêtées ou préconçues, de cette heureuse exposition des faits. « Ce qu'il y a de commun dans l'organisation de toutes les parties du tube digestif, dit M. Piorry, est la cause de l'identité des états pathologiques survenant dans les diverses régions de ce tube, et les particularités d'organisation propres à chacune de celles-ci influent sur ce qu'il y a de spécial dans les lésions des diverses régions du conduit alimentaire. » (*Oper. cit.*, n° 7351.) Ces considérations légitiment la marche adoptée par M. Piorry. Un nom scientifique manquait au tube digestif, celui de angibrôme (conduit des aliments) lui a été assigné. Quelques-unes des affections de ce conduit étaient désignées par des expressions bizarres, ou impliquant des idées fausses fondées sur des considérations trop générales, sur de prétendues formes de maladies, etc., des noms plus convenables, toujours accompagnées de leurs synonymes, les ont remplacés. A leur aide, on évite les erreurs de langage, qui, « conséquence d'une mauvaise pathogénie, sont souvent les causes de grandes fautes en thérapeutique. » L'auteur insiste avec raison sur les moyens d'investigation qui conduisent au diagnostic ; il fait ressortir particulièrement l'utilité de la plessimétrie, à l'occasion de laquelle il expose sommairement les faits pratiques consignés en détail dans ses *Traités de percussion et de diagnostic*.

Ce serait s'imposer une tâche trop difficile à la fois et trop au-dessus des limites que comporte un compte-rendu, que de vouloir analyser complétement ce volume si substantiel qu'on n'en saurait rien retrancher sans nuire à l'harmonie de l'ensemble. De pareils ouvrages écrits, non d'après des modèles, mais seulement sous l'impression d'idées neuves et originales entièrement empruntées à l'observation clinique et coordonnées d'après un plan unique déduit lui-même de l'analyse de faits puisés dans la pratique, de pareils ouvrages, nous le répétons, ne se peuvent analyser.

D'un autre côté, que nous servirait de transcrire ici le titre des chapitres et de leurs divisions ? Le lecteur n'y gagnerait rien, et nous préférons le renvoyer au livre lui-même. Il y trouvera les questions les plus importantes d'une haute philosophie médicale réunies aux meilleurs préceptes d'une saine doctrine, et dès qu'il en aura terminé la lecture, il comprendra qu'une nomenclature médicale n'est pas une question de mots, mais de principe, sans lequel il faudrait à tout jamais renoncer à donner au langage de la médecine la concision et la justesse que réclament ses progrès incessants. S.

— Lorsque le célèbre historien de la médecine, Kurt Sprengel, fut élevé en 1775, après six années de professorat extraordinaire sans honoraire, au titre de professeur ordinaire de la faculté de Halle, ses appointement furent fixés à cinquante huit thalers, c'est-à-dire à 217 francs 50 centimes ! ! ! Quel est le professeur qui de nos jours se contenterait de tels honoraires ? — En 1797, Sprengel fut nommé directeur du Jardin botanique et professeur dans cette branche de l'histoire naturelle. Pour toutes ces fonctions réunies, son traitement fut élevé à la somme de....... 562 francs 50 centimes ! ! !

(*Gazette médicale Belge.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 MARS 1845. (18e ANNÉE.) No. 36. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Arthrite rhumatismale chez une femme récemment accouchée. Pneumonie. Phlébite de la veine saphène droite. Mort.

Une femme de vingt-neuf ans, repasseuse, habituellement bien portante et bien réglée, qui se livrait à un travail modéré, est accouchée heureusement le 13 janvier dernier. L'écoulement des lochies dura pendant trois jours; la fièvre de lait accomplit ses périodes. Cette femme se trouvant assez bien a quitté l'hôpital de la Maternité au sixième jour, et est retournée chez elle. Le jour même elle a été prise d'un frisson violent qui lui a duré une demi-heure, puis d'un mouvement fébrile avec chaleur, qui se prolongea jusqu'au jour suivant. Elle ne sentait aucune douleur nulle part.

Le lendemain, 20 janvier, la main gauche est devenue douloureuse, rouge et gonflée, surtout au niveau du carpe. La fièvre persistait. Les choses restèrent dans cet état jusqu'à l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital de la Charité (24 janvier), où elle fut placée dans la salle Sainte-Marthe, no 9.

Le 25, à la visite du matin, elle présentait l'état suivant : Face amaigrie et décolorée, portant les traces de la souffrance; gonflement avec rougeur du poignet et de la main gauche; langue humide, soif vive; rien du côté des voies digestives; rien d'appréciable au cœur ni dans le reste de la poitrine; peau un peu moite et chaude; pouls fréquent et souple, à 108; 20 respirations par minute. — On lui prescrivit 30 gram. de nitrate de potasse et la diète; un cataplasme sur l'articulation malade.

Le lendemain elle était à pen près dans le même état; elle avait dormi la nuit, mais elle accusait un peu de céphalalgie; la soif était vive; il y avait eu un peu de diarrhée avec quelques coliques et une selle liquide; sueurs abondantes; un peu de toux. (Même traitement.) — Dans la soirée l'oppression devint considérable; la respiration était accélérée et la soif très vive.

Le 27, le pouls, dur et résistant, était à 132, le nombre des respirations à 40; la peau très chaude; point de côté à gauche; crachats rouillés, opaques; matité dans la moitié inférieure du poumon gauche; et à l'auscultation, souffle bronchique et bronchophonie. La main rhumatisée est le siége d'un gonflement œdémateux, mais peu douloureux. — On suspend le nitrate de potasse; saignée de 3 palettes; julep gommeux; diète.

Le 28, on apprit que l'état de cette malade avait nécessité une nouvelle saignée la veille au soir; les deux caillots étaient couenneux et rétractés. Les phénomènes stéthoscopiques étaient les mêmes que la veille; le pouls dur et régulier, à 136; 32 respirations par minute; crachats opaques, renfermant un peu de sang. L'articulation rhumatisée dans le même état. Le membre inférieur droit était œdématié, et les ganglions de l'aine du côté droit douloureux. La pression développait aussi de la douleur dans la fosse iliaque droite. — Saignée de 3 palettes.

Le 29, oppression considérable; toux opiniâtre; peu d'expectoration; quelques crachats rouillés; céphalalgie; insomnie; souffle bronchique moins éclatant; pouls développé, à 128; 36 respirations. — Nouvelle saignée de 2 palettes.

Le 30, même état. On trouve le long du trajet de la veine saphène un engorgement dur sous forme de cordon; abcès à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Le 31, pouls à 140; main gonflée et douloureuse; mouvements impossibles. La main est entraînée dans la flexion et dans une rotation forcée en dehors; autrement dit, il y a tendance à une luxation du poignet.

Le 1er février, la langue est sèche; délire par instants; teinte jaunâtre de la face. Pouls à 120; 40 respirations. Le délire persiste les jours suivants.

Le 7, délire intense; altération profonde de la face; pouls très fort et fréquent, à 132; 68 respirations; prostration générale; langue sèche. Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Rigidité cadavérique prononcée; poumon gauche d'un rouge foncé dans ses deux tiers inférieurs, diminué de ténacité et se déchirant sous le doigt. Il est parsemé de granulations tuberculeuses nombreuses, la plupart d'origine récente. Il n'y avait aucun tubercule au sommet du poumon. Le poumon droit était congestionné dans son lobe inférieur, mais à un moindre degré que le poumon gauche. Il y avait de nombreux petits abcès disséminés dans le tissu cellulaire souscutané de la cuisse droite, sur le trajet de la veine saphène interne. Ce vaisseau était rempli par des caillots; ses parois étaient épaissies, indurées, et sa gaîne infiltrée de matières plastiques. Les surfaces articulaires de l'articulation radio-carpienne étaient dépouillées de leur cartilage; il y avait du pus dans cette articulation, ainsi que dans l'articulation médio-carpienne. On trouvait aussi du pus dans les gaînes des tendons voisins.

On négligea d'examiner les ovaires et la matrice, et on ne suivit pas la dissection des veines jusqu'à la veine cave.

Fausse pléthore chez une fille mal réglée.

Une jeune fille de dix-huit ans, Jeannette Chaudoré, née à Chaumont (Haute-Marne), est restée dans son pays jusqu'à l'âge de seize ans, en qualité de domestique. Réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, et d'une manière assez irrégulière, elle a vu ses règles se suspendre tout d'un coup un an après à la suite d'une peur. Elle en a été fort malade. On lui a mis une trentaine de sangsues sur le ventre. Depuis cette époque, ses règles ont présenté de l'irrégularité sans se suspendre tout à fait; mais elles étaient moins rouges et moins abondantes. En même temps elle est devenue sujette à des migraines et à des battements de cœur qui revenaient de temps en temps; cependant elle était toujours fort colorée.

Depuis son arrivée à Paris, il y a deux ans, elle a remarqué que ses règles étaient de moins en moins abondantes; elle souffrait beaucoup dans les reins, dans le dos et dans l'estomac. Plus tard, les palpitations sont devenues presque continuelles et la respiration très courte; enfin, elle a été prise de flueurs blanches fort abondantes. Elle était allé passer cinq mois à Argenteuil, dans l'intention de s'y rétablir; mais là, elle a éprouvé quelques accidents, et on lui a appliqué force sangsues aux grandes lèvres et donné du lait de chèvre pour nourriture. Elle est entrée le 7 novembre à l'hôpital Cochin, où elle a été traitée par 4 saignées et 100 sangsues appliquées à diverses reprises sur le ventre, aux parties génitales et à la région du cœur. En outre, on lui a appliqué des ventouses scarifiées sur la région précordiale. Quand elle en est sortie, au mois de décembre, elle avait la tête moins lourde, mais elle avait autant de dyspnée, de palpitations et de maux d'estomac. Elle a voulu reprendre ses occupations de domestique; mais elle n'a pas pu travailler plus de trois semaines, à cause de ses maux d'estomac et de ses palpitations, qui lui ôtaient toute espèce de force. Elle était fatiguée, disait-elle, sans avoir rien fait. Enfin, elle s'est décidée à entrer à la Charité le 31 janvier 1845.

Etat actuel. — Embonpoint des plus considérable. Elle a tout à fait l'air d'une de ces grosses Flamandes de Rubens ou de Téniers. La peau est assez colorée, et présente une teinte rosée. Les joues sont comme peintes avec du vermillon. Pas d'appétit; langue blanche, bouche amère. Tout ce qu'elle mange passe bien dans l'estomac, mais la digestion intestinale est accompagnée de coliques violentes. Le goût n'est nullement perverti; elle aime seulement beaucoup le café. Un peu de constipation depuis quelques jours; cette constipation a succédé à du dévoiement; elle a beaucoup de flueurs blanches, peu de toux; mais elle a souvent à la gorge quelque

FEUILLETON.

EXAMEN DES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE;

Par A. BECQUEREL et RODIER.

(Suite du no 33.)

Du sang dans les maladies.

Pléthore. — MM. B. et R. veulent prouver : 1° que la pléthore est produite par une augmentation de la quantité de sang normalement contenue dans l'organisme; 2° que la pléthore ne résulte nullement d'un changement survenu dans la composition du sang, et en particulier d'une augmentation de la proportion des globules

1° La première proposition, qui n'est pas nouvelle, ne sera jamais qu'une hypothèse; MM. B. et R le reconnaissent (pag. 45). Si on veut l'appuyer sur des inductions pathologiques, il ne faut pas confondre, ainsi que l'ont fait les auteurs (pag. 46), la pléthore avec la gêne mécanique que la grossesse apporte, quelquefois, dans la circulation. Il y a longtemps que l'on a établi une distinction entre la pléthore et la fausse pléthore. MM. B. et R. paraissent l'avoir oublié.

2° La seconde proposition est présentée par MM. B. et R. comme la plus importante de leurs découvertes. Or, la base sur laquelle ils s'appuient, n'a aucune solidité, puisque nous avons démontré que le chiffre qu'ils assignent à la quantité moyenne des globules contenus dans le sang de l'homme sain n'est point suffisamment justifié.

Cependant admettons pour un moment l'exactitude de ce chiffre (141,1), et voyons quelle est la valeur des résultats obtenus par MM. B. et R.

Six hommes pléthoriques ont donné pour chiffre moyen des globules 138.

Mais MM. B. et R. ont oublié d'indiquer le maximum constaté par eux.

Or, MM. Andral et Gavaret, qui ont opéré sur trente et un pléthoriques, ont trouvé un maximum de 154.

Ajoutez une seule analyse, avec le maximum, à celles qui ont été faites par MM. B. et R.; la moyenne devient 140. Ajoutez deux analyses, la moyenne devient 142.

Ce n'est pas tout.

Une femme pléthorique a fourni à MM. B. et R. la *moyenne* 131,5 (sic., pag. 44), le chiffre normal étant, pour la femme, 127, 2.

En acceptant les moyennes de MM. B. et R., la conclusion nécessaire est celle-ci : « Dans la pléthore, le chiffre normal des globules » s'abaisse chez l'homme, tandis qu'il s'élève chez la femme. »

Telles sont les données sur lesquelles MM. B. et R. ont établi leur troisième LOI, et c'est devant l'Académie des sciences qu'ils n'ont pas craint de venir proclamer cette LOI ! !

Phlegmasies. — « Dans les phlegmasies, disent MM. B. et R., la fibrine et la cholestérine sont augmentées; l'albumine est diminuée. »

Le seul résultat nouveau appartenant à MM. B. et R., est l'augmentation de la cholestérine. Or, il est facile de renverser cette découverte par une argumentation analogue à celle que nous venons d'opposer à la *troisième loi* établie par les auteurs.

Le chiffre auquel MM. B. et R. évaluent la quantité moyenne de cholestérine contenue dans le sang normal, est complètement illusoire : nous l'avons péremptoirement démontré.

Acceptons cependant les chiffres de MM. B et R., et voyons ce qui se passe dans la pneumonie, c'est-à-dire dans la phlegmasie qui doit exercer sur la proportion de cholestérine l'action la plus prononcée, si tant est que cette action existe réellement.

Cinq femmes atteintes de pneumonie ont permis à MM. B. et R. de constater, quant à la cholestérine, une moyenne de 0,101 pour cinq premières saignées, et une moyenne de 0,124 pour trois secondes saignées.

Or, ces moyennes sont non-seulement comprises dans les limites de l'état physiologique, mais elles sont encore beaucoup plus rapprochées de la moyenne normale (0,090) que de la limite supérieure des variations compatibles avec l'état de santé (0,200).

Trois cas de fièvre éphémère ont donné pour moyenne de la cholestérine 0,112 (pag. 75), c'est-à-dire un chiffre compris entre les deux moyennes de la pneumonie.

Cinq secondes saignées pratiquées à des sujets atteints de fièvre typhoïde ont donné pour moyenne de la cholestérine 0,156 (pag. 68), c'est-à-dire un chiffre de beaucoup supérieur à ceux fournis par la pneumonie ! Et cependant les malades atteints de pyrexie étaient tous du sexe masculin; tandis que la pneumonie n'a été considérée que chez des femmes, lesquelles, suivant MM. B. et R., offrent, dans l'état normal, plus de cholestérine que les hommes.

Nous le demandons : Est-il possible de considérer l'augmentation de la cholestérine comme un caractère des phlegmasies? Est-il permis de placer ce prétendu caractère sur la même ligne que l'augmentation de la fibrine?

Fièvre typhoïde. — Nous allons pouvoir montrer ici, mieux que partout ailleurs, la légèreté avec laquelle MM. B. et R. ont évalué leurs moyennes et établi leurs lois.

Sur 11 hommes atteints de fièvre typhoïde, 5 ont été saignés deux fois et les 6 autres ne l'ont été qu'une fois.

La moyenne de cholestérine fournie par les 11 premières saignées a été de 0,089 m. MM. B. et R. en concluent que la fièvre typhoïde ne modifie nullement la quantité normale de la cholestérine. (Pag. 63 et suiv.)

Mais en ne considérant que les premières saignées des 5 malades qui ont été saignés deux fois, MM. B. et R. ont trouvé pour moyenne de la cholestérine 0,055 : ils auraient dû en conclure que la fièvre typhoïde a pour effet de diminuer la quantité normale de la cholestérine.

D'autre part, si l'on ne tient compte que des 6 malades qui n'ont été saignés qu'une fois, on obtient pour moyenne de la cholestérine 0,117 : il faut en conclure que la fièvre typhoïde augmente la quantité normale de la cholestérine.

Ainsi, avec les mêmes 11 malades atteints de la même maladie, et avec le sang des premières saignées pratiquées à ces malades, on obtient, par la méthode expérimentale perfectionnée de MM. B. et R., trois conclusions différentes et contradictoires relativement à l'influence exercée par la fièvre typhoïde sur la cholestérine du sang ! La moyenne générale indique le maintien du chiffre normal, et des deux moyennes partielles fournies par des cas pris au hasard, l'une indique une augmentation, l'autre une diminution de ce même chiffre !

Nous devons nous arrêter, et nous ne saurions mieux terminer qu'en reproduisant avec quelques annotations le résumé qui couronne l'œuvre de MM. B. et R.

« Les résultats nombreux et importants que nous avons consignés dans ce mémoire sont de trois sortes, disent MM. B. et R. Les uns ne sont qu'une confirmation pure et simple de ce que les expérimentateurs qui nous ont précédés ont découvert. Les autres sont destinés à infirmer, en partie du moins, quelques-uns des résultats déjà admis dans la science. Un certain nombre, enfin, sont complètement nouveaux et doivent nous être attribués. »

Ne nous occupons que des résultats rangés dans les deux dernières classes.

Résultats infirmés.

1° Le chiffre 127, donné comme représentant la moyenne générale des globules dans l'état sain, lequel est trop bas et n'est pas le même chez l'homme que chez la femme.	Nous avons démontré que les résultats infirmatifs obtenus par MM. B. et R. n'infirment absolument rien.
2° Le chiffre 3 représentant la fibrine, lequel est trop élevé.	C'est possible.

chose qui l'étouffe; elle accuse en outre des douleurs très vives dans le bras gauche, sans qu'il y ait cependant rien de particulier: elle se plaint de douleurs de ventre et d'élancements dons les reins. Dyspnée intense, qui la force à ne pas marcher vite, et surtout à ne pas monter les escaliers. Sensation de battements des artères; palpitations continuelles plus ou moins violentes; sentiment de suffocation et de battements à l'estomac. Impulsion du cœur médiocrement forte. Pointe du cœur dans le cinquième espace, à un pouce et demi de l'axe du sternum. Les deux bruits clairs, et le premier prolongé par un bruit de soufflet doux. Murmure continu veineux sur le côté gauche du cou, presque rudimentaire du côté droit. Céphalalgie fronto-occipitale, avec bourdonnements d'oreilles et éblouissements. Quand elle est debout, elle chancèle, et se sent toujours prête à tomber.

L'existence des palpitations du cœur, du bruit de soufflet au cœur, et surtout du murmure veineux continu, ne saurait laisser que peu de doutes sur la nature de l'affection, malgré l'état pléthorique apparent de cette jeune fille. Cependant, M. Andral lui fit faire une saignée exploratrice, dans le but de trancher la question. Les globules étaient dans la proportion de 98/1000, et la fibrine de 1,6/1000; autrement dit, il y avait une diminution notable dans les globules, et presque insignifiante sur la fibrine. Cette malade avait été soumise à l'emploi des ferrugineux et des antispasmodiques; mais elle est sortie de l'hôpital quelques jours après, avant qu'on ait pu s'assurer de l'efficacité du traitement. Z...

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Plaie contuse à la face dorsale de l'indicateur droit intéressant le tendon extenseur. Remarques cliniques sur cette espèce de blessures. Ligature du tendon coupé. Résultat incomplet.

Le 5 octobre est entré dans les salles de la clinique un homme d'une trentaine d'années, garçon de magasin, avec une plaie contuse à la partie dorsale de la main droite intéressant la tendon extenseur du doigt indicateur; c'est en maniant un pilon de fonte (on ne sait pas bien comment) qu'il se fit cette blessure. A la base du doigt indicateur on remarque une plaie de haut en bas, de dehors en dedans, de 7 ou 8 centimètres de longueur avec les bords un peu irréguliers et contus, et au milieu de la plaie on voit le tendon de l'extenseur qui a été coupé. Il n'est pas impossible que le tendon eût éprouvé une sorte d'attrition qui le désorganise en partie, surtout près des deux bouts qui ont été un peu mâchés par le corps contondant; malgré cela, on assure qu'il sera dans des conditions assez favorables pour être réuni.

Le doigt à la base duquel la blessure existe est un peu contracté, et porté dans le sens de l'abduction vers la paume de la main par l'action du tendon fléchisseur qui n'a plus d'antagonisme. Il y a donc grande nécessité de remédier à cet inconvénient, en réunissant autant que possible les deux bouts du tendon coupé; c'est ce que M. Roux pense faire en y appliquant un point de suture.

Rigoureusement, dit à ce sujet le professeur, il est possible de rapprocher entre elles les extrémités de ce tendon, et de les mettre dans des conditions favorables pour leur réunion. Il s'en faut beaucoup que tous les tendons soient dans les mêmes conditions pour être réunis. Si je pouvais m'arrêter sur cette belle question j'aurais bien des choses à dire d'un intérêt tout pratique; aujourd'hui nous sommes pressé par la besogne, et je me réserve d'y revenir un peu plus au long plus tard. Une blessure de tendon étant donnée en général, il n'y a pas de règle fixe et précise pour la conduite qu'on a à suivre; car cette conduite peut varier selon la variété des circonstances, selon les cas dont il s'agit. Une chose importante à considérer à cet égard, est la direction des plaies des tendons qu'on doit réunir, et les précautions toutes particulières à prendre pour obtenir une réunion bien régulière; car la moindre imperfection dans la soudure des lésions coupées, surtout des extenseurs, peut entraîner après elle une difficulté plus ou moins grande dans les mouvements auxquels ils sont destinés, et vous savez combien il est nécessaire que ces mouvements soient exacts et bien coordonnés, pour remplir le but auquel on vise en les exerçant.

Il est des cas où, pour obtenir cette réunion parfaite et régulière, il faut absolument pratiquer la suture des deux bouts du tendon, autrement entre ceux-ci il pourrait se développer une substance de nouvelle organisation, qui, les réunissant, rendrait le tendon trop long ou trop faible, et par conséquent incapable de remplir ses fonctions, ou les deux bouts pourraient se cicatriser séparément, et alors tout mouvement deviendrait impossible.

Tout ceci n'est pas de la pure théorie, mais le résultat de l'observation de faits nombreux de ce genre; et ce que nous disons à propos du cas particulier qui nous occupe, peut s'appliquer aux tendons en général.

Anciennement on a prodigué la suture des tendons, comme celle des plaies en général; puis ayant reconnu l'abus qu'on en faisait, on est tombé dans l'excès opposé, et on a fini par y renoncer entièrement. On a eu tort; s'il y avait des inconvénients à l'employer dans toute espèce de cas, on ne peut pas nier qu'elle était indiquée et très utile dans certaines circonstances. Depuis quelque temps cette prévention contraire a diminué, et on a commencé à y revenir.

M. Antoine Petit, très habile chirurgien de Lyon, dans son ouvrage qui contient les résultats de son heureuse pratique, rapporte quelques cas de cette suture de tendon suivie de succès, entre autres un cas de plaie récente à la main intéressant un tendon extenseur, qu'il réunit heureusement par la suture.

Il y a douze à quinze ans je fus consulté par un musicien distingué de Paris, auteur de quelques ouvrages de musique très agréables, et pianiste en même temps; il s'était fait, il y avait déjà quelque temps, une plaie à la main, à la suite de laquelle un tendon extenseur avait été coupé. Je ne sais pas quel fut le chirurgien qui lui donna des soins; le fait est que les deux bouts du tendon coupé s'étant cicatrisés séparément, les mouvements du doigt étaient devenus impossibles, et le pauvre homme ne pouvait plus toucher du piano. Je conçus la pensée de tenter une réunion régulière de ce tendon; j'incisai la peau selon le trajet du tendon; je mis à nu cet organe; je ravivai un peu les deux bouts qui étaient séparément cicatrisés, et je les réunis par un point de suture solide; ensuite le doigt fut maintenu dans une extension forcée pendant le temps nécessaire. A cet égard je vous dirai, et vous le savez certainement, que l'extension des doigts est très variable selon les individus: chez les uns, elle est très peu prononcée, surtout chez les personnes robustes et vigoureuses; chez les autres, au contraire, et ce sont les sujets faiblement constitués, on peut la porter très loin et renverser positivement les doigts sur la face dorsale de la main: c'est là une circonstance favorable pour les cas de suture des tendons. Le tendon chez mon malade se réunit parfaitement, reprit sa forme naturelle; les mouvements devinrent possibles, et le musicien put revenir peu à peu à son jeu de piano qu'il avait dû quitter avec tant de regret.

Chez notre individu, le tendon ayant été divisé par un corps contondant, les deux bouts ne se trouvent pas dans des conditions bien favorables pour être réunis sans les aviver un peu en coupant la petite portion qui paraît un peu désorganisée, et qui très probablement s'exfolierait. On fera la ligature avec une petite aiguille courbe munie d'un fil très fort double.

M. Roux a procédé ensuite à la petite opération de la manière qu'il avait indiquée; seulement il a dû d'abord faire deux petites incisions en haut et en bas aux téguments, pour s'ouvrir une voie plus large et plus commode à l'application de la ligature.

Aujourd'hui 10 décembre, M. Roux, en parlant du malade, dit qu'il n'a pas beaucoup d'espoir de réussir dans la petite opération pratiquée au tendon, car les deux bouts qu'il a réunis étaient mollasses et noirâtres, au lieu de présenter cette couleur blanc-mat et cette consistance qu'ont les tendons à l'état normal; de sorte qu'il y a fortement à craindre leur exfoliation, malgré la précaution qu'on a eue d'en couper une partie avant de les réunir. La réunion pourtant s'est faite momentanément, et aujourd'hui même la ligature tient encore; mais il y a tout à craindre qu'elle ne tombe prématurément, avant que la réunion soit complète. Il en résultera alors l'impossibilité des mouvements d'extension du doigt, ce qui, du reste, serait arrivé en abandonnant la plaie du tendon à la nature.

Le 20 décembre, la ligature est tombée il y a déjà quelques jours, comme on l'avait prévu. Pourtant le doigt reste encore dans l'extension, même après avoir enlevé l'appareil à l'aide duquel on l'avait mis et maintenu dans cette position; de sorte que, sans trop se flatter encore d'avoir obtenu un plein succès, on a lieu d'espérer qu'on est arrivé à quelque résultat; très probablement une petite portion du tendon s'est exfoliée, selon qu'on avait prédit, et les deux bouts ont contracté quelques adhérences suffisantes pour tenir le doigt étendu, mais non pour lui permettre les mouvements contraires de flexion. C'est là ce qu'on suppose; du reste, on examinera mieux prochainement l'état des parties, lorsque cet examen ne présentera plus l'ombre du danger.

Le 15 janvier 1845, la plaie du doigt s'est peu à peu cicatrisée. On n'a pas pu s'assurer de l'état précis dans lequel se trouvait le tendon coupé; seulement le doigt a continué à rester dans un état d'extension presque complète, et permettait de très légers mouvements de flexion. C'était une position bien préférable à celle dans laquelle il se serait trouvé, si les muscles fléchisseurs eussent agi sans opposition aucune et eussent entraîné le doigt vers la paume de la main. On peut considérer ce résultat comme un demi-succès. C'est dans cet état que le malade a quitté l'hôpital.

Remarques faites par M. Roux à propos d'en lipome opéré en ville, et dont il présente la pièce pathologique.

J'ai extirpé, dit-il, avant-hier, une tumeur lipomateuse en ville, dont je vous présente ici la pièce, et je crois de votre intérêt, de vous entretenir quelques instants de ce cas remarquable sous plusieurs rapports.

Le fait dont je vous parle mérite de vous être connu sous deux points de vue; c'est-à-dire sous le rapport du siége qu'il occupait, et du diagnostic que j'avais porté.

1° *Sous le rapport au siége.* En général, les lipomes (et sous ce nom, on entend des tumeurs graisseuses entourées ordinairement par une espèce de membrane qui les rend mobiles au milieu des parties où elles se trouvent) ne se développent pas indifféremment dans toutes les parties du corps, mais apparaissent de préférence là où il y a beaucoup

---

3° L'augmentation des globules dans l'état pléthorique, augmentation qui, signalée par M. Lecanu, a été admise par MM. Andral et Gavaret.	Sur ce point les recherches de MM. B. et R. doivent être considérées comme non avenues.
4° Le chiffre des globules considéré comme étant conservé à l'état normal dans la plupart des maladies aiguës.	MM. Andral et Gavaret ont positivement établi le contraire. (Mém. cité, pag. 11 et suiv. — 58 et suiv.)
5° L'abaissement du chiffre de la fibrine considéré comme à peu près constant dans les fièvres graves.	MM. Andral et Gavaret ont constaté que la fibrine conserve assez souvent son chiffre physiologique dans la fièvre typhoïde. (Mém. cité, pag. 57 et suiv.) M. Andral dit : *souvent*. (Hématol., pag. 62.)

Résultats découverts.

6° Le procédé plus exact et plus complet employé pour l'analyse du sang.	Un procédé défectueux et des moyennes variables.
7° La détermination de la densité du sang et de celle du sérum dans l'état de santé et dans l'état de maladie.	Sans applications à la pathologie. — On n'a déterminé que la densité du sang défibriné; ce qui est un peu différent.
8° L'influence des deux sexes sur la composition du sang.	Influence déjà signalée par MM. Denis et Lecanu, et encore indéterminée.
9° Le chiffre 141 exprimant le nombre moyen des globules chez l'homme dans l'état de santé.	Chiffre qu'on est autorisé à considérer comme erroné.
10° Le chiffre de la fibrine : 2,2.	A vérifier.
11° L'absence d'altérations de la composition chimique du sang dans la pléthore, et l'existence d'une pléthore véritable (augmentation de quantité de la masse du sang) quelle que soit la composition de ce liquide.	Moyenne basée sur une seule analyse. — Appréciations pathologiques erronées.
12° L'influence de la maladie sur la composition du sang (diminution des globules.)	Voir n° 4.
13° Les lois de variations de l'albumine ; ces lois étant :	
a. La diminution de ce principe sous l'influence de la maladie.	A vérifier.
b. La diminution plus considérable dans les phlegmasies.	A vérifier.
c. La diminution plus considérable et très forte, non-seulement dans la maladie de Bright, mais encore dans certaines maladies du cœur avec hydropisies et les fièvres puerpérales graves.	Diminution déjà signalée pour toutes les albuminuries.
14° L'excès absolu de fibrine dans beaucoup de cas de chlorose et de grossesse; sa diminution beaucoup moins constante qu'on ne l'avait pensé dans les pyrexies.	A vérifier pour la chlorose. — Parfaitement étudié par MM. Andral et Gavaret pour la grossesse. — A l'égard des pyrexies, voyez le n° 5.
15° La séparation et la pondération des matières dites extractives et des sels libres dans l'état de santé et celui de maladie.	Tâche que nous persistons à considérer comme inabordable.
16° La séparation et la pondération de toutes les matières grasses, et en particulier les lois si remarquables des variations de la cholestérine et des acides gras, principes essentiels de la bile.	Ici nous sommes d'accord avec les auteurs. Les lois des variations de la cholestérine sont on ne peut plus *remarquables*.
17° La séparation et la pondération des sels solubles et insolubles, èt en particulier du chlorure de sodium et du phosphate de chaux.	Recherches qui ont conduit MM. B. et R. à déclarer que le chlorure de sodium ne diminue pas d'une manière notable toutes les fois qu'un individu est soumis à la diète. (Pages 25, 26.)
18° La séparation et la pondération du fer contenu dans le sang dans l'état de santé et dans celui de maladie.	Pondération qui a eu pour résultat une appréciation complétement fausse.

Nous avons accompli une tâche pénible; que MM. B. et R. nous le pardonnent.

Si les analyses du sang ne devaient servir qu'à satisfaire une curiosité de chimiste, nous nous serions abstenu; mais elles sont destinées à éclairer le diagnostic et le traitement des maladies. Dès lors il ne fallait pas qu'une application vicieuse de la méthode expérimentale pût impunément venir jeter le doute sur l'excellence de cette méthode; il fallait montrer aux praticiens qu'après comme avant les recherches de MM. B. et R., on doit s'abstenir de saigner dans l'anémie et d'opposer le fer à la pléthore.

Fleury,
Agrégé de la Faculté.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

Hôpital des Enfants, rue de Sèvres. — Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants. — M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater d'avril,

1° Les visites tous les jours à sept heures et demie;

2° Les consultations tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche;

3° Les leçons et les opérations tous les jeudis de sept heures et demie à dix heures.

— M. le docteur Ricord commencera mardi, 1er avril, à l'hôpital du Midi, sa clinique sur les maladies vénériennes. Les leçons auront lieu les mardi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures.

— Par décision de M. le maréchal ministre de la guerre, M. le docteur Charles Sédillot vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg.

— *Laboratoire de chimie pathologique annexé aux cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg.* — La Faculté de médecine de Strasbourg vient de prendre une honorable initiative; elle a demandé qu'un laboratoire de chimie pathologique fût annexé à ses cliniques. Cette demande a été favorablement accueillie par la commission des hospices. Nul doute que l'autorité supérieure ne confirme sa décision, et la Faculté de médecine de Strasbourg, la première en France, sera dotée d'une institution impérieusement réclamée par l'état actuel des sciences médicales et dont l'Allemagne est déjà en possession.

— On mande de Courtrai, le 8 mars :

« La petite vérole qui a fait irruption en notre ville, il y a plus de trois mois, continue à faire de nombreuses victimes; la maladie dans le commencement ne sévissait que parmi les enfants; mais aujourd'hui l'âge viril et la vieillesse lui payent aussi tribut. »

(*Gazette médicale belge.*)

de tissu adipeux, tellement que s'il peut s'en former ailleurs, où la graisse est nulle ou en petite quantité, le cas est très rare. Ainsi, on n'en voit pas ordinairement dans l'épaisseur des paupières, aux environs du pharynx, etc., parce que ces régions sont à peu près dépourvues de graisse; il y aurait ici de belles choses à dire sous le point de vue d'anatomie physiologique, et d'une certaine application à la pathologie. Bichat, selon moi, malgré l'immense talent qu'il a déployé dans son Anatomie générale, n'a pas assez fait ressortir les différents caractères que présente un système d'organes dans les différents points de l'économie. Je dis cela à propos des systèmes cellulaire et graisseux qui concourent au développement des tumeurs dont je vous entretiens dans ce moment, systèmes qui présentent les mêmes caractères dans tous les points du corps où on les observe. De cette conformité de caractères d'un système d'organes partout où il se montre, il résulte que les maladies aussi affectant ce système présentent ordinairement la même physionomie dans tous les points qu'il occupe.

Il y a pourtant des parties du système cellulo-graisseux qui semblent plus prédisposées que d'autres aux tumeurs lymphatiques, ce sont celles qui sont particulièrement entourées de graisse, et dans lesquelles la présence de celle-ci ne peut pas nuire à l'accomplissement des fonctions d'autres organes. Ainsi on n'en voit pas communément sur les parties latérales du cou, au front, parce que la peau dans ces parties jouissant d'une certaine mobilité, empêche le développement du tissu graisseux, tandis qu'on en remarque à la partie postérieure de la tête sous la peau de l'occiput, pour la raison contraire; de sorte que presque uniquement par la vue du siége qu'une tumeur occupe on pourrait avec une grande probabilité diagnostiquer si elle est de nature lipomateuse ou non, et on ne se tromperait que bien rarement en disant à l'aspect d'une tumeur siégeant sur le côté du cou ou sur le front que ce n'est pas un lipome. Il résulte de ces remarques, que tous les faits qui se présentent en opposition à cette sorte de règle méritent d'être enregistrés comme vraiment exceptionnels; or, tel est le fait dont nous parlons. Le lipome que nous avons enlevé occupait le côté droit du cou.

D'après ce que je viens de dire, il n'est pas étonnant que je me sois laissé aller à un diagnostic faux sur la nature de la tumeur, et c'est par conséquent sous ce second point de vue que le fait est remarquable, et j'ai cru devoir vous le présenter. Comment aurais-je pu supposer un véritable lipome là où on ne les observe que très rarement, d'autant plus, comme je vais vous le dire dans un instant, que j'y ai trouvé des caractères propres à une tumeur de toute autre nature?

La personne affectée de cette tumeur a trente-cinq ans environ, est d'une bonne constitution, un peu blonde; elle la portait depuis plusieurs années. La tumeur avait augmenté lentement de volume, sans produire aucune douleur ni gêne sensible, mais constituant seulement une certaine difformité à la région latérale du cou, dont la malade voulut absolument être débarrassée. Elle était étendue de haut en bas depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la moitié environ de la région cervicale, libre et mobile sous la peau. En la comprimant, on sentait manifestement une certaine fluctuation, et nous crûmes, d'après un examen attentif, qu'il s'agissait d'une tumeur enkystée contenant un liquide séreux, comme il s'en présente assez souvent dans cette région et comme j'avais eu occasion d'en rencontrer beaucoup dans ma pratique d'un volume as-assez considérable. Je vous dirai en passant que l'histoire de cette espèce de tumeurs n'est pas encore faite, et que c'est là une lacune qu'il faudrait remplir dans le cadre pathologique.

Je m'étais assuré que la tumeur ne tenait à aucun organe voisin important, et qu'elle n'était pas non plus ganglionnaire. J'étais bien ferme dans mon diagnostic. En conséquence, je ne pensai pas d'en venir tout de suite à l'extirpation, mais je voulus d'abord essayer de la résoudre par les moyens connus, cela étant infiniment mieux que de pratiquer une opération qui est toujours plus ou moins grave. Je me proposais de choisir entre une ponction suivie d'une injection irritante et l'application d'une traînée de pierre à cautère sur la peau qui couvrait la tumeur. La malade, patiente et courageuse, était prête à tout. Je me décidai pour le second moyen; car la ponction ne réussit pas souvent dans les tumeurs enkystées, comme elle réussit dans les cas d'hydrocèle à cause de la disposition des parties, bien plus favorable dans celles-ci que dans les premières. J'appliquai donc la potasse caustique; mais lorsque je fendis l'escbare quelques jours après pour pénétrer, comme je croyais, dans le kyste, quel ne fut pas mon étonnement de voir que j'arrivais à une masse molle et graisseuse, que j'avais enfin sous les yeux un beau lipome? Reconnaissant alors l'erreur du diagnostic, je vis quel était le traitement à employer, c'est-à-dire l'extirpation, que je proposai à la malade, chez laquelle je ne trouvai aucune opposition. Je laissai tomber les eschares et je pratiquai ensuite cette opération, en prolongeant en haut et en bas l'incision déjà faite sur la peau mortifiée, et enlevant avec facilité la tumeur que vous avez sous les yeux.

Ce cas, je le répète, quoique simple par lui-même, m'a paru digne de votre attention sous le double rapport susindiqué, et ne sera pas perdu pour votre pratique à venir si vous le fixez bien dans votre mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars. — Présidence de M. Caventou.

M. Duméril communique par lettre la décision de la section d'anatomie et de physiologie relative à la candidature vacante dans cette section. La section propose de porter à six le nombre des candidats.

Cette proposition est adoptée.

— *M. Chevallier* lit un rapport dont nous n'entendons ni le titre, ni un seul mot des développements, ni les conclusions.

D'après quelques observations de MM. Nacquart et Martin-Solon, nous croyons comprendre qu'il s'agit d'un procédé de préparer le gluten.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— *M. Martinens*, médecin de la Provence, lit l'analyse d'un travail qu'il se propose de publier sur la nature, les causes et le traitement de la goutte.

— *M. Trousseau* communique une nouvelle observation de paracentèse du thorax dans le cas d'épanchement pleurétique, suivie de succès.

M. Trousseau fait suivre cette observation de réflexions étendues relatives à l'opportunité de cette opération basée sur l'analyse et l'appréciation des symptômes, et au mode opératoire à suivre.

Cette lecture, dont nous reproduirons les principaux passages à l'occasion du rapport, a eté écoutée avec une grande attention.

— *M. Bouisson*, professeur à la Faculté de Montpellier, lit un mémoire intitulé: De la lymphe à l'état pathologique.

M. Bouisson examine successivement dans ce travail les changements morbides relatifs à la quantité et aux qualités physico-chimiques de ce fluide, ceux qui dépendent de son mélange avec des substances qui sont étrangères à sa composition, et enfin les modifications thérapeutiques qu'on peut imprimer à la lymphe. Il résulte des recherches auxquelles il s'est livré sur les altérations de la lymphe dans les inflammations, que lorsqu'un afflux sanguin de nature phlegmasique s'accomplit sur un organe, la lymphe contenue dans les vaisseaux qui partent de cet organe se modifie dans sa composition. Elle admet de la matière colorante rouge, et se charge d'une plus grande proportion de fibrine. Ce liquide augmente aussi notablement de quantité. De là, le gonflement des ganglions auxquels aboutit la lymphe; de là, les dépôts plastiques qui ont lieu dans les voies que la lymphe parcourt et qui deviennent quelquefois cause de leur oblitération.

M. Bouisson a poursuivi la recherche des altérations de la lymphe dans les angioleucites aiguës et chroniques, dans celles qui tiennent à une affection dyscrasique, la syphilis, etc. Les faits et les considérations qui se rattachent à ces divers sujets établissent d'une manière non équivoque l'altération de la lymphe qui tantôt se manifeste par un changement physique de ses propriétés, tantôt par l'action spéciale qu'elle exerce sur l'organisme.

D'après les faits connus d'altération de la lymphe par son mélange avec des matières étrangères, auxquelles il a joint des faits tirés de son expérience personnelle, M. Bouisson s'est cru fondé à établir diverses catégories d'altérations de la lymphe par mélange. Il cite plusieurs cas qui démontrent la présence du sang dans les voies lymphatiques; une autre série d'observations établit le mélange de la lymphe avec la bile, l'urine, le lait, etc. Des faits pathologiques ont aussi été fréquemment observés dans les voies lymphatiques. M. Bouisson cite plusieurs cas d'altération évidente de la lymphe dans le cancer, la mélanose, etc.

Les principales conclusions auxquelles l'auteur est conduit par ces observations, sont: que la participation de la lymphe aux conditions de l'état pathologique ne saurait être douteuse, qu'elle est tantôt cause et tantôt effet dans l'évolution des phénomènes morbides liés à ses altérations; enfin que le rôle auquel la lymphe est destinée dans l'économie et son mode de formation la mettent à même de recevoir une influence directe de la part de plusieurs agents thérapeutiques. Les grands moyens utilisés dans l'art de guérir, tels que la saignée, la diète, les purgatifs, etc., en modifiant l'action absorbante, modifient nécessairement la lymphe plastique qui en est le produit.

— *M. Gerdy* communique une pièce pathologique; c'est une tumeur du sein, enlevée sur une jeune enfant de trois ans, dont la nature est fort indécise.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mars 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Cornay adresse une note et des dessins sur un nouvel instrument pour la lithotritie qu'il appelle *multitriteur*. Cet instrument est formé d'une canule qui laisse à nu, dans l'échancrure de son extrémité vésicale, deux cylindres dont le mouvement est concentrique et inverse à volonté. Un ruban de fer, ayant des articulations, forme une anse qui presse la pierre sur les cylindres. Les cylindres ont un mouvement concentrique qui fait que la pierre ne se déplace pas; ils la réduisent en poudre dans une épaisseur égale à leur largeur. On pulvérise les morceaux qui restent les uns après les autres. Les cylindres ou meules sont garnis de raies et de spirales tranchantes ou bien encore de dents de lime.

— *M. Blandet* adresse un mémoire sur les accidents produits par le vert de Schwueinfurt (composé de verdet et d'acide arsénieux) dans les manufactures de papiers peints. Les médecins connaissent assez malheureusement l'empoisonnement arsenical interne, ou l'intoxication par l'ingestion d'une substance contenant de l'arsenic; mais l'empoisonnement externe, ou l'intoxication causée par l'inspiration de la poussière ou de toute autre émanation arsenicale, n'a pas encore été le sujet de leur investigation. Ce travail est destiné à combler cette lacune.

L'auteur rapporte d'abord plusieurs observations et fait ensuite la description générale de la maladie, qui présente d'ailleurs, avec un moindre degré de gravité, la plupart des symptômes de l'empoisonnement interne. Le symptôme spécial de la maladie, c'est l'œdème douloureux des bourses, précédé de bouffissure du visage et d'éruption papuleuse ou pustuleuse de la peau.

Les causes de la maladie sont évidentes; ce sont les opérations de fabriquer le vert de Schwueinfurt, d'imprimer les fonds avec ce vert, et de satiner ces fonds imprimés. Cette dernière opération est la plus dangereuse; elle consiste à brosser assez les imprimés en vert, de manière à les rendre lisses et brillants de ternes et mats qu'ils étaient. La brosse détache ainsi une notable quantité de poussière d'acide arsénieux, poussière blanche qui voltige autour de l'ouvrier, qui se fixe sur les parties extérieures, et que l'inspiration et la déglutition entraînent dans l'économie. L'ouvrier se refuse aujourd'hui à lisser plus de dix rouleaux par jour, et il est atteint du mal quelquefois encore. Qu'était-ce donc il y a quinze ans, alors qu'un seul ouvrier lissait ou satinait cent rouleaux, deux cent même sans changer de travail!

L'ouvrier ne connaît que deux remèdes contre ces accidents: le lait, contre les accidents internes, colique, prostration, etc.; l'essence, contre l'éruption cutanée et l'œdème. Deux remèdes pitoyables, dit M. Blandet. Il conseille l'usage du péroxyde de fer hydraté, même comme moyen préservatif.

— *M. Audouard*, pharmacien à Béziers, adresse une note sur cette question: Les agents toxiques, les sels solubles arrivent-ils jusqu'au fœtus?

L'auteur a cherché à résoudre expérimentalement cette question, et il est arrivé aux conclusions suivantes:

1° Les agents toxiques, les sels solubles pénètrent, en effet, jusqu'au fœtus, pourvu toutefois que la mort de la mère ne suive pas presque instantanément l'ingestion de la substance. Dans ce dernier cas, qui s'est présenté dans la deuxième expérience, le placenta s'imprègne suffisamment de cette substance, ou si le fœtus en reçoit, la proportion en est encore si petite, qu'elle n'est point appréciable à l'analyse... D'un autre côté, on peut admettre que si la matrice de la lapine, objet de la deuxième expérience, avait contenu trois ou quatre fœtus au lieu d'un seul, il eût été possible, en agissant comme dans la première expérience, sur une plus forte quantité de matière animale, d'en retirer de l'arsenic, et cela quand même la mère fût morte très peu de temps après l'ingestion du toxique.

2° Si on a lieu de supposer qu'une femme *enceinte* soit morte victime d'un empoisonnement, on ne doit pas négliger de rechercher aussi le poison dans le placenta, dans les eaux de l'amnios et dans le fœtus.

— *M. Cantu* adresse une lettre sur la composition des chlorures. Les résultats d'une longue série d'expériences me permettent, dès à présent, d'établir, dit l'auteur, en maxime générale, que dans toutes les productions des deux règnes se trouvent l'iode, et le brome à l'état d'iodure et de bromure, lorsqu'elles contiennent des chlorures. La coexistence de ces trois principes halogènes dans la nature; la grande analogie de leurs propriétés physiques et chimiques, et, dirai-je même, celle de leur vertu médicamenteuse, ne sont-elles pas des arguments propres à offrir des doutes sur la simplicité de l'iode et du brome? Je ne crois pas que ce soit un paradoxe.

REVUE GENÉRALE.

Empoisonnement par l'acétate de morphine. — Un homme âgé de vingt-quatre ans, commis chez un pharmacien de Marseille, résolut, par suite de chagrins, de se suicider. Le 14 juillet dernier, il avala 55 grains d'acétate de morphine, délayés dans une once d'eau et autant de sirop de gomme. Quelques minutes après, le pharmacien chez lequel il demeurait arrive en toute hâte, fait avaler de force au malade deux grains d'émétique, et un peu après deux cuillerées d'huile d'olive, le tout sans pouvoir obtenir aucun vomissement. Une heure après l'empoisonnement, le jeune homme, qui n'éprouvait encore que quelques vertiges peu intenses, sort avec un de ses amis et prend de la bière. Deux heures après l'ingestion de l'acétate de morphine, engourdissement dans les membres, tendance au sommeil. Le malade est porté à l'hôpital civil, et voici le traitement qu'on lui fait suivre. Une potion contenant de l'émétique et de l'ipécacuanha est administrée; de plus, on chatouille l'arrière-gorge avec les barbes d'une plume, sans pouvoir le faire vomir.

Deux heures et demie. — Coloration violette de la face; injection des yeux; lividité et froid des extrémités; somnolence profonde; paralysie des muscles élévateurs des paupières; sentiment pénible de démangeaison aux lèvres, au front et au nez. Saignée d'une livre, qui semble ranimer un peu l'intelligence du sujet; le pouls devient plein, dur et rare. — Frictions ammoniacales sur le bas-ventre; moxas aux jambes.

Trois heures. — La face est décomposée; les yeux, ternes, sont convulsés en haut et en dehors; la peau est froide partout le corps. On administre en deux fois une potion iodurés. Immédiatement après la seconde dose, des vomissements se déclarent. Le malade continuant à être dans un état de stupeur, et la somnolence continuant, on lui fait prendre toutes les cinq minutes des infusions concentrées de café, qui amènent chaque fois des vomissements.

Quatre heures. — Seconde saignée d'une livre, à la suite de laquelle le coma disparaît en partie, pour reparaître avec plus d'intensité peut-être une demi-heure après.

Cinq heures. — Troisième saignée; administration d'infusions de café concentrées; sinapismes aux épaules. A partir de ce moment, l'amélioration marche assez rapidement. Vers sept heures du soir (l'accident était arrivé à midi), le malade reconnaît ceux qui lui adressent la parole, prononce quelques mots, et peut combattre la tendance au sommeil qui l'accablait.

Le lendemain, à huit heures du matin, il se trouve assez bien, se plaint seulement de pesanteur de tête, d'étourdissements. Un infirmier placé la nuit près de lui, a été chargé de le tenir éveillé et de lui faire prendre continuellement de l'infusion de café.

Le 17 juillet, le malade sort complétement guéri.

M. Bonjean, de Chambéry, auquel on doit cette curieuse et intéressante observation, pense que si le sujet n'a pas succombé à la dose énorme de sel de morphine qu'il a avalée, c'est que d'abord ce sel n'était pas dissous dans la petite quantité d'eau qui a servi à le délayer; de plus, l'huile d'olives qui a été administrée a peut-être contribué à empêcher en partie l'absorption. La potion iodurée a eu principalement pour effet de provoquer les vomissements, et l'action excitante du café a neutralisé l'action des portions absorbées du sel vénéneux. M. Bonjean pense qu'en pareille circonstance, la décoction de noix de galle, ou la solution de tannin, doit être le premier contre-poison à administrer.

Emploi de l'essence de térébenthine à l'extérieur dans les convulsions des enfants. — M. le docteur Close fut appelé pour un enfant âgé de huit ans qui était agité de violentes convulsions, et était étendu sur le lit, la tête fortement et convulsivement fléchie en arrière. Les mâchoires, les paupières, les muscles du bras et de la jambe du côté droit étaient agités de violents mouvements convulsifs. Le pouls était à 140; les pupilles contractées et immobiles, les yeux horriblement déviés, les traits de la face tout bouleversés, la bouche pleine d'écume. Une saignée de 400 grammes est immédiatement faite par la jugulaire; puis l'enfant est plongé pendant plus de vingt minutes dans un bain chaud, ce qui n'ôte aux accidents rien de leur fréquence ni de leur gravité. Alors une bande de flanelle de la longueur de l'épine, de l'occiput au sacrum est imbibée d'essence de térébenthine et appliquée sur le rachis. A peine cette application est-elle faite, que l'enfant pousse plusieurs soupirs; sa respiration devient plus facile, il recouvre sa connaissance, et en moins de cinq minutes revient complétement à l'état normal, son pouls ayant repris en même temps sa fréquence ordinaire.

Ce moyen, bien qu'il ne soit pas nouveau, paraît avoir eu, entre les mains de l'auteur, d'assez nombreux succès pour que nous ayons cru devoir le recommander dans des cas analogues.

Traitement des brûlures par le liniment oléo-calcaire et le coton cardé. — Le docteur Payan a examiné, dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales, les résultats que l'on peut obtenir de l'emploi du coton cardé associé au liniment oléo-calcaire. Le coton cardé a été, pour la première fois, expérimenté d'une manière suivie par le docteur Anderson, de Glascow, dans le traitement de la brûlure à tous les degrés. Cette méthode a subi, en France, l'épreuve de l'expérience. On a, comme en Angleterre, vérifié ses résultats surprenants. Elle laissait encore à désirer cependant, et quelques chirurgiens tentèrent quelques modificatione qui ne répondirent pas toujours à leur attente. Celle que vient de donner M. Payan, en appliquant le coton associé au liniment oléo-calcaire, se rapproche plus près du but que l'on doit se proposer dans le traitement de la brûlure. La pratique de plusieurs médecins haut placés dans la science, et qui ont tous obtenus des résultats très satisfaisants de la thérapeutique du chirurgien d'Aix, vient de donner au succès que la théorie faisait attendre de sa méthode, l'appui de l'expérimentation. Ajoutons que souvent son traitement a été employé comparativement avec ceux de la même espèce connus jusqu'à ce jour.

Le mode de pansement de M. Payan consiste à étendre sur la brûlure le liniment oléo-alcalin, et à la couvrir de coton cardé. Par l'application du liniment, il arrête et prévient la douleur, en protégeant les papilles nerveuses; par celle du coton, il évite les pansements fréquents, et alors l'abondance ou l'odeur de la suppuration, dans les brûlures profondes et étendues, l'oblige de lever l'appareil plus souvent qu'il ne voudrait, ou qu'il n'est nécessaire, pour la guérison des plaies, il enlève seulement les couches superficielles du coton, qu'il

remplace aussitôt par de nouvelles, sans retirer celle qui est en contact direct avec les parties brûlées. Ce traitement a été surtout employé chez les enfants, et ses principales conclusions sont celles-ci :

Si le liniment oléo-calcaire et le coton cardé, appliqués séparément, sont avantageux, leur assoeiation lui paraît constituer le traitement topique par excellence. Il est utile, surtont dans l'enfance, par la cessation presque instantanée de la douleur et la rareté consécutive des pansements, dans les brûlures au premier, deuxième et troisième degré ; on peut aussi s'en servir avec beaucoup de profit aux autres âges. Il est convenable d'y recourir aussitôt après l'accident, s'il est possible ; en attendant qu'on se soit procuré le liniment et le coton, on peut employer les moyens connus, mais préférablement les fomentations avec l'eau végéto-minérale. Il est avantageux de renouveler le moins possible le coton en contact direct avec les parties brûlées.

Cataracte spontanément guérie. — Le docteur Roussilhe vit, en 1827, le sieur Plumade qui se plaignait d'avoir reçu, six mois auparavant, uu corps étranger dans l'œil droit. Cet œil, en effet, était cataracté ; la membrane capsulaire était d'un blanc nacré. La couleur de l'iris était châtain-foncé ; la pupille se contracte très bien quand on la soumet à une vive lumière. Le malade voit la lumière comme entourée d'un brouillard très épais. La cornée, examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune trace de cicatrice.

Environ un an après, et sans le secours d'aucun remède, le malade commença à voir le brouillard moins épais. A partir de cette époque, l'amélioration fit des progrès presque insensibles, mais très bien appréciés de cet homme, qui ne manque pas d'intelligence. Ce ne fut qu'en 1837 que M. Roussilhe le revit ; il annonça sa complète guérison. Voici quel était l'état de son œil : Cet organe est plus petit que celui du côté opposé ; il n'y a plus d'opacité derrière la pupille ; l'iris est d'un gris clair, la face antérieure de cette membrane, au lieu d'être convexe en avant, est un peu concave. La chambre antérieure de l'œil droit est plus grande que celle de l'œil gauche ; la pupille est plus dilatée dans l'organe malade que dans l'organe sain. Quand la pupille se resserre, l'iris est flottant, et forme des espèces de plis à la partie inférieure de l'ouverture pupillaire ; la vision. quoique rétablie, s'exerce mal.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse (ouvrage couronné par l'Académie de médecine) ; par le docteur GAUSSAIL.

L'ouvage de M. Gaussail, présenté à l'Académie de médecine, qui lui décerna en 1843 le prix Civrieux, est divisé en cinq parties formant autant de divisions tranchées et distinctes dans l'histoire de ce que la question mise au concours désigne sous le nom de *surexcitation nerveuse*.

Le première partie, sorte de prolégomènes, est consacrée à un coup-d'œil rapide jeté par l'auteur sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil nerveux de la vie de relation, de la vie organique, et de la physiologie de l'appareil nerveux, considéré au point de vue de son unité organique.

Dans une seconde division, qui est à proprement parler le commencement de l'ouvrage, l'auteur, adoptant la division établie par M. Leriche, et qui consiste à admettre quatre formes de surexcitabilité nerveuse, par excès ou par insuffisance de l'élément nerveux, par excès ou par insuffisance relatives du fluide sanguin (surexcitabilité hyper et hyponévrique, hyper et hypohémique), examine l'influence sur cette surexcitabilité du sexe, de l'âge, de la constitution, de l'éducation, des professions, etc.

L'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse forme le sujet du chapitre suivant, que l'auteur résume en sept propositions, dont voici un extrait abrégé : L'hérédité exerce une influence réelle sur la production de la surexcitation nerveuse. Elle semble produire plus souvent lasurexcitabilité hyper et hyponévrique, que celles qui dépendent de l'excès ou du défaut de fluide sanguin. Considérée comme simple prédisposition à certaines affections morbides qui l'accompagnent fort souvent, la surexcitabilité survenue n'en est pas moins susceptible de se transmettre béréditairement. Cette influence de l'hérédité ne se montre que des père et mère aux enfants, ou aux petits-enfants. Il est souvent très difficile de distinguer la surexcitabité acquise de celle qui résulte de l'hérédité.

Après avoir, par un nombre assez considérable de faits et d'observations tant recueillies par lui que pris dans les auteurs, prouvé d'une manière aussi positive que possible, la double Influence de l'hérédité sur l'affection elle-même dont il s'occupe et sur les maladies qui peuvent résulter de cet état morbide, M. Gaussail aborde la question du traitement de la surexcitation nerveuse et des maladies qui en résultent, considéré sous le rapport de l'influence que l'hérédité exerce sur elles. Ce traitement est divisé en traitement prophylactique et traitement curatif. La prophylactique doit être mise en usage pendant la vie intra-utérine, en agissant sur la mère ; pendant l'enfance, en agissant sur la nourrice ; pendant l'adolescence, l'âge adulte, et la vieillesse, en agissant sur le sujet lui-même.

Le livre se termine par les indications caratives, lorsque la maladie principale ou les affections secondaires se sont manifestées. Les études attentives et prolongées auxquelles s'est livré l'auteur, l'interprétation sage et raisonnée des phénomènes, une thérapeutique prudente et d'excellents conseils hygiéniques rendent digne d'intérêt cet ouvrage, dans lequel M. Gaussail s'offorce de jeter du jour sur l'un des points les plus obscurs des maladies nerveuses, déjà si obscures par elles-mêmes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la gastralgie ou gastrodynie, par M. le docteur SZERLECKI, de Strasbourg.

M. Szerlecki pense que, souvent, on ne peut trouver d'affection plus difficile à guérir que la gastralgie.

Dans les cas de gastrodynie qui sont accompagnés d'une augmentation de la sécrétion du suc gastrique ou d'une sécrétion de bile âcre, ce praticien a obtenu des résultats remarquables de l'emploi de la mixture suivante, empruntée à la Pharmacopée du Wurtemberg :

Pr. Semences de jusquiame,	12 grammes.
Semences de pavot blanc,	15 grammes.
Amandes douces,	nº 12.
Amandes amères,	nº 6.
Hydrolat de laitue,	200 grammes.

M. et F. S. A. une émulsion, puis ajoutez :

Carbonate de magnésie,	4 grammes.
Sirop de pavot blanc,	30 grammes.

M. exaclement.

On donne, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de cette mixture. Dans certains cas, M. Szerlecki fait ajouter à cette émulsion 6 centigrammes d'extrait aqueux de noix vomique.

Chez les sujets nerveux, lorsque la gastrodynie n'est point accompagnée des sécrétions exagérées ou altérées dont il a été question plus haut, et lorsque le magistère de bismuth reste impuissant, M. Szerlecki prescrit avec avantage la poudre ci-après :

Pr. Oxide de bismuth,	60 centigrammes.
Extrait de jusquiame,	60 centigrammes.
Poudre de noix vomique,	6 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, divisée en douze doses bien égales.

On fait prendre une de ces doses toutes les trois heures.

Lorsqu'il a affaire à des femmes hystériques, M. Szerlecki fait encore ajouter à la composition de cette poudre du castoréum de Sibérie, à la dose de 60 centigrammes à 2 grammes 40 centigrammes.

Dans les gastrodynies et les cardialgies invétérées, ce médecin emploie avec succès la codéïne, quand tous les autres moyens ont été prescrits inutilement, et il la fait prendre sous la forme suivante :

Pr. Codéïne très pure,	10 centigrammes.
Sirop de gomme,	125 grammes.

M. exactement.

On administre toutes les demi-heures ou toutes les heures pendant la durée des accès, et toutes les quatre à six heures seulement pendant les intervalles de calme, une demi-cuillerée à bouche de ce mélange, en ayant soin de l'agiter fortement avant de verser chaque dose.

Chez les chlorotiques, la gastrodynie cède ordinairement aux ferrugineux ; mais, dans les cas opiniâtres, ce praticien conseille avec succès les pilules ci-dessous :

Pr. Masse pilulaire de Vallet,	15	grammes ;
Poudre de Colombo,	8	id. ;
Poudre de noix vomique,	1	id. ;
Poudre de réglisse,	4	id.

M. et F. S. A. une masse bien homogène, divisée en deux cent quarante pilules égales et roulées dans la poudre de semences de badiane.

Ces pilules doivent être renfermées dans un flacon bien bouché.

On en fait prendre de huit à quinze le matin, et autant le soir.

Sur les applications thérapeutiques de l'iodure de potassium ; par M. le docteur OKE.

L'auteur mentionne les maladies contre lesquelles l'iodure de potassium a été donné sans succès, bien qu'il parût indiqué ou même qu'il eût déjà été employé par d'autres praticiens avec quelque avantage : ces maladies sont des tumeurs abdominales, des squirrhes, des carcinomes ulcérés, des lupus, des glandes indurées, des ulcères scrofuleux, des engorgements du foie, l'ascite, l'hydropisie enkystée.

Ce médicament s'est, au contraire, montré très efficace contre les ulcères phagédéniques, les maladies du périoste, les affections rhumatismales chroniques, ainsi que dans quelques cas de dyspepsie, d'asthme et de chorée.

M. Oke l'a donné dans un cas d'ulcération phagédénique très étendue de l'arrière-bouche, en solution avec l'alcoolé d'écorce d'orange et le sirop de gingembre.

Il a enlevé, dans l'espace de six semaines, de fortes douleurs ostéocopes rhumatismales, avec tuméfaction considérable du tibia droit, et qui martyrisaient le malade depuis huit ans déjà. Pour arriver à ce résultat, la dose de 25 centigrammes, trois fois par jour, ne fut jamais dépassée.

Dans le cas de chorée, M. Oke associe le vin de colchique à l'iodure de potassium.

Quant à la syphilis, l'auteur partage, en général, la manière de voir de Benjamin Brodie, savoir, que ce médicament agit très bien dans quelques cas, mais qu'il n'est pas possible de lui accorder une entière confiance. M. Brodie assure n'avoir pas observé de guérison radicale par son emploi, dans les cas où les accidents offraient un haut degré d'intensité. M. Oke, de son côté, ne nie pas la fréquence des récidives ; mais, toutefois, il affirme qu'il a fini par obtenir une guérison complète, après être revenu à plusieurs reprises à l'administration de ce moyen.

La Gezette médicale de Londres annonce la découverte qui vient d'être faite dans la bibliothèque d'Oxford des six derniers livres de Galien, *de Administrationibus anatomicis*, contenant la description des yeux, de la langue, de l'œsophage, du larynx, de l'os hyoïde, des nerfs de ces parties, des organes de la génération ; livres que l'on croyait perdus, et qui n'existaient daus aucune édition de cet auteur. Il est étonnant que cette découverte n'ait pas été faite plus tôt ; car un passage de la vie de Galien par Ackerman, dans l'édition de Kuhn, prouve que Bartholin avait eu connaissance de ces livres perdus, et indique leur existence dans la bibliothèque de Narcisse Marsch, archevêque de Dublin. C'est en effet dans les manuscrits provenant de la bibliothèque de ce prélat que l'on a trouvé ces livres, dont jusqu'ici l'on n'avait connu que les titres. C'est probablement de la bibliothèque de Bartholin que le manuscrit de Galien, possédé en 1672 par le célèbre anatomiste de Copenhague, passa dans celle de Narcisse Marsh, et de là dans la collection de l'Université d'Oxford, où il se trouve avec une traduction arabe manuscrite faite d'après l'original.

Le docteur Greenhill, auquel on doit cette première découverte, et qui a déjà acquis des titres à la reconnaissance des médecins par ses belles éditions de Théophile et de Sydenham, va très incessamment publier ce complément des œuvres de Galien.

La SEPTIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (première livraison du troisième volume), est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle comprend la suite des Maladies de l'appareil urinaire : corps étrangers et calculs de la vessie, dissolution et extraction de ces calculs ; lithotritie avec planches, etc. — Les autres livraisons paraîtront de mois en mois sans interruption.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 MARS 1845. (18e ANNEE.) N°. 37. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 28 MARS 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La physiologie du système nerveux s'est, depuis quelques années, beaucoup éclaircie. On touche du doigt, maintenant, dans l'axe cérébro-spinal, tous les cordons sensibles, et on les compte sans se tromper. De même, anatomiquement et physiologiquement, on reconnaît à des signes indubitables les cordons moteurs. On a suivi la sensibilité générale et la motilité dans les centres nerveux, dans les faisceaux de la moelle, dans le bulbe, dans la protubérance, dans les pédoncules, dans les tubercules quadrijumeaux, dans les ganglions optiques et striés; enfin, dans les lobes cérébraux; et des résultats, incomplets sans doute, mais déjà satisfaisants, ont été obtenus. On saisit d'un coup d'œil, à la fois plus large et plus sûr, l'ensemble du système nerveux dévolu à la nutrition, et l'on sait que des fibres grises, nées des ganglions qui se trouvent sur le trajet des racines postérieures des nerfs rachidiens, président, dans la vie de relation, aux actes de la nutrition, comme des fibres grises, originaires des ganglions du grand-sympathique, servent à l'acte nutritif dans les viscères abdomino-thoraciques; si bien que l'être est embrassé par un réseau gris nutritif, couvrant ses deux surfaces et le pénétrant, comme il est embrassé et pénétré par un double réseau de fibres nerveuses blanches, sensibles et motrices, ici soumises, là soustraites à la volonté.

Mais aussitôt que de la sensibilité spéciale ou générale, on cherche à s'élever à la considération de cette sensibilité merveilleuse dont les jeux divers composent l'entendement humain, on voit les difficultés s'accumuler et les faits se contredire.

De toutes les localisations des facultés de l'âme dans l'encéphale, il n'en est pas qui se présente avec autant de preuves imposantes que celle de la faculté de créer des signes représentatifs des idées et des affections dans la partie antérieure du cerveau. Un des maîtres les plus éminents de la véritable école d'observation, celui-là même dont les efforts tendent sans cesse à un rapprochement entre la médecine et les sciences physiques d'application; celui qui, le premier en France, et dès 1836, fit construire un thermomètre dans le but de constater la température des malades; le clinicien qui, se fondant toujours sur l'observation exacte, à part d'autres découvertes, telles que celle de l'oblitération des veines en tant que cause des hydropisies et des œdèmes, proclama cette admirable loi de la coïncidence de l'endocardite, de la péricardite et de l'endo-péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, dont l'un des résultats fut d'éclairer soudainement de la plus vive lumière la pathogénie, jusque-là si profondément obscure, des maladies du cœur; M. Bouillaud enfin, a prêté à la localisation dont il s'agit, l'appui de son talent et de son autorité.

Le mémoire de ce célèbre auteur date de 1825. Les faits qu'il renferme sont divisés en trois catégories.

Ceux de la première montrent, abstraction faite de toute détermination anatomique, l'abolition de la faculté du langage, comme seul symptôme d'une maladie, et conduisent à cette conséquence rigoureuse, que si la faculté du langage peut être abolie indépendamment de toute autre, il faut qu'elle existe indépendamment de toute autre.

Les faits de la seconde catégorie ont pour objet de prouver que cette faculté a son organe central, son moteur, dans les lobules antérieurs du cerveau. Ils sont au nombre de seize, les uns rapportés, les autres seulement cités, avec l'indication des ouvrages dans lesquels ils sont consignés. (Les Lettres de M. Lallemand *sur l'encéphale*, et le *Traité du ramollissement du cerveau*, de M. Rostan.) Dans ces observations, la perte du langage, l'intelligence étant intacte, coïncide avec une lésion du lobule antérieur. C'est ce que M. Bouillaud appelle les arguments positifs.

Les observations de la troisième catégorie sont les arguments négatifs; elles montrent la conservation de la faculté du langage dans des cas d'altération de parties du cerveau autres que le lobule antérieur.

M. Bouillaud est un de ces hommes qui ne parlent jamais sans qu'on les contredise, parce qu'ils ont l'initiative et ce qui la sert. Des objections lui furent adressées par MM. Cruveilhier, Andral, Lallemand et d'autres. Il répondit en 1836, dans un mémoire lu à l'Académie. La question fut posée de nouveau en termes précis. La parole est un acte complexe auquel concourent des facteurs divers: 1° des instruments particuliers pour l'articulation des sons, tels que la langue les lèvres (agents d'exécution); 2° un organe intérieur (que l'on pourrait appeler le pouvoir législateur, créateur de la parole) qui crée, *comprend* les mots représentatifs de nos idées et de nos affections, les apprend, en conserve la mémoire, et qui coordonne les divers mouvements nécessaires à la prononciation des mots, des phrases, du discours, faculté qui suppose elle même la mémoire de ces mouvements; 3° enfin, des moyens de communication, de correspondance entre le pouvoir législateur et le pouvoir exécuteur. Cela posé, on conçoit que la parole peut être gênée ou abolie: 1° par une lésion de l'appareil intérieur ou cérébral; 2° par une lésion de l'appareil extérieur ou exécutant; 3° par une lésion des agents de communication. La lésion de l'appareil central amènera la perte de la parole, tantôt par l'oubli des mots, tantôt par l'abolition de la faculté de coordonner les mouvements musculaires dont la parole se compose. La question ainsi rétablie dans ses véritables termes, M. Bouillaud discuta une par une les objections qui lui étaient opposées, et termina son travail par l'indication de nouveaux faits à l'appui de son opinion.

De même que cette opinion se fonde sur des arguments positifs et sur des arguments négatifs, les objections qu'on lui oppose sont positives ou négatives. Les premières sont des cas dans lesquels le libre usage de la parole a été conservé, tandis que les lobules antérieurs du cerveau étaient lésés; les secondes consistent en des faits dans lesquels la parole était abolie (l'intelligence étant conservée), nonobstant l'intégrité des lobules antérieurs et par le seul fait de la lésion d'une autre partie de l'encéphale.

Les faits de la première catégorie (positifs) ne peuvent être probants qu'autant qu'ils remplissent deux conditions. Il faut: 1° que la lésion consiste dans une altération et non dans un simple refoulement des fibres cérébrales, comme cela pourrait avoir lieu par une tumeur lentement développée; 2° que l'altération existe des deux côtés, des faits assez nombreux, dont plusieurs ont été rassemblés par M. Longet, dans son bel ouvrage, prouvant qu'un seul des hémisphères peut suffire à l'accomplissement des actes intellectuels comme un seul œil peut suffire à la vision. Citerons-nous le cas récemment publié dans ce journal par M. Baudens, et dans lequel un ramollissement de tout le lobule antérieur d'un côté laissa au malade (il s'agissait d'un militaire qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche), jusqu'au dernier moment l'usage de ses facultés intellectuelles et motrices? Si l'on pouvait arguer d'un cas semblable contre l'opinion de M. Bouillaud; si l'on pouvait dire: le lobule antérieur était ramolli et cependant le langage était conservé, donc cette faculté n'est pas liée à ce siége; comme toutes les autres fonctions étaient intactes aussi, il faudrait conclure que le lobule antérieur du cerveau n'est pas nécessaire, qu'il doit être mis sur le même rang que les amygdales, que c'est, en un mot, une superfétation de la nature, n'ayant de rapport au plus qu'avec la forme du front.

On ne nous accusera pas de partialité envers la doctrine du professeur de la Charité; car les faits qui nous ont conduit à examiner cette question, et que nous allons maintenant résumer, sont contraires à cette doctrine. Nous les produisons à regret; car nous ne connaissons pas le plaisir qui naît de la substitution du doute à la certitude. Que d'autres jouissent, par esprit de personnalité, de voir une opinion ébranlée; joie misérable qui dénote à la fois la petitesse du cœur et l'impuissance de l'esprit.

Le sujet du premier cas était un homme âgé de soixante-quatre ans, charbonnier, entré à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Cruveilhier, pour une bronchite chronique. Son état n'était pas inquiétant; il se promenait dans la salle. Au bout de quelque temps il eut des accès de somnambulisme; il se levait la nuit, et se livrait à des actes qui auraient été répréhensibles s'il avait eu conscience de ce qu'il faisait. On prit des informations, et l'on apprit seulement qu'il était sujet à parler à haute voix durant son sommeil.

On s'aperçut bientôt qu'il avait de la peine à prononcer son nom. Cette difficulté augmenta insensiblement. La langue était d'ailleurs parfaitement mobile et l'intelligence lucide. Il se nommait Giraldon. On lui disait les deux premières syllabes de son nom *Giral*, et alors il ajoutait *don*; puis, si on lui demandait de prononcer ce nom qu'il venait de terminer, il ne pouvait y parvenir, et il articulait un autre mot. La motilité et la sensibilité générales étaient conservées. Peu ou point de céphalalgie. L'interne du service, M. Hérard, auquel nous devons de pouvoir rapporter ce cas et le suivant avec les détails convenables, essaya de le faire écrire, mais il ne put obtenir de lui que des signes informes et sans signification. La difficulté de la parole fit des progrès; le patient était souvent arrêté; d'abord il n'avait pu prononcer son nom; il en vint à ne pouvoir émettre un certain nombre de mots; enfin l'impossibilité de parler devint presque complète. Notons que l'intelligence était conservée, ce dont il était facile de juger par les gestes du malade en réponse aux questions qu'on lui adressait. Il est bien évident que, dans ce cas, c'était la mémoire des mots et non le régulateur des mouvements propres à effectuer la parole, qui était en cause.

Cet homme ne pouvait articuler, parce que les mots qu'on lui demandait étaient comme effacés de son souvenir. Il lui était aussi impossible de les prononcer que de les écrire. Nous avons dit que l'impossibilité de l'articulation était *presque* complète. En effet, jusqu'à la veille de sa mort, il conserva la faculté d'articuler quelques paroles; mais ses paroles étaient sans suite et nullement en rapport avec les questions qu'on lui faisait. Il mourut après avoir éprouvé une gêne de plus en plus considérable de la respiration.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde et les ventricules. Les méninges étaient saines, peu adhérentes, excepté dans une étendue de trois centimètres carrés, « correspondant à la partie moyenne » et latérale de l'hémisphère droit, à égale distance de la » partie antérieure et de la partie postérieure de cet l'hémis- » phère. » La substance corticale était ramollie dans cette étendue. Un autre point ramolli se faisait remarquer en arrière sur le lobe postérieur. Il n'existait pas d'autres lésions dans l'encéphale. Le poumon contenait un dépôt abondant de matière qu'il fut aisé de reconnaître pour du charbon. (Le sujet, comme nous l'avons dit, exerçait la profession de charbonnier.)

Voilà donc un cas dans lequel l'abolition de la mémoire des mots coïncide avec une lésion de la partie moyenne et latérale de l'un des hémisphères, le lobule antérieur étant parfaitement sain: argument négatif contre la localisation qui fait le sujet de cet article. Le cas suivant fournit un argument du même genre, moins fort cependant.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-huit ans, né d'un père phthisique. Ce jeune homme était adonné à la boisson. D'un naturel gai, il devint sombre, et l'on reconnut qu'il éprouvait de la difficulté à prononcer certains mots. Il en était *taquiné*, et il accusait une gêne indéfinissable des lèvres et de la langue. Souvent il portait la main à ces parties comme pour s'assurer de leur intégrité. Il avait eu des vomissements. Il avait de l'appétit, et ne pouvait l'exprimer. Lorsque M. Cruveilhier lui demanda s'il voulait manger, il s'écria: *C'est ça, manger!* Son nom était *Soulier*: on lui demanda de le prononcer, il répondit *Angoulême*. (Angoulême était le lieu de sa naissance). Pourtant, mais par hasard, il prononça plusieurs fois son nom. Il était bijoutier. On lui demanda sa profession, et il répondit *bi... bi... bitier.* Nous avons dit qu'il avait dix-huit ans. On lui demanda son âge; il répondit: *Dix juin.* Du reste, il comprenait parfaitement et faisait des gestes très appropriés à ses pensées. Insensiblement il perdit tout à fait la parole. On avait constaté l'existence de cavernes pulmonaires; on reconnut de même une diminution sensible de la motilité et de la sensibilité dans le bras droit. Le sujet succomba aux progrès de la double affection dont il était atteint. On trouva des tubercules dans la plupart des organes (diathèse tuberculeuse). Les méninges étaient granuleuses, et rouges dans toute leur étendue; mais il est à remarquer que les granulations ou tubercules méningiens n'existaient que sur la partie moyenne de l'hémisphère gauche, respectant également le lobule antérieur et le postérieur.

Nous avons dit que ce fait est un argument moins fort que le précédent, et cela est vrai, puisqu'ici du moins la rougeur, c'est-à-dire l'inflammation des méninges, était générale. La lésion anatomique principale, la granulation tuberculeuse était limitée à la partie moyenne de l'hémisphère; mais la phlogose consécutive était uniformément étendue à toute la surface de cet hémisphère.

Dans ce dernier cas, était-ce l'organe de la mémoire des mots, était-ce l'organe régulateur des mouvements propres aux articulations orales, était-ce l'agent de transmission, était-ce les organes d'exécution, qui étaient lésés? La gêne éprouvée par le patient dans les mouvements de la langue et ceux des lèvres, semblerait accuser une atteinte portée à l'appareil qui effectue les articulations vocales sous le commandement du centre cérébral. Mais la possibilité de prononcer certains mots pour d'autres, prouve très évidemment que cet homme avait perdu le souvenir des mots, et que telle était la cause essentielle du symptôme qu'il a présenté.

Voilà les faits dans toute leur sincérité. Doit-on y voir une raison suffisante pour annuler absolument la conséquence à laquelle M. le professeur Bouillaud a été conduit? Non. On ne peut y trouver qu'un motif de réserve. Qui ne sait que, dans l'homme, toutes les parties du cerveau sont tellement solidaires, que la lésion d'une partie peut retentir sur une autre plus ou moins éloignée?

En présence des faits positifs, on ne peut s'empêcher d'incliner vers l'opinion de M. Bouillaud, et de suspendre au moins son jugement sur cette grave matière. Voici, par exemple, un cas dans lequel le rapport de la lésion avec le symptôme est tel que Gall lui-même eût pu le désirer. Nous le devons à l'obligeance de M. le docteur Serrier, chirurgien

sous-aide-major à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Le 26 octobre 1837, le nommé Faure tomba de la hauteur d'un premier étage, on ne sait sur quelle partie du corps. Il fut immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où M. Serrier était interne. Voici les symptômes qu'il présenta : Agitation extrême (on est obligé de placer un infirmier auprès de lui pour le maintenir) ; fracture de la clavicule gauche et de la cinquième côte du même côté; ecchymose à l'œil droit; plaie à la partie postérieure de la tête; hémorrhagie considérable par l'oreille gauche; conservation de l'intelligence; le malade répond par signes, très clairement, aux questions qu'on lui adresse. La sensibilité et le mouvement sont conservés; le pouls est fort, plein et fréquent; le visage est rouge et animé; *la parole est totalement abolie; le blessé ne peut articuler.* On fait une saignée de 360 grammes. La mort a lieu vingt heures après l'accident, et à l'ouverture du corps on trouve une contusion qui occupe toute la portion du lobule antérieur droit qui appuie sur la voûte orbitaire. La substance cérébrale était réduite en bouillie, broyée, à la profondeur de deux lignes environ, et la forme de la portion du cerveau contuse était tellement circulaire, qu'elle semblait avoir été faite à l'emporte-pièce.

Nous le répétons, de tels exemples ne sont-ils pas de nature à inspirer quelque confiance dans la localisation de M. Bouillaud? Soyons sévères, mais ne soyons pas injustes. Tenons compte des faits contraires; mais sachons reconnaître qu'il existe un grand nombre de faits affirmatifs. En définitive, cherchons encore et méditons; mais ne nions pas. X...

HOTEL-DIEU. — M. Jadioux.

Anémie spontanée. Réflexions sur cette affection chez l'homme.

Au n° 52 de la salle Saint-Lazare est couché le nommé Denavouet, charron, âgé de quarante-huit ans, né à Cambrai.

D'une constitution assez forte; tempérament éminemment lymphatique, d'une bonne santé habituelle, vacciné, non variolé, cet homme nous dit n'avoir jamais été malade. Au mois de juillet dernier environ, époque à laquelle sa maladie actuelle aurait commencé, il paraît avoir été pris de diarrhée, survenue sans cause connue; indisposition qui dura près de deux mois, avec des coliques assez violentes et presque continuelles. Cette affection ne fut accompagnée que d'un très léger mouvement fébrile, sans céphalalgie, sans vomissements ni nausées. Il entra à cette époque dans le service de M. Jadioux; il ne se rappelle pas très exactement le traitement qu'on lui fit suivre; cependant il se souvient qu'on lui administra du diascordium, et qu'on lui fit prendre quelques lavements laudanisés. Au bout de deux mois la diarrhée cessa, et le malade sortit de l'hôpital pour reprendre ses occupations. Peu de jours après sa sortie, il commença à ressentir des battements de cœur très violents lorsqu'il agissait beaucoup, qu'il se fatiguait à travailler, qu'il marchait vite ou qu'il montait un escalier. Son haleine était courte; oppressions, essoufflements, qui l'obligèrent à plusieurs reprises de cesser ses occupations, de garder la chambre, et même quelquefois de rester au lit. Ces symptômes augmentèrent pendant les derniers mois de 1844, au point que le malade ressentait des palpitations même en gardant le lit; à ces phénomènes vint se joindre une douleur dans le côté droit de la poitrine, douleur assez vive, quoique non pongitive, non continue, sans toux ni expectoration, se prolongeant depuis l'hypochondre jusqu'au niveau du sein droit. Grand sentiment de faiblesse. Le malade n'avait fait aucun traitement chez lui pour cette douleur non plus que pour les battements de cœur.

Toutes ces causes le déterminèrent à rentrer à l'hôpital, où il fut admis de nouveau dans le courant du mois de décembre. Il fut mis à un régime tonique, et il n'était pas survenu de grands changements dans son état, lorsque, le 14 janvier, il fut pris dans la journée de frissons suivis de chaleur et de sueur. Peau chaude, sudorale. Au moment de la visite du soir, pouls fréquent, régulier, médiocrement développé.

Le 15, nouveau frisson qui dura pendant une heure à peu près, et fut suivi comme celui de la veille de sentiment de chaleur vive et d'une sueur abondante. L'accès dura environ trois heures et demie.

Le 16, au matin, le malade est tranquille, dans un état de santé normal. La palpation et la percussion de la rate, qui n'avaient donné aucun résultat la veille pendant l'accès de fièvre, ne permettent de constater aucune augmentation de volume de l'organe. Pendant la journée, mêmes symptômes que les deux jours précédents, répétés à la même heure et pendant le même espace de temps. — Infusion de petite centaurée. Sulfate de quinine, 60 grammes en deux paquets, à prendre le soir, à quatre heures d'intervalles l'un de l'autre, lorsque l'accès sera complétement terminé.

Le 17, l'accès a manqué. — Même traitement.

Bien que la fièvre ne se soit plus reproduite dès la première administration du sulfate de quinine, on continue à faire prendre au malade ce médicament jusqu'au 28 janvier, époque à laquelle on recommence le traitement tonique.

Au moment où nous voyons ce malade, dans les premiers jours du mois de février, voici l'état qu'il présente :

Le sujet est d'une taille assez élevée, d'une corpulence assez forte; mais la peau est flasque, pâle, blafarde et même tirant un peu sur le jaune. Les chairs molles, sans consistance. Langue rosée, humide, nette; appétit assez bon : le malade dit avoir eu toujours assez bon appétit. Pas de douleur de ventre ni de diarrhée; pouls à 68-72. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière. Depuis que le malade prend du fer, la douleur de poitrine ne se fait presque plus sentir. Matité précordiale. Souffle vers la pointe du cœur, un peu en dehors, mais ne se faisant pas entendre vers la base. Du côté droit, en avant, on note ceci de curieux que la matité s'étend depuis le rebord des fausses-côtes jusqu'au niveau du mamelon. Cette matité est produite par le foie, qui, cependant, ne déborde pas le rebord des fausses côtes, comme il arrive le plus souvent dans les hypertrophies de cet organe. Pas de souffle dans les sous-clavières dans la position assise ou couchée. Bruit de diable avec ronflement dans la cavité droite, se faisant entendre d'une manière intermittente dans la position assise, cessant lorsque le malade fait un effort. On n'entend aucun bruit de souffle dans les artères crurales.

Traitement. — Lactate de fer 0,60 par jour. Vin de quinquina.

Depuis qu'il est soumis à ce traitement, le malade éprouve dans son état une amélioration sensible. Les forces reviennent, la teinte jaune-pâle diminue ainsi que les essoufflements et les palpitations.

— Ce fait nous a paru présenter, sous plusieurs rapports, matière à d'importantes considérations. Ainsi d'abord, les causes sous l'influence desquelles elle s'est développée, puis cette circonstance que l'anémie spontanée est assez rare ou du moins a été regardée comme assez rare chez l'homme, l'état du foie chez notre malade, etc.

Toutes les causes qui font perdre au sang une partie de ses principes fibrineux ou colorants produisent l'anémie. Les hémorrhagies spontanées ou traumatiques, les saignées copieuses et fréquemment répétées sont dans ce cas; mais ce n'est point ici l'espèce d'anémie qui doit nous occuper. Outre les causes qui diminuent directement la quantité du sang contenu dans l'économie, celles qui s'opposent à ce qu'une réparation suffisante ait lieu des pertes qui se font journellement la produisent également; telles sont une alimentation insuffisante, une hématose imparfaite, un travail trop prolongé et qui épuise les forces sans que le sujet puisse les réparer convenablement; la privation de lumière solaire, et c'est précisément à cette cause que l'on doit rapporter l'anémie que l'on observe chez les mineurs, est une des causes les plus puissantes et les plus rapides. L'homme s'étiole dans cette circonstance, si nous pouvons nous exprimer ainsi, comme fait la plante soumise aux mêmes conditions. Certaines professions, la manipulation des préparations de plomb ou de cuivre, par exemple, pendant un temps prolongé sont dans le même cas.

Les maladies chroniques et de longue durée, les affections organiques, en s'opposant à une assimilation complète et convenable, peuvent aussi modifier la composition du sang. Enfin, les affections morales vives, en épuisant directement les forces nerveuses, amènent le même résultat, en déterminant un trouble profond dans la circulation générale et capillaire. Nous ne terminerons pas cette énumération des principales causes de l'anémie, sans dire qu'il y a des cas aussi dans lesquels on ne peut rapporter à rien d'appréciable l'apparition de la maladie.

Chez notre malade, à laquelle de ces causes peut-on rattacher la maladie dont il est affecté, l'état dans lequel il se trouve? Il ne présente aucune lésion chronique organique d'un appareil important de l'économie. Les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve sont assez bonnes. La profession qu'il exerce n'est point de celles qui épuisent les sujets en les exposant à des miasmes ou à l'absorption de principes délétères.

Il arrive souvent qu'à la suite de fièvres intermittentes longtemps prolongées, les sujets qui en ont été affectés tombent dans un état d'anémie particulière, dont un des principaux symptômes est une teinte jaune-terreux de la peau. Mais ici, l'on ne peut rapporter à la fièvre intermittente dont il a présenté quelques accès, la maladie actuelle; cette fièvre n'ayant duré que quelques jours à peine, et surtout le malade présentant déjà, au moment de son entrée, cet état anémique antérieur à la fièvre d'accès. Resterait une dernière cause, dont nous devons apprécier la valeur : c'est la diarrhée dont le malade fut pris il y a quelques mois, et pour laquelle il est entré pour la première fois dans le service de M. Jadioux pendant le cours de l'année 1844. On pourrait, à la rigueur, assimilant, comme l'ont fait quelques auteurs, la diarrhée aux pertes de sang, dont nous avons signalé plus haut l'influence, supposer que le flux séreux intestinal avait épuisé le sujet et déterminé l'état général dans lequel il se trouve.

Certainement, nous ne prétendons nullement nier la valeur de ces pertes séreuses abondantes, ni l'affaiblissement manifeste qui en résulte. Mais dans le cas actuel, cette diarrhée n'étant survenue sous l'influence appréciable d'aucune maladie locale, inflammatoire ou autre, ne pourrait-on supposer avec plus de raison, ce nous semble, que la diarrhée ne devrait point être considérée comme cause, mais comme effet de la diathèse à laquelle il est soumis? Ceci nous paraît d'autant plus admissible, que l'altération du fluide sanguin ne saurait avoir lieu sans une modification consécutive dans la régularité des autres fonctions de l'économie, sans des désordres symptomatiques dans l'action des appareils de nutrition qui ont besoin d'une quantité donnée, dans un espace de temps fixe, de matériaux réparateurs. Or, le sang altéré dans sa composition normale, dans les proportions régulières de ses principes fondamentaux, est évidemment insuffisant à réparer les pertes continuelles que subit le sujet. De là ces troubles dans les fonctions digestives qui surviennent constamment chez les femmes chlorotiques, par exemple, chez lesquelles les principes constituants du sang ne se trouvent plus dans les rapports proportionnels nécessaires.

D'après cela, nous nous croyons en droit de rapporter la diarrhée à l'état anémique du sujet, et non l'état anémique aux pertes séreuses éprouvées par suite de la diarrhée. C'est donc à une anémie idiopathique ou spontanée que l'on avait affaire dans les circonstances actuelles.

Nous avons dit qu'une particularité assez curieuse avait été notée pendant l'exploration du malade par la percussion. C'est une matité dans la région antérieure du côté droit de la poitrine remontant jusqu'au niveau du mamelon, au niveau du cinquième espace intercostal. Cette matité, assez fréquente chez les femmes, chez lesquelles la compression continuelle exercée par le corset déforme le foie en l'aplatissant, est rare chez l'homme quand il n'existe pas d'affection chronique organique de cet organe. De plus, quand il y a hypertrophie du foie, si l'organe a gagné en étendue à la partie supérieure, il est habituel de voir l'augmentation de volume se manifester également à la partie inférieure, et le foie dépasser le niveau du rebord inférieur des fausses côtes. Chez notre malade, rien de semblable n'existait. Les doigts, profondément enfoncés au-dessous des fausses côtes en refoulant perpendiculairement les téguments et les muscles de l'abdomen, ne percevaient aucune résistance déterminée par le bord inférieur du foie. L'absence de symptômes du côté de l'appareil bilieux faisait rejeter l'idée de toute affection organique du foie. Il y a donc là augmentation de volume de l'organe, probablement normale chez le sujet, une sorte d'hypertrophie physiologique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, circonstance à laquelle nous ne serions pas éloigné de rapporter en partie l'intensité de la jaunisse de la peau, qui nous a paru plus forte que chez les sujets anémiques que l'on observe journellement. Cette opinion que nous avons entendu émettre par l'interne du service, rendrait compte de la teinte générale du corps plus foncée, nous le répétons, qu'elle n'est d'ordinaire chez des sujets simplement anémiques.

En présence d'un cas de ce genre, quel était le traitement à suivre? L'absence de toute altération organique locale rendait inutile l'emploi d'une médication dirigée sur tel ou tel appareil d'organes. C'était à l'emploi de médicaments analeptiques et propres à rendre au sang sa composition primitive et normale, qu'il fallait avoir recours. Les toniques, le vin de quinquina, les préparations ferrugineuses, une alimentation substantielle, tels sont les moyens thérapeutiques qui furent prescrits. Depuis que ce traitement est mis en usage, une amélioration notable s'est manifestée, et tout fait présager une heureuse et prochaine terminaison de la maladie.

Y...

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842. (1)

Commissaires : MM. MACENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur.*

(Suite du n° 34.)

La première de toutes, celle qui domine les autres, est l'atteinte fréquente des vaccinés par la variole; c'est d'abord celle qui frappa les médecins. Mais des vaccinateurs célèbres prétendirent le contraire; De Carro, de Vienne en Autriche, déclara qu'il n'y avait pas de différence entre le vaccin de 1809 et celui de 1819; Thompson dit qu'il trouvait, dans les vaccinations de 1820, les mêmes phénomènes qu'il avait observés dix-huit ans auparavant. Fodéré, Aikin, et la plupart des vaccinateurs, se rangèrent de cet avis.

D'un autre côté, les médecins de l'Allemagne, ceux du royaume de Wurtemberg en particulier, insistaient sur l'affaiblissement de la vaccine, et se fondaient sur l'absence fréquente des symptômes fébriles, sur l'avortement fréquent des capsules vaccinales, et sur la faiblesse des cicatrices que laissait après elle la vaccination.

D'après une enquête ordonnée par le gouvernement du grand-duché de Saxe-Weimar, on trouva que les cicatrices des vaccinés étaient d'autant plus parfaites, qu'un laps de temps plus considérable s'était écoulé depuis l'époque de la vaccination; de sorte que les anciens vaccinés avaient de plus belles cicatrices que les nouveaux.

A ces raisons, qui furent aussi celles de MM. Tueffer et Brisset en France, M. Fiard en ajouta une nouvelle. Il observa qu'ayant inoculé le vaccin à soixante et dix vaches, cette inoculation échoua complétement; et il en conclut, de la disparition de cette propriété jadis constatée, à l'affaiblissement du virus-vaccin actuel.

Enfin, pour prouver par l'analogie l'affaiblissement du vaccin, on invoqua l'affaiblissement problématique de certains autres virus; et, à notre connaissance, tout le monde a négligé le seul fait de médecine comparée qui puisse mettre sur la voie de la solution de cette question tant controversée. Ce fait est celui de l'inoculation du claveau, chez les moutons, cité par l'auteur du n° 22, à l'occasion de l'inoculation de la variole.

« On sait, dit-il, que, pour prévenir les ravages de cette maladie, les » agriculteurs ont souvent recours à son inoculation.

» Dans toutes les contrées où le nourrissage des moutons est important, et où le claveau, sous lequel des milliers de moutons succombent, » est fréquent, on a introduit l'inoculation de telle façon que, chaque » année, on inocule tous les agneaux, en se servant du virus pris sur le » moins malade, et en continuant toujours ainsi à ne transmettre que » le virus du mouton le plus sain. Par ce procédé, on obtient, à la » *dixième transmission, un virus qui, plutôt local, n'occasionne* » *que très rarement un claveau général;* de façon que cette maladie des moutons (qui est leur petite vérole) devient très douce et » sans danger. »

Ici, la modification du virus clavellique est manifeste; et son affaiblissement, ou plutôt son adoucissement rapide, est un fait qui mérite toute l'attention des observateurs, et, en particulier, celle des professeurs des écoles vétérinaires de France.

Quoi qu'il en soit, passons au parallèle des effets immédiats du vaccin nouveau (le cow-pox) et de l'ancien. La réponse en faveur du cow-pox est on ne peut plus concluante.

Aikin est le premier qui ait remarqué, en 1801, que le vaccin pris immédiatement à la vache produit des boutons plus saillants, et leur donne un aspect bleuâtre, en quelque sorte caractéristique. Le docteur Meyer observa, en 1826, que les vaccinations faites avec l'ancien vaccin manquaient plus fréquemment d'année en année, tandis que celles qu'il pratiqua avec le vaccin venant de la vache réussissaient presque constamment, et produisaient des pustules beaucoup plus parfaites, suivies de plus belles cicatrices.

Tous les médecins du royaume de Wurtemberg, mais particulièrement ceux des districts de Saalgen, Geisleingen, Guraud, Heilbronn et Leonberg, répétèrent la même observation sur des milliers de vaccinations.

(1) Nos lecteurs ont sans doute relevé une erreur typographique commise dans le dernier article; on a placé en tête un titre appartenant à un autre article.

En 1828, M. Fiard reçut du cow-pox d'Angleterre; il l'inocula à des vaches, et réussit; il reporta le vaccin de la vache sur des enfants, et obtint une éruption vaccinale offrant une différence remarquable sous le rapport du développement des pustules, de leur marche et de la durée de l'éruption comparée à celle de la vaccine ordinaire.

En 1830, l'auteur du n° 22 ayant reçu du nouveau vaccin découvert dans le Holstein par M. le docteur Ritter, s'en servit pour les vaccinations, et obtint des boutons qui, le neuvième jour, avaient un aspect bleuâtre, et présentaient dans leur marche des phénomènes plus actifs et des symptômes locaux plus intenses que les boutons provenant de l'ancien vaccin. Leur durée était plus longue et la cicatrice beaucoup plus développée. Son inoculation de bras à bras manquait rarement.

Mais cette supériorité du nouveau vaccin sur l'ancien ne fut jamais mieux établie qu'à la suite des expériences comparatives faites par M. le docteur Bousquet sur le cow-pox découvert à Passy, en 1836, par M. le docteur Perdreau.

Ces expériences, faites sous les yeux des médecins composant le comité de vaccine de l'Académie royale de médecine, mirent hors de doute l'activité plus grande du nouveau vaccin. M. Fiard, de son côté, obtenait de ce cow-pox le même résultat.

Cette activité se décelait par la force des pustules et par leur durée beaucoup plus longue, par l'inflammation et le mouvement fébrile qui étaient plus marqués et qui, quelquefois, par leur intensité, justifiaient les craintes qu'avait eues Jenner lors de ses premières inoculations. Les expériences comparatives entre le cow-pox et l'ancien vaccin ayant été faites sur les mêmes sujets, les unes au bras droit, les autres au bras gauche, nulle cause d'erreur n'a pu s'introduire dans leur résultat. Aussi, à partir de cette époque, la supériorité du nouveau vaccin sur l'ancien ne fut plus en France une question, mais devint un fait, à l'évidence duquel tous les médecins se rendirent.

Les expériences analogues contenues dans les mémoires des n°s 7, 19, 20, 23 et 24, viennent à l'appui des observations faites par le comité de vaccine de Paris.

Dans une question de cette importance, et qui intéresse à un si haut degré l'avenir de la vaccine, votre Commission est heureuse de pouvoir ajouter les expériences récentes faites par un de ses membres (M. Magendie), et dont l'Académie a eu connaissance par diverses communications. La dernière lui a été faite par M. le docteur Fiard, qui, sous les yeux et la direction de notre savant collègue, a multiplié les épreuves comparatives, et justifié en tous points les résultats obtenus par le comité de vaccine de l'Académie royale de médecine.

L'intensité plus grande des phénomènes du vaccin nouveau sur l'ancien est donc un fait définitivement acquis à la science, et acquis par des expériences qui ont donné les mêmes résultats en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en France.

La vaccination est plus assurée, plus certaine avec le vaccin renouvelé qu'avec l'ancien vaccin.

Mais cette intensité incontestable s'étendra-t-elle à la vertu préservatrice ?

C'est ce que nous devons examiner à l'occasion du second membre de cette question, ainsi conçu :

« *L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole ?* »

Au premier aperçu, on est porté à répondre par l'affirmative ; il semble qu'il devrait exister un rapport direct entre l'intensité de l'éruption vaccinale et sa vertu préservative.

La conclusion paraît même si naturelle, que tout d'abord elle a été déduite par tous les observateurs qui ont pu comparer les phénomènes d'inoculation de l'ancien et du nouveau vaccin.

Mais l'expérience n'a pas tardé à réformer ce qu'il y avait de trop absolu dans cette déduction, en nous montrant que la propriété préservative du vaccin n'était pas rigoureusement subordonnée aux phénomènes que développe son introduction dans l'organisme de l'homme.

Disons d'abord que la solution d'une partie de ce problème si intéressant est mise en réserve pour l'avenir. L'atteinte des vaccinés par la variole étant, ainsi que nous l'avons vu précédemment, la pierre de touche de la vaccine, on conçoit que le rapport proportionnel des variolés, parmi les vaccinés avec les deux vaccins, en est l'élément fondamental.

Or, en France, ainsi que l'observe judicieusement l'auteur du n° 24, le moment d'établir ce parallèle n'était pas encore arrivé à l'époque où le concours a été fermé.

Observons d'une part, en effet, que le cowpox découvert à Passy en 1836 n'était en circulation, en 1842, que depuis six ans. En supposant que nul sujet vacciné avec le vaccin nouveau n'ait été atteint par la variole, on ne pourrait déduire de ce fait aucune conséquence probante, par la raison que l'ancien vaccin n'est pas tellement affaibli, qu'il ne préserve encore pendant six ans, et beaucoup plus longtemps. Ce n'est donc que dans quelques années que l'observation attentive des vaccinés avec le cowpox de Passy, pourra fournir des éléments valables pour la solution de la question.

Et d'autre part, les vaccinations faites en Allemagne, soit avec le cow-pox découvert par le docteur Ritter, ou celui trouvé dans le royaume de Wurtemberg, auraient pu, en raison de leur ancienneté, fournir des documents précieux pour la solution de cette question ; mais nous en avons cherché en vain l'indication, soit dans l'histoire des épidémies postérieures, soit dans les rapports auxquels elles ont donné lieu.

Il existe beaucoup d'assertions qui établissent que le vaccin primitif ou le vaccin régénéré jouissent d'une vertu préservative plus prononcée que l'ancien vaccin. Mais ces assertions sont dénuées de preuves, par la raison, observe très judicieusement l'auteur du n° 20, que les relevés que nous possédons sur la variole dont ont été atteintes les personnes vaccinées sont presque tous trop incomplets relativement à l'époque précise de leur vaccination.

A la vérité les résultats fournis par les revaccinations dans l'armée prussienne semblent venir à l'appui de l'affaiblissement progressif de la vertu préservative du vaccin à mesure de sa transition successive ; en effet, on remarque dans ces revaccinations que les succès complets vont en augmentant d'année en année. Ainsi en 1833 ils étaient de 31 sur 100, en 1834 de 37, en 1835 de 39, en 1836 de 43, en 1837 et 38 de 45, et en 1839 de 46 ; mais avant d'adopter la conclusion qui en a été déduite en Prusse relativement à l'affaiblissement de la vertu préservative, il serait nécessaire de prouver que le succès des revaccinations donne la mesure exacte de l'aptitude des vaccinés à contracter la variole ; ce qui n'est pas établi, ainsi qu'on le verra bientôt.

L'auteur du n° 7, qui a observé les cow-pox sur soixante et dix vaches à la fois (fait, à notre connaissance, unique dans la science), dit bien, dans un passage de son Mémoire, que la vertu préservative du cow-pox est plus certaine que celle de l'ancien vaccin. Mais les exemples qu'il rapporte de sujets vaccinés avec le cow-pox, et qui ont bravé la contagion quelques mois ou même deux ans après la vaccination, ne sont nullement concluants, puisque l'ancien vaccin donne le même résultat.

Quant à la persistance de la vertu préservative, l'observation en Italie du cow-pox, sur ces soixante et dix vaches, étant de deux ans postérieure à celle de Passy, les réflexions que nous venons de rapporter à l'occasion de ce dernier lui sont entièrement applicables. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la réponse à cette partie du problème est réservée pour l'avenir.

Mais, en dehors de cette première question, il en est une seconde qui touche à la manière même dont les vaccinations doivent être pratiquées, ou à la quantité de virus qui doit être introduite par l'opération.

Dans le phénomène physiologique de la vaccine, les symptômes généraux sont occasionnés en partie par l'action locale des pustules vaccinales ; d'où il suit qu'en multipliant les pustules, on accroît la réaction. Jenner avait déjà observé ce fait.

Si donc il était établi par l'expérience que l'intensité des phénomènes locaux augmente la vertu préservative de la vaccine, il serait utile, ainsi que l'a recommandé le premier le docteur Brisset, de multiplier les piqûres de son inoculation.

Mais, malgré les nombreux ouvrages publiés sur ce sujet, soit en Angleterre, soit en Allemagne, soit en France, la solution scientifique est resté indécise ; elle a même été différente selon l'opinion des auteurs sur la nature de la variole.

Quoi qu'il en soit, l'auteur du n° 22 conseille de pratiquer la vaccination chez les enfants par douze ou vingt piqûres, afin de produire une réaction très prononcée. Pratique qui n'est, au reste, que l'application de la théorie vaccinale du célèbre Grégory, laquelle, après avoir eu un si grand succès en Angleterre et surtout en Allemagne, est présentement délaissée.

Observons d'autre part que la méthode anglaise, qui consistait à inoculer le vaccin par une seule piqûre a été abandonnée ; que l'ancien comité de vaccine la proscrivait depuis longtemps ; qu'en Prusse, en Bavière, etc., elle a été rejetée ; que dans les grandes épidémies de Marseille, M. le docteur Rubert remarqua que, parmi les vaccinés atteints, le plus grand nombre ne l'avaient été que par une seule piqûre ; que M. Tueffer, dont la longue expérience est d'un si grand poids, fait observer que dans sa pratique les vaccinations qui ne produisirent qu'un ou deux boutons furent presque toujours inutiles.

Nous arrivons ainsi à la méthode que la voie expérimentale a fait naître en France, et que nous devons au zèle si persévérant et si éclairé de l'ancien comité de vaccine de Paris. Cette méthode, que recommande et que pratique l'auteur du n° 24, consiste à inoculer le vaccin par trois ou quatre piqûres à chaque bras. Les phénomènes locaux et généraux qu'elle développe sont, d'après l'expérience, dans le degré d'intensité le plus favorable pour produire une bonne vaccination.

C'est aussi le résultat auquel arrive l'auteur du n° 20, après avoir exposé avec détail les méthodes nées de l'opinion, de la génération extérieure de la vaccine (exogénésie vaccinale), et en avoir analysé une à une les diverses applications.

Il arrive aussi à conclure que l'intensité des phénomènes locaux n'est pas en rapport direct avec la vertu préservative de la vaccine.

L'auteur du n° 24 laisse entrevoir également que, sous le rapport de la préservation, la différence n'est pas grande entre l'ancien et le nouveau vaccin.

Selon lui (et cette observation nous paraît juste), le degré de préservation dépend moins de l'activité du vaccin que de l'ancienneté de la vaccination. Quels sont les vaccinés, ajoute-t-il, qui ont été les premiers atteints de la variole ? Ce sont ceux de Jenner en 1815 et 16, ou les vaccinés de quinze à seize ans. Or, ces vaccinés touchant au berceau de la vaccine avaient cependant reçu le vaccin le plus actif.

Et, par contre, quels sont les vaccinés qui ont été respectés ? Ceux qui l'avaient été beaucoup plus récemment, et qui par conséquent avaient reçu un vaccin que l'on croyait dégénéré dans sa vertu préservative.

Ajoutons ici une observation importante de Jenner, qui le frappa beaucoup, quoiqu'il ne pût s'en rendre compte. Jenner observa que le vaccin pris dans les provinces d'Angleterre, offrait à son point d'insertion, une intensité plus grande que celui pris à Londres ; et il ajoute que celui de Londres, quoique plus faible en apparence, était néanmoins plus contagieux. Strohmeyer fit la même remarque en Hanovre.

C'est que l'action vaccinale a sa source dans l'introduction du vaccin dans l'organisme, et que cette introduction paraît jusqu'à un certain point dépendante des phénomènes locaux qu'il suscite à son point d'insertion.

L'auteur du n° 20 le déduit positivement des recherches comparatives des observateurs qui l'ont précédé, auxquelles il ajoute son expérience particulière.

L'auteur du n° 24, qui soutient la même opinion, en fait l'application aux phénomènes qui accompagnent l'inoculation du vaccin ancien et nouveau. Il fait observer, en effet, qu'entre ces deux vaccins, les différences ne commencent à être bien sensibles qu'à partir du septième au huitième jour. Or, il pense qu'à cette époque l'infection est déjà produite ; et il le prouve par l'expérience, qui lui a montré qu'aux septième et huitième jours le vacciné est inaccessible à la variole, comme il l'est aux effets d'une nouvelle vaccination.

Il rapporte, à cette occasion, des expériences qui ont été faites en 1824, sous les yeux des membres de la Commission, et d'après lesquelles, d'une part, le vaccin jouit de sa vertu reproductive après le 4e jour de développement de la pustule ; et, d'autre part, après avoir arrêté brusquement par une cautérisation profonde des pustules vaccinales, aux 7e et 8e jours, une seconde vaccination reste sans effet.

Ce résultat, qui semble établir que l'action vaccinale est déjà produite avant que les boutons aient atteint leur développement complet, est opposé aux vues de ceux qui pensent que l'action vaccinale a sa source dans le travail même du bouton. C'est, comme nous l'avons déjà dit, l'opinion de l'auteur du n° 22, qui, ayant répété l'expérience en contrariant par divers moyens le développement des boutons, fut surpris de voir, par l'insuccès de secondes vaccinations, que la première avait parfaitement réussi.

Comme l'auteur du n° 20, celui du n° 24 conclut qu'il est au moins bien vraisemblable qu'il n'y a pas de rapport absolu entre l'intensité des phénomènes locaux de la vaccine et sa vertu préservative.

Mais l'expérience précédente, quelque portée qu'on lui suppose, n'eût pas suffi pour faire abandonner la théorie vaccinale qui avait avancé le principe du rapport direct de la préservation de la vaccine avec l'intensité des phénomènes locaux qui l'accompagnent ; cette théorie avait elle-même préparé l'épreuve qui devait assurer son triomphe ou provoquer son abandon. Cette épreuve était celle des cicatrices.

Nous avons déjà vu que la méthode d'inoculation par une seule piqûre, ou même par deux, avait été rejetée. Les cas de variole si fréquents qui se déclaraient en Angleterre, chez les vaccinés, en étant la cause déterminante, au lieu de rechercher si la manière dont on vaccinait en Angleterre n'entrait pas pour beaucoup dans l'insuccès des vaccinations, on s'en prit uniquement à la méthode ; on dit : Les varioles surviennent chez les vaccinés parce qu'une ou deux piqûres sont insuffisantes pour introduire dans le corps de l'homme une action préservative assez énergique pour mettre à l'abri de la contagion variolique.

Multiplions les piqûres, et la variole sera conjurée. Le temps le prouvera !

On multiplia les piqûres, et on chercha à provoquer de belles cicatrices conformes au type qui servait de *criterium*.

Le temps s'écoula, les épidémies varioliques survinrent, et il arriva précisément que la variole sévit sur les vaccinés à cicatrices belles et nombreuses. La théorie fut dès lors jugée, et elle succomba définitivement sous les expériences des revaccinations en masse, qui reproduisirent exactement ce que les épidémies de variole avaient déjà mis en évidence.

L'auteur du n° 24 en rapporte beaucoup de preuves ; mais celui du n° 20 les a tellement multipliées, que l'on conçoit parfaitement que la théorie des piqûres et des cicatrices multiples n'ait pu se relever de cet échec.

L'enseignement que renferment ces expériences ressort de lui-même : la vertu préservative de la variole n'est pas proportionnée à l'intensité des symptômes locaux de la vaccine.

La vaccination par le cow-pox est plus certaine que par l'ancien vaccin.

Nous terminerons l'examen de cette partie de la deuxième question, en citant deux faits qui prouvent toute l'énergie de la vertu préservative de la vaccine à une époque où on la supposait affaiblie par la diminution d'intensité de ses phénomènes locaux.

Le premier est rapporté par l'auteur du n° 24.

La variole s'étant développée dans le collége de Sorèze, atteignit quarante élèves, dont deux seulement n'avaient pas été vaccinés.

En voyant ce danger, le directeur fit revacciner, par le docteur Millon, tous les autres au nombre de trois cents ; et, dès ce moment, l'épidémie cessa brusquement.

Au mois de mai 1831, la variole régnait à Mantoue ; elle pénétra dans l'hospice des Enfants-Trouvés. Douze en furent atteints. M. le docteur Solera revaccina les autres enfants, au nombre de deux cents, et la contagion s'arrêta.

La vaccine prétendue dégénérée coupant court à des épidémies de variole, que peut-on lui demander de plus ? Qu'eût-on pu exiger de plus des vaccinations pratiquées peu de temps après la découverte de la vaccine ?

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 27 janvier et 10 février 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

Après des rapports favorables sur leur moralité et leurs travaux sont admis membres-titulaires de la Société médicopratique, MM. les docteur Ducos et Legendre, et membre-correspondent M. le docteur Golfried Sknelkes.

— *M. le docteur Homolle* fait hommage à la Société de son travail sur la digitale pourprée, qui a été récemment couronné par la Société de pharmacie.

— *M. le docteur Chereau* communique l'observation suivante :

Le 4 octobre 1844, je fus mandé en toute hâte pour voir madame Cossard, âgée de trente-cinq ans, qui venait, me dit-on, de tomber dans une attaque d'apoplexie. Je trouvai cette femme dans l'état suivant : décubitus dorsal ; face vultueuse, injectée ; yeux proéminents ; tête légèrement renversée en arrière et élevée sur des oreillers ; respiration difficile, fréquente (35 à 40 inspirations à la minute) ; pouls vif, dur et fréquent ; contractions cardiaques irrégulières, précipitées ; les pupilles ne sont point dilatées, et l'iris se contracte normalement ; la malade, qui a conservé toute son intelligence, mais dont la parole est gênée, accuse une vive céphalalgie, des douleurs dans les membres, du froid aux extrémités inférieures ; la figure exprime la plus grande anxiété ; le bruit respiratoire s'entend, quoique faiblement, dans toute l'étendue des poumons ; la langue, non déviée de l'un ou l'autre côté, n'offre rien de particulier ; tous les muscles volontaires se contractent normalement. Le ventre offre le volume d'une grossesse parvenue à terme, sinon plus ; il est lisse, tendu, douloureux à la pression, mais à la pression seulement ; il paraît un peu plus bombé à droite qu'à gauche. Percuté avec soin, il offre de la matité dans ses deux tiers inférieurs et antérieurs ; supérieurement, dans les régions épigastrique et hypochondriaque gauche, on perçoit une sonoréité bien prononcée, et même tympanique dans quelques points. Malgré tous les soins que j'y mis, je ne pus découvrir aucune fluctuation. Je ferai cependant remarquer que la palpation ne me donna pas la sensation d'une tumeur solide, dure, mais bien celle d'une poche qui serait fortement distendue par un liquide ; par une forte pression, les doigts surmontaient la résistance que présentaient les parois abdominales ; mais celles-ci revenaient sur elles-mêmes aussitôt que la pression venait à cesser.

J'auscultai aussi le ventre, soit immédiatement à l'oreille nue, soit à l'aide du stéthoscope ; mais je n'entendis qu'une espèce de gargouillement lointain, et aucun souffle placentaire ou fœtal. Je pratiquai immédiatement le toucher vaginal : ce ne fut qu'avec beaucoup de difficultés que mon doigt parvint à l'orifice utérin ; ce dernier était porté fortement en arrière, et regardait la concavité du sacrum ; ma main gauche, appliquée en même temps sur le ventre, communiquait la pression qu'elle exerçait sur ce point à mon doigt placé dans le vagin. Le col était dilaté, du diamètre d'une pièce de 20 sous environ ; mais il me fut impossible de faire pénétrer mon doigt assez profondément pour reconnaître s'il y avait ou non de la fluctuation ; je pus seulement repousser rapidement le col de bas en haut, sans que mon doigt changeât de position, et la matrice retomba immédiatement d'elle-même. Le toucher rectal, auquel j'eus recours plusieurs fois et de diverses manières, ne m'apprit rien qui pût éclairer mon diagnostic. Les urines étaient modiques, très épaisses, bourbeuses, et je reconnus plus tard qu'elles contenaient cette matière spéciale que l'on a désignée sous le nom de kiestéine, et sur laquelle je fais maintenant quelques observations que j'aurai l'honneur de vous soumettre plus tard. Enfin il y avait de la constipation.

Voici en peu de mots les commémoratifs que j'obtins :

Madame Cossard était mariée depuis trois ans ; au bout d'une année, grossesse ; accouchement heureux d'un enfant mâle. Depuis cinq mois les règles n'ont point paru ; avant cette époque les menstrues se manifestaient régulièrement tous les mois ; le ventre a commencé à se tuméfier il y a environ cinq mois ; la malade éprouva du malaise, des nausées, des courbatures, des picotements dans les reins, des dépravations dans l'appétit, tous ces prodromes que la femme qui a eu déjà des enfants reconnaît si bien comme annonçant une grossesse. Madame Cossart se croyait en effet enceinte de cinq mois environ. Vers le quatrième mois le ventre prit tout à coup un volume insolite qui augmenta graduellement, sans cependant occasionner aucun symptôme alarmant, jusqu'à l'apparition soudaine, sans prodromes, des accidents pour lesquels je fus appelé, et que je viens de mentionner. Les extrémités inférieures n'ont jamais été tuméfiées.

Il fut évident pour moi que la cause du gonflement du ventre résidait dans la matrice ; car je ne trouvais ici aucun des symptômes qui aident à faire reconnaître soit une affection des ovaires, soit un épanchement de sérosité dans la cavité même du péritoine ; et je crus, malgré les commémoratifs que je pus obtenir, que j'avais tout simplement affaire à une grossesse à terme qui avait déjà amené quelques prodromes de l'accouchement, et que les symptômes constitutionnels qui s'offraient à mon observation étaient ceux d'une éclampsie. Je ne pus cependant m'expliquer le développement rapide et insolite qu'avait pris le ventre dans l'espace de quelques jours.

Dans cette disposition d'esprit, je pratiquai une large saignée du bras ; je prescrivis des boissons froides, et je fis donner à la malade, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche d'une potion de 120 grammes contenant 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Ces moyens amendèrent notablement les phénomènes généraux ; l'oppression diminua de beaucoup ; les vomissement cessèrent presque complétement ; l'anxiété générale diminua ; et la malade avoua elle-même quelle éprouvait un grand soulagement du côté de la poitrine. Mais dans tout le cours de la journée il survint graduellement de vives douleurs qui, par leur siége, par leur nature, *sui generis*, par leur caractère intermittent, étaient dues évidemment à des contractions utérines ; ce que confirma du reste le toucher vaginal. Dans la soirée, le col utérin était dilaté dans l'étendue d'une pièce de 5 francs (un peu moins cependant), et il s'était abaissé. Je pus introduire mon doigt

dans l'orifice, et sentir les enveloppes fœtales distendues par la liqueur amniotique.

A minuit et demi celles-ci se déchirèrent spontanément, et laissèrent échapper d'un seul coup, pour ainsi dire :

1° Une telle quantité de fluide séro albumineux, que le lit de la malade ainsi que le parquet, en furent littéralement inondés. Il est impossible de dire, même approximativement, la quantité qui s'écoula; je ne crois pas cependant m'éloigner beaucoup de la vérité en disant qu'il s'en échappa environ deux litres.

2° Un enfant du sexe féminin bien conformé; il pesait 240 grammes, et sa longueur, mesurée du sinciput au talon, était de 8 pouces et quelques lignes. Je pus extraire facilement ce fœtus du canal vaginal dans lequel il s'était arrêté, s'étant placé transversalement, le dos dirigé en avant; mais après un certain temps, ayant exercé quelques tractions sur le cordon, ce dernier se rompit très haut, et je ne pus parvenir à saisir le placenta et à opérer la délivrance : j'attendis.

L'élimination de ce fœtus et du liquide eut pour résultat un affaissement considérable et spontané du ventre, ce qui soulagea grandement la patiente.

A quatre heures du matin, l'on vint en toute hâte me chercher, car, disait-on, la matrice sortait par les parties. Mon doigt, introduit dans le vagin, sentit immédiatement un corps que je reconnus sans difficulté pour être celui d'un fœtus. Je l'amenai au dehors avec deux placentas accolés l'un à l'autre. Ce fœtus, du sexe masculin, était exactement semblable au premier sous le rapport du poids et des dimensions.

Les placentas ne furent pas plutôt sortis du vagin, qu'il s'écoula par flots une quantité de liquide encore plus considérable que la première fois; le lit, les vêtements de la malade, le parquet en furent inondés. Le ventre diminua proportionnellemedt de volume, et la patiente éprouva encore du soulagement.

Pendant trois jours consécutifs, il s'écoula lentement un fluide séreux; tous les accidents généraux disparurent; les suites de cet avortement de quatre ou cinq mois ne présentèrent rien de particulier à noter, et madame Cossard fut bientôt complétement rétablie.

Cette observation, Messieurs, m'a paru digne de vous être soumise. Un seul point, mais un point excessivement intéressant, et que pour ma part je n'ai jamais rencontré, rend le cas très curieux, je veux parler de l'énorme quantité de fluide contenue dans la matrice et qui m'a fait tomber dans la plus grande erreur sous le rapport du diagnostic. Il est évident pour moi maintenant que les accidents que ma malade éprouva du côté du système respiratoire et circulatoire ont été dus à la distension *non progressive* de l'abdomen par la dilatation anormale de l'utérus. De là l'oppression, la rapidité du pouls, l'irrégularité des contractions cardiaques, la turgescence de la face, l'anxiété générale, etc. Il me semble que l'on ne peut mettre en doute que j'ai eu affaire à une affection de l'œuf, et que cette affection consistait dans une accumulation anormale de fluide dans le sac amniotique,— dans une hydropisie de l'amnios. Par là s'expliquent aisément tous les phénomènes que j'ai observés.

— *M. Maisonneuve* rapporte l'observation suivante : Une dame de province se fit scier une dent cariée pour y faire mettre une dent artificielle dite à pivot. Cette petite opération, qui avait été peu douloureuse, fut suivie d'un abcès dans la joue; et pour le faire tarir, on conseilla l'ablation de cette racine; mais comme c'était une canine supérieure, à racine profonde, et que le chicot ne présentait plus de prise, les plus habiles dentistes n'en voulurent pas tenter l'extraction. D'après l'avis de M. Récamier, M. Maisonneuve fit une incision à la muqueuse, et après avoir mis le maxillaire à nu, il fendit l'os avec un ostéotome dans la longueur de l'alvéole. Cette opération est infiniment moins douloureuse que toutes celles que les dentistes pratiquent avec leurs divers instruments. Alors la racine étant à découvert, M. Maisonneuve l'accrocha avec un crochet, et elle glissa avec une grande facilité. Notre confrère pense que ce procédé est appelé à rendre des services à la chirurgie dentaire.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON.

REVUE GÉNÉRALE.

Rétrécissements spasmodiques de l'urètre. — Existe-t-il un véritable rétrécissement spasmodique de l'urètre, et peut-on par là expliquer certain cas de rétention d'urine inexplicable de toute autre manière? Le fait suivant, consigné dans la Revue médicale, semble en être un exemple. Un malade nommé Gilles, entré à l'hospice de Bicêtre comme aliéné, jouissant d'une bonne santé physique, séjourne pendant huit à dix jours dans les salles de médecine, sans qu'on remarque aucun accident du côté des voies urinaires. Tout à coup il éprouve des difficultés très grandes pour uriner, et le lendemain, à la visite, il offre tous les symptômes d'une rétention. Un des internes essaie de le sonder; il n'y parvient pas, et l'instrument est arrêté un peu au delà de la partie moyenne du canal. Le chef de service ne fut pas plus heureux dans la tentative qu'il fit après l'interne.

On ordonna le passage du malade dans la salle de chirurgie. M. Maisonneuve, à qui le service en est confié, ne réussit pas davantage à vaincre la résistance. Il fut contraint de laisser une bougie au niveau de l'obstacle, moyennant quoi le lendemain il fit pénétrer, sans grand effort, une sonde de dimension ordinaire. Un jour ou deux après, les mêmes phénomènes s'étant reproduits, les mêmes difficultés se montrèrent. De sorte que ce malade tantôt urinait comme à l'ordinaire, tantôt était sondé avec facilité, et d'autres fois opposait à l'introduction de la sonde une résistance invincible. Evidemment on ne pouvait attribuer cela à des rétrécissements organiques. D'ailleurs sa femme, qui fut interrogée, affirma que le malade n'avait pas eu, à sa connaissance, de maladie syphilitique ni de symptômes de rétrécissement.

Des considérations anatomiques sur la structure de l'urètre et sur la disposition du muscle de Wilson, destiné, selon M. Gosselin, à relever et à resserrer l'urètre, l'auteur du mémoire, après avoir rapporté plusieurs faits du même genre, cunclut à la possibilité du spasme de ce canal, dans sa portion membraneuse seulement.

Imperforation congéniale du rectum. — Appelé près d'un nouveau-né chez lequel il reconnut à l'aide de l'exploration immédiate une imperforation congéniale du rectum, le docteur Ménard fit transporter le petit moribond à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et là, avec l'avis de ses confrères, il a procédé de la manière suivante dans le but de rétablir les voies naturelles de défécation. L'enfant, ayant été placé à plat ventre et le bassin étant bien fixé sur les genoux de la sage-femme, l'opérateur introduisit le petit doigt de la main gauche renversée dans le rectum, et, s'en servant comme d'un guide, fit cheminer un trois-quarts de bas en haut, de gauche à droite. La première ponction, de trois centimètres environ, ne fit sortir qu'un peu de sang. Aussitôt l'instrument fut remplacé et poussé vers la symphyse sacro-iliaque. Cette fois le méconium s'échappa avec les gaz. Pour terminer l'opération, M. Ménard introduisit dans la direction suivie d'abord par le trois-quarts, un histouri étroit et boutonné, et, portant le tranchant en arrière et de droite à gauche, retira l'instrument en agrandissant le canal artificiel ouvert par le trois-quarts.

Les accidents qui avaient menacé la vie de l'enfant cessèrent dès que l'opération fut achevée. Rien ne fut laissé à demeure, mais on dilata deux fois par jour le canal, et bientôt la mère de l'enfant put se charger elle-même de ce soin. On remarquera, dit M. Ménard, que je n'ai rencontré l'intestin qu'à la hauteur de six centimètres, que les matières n'ont passé par la plaie que le sixième jour après l'opération, et que les déjections sont devenues normales seulement le quinzième jour.

L'auteur établit ensuite que la méthode suivie par lui est préférable à celle de Littre, qui a presque toujours donné lieu à la mort.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'hydrothérapie et de son application au traitement de quelques affections chroniques; par le docteur LUBANSKI, directeur de l'institut hydrothérapique de Pont-à-Mousson.

Trop vantée par les uns qui en ont fait une panacée universelle, et par une réaction assez ordinaire, trop légèrement proscrite par les autres qui ne se sont point donné la peine de l'examiner suffisamment, l'hydrothérapie en appelle au jugement des hommes sérieux et exempts de toute passion. C'est pour attirer l'attention des praticiens sur la valeur de l'hydrothérapie comme méthode thérapeutique, que M. Lubanski publie le travail dont nous allons donner une analyse succincte.

L'hydrothérapie, dit l'auteur, ne consiste pas seulement dans l'emploi de l'eau *intus* et *extra*, comme on le croit généralement; pour lui, c'est le traitement des maladies par l'eau, l'air, l'exercice et le régime. Mais son but n'étant pas de faire un traité complet de la médecine hydriatique, il ne s'occupe ici que des applications de l'eau à l'intérieur et à l'extérieur, et de leur action physiologique. Une première division est consacrée à l'étude de la sudation, et au procédé sudorifère le plus fréquemment employé en hydrothérapie, nous voulons dire l'emmaillottement, procédé dont l'invention est bien réellement due à Priesnitz. Puis viennent les bains généraux, tièdes ou froids, les bains partiels, les applications locales, les douches, les lotions, affusions, ablutions, injections, dont l'auteur étudie les effets et les résultats, tant sur l'homme malade que sur l'homme en santé. L'administration de l'eau en boisson, soit qu'on l'emploie comme véhicule du froid, soit que l'on ait en vue seulement l'action qui est propre à ce liquide, termine la première partie du mémoire.

Dans la seconde division, plus spécialement consacrée à la thérapeutique, comme la première l'est à l'action physiologique de la méthode, l'auteur traite du sang, de l'influence de ses altérations sur la production de quelques affections chroniques, et de la manière dont le traitement hydriatique peut les modifier. Les conclusions de M. Lubanski sont : que la puissance de l'hydrothérapie ne saurait être révoquée en doute; que maniée avec prudence et habileté, cette méthode est appelée à jouer un grand rôle dans la cure des maladies; mais qu'il est nécessaire de s'en occuper sérieusement, le cercle de ses applications devant incontestablement s'agrandir; enfin « que son passé fait bien augurer de son avenir, mais qu'il faudra qu'elle se dépouille de ses merveilles et qu'elle prenne cet air de modestie et de vérité qui est le cachet du vrai mérite. »

Traitement des vertiges; par M. le docteur SZERLECKI.

M. Szerlecki traite ordinairement les vertiges dus à la rétrocession des douleurs rhumatismales par la poudre de Kaempf, dont la composition est la suivante :

Pr. Résine de gayac,	2 grammes;
Bitartrate de potasse,	4 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, divisée en deux doses égales.

On prend ces doses à un jour de distance l'une de l'autre.

Dans les cas de vertiges nerveux, ce médecin a souvent employé avec succès le liniment ci-après dû à feu le docteur Beck :

Pr. Alcoolat de lavande,	60 grammes;
Alcoolat de serpolet,	60 id.;
Ether sulfurique,	8 à 12 id.

M. par agitation.

On se sert de ce liniment pour pratiquer, plusieurs fois par jour, des lotions sur le front et sur les tempes.

NOUVELLES.

M. Coste, professeur d'embryogénie comparée au Collége de France, ouvrira son cours le jeudi 3 avril prochain, à trois heures précises, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

— Dans le dernier numéro, article *Bibliographie*, on a attribué, par erreur d'impression, la classification des diverses formes de surexcitation nerveuse à *M. Leriche*, lisez *M. Cerise*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er AVRIL 1845. (18e ANNEE.) No. 38. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Tumeur de nature douteuse à la partie supérieure de la cuisse; ponction exploratrice; incision; issue de plaques fibrineuses. Incertitudes du diagnostic. Observations et remarques par M. Jules DAVASSE, interne.

Un homme, venant de la campagne, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 10 janvier 1845, pour une tumeur située à la partie supérieure de la cuisse droite, presque immédiatement au-dessous du pli de l'aine. Agé de vingt-cinq ans, d'un embonpoint médiocre, d'une constitution assez délicate, blond, le teint clair et légèrement coloré; issu d'une famille qui présente encore toutes les conditions d'une bonne santé (sa mère seule est affectée de varices depuis longtemps), il n'a jamais eu de maladie grave; seulement, il est sujet à s'enrhumer assez facilement, et se rappelle avoir vu se développer par deux fois sur tout son corps un exanthème (qu'il caractérise sous le nom d'éruption du sang), causant un peu de démangeaison, et qui disparut spontanément en quelques jours. Il exerce la profession de maçon, et est marié depuis deux ans.

Il a vu survenir, il y a dix-huit mois environ, et trois mois après une chute qu'il fit d'une douzaine de pieds d'élévation, sur le sol, trois petites tumeurs sur la région antérieure de la poitrine, au voisinage de la portion cartilagineuse des premières côtes; ces tumeurs reconnues pour des abcès, et ouvertes par un médecin, ont suppuré pendant six mois, sans que la santé générale du sujet parut altérée. C'est deux mois après leur cicatrisation complète qu'est survenue au-dessous du pli de l'aine la tumeur dont nous avons à nous occuper ici.

Ce malade n'avait jamais eu de douleur dans aucun point du rachis, ni aucune faiblesse dans les membres abdominaux. Il s'aperçut un jour, en se rendant comme d'habitude à ses occupations, d'une petite tumeur comme une noisette à la partie supérieure de la cuisse droite. Comme elle ne le gênait pas, il ne s'en inquiéta nullement; néanmoins, à l'occasion de quelques fatigues, elle augmenta sensiblement de volume; et il y a un an, elle avait acquis les dimensions actuelles. Le médecin qui l'avait déjà soigné crut avoir affaire à un abcès froid semblable à ceux qui s'étaient développés précédemment sur la paroi thoracique, et appliqua en conséquence de la potasse pour l'ouvrir; mais pendant la chute de l'eschare, très superficielle du reste, il changea d'opinion, et se rejeta sur l'existence d'une hernie. Ce qui l'avait trompé d'abord, disait-il, était la situation de la tumeur, et son défaut de gargouillement quand elle rentrait. A quelque temps de là il conseilla au malade de venir à Paris pour se procurer un bandage. C'est alors que celui-ci entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, no 35.

Voici les caractères de cette tumeur à l'entrée du malade : Du volume du poing environ, elle était située à la partie supérieure et interne de la cuisse, un peu au-dessous du ligament de Fallope qu'elle dépassait un peu en haut et en avant, et immédiatement en dedans de l'artère fémorale, dont les pulsations pouvaient s'apercevoir à côté. Sa forme était hémisphérique, ou plutôt légèrement oblongue dans le sens vertical, qui présentait un décimètre d'étendue; d'un côté à l'autre sa périphérie était moindre d'un centimètre. Sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, sans tension ni douleur; fluctuante; non pulsatile. Les battements artériels n'existent que sur le trajet du vaisseau à son côté externe. Réductible, mais non en masse et sans bruit par la compression directe au-devant du pubis; se reproduisant aussitôt par le défaut de compression, et avec tout son volume, sans bruit ni mouvements saccadés; la réduction était facile, surtout dans la flexion de la cuisse, l'extension du membre amenait au contraire son expulsion. Au reste, sous le rapport de la réductibilité, la compression préalable soit au-dessus, soit au-dessous de la tumeur, était également indifférente; mais en appliquant le doigt à sa partie moyenne, et en pressant dans la direction du trou ovalaire lorsqu'on l'avait réduite, les efforts du malade étaient impuissants à la faire sortir; elle ne se réduisait pas néanmoins dans le ventre; rien n'indiquait la réalité de cette réduction. La compression alternativement faite au-dessus ou au-dessous n'amenait aucun changement dans son volume ou sa forme, ou sa tension, ni même la marche, la station prolongée, et les brusques mouvements respiratoires. La percussion donnait une matité complète; l'auscultation n'y faisait découvrir aucun bruit. Il y avait un signe que nous devons spécialement signaler, c'est l'existence d'une sorte de frémissement qui se communiquait dans les efforts de toux, sous la main appliquée à la surface de la tumeur, et qui n'avait pas lieu lorsque l'on comprimait fortement au-dessus d'elle sur le corps du pubis; la main pouvait sentir encore comme un gargouillement d'une nature particulière, un sentiment de collision par grosses saccades, mais seulement dans les mouvements d'extension forcés de la cuisse, alors que la tumeur préalablement réduite se reproduisait brusquement. Enfin, trois ponctions exploratrices avec des aiguilles à cataracte n'amenèrent au dehors que quelques gouttes de sang.

On conçoit que l'ensemble de tous les signes que nous venons de grouper, n'a été acquis que successivement et par un examen répété; aussi, dans les premiers jours, étaient-ils insuffisants pour asseoir un diagnostic, et plus tard ils semblaient le compliquer, loin de l'éclaircir. La situation de la tumeur sur le trajet et à la partie supérieure de la veine, le frémissement que la toux lui communiquait, sa réductibilité apparente, avaient d'abord donné l'idée d'une tumeur sanguine veineuse, idée que les ponctions exploratrices semblaient confirmer. D'autre part, la possibilité de maintenir la tumeur réduite par la compression pratiquée directement au-devant du trou sous-pubien, malgré les efforts du malade, et cette sensation, mais peu nette, de gargouillement que sentait la main, inclinaient à faire porter le diagnostic d'une hernie obturatrice. Les antécédents du malade laissaient encore la présomption d'un abcès par congestion provenant soit du bassin, soit de la colonne vertébrale. Enfin le sentiment de collision qu'on sentait dans la tumeur, lorsqu'elle se reproduisait dans l'extension du membre, semblait pathognomonique d'un hygroma chronique ou d'un kyste d'acéphalocystes.

La diversité de tous ces caractères devait amener presque nécessairement un désaccord dans le diagnostic, parmi les personnes qui avaient examiné le malade; aussi, soit avant, soit depuis l'entrée de celui-ci à l'hôpital, la tumeur avait pu être considérée comme un *abcès froid*, une *hernie crurale*, une *tumeur variqueuse*, une *hernie obturatrice*, et comme un *hygroma chronique*. Cette dernière opinion, la plus plausible au point de vue de plusieurs signes locaux, fut émise par des chirurgiens du plus haut mérite auxquels le malade fut présenté par M. Malgaigne, dans la séance du 15 janvier de la Société de chirurgie; cependant elle ne s'accordait pas avec la situation de la poche en dedans de l'artère, et par conséquent du muscle psoas. Quoi qu'il en soit, le conseil fut donné de pratiquer une incisinn sur cette tumeur.

Le 17 janvier, M. Malgaigne fit d'abord une ponction avec un trocart à hydrocèle, vers la partie la plus saillante; il s'écoula par la canule une sorte de bouillie rougeâtre, non homogène, trouble, formée par un liquide séro-sanguinolent avec des débris pseudo-membraneux qui, s'embarrassant dans le conduit du trocart, empêchèrent bientôt le liquide de refluer au dehors. Alors le foyer fut largement ouvert avec le bistouri, qui intéressa une épaisseur assez considérable de parties molles formant le kyste résistant de la tumeur; l'incision ayant été agrandie en baut et en bas avec les ciseaux, à cause de l'abondance des parties contenues, il s'échappa aussitôt une assez grande quantité de pelotons pseudo-membraneux mous, et de volume varié, dont la tumeur était remplie, sans qu'il y eût trace de pus ou de corps acéphalocystes quelconques, ni même de liquide séreux au moins en quantité très appréciable. Ces masses membraniformes étaient sous forme de laciniures rosées et peu consistantes, gagnant le fond

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Nouvelles du jour.

Hier lundi, 31 mars, MM. Magendie, Roux, Andral et Velpeau, membres de l'Institut, récemment nommés pairs de France par ordonnance du roi, ont été introduits au Luxembourg par MM. Gay-Lussac et Thénard, et ont prêté serment entre les mains de M. le chancelier. A la réunion des bureaux, nos quatre confrères ont été nommés commissaires pour l'examen des projets de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine

— Voici les principales dispositions qui résultent de ces projets de lois tels qu'ils ont été modifiés par la Chambre des Députés.

On ne pourra être admis à devenir élève d'une Faculté de médecine qu'après avoir passé deux ans dans une école préparatoire, et subi des examens spéciaux. Des examinateurs seront nommés à cet effet.

Les Facultés seront seulement chargées de donner l'enseignement. Les examens probatoires seront subis devant un jury spécial nommé en dehors des professeurs.

Il n'y aura plus qu'une seule classe de médecins, celle des docteurs en médecine.

Les médecins sont fonctionnaires publics.

Leur nombre ne pourra s'élever au delà de 20,000.

Ils seront distribués sur la surface du royaume, de manière à former vingt mille cantons médicaux ou *asclépions*

Chaque médecin d'asclépion recevra un traitement annuel fixe de 3,000 francs.

Il sera tenu de donner gratuitement ses soins à tout individu ne payant pas 30 francs d'impôts.

Tout individu payant au-dessus de 30 francs d'impôt, rétribuera le médecin d'après un tarif proportionnel à sa cote d'impositions.

— Le directeur des Beaux-Arts, frappé de la belle architectonique de la nouvelle salle de l'Académie de médecine, vient de commander pour quarante mille francs de peintures destinées à orner les murs de cette enceinte.

— Le jour de Pâques, M. Capuron a été vu portant un chapeau neuf.

— Le discours de M. Dubois (d'Amiens) sur les progrès de la médecine a été publié dans le *Bulletin* de l'Académie. Depuis cette publication, deux gardes municipaux stationnent à la porte de M. Baillière pour faire prendre la queue aux nouveaux abonnés de ce recueil.

— Pour paralyser cette concurrence, nos abonnés recevront gratuitement avec ce numéro la collection complète des discours prononcés à l'Académie de médecine par MM. Alard, Barbier, Bonastre, Boudet, Bouriat, Chéreau, Derosne, Guiart, Lacournère, Martin et Mitouart.

— M. Malgaigne vient de louer le château de *la Muette*, abandonné par M. Guérin, pour y fonder une maison d'orthopédie.

— M. Civiale fait tous ses efforts pour que le prix d'Argenteuil soit décerné à M. Le Roy-d'Etiolles.

— Dans leur dernière réunion, les médecins des hôpitaux de Paris ont adressé une demande au Conseil-général relativement au bouillon des malades, qu'ils trouvent trop fort et trop nourrissant.

— Les médecins de Paris se proposent d'ouvrir un cercle afin de favoriser leur tendance générale vers l'union confraternelle.

— M. Baillière va éditer les œuvres de M. Heller, membre de l'Académie royale de médecine.

— M. le bibliothécaire de l'Académie de médecine est malade; on attribue son indisposition aux fatigues de sa place.

— Le général Tom-Pouce doit être présenté aujourd'hui, à trois heures, à l'Académie de médecine.

A cette occasion, M. Virey lira une dissertation philosophique sur les géants.

— M. Auzias-Turenne vient d'inoculer la syphilis au chat de M. Ricord.

— M. Mandl et M. Lebert, célèbres micrographes, après avoir examiné une tumeur au microscope, ont été d'accord sur sa nature.

— Un statisticien vient de trouver une formule pour tirer la moyenne d'une seule observation.

— MM. Roux et Velpeau renoncent à la pratique générale de la chirurgie pour embrasser une spécialité. MM. Civiale et Sichel au contraire abandonnent leur spécialité pour se livrer à la chirurgie encyclopédique.

— Le Conseil municipal de Paris vient de voter les fonds nécessaires pour élever deux monuments en l'honneur de Bichat et de Dupuytren sur la place Notre Dame, aux angles de l'Hôtel-Dieu.

— Le nouvel hôpital Saint-Vincent-de-Paul sera construit sous la direction de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Les plans de l'architecte seront soumis à la commission médicale.

— L'impôt du timbre vient d'être supprimé pour les journaux de médecine. A dater de la promulgation de cette nouvelle loi, la *Gazette des Hôpitaux* doublera son format, et ne portera qu'à dix francs le prix de son abonnement annuel.

— M. Jean Raymond venant d'être nommé inspecteur général des Facultés et Ecoles de médecine, quitte la rédaction du feuilleton.

Mardi prochain nous ferons connaître son successeur.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE.

Réponse de MM. A. BECQUEREL et A. RODIER aux deux articles de M. FLEURY.

Nous nous expliquons difficilement le but que s'est proposé M. Fleury dans l'examen qu'il vient de faire de notre travail sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie. S'est-il proposé seulement d'exalter le mérite des travaux sur le même sujet de MM. Andral et Gavaret aux dépens des nôtres, ou bien veut-il devancer et même influencer le jugement que doit en porter l'Académie des sciences? Nous l'ignorons. Dans le premier cas, il aurait pu laisser aux deux savants professeurs le soin de combattre eux-mêmes nos résultats; dans le second, il aurait dû suivre la même marche que l'Académie et, comme plusieurs de ses confrères, demander à être témoin de nos expériences. Il se serait peut-être épargné ainsi la tâche, pénible en effet, de juger des faits dont il n'a point la connaissance parfaite ni la complète intelligence, et il aurait certainement acquis la persuasion que, s'il faut être *physicien*, *chimiste*, *presque mathematicien* pour entreprendre des recherches semblables aux nôtres, il est au moins utile d'être un peu tout cela pour les examiner au point de vue de la physique, de la chimie et des mathématiques. Quant à ce qui est d'*un esprit judicieux et sévère, de connaissances solides et variées*; tout en jugeant que ces qualités sont indispensables pour faire des analyses du sang, M. F. n'a point oublié sans doute qu'elles ne sont pas moins nécessaires pour la critique. L'exercice habituel qu'en a fait M. F. n'a pu que développer chez lui ces qualites. Mais il ne s'agissait point ici pour M. F. d'exercer son talent bien connu d'analyse bibliographique.

Puisqu'il prétendait infirmer l'exactitude de faits positifs, d'expériences précises, la première condition d'une bonne réfutation était d'instituer des expériences, de répondre par des faits contradictoires. Pour cela, il est vrai, M. F. eût été obligé d'entrer dans une voie qui lui est moins familière; mais il conviendra que c'était la seule qui pût le conduire à une appréciation exacte. Il ne suffisait pas en effet d'é-

du vase lorsqu'on les plongeait dans l'eau, et se décolorant au contact du liquide; elles avaient tous les caractères de la fibrine sans organisation : nous en recueillîmes une demi-poelette à saignée environ. A l'intérieur était la membrane épaisse du kyste, qui, loin d'être lisse, présentait cette surface chevelue que l'on rencontre dans certaines inflammations du péricarde. M. Malgaigne portant le doigt dans le foyer, s'assura qu'il était sans communication appréciable avec la cavité abdominale, et, en outre, qu'il n'avait aucun rapport avec le psoas; il sentit seulement en haut un rebord fibreux qui lui parut être le rebord externe de la fosse ovale: mais les recherches ne furent pas multipliées pour ne pas fatiguer le malade. Le foyer entièrement évacué avec précaution, on ordonna des cataplasmes émollients fréquemment renouvelés et la diète, avec une boisson gommeuse.

L'ouverture de la tumeur, tout en donnant la solution de quelques phénomènes intéressants, comme on peut le voir, ne précisait pas entièrement le diagnostic; car il ne suffit pas de constater des laciniures fibrineuses dans un kyste, il faut encore savoir quelle est véritablement la maladie. Pour cela, examinons d'abord ses évolutions ultérieures.

Jusqu'au troisième jour après l'opération, point d'inflammation locale, ni de réaction fébrile; à cette époque, il commence à s'échapper du pus bien formé de l'intérieur du foyer, et l'on retire quelques débris de fibrine plus mous et plus décolorés que les précédents; un peu de malaise se manifeste; le soir apparaissent quelques alternatives de frisson et de chaleur avec de la céphalalgie, de l'élévation dans le pouls, de l'anorexie, cet état se continue les jours suivans.

Le cinquième jour, le pus devient très abondant; il est épais, couenneux, bien lié, jaunâtre, sans grumeaux ni pelotons fibreux; mais il répand une odeur forte. Quant à l'état général, il est le même que précédemment. M. Malgaigne, attribuant ces accidents à l'inflammation du foyer, fait appliquer six sangsues autour de l'abcès. Cette application, n'ayant pas été convenablement faite, est renouvelée le même soir sur les parties inincisées du kyste. On continue toujours d'appliquer des cataplasmes chaque trois heures.

Le lendemain de cette application (le 22 janvier), l'état du malade est évidemment amélioré; le pus n'a plus d'odeur; la réaction fébrile est moindre; il n'y a pas eu de frissons.

Le 24 janvier, il n'avait plus de fièvre; le pus était de bonne nature; il n'y avait qu'un peu de constipation.

Les jours suivants l'état est à peu près le même; le pus est versé en très grande quantité, surtout lorsque l'on change les cataplasmes. Ce malade, quoique sans fièvre, a de l'abattement et du dégoût pour les aliments qu'on lui présente.

Le 1er février, la quantité de liquide purulent augmente encore; il est sanieux, rougeâtre; pas de mouvement fébrile néanmoins. — Application de six sangsues au voisinage de l'incision, à la suite de laquelle le pus reprend sa coloration naturelle. Cette application a été faite deux fois; elle est encore suivie chaque fois de succès, mais passagèrement.

L'état général du sujet ne s'est pas, en définitive, sensiblement amélioré. De temps à autre quelques frissons erratiques se déclarent, ou bien c'est un mouvement fébrile continu avec des exacerbations quotidiennes; il y a quelques sueurs nocturnes, de la sécheresse à la peau dans la journée, du dévoiement, de l'anorexie. Puis la fièvre tombe, du moins le pouls est moins fréquent, le dévoiement cesse, l'appétit revient, et au bout de quelques jours c'est encore à recommencer.

Quant au kyste purulent, il verse tous les jours la même abondance de liquide, lequel n'a pas encore présenté le moindre grumeau tuberculeux; il n'est plus sorti non plus depuis les premiers jours, de matière fibrineuse. Une compression légère, exercée en haut et en dehors au-dessous de l'arcade fémorale, fait jaillir le pus en plus grande abondance. Depuis longtemps cet état est le même; en outre le malade offre les crachats et plusieurs des signes physiques de tubercules pulmonaires. — Des injections émollientes dans le foyer, la compression au-dessus, les cataplasmes, l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose d'un gramme par jour; le vin de Bagnols, l'eau de Seltz, dont la boisson lui est agréable et provoque son appétit, telle est la base du traitement qu'il subit encore, en attendant que les beaux jours lui permettent d'aller à la campagne respirer un air plus favorable.

— Au point de vue des caractères locaux, on a vu à quelles incertitudes le diagnostic a dû être soumis, et c'est là précisément une des grandes sources des difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic des tumeurs qui présentent en grande partie les mêmes signes extérieurs, comme on sait. Dire après l'examen du produit contenu, que c'était une tumeur fibreuse ou hématique, parce que ce produit était de la fibrine, ce n'est que préciser une altération qui appartient à plusieurs maladies; d'ailleurs, ce n'est pas rendre compte de la suppuration abondante et prolongée; enfin, cela ne ressemble nullement aux tumeurs hématiques essentielles que présentent les bourses synoviales sous l'influence d'une contusion. Mais si nous avons égard surtout à l'évolution des symptômes et à leur marche, il devient plus facile de caractériser la maladie, car nous n'en connaissons guère qu'une, la scrofule, à laquelle on puisse rapporter les évolutions et les symptômes que nous avons ci-dessus mentionnés, et aussi les antécédents du malade (abcès froids de la région sternale), et les affections concomitantes (tuberculisation pulmonaire); enfin la tumeur ou l'abcès lui-même est le complément de ce diagnostic. Il n'y a pas de doute pour la période de suppuration. Quant à celle où il n'existait qu'un épanchement fibrineux, on conçoit que cela puisse être un mécanisme particulier de cette altération analogue à ce qui a lieu assez souvent dans la formation des divers autres produits morbides, et cette présomption théorique est confirmée, dans la scrofule, par les faits les plus vulgaires observés à l'hôpital Saint-Louis. Ainsi donc il ne peut y avoir de doute sur la nécessité de rattacher un produit pathologique spontané à l'idée de la cause interne, ou pour parler mieux de l'espèce morbide qui l'engendre, et d'appliquer par conséquent à la scrofule l'étude synthétique qui a bien réussi à son espèce congénère, la syphilis.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Considérations pratiques sur la variole.

(Suite et fin.)

Pronostic. — Le pronostic de la variole est subordonné à plusieurs circonstances. Et d'abord, comme l'une des plus importantes, nous mentionnerons le nombre des pustules. Sont-elles peu nombreuses, clairsemées, comme chez le malade couché au numéro 7, et dont nous vous avons entretenus dans l'une de vos précédentes conférences, malade chez lequel, dans l'espace de quelques jours, la maladie était déjà arrivée à la période de dessiccation, la variole est dite variole discrète. Le plus ordinairement alors elle ne présente rien de sérieux, aucun danger ne l'accompagne, et la maladie se termine par la guérison. Dans cette forme, la mort est extrêmement rare, à moins cependant qu'il ne survienne des complications. Mais ces complications aussi ne sont pas fréquentes.

Pour les varioles dites moyennes, c'est-à-dire lorsque les pustules, sans être confluentes, sont cependant plus nombreuses, le pronostic, bien que plus favorable que dans ces dernières, est néanmoins plus grave que dans les varioles discrètes. Le pronostic de la variole confluente, surtout chez l'adulte, est toujours très grave, à ce point que la mort arrive au moins dans la moitié des cas; quelquefois même un tiers des sujets succombent.

Outre le grand nombre des pustules caractéristiques, les phénomènes généraux qui se montrent dans la variole confluente indiquent au praticien l'imminence du danger. Le pouls acquiert un degré de fréquence qui ne se rencontre que dans les affections les plus graves. Il monte jusqu'à 140 150 battements par minute. La respiration s'embarrasse souvent, et cette gêne est du plus mauvais augure. Enfin des phénomènes cérébraux se manifestent, et alors, dans l'immense majorité des cas, le malade est perdu. Quelquefois, dans la variole comme dans beaucoup d'affections où il y a altération manifeste du sang, quel que soit le point de départ de cette altération, il survient des hémorrhagies, et toujours elles constituent un symptôme très grave. On voit que dans le pronostic de l'affection variolique, il faut autant tenir compte des complications que des phénomènes dépendant de la maladie elle-même.

Parmi les signes pronostics tirés de l'éruption considérée indépendamment de ses complications, il faut tenir compte de la circonstance suivante. Les pustules peuvent être molles, ridées, flasques; l'aréole rouge qui les entoure dans la marche normale de la maladie peut être, non plus d'un rouge vif, mais livide et violacée. Enfin, chose importante et peu connue, sur laquelle nous devons fixer votre attention, l'absence du gonflement des mains dans la variole confluente, est un signe fâcheux.

Réunies, ces conditions sont du plus mauvais augure; séparément, elles ont une valeur moins grande, mais leur signification leur reste. Le gonflement des mains que nous venons de vous signaler n'existe que dans la variole confluente. Lorsqu'il manque dans cette forme, on doit concevoir les craintes les plus sérieuses pour la vie du sujet.

Le pronostic de la variole ne comprend pas seulement les espérances ou les craintes que l'on peut conserver pour la vie du malade. Cette terrible affection est grave encore sous d'autres rapports. Sans parler des traces indélébiles, des cicatrices plus ou moins profondes qu'elle laisse à la peau, quelquefois, par suite de la suppuration très intense et très prolongée, des adhérences se forment entre les parties les plus importantes des certains organes, les paupières, par exemple. Les parties génitales de la femme présentent quelquefois aussi ces adhérences. De cette suppuration, peuvent encore résulter l'éraillement des yeux, l'opacité de la cornée transparente, la cécité complète résultant de la fonte purulente de l'œil, tous les accidents qui, en admettant même que le sujet conserve la vie, n'en sont pas moins, on le voit, des plus graves, et cela d'autant plus qu'il est à peu près impossible de les prévenir. Ceci nous conduit naturellement à nous occuper du traitement.

Traitement. — Le traitement de la variole peut se distinguer en traitement préservatif ou prophylactique, et traitement curatif.

Le traitement curatif est généralement limité au début de la maladie. Lorsque l'éruption ne se fait point encore, ou du moins ne fait que se manifester d'une si faible manière qu'on la soupçonne plutôt qu'on ne la constate d'une façon positive; lorsque de plus, le sujet soumis à votre observation est d'une robuste constitution, sanguin, pléthorique, on parvient quelquefois à favoriser l'éruption en pratiquant une émission san-

---

crire à côté de plusieurs des faits nouveaux que nous avons fait connattre : *à vérifier!* Il fallait vérifier et prouver l'inexactitude des faits avancés. M. F. a si bien senti sa faiblesse sur ce point, qu'il s'est appuyé autant qu'il l'a pu sur les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs. Nous observerons que c'est juger la question par la question; on prétend détruire nos résultats en s'appuyant précisément sur ceux que nous avions combattus; c'est à l'expérience seule à trancher la question.

Peut-être pourrions-nous nous borner à cette réponse générale qui nous paraît frapper de nullité la plupart des objections de M. F.; mais nous croyons nous devoir à nous-mêmes, aussi bien qu'à l'illustre compagnie au jugement de laquelle nous avons soumis notre travail, de réfuter quelques-uns des principaux arguments qu'on nous oppose à défaut de faits positifs. Nous choisirons ceux sur lesquels M. F. s'est étendu avec le plus de complaisance, et on pourra juger facilement de la valeur des autres.

1° Notre procédé est défectueux, et nous n'avons pas expérimenté comparativement les divers procédés proposés pour l'analyse du sang.

Il y a dans cette dernière allégation une grave erreur. Nous avons fait de nombreuses expériences comparatives, et ce n'est qu'après des essais multipliés que nous avons fait choix d'un procédé qui nous a paru meilleur. M. F. trouve ce procédé défectueux; mais l'a-t-il expérimenté? Non, sans doute; car il n'aurait point avancé que lorsqu'on filtre du sang défibriné, le filtrage *doit* entraîner la presque totalité des globules, tandis qu'une quantité considérable du sérum *doit* rester dans le linge et dans la fibrine. Nous qui avons fait des expériences, nous nous sommes assuré qu'en opérant ainsi on ne changeait pas plus les proportions normales des divers éléments du sang que dans tout autre procédé.

2° Nous avons dosé des substances que leur quantité trop peu considérable dans le sang ne permet pas de peser : sur quelles raisons s'appuie M. F. pour avancer une pareille accusation, et pour nous reprocher d'avoir donné des chiffres que nous n'avions pas obtenus. Absolument sur aucune? C'est parce qu'il lui semble que c'est impossible. Vous n'avez pu doser ces substances, parce que vous ne le pouviez pas. Il ne sort pas de là; mais quant aux faits, il ne fournit aucune preuve de ce qu'il avance. L'exemple qu'il donne pour soutenir ce qu'il avance, est, du reste, bien malheureusement choisi; c'est celui de la séroline, le seul corps précisément que nous ayons déclaré maintes fois impondérable, comme on peut le voir dans nos grands tableaux déposés à l'Institut; le seul corps pour lequel nous n'ayons pas donné des moyennes, sauf pour l'état sain; encore ne l'avons-nous fait qu'avec la plus grande réserve. C'est donc une singulière manière de procéder que celle qui, pour détruire nos résultats, n'oppose, au lieu de faits positifs, qu'une fin de non-recevoir. Ce qui montre dans quelle voie fausse on est entraîné lorsqu'on n'a pas d'autre but que celui de critiquer et de trouver mauvaise une œuvre sérieuse.

3° Les moyennes que nous avons données n'ont aucune valeur.

M. F. se donne une grand' peine pour accumuler des chiffres et des citations à l'appui de ce qu'il avance. Il a dû supposer, pour établir son objection, que nous ignorions complétement, aussi bien que lui peut-être, les procédés mathématiques qu'il faut suivre pour établir des moyennes, et, partant de cette supposition, il a cherché à démontrer que nous étions arrivés à de fausses conséquences.

Quelques mots d'explication sur la manière dont nous avons établi nos moyennes suffiront pour détruire l'argumentation de M. F.

Pour arriver à ce résultat, nous commencions par examiner si tous les produits différaient beaucoup entre eux; s'ils présentaient de grandes différences, nous nous abstenions d'en déduire une moyenne. Si quelques chiffres seulement offraient une anomalie et s'écartaient notablement des nombres les plus communément obtenus, nous élaguions les maxima et les minima, et, une fois la moyenne déterminée, nous cherchions la raisen des anomalies ou plutôt de ces maxima et de ces minima. Non seulement nous avons toujours ainsi procédé, mais encore les moyennes que nous obtenions n'avaient jamais pour nous une valeur absolue; elles étaient discutées avec soin; et ensuite nous cherchions à nous rendre compte de chaque chiffre en particulier. C'était, en définitive, à ces derniers que nous remontions toujours.

Comment, après cela, comprendre les reproches de M. F. sur la valeur absolue et l'importance que nous accordions à nos moyennes? Mais voici quelque chose de plus curieux, et qui peut donner la mesure des connaissances de M. Fleury en mathématiques. Voici ce qu'il dit :

« Après avoir divisé dans toutes leurs analyses le poids du fer par celui des globules, et ayant obtenu des chiffres qui ne différaient entre eux que de quelques millièmes, MM. Becquerel et Rodier restent parfaitement convaincus que le poids du fer est proportionnel à celui des globules. Le poids du fer ne s'élevant qu'à quelques milligrammes, le rapport ne pouvait être représenté que par des millièmes. Cela est positif; mais si MM. B. et R. avaient fait la contre-épreuve et divisé les globules par le fer, ils auraient vu que le rapport varie dans la proportion de 211 à 269.

Cette phrase montre que M. F. ne se fait pas une idée très juste de ce que c'est qu'un rapport, une simple règle de trois. Il y a d'abord là une grave erreur, le poids du fer ne s'élève pas à quelques milligrammes, mais à quelques centaines de milligrammes (0 500); ce qui est fort différent. Maintenant, pour savoir si le poids du fer était proportionné à celui des globules, il fallait voir si ce poids constant de globules, 1000 grammes, par exemple, renfermait toujours la même quantité de métal, ou du moins un nombre qui en différât peu. Il suffisait donc de faire la proposition 141 : 0,500 :: 1000 : x ou x=0,500/141, c'est-à-dire diviser le poids du fer par celui des globules, et voir si on obtenait toujours le même résultat. Or M. F. propose de 141 par 0,500, ce qui aurait pour résultat de rechercher combien le fer, partie contenue, renfermait de globules, partie contenante, ce qu'en mathématiques on qualifie d'*absurde*.

Suivons maintenant M. F. dans la critique qu'il fait de quelques-uns de nos chapitres.

Le chiffre moyen des globules, 141, chez l'homme, est trop élevé, dit-il, et il est l'expression de l'état pléthorique. il s'appuie sur les deux raisons suivantes :

1° Notre procédé est défectueux; mais nous avons vu combien la critique de M. F. sur ce point était peu fondée.

2° Les individus que nous avons considérés comme sains étaient pléthoriques; c'est ce qu'il fallait prouver non par des arguments indirects, mais par l'analyse des observations que nous avons données de 11 hommes et 8 femmes qui pouvaient très bien offrir l'attribut d'une bonne constitution, mais qui, nous pouvons l'assurer à M. F., ne présentaient nullement les symptômes de la pléthore.

Que reste-t-il à M. F. pour prouver que les individus en question étaient pléthoriques? C'est qu'ils avaient les globules en excès, comme l'indiquerait le chiffre 151. M. F. nous accuse de compromettre la méthode expérimentale; rien n'est plus propre à la compromettre qu'une pareille façon de raisonner. Nous pourrions facilement prouver à M. F. qu'il l'a plus d'une fois compromise par l'exagération de ses résultats. Ce n'est pas nous, sans doute, qui nierons l'intérêt des applications de la chimie et de la physique à la pathologie; mais nous pensons que les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont accessoires et subordonnés. Non-seulement nous n'oserions les prendre pour base d'une classification des hémorrhagies, ni les donner comme caractère de l'inflammation ou de tout autre état pathologique (1); nous nous garderions plus encore de prendre certains granules pour des globules de pus, et de construire de toutes pièces un pus de fantaisie, comme on l'a reproché quelque part à M. F. Si exacte même que soit la détermination du chiffre des globules, nous ne nous contenterions pas du chiffre 141 pour caractériser la pléthore, surtout si les individus dont le sang analysé nous a donné ce chiffre n'avaient présenté aucun des symptômes de cet état morbide, symptômes bien connus de tous les médecins avant qu'on eût fait des analyses du sang.

(1) *Voir* Compendium, articles *Hémorrhagies* et *Inflammation*, et Thèse et Argumentation de concours pour l'agrégation, par M. F.

guine générale. Mais pour avoir recours à ce moyen, il faut, nous le répétons, que le sujet soit robuste, que la peau soit chaude, halitueuse, même un peu moite.

Lorsque les symptômes gastriques prédominent, qu'il y a des vomissements, on peut retirer de bons effets de l'administration faite à propos d'un vomitif ou d'un éméto-cathartique.

Ainsi, au début de l'éruption, dans certains cas exceptionnels, une saignée ou deux, un vomitif, peuvent produire d'heureux résultats, en activant le travail de la nature et favorisant la sortie des pustules. Une fois la variole franchement développée, les moyens thérapeutiques sont encore plus restreints.

On a d'abord à remplir les indications qui dépendent de l'hygiène. Autrefois, et maintenant encore, dans les classes inférieures de la société, on regardait la chaleur comme un moyen curatif de première nécessité, comme indispensable à la guérison. Dans cette pensée, on couvrait les malades au-delà de toute raison; on les faisait suer abondamment. On voit combien cette manière d'agir était illogique dans le traitement d'une maladie dans laquelle l'éruption est toujours d'autant plus abondante que les parties sont plus découvertes. Que résultait-il de là? Que cette chaleur immodérée aggravait la maladie, augmentait l'impulsion du sang vers la tête, et favorisait l'apparition des accidents cérébraux.

Un autre préjugé, c'est qu'il fallait, croyait-on, laisser les malades dans les mêmes linges, et pendant toute la maladie le sujet restait dans un état de malpropreté dégoûtant; il fallait un véritable courage pour s'approcher du lit où gisait un varioleux. Il n'est pas un varioleux maintenant qu'on laisse dans les mêmes linges pendant tout le cours de sa maladie. Cette mesure de propreté, du reste, est des plus importantes en ce sens, qu'elle soustrait les malades aux miasmes délétères et putrides qui se dégageaient d'un tel foyer d'infection.

On crut plus tard qu'il valait mieux traiter les malades par le froid, et quelques beaux succès qui furent obtenus de cette manière séduisirent les praticiens au commencement de ce siècle. On tenait le malade sur un fauteuil, à peine convert; l'un de nos collègues de la Faculté essaya ce moyen sur un de ses malades. L'éruption fut très discrète, ou plutôt se fit mal, et parut à peine. Le malade finit par guérir, mais la convalescence fut excessivement longue, et le sujet resta longtemps valétudinaire. Nous savons par notre collègue lui-même que depuis lors il n'a point essayé de nouveau ce moyen de traitement.

La température, ni trop chaude, ni trop froide, doit être modérée; on doit garantir le malade du froid, dans la crainte et que l'éruption ne soit arrêtée dans son évolution, d'une part, et qu'il ne survienne du côté de la poitrine quelque complication phlegmasique toujours dangereuse en pareille circonstance.

Quant aux moyens thérapeutiques proprement dits, ils sont encore plus restreints. Certains médicaments qui, dans la rougeole, la scarlatine, produisent d'heureux effets, ne sont pas très avantageux dans la variole une fois que l'éruption est développée. On peut, dans certains cas, chercher à appeler l'éruption à la peau par des préparations rubéfiantes appliquées à la surface, lorsqu'elle n'est pas encore bien évidente; mais une fois qu'elle a paru, il faut se garder de faire aucune vésication. Les pustules sont de véritables vésicatoires, et qui suppurent abondamment. Or, plus les pustules sont nombreuses, plus la suppuration est considérable, et plus la maladie est grave.

A ce propos, une remarque en passant, et signalons un fait curieux. Lorsque pour une autre maladie, un sujet a eu un vésicatoire sur un point quelconque du corps, et que quelques jours après il est pris de variole, la partie qui a été le siége du vésicatoire est déjà couverte de pustules varioliques bien développées et en pleine suppuration, très confluentes, tandis que l'éruption commence à peine à se développer sur les autres points du corps qui ne sont pas dans les mêmes conditions, et qu'elle est bénigne sur ces autres points. Quelle est la cause de ce phénomène? Serait-ce la finesse de la peau dans la partie où siégeait l'exutoire? Serait ce un reste d'irritation qui subsisterait encore dans cet endroit?

On considère les pustules comme plus dangereuses à la face généralement. Aussi, se fondant sur le fait que nous venons d'indiquer, quelques praticiens ont ils conseillé d'appliquer des vésicatoires aux extrémités inférieures au moment où l'éruption commence à se montrer, pour éviter la confluence des pustules sur la face. Mais cette méthode n'a point eu de succès. Il faut, pour que le phénomène que nous signalons se produise, que le vésicatoire ait été appliqué plusieurs jours avant l'apparition des pustules, à une époque, par conséquent, où il est tout à fait impossible de savoir si une variole doit survenir. L'application des vésicatoires n'est donc pas avantageuse dans le traitement de la variole; elle n'aurait d'autre résultat que d'ajouter une nouvelle plaie plus étendue aux plaies nombreuses et aux points de suppuration qui couvrent le corps du malade.

D'autres moyens ont été mis en usage et conseillés, qui n'offrent pas de grands dangers; ce sont les sudorifiques, les boissons chaudes et en infusion; les unes sont émollientes, la bourrache, par exemple; les autres sont échauffantes et stimulantes, le sassafras, le gayac. Ces derniers bois, qui sont classés parmi les excitants, sont contre-indiqués dans les maladies aiguës intenses. Il est irrationnel de fatiguer les malades par l'administration de boissons chaudes, qui ne peuvent étancher la soif vive à laquelle les sujets sont en proie.

Aura-t-ou recours aux émissions sanguines, dont nous avons déjà parlé? Au début, avons-nous dit, certaines conditions individuelles peuvent, non-seulement les permettre, mais les indiquer véritablement. Une fois l'éruption développée, elles doivent être proscrites, à moins cependant qu'une affection complicante bien évidente ne soit venue augmenter le danger de la position où se trouve le malade.

Les vomitifs, les purgatifs, ont été employés dans le traitement de la variole. Sur ces derniers principalement, nous conseillons de ne point insister, à moins qu'il n'y ait constipation opiniatre et absence totale de phlegmasie intestinale. Tels sont les principaux moyens qui, applicables dans une foule de maladies aiguës, sont ici tout à fait contre-indiqués, à moins que des circonstances particulières ne changent les lois posées par la pratique et l'expérience journalières.

Chez un des malades dont nous avons eu à vous entretenir, nous avons employé le carbonate d'ammoniaque. En Allemagne, cette substance est souvent mise en usage, surtout dans le traitement des varioles de mauvais caractère. Un grand nombre de praticiens, surtout en France, considèrent le carbonate d'ammoniaque comme un remède complétement insignifiant. Si nous n'ajoutons pas grande confiance à son emploi, du moins nous le regardons souvent comme sans danger. L'induction nous a conduit à le prescrire chez une de nos malades. Il vaut quelquefois mieux employer un remède qui n'est pas dangereux, et dont l'action n'est pas certaine, que de rester inactif en présence d'une affection morbide grave, qui peut faire des progrès rapides en peu de temps.

Tel est l'ensemble des moyens curatifs que l'état actuel de la science met à notre disposition dans le traitement de la variole. Ils sont d'un ordre si secondaire, que tout le monde comprendra la valeur du traitement préservatif et prophylactique de la vaccine, qui met l'humanité à l'abri des atteintes de cette affection si terrible, autant immédiatement que par ses suites.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 12 mars 1845.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Chassaignac demande la parole à l'occasion du procès-verbal; il veut signaler un inconvénient de la taille bilatérale dont on n'a pas tenu compte dans la discussion qui a eu lieu dans la séance précédente. Cet inconvénient provient de l'emploi du lithotome double, adopté par Dupuytren, et voici en quoi il consiste. A raison de la courbure que cet instrument présente, il arrive que quand on exerce sur son extrémité une pression forte, il tend à se redresser en diminuant sa courbure. Or, d'après sa construction, surtout quand il est faible comme celui qu'on est obligé d'employer chez les enfants, cette tendance au redressement de sa courbure n'a jamais lieu sans déterminer à un degré plus ou moins marqué la sortie des deux lames du lithotome hors de leur gaîne. Cette sortie dépend et de la flexibilité de l'instrument et du degré de pression exercée sur sa pointe par l'opérateur.

En admettant ce fait, qui paraît facile à constater, voici les conséquences auxquelles il donne lieu: au moment où après l'incision de la portion membraneuse sur la cannelure du cathéter on introduit le lithotome dans la portion prostatique, il y a toujours, quoi qu'on fasse, un effort exercé par la main qui tient ce dernier instrument. Cet effort dépend: 1° de la résistance du tissu de la prostate, dont il faut triompher attendu que la présence simultanée du cathéter et du lithotome dans cette partie peu extensible du canal ne peut avoir lieu sans une dilatation qui exige pour s'accomplir un effort plus ou moins marqué, suivant le degré de résistance du tissu prostatique; 2° comme il est d'une extrême importance que dans ce temps capital de l'opération l'extrémité du lithotome soit fortement et incessamment appliquée contre la cannelure du cathéter, il résulte de cette double circonstance qu'une pression forte s'exerce sur cette extrémité de l'instrument; c'est en ce moment que les lames font saillie des deux côtés de la gaîne et tendent à produire par leur extrémité mousse une déchirure bilatérale à l'extrémité antérieure de la prostate, ce qui se comprend puisque l'instrument au lieu de rester fermé se présente en partie ouvert au passage à franchir. C'est par suite d'expériences réitérées sur le cadavre et après constatation de ces déchirures, qui d'abord lui avaient paru inexplicables, que M. Chassaignac a été conduit à reconnaître qu'elles dépendaient de l'écartement momentané des lames du lithotome quand on introduit cet instrument dans la vessie.

Les conséquences pratiques à déduire de cette remarque sur le mécanisme du lithotome double, sont, suivant M. Chassaignac: 1° de n'employer qu'un instrument assez inflexible pour prévenir l'issue bilatérale des lames hors de leur gaîne; 2° de n'employer que le degré de pression rigoureusement nécessaire pour que le bec du lithotome n'abandonne pas le cathéter au moment où il va franchir la portion prostatique.

M. Lenoir fait observer que l'inconvénient du lithotome double que vient de signaler M. Chassaignac, pourrait bien ne tenir qu'à l'inobservance des préceptes recommandés pour introduire facilement le lithotome dans la vessie. Il ne faut pas, en effet, presser fortement l'extrémité de cet instrument contre la cannelure du cathéter, et faire glisser le premier de ces instruments sur le second; mais il faut dans la taille bilatérale, comme dans la taille latéralisée, abaisser la plaque du cathéter en même temps qu'on pousse directement sur le lithotome tenu horizontalement, et cela dans le but unique de faire suivre à l'extrémité libre de ce dernier instrument, arc-boutée contre le cathéter, le chemin que parcourt dans l'urètre la courbure de celui-ci quand on a abaissé sa plaque.

M. Denonvilliers s'élève contre ce principe généralement admis par les auteurs de médecine opératoire; il préfère, pour son compte, faire glisser le lithotome sur la cannelure du cathéter qu'il abaisse préalablement et qu'il tient fixe, plutôt que de faire mouvoir les deux instruments à la fois.

Une discussion s'ouvre sur la valeur de ces deux manières d'exécuter ce temps difficile de l'opération de la taille périnéale. MM. Maisonneuve, Malgaigne, Chassaignac, Denonvilliers et Lenoir font successivement valoir les raisons qui les portent à préférer l'une de ces manières à l'autre.

—*M. Lenoir* présente un homme sur l'œil gauche duquel il a pratiqué une pupille artificielle. Cet homme est un vieillard de soixante-seize ans, qui avait complétement perdu la vue à la suite d'une double opération de cataracte que lui avait fait subir un autre chirurgien six mois auparavant. L'une de ces opérations avait été faite par extraction, et l'autre par abaissement.

L'œil choisi pour l'établissement d'une pupille artificielle est celui sur lequel on avait enlevé le cristallin; il offrait: 1° un large leucoma qui occupait tout le segment inférieur et externe de la cornée, et qui résultait de la suppuration du lambeau taillé dans cette membrane pour l'opération de l'extraction; 2° l'oblitération complète de l'ouverture pupillaire, suite d'un prolapsus de l'iris à travers la plaie de la cornée.

M. Lenoir, dans ce cas particulier, établit une pupille artificielle, en décollant l'iris au côté interne de sa grande circonférence, et en en*clavant* la partie décollée dans la petite ouverture qu'il avait préalablement faite à la cornée sur le bord du leucoma.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Aujourd'hui le malade porte au côté interne de l'œil une ouverture de forme triangulaire dont la base répond à la circonférence de la cornée, et le sommet au centre de cette membrane. Cette ouverture n'a pas moins d'une ligne dans son plus petit diamètre; elle n'offre aucune tache dans son champ, et est facilement traversée par les rayons lumineux; car le vieillard, qui la porte déjà depuis quatre mois, voit non-seulement assez pour se conduire, mais encore pour jouer aux cartes et connaître l'heure d'une montre. Comme le cristallin manquait dans cet œil, on a pu constater que la vision a été avantageusement modifiée par l'usage de lunettes biconvexes, de même qu'après une opération de la cataracte.

— *M. Chassaignac* fait connaître le résultat de l'application par la méthode endermique de l'extrait de belladone chez deux malades encore couchés à la salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu. De ces deux malades, l'un est atteint d'iritis à une période déjà avancée, l'autre d'une inflammation de la capsule antérieure du cristallin. Chez tous deux la pupille était fortement resserrée depuis assez longtemps, lorsqu'on jugea utile de chercher à en obtenir la dilatation par l'usage de la belladone. La coarctation de la pupille résistant opiniâtrément à l'emploi répété de l'extrait de belladone en frictions sur le front et les tempes, on prescrivit chez les deux malades l'application d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de 5 francs sur la bosse frontale correspondant à l'œil affecté. Ce vésicatoire fut pansé avec l'extrait de belladone, tel qu'on le donne préparé à la pharmacie des hôpitaux. Sous l'influence de ce mode d'application, on obtint une dilatation notable et que l'on peut évaluer au quintuple des dimensions de la pupille à l'état de resserrement qui existait antérieurement. Chez le malade atteint d'iritis, la dilatation fut un peu plus prononcée et la pupille régulière; chez l'autre les adhérences déterminaient des inégalités manifestes. Encouragé par ce premier résultat, on prescrivit au bout de trois ou quatre jours, et lorsque les premiers vésicatoires étaient secs, une application nouvelle de vésicatoires, que l'on pensa

---

Que reste-t-il donc à M. F. pour attaquer le chiffre 141, que nous avonc donné comme appartenant à l'état sain? la différence de notre chiffre avec celui de 127, donné par M. Lecanu et adopté par MM Andral et Gavaret. M. Lecanu, très habile chimiste sans doute, n'a étayé son résultat sur ce point d'aucune des garanties d'observation médicale nécessaires pour le faire admettre irrévocablement. Il ne nous a dit ni chez qui le sang qu'il avait analysé avait été recueilli, ni quel était l'âge des individus, leur constitution, leur état de santé, leurs habitudes, toutes circonstances dont nous avons tenu compte pour nos analyses. Il n'a pas dit non plus pourquoi ces individus s'étaient fait saigner; car il n'est pas à présumer qu'ils fussent dans un parfait état de santé, et qu'ils se soient fait tirer du sang pour leur bon plaisir; et si 2 ou 3 l'ont fait, ce que tout au plus on peut admettre, serait-ce un nombre suffisant pour en déduire une moyenne?

MM. Andral et Gavaret ont, il est vrai, admis le chiffre 127 de globules comme expression de la moyenne physiologique, mais sans s'appuyer sur leurs propres expériences. Loin de là, trois analyses d'individus qu'on peut considérer comme étant dans un état de santé à peu près satisfaisant, ce qui se trouve consigné dans leur premier mémoire sur le sang, conduisent à des résultats tout à fait analogues aux nôtres. Ces trois analyses ont donné, la première, 146,4, la seconde 147, la troisième 135. Il est vrai qu'ils présentent ces chiffres comme des exceptions; mais comme ils n'en ont donné aucun pour établir la règle, nous avons tout lieu de croire que lorsque ces deux éminents professeurs auront expérimenté un plus grand nombre d'individus sains, ils admettront nos résultats.

La discussion que nous venons d'établir à propos d'un des arguments principaux qui nous ont été présentés par M. F., nous dispense de réfuter ce qu'il avance contre nous à propos des pyrexies et des phlegmasies. Le public y prendrait peu d'intérêt, et nous-mêmes nous ne croyons pas nécessaire de relever l'inexactitude des calculs qu'il présente; nous préférons terminer en jetant un coup d'œil sur les conclusions qu'il a formulées en retranchant les nôtres, et plaçant en regard, dans une espèce de tableau synoptique, son opinion sur chacune d'elles.

Une première série, comprise par nous sous le titre de résultats que nous avons infirmés, renferme cinq conclusions. A l'une d'elles, il oppose l'expression, *c'est possible*. A trois autres, sa réponse peut se traduire ainsi: *MM. Andral et Gavaret ont dit le contraire*. Nous avons déjà fait sentir le vice d'une pareille manière de raisonner

Quant à la cinquième, nous avons dit que nos résultats tendaient à faire considérer comme beaucoup moins constant que ne l'avaient pensé MM. Andral et Gavaret, l'abaissement du chiffre de la fibrine dans les pyrexies. L'objection qui nous est adressée par M. F. nous fait penser qu'il ne connaît pas cette phrase de la dernière publication de MM. Andral et Gavaret: « Cette diminution appartient essentielle- » ment aux maladies dont le scorbut est le type à l'état chronique et » le typhus à l'état aigu. » (*Compte-Rendu*, t. XIX, p. 1500.)

Nous répétons encore que nos resultats atténuent singulièrement la valeur de la diminution du chiffre de la fibrine dans les pyrexies.

Dans une autre série nous avons formulé en quinze conclusions les résultats que nous pensions avoir signalés les premiers. Voici les réponses de M. F.

Une fois il objecte que notre procédé est défectueux. Mais nous avons déjà répondu à cette assertion. Une autre fois il dit que nos résultats sont sans application à la pathologie. Pour l'instant, c'est possible; mais ne doit-on demander aux sciences physiques que des résultats immédiatement applicables à la pathologie?

A cinq de nos conclusions, il répond par ce mot: *à vérifier*. Mais il fallait, avons-nous dit, qu'il fît lui-même cette vérification avant de critiquer.

A quatre autres, il oppose une simple négation, une fin de non-recevoir; mais nous avons vu qu'en fait d'expériences, cette réponse n'en est point une.

A deux conclusions enfin, il prétend que les résultats avaient été signalés avant nous: c'est une erreur. Ainsi dans l'une, c'est l'influence du sexe, nous persistons à dire que, vaguement énoncée par Lecanu et Denis, elle a été établie par nous d'une manière positive et incontestable. Dans l'autre, nous persistons également à dire que personne avant nous n'avait signalé la diminution considérable de l'albumine du sérum du sang dans certaines maladies du cœur avec hydropisies et des fièvres puerpérales graves, ces deux maladies n'étant pas *accompagnées d'albuminurie*.

Nous pensons avoir suffisamment prouvé sur quelles faibles bases reposent les critiques de M. F. Puisqu'il prétend prendre la plume dans l'intérêt de la méthode expérimentale, il nous permettra encore une fois de lui rappeler que cette méthode ne se pratique qu'à l'aide de la balance et des réactifs, et qu'il ne suffit pas de raisonnements plus ou moins subtils pour attaquer des expériences positives. Nous pouvons dire à M. F. qu'il est resté au-dessous de la vérité dans le calcul qu'il s'est donné la peine de faire en les évaluant à 4,500, et c'est en raison de cet avantage d'avoir beaucoup expérimenté que nous persistons à réclamer contre M. F. Du reste, ces expériences seront répétées devant l'Académie des sciences, dont nous attendons avec confiance le jugement.

A. Becquerel et A. Rodier,
Docteurs en médecine.

de la même manière avec l'extrait non affaibli. Mais cette fois chez les deux malades survinrent des accidents d'intoxication par la belladone. Tous deux éprouvèrent des hallucinations, consistant, par exemple, à voir des personnes de leur connaissance qui ne se trouvaient pas dans la salle où ils sont couchés, puis la sensation de bluettes lumineuses, une sorte de titubation dans la marche, un affaiblissement des membres inférieurs. Mais le phénomène le plus remarquable fut le trouble apporté dans la déglutition. Le bol alimentaire solide ne glissait qu'avec peine dans le pharynx, et les malades ne pouvaient avaler qu'en buvant après chaque bouchée, suivant leur expression. Ce fait dépend-il de la sécheresse de la muqueuse ou d'un état spasmodique des muscles du pharynx?

M. Maisonneuve confirme cette observation, et dit avoir constaté déjà le dessèchement des muqueuses dans un empoisonnement de même espèce.

— *M. Malgaigne* dit avoir pratiqué il y a quelques jours une opération de bec-de-lièvre sur un enfant âgé de huit heures, qui était affecté de ce vice de conformation de la lèvre compliquée de scissure médiane de la voûte palatine, et du voile du palais. Le procédé employé fut celui que M. Malgaigne a fait connaître l'an passé à la Société. Il y a aujourd'hui onze jours que l'enfant est opéré; les aiguilles ont été enlevées, et la cicatrice paraît solide.

M. Lenoir fait observer que le temps qui s'est écoulé depuis l'opération est encore trop court pour qu'il soit permis d'affirmer que la cicatrice est faite, et surtout qu'elle est suffisamment solide. Il cite à l'appui de cette observation deux cas où il a opéré dans des circonstances à peu près semblables à celles où s'est trouvé M. Malgaigne, et où la cicatrice s'est détruite une fois en partie, une autre fois en totalité au bout de huit jours. Il prie M. Malgaigne de suivre son opéré et de rapporter à la Société, dans une des séances à venir, le résultat qu'il aura obtenu. Il signale, en terminant, un obstacle à la réunion de toute l'étendue de la plaie, dans ces cas de bec-de-lièvre compliqués, c'est l'inégalité d'épaisseur des deux lambeaux, dans le point où ils se joignent à l'entrée des narines.

M. Maisonneuve confirme par deux faits l'observation de M. Lenoir. Il a vu une fois entre autres, la cicatrice se détruire au bout de quinze jours chez un enfant qu'il avait opéré huit jours après sa naissance. M. Maisonneuve attribue cet insuccès à une ulcération de la cicatrice elle-même, dont la cause serait, selon lui, dans l'abstinence forcée à laquelle on astreint ces enfants après l'opération.

M. Guersant a vu aussi plusieurs fois la cicatrice du bec-de-lièvre se rompre chez des enfants qu'il avait opérés. Mais il ne pense pas que dans tous les cas cette destruction tienne à une ulcération. Car il a été une fois assez heureux pour obtenir une réunion secondaire des lèvres de la plaie qui résultait de l'opération.

M. Malgaigne pense aussi que ce genre d'accident doit être rare. Toutefois, il se tiendra en garde contre lui dans le cas qu'il a sous les yeux, et il rendra compte à la Société de ce qu'il aura observé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Plaie de poitrine, suivie de hernie du poumon droit. Guérison. — Un enfant de treize ans tomba d'une hauteur considérable pendant qu'il était occupé à jouer, et vint se frapper contre l'extrémité d'une branche d'arbre qui avait été récemment coupée. Il en résulta une plaie de trois pouces de long à la partie antérieure droite de la poitrine, plaie qui s'étendait transversalement entre la cinquième et la sixième côte. Le docteur Anglo, qui fut appelé immédiatement, trouva que beaucoup de sang sortait de l'intérieur de la poitrine, en même temps que d'une tumeur élastique grosse comme le poing et d'une couleur rosée qui présentait une plaie transversale, et faisait évidemment partie du lobe inférieur du poumon. Il y avait beaucoup d'oppression et d'anxiété, une pâleur extrême, le pouls était misérable; les extrémités froides; tout annonçait un danger imminent. Il n'y avait pas d'expectoration sanglante. La portion herniée du poumon fut réduite quoique avec difficulté et la plaie réunie avec des bandelettes. Le malade fut trois jours à se remettre du choc violent qu'il avait reçu. A cette époque, il survint une réaction que l'on combattit par des saignées et des antiphlogistiques. La plaie ne tarda pas à se cicatriser; le poumon reprit ses fonctions, et en six semaines la guérison fut complète.

Etranglement interne par un diverticulum de l'intestin grêle. — Le *London monthly Magazine*, contient le fait suivant, rapporté par le docteur Tinniswood. Un enfant de six mois et demi se coucha le dimanche soir bien portant. A deux heures du matin sa mère le trouva en proie à une grande agitation, se plaignant de douleurs de ventre. Vomissements et aggravation des symptômes. Pas d'évacuations alvines ou urinaires. On lui administra sans succès de l'huile de ricin et du séné; il les vomit aussitôt, et son estomac ne put à partir de ce moment garder aucun liquide. La mère racontait qu'il avait été à la selle la veille, et que pendant toute la semaine précédente ses matières avaient été liquides. Le visage de l'enfant exprimait une vive anxiété; douleurs vives dans le ventre; jambes rapprochées de l'abdomen, qui était ballonné, gonflé et douloureux. Pouls petit et faible. Délire. Il mourut le mardi. Une enquête apprit que l'enfant avait reçu sur la tête un coup qui avait déterminé une chute, et qu'il était resté sans pouvoir marcher pendant quelque temps à la suite de ce coup. L'autorité fit faire l'ouverture du corps

Aucun trace de contusion. Abdomen tuméfié, d'une couleur livide-foncé, surtout à droite et au-dessus du pubis. Cette coloration s'étendait dans l'étendue de deux pouces à la partie antérieure des cuisses. Les muscles droits de l'abdomen et le tissu cellulaire sous péritonéal étaient gorgés de sang. Le péritoine présentait une coloration brunâtre vers la région iliaque droite. La cavité péritonéale renfermait environ douze onces de sang en partie coagulé. Le grand épiploon, qui était réuni au feuillet pariétal du péritoine par des adhérences récentes, laissait à découvert les petits intestins. Environ vingt-six pouces de l'intestin étaient noirs et gangrenés. Dix pouces du même intestin étaient étranglés par une bride formée par un diverticulum de l'intestin. Le diverticulum naissait à vingt-trois pouces du cœcum, passait à travers une portion du mésentère et se terminait en forme de ruban arrondi, qui passait au-dessous d'un autre feuillet du péritoine pour aller adhérer à une autre portion de l'intestin. L'espèce de poche qui embrassait ainsi l'intestin pouvait avoir environ trois pouces de long. Dans l'étendue de trois pouces au-dessus de l'étranglement et au-dessous jusqu'au niveau du cœcum, l'iléon était complètement gangrené. La valvule iléo-cœcale elle-même et une partie du cœcum étaient comprises dans cette mortification, ainsi que l'appendice vermiculaire, qui était maintenu inférieurement par des adhérences récentes. Le mésentère qui aboutissait à toutes ces parties était gorgé et présentait dans un point un caillot fibreux du volume d'une aveline, au-dessous duquel se trouvait une petite ouverture, correspondant à un vaisseau, par laquelle s'était faite très probablement l'hémorrhagie intra-péritonéale. La portion d'intestin étranglée se déchirait avec la plus grande facilité, et fournissait alors un liquide rougeâtre, épais, mélange de sang et de mucus intestinal. Au reste, à l'exception de la portion de l'intestin étranglée, tout le reste du tube intestinal était dans l'état normal.

Fongus du testicule. — Le même recueil contient deux observations de fongus du testicule, avec une nouvelle méthode de traitement de cette affection.

Un jeune homme de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 8 janvier dernier pour se faire traiter d'ulcères aux jambes et d'une excroissance fongueuse du testicule qui avait à peu près le volume d'une aveline. Le 15, l'auteur fit une incision circulaire autour de la base du fongus, il étendit cette incision en haut et en bas, de manière à lui donner une forme elliptique. Les téguments furent disséqués sur les côtés, puis ramenés sur la tumeur, où ils furent fixés par trois points de suture. Le scrotum fut soutenu avec des bandelettes et un bandage; la réunion eut lieu presque partout par première intention, et le point dans lequel cette réunion n'eut pas lieu ne présenta aucune trace de fongosité. Le malade resta jusqu'au 9 février, et sortit parfaitement guéri.

Deuxième observation. — Un homme de trente-huit ans, entra à l'hôpital le 13 octobre pour un fongus du testicule des plus volumineux. En effet, ce fongus comprenait presque tout le testicule, et il ne restait dans le scrotum que le cordon testiculaire et l'épididyme. Le 15, l'auteur procéda à l'opération de la même manière que précédemment; seulement, il fallut disséquer le scrotum dans une grande étendue autour de la tumeur, de manière à pouvoir la recouvrir. Les bords de la plaie furent rapprochés par plusieurs points de suture, et le tout fut maintenu avec des bandelettes de diachylum et un bandage en T. Il ne survint aucun accident, et la guérison eut encore été plus rapide si l'on eût enlevé cette portion épaisse et indurée des téguments qui entourait le col de la tumeur. Au bout de trois semaines la guérison était complète.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'ictère; par le docteur DE LONJON DE LA GRANGE. (Thèse de Paris.)

La dissertation inaugurale de M. De Lonjon est une monographie aussi complète que le comporte l'état actuel de la science. Interne distingué des hôpitaux de Paris, l'auteur a mis à profit sa position pour recueillir un grand nombre de faits, qui par leur exactitude lui permissent d'envisager sous toutes ses faces la maladie qu'il avait dessein d'étudier. L'analyse que nous allons essayer de donner de ce travail, sera le meilleur éloge que nous puissions en faire.

Pour l'auteur, l'ictère est une coloration jaunâtre, morbide, générale ou partielle du tégument externe produite par la présence d'une certaine quantité de bile à la surface de la peau. A cette définition, qui lui est commune avec les auteurs du *Compendium de médecine*, il ajoute: la coloration jaune des conjonctives et du voile du palais, la teinte verte des urines et du sérum du sang. Nous reviendrons sur la symptomatologie.

L'histoire générale de la maladie commence par la description des lésions cadavériques et par un examen détaillé des résultats fournis par l'analyse chimique des fluides organiques, le sang, l'urine, et les divers autres produits de sécrétion; analyse complète et pour laquelle M. De Lonjon a mis à contribution avec sagacité les travaux les plus récents des chimistes modernes français et étrangers.

La symptomatologie, à laquelle il semblait au premier abord qu'il n'était guère possible de rien ajouter, a fourni à l'auteur l'occasion de consigner le résultat de nombreuses recherches qui lui sont propres, relatives à la coloration ictérique des membranes muqueuses. Ces membranes, à l'exception de la conjonctive, n'ont été jusqu'à présent examinées par les pathologistes que d'une manière générale et abstraction faite du siége, des caractères et de la valeur séméiologique de leur coloration particulière dans cette affection. M. De Lonjon l'a trouvée, cette teinte jaune, sur presque toutes les muqueuses, excepté sur le bord libre des lèvres, bien que moins intense que sur la peau, et n'offrant jamais la nuance verdâtre que présente quelquefois le tégument externe. Un point sur lequel M. De Lonjon a attiré spécialement l'attention, et cette observation lui est propre, c'est la jaunisse constante et sans exception qui se manifeste sur le voile du palais, toujours foncée et tranchant vivement sur la nuance des parties environnantes. Cette teinte, qui se fond en arrière dans la couleur plus ou moins altérée des piliers, de la luette et du bord postérieur du voile, se termine brusquement en avant par une ligne transversale droite, nettement dessinée, qui correspond à la démarcation de la voute palatine et du voile lui-même. Jamais, dit l'auteur, si ce n'est une seule fois, ce phénomène n'a fait défaut à notre observation. Si minime qu'il semble être, ce symptôme pourra souvent être utile pour établir le diagnostic chez certains sujets où des conditions particulières auraient pu le rendre moins facile.

Le chapitre des causes dans lequel l'auteur examine les diverses théories données par les pathologistes tant anciens que modernes, est traité avec un soin tout particulier. Pour M. De Lonjon, toutes les colorations jaunes possibles de l'organisme, à quelque cause qu'on puisse les rapporter, doivent être rattachées à une altération du sang. Si l'on admet avec M. Chevreuil, que le sang normal contient les éléments du fluide biliaire, et l'auteur partage cette opinion, il est facile de comprendre qu'une perversion des foie, quelle qu'en soit la cause, faisant perdre à cet organe la faculté d'élaborer les matériaux qui lui sont fournis, doit laisser dans le sang une quantité proportionnellement plus considérable des éléments de la bile, et de là la teinte caractéristique de la peau.

Nous ne suivrons pas M. De Lonjon dans les divisions qu'il trace des variétés de l'ictère, qu'il distingue en celles produites, 1° par l'altération de la texture du foie; 2° par maladie de l'appareil excréteur; 3° par simple trouble des fonctions sécrétoires du foie; 4° par les fièvres; 5° par altération primitive; 6° enfin l'ictère des nouveau-nés.

Qu'il nous suffise de dire que la dissertation inaugurale de M. De Lonjon, remarquable comme travail complet et nouveau sous plusieurs points de vue importants, place dès son début son auteur dans un rang distingué comme observateur, et constitue une promesse sérieuse à laquelle il répondra comme praticien.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 39. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur complexe de la région inguinale, avec des symptômes d'étranglement. Contre-indication à l'opération. Deux tentatives de cure radicale de la hernie.

Duhamel (Marie-Anne), agée de quarante-huit ans, est entrée à la Charité le 15 mars dernier. Elle a été couchée au n° 32, qu'elle occupe encore. C'est une femme assez robuste, bien portante ordinairement. Elle s'est présentée à nous avec une tumeur dans l'aine, donnant lieu à des accidents de hernie étranglée, accidents qui persistent même encore.

Cette tumeur mérite une attention toute particulière, et l'observation de cette malade sera lue avec intérêt par les praticiens; car, disons d'abord que malgré des symptômes qui paraissaient se rattacher d'une manière évidente à une hernie étranglée, M. Velpeau a démontré par la discussion que telle n'était pas la maladie.

Il y a trois ans environ, cette femme s'aperçut qu'elle portait une grosseur dans l'aine droite; il y avait de la douleur; elle ne peut dire, du reste, comment cela lui est survenu; elle ignore si la tumeur s'est montrée brusquement ou peu à peu; cependant c'est peut-être, dit-elle, en soulevant quelque chose de lourd. La douleur et la tuméfaction disparurent en ving-quatre heures. De ceci, il n'est déjà pas possible de conclure absolument que cette femme ait eu là une hernie. On serait tout aussi fondé à croire à l'engorgement de quelque ganglion, et cette dernière supposition acquiert plus de probabilité encore si l'on réfléchit qu'à cette époque aucun symptôme de hernie ne s'est montré.

Aujourd'hui la tumeur est grosse comme un œuf; elle occupe l'aine d'oite; elle est difficile à constater, à cause de l'embonpoint de la femme. Cette tumeur apparut avec ce volume le 14 au matin; elle était accompagnée de douleur; il n'y avait point de vomissements, point de selles. On fit appeler un médecin de la ville, qui l'examina et se livra à quelques tentatives de taxis: les vomissements se montrèrent. La tumeur était survenue, dit la malade, le 14, et ce fut le 15 au matin qu'on essaya de la faire rentrer; les vomissements survinrent dans la journée; le soir, la malade entra à l'hôpital; il y eut encore des vomissements. — On lui donna un bain et un lavement de tabac.

La tumeur est médiocrement douloureuse, sans engorgement, sans changement de coloration de la peau. Le lendemain, à la visite, on est surpris de trouver encore la douleur diminuée; il n'y a pas de gonflement; la face n'est pas altérée; pourtant la tumeur semble être pédiculée; elle cède sous la pression; elle a, en un mot, les caractères d'une hernie étranglée. On conçoit que s'il se fût agi d'une femme âgée ou d'un vieillard, et d'une hernie inguinale ancienne, l'engouement eût expliqué des symptômes aussi peu prononcés; mais les conditions ici étaient tout autres. Si véritablement la tumeur était une hernie, c'était une hernie crurale: la femme était robuste et jeune encore.

Cependant, devait-on opérer en présence de symptômes aussi peu marqués?

M. Velpeau constata de plus, que la fosse iliaque, du côté de la tumeur, se trouvait complètement libre derrière le canal crural, circonstance qui devait encore éloigner de l'opération, et d'ailleurs les symptômes ne lui parurent pas suffisamment nets; les phénomènes de l'étranglement trop peu dessinés, non-seulement pour opérer, mais encore pour croire à une hernie. De l'huile de ricin fut administrée à la malade; il n'y eut pas de vomissements, mais bien des garderobes nombreuses et abondantes. Il était évident que le tube digestif était intact dans sa continuité.

Il restait donc à reconnaître la nature de la tumeur que portait cette malade, et l'on sait que l'on peut en rencontrer dans la région inguinale d'un grand nombre d'espèces. Des ganglions engorgés, des tumeurs graisseuses, des kystes, des anévrysmes, des exostoses, des tumeurs de mauvaise nature, peuvent s'observer dans l'aine. A laquelle de ces maladies doit se rapporter ce que nous avons décrit chez cette femme?

D'abord il faut mettre de côté un grand nombre de ces affections, dont les symptômes n'ont aucun rapport avec ce qui s'est passé chez la malade. L'hésitation n'est permise qu'entre les ganglions, les tumeurs graisseuses ou les kystes.

Les tumeurs graisseuses qu'on observe dans la région inguinale sont de deux sortes: ou elles se développent dans les cellules adipeuses de la région, ou bien elles viennent du ventre; ces dernières se subdivisent elles-mêmes en deux variétés, selon qu'elles sont formées par des cellules graisseuses à la surface externe du péritoine, comme on en observe chez les femmes grasses, et ces sortes de productions peuvent arriver au dehors, ou qu'elles sont constituées par l'épiploon échappé par les canaux naturels, et se présentant à l'extérieur.

La supposition d'une épiplocèle dans le cas dont il s'agit ici expliquerait en effet assez bien tout ce qui s'est passé. Si l'on admettait, par exemple, que lors de l'apparition de la tumeur, une portion d'intestin se fût engagée, puis que l'intestin lui-même rentrant eût laissé l'épiploon constituer seul la hernie, on expliquerait ainsi la prédisposition à la hernie, qui rendrait assez bien compte de ce qui est survenu en second lieu, c'est-à-dire d'une nouvelle sortie de l'intestin entraînant avec lui une autre masse épiploïque, puis, sous les efforts du taxis, une nouvelle rentrée de l'intestin et un accroissement de la tumeur par la seconde portion de l'intestin hernié. Le mode de succession des accidents observés justifierait assez ces hypothèses. Seulement, un point encore resterait mal éclairci, celui de savoir pourquoi les vomissements se sont montrés après le taxis, tandis qu'on eût dû les observer avant qu'il fût pratiqué, si l'on admettait que les phénomènes se soient passés comme nous venons de le décrire. De plus, si les suppositions précédentes étaient fondées, la tumeur aurait diminué de volume après la réduction de l'intestin, et c'est ce qui n'a point été observé.

On le voit, il reste là une difficulté qui n'est point résolue; d'ailleurs, quand on examine la malade avec soin, on est frappé de ne pas sentir une corde, une sorte de plaque qui se continue dans le ventre, comme quand il s'agit d'une épiplocèle pure et simple, et pourtant les parois abdominales sont molles, la fosse iliaque très explorable; s'il existait quelque chose de semblable, il serait impossible qu'on ne le constatât pas. En résumé, y a-t-il de l'épiploon dans la tumeur ou n'y en a-t-il pas; c'est une question qu'il n'est pas permis de résoudre quant à présent.

Quant à l'existence d'une tumeur graisseuse appartenant au péritoine, elle est peut-être plus probable encore. On conçoit que le péritoine se soit engagé dans l'anneau, que des cellules graisseuses se soient accrues sans produire d'accidents d'étranglement. Cependant, il peut encore exister d'autres éléments dans cette tumeur. Tout porte à croire que dans sa composition entrent aussi quelques ganglions lymphatiques. On sent, en effet, une portion de la masse comme mollasse, comme fluctuante, peut-être même contient-elle du liquide. Or, l'on sait qu'on trouve en cette région une grande quantité de ces ganglions. Il paraîtrait donc que ces ganglions reposent sur une tumeur graisseuse qui appartient au péritoine, et qui lui sont adhérents.

Enfin, pour M. Velpeau, cette tumeur se composerait, au fond, d'une lame de la séreuse formant cul-de-sac dans le canal crural; lame coiffée d'une plaque graisseuse mollasse et renflée, couverte elle-même de ganglions lymphatiques plus ou moins hypertrophiés. Cette tumeur existerait, selon lui, depuis trois ans; mais comme elle est difficile à constater, perdue qu'elle est dans le tissu graisseux, la malade ne s'en sera par aperçue, et quand elle aura éveillé son attention, elle aura cru à quelque chose de nouveau.

En présence d'un diagnostic semblable, il est clair qu'aucune opération ne doit être pratiquée; d'ailleurs, rien n'en fournit l'indication, aucun symptôme ne peut faire une loi d'agir; la malade ne souffre pas, à moins qu'on ne presse fortement la tumeur; elle n'a plus de nausées ni de vomissements; elle a été à la garderobe; la figure est bonne; l'appétit se relève; tout commande l'expectation. Cependant, étant accepté qu'il n'y a point de hernie, faut-il absolument se dispenser de tout traitement? C'est une question complexe, et qui mérite d'être discutée. Il s'agit de ganglions hypertrophiés ou de tumeurs graisseuses; il n'y a évidemment rien à tenter; ces sortes de tumeurs ne se résorbent pas; la thérapeutique n'a rien à y faire. Les ganglions pourraient peut-être donner l'idée d'un traitement général; mais en réfléchissant qu'ils sont indurés depuis plusieurs années, que les sortes de traitement généraux employés dans des cas semblables sont très longs, affaiblissent la constitution, dérangent les fonctions digestives, et, en réalité, ne parviennent pas toujours à faire disparaître les ganglions hypertrophiés, ou sera conduit à le rejeter. En admettant donc que la nature de ces tumeurs soit une de celles que nous venons de nommer, il n'y a aucun traitement qu'on puisse rationnellement mettre en usage.

Au contraire, s'il s'agissait d'une masse épiploïque, M. Velpeau pense qu'un bandage pourrait être fort utile, et qu'il serait même loin d'être nuisible dans la supposition précédente. Quoi qu'il en soit, en effet, de la nature de la tumeur elle-même, si l'on accorde, et tout le rend présumable, que le péritoine est déprimé du côté du canal crural, il est positif que c'est là une sorte de porte ouverte à la hernie, a laquelle un bandage s'opposerait efficacement.

Seulement ce bandage a besoin d'une disposition toute spéciale; dans des cas semblables, il faut que la pelote affecte une forme opposée à celle des bandages ordinaires. Ces derniers sont convexes; la raison en est facile à saisir; et pour la malade actuelle, la pelote devra nécessairement être concave; sans cette disposition, la tumeur échapperait sans cesse au bandage, qui alors ne mettrait nullement en garde contre la hernie.

Il faut se rappeler de plus, qu'ici la tumeur est douloureuse à la pression; mais il y a lieu de penser qu'on doit plutôt en accuser le taxis qu'un travail inflammatoire.

En somme, tout indique que cette femme, envoyée à l'hôpital pour être opérée, non-seulement ne doit pas l'être, mais ne doit subir aucun traitement.

— Nous ne pouvons terminer cette observation, où il est question de hernie, sans signaler deux tentatives faites par M. Velpeau pour la cure radicale de cette infirmité. Le sujet était un homme sorti ces jours derniers de l'hôpital. La première fois, M. Velpeau a tenté l'oblitération au moyen d'un séton, et la seconde au moyen d'un petit sac de baudruche rempli de teinture d'iode. Ces deux essais, bien que n'ayant pas atteint le but que le chirurgien se proposait, lui laissent à penser, le dernier surtout, qu'il y a lieu de les reprendre avec quelques modifications qui pourront peut-être les rendre tout à fait efficaces. Nous publierons ces procédés avec détail quand M. Velpeau aura renouvelé ses tentatives.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Deux cas de phlegmon diffus; considérations pratiques.

Deux phlegmons diffus se sont offerts en même temps à notre observation, et tous deux se sont développés chez des femmes. Voici ces deux faits:

Première observation. — Au n° 21 de la salle des femmes est couchée la nommée Marivin, âgée de soixante-cinq ans, allumeuse de réverbères. Dans les premiers jours de février 1845, cette femme se fit une petite écorchure à la partie externe du doigt index gauche; elle n'en prit aucun soin, et continua ses occupations ordinaires. Mais le 18 février, la douleur et le gonflement de l'index la forcèrent de quitter son travail; on l'envoya aux consultations des sœurs Saint-Thomas, qui lui prodiguèrent des soins pendant l'espace de dix jours. Le mal, loin d'être enrayé dans sa marche, ne fit qu'augmenter en étendue et en intensité; en effet, du doigt index l'inflammation avait gagné toute la main, puis l'avant-bras, et enfin la partie inférieure du bras; en un mot, au lieu d'un simple panaris, elle avait un vaste phlegmon diffus.

La malade, voyant l'inefficacité des onguents des charitables sœurs, se décide enfin à entrer à l'hôpital le 28 février 1845. Elle présente l'état suivant:

La tuméfaction est considérable et s'étend depuis les doigts jusqu'à la partie inférieure du bras gauche, au-dessous de l'articulation huméro-cubitale; l'avant-bras et le poignet revêtent une forme arrondie, et ne présentent aucune trace de saillies osseuses. La peau qui recouvre ces parties est lisse, tendue, et offre une rougeur violacée et *uniforme;* la chaleur et la douleur sont intenses. De plus, à la pression, la rougeur disparaît, et l'on sent une résistance particulière. Les vaisseaux et ganglions lymphatiques ne présentent *aucune trace d'inflammation.*

Quant aux symptômes généraux, voici ce que l'on observe: Fièvre, céphalalgie, inappétence, soif vive, constipation depuis dix jours; la respiration enfin se fait librement.

1er mars. A la partie externe et moyenne de l'avant-bras, on pratique une incision profonde et longue de 7 à 8 centimètres; il s'en écoule beaucoup de sang. — Boissons émollientes; diète; cataplasmes émollients.

Le 2, l'incision présente des eschares blanchâtres de tissu cellulaire sous-cutané; elles sont adhérentes aux parties voisines, et résistent à une traction assez forte opérée avec des pinces à dissection.

Le 4, plus de fièvre ni de céphalalgie; le sommeil est bon, et l'appétit est revenu. La douleur, la rougeur et le gonflement existent encore un peu, mais seulement au voisinage du coude. Au-dessus de la première incision et en dehors de l'olécrane, la peau est amincie et la fluctuation est manifeste; on y pratique une petite incision; un peu de pus s'en écoule, et une eschare de tissu cellulaire s'y remarque. — Deux portions; pansement simple.

Le 6, les bords de la grande solution de continuité sont décollés; on en extrait de vastes eschares sous-cutanées. Le fond de la plaie paraît rosé, et revêt un bon aspect. — Un lavement purgatif a fait cesser la constipation qui existait depuis douze jours, et qui avait résisté à l'emploi de l'eau de Sedlitz.

Le 8, à la partie externe et supérieure de l'avant-bras, il s'est fait une petite perforation de la peau, par laquelle s'échappent du pus et des lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

Les jours suivants, les plaies se nettoient, et les téguments, détachés dans une assez grande étendue, tendent à se recoller. La peau qui recouvre l'articulation huméro-cubitale est ridée, l'épiderme s'en détache. Enfin la suppuration n'est pas très abondante; l'état général est bon, et tout fait espérer jusqu'à présent une terminaison heureuse.

Deuxième observation. — Au n° 22 de la salle des femmes est couchée la nommée Cartal, âgée de soixante-quatre ans, dévideuse de coton.

Le 14 février 1845, cette femme, à la suite d'un étourdissement sur lequel elle ne peut donner de renseignements précis, tombe dans sa chambre; la jambe gauche va heurter l'angle d'une commode, et est violemment contuse à la partie antérieure et supérieure. Il en résulte une simple écorchure. Les jours suivants elle continua son travail, et fit des courses comme à l'ordinaire; mais la douleur et le gonflement de la jambe qui étaient survenus, rendirent bientôt la marche impossible, et l'engagèrent à aller consulter un médecin. Celui-ci prévoyant la gravité de l'affection, lui conseilla d'entrer dans un hôpital. Néanmoins ce ne fût que le 27 février qu'elle entra à l'hôpital des Cliniques:

On observe les phénomènes suivants :

A la partie antérieure et supérieure de la jambe gauche se voit une eschare jaune-verdâtre, de la forme et de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Un peu au-dessous se trouve une vaste phlyctène de forme allongée et remplie d'une sérosité limpide. Autour de ces lésions la peau semble décollée, et l'épiderme se détache avec autant de facilité que si la putréfaction s'était déjà emparée du membre.

Les autres symptômes locaux sont des plus tranchés dans toute l'étendue de la jambe: la douleur est intense, le gonflement considérable, la chaleur élevée, la rougeur violacée et *uniforme*. Il n'existe *aucune trace d'inflammation* des vaisseaux lymphatiques, et les ganglions ne sont ni douloureux, ni tuméfiés. En pressant la partie enflammée, la rougeur disparaît, et l'on éprouve une sensation particulière de résistance.

Le pied est un peu douloureux, tuméfié et gêné dans ses mouvements; mais il n'a point cette coloration violacée qui règne sur toute la jambe. Enfin le genou n'offre rien de particulier.

Les troubles fonctionnels généraux sont peu intenses; on constate seulement de la fièvre, de la céphalalgie, de l'insomnie, un peu d'anorexie et de soif.

La malade affirme qu'elle n'a point eu les jours précédents des nausées ou vomissements, de la diarrhée ou constipation; en un mot, elle n'a éprouvé aucun trouble notable du côté de l'appareil digestif. Enfin la respiration se fait normalement.

Le 28 février, on pratique trois longues incisions, dont deux sur la face externe de la jambe, et l'autre sur sa face interne. Il s'en écoule beaucoup de sang mêlé à de la sérosité. — Boissons émollientes; diète; cataplasmes.

Le 1er mars, les lèvres des solutions de continuité se sont peu écartées; les plaies sont presque sèches, et ne présentent ni pus, ni eschares sous-cutanées.

Le 3, l'état des incisions est toujours le même; mais l'eschare de la peau qui existait avant les incisions, et que nous avons vue siéger à la partie antérieure et supérieure de la jambe, s'est beaucoup étendue en longueur et en largeur; une inflammation éliminatoire l'a complétement séparée des parties voisines. On enlève avec soin toute cette peau mortifiée, ainsi que les eschares du tissu cellulaire sous-jacent. Il en résulte une vaste plaie.

On constate d'ailleurs une amélioration notable: la douleur et le gonflement sont beaucoup diminués; la malade dort bien, n'a plus de fièvre, ni de céphalalgie, et l'appétit est revenu. — Deux bouillons; cataplasmes.

Le 6 mars, la plaie s'est encore agrandie; elle livre passage à une quantité de pus considérable et à de vastes lambeaux de tissu cellulaire mortifié. — Deux portions; pansement simple.

Les jours suivants, la sécrétion du pus se fait assez abondamment; mais l'état général se soutient.

— Pour apprécier tout l'intérêt que nous offrent ces deux faits, disons quelques mots du phlegmon diffus.

Cette affection est une phlegmasie du tissu cellulaire, dont les principaux caractères sont :

1° Une tendance à envahir rapidement une large surface de tissu cellulaire;

2° Une disposition toute particulière à en produire la mortification.

Le phlegmon diffus se développe presque constamment dans le tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois cependant il envahit le tissu cellulaire profond.

On lui a aussi donné les noms d'érysipèle phlegmoneux, de phlegmon érysipélateux, pour indiquer que l'inflammation peut envahir en même temps la peau. Mais l'érysipèle n'est point essentiellement lié à l'existence de l'inflammation du tissu cellulaire; il manque, en général, lorsque le phlegmon est profond, et peut même manquer dans le phlegmon diffus sous-cutané, d'après Murat et A. M. Bérard. (Dict. en 30 vol., t. XXIV, p. 267.)

La dénomination de phlegmon diffus, qui est préférée par les auteurs modernes, n'est pas non plus à l'abri de tout reproche; car l'affection peut être bornée à une petite étendue, la face dorsale de la main, par exemple, ainsi que M. Nélaton a eu occasion de l'observer plusieurs fois.

D'après M. Nélaton, le caractère spécifique du mal serait cette tendance à produire la mortification du tissu cellulaire; et si l'on voulait le désigner par le nom le plus significatif, on devrait l'appeler *phlegmon gangréneux*.

Une étude approfondie de cette maladie permet d'y reconnaître trois périodes bien distinctes, dont la connaissance est nécessaire pour se faire une idée juste de la nature de cette affection. De cette connaissance, découlent des indications plus précises pour la thérapeutique.

Voici comment on peut constater l'existence de ces trois périodes.

Au début de cette affection, si l'on pratique une incision qui comprenne la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on voit: 1° que ce dernier est injecté et infiltré d'une sérosité limpide ou sanguinolente; 2° qu'il forme une couche d'une épaisseur considérable; 3° que du sang s'écoule de la solution de continuité, sans jamais être accompagné de pus.

D'après cet examen, il est facile de comprendre que la maladie, parvenue seulement à cette période, peut à la rigueur se terminer par résolution, si l'on emploie un traitement énergique.

Ces lésions appartiennent à la première période, que l'on peut désigner sous le nom de *période inflammatoire;* elle comprend tout le temps qui s'écoule depuis le début jusqu'au moment où l'inflammation, après avoir atteint son plus haut degré d'intensité, semble rester stationnaire. Sa durée ordinaire est de quatre à six jours.

Le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a pratiqué l'incision, le fond de la plaie laisse voir le tissu cellulaire blanc-grisâtre, déjà privé de vaisseaux, mais encore adhérent aux parties voisines. Il n'existe pas encore de pus.

Cet état caractérise la deuxième période que l'on peut appeler *période de mortification.* Elle comprend tout le temps pendant lequel existe une rémission de tous les symptômes locaux et généraux; cette rémission pourrait en imposer et faire croire à un commencement de résolution.

Enfin, les jours suivants, une inflammation éliminatrice se déclare, du pus se forme et baigne le tissu cellulaire déjà mortifié; c'est alors que l'on voit, au-dessous des téguments, se détacher des lambeaux de tissu cellulaire d'un blanc grisâtre et infiltré de pus. La peau, ainsi décollée, peut elle-même se mortifier.

Ces phénomènes constituent une troisième et dernière période, que l'on peut désigner sous le nom de *période d'élimination des eschares.*

Ainsi donc, en résumé, le phlegmon diffus se réduirait, pour M. Nélaton, à une inflammation gangréneuse et diffuse du tissu cellulaire; la suppuration ne serait qu'une conséquence de la formation des eschares, et ne les précéderait jamais.

Cette théorie sur la pathogénie du phlegmon diffus, uniquement fondée sur les faits cliniques, diffère de celle qui est généralement admise; en effet, dans celle-ci on pense que le pus précède la formation des eschares et concourt puissamment à les produire. De nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique du phlegmon nous semblent nécessaires pour éclaircir ce point de doctrine.

En attendant, nous ferons remarquer que, chez nos deux malades, nous avons pu suivre, comme on peut s'en convaincre par les observations, l'enchaînement de tous ces phénomènes morbides; mais chez la femme couchée au n° 22, qui fait le sujet de la deuxième observation, l'affection nous a présenté quelques symptômes sur lesquels nous devons fixer l'attention.

En effet, les solutions de continuité, faites par l'instrument tranchant, se sont peu écartées; les lambeaux du tissu cellulaire gangrené ne se sont pas offerts aux incisions, comme cela a lieu ordinairement.

En examinant avec attention ce qui s'est passé dans ce cas, on remarque: 1° que l'eschare de la peau, qui existait avant que l'on eût pratiqué les incisions, s'est étendue en longueur et en largeur; 2° qu'une inflammation éliminatrice s'est développée autour de cette eschare, et a produit du pus qui en a déterminé la chute. Alors existait une vaste plaie ulcéreuse qui livrait passage au pus et aux lambeaux du tissu cellulaire mortifié; on constatait en même temps une amélioration notable dans les symptômes généraux et locaux.

Cette remarque peut servir à nous faire concevoir quel rôle jouent, dans cette affection, les vastes solutions de continuité produites soit artificiellement par le bistouri, soit pathologiquement par le travail morbide; elle nous indique aussi l'influence que peuvent avoir ces solutions de continuité sur la marche du phlegmon diffus.

— Sous le rapport de l'étiologie, ces deux faits nous paraissent encore dignes d'intérêt.

Indépendamment des causes occasionnelles, souvent insuffisantes à elles seules pour produire le phlegmon diffus, tous les chirurgiens ont admis un autre ordre de causes, c'est-à-dire, une prédisposition particulière ordinairement caractérisée par des troubles dans les fonctions digestives; dès lors, on conçoit aisément qu'ayant observé de tout temps la rareté de cette affection chez les femmes, ils aient dû rechercher quelle pouvait en être la raison. Doit-on l'attribuer à l'absence de cette cause prédisposante générale, ou à la rareté des causes occasionnelles? Tel est encore aujourd'hui le problème à résoudre.

Les deux cas qui se présentent à notre observation nous semblent propres à éclaircir la question; en effet, nous voyons, chez ces deux femmes, le phlegmon diffus se produire sous la seule influence d'une cause occasionnelle, d'une simple écorchure, et en l'absence de toute cause prédisposante, de tout désordre dans les fonctions digestives. Ces faits ne tendent ils pas à prouver que la rareté du phlegmon diffus chez les femmes doit être attribuée plutôt à la rareté des causes occasionnelles qu'à l'absence de la cause prédisposante dont nous avons parlé?

Enfin nous ferons remarquer que les veines et les vaisseaux lymphatiques, qui concourent si souvent au développement du phlegmon diffus, n'ont pris aucune part à sa production chez nos deux malades.

Relativement aux symptômes, nos deux malades n'ont pas éprouvé de prodromes manifestes; l'affection paraît avoir débuté par les phénomènes locaux.

M. Nélaton fait remarquer que les exacerbations dans l'état fébrile, qui se montrent quelquefois au début, doivent attirer l'attention du praticien; car elles ont plusieurs fois induit en erreur en faisant croire à l'existence d'une fièvre intermittente. Il insiste également sur l'utilité de se familiariser avec cette sensation particulière que fait éprouver le toucher de la partie atteinte de phlegmon diffus, sensation que l'on chercherait en vain à exprimer par des mots, et qui, suivant Béclard, tiendrait le milieu entre la mollesse de l'œdème, la dureté du phlegmon et l'élasticité de l'emphysème.

Tous les auteurs s'accordent à signaler, comme très fréquente dans cette affection, l'inflammation des vaisseaux et ganglions lymphatiques; néanmoins, dans ces deux cas, il n'en existe pas la moindre trace, et jamais les ganglions n'ont été gonflés et douloureux.

De plus, ils assignent à la coloration de la peau les caractères suivants : elle n'est pas uniforme; elle est disposée par plaques; d'un rouge pâle dans certains points, dans d'autres elle est d'un rouge vif ou violacé. Rien de semblable n'a été observé chez nos deux malades; en effet, les parties affectées étaient bien d'un rouge intense, violacé, mais cette coloration était *uniforme* partout. Aussi, en voyant, dans ces deux cas, cette rougeur uniforme coïncider avec l'essence d'une angéioleucite, devons-nous nous poser cette question :

Les auteurs n'auraient-ils point pris et décrit, comme propre au phlegmon diffus, la rougeur due simplement à l'angéioleucite? Mais un plus grand nombre de faits sont nécessaires pour résoudre cette question. Néanmoins, dans ces deux cas de phlegmon diffus, non compliqués d'angéioleucite, nous voyons la rougeur de la peau être *uniforme* et non disposée par plaques ou lignes ondulées.

Quant au pronostic, le phlegmon diffus est toujours une affection très grave; en effet, il peut causer la mort, soit dans la première période par suite des troubles généraux, soit plus tard par l'abondance de la suppuration, et chacun sait que les vieillards résistent bien moins que les adultes à cette dernière. Aussi, chez nos deux malades, le pronostic doit-il être très réservé jusqu'à la fin.

Chez elles, en effet, outre l'abondance de la suppuration qui est à craindre, il existe plusieurs plaies dont la cicatrisation peut se faire longtemps attendre; ajoutons enfin que des accidents de diathèse purulente peuvent se manifester, accidents toujours au dessus des ressources de l'art.

C'est surtout quand il s'agit de la thérapeutique du phlegmon diffus, que l'on ne doit pas perdre de vue les périodes que nous avons précédemment établies dans l'étude de cette affection; en effet, on doit se rappeler que, dans la première période, la résolution est encore possible. Le chirurgien doit donc diriger tous ses efforts pour obtenir cette heureuse terminaison.

Dans ce but, divers moyens thérapeutiques ont été proposés.

Les émissions sanguines locales, aidées de cataplasmes émolliens, ont quelquefois réussi pour enrayer la maladie dans sa marche et pour produire la résolution.

Les incisions multiples, longues, mais peu profondes, conseillées par Béclard, peuvent avoir le même résultat. Elles constituent réellement une sorte de scarifications, d'émissions sanguines. La douleur que causent ces longues incisions les a généralement fait rejeter de la pratique; d'ailleurs, il n'est pas prouvé que, dans les cas où elles ont réussi, une application de sangsues n'eût pas produit le même résultat.

Les ponctions multiples, faites avec une lancette et conseillées par Dobson, peuvent également amener la résolution. Quoique préférables sans doute aux incisions de Béclard, ces ponctions sont néanmoins passibles des mêmes objections.

A l'aide d'une compression méthodique, M. le professeur Velpeau a pu faire avorter des phlegmons diffus, lorsqu'ils n'étaient encore qu'au début.

Le vésicatoire, conseillé par Duncan, dans le but de fixer ou de modifier l'inflammation, est généralement abandonné maintenant.

Enfin, les incisions longues et profondes, conseillées par Dupuytren, par Samson, et généralement préférées aujourd'hui, constituent, sans contredit, le meilleur mode de traitement contre le phlegmon diffus.

Ces incisions, pratiquées pendant la première période, amènent presque infailliblement un dégorgement rapide et la guérison ne se fait pas longtemps attendre.

Lorsque la maladie est parvenue à la deuxième période, quel que soit le traitement que l'on mette en usage, la mortification du tissu cellulaire sous-cutané et par suite la suppuration sont inévitables. Dans cette période, les incisions longues et profondes sont indispensables.

Il en est de même encore dans la troisième période; dans ce cas, en effet, le pus, retenu entre la peau et les parties sous-jacentes, peut produire les plus graves désordres.

Enfin, on conçoit aisément que, dans ces deux dernières périodes, les antiphlogistiques ne pourraient être que nuisibles.

Ces diverses raisons ont dû nécessairement engager M. Nélaton à pratiquer immédiatement de longues et profondes incisions chez nos deux malades; en effet, dans ces deux cas, la maladie était parvenue à une période trop avancée pour laisser encore quelque espoir d'obtenir la résolution.

M. Nélaton fait remarquer qu'à la suite de ces incisons il peut survenir quelquefois une hémorrhagie assez abondante pour compromettre la vie des malades. Cet accident est surtout à redouter chez les sujets faibles, cacochymes et avancés en âge. A l'appui de cette remarque, il rapporte les faits suivants :

Dans un service de clinique, un malade affecté de phlegmon diffus, et auquel on venait de pratiquer des incisions,

succomba à une hémorrhagie pendant la visite même du professeur.

Une autre fois, chez un malade auquel on avait pratiqué de semblables incisions, il se produisit une hémorrhagie assez abondante ; mais M. le professeur Gerdy, voyant le malade pâlir, soupçonna cet accident, arrêta l'hémorrhagie et en prévint ainsi les suites funestes. G. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril. — Présidence de M. Caventou.

A l'occasion de la correspondance, *M. Rochoux* lit une note sur l'étude microscopique des productions accidentelles.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien la manière dont certains micrographes procèdent à l'étude des produits accidentels est vicieuse. Ainsi, ils soumettent au microscope des parcelles de tissus dégénérés provenant de tumeurs cancéreuses grosses comme le poing, ou de tubercules gros comme le bout du doigt. Or, avant d'acquérir un pareil volume, ces deux genres de productions morbides ont été le siége de décompositions, de fermentations putrides, qui ne permettent plus de reconnaître ce qu'était primitivement leur tissu. Quand, par exemple, on examine le tissu tuberculeux à un état aussi avancé, on voit sur le porte-objet, au milieu de la goutte d'eau où il a été placé, des globules de pus plus ou moins altérés, des globules noirâtres à grains inégaux comme le fruit de la mûr, puis ces espèces de petits cornets comme ceux de l'oublie, ces cellules à noyaux dont on a cru pouvoir faire un caractère définitif du tubercule et du cancer. C'est un détritus, un véritable fumier au milieu duquel on peut, à l'exemple d'Adisson et de Lebert, trouver tout ce qu'on veut voir, et qui apprend autant à connaître la composition des tumeurs accidentelles, que l'examen des balayures de la halle aux légumes pourrait servir à l'étude de la botanique.

Si, au lieu de cela, on soumet au microscope le tubercule tout à fait commençant, on le voit présenter la forme d'une production arrondie, globuleuse, mal circonscrite, ayant de 0,15 à 0,20 de millimètre de diamètre, noyée en quelque sorte au milieu du tissu pulmonaire constamment sain qui l'entoure. A cet état, on ne peut l'en isoler, l'en extraire sans enlever, en les rompant, de nombreux filaments, débris de tissus pulmonaires, de vaisseaux et de nerfs qui forment autour d'elle une sorte de *tomentum,* de duvet. Sa couleur, qui plus tard deviendra d'un blanc-mat grisâtre, est alors celle de la gélatine, ayant une teinte ou un reflet rosé d'autant plus prononcé que le tubercule est plus petit. Si après l'avoir coupée en deux, on se contente, comme je l'avais d'abord fait, d'examiner la surface de la section avec un grossissement de 40 à 50 diamètres, le tissu morbide paraît homogène, comme de la gelée ou de la gomme prête à se durcir. Mais sous un grossissement de 500 ou 600 diamètres, il offre un tout autre aspect On reconnaît alors qu'il est formé par l'entrecroisement de filaments presque aussi fins que ceux du tissu cellulaire, et ne contenant aucun liquide apparent dans leurs interstices ; leur mode de texture est assez régulier, et rappelle à un certain point celui du cristallin. La coupe de la tumeur qu'ils constituent, offre une couleur orangé-très pâle, ayant un reflet comme métallique.

Pour voir ces remarquables particularités, étrangères, dirons-nous en passant, aux productions strumeuses, dont la nature n'est pas celle du tissu tuberculeux, il faut examiner ce dernier tissu à l'état où il vient d'être décrit. Plus avancé dans son développement, et quand il forme déjà des tumeurs du volume d'un grain de millet, ce qui arrive bien plus par l'agglomération des petites productions, que par le développement de chacune d'elles; il y a alors altération, attrition de la substance pulmonaire comprise dans leurs intervalles; et en outre, par suite de cela, formation de pus, au milieu duquel on retrouve ces produits nombreux et variés, si mal appréciés par la plupart des micrographes. Il faut donc, avant tout, commencer par se mettre à l'abri des causes d'illusion et des erreurs grossières dans lesquelles ils sont tombés, si l'on veut contribuer aux progrès de ce que l'on pourrait appeler l'embryologie de l'anatomie pathologique. A cet effet, on s'imposera comme condition indispensable à remplir, l'obligation d'étudier le plus près possible de l'instant où elles peuvent être aperçues les productions accidentelles qui, comme le tubercule et le cancer, vont progressivement en dégénérant. Quant à celles qui, comme les tumeurs fibreuses de l'utérus, ne subissent que peu ou pas d'altération, on peut sans inconvénient les observer à des états de développement fort avancés. Mais c'est là une exception, et elle ne doit pas nous empêcher de reconnaître que presque tout ce qui a été fait sur l'anatomie microscopique des tissus accidentels est à recommencer.

— *M. Belhomme*, candidat à la place vacante, lit un mémoire intitulé : De la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau.

Depuis plus de vingt années, M. Belhomme dirige ses recherches vers le but déterminé de la localisation des fonctions nerveuses.

Dans sa thèse sur l'idiotie, il a prouvé les rapports qu'il y a entre l'atrophie congéniale du cerveau et le défaut de développement intellectuel.

Il a rapporté un fait d'apoplexie de la protubérance, qui prouve que la lésion de ce centre nerveux est mortelle.

Dans ses recherches sur le tournis, il a prouvé l'action du pédoncule cérébelleux dans la station.

Il a communiqué à l'Académie un mémoire sur l'anatomie pathologique du cerveau des aliénés paralytiques, et il a reconnu que les lésions de la sensibilité et du mouvement ont principalement lieu lorsque les parties profondes et les commissures du cerveau sont altérées par un ramollissement.

Les expériences sur les animaux ont prouvé d'ailleurs que la sensibilité et le mouvement n'ont lieu qu'à une certaine profondeur du cerveau.

Enfin, il reprend l'examen de la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs, et il cite six observations nouvelles qui viennent à l'appui de cette opinion que dans cette partie du cerveau se trouve le principe législateur de la parole.

Dans ses réflexions, il insiste principalement sur la distinction à faire de l'altération de la parole par rapport à l'affection cérébrale elle-même; dans les maladies graves de cet organe, la parole est toujours plus ou moins altérée, mais le signe le plus manifeste de la lésion des lobes antérieurs, consiste dans l'interruption brusque de la mémoire des mots, qui ne permet plus de parler ou de gouverner la parole.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° L'altération de la faculté du langage dépend, soit d'une affection cérébrale, soit d'une lésion des organes de communication entre le cerveau et les appareils destinés à l'articulation des mots.

2° La perte subite de la parole dépend d'une lésion hémorrhagique ou autre de l'un et surtout des deux lobes cérébraux antérieurs.

3° Il faut se garder de confondre les phénomènes convulsifs et paralytiques qui altèrent le langage avec la perte subite de la mémoire des mots, et, par suite, de la difficulté de parler.

4° Dans l'affection ou la destruction partielle des lobes antérieurs du cerveau, la parole est tranchée subitement, et ce n'est que plus tard, lorsqu'il s'est formé une cicatrice dans le cerveau, que l'organe reprend plus ou moins ses fonctions premières.

— *M Reybard,* de Lyon, est appelé à la tribune. Ce médecin commence la lecture d'une note contenant des récriminations contre un rapport fait par M. Jobert (de Lamballe), sur des procédés de suture intestinale inventés par lui. Les expressions dont se sert M. Reybard excitent le mécontentement de l'Académie; plusieurs membres invitent le président à interrompre l'orateur, ce qu'il fait en effet ; M. Reybard quitte la tribune, après un court colloque avec les membres du bureau.

M. P. Dubois. Evidemment M. Reybard s'est trompé, mais M. Reybard est un homme de valeur, et l'Académie ne pourrait-elle pas le traiter avec plus d'indulgence; ne pourrait-elle pas lui dire : Modifiez, changez la forme de votre communication, et l'Académie accueillera avec intérêt votre nouveau travail ?

M. Dubois (d'Amiens). C'est précisément ce que je viens de dire à M. Reybard ; mais M Reybard demande que son travail soit renvoyé à une nouvelle commission, ce qui est impossible.

M. Bégin. Le travail de M. Reybard n'est pas un travail nouveau ; il y a décision prise à l'égard de son travail ancien. L'Académie n'a donc rien à voter, et je demande l'ordre du jour.

L'ordre du jour est adopté.

— *M. Chassaignac*, candidat à la place vacante, lit un mémoire ayant pour titre : « De la solidité des os, de leur mode de résistance aux violences extérieures. »

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les différents mécanismes d'après lesquels les violences extérieures triomphent de la cohésion du tissu osseux, sont les suivants : 1° l'arrachement ou élongation ; 2° l'incurvation ; 3° l'écrasement ; 4° la torsion.

2° Dans un os qu'une violence extérieure tend à courber, les fibres de la convexité s'allongent ; celles de la concavité se raccourcissent ; mais entre les fibres allongées et les fibres raccourcies, il en est d'intermédiaires qui conservent leur longueur normale, tant que la courbure se maintient dans certaines limites.

3° Les os longs ayant presque tous la forme du prisme à trois pans, reconnaissent les conditions générales de solidité du prisme triangulaire.

4° Un prisme triangulaire chargé sur une de ses arêtes, résiste beaucoup plus que quand il est chargé sur une de ses faces. La proportion est de 1 à 1,712 millions, c'est-à-dire que la différence de résistance est considérable.

5° Le tibia présente une résistance plus grande quand on cherche à le faire éclater par une de ses faces, moindre quand on le fait éclater par un de ses bords.

6° L'arête la plus résistante des prismes osseux est celle vers laquelle les causes extérieures tendent le plus habituellement à produire la rupture.

7° Les os sont disposés de manière que les plus violents efforts qu'ils aient habituellement à soutenir cherchent à les briser dans le sens de leur plus grande résistance.

8° D'après l'ensemble de la configuration des os, il est presqu'impossible qu'il y ait jamais parallélisme entre la direction des puissances fracturantes et celles des fibres osseuses.

9° Les apophyses des extrémités des os longs se continuant presque toutes avec l'une des crêtes du prisme osseux triangulaire, forment comme la base d'une longue pyramide adossée à la tige centrale de l'os, et prennent en quelque sorte racine dans le corps de ce dernier, ce qui leur donne une grande solidité.

10° Dans les violences qui s'exercent parallèlement à la longueur des membres, le principe de la décomposition des forces s'applique non-seulement à la contiguïté des os, mais encore à leur continuité.

11° Les caractères du col anatomique des os, considéré comme concourrant à la décomposition des forces fracturantes, caractères qui n'ont pas encore été formulés d'une manière générale, doivent être admis au nombre de cinq, et sont :

1. De présenter un rétrécissement plus prononcé qu'en aucun autre point de l'os dont ils font partie ;

2. De siéger immédiatement au-dessous d'une surface articulaire ;

3. D'occuper constamment celle des extrémités de l'os, qui est la plus rapprochée du tronc ;

4. D'offrir une incidence plus ou moins oblique sur le corps de l'os ;

5. De ne supporter l'insertion d'aucun muscle entre le col et la surface articulaire qu'il soutient.

12° La diminution de solidité dans les parties les plus minces des os longs est compensée par la compacité plus grande du tissu osseux dans ces parties.

13° Les os longs tordus à la fois sur leur axe et sur leur diamètre, se rapprochent de la forme spiroïde; ce qui devient pour eux un élément de résistance soit aux pressions verticales, soit aux causes d'allongement et les rapproche des ressorts en spirale.

14° Il y a une époque de la vie à laquelle l'os atteint un maximum de solidité, au delà de cette époque la solidité va toujours en diminuant.

15° La fragilité des os dans la vieillesse ne dépend nullement, comme on l'a avancé, de la présence de la matière adipeuse dans leur tissu.

16° Trois causes déterminent la friabilité des os dans la vieillesse : 1° la résorption intertistielle du tissu osseux ; 2° la prédominance relative du phosphate calcaire pendant un certain laps de temps ; 3° et une période encore plus extrême la résorption partielle du phosphate calcaire lui-même, dernière cause qui n'avait pas encore été signalée.

— *M. Jobert* (de Lamballe) communique l'observation suivante de fistule urétrale guérie par autoplastie :

Amable Duviviez, âgé de trente-sept ans, de Lille, chapelier, entra dans le service de M. Jobert, le 1er novembre 1843, pour y être traité d'une fistule urétrale dont il était atteint depuis quatre ans.

Ce malade rapporte que sa fistule survint à la suite d'une rétention d'urine causée par la fatigue, rétention qui avait nécessité l'emploi du cathétérisme. Les parties génitales devinrent tout à coup très volumineuses, très enflammées ; le canal de l'urètre se rompit, et une fistule s'établit à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum.

Quatre ans après ces accidents, il vint à Paris, entra dans un hôpital, où il séjourna pendant deux mois. On ne tenta aucune opération. En retournant dans son pays, il contracta la syphilis (chancres, bubons, puis éruption de syphilides papuleuses). Il revint alors à Paris, et fut admis à l'hôpital St-Louis (1er novembre 1843).

La fistule, que nous avons dit avoir son siége à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum, avait deux centimètres et demi d'étendue suivant la direction du canal, et un centimètre de largeur. Toute l'urine s'écoulait par cette ouverture, au fond de laquelle on voyait distinctement le canal de l'urètre ; une sonde pénétrait facilement par le méat urinaire et dans toute la longueur du canal, qui n'avait éprouvé aucun rétrécissement.

Le malade fut immédiatement soumis à un traitement antisyphilitique. Au bout de vingt jours, une première urétroplastie fut faite au moyen d'un lambeau emprunté au scrotum ; le deuxième jour les fils coupèrent la peau, et le lambeau se détacha.

Peu de temps après, M. Jobert tenta l'application d'un nouveau lambeau, taillé cette fois aux dépens de la région inguinale gauche. Du quatrième au cinquième jour la peau fut encore coupée par les fils, et le lambeau se détacha ; la réunion par seconde intention ayant également échoué, le lambeau se rétracta vers sa base, et se réduisit à l'état d'un petit tubercule qu'on remarque à gauche du scrotum.

Cependant, par suite du traitement mercuriel, les taches syphilitiques avaient complétement disparu ; et vers la fin de mars 1844, une troisième opération fut tentée ; elle fut pratiquée de la manière suivante : Après avoir avivé les bords de la fistule urétrale, et excisé en dédolant la peau du pourtour de son orifice dans une étendue de 5 millimètres, deux incisions parallèles à l'axe de la verge furent faites de chaque côté de cet orifice, et prolongées dans l'épaisseur du scrotum dans une étendue de 4 à 5 centimètres, de façon à comprendre entre elles un lambeau cutané large de 3 ou 4 centimètres, le lambeau, disséqué jusqu'à sa base, fut appliqué de bas en haut sur l'orifice fistuleux, et y fut placé de façon à mettre son bord libre en contact avec le point le plus élevé de la fistule. Toute la périphérie du lambeau fut ensuite exactement réunie par la suture entrecoupée au pourtour de l'orifice fistuleux. Une sonde de moyen calibre avait été d'abord introduite dans l'urètre ; une légère compression fut établie sur le lambeau dans le but de le tenir exactement appliqué. — Toute trace d'infection syphilitique ayant disparu, l'adhésion fut presque complète ; la réunion se fit dans les 5/6 du pourtour de la fistule : il resta un pertuis latéral de la capacité d'un gros stylet, par lequel l'urine continua à s'écouler. On tenta à plusieurs reprises d'en obtenir l'oblitération, en avivant les bords et en réunissant par la suture entortillée : ces premières tentatives furent sans succès.

Au mois de janvier 1845, l'orifice fistuleux existait encore ; il admettait l'extrémité d'un stylet de trousse ordinaire, et lorsque le malade urinait, le liquide s'écoulait en jet délié, de la grosseur d'une soie de sanglier.

Au commencement de février, M. Jobert tenta une nouvelle suture qui fut la dernière ; l'opération consista dans l'avivement des bords indurés du trajet fistuleux, et l'application de deux points de suture entortillée : les épingles restèrent en place pendant trois jours ; lorsqu'elles furent enlevées, il ne restait qu'un petit pertuis à peine perceptible, que les progrès de la cicatrisation et des cautérisations avec le nitrate d'argent finirent par oblitérer complétement. Aujourd'hui, 30 mars, l'urine a cessé depuis huit jours de s'échapper par la fistule ; les corps caverneux et le gland ont repris leur volume et leur forme ; la peau de la verge présente la trace des cicatrices qui circonscrivent le lambeau ; la verge n'est ni tiraillée, ni déviée ; la cicatrice ne gêne en rien l'érection.

M. Ségalas. Quels moyens a employé M. Jobert pour garantir la plaie de l'urine ?

M. Jobert. L'emploi d'une sonde à demeure dont on enlevait le bouchon de temps en temps.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mars 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

MM. Danger et Flandin lisent un mémoire sur l'empoisonnement par le mercure. L'accueil favorable, disent-ils, que l'Académie a bien voulu faire à nos premières recherches sur les poisons métalliques nous a mis dans l'obligation de les poursuivre, et, autant qu'il dépendra de nous, de les compléter. Déjà dans plusieurs mémoires nous avons traité successivement de l'empoisonnement par l'arsenic, par l'antimoine, par le cuivre, par le plomb et en général par les métaux fixes. Pour clore la liste des poisons dits métalliques, il nous reste à parler du mercure : ce sera l'objet de la présente communication.

Il est à peine nécessaire de le rappeler ; dans la classe des métaux, le mercure est après ou plutôt avec l'arsenic, l'élément toxique le plus dangereux qui puisse tomber en des mains criminelles. L'un de ses composés, le deuto-chlorure ou sublimé corrosif a porté pendant un temps le nom de *poudre de succession.* C'était un des poisons de la Brinvilliers, et le principal parmi ceux que l'on trouva dans la fameuse cassette de Sainte-Croix, dont s'empara le gouvernement. En 1613, ce fut par ce poison que le comte et la comtesse de Somerset firent périr sir Thomas Overbury, enfermé dans la tour de Londres. Les meurtriers essayèrent successivement sur la victime l'eau-forte, l'arsenic, la poudre de diamant, la pierre caustique, de grandes araignées et les cantharides ; le sublimé corrosif, administré en lavement, amena la mort en moins de vingt-quatre heures. Il y a lieu de croire que le sublimé corrosif a été connu des anciens et préparé particulièrement par la femme trop célèbre qui avait fait association de crimes avec Néron et qui distillait des poisons dans le palais impérial ....

Dans l'étude toxicologique du mercure, le seul progrès dû à notre époque, c'est la découverte et l'emploi de la pile de Smithson. On sait quels sont les éléments de ce petit appareil ; une lame d'étain recouverte par une lame d'or développée en spirale. L'étain constitue l'élément électro-négatif, et l'or, l'élément électro-positif. Plongée dans une dissolution contenant du mercure, cette pile en sépare l'élément métallique qui se porte sur l'or, et le blanchit. Il suffit ultérieurement de volatiliser le métal dans un petit tube, pour l'obtenir à l'état de globule liquide tout à fait caractéristique.

Pour l'examen comparatif des réactions propres à déceler le mercure dans ses dissolutions, nous nous sommes assurés que l'action galvanique ou galvanoplastique était le plus sensible. Il nous a été permis, à l'aide de cette réaction, de constater l'existence du mercure dans une dissolution titrée au cent millième. C'est la limite que nous nous sommes imposée dans nos recherches précédentes. Nous sommes heureux qu'il n'y ait point eu d'exception à faire à l'égard d'un métal qui non-seulement est un poison redoutable, mais qui, sous diverses formes, est un médicament précieux et très fréquemment employé.

Ce n'est pas l'appareil galvanique tel que l'a imaginé Smithson qui nous a servi dans nos épreuves, nous n'en avons conservé que le principe. Pour les recherches toxicologiques, cet ingénieux instrument aurait eu des inconvénients que nous avons voulu éviter. Voici l'appareil que nous proposons de substituer à celui du chimiste anglais

Un vase V sert de récipient au liquide d'épreuve. Sur un support S est adapté une sorte d'entonnoir E, terminé par un tube effilé F, dont l'aire est presque capillaire. Ce tube d'ajoutage forme avec le corps de l'entonnoir un angle de 90 degrés. Le vase V, rempli du liquide suspect, est renversé dans le petit entonnoir. Au moyen d'une articulation du support, on peut donner à l'appareil en place telle inclinaison que l'on juge convenable pour l'écoulement du liquide. Dans la partie évasée de l'entonnoir E est placé le conducteur électro-négatif d'une pile à un seul couple de Bunsen, et dans l'aire du tube capillaire est introduit le conducteur électro-positif. L'un et l'autre fil, dans la partie du moins qui touche au liquide, doit être en or pur. Les deux pôles seront rapprochés presque jusqu'au contact. Par suite de l'excès de pression sur l'ouverture capillaire du tube F, le liquide prend son écoulement goutte à goutte, et on le reçoit dans une capsule. Le vase V remplissant le rôle du vase de Mariotte ou d'une fontaine intermittente, la pression reste constante sur le liquide, et l'écoulement est régulier au point G. Cet écoulement peut être accéléré ou ralenti au gré de l'operateur par le degré d'inclinaison donné à l'appareil. Il nous a paru que, dans les cas ordinaires, il devait être réglé de manière qu'en tombant chaque goutte du liquide marquât un intervalle de cinq secondes. La pile, mise en activité, un dégagement de gaz plus ou moins abondant s'opère aux pôles, indice de l'intensité du courant, et le mercure de la dissolution se dépose sur le fil d'or électro-positif, et le blanchit. Pour s'assurer que cette coloration est due au mercure, il ne reste qu'à volatiliser le métal dans un petit tube de réduction au moyen de la lampe à émailleur.

Certains, avec cet appareil, de découvrir les plus faibles traces de mercure que la chimie puisse reconnaître, il nous restait, pour atteindre le but que nous nous étions proposé, à trouver un procédé propre à séparer le mercure des matières organiques, à l'en isoler autant que possible sans perte. L'Académie a bien voulu donner son approbation au procédé de carbonisation par l'acide sulfurique que nous avons proposé, et ce procédé est généralement pratiqué aujourd'hui dans les expertises de médecine légale. Il nous fallait faire nos efforts pour

l'appliquer à la recherche du mercure ; nous y sommes parvenus sans qu'il soit besoin, ainsi que nous l'avions craint d'abord, d'avoir recours à la distillation, c'est-à-dire à une opération d'une application assez difficile dans les épreuves quelquefois si décisives de la toxicologie.

Voici le procédé qu'à la suite de nombreux essais nous avons fini par adopter. Nous liquéfions à la température de 100 degrés environ, les matières animales par le tiers ou la moitié de leur poids d'acide sulfurique monohydraté, selon la méthode ordinaire. Cette liquéfaction opérée, ce qui n'exige qu'une heure et demie à deux heures au plus, nous retirons la capsule du feu et lui laissons subir un certain degré de refroidissement. Alors, après avoir placé le vase au-dessous d'une cheminée d'un bon tirage, pour garantir l'opérateur contre le dégagement des gaz, nous versons par fragments dans le liquide noir de la carbonisation, du chlorure de chaux saturé, en agitant le mélange avec une spatule de verre. Au fur et à mesure que la matière s'épaissit en blanchissant, on y ajoute de l'eau distillée qui favorise la dissolution du chlore, et l'on ne s'arrête dans cette manipulation que lorsqu'on a jugé à l'œil que le liquide à séparer par le filtre est presque incolore. La quantité de chlorure de chaux à employer sera toujours à très peu près dans le rapport de la proportion d'acide sulfurique nécessaire à la parfaite liquéfaction des matières animales. Pour 100 grammes de foie, en raison de la bile et des graisses que contient cet organe, il faut quelquefois jusqu'à 50 grammes d'acide sulfurique et 50 grammes de chlorure de chaux ; mais on est rarement obligé de dépasser cette proportion. La matière blanchie et amenée à l'aspect d'une terre calcaire, on l'humecte intimement à froid avec de l'alcool absolu ; pour être plus sûr d'atteindre le composé mercuriel, on l'étend d'eau distillée, et l'on filtre en lavant le précipité à diverses reprises. Si le liquide est trop abondant, on le concentre par évaporation ; après quoi on le soumet dans l'appareil décrit à l'action d'un courant galvanique. Il nous a été démontré par l'expérience que le courant voltaïque favorisait la précipitation du mercure sur le fil d'or, et que dans tous les cas, au moins, elle avait l'avantage d'accélérer son opération qui, sans le concours de cette action, exigerait peut-être beaucoup de temps pour s'accomplir.

Le métal obtenu sur le conducteur électro-positif de la pile, il faut, pour enlever toute matière grasse, laver le fil d'or dans l'éther ou l'alcool bouillant et le sécher avant de l'introduire dans le tube à réduction. Celui-ci devra être préparé et soufflé avec les précautions requises pour éviter l'humidité qui pourrait souiller le globule de mercure, quelquefois extrêmement petit, qu'il s'agit de rendre sensible aux yeux.

Ce procédé a déjà subi les épreuves propres à nous faire juger de sa valeur dans les cas d'empoisonnement. Il ne nous a fallu que 100 grammes de foie d'un animal empoisonné par le sublimé pour en retirer du mercure en quantité appréciable. Désormais donc il ne sera pas plus difficile de suivre les traces d'un crime commis avec la poudre de succession ou le sublimé corrosif, que celles d'un empoisonnement par l'acide arsénieux ou tout autre composé métallique. C'était le résultat que nous étions pressés d'annoncer à l'Académie.

Dans un prochain mémoire nous reprendrons devant elle les questions qui se rapportent à l'étude du mercure considéré comme médicament.

— *M. Mialhe* lit un mémoire intitulé : De la digestion et de l'assimilation des matières sucrées et amiloïdes. Dans la première partie de son mémoire, l'auteur fait valoir ses droits à la priorité des idées récemment émises par MM. Bouchardat et Sandras ; dans la seconde partie il expose de nouveaux résultats dont voici un résumé :

Pour la digestion des matières féculentes et sucrées, il n'existe encore rien de positif. C'est cette lacune que M. Mialhe a cherché à combler. Or, les faits qu'il présente dans ce mémoire tendent à démontrer que toutes les substances hydrocarbonées ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'autant qu'elles sont décomposables par les dissolutions alcalines faibles contenues dans les humeurs vitales. Cette transformation est uniquement effectuée par la salive, dans laquelle M. Mialhe a découvert un principe actif analogue à la diastase par ses propriétés physiques et chimiques.

Ce principe actif de la salive est solide, blanc ou blanc-grisâtre, amorphe, insoluble dans l'alcool, soluble dans l'eau et l'alcool faible.

Pour obtenir ce principe remarquable on n'a qu'à filtrer la salive humaine, puis la traiter par cinq à six fois son poids d'alcool absolu ; on ajoute de l'alcool jusqu'à cessation de précipité ; la diastase animale y étant insoluble, se dépose en flocons blancs, d'abord peu sensibles, mais qui croissent peu à peu en gagnant le fond du vase où s'effectue la précipitation. On la recueille sur un filtre, on l'enlève tout humide, on la dessèche en couches minces sur une lame de verre par un courant d'air chaud à la température de 40 à 50 degrés et on la conserve dans un flacon bien bouché.

La proportion de diastase animale existant dans la salive de l'homme excède rarement 2 millièmes, et c'est justement la proportion de diastase qui existe dans l'orge germé.

— *M. le docteur Lafargue* (de Saint-Emilion) adresse une lettre relative à un phénomène de toxicologie, propre, dit-il, à fixer l'attention des physiologistes. Il a fait des expériences desquelles il résulte que le pavot indigène, loin d'être un poison, est au contraire un aliment pour le lapin domestique. Des lapins nourris avec cette plante pendant plusieurs mois, non-seulement n'en ont pas été incommodés, mais ont engraissé comme s'ils avaient été nourris avec toute autre plante habituelle.

Dans le but d'accroître la certitude sur la valeur de ses recherches, il a fait dissoudre 20 centigrammes d'acétate de morphine dans 120 grammes d'eau distillée. Il a mélangé cette dissolution à 1 kilogramme de son ; il a présenté cette pâte à un lapin, qui en deux jours l'a avalée sans en être incommodé.

Outre son résultat physiologique, ce travail a un autre genre d'intérêt ; c'est de commander la circonspection en matière toxicologique, et de prévenir les médecins légistes que quand ils devront étudier comparativement l'opium sur l'homme et les animaux, ils écarteront le lapin, animal si souvent invoqué cependant en pareille circonstance.

— *M. Fourcault* écrit que pour prévenir la rage il faudrait se livrer à des expériences qui n'ont pas été faites. L'auteur n'indique pas celles qu'il croirait utiles.

— *M. Becquerel* adresse une note sur les effets de la volatilisation du zinc dans les fonderies de cuivre sur les personnes qui y sont soumises, soit dans ces établissements eux-mêmes, soit dans leur voisinage.

Dans un quartier populeux et central de Paris, M. X., cordonnier, habite une boutique assez vaste, avec sa femme et deux ouvrières. Cette boutique est contiguë à une fonderie de cuivre, dans laquelle on emploie du zinc. Cette fonderie a cinq mètres cinquante de long sur cinq mètres de large, et dans un espace aussi rétréci se trouve réuni un matériel assez considérable, le moulage, l'étuve, le fourneau et le moulin. Il s'y trouve de plus huit ouvrières qui à chaque fonte sont obligées de sortir de l'atelier à chaque instant pour ne pas être asphyxiées par les émanations qui s'en échappent, et n'ont d'autre issue que les ouvertures situées sur la voie publique.

Les jours de fonte, la boutique de M. X. est fréquemment remplie d'une vapeur blanchâtre qui pénètre par les fentes qui la séparent de la fonderie. Voici les effets déterminés sur les habitants de la boutique.

Madame X. est la plus malade. Les jours de fonte, vers le soir, frisson violent de trois quarts d'heure à une heure, accompagné d'une violente céphalalgie. Bientôt au frisson succède une chaleur vive, une fièvre intense accompagnée d'un sentiment d'accablement, de courbatures, de douleurs dans les membres. Dans la nuit sueur abondante, qui semble être la crise ; il ne reste plus que de la courbature. La santé de cette femme s'est gravement altérée.

Les autres membres de la famille éprouvent des accidents analogues, mais moins forts.

NOUVELLES.

Le concours ouvert au Val-de-Grâce pour le remplacement de M. le docteur Casimir Broussais, s'est terminé hier, mardi. M. le président du jury a annoncé le résultat en ces termes : M. Marchal (de Calvi) ayant réuni l'unanimité des suffrages, sera présenté à M. le ministre de la guerre, pour la chaire de physiologie et d'anatomie pathologique, vacante à l'hôpital militaire de perfectionnement.

Les autres candidats étaient MM. Durand, médecin-adjoint attaché à l'hôpital militaire de Blidah (Afrique) ; Maignien, chirurgien aide-major de la garde municipale, et Tourny, chirurgien-major.

M. Maignien, après une bonne composition écrite, a été atteint d'une indisposition assez grave, dont il souffre encore, et a dû se retirer. M. Maignien est connu en physiologie par un travail sur les fonctions du corps thyroïde, dont nous avons donné une analyse dans nos comptes rendus de l'Institut.

M. Durand s'est fait remarquer par des connaissances très étendues, très solides, et une originalité de vues dont la *nouvelle théorie de l'action nerveuse*, soumise au jugement de l'Académie des sciences, pouvait à l'avance donner une idée. Il n'est pas douteux qu'avec le temps M. Durand ne se perfectionne dans l'art difficile du professorat, et que l'enseignement médical militaire ne doive compter sur lui. Il est à espérer aussi qu'il lui sera tenu compte des preuves de travail et d'aptitude qu'il vient de fournir.

— Nous avons reçu de M. Fleury une réponse à la lettre de MM. Becquerel et Rodier ; nous la publierons dans le prochain numéro.

— M. Piorry commencera le 8 de ce mois, à trois heures, son cours de pathologie médicale, à la Faculté, et le continuera tous les deux jours, à la même heure.

Le professeur passera en revue, dans ce semestre, tous les faits pratiques médicaux ou chirurgicaux ayant trait à la percussion. Il rapprochera des signes physiques fournis par la plessimétrie, les autres signes diagnostiques obtenus à l'aide des autres moyen d'exploration.

— M. Legras, libraire, rue de La Feuillade, 2, a trouvé un paquet d'instruments de chirurgie. Il les remettra à la personne qui les réclamera, en en donnant les détails exacts.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36

SAMEDI 5 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 40. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 5 AVRIL 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Si les médecins de l'armée savent mériter le respect et l'amour du soldat par un dévouement infatigable envers lui, leur zèle envers la science n'est pas moindre. Combien la pyrétologie leur est redevable, tout le monde le sait maintenant. Mais ce que l'on sait moins, c'est que, sous leurs efforts multipliés, la pathologie du foie jusqu'à présent si obscure, si confuse, si incomplète, s'éclaircit et s'achève. Un jour il faudra reprendre tous les volumes des *Mémoires de médecine militaire* qui ont paru depuis 1830, c'est-à-dire depuis la conquête de l'Algérie, et montrer en un seul tableau ce que les médecins militaires ont fait pour la science, à travers les immenses fatigues de la guerre, dans un pays où ils ont été si cruellement décimés. Car aussi bien il nous appartiendrait peut-être de proclamer les pertes énormes qu'ils ont éprouvées par le feu de l'ennemi et par les maladies, eu regard des services qu'ils ont rendus. Aujourd'hui nous voulons nous borner à appeler l'attention de nos lecteurs sur quelques cas intéressants pris isolément dans les services des hôpitaux ou dans les corps de troupes.

Le 57e régiment de ligne étant cantonné dans le pays des Basques de la Soule (Basses-Pyrénées), une épidémie singulière, bien étudiée par M. le docteur Martin, alors chirurgien-major de ce régiment, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Colmar, atteignit les hommes qui le composaient. Des phlegmons, en nombre très considérable, se développèrent aux membres supérieurs, la plupart aux doigts (84 sur 101). C'était donc une épidémie de panaris, pareille à celle que Ravaton observa parmi les soldats de la garnison de Landau.

Le pays des Basques de la Soule est accidenté, riant et salubre. Les hommes y sont robustes et agiles. L'alimentation y est saine et abondante, mais rendue très excitante par l'abondance des épices. L'on y fait usage et même abus de boissons spiritueuses. L'action vitale étant épanouie à la surface du corps, les affections périphériques, érysipèles, dartres, phlegmons, furoncles, antbrax, hémorrhoïdes, l'emportent de beaucoup sur les maladies internes. Notons que le choléra ne sévit point parmi les Basques de la Soule.

Les soldats, disséminés, libres, aidant les habitants dans leurs travaux et partageant leurs repas, ne tardèrent pas à ressentir l'influence de ces conditions hygiéniques nouvelles. L'état sanitaire du régiment devint meilleur qu'il n'avait jamais été. Mais ce fut alors que des éruptions exanthématiques diverses, des boutons hémorrhoïdaux, des abcès, des furoncles, des antbrax, des charbons, et une tendance des inflammations phlegmoneuses à se compliquer de gangrène se firent remarquer.

De toutes ces lésions, aucune ne fut aussi fréquente que le panaris. L'épidémie s'accrut en raison de la température. Elle comprend 101 cas répartis dans 16 mois. Sur ces 16 mois, 6 (les plus chauds) comptent à eux seuls 57 cas; plus de la moitié du chiffre total.

Pendant la première année il y eut 53 exemples de phlegmons (44 à la main, 7 à l'avant-bras, et 2 au bras). Les *moyens ordinaires* furent employés avec énergie et de la manière la plus rationnelle; néanmoins, d'une part, la durée de la maladie fut longue, et de l'autre, les terminaisons furent fâcheuses, puisque sur ces 53 phlegmons pas un ne se résolut, et que, dans 3 cas, l'inflammation fut suivie de gangrène, dans 3 autres de la perte d'une phalange, et dans 7 d'une gêne définitive plus ou moins considérable de la partie affectée.

Telles furent les résultats obtenus sous l'influence des moyens généralement préconisés contre le phlegmon, et en particulier contre le panaris (émollients et narcotiques, déplétifs locaux et généraux, débridements, etc.). M. le chirurgien-major Martin déplorait l'insuffisance de la thérapeutique, lorsque le traitement de M. Serres, d'Alais, contre le panaris, parvint à sa connaissance.

Ce traitement consiste, comme on sait, en des frictions pratiquées tous les quarts d'heure sur la partie enflammée avec une petite quantité de pommade mercurielle. M. Martin l'employa d'abord tel que nous venons de le formuler; puis il le modifia de la manière suivante: les frictions étaient exécutées pendant cinq minutes, et suspendues durant le même espace de temps, pendant deux heures le matin et le soir, avec la condition de recouvrir ensuite la partie enflammée d'un cataplasme émollient.

On a vu quels avaient été les résultats de la thérapeutique ordinaire; sous l'influence des frictions mercurielles coup sur coup, on obtint, outre la prompte cessation de la douleur, d'une part, une extrême diminution de la durée de la maladie, et de l'autre, un changement complet dans les modes de terminaison. En effet, sur 48 cas qui composent l'épidémie de la seconde année, il y en eut 27 de résolution sur 21 seulement de suppuration, et pas un exemple de gangrène, pas un de perte d'une phalange, pas un non plus de gêne définitive de la partie malade.

Ainsi, dans une année, les moyens ordinaires étant activement et rationnellement employés, pas un seul exemple de résolution, et plusieurs terminaisons fâcheuses; dans l'autre année, au contraire, par l'effet des frictions mercurielles, résolution dans plus de la moitié des cas, et pas une seule terminaison fâcheuse. Ajoutons qu'il y a lieu d'établir une différence dans les résultats entre la méthode de M. Serres, telle que ce praticien l'a employée, et cette méthode modifiée par M. le docteur Martin; différence très notable et tout à l'avantage de cette dernière.

— Les abcès du poumon, autres que les vomiques tuberculeuses et les collections dites métastatiques sont si rares, que M. Grisolles n'a pu en rassembler que 22 cas, y compris un fait qui lui est propre, et trois qui lui ont été communiqués directement. M. le professeur Laveran, médecin du Val-de-Grâce, que nous avons cité plusieurs fois avec distinction, en a observé trois exemples, dont deux l'année dernière. Le soin avec lequel il les a étudiés nous affranchit de toute espèce de doute sur la véritable nature de la collection, et l'on peut regarder comme certain qu'il n'a eu affaire, dans ces trois cas, ni à un abcès tuberculeux, ni à une dilatation bronchique pleine de muco-pus.

Le sujet de la première observation était un garde municipal. Après des excès de toute sorte, il avait été pris d'un point de côté avec fièvre. Il resta pendant quatre jours dans cet état sans se faire porter malade. A son entrée à l'hôpital, on constata les symptômes suivants: La région thoracique gauche donne un son mat; elle est le siége d'une douleur vague; en bas et en arrière, on y entend du râle crépitant; battements du cœur tumultueux, superficiels, accompagnés d'un bruit de souffle au premier temps; peau brûlante; pouls dur, étroit, à 116; face tirée. On prescrit un traitement déplétif et contro-stimulant. Pesanteur à la région précordiale, qui devient mate; les battements sont obscurs et profonds; crachats rouillés; absence de bruit respiratoire à gauche; le pouls varie de 96 à 100. Le treizième jour du traitement, M. Laveran est frappé par l'aspect de crachats verts, opaques, puriformes. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et meurt deux jours après.

A l'autopsie, on trouve 100 grammes de pus gris-verdâtre dans le péricarde, dont le feuillet viscéral est granuleux. La plèvre gauche est le siége d'un épanchement assez abondant. Le lobe supérieur du poumon correspondant est sain, sauf une congestion médiocre; l'inférieur, complétement hépatisé, est creusé par un abcès situé à sa partie externe, presque sous la plèvre; le foyer, qui logerait une petite noix, contient du pus gris-verdâtre, plus des lambeaux de parenchyme pulmonaire, et il est tapissé par une fausse membrane molle.

Dans le second cas, il s'agit encore d'une pleuro-pneumonie gauche avec péricardite, coïncidence qui tendrait à confirmer une opinion de M. le professeur Bouillaud, touchant la coexistence de la péricardite avec une pleuro-pneumonie gauche plus fréquemment qu'avec la pleuro-pneumonie droite. M. le docteur Parise, prosecteur au Val-de-Grâce, admet, d'après un grand nombre d'observations, que la coexistence de la péricardite est égale pour les deux côtés; seulement les traces, quelquefois très légères, qui décèlent la participation du péricarde à la phlogose, se font remarquer d'un côté ou de l'autre du cœur, selon que l'inflammation pleuro-pulmonaire affecte elle-même le côté droit ou le côté gauche. Dernièrement nous avons eu à ouvrir un homme mort d'un hydro-pyo-thorax, suite de pleurésie aiguë, et nous avons trouvé quelques flocons de pus nageant dans la sérosité du péricarde, peu augmentée d'ailleurs, car elle n'excédait pas trois cuillerées à bouche. Nous étions assisté, dans cette ouverture, par M. Parise. L'épanchement, très abondant, siégeait à droite. Le poumon n'était pas sensiblement enflammé, car, insufflé, il reprit son volume; ce qui nous a fait dire que c'eût été là un beau cas pour pratiquer l'empyème. Ajoutons que le système circulatoire sanguin, y compris les cavités gauches du cœur, était plein d'un sang noir et poisseux; ce qui prouve bien que le sujet, d'ailleurs jeune et robuste, avait succombé mécaniquement.

Revenons au cas de M. Laveran. La plèvre gauche contenait du pus blanc et crémeux; le poumon n'était point affaissé; il adhérait au diaphragme (il y avait eu de la suffusion ictérique); les deux lobes étaient intimement unis. Le supérieur était sain; l'inférieur était hépatisé; on y trouva un foyer de la contenance d'un petit œuf, circonscrit par des lambeaux pseudo-membraneux sans trace d'organisation, qui

FEUILLETON.

RAPPORT DE M. LE BARON CHARLES DUPIN SUR LE PREMIER PRIX DE STATISTIQUE REMPORTÉ PAR M. DEMAY, POUR L'OUVRAGE INTITULÉ: MONOGRAPHIE DES SECOURS PUBLICS DE PARIS.

(Commissaires: MM. FRANCOEUR, MATHIEU, le comte DE GASPARIN, POUILLET, le baron CHARLES DUPIN, rapporteur.

« Un habile administrateur, jadis employé comme chef de division dans les hôpitaux de la capitale, a recueilli, pendant vingt-trois années de service actif, tous les faits d'expérience qui se sont développés sous ses yeux. A côté des résultats offerts par le spectacle du présent, il a placé ceux que le passé, bien étudié, pouvait renfermer d'améliorations réservées à l'avenir.

» Dès 1830, M. Demay réunissait en deux volumes in-4°, pour le présenter au Conseil général de l'administration des hospices, un ouvrage intitulé: *De l'Administration des Hôpitaux*; ouvrage qui méritait ce noble suffrage donné par M. le baron de Gérando: « Je dois » applaudir aux soins avec lesquels cet important et beau travail a » été exécuté, à la méthode qui y préside, à l'exactitude des détails. »

» Il faut ajouter à cet ouvrage principal vingt-huit Mémoires, composés par le même auteur, sur les diverses parties du service administratif des hôpitaux.

» Enfin, cet infatigable écrivain a présenté, pour le concours de Statistique, un manuscrit de seize cents pages, intitulé: *Monographie des Secours publics de Paris.*

» Si M. de Montyon, le fondateur du prix dont nous avons à disposer, pouvait aujourd'hui revivre, l'ouvrage dont nous allons rendre compte serait à coup sûr un de ceux qui souriraient le plus à son âme généreuse.

» L'Académie des Sciences est en droit de s'enorgueillir d'avoir tourné du côté des secours publics et des perfectionnements dont ils sont susceptibles, son esprit d'observation et le bienfait de ses recherches.

» Avant nos révolutions, dès 1780, le premier compte rendu qui répandit la lumière sur la situation des hôpitaux de Paris, est l'œuvre courageuse et persévérante du docteur Tenon, qui vécut quatre-vingt-douze ans, et qui, pendant soixante-six ans, poursuivit le même but, au sein de l'Académie des Sciences.

» Dès 1785, l'Académie, consultée sur la construction, sur l'amélioration, disons mieux sur la régénération des hôpitaux, voulut répondre dignement à l'appel de la bienfaisance; elle choisit ses organes les plus illustres, afin de servir l'humanité par le génie. Dans sa Commission, dont le célèbre Bailly fut rapporteur, Laplace représentait les Mathématiques, Coulomb la Physique, de Lassone la Médecine, Daubenton l'Histoire naturelle, Lavoisier et d'Arcet la Chimie avec ses applications aux besoins des arts et de la vie.

» Le Rapport qui s'ensuivit est si profond et si lumineux, qu'on l'a jugé digne d'une telle Commission. Nous n'hésitons pas à le dire, c'est à cette œuvre éminente, plus qu'à ses travaux astronomiques et littéraires, que Bailly dut la vénération affectueuse qui l'a porté jusqu'à la présidence de l'Assemblée constituante, à l'aurore d'une époque dont la mémoire est immortelle.

» Cette Assemblée créa dans son sein un Comité permanent de secours publics, pour rechercher les causes de la misère et les moyens de la soulager. Le duc de Larochefoucault-Liancourt, déjà membre de l'Académie des Sciences, mit sa gloire à présider ce Comité dont il suffit d'indiquer le but: c'était de rendre la capitale un modèle pour les autres villes du royaume, sous les divers rapports de salubrité publique, de secours à domicile, de construction, d'organisation des hôpitaux, et de traitement des malades; c'était, en un mot, de rechercher, pour le mettre en pratique, tout ce qui peut concourir au soulagement de l'espèce humaine, dans tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie: programme aussi grand que les vues régénératrices des législateurs de 1789.

» Seulement, les réformateurs oubliaient qu'il ne suffit pas d'être sublime en théorie, mais qu'il faut, avant tout, savoir traiter avec les hommes, lorsqu'on aspire à les réformer. Leur réunion avait été constituée sous le titre de *Comité de mendicité;* c'en fut assez pour paralyser leur action salutaire. Les administrateurs des hôpitaux de Paris, alors de très hauts personnages, très fiers de leurs prérogatives et très peu communicatifs, se retirèrent tous ensemble, afin de ne pas pratiquer la bienfaisance sous la tutelle et la réforme d'un bureau de mendicité! Le désordre et l'anarchie, sur les pas de l'inexpérience novatrice, pénétrèrent aussitôt dans les établissements hospitaliers; et les progrès après lesquels soupirait l'humanité furent ajournés à des temps moins ambitieux de réformer d'un seul coup, et d'autorité, le genre humain.

» Après dix années d'agitations violentes, le Consulat entreprit de réparer les ruines inséparables de toute révolution. Chaptal, qui ne fut pas seulement célèbre par l'application ingénieuse de la science aux arts utiles, Chaptal eut le bonheur de faire adopter, pour l'administration et le régime des hôpitaux, de nombreux perfectionnements et l'excellente organisation qu'on a conservée depuis cette époque; c'est ainsi qu'un membre de l'Institut a pu réaliser, dès l'aurore du XIXe siècle, les améliorations qu'avait indiquées à nos pères l'ancienne Académie des Sciences.

» A la même époque, Larochefoucault revenait de l'exil et rapportait, pour sa bienvenue, la propagation de la vaccine. Quelques années après, l'Académie, reprenant son ancien titre et son ancienne existence, lui rouvrait de droit ses portes. En même temps, le Conseil des hôpitaux lui déférait une présidence qu'il a signalée, pendant sept années, par un amour infatigable de tous les perfectionnements pratiques expliqués, défendus, popularisés, dans ses Rapports périodiques. Il a continué ce noble rôle jusqu'au jour de funeste augure, où l'autorité peu prudente, après avoir destitué tour à tour des hommes vertueux, célèbres dans les Sciences, les Lettres ou les Arts, voulut, pour employer un mot hardi de Tacite, destituer la vertu même, en retirant d'un seul coup à Larochefoucault-Liancourt sept emplois gratuits de bienfaisance, qui faisaient le bonheur et la gloire de sa vieillesse.

» Après avoir rappelé des souvenirs à jamais honorables pour l'Aca-

le séparaient de la substance pulmonaire grise, grenue et ramollie.

Le quinzième jour après son entrée à l'hôpital, le malade avait craché du pus, et M. Laveran « abusé par cette préoccupation naturelle de l'esprit qui tend à nous faire admettre l'existence des maladies que nous avons le plus souvent l'occasion d'observer » ayant, ce même jour, constaté du gargouillement à la partie postérieure du poumon gauche, crut avoir affaire à une phthisie aiguë.

Chez le sujet de la troisième observation, des abcès *multiples* furent la suite d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Il est à remarquer que le tartre stibié, administré à la dose de 0,3, fut suivi de vomissements qui se continuèrent pendant plusieurs jours et qui fatiguèrent extrêmement le malade. A l'autopsie, on trouva la muqueuse gastrique d'un rouge-foncé, infiltrée, épaissie, et ulcérée dans trois points vers la partie moyenne de la grande courbure. Il est probable que le tartre stibié, administré à la dose de 0,3, avait agi simplement comme émétique, et non à titre de contre-stimulant, comme quand on le donne à plus haute dose, conformément aux données rasoriennes. Du reste, nous convenons volontiers que de tels faits légitiment la réserve des praticiens qui ne sont point encore convertis aux idées italiennes relativement à l'emploi du tartrate antimonié de potasse.

Nous avons dit que l'affection pulmonaire siégeait à droite. La plèvre de ce côté contenait une grande quantité de sérosité citrine. Le tissu du poumon, gris, friable, imperméable, était creusé, dans le lobe moyen, par plusieurs excavations communiquant les unes avec les autres, et circonscrites immédiatement par le tissu pulmonaire. Sous l'eau on voyait l'aspect tomenteux des parois du foyer, dans lequel s'ouvraient trois branches de moyen calibre.

Vers la fin de la maladie, le sujet avait été pris, pendant la nuit, d'un crachement de pus si abondant que M. Laveran crut un instant à l'ouverture de l'épanchement pleurétique dans les bronches.

De ces trois faits nous n'avons rapporté que ce qui était esentiel. Les détails sont consignés dans le dernier volume des *Mémoires de médecine militaire* (LVII), où le lecteur pourra trouver, en outre, des observations de dysenterie aiguë avec *détachement de la membrane muqueuse du gros intestin*, par M. le docteur Cateloup, et des cas de chirurgie d'un véritable intérêt.

— Une discussion s'est élevée dernièrement au sujet d'une tumeur de la glande mammaire, dans laquelle divers chirurgiens ont cru voir une affection cancéreuse, tandis que d'autres l'ont envisagée comme un produit de bonne nature. La microscopie ayant été appelée à décider la question, MM. Lebert et Mandl donnèrent un avis contradictoire. Cette dissidence est fâcheuse; mais il n'y a pas que le microscope qui se contredise; et en vérité nous n'avons pas le droit d'être si exigeants. Il faut s'attendre à des dissidences parmi les micrographes, comme il en existe parmi les médecins sur tous les sujets possibles. D'ailleurs, il y a micrographe et micrographe, comme il y a médecin et médecin. Voici une fracture, dit l'un. Non, reprend un autre; cette fracture est une luxation. Faites que tous les médecins aient la même aptitude pour observer et des lumières égales, et une fracture sera une fracture pour tout le monde.

M. Lebert reconnut dans la tumeur la structure du tissu mammaire hypertrophié; quelques aréoles élargies de ce tissu renfermaient un liquide ayant de l'analogie avec celui que l'on trouve souvent dans certains kystes.

M. Mandl crut y apercevoir quelques éléments du cancer.

Le feuilleton de la *Gazette médicale* s'étant amusé de cette dissidence, M. Lebert, qui a le droit d'être traité sérieusement, écrivit à cette feuille, où fut insérée en même temps une note de M. Mandl.

Ce dernier prétend démontrer son assertion sur la nature partiellement cancéreuse de la tumeur au moyen de caractères mystérieux connus de lui seul, et conséquemment non avenus pour le public.

M. Lebert, dans sa lettre, donne avec détails l'observation de la maladie, dont la lecture ne laisse aucun doute sur la parfaite exactitude de l'opinion qu'il avait émise. Il n'est même pas besoin des caractères microscopiques pour être assuré de la non-existence de l'élément cancéreux dans cette tumeur. En effet, la dissection y a fait découvrir des filets nerveux hypertrophiés et en grand nombre; or les tissus hétéromorphes ne renferment point de nerfs.

Voici, maintenant, la pathogénie que M. Lebert indique pour cette tumeur, qui n'est autre que la tumeur mammaire chronique de Cooper. Un ou plusieurs lobes de la glande deviennent le siége d'un afflux sanguin, d'où résulte une nutrition plus active et par suite l'hypertrophie. A mesure qu'ils augmentent de volume, ces lobes font saillie sur un point de la circonférence de la glande, et finissent par se pédiculer ou même par être complétement séparés de cette dernière. Lorsque la tumeur est ancienne et volumineuse, un autre effet peut avoir lieu : l'atrophie du reste de l'organe parallèlement à l'hypertrophie d'un ou plusieurs lobes. Le tissu cellulaire ambiant se condense et enkyste la tumeur. Il peut prédominer sur le tissu propre de la glande, et alors la tumeur prend l'apparence fibreuse. Lorsqu'en même temps cello-ci est infiltrée d'un suc fibro-plastique abondant et gélatiniforme, elle offre l'aspect du cancer colloïde. Si ce suc est contenu dans des loges, on arrive à la forme des tumeurs mammaires hydatiques; mais il ne faut pas confondre ce cas avec celui de véritables hydatides.

Est-il besoin de faire remarquer que, relativement au pronostic, la différence est immense entre une tumeur mammaire chronique et une tumeur cancéreuse de la mamelle?

— Nous avons annoncé, il y a quelque temps, que M. Nélaton venait d'établir un anus artificiel chez un nouveau-né imperforé. Cet enfant a succombé.

L'opé.ation avait été faite dans la région lombaire gauche, au moyen d'une incision pratiquée transversalement dans l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière fausse-côte, espace qui, à la naissance, est d'une extrême étroitesse. Le chirurgien se guida, pour faire cette incision, sur le bord externe de la masse des muscles sacro-lombaires, et fut conduit ainsi à lui donner trop d'étendue vers la colonne vertébrale. L'intestin est beaucoup plus en dehors. M. Nélaton l'a reconnu lui-même. L'anus artificiel, nous voulons dire l'ouverture intestinale, se trouvait tout-à-fait à l'extrémité externe de l'incision, dont la majeure partie était par conséquent inutile.

Au moment où il venait de diviser l'aponévrose antérieure du transverse, l'opérateur vit surgir des pelotons graisseux qui un instant lui en imposèrent pour une masse de petits intestins et lui firent craindre d'être entré dans le péritoine. Le doigt, introduit plus profondément, reconnut le colon qui avait à peu près la grosseur d'un pouce d'adulte.

L'enfant était né le 7 février; le 10 on s'aperçut qu'il n'avait pas d'anus. Le 12, M. Nélaton fut consulté et commença par aller à la recherche du rectum, à l'aide d'une incision périnéale; mais cette recherche fut infructueuse, et à quatre ou cinq centimètres de profondeur on dut s'arrêter. L'anus lombaire ne fut établi que le lendemain 13, les parents n'y ayant pas consenti d'abord.

L'enfant allait bien au moment où nous en avons parlé; il prenait le sein et commençait à se développer, lorsqu'un érysipèle se manifesta aux environs de la plaie lombaire et s'étendit rapidement à la moitié inférieure du tronc, aux bourses et à la partie supérieure des cuisses.

Voici ce que l'on a trouvé à l'autopsie. Ces détails autorisent une remarque pratique importante. Nous les devons à l'obligeance de M. Robin, interne distingué, attaché au service de M. Nélaton (hôpital des Cliniques).

L'intestin est à l'état normal jusqu'à la dernière partie de l'S iliaque et au commencement du rectum, qui se renflent en une poche plus volumineuse que l'estomac de l'enfant. Ce cul-de-sac s'arrête immédiatement derrière la prostate sans lui adhérer beaucoup; un cordon fibreux le prolonge et le fixe à la partie inférieure du sacrum. L'absence d'intestin entre la prostate et le sacrum fait que cette glande est directement appliquée par sa face postérieure contre cet os.

L'incision du périnée s'est réunie par première intention; c'est à peine si l'on en voit la trace. Tous les muscles du périnée existent, y compris le releveur de l'anus qui confond son bord inférieur avec le sphincter; ce dernier, en avant et en arrière, a les mêmes insertions qu'à l'état normal, ainsi que le transverse et les ischio et bulbo-caverneux. Tous les autres organes sont à l'état normal.

Voici maintenant la remarque pratique annoncée plus haut, et qui ressort pour nous de l'état des parties dans cette observation. Ne se pourrait-il pas, dans un cas semblable, que l'anus lombaire, après avoir donné issue aux matières, servît à l'introduction d'une sonde qui serait dirigée inférieurement, et à l'aide de laquelle on pousserait le cul-de-sac vers le point où devrait se trouver l'anus? Avec le doigt on tâcherait de reconnaître la sonde, ce qui serait encore plus facile, si, comme chez le petit opéré de M. Nélaton, on avait déjà pratiqué une incision périnéale, et on arriverait ainsi sur l'intestin. On établirait l'anus dans la place normale, et il ne resterait plus qu'à fermer l'ouverture lombaire.

Ce procédé d'ailleurs n'est pas nouveau; il a servi de texte à M. Martin dans sa thèse, et M. le professeur Velpeau (Méd. opér., t. IV, p. 751) dit que l'on aurait tort de le dédaigner. Nous allons plus loin, et nous pensons qu'il est de rigueur dans tous les cas.

Le rapport de la prostate avec le sacrum dans le fait qui vient d'être résumé, montre dans quel sens on doit diriger l'incision et ensuite le doigt explorateur, quand on cherche l'extrémité inférieure du rectum par le périnée. X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Cas simples de colique de plomb. Remarques pratiques sur le traitement de cette affection.

Un cas simple de colique de plomb nous fut présenté par un sujet de trente-neuf ans, qui entra dans le service clinique sur la fin de janvier. Il était Savoyard, cérusier, terrassier, et demeurant à Paris depuis deux ans. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, et il n'y avait qu'un mois qu'il travaillait au blanc de céruse. Lors de son entrée, il souffrait du ventre depuis huit jours; il y ressentait des coliques, avec nausées et dégoût pour les aliments.

L'individu était fortement organisé et doué d'un certain embonpoint. Le ventre était douloureux à la pression, mais à un degré modéré; il n'avait pas eu de selles depuis deux jours.

Le premier jour on lui administra un éméto-cathartique qui produisit peu d'effet. Le lendemain on eut recours à un lavement purgatif, et à la limonade pour boisson. Il y eut plusieurs selles et du soulagement. Les mêmes moyens furent continués avec l'addition d'un julep composé de 4 grammes d'alun; les selles continuèrent et le mieux aussi en proportion; de sorte qu'au bout de deux ou trois jours toute colique et nausée étant disparue, l'appétit étant revenu, le malade eut sa permission de sortie.

Un cas semblable au précédent se présenta à la même époque, et fut suivi du même résultat; en voici brièvement l'histoire.

C'était un homme de trente-cinq ans, né en province, et demeurant à Paris depuis deux ans. Etant sorti du service militaire, il s'est mis à travailler depuis trois semaines dans la fabrique de blanc de céruse de Courbevoie.

Il n'avait jamais travaillé aux préparations de plomb auparavant, et n'avait jamais éprouvé de coliques; lorsque tout à coup il éprouva une céphalalgie intense et des coliques très vives accompagnées de vomissements bilieux et de douleurs dans les jambes, les bras, etc.

Il ne fit aucun traitement chez lui. Voici l'état dans lequel on le trouve à l'époque de son entrée.

Homme assez fortement constitué; pouls à 96 pulsations, un peu serré; peau chaude; la respiration était un peu gênée, sans aucun phénomène stéthoscopique appréciable. La langue était humide, rosée; les gencives et les racines des dents bleuâtres, douloureuses à la pression; l'haleine fétide, le ventre développé, un peu tendu, sans être douloureux à la pression, mais étant le siége d'une douleur spontanée, surtout vers les parties supérieures, à la région épigastrique. Il y avait constipation; anorexie; soif; douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, comme nous venons de le dire.

Etant à Madagascar, il eut des fièvres d'accès, pour lesquels on lui appliqua des sangsues sur la région de la rate.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on lui administra un lavement purgatif; julep avec 4 grammes d'alun, de la tisane d'orge pour boisson, et une pilule d'extrait gommeux d'opium de 5 centigrammes pour le soir. Le même traitement fut continué le lendemain. Des selles eurent lieu, et avec elles les symptômes se colorèrent. Le 1er février on répète le lavement purgatif et la pilule opiacée, avec deux soupes pour régime. Le malade ne souffrait plus du ventre; il n'avait qu'un léger mal de tête, qui ne l'empêcha pas de quitter l'hôpital; car on pouvait le considérer comme guéri.

A propos de ces cas de colique de plomb, d'ailleurs excessivement simples et légers, permettez que je vous entretienne quelques instants de la thérapeutique de cette affection. Autrefois, comme vous savez probablement déjà, les médecins de l'hôpital de la Charité avaient, pour ainsi dire, le *privatim* de ces affections; presque tous les malades s'y rendaient des différents points de Paris, et des environs même, pour y être traités : c'est au point que le traitement adopté contre elles s'appelait le traitement de la Charité. Du reste, c'est encore aujourd'hui un traitement connu et employé surtout par les médecins de l'ancienne école, et on peut dire par beaucoup de médecins modernes, car, il faut en convenir, il a une efficacité incontestable.

Depuis qu'une fabrique de céruse s'est établie dans la rue

---

démie des Sciencs, faisons connaître plus particulièrement le plan et les vues du laborieux auteur de la *Monographie des Secours publics*.

» Dans huit parties principales, il traite successivement des hôpitaux en général, et de chaque genre d'établissements; des hôpitaux spéciaux et des maisons de Santé; des hôpitaux d'instruction. Il s'occupe ensuite des établissements relatifs à la charité maternelle, aux enfants abandonnés; il traite des secours à domicile, puis des hospices réservés pour les vieillards et les infirmes; enfin, des maisons d'aliénés.

» On serait injuste envers M. Demay de le considérer comme un simple compilateur de faits et de chiffres : partout il observe, il compare, et fait penser le lecteur.

» Au sujet des secours publics, il examine en quelles justes limites il convient de les renfermer. Il n'aime ni les abus ni l'excès même de la philanthrupie, qu'il appelle avec une sévérité, peut-être excessive, la copie prétendue et rapetissé de la charité chrétienne. Chose rare, un administrateur des hôpitaux désire que la bienfaisance officielle ne multiplie pas trop de pareils établissements; il ne veut pas que la partie la moins riche de la société soit corrompue, soit dégradée par la multiplicité, la surabondance et la recherche des secours gratuits dont l'aumône, déguisée par la somptuoité, ne coûterait plus même un soupir à la pudeur, à la fierté du peuple.

» Lorsqu'on voulut, sous le Consulat, remplacer les ressources, en grande partie détruites ou dilapidées, des hôpitaux, on imagina d'établir les octrois municipaux de bienfaisance, dont le produit devait servir au traitement des pauvres dans ces établissements. C'était en réalité le peuple entier qui payait pour soigner ceux de ses enfants qui seraient atteints de maladies. Le génie du fisc, par l'insertion d'un modeste monosyllabe dans le titre de cet impôt, en a dénaturé l'essence. Néanmoins, sur les octrois municipaux *et* de bienfaisance, une large part est affectée pour survenir en partie aux besoins ordinaires et pour des constructions neuves, devenues très importantes.

» Au lieu de demander tout ou presque tuut à l'octroi, on a cherché d'autres ressources, afin de parfaire les dépenses d'hôpital qu'exige une population supérieure à neuf cent mille âmes.

» Comme l'auteur de la *Monographie des Secours publics*, nous voyons avec regret l'excès usuraire de l'intérêt perçu dans les monts-de-piété, venir en aide aux hôpitaux : il a raison. Pour la ville de Paris, c'est un devoir de défrayer ses établissements sanitaires. Qui ne s'affligerait en voyant qu'elle y subvient en partie avec des sommes prélevées sur la détresse des familles infortunées dont il a fallu vendre les effets à l'encan du mont-de-piété! *Je ne puis, je l'avoue*, a dit l'un de nous dans une autre enceinte, *je ne puis tolérer cette bienfaisance en partie double, qui dérobe à la pauvreté de quoi soigner la maladie.* (Progrès moraux de la population parisienne depuis l'établissement de la Caisse d'épargne; Discours de clôture de l'enseignement du Conservatoire des Arts et Métiers, en 1842.

» Heureusement pour la France, la majeure partie de sa population vit de l'agriculture; elle est loin de présenter cette innombrable quantité de misérables qui compense, en Angleterre, les fortunes excessives du commerce et de l'industrie. Nous aidons les malheureux en ajoutant aux largesses de l'autorité publique les secours individuels et les bienfaits universels de la charité chrétienne. Nous évitons ainsi les dures prescriptions, accompagnées de punitions et de torture, qui caractérisent chez nos voisins d'outre-mer, *la bienfaisance légale*

» Lorsque le peuple romain voulait châtier ses esclaves, il leur faisait tourner la meule d'un moulin, par un procédé moins dangereux et moins épuisant que celui *des moulins à marches*, ce travail que l'Angleterre inflige aux malheureux coupables de pauvreté.

» Des institutions admirables se forment au sein de la société, pour alléger l'inévitable fardeau des secours que l'Etat doit distribuer aux nécessiteux. Telles sont les caisses d'épargne, les sociétés de secours mutuels, les sociétés philanthropiques, les sociétés de charité maternelle, de placement des orphelins, etc.

» Disons, en passant, que la plupart de ces institutions ont trouvé dans l'Académie, des directeurs, des propagateurs et toujours des défenseurs.

(*La suite à un prochain numéro.*)

de Clichy, une grande partie des malades de cette nature va réclamer des soins à l'hôpital Beaujon, et très peu viennent dans notre hôpital ; de manière que maintenant ces cas pathologiques dans les hôpitaux du centre, sans être très rares, y deviennent beaucoup moins fréquents qu'anciennement.

Le traitement qui était adopté par les anciens médecins de la Charité, et qui était devenu commun à cause de sa puissance réelle, avait subi, comme le traitement de beaucoup d'autres maladies, une grande modification par la doctrine de Broussais. Ce célèbre médecin, considérant la colique de plomb comme une affection à fond hypersthénique, l'avait soumise à un traitement antiphlogistique ; les succès ne répondirent pas à ce traitement fondé sur de simples hypothèses, et cela devait être.

Alors les partisans mêmes de la doctrine physiologique furent ramenés par la force brutale des faits aux idées anciennes, au moins pour ce qui regardait cette maladie et sa thérapeutique ; et surtout depuis que cette doctrine a cessé d'être dominante, et que les esprits sont revenus à l'observation simple et rigoureuse des faits en dehors de tout système exclusif, on a bien vite connu que la maladie dont il est question est loin d'être une véritable phlegmasie des intestins, et que le traitement antiphlogistique n'est pas celui qu'elle réclame lorsqu'elle est simple et sans complications.

Malgré les succès nombreux et bien constatés du traitement ancien, dit de la Charité, je me suis proposé de formuler un traitement plus simple et en même temps plus rationnel. J'ai là-dessus entrepris des expériences ; en voici en peu de mots le résultat sur les deux malades dont vous avez vu sommairement l'histoire.

Ce Savoyard étant d'une constitution forte et assez replet, nous crûmes bien faire de commencer par l'administration d'un émétique comme moyen préparatoire au traitement contre la maladie principale, ou la colique de plomb. Il est démontré par l'expérience, qu'en débutant tout de suite par les purgatifs, le succès est beaucoup moins certain, les coliques traînant quelquefois en longueur ; tandis que par un éméto-cathartique donné au début, la maladie se voit arrêtée souvent avec une grande rapidité. Il n'est pas indifférent de donner comme vomitif l'ipécacuanha, ou le tartre stibié ; car le premier ordinairement ne fait que vomir, tandis que le second produit très facilement le double effet de faire vomir et de purger : or, c'est ce que nous nous proposons d'obtenir dans le traitement qui nous occupe.

Notre malade, à la suite de l'émétique, a eu quelques vomissements et quelques selles, et du lendemain les douleurs étaient déjà disparues. On aurait pu dire que la maladie était jugée ; mais nous avons cru nécessaire d'entretenir l'effet laxatif par des lavements purgatifs et des boissons tempérantes acidules continuées plusieurs jours de suite. Enfin on lui administre le sulfate d'alumine, qui achève complétement la guérison ; mais rigoureusement on ne pourrait pas dire que ce dernier moyen ait eu une notable influence sur la guérison elle-même, car déjà la maladie pouvait être jugée guérie lors de son administration. Néanmoins nous l'avons ordonné pour bien nous assurer de la stabilité de la guérison, et parce que nous avions déjà une opinion bien arrêtée sur son efficacité contre la colique de plomb, d'après de nombreuses expériences précédentes. Chose singulière ! cette substance d'une incontestable utilité contre cette maladie, est généralement connue comme évidemment astringente, et contraire par conséquent à la diarrhée. Or, dans ces cas, on emploie ordinairement des moyens purgatifs. Quelle serait donc la manière d'agir d'une semblable substance ; elle paraît agir comme moyen sédatif, comme calmant les douleurs vives dont les intestins sont le siége, et préparant pour ainsi dire ces organes à l'action bienfaisante des purgatifs ? En effet, nous avons vu nombre de fois les bienheureux effets de ce sel administré de cette manière, et la rapidité avec laquelle la guérison a suivi après l'emploi des purgatifs. Je vous le recommande particulièrement, car je suis intimement convaincu de ses grands avantages dans le traitement dont il est question.

L'autre malade, comme vous venez de le voir, travaillait à Courbevoie, dans une fabrique semblable à celle de la rue de Clichy, et fut aussi lui pris pour la première fois des symptômes propres à la colique de plomb. Nous l'avons traité à peu près comme le précédent, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Il faut remarquer à propos de ce cas, que le malade a éprouvé un accès de fièvre le soir à plusieurs reprises ; c'est ce qui arrive assez souvent. Généralement la colique de plomb est exempte de mouvement fébrile bien caractérisé, mais assez fréquemment on la voit accompagnée de fièvre d'accès, par exemple le soir. Dans ces cas, et lorsque la fièvre a une certaine intensité, on est obligé de recourir à une émission sanguine. C'est là la pratique des anciens les plus renommés, entre autres du célèbre de Haen, qui commençait souvent le traitement de la colique de plomb par une saignée, surtout quand la maladie se présentait avec des symptômes fébriles bien prononcés et que le malade était d'une constitution vigoureuse, pléthorique. Mais, remarquez-le bien, ce moyen, éminemment antiphlogistique, ne produit qu'un soulagement momentané, car il n'est positivement dirigé que contre l'élément inflammatoire ou pléthorique qui vient compliquer l'affection principale ; celle-ci resterait dans toute sa force si on n'employait pas ensuite contre elle un traitement convenable ; en effet, les coliques appaisées momentanément par la saignée, se réveillent bien vite.

Il s'agit ici d'une véritable névralgie des intestins ; quels moyens faut-il enfin mettre en usage pour en triompher ? Le nom même de la maladie vous l'indique déjà, c'est-à-dire ce sont d'abord des narcotiques qui tendent à calmer ces douleurs essentiellement nerveuses. Et certes on se bornerait exclusivement à leur usage, s'ils n'avaient pas l'inconvénient d'entraîner après eux la constipation. Ainsi on donne avec beaucoup d'avantage la jusquiame, qui n'a pas l'inconvénient de constiper comme l'opium, et il est très probable qu'on guérirait entièrement l'entéralgie saturnine avec cet unique moyen.

On a proposé aussi le tabac, soit à l'intérieur, soit en lavements. Cette substance a l'avantage d'opérer comme narcotique, c'est-à-dire comme calmant et comme purgatif.

Une espèce de charlatan, d'empirique, avait proposé dans le temps le sulfate de soude, et demandait à l'Académie de médecine une espèce d'autorisation pour s'en servir comme d'un remède secret ; c'était vraiment ridicule, car ce remède vaut moins que beaucoup d'autres déjà connus dans la science.

Les ouvriers eux-mêmes, avant de venir demander les secours de l'art, ont souvent recours à des moyens qui peuvent être très avantageux pour les soulager au milieu des vives douleurs ; tels sont le lait, et les huiles d'olives ou d'amandes douces. Ce sont, comme je disais, des moyens excellents comme palliatifs ; mais ils ne suffisent pas pour amener une guérison radicale, et il faudra toujours en venir à l'emploi des moyens dont je vous ai parlé.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Piorry.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de février ; par M. Jules BOUTEILLER, interne provisoire.

(Suite du numéro du 20 mars.)

Fièvres typhoïdes ; considérations sur le traitement.

Nous avons en ce moment dans nos salles quelques malades atteints de fièvre typhoïde, principalement dans la salle des hommes. Ces malades n'ayant rien offert de particulier qui mérite d'être mentionné, nous nous bornerons à reproduire quelques-uns des conseils pratiques que professe M. Piorry concernant le traitement de cette affection. Ce sera en quelque sorte un complément à ce que nous avons publié déjà sur ce sujet, l'année dernière (1).

Quand les matières fécales sont accumulées dans le petit intestin, il faut donner les purgatifs par la bouche ; quand c'est dans le gros intestin qu'elles siégent, il faut les administrer par le rectum. Ici trouve sa place une application neuve de la percussion. Quand on veut reconnaître si l'intestin grêle est plein ou vide, il faut percuter à droite et un peu en arrière, entre le grand trochanter et la crête iliaque, en déprimant très fortement le muscle fessier avec le plessimètre. Autrefois, M. Piorry procédait à cette exploration en faisant placer le malade sur le ventre ; il a reconnu depuis que c'était à tort, et cela pour deux raisons ; la première, c'est que par leur poids les matières fécales tombaient en avant dans les parties devenues les plus déclives, et qu'alors l'intestin pouvait être sonore en arrière, bien qu'il contînt cependant des matières. La seconde raison, c'est que ce n'est jamais sans inconvénient que l'on déplace un malade atteint de fièvre typhoïde. Il faut donc se contenter de faire soulever légèrement le malade, et percuter dans cette position.

Quant à la langue, si elle est fortement couverte d'enduit, il est à craindre qu'elle ne se fendille ; aussi faut-il la nettoyer souvent ; pour cela on l'humecte, on passe dessus de la crème de tartre et on nettoie en raclant légèrement.

Si un développement considérable de gaz dans le tube digestif refoule le foie et la rate en haut, au-dessus du rebord costal, de manière à gêner la respiration, on prescrit avec avantage la glace sur le ventre, conjointement aux purgatifs, bien entendu.

Enfin, quand une eschare est imminente à la région sacrée, il est très important d'empêcher le malade de rester constamment sur le dos. Pour le maintenir sur le côté, on peut avoir recours au moyen suivant, qui est très simple :

Veut-on le maintenir sur le côté droit, par exemple, on fait rentrer la main gauche du malade dans la manche de la chemise, et on attache l'extrémité de cette manche au bord droit du bois de lit, de façon à entraîner le corps dans cette direction. On agit en sens inverse, et de la même manière, pour l'autre côté.

Epilepsie incomplète.

Au n° 2 de la salle Saint-Raphaël, est couché un enfant de seize ans, entré dans les salles dans les premiers jours du mois. Voici ce qu'il nous a déclaré à la première visite : Depuis deux mois il est fréquemment atteint d'accès qui ont un caractère remarquable. Il sent des fourmillements parcourir ses bras en descendant de l'épaule jusqu'au bout des doigts ; puis ses mains sont fortement contracturées. Pendant les accès, ses souvenirs sont vagues et confus. Ces phénomènes sont bientôt suivis de troubles du côté de la vision ; ce sont des éblouissements, faibles il est vrai, et un brouillard léger. Cet enfant dit qu'il n'a jamais eu de maux de tête.

Ce sont là, à nos yeux, les symptômes d'une épilepsie incomplète. Le cerveau paraît n'y être pour rien. L'*aura* part d'un point de la moelle épinière situé à la hauteur de la région cervicale. Ces phénomènes morbides se passent en effet aux deux bras en même temps, et seulement aux deux bras.

Dans l'épilepsie incomplète, ou *petit mal*, l'aura ne va pas jusqu'à l'encéphale. Si c'était là une épilepsie complète, ou *grand mal*, l'aura ne s'arrêterait pas au cou ; il y aurait des éblouissements bien plus forts que ceux qui sont accusés ici, et le malade tomberait sur le champ sans connaissance.

Quand on réfléchit que le sentiment monte de la périphérie vers l'encéphale, tandis que le mouvement se propage de l'encéphale à la périphérie, on est frappé d'une chose dans l'observation qui nous occupe : c'est que la douleur et le frémissement vont de l'épaule à la main. Nous croyons donc avoir affaire à une névropathie descendante, suivant les nerfs du mouvement. En effet, le malade accuse des douleurs très profondes ; *ce n'est pas dans la peau*, dit-il, *mais au milieu que je souffre*. Il y a enfin des contractures qui confirment cette opinion.

C'est la première fois que M. Piorry rencontre des phénomènes de ce genre ; cependant il porte un pronostic favorable ; car, par cela même que la névropathie procède du centre vers l'extrémité des nerfs, elle sera plus facile à arrêter.

Voici le traitement qui a été prescrit :

Tous les jours 1 gramme de sulfate de quinine et 0,50 de sous-carbonate de fer. Vésicatoire sur l'épaule. Au moment de l'accès, le malade devra prendre une cuillerée de la potion excitante suivante :

Alcool,	60 grammes ;
Sulfate de quinine,	2
Teinture de cannelle,	8
Eau de fleurs d'oranger,	30
Sucre,	60

Nous tiendrons les lecteurs au courant de ce qui résultera de ce traitement.

(1) *Voir* les numéros 10 et suivants, 1844.

EXAMEN DES RECHERCHES SUR LE SANG, DE MM. BECQUEREL ET RODIER.

Réplique de M. Fleury.

Monsieur le Rédacteur,

Il m'est impossible de laisser passer sans réponse l'étrange article que vous ont adressé MM. Becquerel et Rodier, et que vous avez inséré dans votre dernier numéro. Soyez donc assez bon pour accueillir une réplique qui, dans tous les cas, terminera, pour ma part, une polémique qu'il ne me convient pas de poursuivre sur le terrain où viennent de la placer ces messieurs.

Avant d'aborder le côté scientifique de la question, permettez moi de faire justice de quelques déplorables personnalités que MM. B. et R. ont jugé convenable d'introduire dans la discussion.

MM. B. et R. s'expliquent difficilement le but que je me suis proposé dans l'examen que je viens de faire de leur travail ! — Ai-je voulu seulement exalter le mérite des travaux de MM. Andral et Gavaret ? — Ai-je voulu influencer le jugement que doit porter l'Académie des sciences ? —

MM. B. et R. me font trop d'honneur. Mes louanges ne seraient d'aucun prix pour MM. Andral et Gavaret, et je n'ai pas le pouvoir d'influencer l'Académie des sciences. Puisque la perspicacité de MM. B. et R. est en défaut, je vais généreusement livrer à ces messieurs le mot de l'énigme qui les intrigue si fort.

Usant d'un droit légitime, j'ai soumis le travail de MM. B. et R. à une critique sévère, sans doute, mais ne s'écartant ni des convenances, ni des égards commandés par une bienveillante confraternité, dans le seul but de mettre le public médical en garde contre des moyennes ridicules, travesties en LOIS ; contre des assertions fausses, compromettantes pour la méthode expérimentale, dangereuses pour la pratique de la médecine.

A l'exemple de ceux qui défendent une cause désespérée, MM. B. et R. transportent la guerre dans le camp ennemi ; ils attaquent ma thèse d'agrégation ; ils attaquent certains articles du Compendium. L'argument n'est pas de bon goût. Ici, le pus n'a rien à démêler avec le sang ; mais partout ailleurs mon *pus de fantaisie* saura bien se défendre contre les innocentes plaisanteries de M. B. et R. — Quant au Compendium, ces Messieurs auraient dû se rappeler que l'ouvrage porte deux noms sur sa couverture.

Proh pudor ! C'est M. Becquerel qui évoque le concours d'agrégation, lorsque le public rit encore au souvenir de la spirituelle argumentation de M. Roger ! Mais, d'ailleurs, ai-je reproché à M. B. ses anachronismes à l'endroit des Croisades et de Paracelse ? (*Thèse d'agrégation.*)—Ai-je reproché à M. B. d'avoir successivement trouvé, dans 1000 parties d'urine, 1024, 1028 et 1031 parties d'éléments chimiques ? (*Séméiotique des urines*, etc. Paris, 1841, p. 7. Ouvrage orné d'une épigraphe devenue célèbre.)

MM. B. et R. me blâment de ne pas leur avoir demandé la faveur d'assister à leurs expériences.

Hélas ! Je n'ai pas osé, moi infime, prétendre à un pareil honneur ! — Fatale modestie ! — J'aurais pu voir, de mes yeux voir, MM. B. et R. pesant la centième partie d'un milligramme de séroline, et j'ai manqué une occasion si rare, et qui peut-être ne se représentera plus ! — Consolons-nous cependant, et osons mesurer toute l'étendue de la faute que j'ai commise.

L'argument appartient à M. B., qui me l'avait déjà opposé dans une lettre que je veux avoir la générosité de ne pas publier. Quoi qu'il en soit, que m'auraient appris MM. B. et R ? — La chimie ? — J'en doute fort ; et l'on devine aisément pourquoi. — Ces messieurs oublient que j'ai admis l'exactitude de la plupart de leurs analyses, et que je ne me suis occupé que d'apprécier la valeur des moyennes fondées sur ces analyses. J'ai pris les chiffres de MM. B. et R., je ne les ai point dénaturés. — Que faut-il de plus ?

MM. B. et R. nient avoir dosé des quantités indosables ; et quant à la séroline, en particulier, ils assurent n'avoir évalué des moyennes *que pour l'état sain.*

Je sais bien que pour l'état sain, MM. B. et R. ont évalué des moyennes de séroline, les minima ayant été impondérables (p. 23-27) ; et que, par compensation, ils ont établi une *moyenne variable*, le maximum et le minimum ayant été déterminés (p. 31) ; mais je sais aussi et comment MM. B. et R. peuvent-ils l'ignorer, que des moyennes de séroline sont évaluées *pour l'état morbide*, aux pages 39, 40, 44 et 53 !

Or, l'une de ces moyennes indique 12 milligrammes de séroline pour 1000 grammes de sang, et je répète que MM. B. et R., avec la quantité de sang qu'ils ont employée, n'ont pu obtenir, comme minimum, que quelques dixièmes, ou même quelques centièmes de milligramme de séroline.

N'est-ce donc pas là un *fait* que je fournis comme preuve de ce que j'avance, et l'exemple est-il « bien malheureusement choisi ? »

MM. B. et R. veulent rétablir, contre moi, la valeur de leurs moyennes, et voici comment ils s'y prennent :

« Si les produits différaient beaucoup entre eux, disent ces Messieurs ; s'ils présentaient de grandes différences, nous nous abstenions d'en déduire une moyenne. »

Mais ces Messieurs ont établi une moyenne, les produits ayant différé entre eux de 0,025 à 0,200. Cette différence n'a donc pas été jugée assez considérable pour commander l'abstention ? Et cependant, avec une seule analyse de plus, cette différence fait varier la moyenne de 0,090 à 0,102 !

« Si quelques chiffres seulement, ajoutent MM. B. et R., offraient une *anomalie*, et s'écartaient notablement des nombres les plus communément obtenus, *nous élaguions les maxima et les minima.* »

Mais en vérité, jamais je n'aurais osé imputer une pareille énormité à MM. B. et R., et malgré leur précieux et naïf aveu, je doute encore ! Quoi ! MM. B. et R. ont élagué les chiffres qui les contrariaient ! Quoi ! pour évaluer leurs moyennes ils ont fait un choix parmi les produits ! — Il n'est pas étonnant qu'à l'aide de ce procédé si ingé-

nieux, ces Messieurs n'aient éprouvé aucune difficulté pour formuler leurs lois.

Mais pour évaluer la plupart de leurs moyennes, MM. B. et R. n'ont ordinairement possédé que 6, 8 ou 10 faits du même ordre; et si dans chacune de leurs séries ces Messieurs ont élagué plusieurs produits, sur quel nombre *réel* d'analyses reposent donc leurs moyennes? Le nombre des moyennes tirées de deux ou d'une seule analyse est donc beaucoup plus considérable que nous ne l'avions pensé. Ceci nous donne aussi la clef des *moyennes variables!*

A propos du rapport qui existe entre le fer et les globules, MM. B. et R. qualifient mon objection d'*absurde*. Le mot est dur! mais je ne désespère pas de me justifier. Qu'on me pardonne les quelques détails techniques dans lesquels je vais être contraint d'entrer.

Le rapport du fer aux globules est-il constant? Telle est la question que MM. B et R. ont soulevé (p. 17). Or, ces Messieurs ayant trouvé, dans leurs diverses analyses, que le quotient du poids du fer divisé par le poids des globules ne variait que de quelques millièmes, ils ont cru pouvoir considérer ces différences comme légères. — Je n'ai pu partager cette manière de voir, et cela par une raison toute simple. La valeur du rapport cherché ne s'élevant jamais au-dessus de 5/1000, les différences ne peuvent pas être plus considérables que le rapport lui-même; il en résulte, qu'une variation de quelques millièmes a ici une fort grande signification. — Pour faire sentir à MM. B. et R. tout le vice de leur conclusion, je leur ai dit: « Renversez le rapport; la valeur du quotient sera plus considérable, les variations, quoique de même ordre, porteront sur des entiers, et l'appréciation sera plus facile. »

Il est écrit: Tu ne jugeras pas ton prochain d'après toi-même. — Pourquoi donc MM. B. et R. m'ont-ils prêté une idée *absurde*, celle de rechercher combien le fer, partie contenue, renferme de globules partie contenante!

Ces deux habiles mathématiciens ignorent-ils que quand il s'agit, non pas de valeurs absolues, mais de simples rapports, on peut renverser les termes? Ne tombe-t-il pas sous le sens que si le rapport du fer aux globules reste constant, il doit en être de même pour le rapport des globules au fer! Si le premier de ces rapports varie, le second doit également varier, seulement en sens inverse.

En vérité, je suis humilié d'avoir à relever de semblables puérilités.

Mais voici que dans leur réponse, MM. B. et R. nous apprennent qu'ils n'ont pas déterminé directement le rapport du fer aux globules, ainsi qu'ils l'avaient annoncé dans leur mémoire! Ils ont cherché, les poids du fer et des globules étant connus, combien 1000 de globules en poids contiendraient de fer, et ils ont posé la proportion:

$$141 : 0{,}500 :: 1000 : x, \text{ laquelle donne } x = \frac{0{,}500 \times 1000}{141} = \frac{500}{141}$$

et non pas $\frac{0{,}500}{141}$, comme ces Messieurs l'ont imprimé, par inadvertance sans doute.

Mais en ayant recours à ce dernier procédé, il est impossible que MM. B. et R. n'aient trouvé pour différences que des *millièmes!* Je soutiens, moi, que les différences ont porté sur les entiers. En effet, je trouve dans leur mémoire:

Page 40: Poids du fer = 0,468
Poids des glob. = 99,2

Page 92: Poids du fer = 0,319
Poids des glob. = 86

Ces chiffres, d'après la méthode employée dans l'article de MM. B. et R., donnent:

$$99{,}2 : 0{,}468 :: 1000 : x = \frac{468}{99{,}2} = 4{,}7$$

$$86 : 0{,}319 :: 1000 : x = \frac{319}{86} = 3{,}7.$$

MM. B. et R. voudraient-ils me dire si la différence entre ces deux résultats n'est que de quelques millièmes?

Le public jugera maintenant de quel côté se trouve l'absurdité, ou plutôt la mauvaise foi!

Un illustre académicien s'écriait un jour, en parlant d'un de ses adversaires: « *On le dirait atteint d'un véritable tournis intellectuel.* » La réponse de MM. B. et R. me fait concevoir de vives inquiétudes. Puissent mes craintes ne pas se réaliser!

MM. B. et R. se croient dispensés de réfuter ce que j'ai avancé à propos des pyrexies et des phlegmasies.

Le public ne sera point du même avis, et les LOIS relatives à la cholestérine restent singulièrement compromises.

Et la pléthore de la grossesse? Et la pléthore de l'anémie? Et les moyennes indiquant, pour la pléthore, une diminution des globules chez l'homme, une augmentation chez la femme? MM. B. et R. pensent-ils avoir répondu à mes objections?

MM. B. et R. se décernent le triomphe parce que je me suis contenté d'écrire, en face de quelques résultats par eux découverts, *à vérifier!*

Ah, Messieurs! que vous êtes imprudents et ingrats!

Vous exigez une vérification? — Vérifions, puisque vous le voulez.

MM. B. et R. établissent (pag. 127) que l'albumine du sang diminue dans les maladies; que cette diminution est plus forte dans les phlegmasies; que cette diminution est en rapport avec l'augmentation de la fibrine.

Or nous lisons, page 35:

Composition moyenne du sang dans les maladies aiguës,
Albumine, hommes 66; femmes 65.

Page 53:

Composition moyenne du sang dans les phlegmasies,
Albumine, hommes 66; femmes 65,8.

Page 67:

Composition moyenne du sang dans la *fièvre typhoïde*,
Albumine (premières saignées), 64,4.

Où donc est la diminution de l'albumine, plus forte dans les phlegmasies que dans les autres maladies?

Chez une jeune fille atteinte de péritonite, la fibrine monte à 5; l'albumine est *normale* ou à *peine diminuée* (pag. 87). Dans une entérite peu intense, la fibrine s'élève à 4; l'albumine *est normale* (pag. 87).

Où donc est le rapport entre l'augmentation de la fibrine et la diminution de l'albumine?

MM. B. et R. sont-ils satisfaits de cette vérification?

Encore un mot sur l'albumine.

La moyenne normale, physiologique de l'albumine, chez la femme, est représentée par 70,5 (pag. 27). — Dans la chlorose, la moyenne de l'albumine a été de 72,1 (pag. 92).

Que concluez-vous de ces chiffres, lecteur?—Que l'albumine s'élève dans la chlorose? — Lecteur, mon ami, on voit bien que vous n'êtes ni chimiste, ni mathématicien. Ecoutez, et comprenez.

« Le chiffre de l'albumine est un peu élevé, mais ce n'est *qu'une apparence* due à la diminution des globules. *En réalité*, ce chiffre est *normal*. » (B. et R., p. 92.)

Ah, Messieurs, comme vous nous montrez bien que les apparences sont souvent trompeuses!

Terminons par où MM. B. et R. ont commencé. — On m'accuse de parler d'opérations chimiques à peu près comme un aveugle parle des couleurs.

Je ne suis pas chimiste! — Eh, Messieurs, j'en conviens; mais vous me reprochez bien cruellement mon ignorance! — Vous semblez être fâchés d'une circonstance dont vous devriez vous féliciter! Songez-y donc!

Si j'étais chimiste, je vous dirais:

« Après avoir épuisé le sérum par l'eau et l'alcool bouillants, vous obtenez un résidu insoluble qui est, selon vous, l'*albumine pure* (p. 12). Or, en incinérant ce résidu, on y trouve des phosphates terreux. En admettant, ce qui est contestable, que tout l'acide phosphorique soit dû au phosphore de l'albumine, il faut encore se demander d'où provient la base du sel. Est-ce l'albumine PURE qui la fournit? »

Si j'étais chimiste, je vous dirais:

« C'est dans les liqueurs alcooliques que vous cherchez les matières grasses, conformément au procédé indiqué, dites-vous, par M. F. Boudet. — Mais quand M. Boudet a proposé un procédé pour obtenir les matières grasses du sang, il a voulu uniquement démontrer l'existence de ces matières, et jamais il n'a eu la pensée de les doser! M. Boudet est fort étonné de l'extension inattendue que vous avez donnée à son procédé! — Si vous aviez pris la peine de lire attentivement le mémoire de M. Boudet, vous auriez vu que cet habile chimiste, voulant étudier le savon animal... l'a dissous dans l'eau chaude. Or, si ce savon est soluble dans l'eau chaude, combien en a emporté l'eau bouillante dont l'emploi a précédé, entre vos mains, celui de l'alcool? »

Si j'étais chimiste, je vous dirais:

« Vous vous demandez si le *peroxyde de fer* est à cet état, *ou à celui de fer libre*, ou à tout autre état dans le sang, et vous ajoutez: « C'est ce qu'il est impossible de décider; aussi, nous conformant en cela à l'opinion de la plupart des chimistes, nous avons supposé qu'il était à l'état de liberté. » (P. 15.)

Sous quel maître habile avez-vous appris que le *peroxyde de fer* peut exister à *l'état de fer libre?* — Que si vous avez voulu dire que le fer existe, dans le sang, à l'état de liberté, je ne pense pas que votre opinion obtienne faveur auprès des chimistes. — Il est généralement admis aujourd'hui que le fer se trouve dans l'hématosine à l'état métallique, et qu'il constitue un des éléments de cette hématosine, comme le phosphore constitue un des éléments de la matière grasse du cerveau (Lecanu, *Th. inaug.*, p. 36). — Le fer ne se trouve donc pas plus à l'état libre dans le sang, que le phosphore ne se trouve à l'état libre dans le cerveau. »

Si j'étais chimiste, je vous dirais bien d'autres choses encore;..... mais je ne suis pas chimiste, et je me tais, car vous avez trop rudement châtié la témérité qui m'avait poussé à vous soumettre quelques doutes, bien modestes, sur la bonté de votre procédé. Excusez-moi, Messieurs, il ne m'arrivera plus de juger des faits dont je n'ai point, comme vous, la *connaissance parfaite* et la *complète intelligence*.

Et maintenant, j'accorderai volontiers à MM. B. et R. que la méthode expérimentale ne se pratique qu'à l'aide de la balance et des réactifs; mais je maintiendrai qu'il suffit d'avoir démontré que les poids sont faux et les réactifs infidèles, pour être en droit de repousser des conclusions appartenant, non à la méthode, mais à des expérimentateurs que j'appellerai imprudents, pour m'abstenir d'une qualification plus sévère quoique peut-être plus juste.

FLEURY, agrégé de la Faculté.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36

MARDI 8 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 41. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

De l'hydrocèle congéniale et de son traitement. (Suite.)

Comment doit se comporter le chirurgien lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle congéniale avec communication de la poche séreuse contenant le liquide et de la cavité péritonéale? Disons d'abord que les seuls progrès de l'âge font souvent disparaître cette affection. La preuve en est que très rarement on la rencontre chez des sujets parvenus à l'âge adulte. Comme méthode curative, nous faisons d'abord ce que font beaucoup de praticiens. Nous nous contentons de placer sur les bourses des compresses imbibées d'un liquide stimulant; les fomentations avec le vin, l'eau-de-vie camphrée. Quelquefois il nous est arrivé de faire porter à l'enfant un bandage herniaire, dont la pelote exactement appliquée sur l'anneau inguinal, fermait toute communication entre la cavité scrotale et le péritoine. Lorsque l'on emploie cette méthode, on doit avoir soin, avant d'appliquer le bandage, de faire rentrer dans l'abdomen le liquide contenu dans la tunique vaginale. Une précaution indispensable aussi, est que la pelote du bandage soit large, et ferme exactement l'anneau; si elle était d'un trop petit diamètre, elle pénétrerait dans l'ouverture, et l'agrandirait au lieu d'en favoriser l'oblitération. Ce moyen réussit quelquefois; la nature ne tarde pas à fermer l'ouverture inguinale, et le jeune sujet se trouve débarrassé de son infirmité.

Mais il est des cas où ces applications topiques ne suffisent pas, et l'on a dû chercher s'il n'existait point d'autres moyens de guérir l'hydrocèle congéniale. Il est des praticiens qui ont conseillé l'incision, et qui en ont obtenu de bons résultats. Presque tous ont rejeté l'injection, quelle que soit la nature employé, dans la crainte de déterminer une péritonite par le passage du liquide dans l'abdomen. Cependant, M. Velpeau a pensé qu'en faisant exercer une compression méthodique et parfaite sur le trajet du canal, on peut injecter sans crainte, et traiter par ce moyen cette espèce d'hydrocèle lorsqu'elle ne cède point aux topiques stimulants ou résolutifs, et à la compression du bandage.

Disons en passant, et c'est un point important que nous ne devons point omettre, que dans le traitement de l'hydrocèle congéniale l'on ne devra point se borner à mettre en usage les moyens locaux. Un traitement général sera de la plus grande efficacité. La plupart des enfants que l'on nous amène; atteints de l'affection qui nous occupe, sont chétifs, débiles, faibles, d'une constitution délicate, et chez eux l'abondance du liquide dépend souvent de l'état général. Sous l'influence d'un traitement tonique et amer, on voit souvent la résolution faire des progrès rapides, et l'hydrocèle disparaître.

Dans ce cas particulier, que devons-nous faire? Nous avons dit que lorsqu'il est entré dans nos salles, l'enfant éprouvait des douleurs assez vives. On réduit parfaitement la tumeur. Nous n'osons point employer l'injection, même avec les précautions dont nous avons parlé. Jamais, jusqu'à présent, nous n'avons été assez hardi pour tenter cette opération, bien que nous l'ayons vu pratiquer par Dupuytren, et cela sans accidents consécutifs. Nous nous bornerons à faire une ponction pour vider la tumeur; une fois le liquide évacué, nous appliquerons un bandage herniaire; il est possible, et nous l'espérons, que cette simple opération amène la guérison.

Chute d'un sixième étage. Fracture du crâne. Mort. Autopsie.

Dans une de nos précédentes conférences (voir le numéro de ce journal du 25 février), nous vous avons entretenus d'une jeune fille de treize à quatorze ans, couchée au n° 3 de la salle Sainte-Thérèse, entrée dans notre service le 14 février. Cette enfant, dont nous rappellerons très brièvement l'histoire, avait fait une chute d'un sixième étage, sur les dalles placées au bas de l'escalier. Relevée sans connaissance, elle avait été apportée dans nos salles le lendemain de l'accident. Une saignée lui a été faite peu de temps après la chute, et une application de sangsues derrière les oreilles. Le jour de son admission elle présentait un peu de coma, et répondait aux questions lentement et difficilement. Nouvelle application de sangsues, qui fut suivi d'un soulagement notable, à tel point que malgré la certitude que nous avions d'une fracture du crâne, aucun signe d'épanchement ni d'inflammation n'existait; nous avions cru pouvoir, au bout de huit jours, porter un pronostic favorable.

Plus nous nous éloignions de l'époque où l'accident était arrivé, plus nous nous étions fortifié dans cette idée que nous n'avions rien à craindre. Il y a dix jours environ, un mois après la chute, elle était encore assez bien, et tout faisait présager une heureuse terminaison de la maladie, lorsque nous nous aperçûmes qu'elle devenait triste, languissante, signes fâcheux dans des circonstances pareilles à celles où elle se trouvait. Cependant, elle ne se plaignait pas de mal de tête. Il n'y avait que de l'abattement; l'appétit était presque nul. Pendant huit jours environ, cet état de langueur et de tristesse augmenta peu à peu, sans qu'il se développât cependant de symptômes très graves.

Ainsi, pas de délire, pas de stupeur, pas de fièvre notable. Le pouls pendant ces derniers jours ne dépassait pas 58 par minute. A quoi pouvait-on donc et devait-on rapporter ces phénomènes de langueur et d'affaiblissement? On croit avoir remarqué que l'apparition de ces phénomènes avait coïncidé avec le développement d'un bourgeon charnu entre les deux fragments du coronal. En même temps qu'avait apparu ce bourgeon charnu, cependant, la suppuration n'avait pas diminué; et nous serions assez peu disposé à croire que la diminution de la suppuration ait été pour quelque chose dans la production des accidents qui sont survenus plus tard, et qui se sont terminés par la mort.

Des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, un vésicatoire derrière le cou, telle fut la thérapeutique mise en usage. Bientôt l'enfant perdit connaissance; le pouls devint très fréquent, et, quelques heures après, elle s'éteignit sans convulsions.

Autopsie cadavérique. — Nous trouvâmes la fracture qui avait été reconnue et signalée pendant la vie. Il y avait un très grand nombre d'esquilles, sept ou huit au moins. On peut voir, par la pièce que nous vous présentons, que la fracture intéresse principalement le frontal dans sa moitié gauche. Les sinus frontaux ont été fracturés; mais la fracture ne se prolongeait pas aux orbites, non plus qu'à la base du crâne. Nous pûmes constater qu'il n'y avait aucune trace d'inflammation dans les méninges. Il s'était établi une adhérence assez considérable entre la dure-mère et une des esquilles.

A la partie inférieure de l'hémisphère gauche, nous trouvâmes un abcès qui occupait une cavité irrégulière, pouvant contenir un œuf, remplie d'un pus de bonne nature, et paraissant siéger sur les limites de la substance grise et de la substance blanche, mais plutôt dans la substance grise. Dans quelques points, l'abcès était enkysté; dans quelques autres, la substance blanche était malade. Il résulte pour nous de l'existence de ces lésions, que dans le point où siégeait l'abcès il y avait une contusion du cerveau; contusion dont les suites funestes ont été arrêtées momentanément par le traitement énergique qui a été employé, mais ont reparu plus intenses, soit spontanément et sans cause appréciable, soit sous l'influence d'une imprudence qu'aura commise la malade.

Ce qu'il y a de curieux et de remarquable dans ce fait, c'est que les autres parties du cerveau étaient saines. Nous insistons sur les signes que nous aurions pu rencontrer dans une circonstance de ce genre, et qui ne s'observèrent point. Ainsi, il n'y a point eu un seul instant de paralysie, même des plus limitées. Nous n'avons point eu occasion de regarder les pupilles, et nous ignorons si elles ont présenté quelque chose d'anormal.

Ce n'est pas la première fois que l'on voit des abcès du cerveau se développer de cette manière sans symptômes bien nets et bien tranchés, et l'on est tout surpris, à l'autopsie cadavérique, qu'il n'y ait pas eu pendant la vie de désordres plus considérables dans les fonctions cérébrales. Il semble, lorsque l'altération pathologique se développe lentement et

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Excuses et explications. — Crédulité et colères. — Candidatures académiques. — Incident de forme. — Un oubli réparé. — Le prix d'Argenteuil. — Retraite d'un candidat. — Le projet de loi et l'indifférence générale. — Le cercle des internes. — Une bonne œuvre à faire. — La sœur Anna. — Uu vieillard de cent dix-sept ans. — Lettres et réponses.

Et tout d'abord pardon, cher et honoré lecteur, pour le poisson d'avril de mardi dernier. Figurez-vous que, toute la semaine, j'avais été incapable d'attention et de travail; je m'étais trouvé dans un véritable état d'atrophie intellectuelle, si bien que le dimanche venu, disposant mes feuillets et ma plume, j'allais frotter et refrotter mon front pour en faire sortir mon butin hebdomadaire, quand on vint me chercher pour aller voir un petit malade aux environs de Paris. Le cas était intéressant et rare; un enfant de trois jours, né à sept mois et demi, qui, au moindre cri, au plus léger mouvement. devenait tout bleu, mais d'un bleu-foncé presque noir. Comme on ne voit pas tous les jours des faits semblables, je l'observai aussi long-temps que je le pus. Le trou de Botal n'était probablement pas fermé chez cet enfant. Au moment du phénomène, l'oreille, appliquée sur le cœur, ne distinguait pas les bruits réguliers de l'organe; ce n'était plus le tic tac rhythmique et rapide des enfants de cet âge, mais un murmure confus et continu, une sorte de vibration soutenue, entremêlée de glouxgloux, au milieu de laquelle il était impossible de percevoir les bruits normaux de la circulation. Et cependant, chose singulière, les pulsations artérielles perçues à la radiale et à la temporale étaient parfaitement sensibles. Que faire en un cas pareil?..... Mais l'air était si bon, mes poumons se dilataient avec tant de bonheur, après six mois passés dans la neige et la glace le soleil me paraissait si bienfaisant et si réconfortant, qu'en véritable écolier je laissai mes jambes courir à la campagne, oubliant et Paris, et le journal et mes lecteurs, tout entier aux voluptueuses aspirations de cet air chaud et expansif, me sentant vivre sous ces rayons pénétrants du premier soleil de printemps. Si bien que le soir venu, et me retournant vers Paris, je vis la ville immense, enveloppée de son brouillard éternel qui annonçait la fin du jour. Allons, dis-je tristement, allons reprendre ma chaîne et m'imprégner de cette épaisse et lourde atmosphère. Comme un jeune homme, ou plutôt pour attarder mon retour, je voulus faire le trajet à pied; mais en rentrant au logis, je vis, hélas! que je n'avais plus ni mes jambes, ni ma vigueur de vingt-cinq ans, et je cédai au besoin du sommeil et du repos. Le lundi matin, grand embarras! tout était à faire. Confus et repentant, j'accours vers le seigneur et maître du journal qui, malgré son indulgence ordinaire pour mes peccadilles, n'en était pas moins inquiet que moi sur le feuilleton du lendemain. Alors l'idée du 1er avril me traversa l'esprit, idée saugrenue et malencontreuse qui m'a valu toute espèce de mystification, et que nous n'osâmes livrer aux imprimeurs qu'après de grandes hésitations et faute de toute autre chose.

Il y en a qui l'ont cru!.... Le matin, à l'hôpital, M. Andral, M. Velpeau et les autres, ont reçu des félicitations sincères et convaincues! Le soir, au bal magnifique donné par notre confrère, M. L. D...., en traversant un petit salon, j'entendis un chirurgien des hôpitaux dire à son voisin: Voyez-vous ce gaillard de Jean Raimond, comme il a su faire son chemin! Celui-là avait avalé le poisson tout entier. J'ai reçu des visites de félicitation d'*extra muros!*

Il y en a qui se sont fâchés!!!.... J'ai reçu deux lettres; l'une d'un confrère, et je veux être envers lui assez généreux et charitable pour ne pas la publier; si je la mettais surtout en regard de l'autre, dont je parlerai tout à l'heure, je ne sais si l'avantage resterait au confrère.

— La candidature ouverte à l'Académie de médecine dans la section d'anatomie et de physiologie, pourrait bien rester ouverte même après la nomination. En effet, les deux derniers membres que l'Académie vient de perdre, M. Ribes et M. Ollivier (d'Angers), appartenaient à cette section qui se trouve ainsi amoindrie et affaiblie. Du reste, le nombre et la valeur des candidats qui se présentent démontrent avec satisfaction que l'Académie n'éprouvera aucune pénurie de remplaçants; dans ce moment ils viennent à leur tour et en vue de la place vacante, faire exhibition de quelque travail nouveau, et ces communications répandent de l'intérêt sur les séances académiques.

Un petit incident a causé quelque émotion dans la dernière séance. M. Reybard, chirurgien distingué de Lyon, à qui la pratique doit quelques innovations heureuses, s'est présenté à la tribune pour lire des récriminations contre un rapport fait, il y a plus d'un an, par M. Jobert (de Lamballe), sur un procédé particulier de suture intestinale. La forme de cet écrit a susceptibilisé l'Académie, et M. Reybard, brusquement interrompu, n'a pu continuer sa lecture. Tout peut se dire avec des formes convenables et mesurées; et quand on s'adresse à une académie, il faudrait au moins se souvenir des usages et des convenances académiques. Mais dès les premières lignes M. Reybard a cassé les vitres, et l'Académie, qui n'aime pas les tapageurs, s'est empressée de mettre fin à ce système de démolition. Du reste, dans l'espèce, M. Reybard avait encore aggravé ses torts; insinuer contre M. Jobert, dont tout le monde connaît la bienveillance et l'esprit conciliateur, que nul ne peut accuser de tendances agressives et envieuses, insinuer contre cet honorable confrère des accusations de malveillance et de peu de sincérité, c'était complétement manquer à la justice et à la vérité. M. Reybard s'est trompé dans le fond, et il a eu le tort académique de se tromper encore dans la forme.

Un autre petit incident de cette séance a été omis dans le compte-rendu. Pour la vérité historique, je vais le rétablir ici.

Au moment où M. Belhomme commence la lecture de son mémoire, M. Moreau demande la parole pour une motion d'ordre.

M. Moreau. J'ai déjà fait une proposition à l'Académie, que je suis obligé de reproduire, c'est de prier le Conseil d'administration d'aviser à quelque moyen pour que nous puissions entendre ce qui se dit à la tribune. Cette salle est si singulièrement construite, qu'étant placé en face et non loin de l'orateur, je ne puis rien entendre. (Voix nombreuses: C'est vrai. Appuyé, appuyé!)

M. Dubois (d'Amiens). Permettez, Messieurs; ce que vient de dire M. Moreau est contestable. (De toutes parts: Non, non!) Si, si; et quand l'Académie fait silence, on entend très bien. (Hilarité.)

M. le président. La proposition de M. Moreau est-elle appuyée? Quelques voix: Oui, oui.

M. Mérat. Cette proposition ne peut être faite ni discutée, ni renvoyée au Conseil. Nous ne sommes pas ici chez nous, Messieurs; c'est le gouvernement qui loue le local; c'est le gouvernement qui a fait construire la salle, et par un architecte de son choix; l'Académie n'a pas été appelée à intervenir, à conseiller, à modifier; elle est donc forcée d'accepter les choses telles qu'elles sont, et sans y pouvoir rien changer. D'ailleurs, les inconvénients ne sont pas si graves que veut bien le dire M. Moreau; si l'Académie écoutait en silence au lieu de se livrer à des conversations particulières, on entendrait parfaitement.

Cet incident n'a pas de suite; et ce qui en résulte de plus clair, c'est que, de son propre aveu, l'Académie n'est pas toujours très attentive à ce qui se dit dans son enceinte. C'est fort édifiant.

Je ne quitterai pas l'Académie sans dire combien mes prévisions étaient fondées relativement aux inconvénients que j'avais signalés dans la composition du jury du prix d'Argenteuil. Grâce au bon sens de quelques candidats, et peut-être aussi un peu à mes conseils, les orages qui menaçaient ont été conjurés. Mais un des concurrents, et je puis le nommer, car j'y suis autorisé, M. Guillon, après avoir vainement fait tous ses efforts pour éloigner du jury un juge qui s'était ouvertement, publiquement et très vivement prononcé contre ses procédés, M. Guillon a pris le parti, que je ne veux ni blâmer, ni approuver, de se retirer du concours. Il annonce vouloir publier les motifs de sa retraite, et c'est toujours une chose fâcheuse de voir une commission académique en butte, dans l'un de ses membres, à des

fait des progrès peu rapides, que l'organe qui en est le siége s'accoutume à la présence du corps étranger, et que conséquemment il souffre peu dans les fonctions qu'il est destiné à remplir. Il nous est arrivé de rencontrer des enfants qui présentaient dans la substance cérébrale des tubercules de la grosseur d'une noix, et chez lesquels aucun désordre fonctionnel n'avait fait soupçonner pendant la vie la formation d'une semblable affection. Nous ne sommes, du reste, point le seul qui ayons eu occasion de faire cette remarque, et d'observer des cas de cette nature.

Pour nous résumer, nous dirons franchement que la marche de la maladie jusqu'à ces derniers jours nous avait fait porter un pronostic favorable. Nous espérions que la jeune malade guérirait, et nous ne croyions pas que la contusion du cerveau qui avait eu lieu pût produire, après un aussi long espace de temps, des symptômes aussi graves et une terminaison funeste. Ce cas n'est pas de l'espèce la plus commune, et cette seule considération suffisait pour que nous dussions vous le signaler.

Ophthalmie avec production de fausses membranes.

L'autopsie dont nous allons vous entretenir en quelques mots, est encore plus intéressante peut-être que la précédente, pour la rareté de la lésion qu'elle nous a présentée.

Au n° 13 de la salle Sainte-Thérèse nous avons reçu dernièrement une fille de trois ans, qui nous offrit seulement une ophthalmie peu intense, avec un léger écoulement puriforme. Les paupières étaient à peine tuméfiées. En somme, ce n'était pas un cas bien grave. Nous fîmes deux cautérisations à la face interne des paupières, bien que la tuméfaction des paupières fSt très peu marquée. Sur ces entrefaites, et dès le second ou troisième jour après son entrée, des prodromes de scarlatine se manifestèrent, et l'enfant succomba en quelques jours à cette affection intercurrente, dans un état d'affaissement, d'accablement profond, malgré les sinapismes et les révulsifs énergiques que nous employâmes. Nous examinâmes le fond de la gorge et nous ne pûmes y trouver aucune trace de concrétions pseudo-membraneuses annonçant la formation d'une angine couenneuse. Il y avait un peu d'embarras de la parole; le seul phénomène inquiétant était cet état de prostration et d'affaissement dont nous avons parlé. Jusqu'à la veille de sa mort, nous n'avons pu découvrir aucune lésion grave d'un organe en particulier.

A l'autopsie, le cerveau, l'appareil respiratoire ne présentèrent rien de remarquable; ces organes étaient sains, sans traces d'inflammation. Mais voici ce que nous avons trouvé. La face interne des amygdales présentait une couche, non pas de couenne bien franche, de ces pseudo-membranes blanches, commençant à s'organiser comme dans le croup, par exemple, mais une couche de pulpe grisâtre, occupant toute la partie postérieure du voile du palais. Cette substance morbide pénétrait dans les fosses nasales, et je pense qu'elle remontait assez loin dans la partie supérieure du pharynx et dans l'intérieur des fosses nasales. Nous n'avons pu malheureusement scier les os de la face, le cadavre ayant été réclamé par les parents.

Mais une altération extrêmement rare et que nous avons trouvée chez cette enfant, c'est une fausse membrane bien évidente, occupant la face interne des paupières et recouvrant tout le globe oculaire. Cette production pseudo-membraneuse est assez épaisse, d'un millimètre et demi au moins, et peut être facilement détachée et soulevée avec une pince dans sa presque totalité sans déchirure. Voilà donc une ophthalmie avec fausses membranes, cas extrêmement rare, avons-nous dit, et que M. Guersant père n'a rencontré encore que cinq à six fois dans tout le cours de sa longue pratique.

On nous objectera peut-être que nous avons pratiqué deux cautérisations avec le nitrate d'argent sur la face interne des paupières, et que c'est l'escharre produite par le contact du caustique sur l'épithélium que nous avons pris pour une fausse membrane. Mais les fausses membranes résultant de la cautérisation n'ont pas cette consistance ni cette cohésion; elles sont molles, minces, se laissent facilement déchirer. Il y avait évidemment chez cette enfant, et d'ailleurs les fausses membranes de la gorge le prouvent, disposition à la dyphthérite, comme il arrive du reste assez souvent dans les inflammations du premier âge. M. Guersant père nous a dit avoir observé cette forme d'ophthalmie pseudo-membraneuse chez des enfants qui n'avaient que cette lésion, et qui n'avaient présenté du côté de la gorge aucune sorte de concrétions pultacées. Bien que nous n'ayons pu vous faire voir la malade, nous devions vous signaler ce fait des plus curieux.

— La pièce anatomique, conservée dans l'eau alcoolisée, et que M. Guersant fils présenta après la conférence à ses auditeurs, offrait en effet une fausse membrane d'un millimètre environ d'épaisseur (cette diminution d'épaisseur est due au ratatinement produit par l'alcool), d'un blanc tirant un peu sur le jaunâtre et couvrant entièrement la face interne des paupières supérieure et inférieure, ainsi que toute la portion conjonctivale du globe de l'œil. Elle s'étendait au-devant de la cornée comme un voile opaque et solide. Sa consistance était assez forte pour qu'elle ne cédât point à une traction modérée.

Réponse à quelques objections sur les pessaires.

Le rapport de M. Villeneuve sur un bandage de M. Bergeron, remplaçant les pessaires dans les cas de *chute de matrice*, a fourni à plusieurs membres de l'Académie l'occasion d'émettre leur opinion sur l'usage des pessaires, en général, dans les différentes déviations de la matrice. On leur a trouvé beaucoup d'inconvénients et peu d'avantages; on s'est élevé surtout contre les pesssaires à tige.

M. P. Dubois ne comprend pas qu'on puisse, à travers le vagin, agir sur une partie isolée de la matrice; que dans la rétroversion, par exemple, on puisse agir sur le corps seul de l'organe, et le porter, par conséquent, de bas en haut et d'arrière en avant, pour le conduire à sa place naturelle.

L'assertion est vraie avec les pessaires ordinaires; elle ne l'est plus avec ce que j'appelle le *pessaire préalable*, monté sur une longue tige et destiné à ramener lentement, par degré, dans l'espace de six à huit jours, l'organe déplacé à sa position primitive.

C'est faute de procéder convenablement qu'on échoue presque toujours avec les pessaires ordinaires. Comment vouloir réduire instantanément un organe qui s'est déplacé progressivement, qui a décrit dans son déplacement plus de la moitié d'un cercle, qui occupe cette position vicieuse depuis plusieurs années, et autour duquel les autres organes, entraînés vicieusement aussi, réclament également un certain temps pour retourner à leur point de départ?

Comment obtenir ce résultat avec des moyens qui compriment en tout sens une cavité sur laquelle ils ne doivent agir que dans un point et dans un sens? Comment enfin arriver à ce but avec des instruments qui chavirent dans cette même cavité au lieu d'agir toujours dans la même direction?

Sans doute il faut, de la part des malades et du médecin, une certaine persévérance; sans doute il y avait lieu de craindre que des corps étrangers durs et volumineux ne pussent séjourner longtemps sans danger, en contact avec des parties délicates en apparence; et je n'ai été ni surpris, ni déconcerté de leur voir donner l'épithète d'*instruments grossiers*, par ceux qui n'ont observé leur action que dans des cas particuliers, comme il s'en rencontre toujours, sur quelque point de la science qu'on s'arrête. On ne renonce point aux bandages herniaires parce qu'ils excorient quelquefois les téguments, parce qu'ils enflamment le cordon et le testicule, etc.

Ce qui m'a surpris, moi, c'est la facilité, c'est l'impunité avec laquelle le vagin supporte la présence des corps étrangers. Sans doute encore, il faut distinguer les cas, n'agir que sur des parties saines; et il arrivera cependant que malgré ces précautions, il surviendra quelquefois des irritations qui devront faire cesser momentanément un contact douloureux.

Mais quand je vois des femmes porter sans le moindre accident, et avec un avantage que rien ne peut remplacer, pendant dix et quinze ans, des pessaires formés des substances les plus dures, et qu'elles *préfèrent* à tous les autres, je ne puis plus partager les craintes qu'on exprime, et renoncer à un moyen qui, appliqué convenablement, et dans des circonstances déterminées, a produit des résultats qui étonnent encore beaucoup de membres de l'Académie qui en ont été témoins.

A. Dubois, le père de l'honorable membre dont je combats l'opinion, avait aussi renoncé à l'usage des pessaires. Il voulut bien, en 1830, venir avec moi chez une jeune femme qui avait été vue par plusieurs membres de l'Académie, par M. Moreau, entre autres, qui avait essayé une nouvelle forme de pessaire.

Cette femme, qui n'avait que vingt-deux ans, était réduite à une immobilité complète. La marche la jetait dans un état de trouble qui ressemblait à de l'aliénation mentale. A. Dubois la vit marchant sans crainte et sans douleur; il voulut voir l'instrument, qui fut ôté et replacé devant lui; et alors, avec la forme de langage qu'on lui connaissait, il me dit: Tu as raison, tu as raison.

Depuis quinze ans, cette dame porte un pessaire en corne de buffle; il n'est changé que rarement: trois ou quatre fois par an; il n'a jamais entraîné d'accidents: il permet tous les exercices. La malade l'appelle son *âme*. Il la gêne si peu qu'elle y porte quelquefois la main pour s'assurer qu'il est en place.

J'ai vu, avec MM. Marjolin et Andral, une dame qui depuis trois ans était dans l'impossibilité de marcher, et souffrait toutes les douleurs locales et générales qui résultent d'une rétroversion considérable contre laquelle tout avait échoué. Depuis quatre ans cette dame porte un pessaire en corne de buffle aussi, de dimensions énormes. Elle a recouvré toute sa gaieté, toute son agilité. Deux fois par an seulement elle vient me voir, et me demander s'il n'y a rien à changer, et jusqu'ici pas le moindre accident.

M. Roux se souviendra peut-être d'une consultation où six consultants étaient réunis, pour une dame qui était également dans l'impossibilité de marcher. On conclut à une tumeur du petit bassin, pour laquelle on prescrivit un traitement interne et des cautères. Je me retirai. Je fus rappelé plus tard. Cette même dame s'est présentée chez M. Roux marchant bien, et portant un pessaire comme les précédents.

M. Chomel connaît une dame qui disait: « Mon enfant tomberait dans le feu, que je ne pourrais aller à son secours, » tant il lui était impossible de marcher. Pendant huit ou neuf ans cette dame a porté un pessaire en buis, avec lequel elle était dehors toute la journée, faisait de grandes courses, et qu'on ne changeait que trois ou quatre fois par an. Elle ne le porte plus maintenant; mais il la gênait si peu et lui était

---

récriminations contre son indépendance et sa justice. Tout cela pouvait être évité dès le principe, et je crois que la commission aurait dû tenir plus de compte de la position bizarre et véritablement dangereuse d'un concurrent en face d'un juge qui avait par anticipation fait connaître son jugement. L'Académie ne sera peut-être instruite de cette retraite que par moi, car le Conseil a décidé dans sa prudence de ne pas lui communiquer la lettre de M. Guillon annonçant cette résolution. Cette prudence excessive est-elle bien légalement académique?

— Il était difficile de prévoir l'indifférence générale avec laquelle est accueillie l'annonce du projet de loi sur l'organisation médicale. Moi, qui par état et par devoir suis obligé de m'occuper de ce sujet, je me figurais naïvement que mes confrères y portaient un intérêt très vif. Dans les premiers jours, je n'en rencontrais pas un seul sans lui dire: Eh bien! nous allons donc avoir un projet de loi! — Ne m'en parlez pas, me disait l'un; ce projet de loi sur les fortifications me désespère. — Que dites-vous, me disait l'autre, ce projet de conversion des rentes me ruine. — Ah! oui, me disait un troisième, j'ai promesse de vingt actions sur le chemin de fer du Nord, et j'attends la loi avec impatience; et ainsi de tous qui me parlaient de leurs espérances ou de leurs craintes politiques ou matérielles, mais aucun du véritable sujet qui me faisait les accoster. Un peu dégoûté de mes avances, je suis resté dans le mutisme que personne n'a interrompu. Ainsi donc, il paraît constant et avéré que le monde médical ne prend pas grand souci de cette nouvelle et centième annonce d'un projet de loi organisateur. Pour mon compte, jusqu'à ce que je voie la chose imprimée dans le *Moniteur officiel*, jusqu'à ce que le projet de loi présenté par le ou les ministres y soit consigné tout du long avec l'exposé des motifs, je resterai fort réservé sur ma croyance. J'ai pour cela de meilleures raisons qu'on ne pourrait croire peut-être; et si je disais tout ce que je sais à cet égard, je verrais bien des figures s'allonger qui s'épanouissent à la fallacieuse chaleur de certaines congratulations.

— Pendant que nous, médecins d'une génération mûrie par l'âge ou déjà caduque en sommes à rechercher — je parle de plus généreux — les moyens de resserrer nos liens de confraternité, ou bien — je parle des plus indifférents — et de continuer à vivre de notre vie d'isolement et d'égoïsme, la génération qui nous succède a mieux fait que de comprendre les bienfaits et la puissance de l'association et que d'en parler sans cesse, elle l'a mise en pratique: Oui, à l'heure qu'il est, une association qui mérite intérêt, encouragement et sympathie, vient de se former à Paris sous ce nom, qui indiquera suffisamment sa composition: *Cercle des internes*. Des jeunes gens encore dans les hôpitaux ou près d'en sortir, ont compris combien il était avantageux et utile pour tous, au moment d'entrer dans les embarras, les anxiétés et les intérêts de la vie, de ne pas rompre ces liens affectueux et charmants des premières études, de conserver ces relations loyales et généreuses de la jeunesse pour continuer à se voir, à s'estimer, à s'aimer, à s'entr'aider au besoin, ou tout au moins à ne pas se nuire dans les fréquents et inévitables conflits de la carrière. Si Satan pouvait aimer, disait une sainte célèbre, il ne serait plus démon. Si les hommes, si les médecins surtout, savaient ne plus s'isoler dans leurs intérêts individuels, qui engendrent l'envie, la haine, la cupidité et tout leur hideux cortége de mauvaises passions; s'ils savaient mettre en commun leurs efforts, leurs talents, leurs études et leurs inventions, que de peines de moins, et d'obstacles, et d'écueils, et de dangers!... Vous faites bien, très bien, jeunes gens; associez-vous, réunissez-vous, n'écoutez pas nos vieillards égoïstes, nos puissants et vos maîtres vivant dans leur luxueuse indifférence, n'ayant pour vous d'entrailles que si vous êtes leurs adulateurs, et que si vous perdez votre noble et chère indépendance dans un servage scientifique humiliant et stérile. C'est un grand et bel exemple que vous donnez à vos anciens et qui vous préservera de leurs fautes, de leurs égarements et du désolant isolement dans lequel ils vivent et semblent se complaire.

— Je voudrais, mon cher lecteur parisien, vous intéresser à une bonne œuvre. Permettez-moi, dans ce but, de vous raconter une petite histoire.

Dans l'hôpital militaire de la marine, à la Guadeloupe, vivait une religieuse hospitalière de l'ordre de Saint-Paul, honorée, respectée, aimée de tous. Spécialement affectée au service de la salle des officiers, il n'est pas un marin de station à nos Antilles, qui n'ait entendu parler de la bonne sœur Anna; et tous ceux que la maladie a conduits à l'hôpital conserveront un souvenir durable des soins intelligents et affectueux de la bonne et respectable religieuse. Cependant, cette brave fille, dont tous nos officiers exaltaient et bénissaient les services, a été brusquement enlevée à l'hôpital de la Guadeloupe et ramenée en France, à la communauté générale. Pourquoi? Je ne veux pas le dire; car il faut un peu de charité pour ces petites, mais très vivaces, passions de nonnes. Ce que je peux assurer, c'est que, même au point de vue chrétien, le motif qui a valu cette disgrâce à la sœur Anna est des plus honorables. A la communauté, ne devaient pas finir les chagrins de la bonne sœur; elle y a été abreuvée de tant d'humiliations; elle y a subi de si mauvais traitements, et pendant si long-temps, que sa patience, son courage et sa résignation ont succombé. A quarante-huit ans passés, après toute une vie de dévouement et de sacrifices, pauvre et sans ressources, elle a fui le couvent et s'est réfugiée à Paris, chez de braves parents, petits tailleurs à façon, chargés de famille, pour qui une bouche inutile est un fardeau bien lourd.

La sœur Anna, que vous ne pourriez voir sans être touché de ses malheurs, serait, mes chers confrères, une excellente garde-malade, fonctions si délicates et si rarement bien remplies à Paris. Vous pouvez beaucoup pour elle, et je vous la recommande avec instance; car elle acceptera comme un bienfait vos recommandations à cet égard.

Elle habite la rue des Boucheries-St-Germain, 48.

— M. de Quersonnières, bien connu sous le nom du doyen des centenaires de France, et qui vient de mourir, était un de mes amis, et même un peu mon client, ce qui me ferait beaucoup d'honneur, s'il était vrai qu'il eût vécu pendant 117 ans. Pour mon compte, j'ai toujours beaucoup douté de son grand âge; car malgré mes pressantes instances, je ne pus jamais obtenir quelque acte ou papier qui précisât l'année de sa naissance. Les régistres de la paroisse avaient été brûlés, disait-il, pendant la révolution. Je lui avais proposé, s'il pouvait me donner le moindre indice de son état civil, de le conduire à l'Académie de médecine, qu'un fait si rare aurait vivement intéressé, et où la profonde détresse de ce vieillard aurait assurément excité une pitié généreuse. Il me fut impossible de rien recueillir d'authentique, et je fus obligé de renoncer à mon projet, au grand regret du prétendu centenaire, qui m'en parla plusieurs fois depuis. C'était, du reste, un brave et digne homme, fort galant et fort empressé auprès des dames. Il racontait sérieusement qu'il s'était remarié en troisièmes noces à l'âge de 90 ans, avec une jeune fille de 16 ans, qui, neuf mois après, jour par jour, mourut en couches.

Tous renseignements pris, il paraît que ce brave homme qui n'a eu d'autre tort, à une époque où l'on spécule sur tout et par des moyens bien moins honnêtes, que de spéculer sur son âge, n'était pas octogénaire. M. Souberbielle, le Nestor de la chirurgie contemporaine, et qui espère bien, lui, et nous avec lui, dépasser la centaine, s'est écrié en apprenant l'âge véritable de M. de Quersonnières: « Ce n'était qu'un blanc bec. »

Jean-RAIMOND.

P. S. J'ai dit que j'avais reçu plusieurs lettres. Je n'insérerai pas celle d'un confrère dans la gorge duquel une arête de mon poisson semble s'être fixée, tant il me paraît suffoqué de colère. Prenez un peu d'émétique, cher confrère, et quand vous serez plus calme, nous verrons.

Voici la seconde:

Monsieur Jean Raimond,

S'il existait parmi nous un Fumet quelconque, c'est-à-dire un huissier, c'est par son intermédiaire que vous recevriez mes récriminations avec assignation et demande de dommages et intérêts, amende et tout ce qui s'en suit. Je suis, par votre fait, un chat perdu, déconsidéré, déshonoré. Dans cette saison choisie par les gens de mon espèce pour prendre femme, vous m'avez causé un tort irréparable. La chatte de notre portière, qui lit votre feuilleton avant M. Ricord, a publié la chose chez toutes les voisines de la rue de Tournon, et je ne peux plus mettre ma patte sur les gouttières, sans qu'aussitôt s'enfuient épouvantées toutes les chattes des environs. C'est fort cruel. En dés-

si utile qu'elle n'a consenti qu'avec peine à s'en séparer.

M. Guersant a vu une dame porter pendant trois ans un pessaire dur pour une rétroversion, et devenir enceinte avec l'instrument, et à son grand étonnement, car elle n'avait point eu d'enfants depuis seize ou dix-sept ans.

J'en ai cité quelques cas et de ceux qui ont été vus par des membres de l'Académie, afin que mes assertions répondissent à celles qui venaient aussi d'autres membres de cette même Académie. Je ne fais que les indiquer et m'abstiens de donner les citations nominativement. — On me saurait mauvais gré de cette indiscrétion.

Je crois donc que dans la plupart des cas les pessaires doivent avoir une assez grande solidité, et qu'une tige est nécessaire pour en obtenir tout l'effet qu'on recherche. Cette tige, conformée comme il convient à chaque femme, ne les gêne ni pour s'asseoir, ni pour marcher, ni même pour l'équitation. Mais sa longueur et sa direction varient infiniment. Il y en a qui doivent être placées non pas au milieu de la face inférieure de l'instrument, mais plus ou moins latéralement, parce que, chez beaucoup de femmes, les pessaires éprouvent dans le vagin le mouvement de rotation que les accoucheurs connaissent bien, et de gauche à droite ordinairement. Presque toujours la tige doit être un peu courbée en arrière.

Pour que les pessaires à rétroversion puissent tenir en place, il faut que leur face inférieure représente le côté d'un quarré et appuie sur les points solides du vagin, et pour répéter l'expression pittoresque et plaisante de M. Cloquet, rien ne convient mieux pour faire pondre les pessaires comme des œufs, que de leur en donner la forme.

Je dis que les pessaires en corne, en buis, sont supportés plus facilement qu'on ne le croirait. Ils ont aussi l'avantage de se conserver plus longtemps que les autres, même que ceux en ivoire. Ceux en buis ne s'éraillent point; ils se durcissent avec le temps, et pourraient durer indéfiniment. Cependant les pessaire en gomme élastique artificielle, qui ont de la consistance et une tige, ont aussi leur utilité, et M. Lasserre en a fabriqué de toutes dimensions, sur les modèles que je lui ai donnés. Les femmes, au premier abord, les préfèrent aux autres; et quand on est à portée de les changer souvent, ils peuvent les remplacer. Mais il faut deux mois pour les faire, et, comme je le disais, il faut souvent modifier plusieurs fois la forme et le diamètre de l'instrument.

Les complications qui doivent faire ajourner ou rejeter l'usage du pessaire, sont le point essentiel et difficile. Combien de femmes m'arrivent avec des déviations de la matrice et sont surprises de mon refus de leur placer un pessaire, parce qu'elles connaissent d'autres femmes qu'elles supposent dans des conditions toutes semblables et qui lui doivent leur guérison! Mais il y a aussi des complications que je pourrais appeler négatives, parce que loin d'empêcher l'application de l'instrument elles la réclament.

Il y a une tuméfaction de la matrice déplacée qu'il ne faut point prendre pour un engorgement inflammatoire s'opposant à l'application d'un pessaire. Cette tuméfaction en a souvent imposé, comme dans un des cas que j'ai cités plus haut. Il faut l'avoir rencontrée plus d'une fois pour la reconnaître à sa mollesse demi-élastique, et qui conserve un peu l'impression du doigt. Il en est ici comme du gonflement œdémateux qui se manifeste sur un membre luxé.

Il y a aussi des sensibilités exagérées des organes génitaux qui tiennent encore au déplacement, et qui ne doivent pas arrêter. Il faut une grande attention pour les distinguer de celles qui sont ou innées, ou dépendant d'une cause accidentelle locale ou constitutionnelle. Les premières sont quelquefois un obstacle invincible. Ici, comme dans d'autres membranes muqueuses de l'œil, de la gorge, comme dans la peau elle-même, il y a quelquefois une susceptibilité qui ne permet le contact d'aucun corps étranger.

Enfin, il y a bien des cas où l'usage du pessaire doit être secondé par des moyens généraux, internes ou externes, pour déplacer ou détruire une cause spécifique fixée sur la matrice, pour diminuer son volume, dont l'augmentation a été la cause primitive du déplacement qui persiste encore après la disparition de cette cause.

Il est donc bien vrai qu'il est des déplacements de la matrice auxquels on ne peut appliquer le remède convenable, par le fait de certaines complications. Il est vrai aussi qu'il faut, pour beaucoup d'autres cas, toute la patience et toute l'ingéniosité dont on peut être capable, pour être en mesure, avec l'excitabilité des malades portée quelquefois jusqu'au dérangement des facultés intellectuelles, et avec les modifications si nombreuses que réclament les instruments, non-seulement pour chaque espèce de déviation, mais pour la même chez des femmes différentes. J'en ai vu pour qui l'instrument a dû être échancré sur un des côtés de son bord supérieur, parce qu'une petite tumeur mobile, ovale, d'une extrême sensibilité, et que je considère comme l'ovaire déplacé, était douloureusement comprimée. D'autres ont le col si sensible aussi, qu'il ne doit toucher à rien, et que, pour cela, le pessaire à rétroversion, ordinairement plein, présente à son centre une large ouverture.

En général, c'est un principe dont il faut s'écarter le moins possible, de laisser toujours libre l'extrémité inférieure du col utérin. C'est ce principe qui a été suivi dans la confection des pessaires à antéversion. Cette liberté du col a encore l'avantage de rendre la conception possible dans les cas où la déviation seule s'y opposait. Plusieurs membres de l'Académie connaissent aussi des femmes qui sont devenues grosses pendant l'usage de ces instruments, et qui jusque-là, après un nombre d'années de mariage, n'avaient pu concevoir.

C'est pour les rendre moins volumineux, et pour s'opposer à leur issue trop facile, qu'au lieu de leur donner une forme cylindrique, ils sont échancrés en avant, tout en conservant leurs bords arrondis; et ce n'est pas sans intention que leur bord supérieur est déjeté en arrière, puisque, par cette inclinaison, il éloigne d'autant le col de la matrice dirigé dans ce sens avec exagération, et touche le vagin par une surface plus large.

Les pessaires en gomme élastique pure sont très utiles dans quelques relâchements du vagin; ceux de la paroi antérieure surtout, qui produisent une faiblesse et une défaillance qui ne sont point en raison de la saillie, quelquefois peu considérable, à laquelle on est en droit de les attribuer, puisqu'avec sa disparition disparaît aussi le symptôme qui l'accompagnait. Dans ces déplacements, les pessaires de forme arrondie circulairement, mais plane inférieurement, et toujours avec une tige, pour s'opposer au chavirement, agissent latéralement, et n'ont pas à supporter directement le poids des organes placés au-dessus.

Cette pression des organes sur la matrice est d'une grande importance. Le déplacement du foie et de la rate, plus commun qu'on ne le croirait, sont une complication qu'il faut combattre par des moyens contentifs appropriés. Le poids des intestins contribue aussi à maintenir la matrice dans une mauvaise position, et les ceintures sont des moyens auxiliaires quelquefois très utiles, mais qui ne peuvent avoir aucune action directe sur la matrice à travers les muscles abdominaux, pas plus que la compression du périnée ne peut changer sa *direction* vicieuse; elle peut, seulement dans les cas d'abaissement, en diminuer l'étendue.

La constriction de la base de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen a une influence si grande sur les déplacements et les engorgements de la matrice, qu'à la couleur bleue que le col présentait, je devinai cette cause, et que le lendemain je trouvai tout changé quand j'examinai les malades sans corset.

En un mot, les pessaires, avec la forme et la solidité convenables, aidés de certains moyens auxiliaires, appliqués dans les cas exempts de complications, sont les seuls moyens de remédier aux déplacements de la matrice qui ne reconnaissent point ou ne reconnaissent plus de cause *morbide*. Ils sont à ces déplacements, ce que les bandages sont aux hernies.

Mais, quelle que soit leur composition, ils demandent à être surveillés; et en apprenant au malade qu'au moindre écoulement roussâtre ils doivent être retirés, on préviendra ce qui est arrivé aux pessaires qu'on avait oubliés.

Quant à celui de M. Bergeron, qui est l'occasion de cet article, je n'en conteste point l'utilité; il est aussi parfait que possible. Je possède encore deux appareils que j'ai fait faire il y a dix ans, d'après la même idée. La tige qui réunissait le pessaire à la ceinture présente une coulisse destinée à l'élever à volonté. Il a été mal supporté, et j'y avais renoncé.

Il est assurément indiqué de réduire et de contenir une matrice complètement déplacée; mais, chose remarquable, dans les cas que j'ai vus, les femmes souffraient moins de cette chute complète que d'un simple abaissement; et une entre autres, quoique jeune encore, ne tenait pas beaucoup à être délivrée de cette infirmité.

Je n'ai eu l'intention, dans cette note, que de défendre par quelques exemples et quelques propositions générales, des moyens utiles, auxquels on est disposé à renoncer, parce que leur application est souvent entourée de difficultés. J'entrerai dans plus de développements dans un mémoire qui fera suite à celui que l'Académie a inséré dans son Recueil en 1833.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

---

espoir de cause, j'ai voulu aller porter mes hommages aux vieilles chattes du palais du Luxembourg; mais ces respectables douairières qui en toute autre occasion eussent été très flattées de mes empressements, m'ont fui comme la peste. C'est à n'y plus tenir; et puisque je ne peux avec vous employer les voies et moyens judiciaires, je vais faire patte de velours, en vous suppliant de dire dans votre prochain article, qu'il est faux que M. Auzias-Turenne m'ait inoculé quoi que ce soit; que mon maître dit la chose inexacte et impossible; que dans le temps mes père et mère et mes grand'tantes, ainsi que tous ses chiens et même un petit singe, ont été soumis par lui aux mêmes expériences sans résultat aucun, et que par conséquent je suis sain, très sain, et un parti fort sortable qui brûle et qui miaule d'amour.

Agréez, Monsieur, mes respects bien fourrés,

Le chat de M. Ricord.

(Ici était la griffe.)

P. S. Veuillez m'envoyer, s'il vous plait, douze exemplaires de ce numéro.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG, ETC.

Dernière réponse de MM. A. BECQUEREL et A. RODIER aux critiques de M. FLEURY.

Monsieur le Rédacteur,

Dans l'article que nous vous avons adressé en réponse aux attaques dirigées par M. F. contre nos recherches sur le sang, nous pensons avoir démontré d'une manière péremptoire le peu de fondement de ces attaques. Nous nous sommes appuyés principalement sur ce que M. F. n'opposait à des faits positifs, à des expériences exactes que des raisonnements subtils, et le plus souvent erronés. Nous ne croyons pas nécessaire de suivre M. F. dans les détails de sa réplique qui est entachée des mêmes vices fondamentaux, rehaussés par la mauvaise humeur que lui a donnée sans doute une réponse qu'il devait cependant prévoir. Il nous serait facile de récuser la bonne foi de M. F. en rappelant, entre autres, qu'en accusant l'un de nous d'avoir successivement trouvé dans 1000 g. d'urine 1024, 1028, 1031 parties d'éléments chimiques, il ne s'est pas aperçu, n'a pas voulu s'apercevoir qu'il confondait les chiffres de la colonne des densités avec ceux qui indiquaient la composition chimique de ce liquide. Mais nous ne voulons pas répondre à ses personnalités; cet exemple fera juger de la valeur des autres, et nous extrairons seulement de l'article de M. F. la phrase que voici: « *Ces messieurs oublient que j'ai admis l'exactitude de la plupart de leurs analyses.* » Nous nous contenterons pour le moment de cet aveu qui est la condamnation de toute son attaque, et nous laisserons M. F. jouir en paix du triomphe de ses calculs et de ses élucubrations de critique, comme de ses succès de concours. Il nous répète qu'il a pris la plume, mu par une sainte indignation et pour la dignité de la méthode expérimentale; il nous reproche d'avoir transporté la guerre dans le camp ennemi. Mais si nous avons fait quelque excursion dans le vaste champ des travaux de M. F., c'était uniquement pour apprécier la valeur de l'attaque; encore n'avons-nous cité que des faits compromettants pour la méthode. Nous ne croyons pas sortir de la modération et de la vérité, en renvoyant de nouveau M. F. à l'école de l'expérience; il acquerra ainsi l'avantage de donner des bases plus solides à ses attaques, et peut-être de reconnaître un peu mieux certaines morsures de puce dont le souvenir n'est encore perdu pour personne. (1)

Veuillez agréer, etc.

A. BECQUEREL, A. RODIER,
Docteurs en médecine.

— *Errata du n° 37.* — 5e colonne du Feuilleton, ligne 5, lisez grande, ligne 44, lisez *un*, au lieu de *ce*. — 6e colonne, ligne 3, lisez proportion; après *ou*, ajoutez *en définitive* et 500, au lieu de 3500; ligne 5, ajoutez *diviser* avant 141; ligne 24, lisez 141; ligne 33, ajoutez *mais*. — 7e colonne, ligne 19, *se trouvent consignés*; ligne 22, lisez 135; ligne 33, *retranscrivant*, au lieu de *retranchant*. — 8e colonne, ligne 4, 1050 au lieu de 1500; ligne 28, *les* au lieu de *des*.

NOUVELLES.

M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, le mardi, 8 avril, à sept heures du matin.

— M. Le Roy-d'Etiolles commencera son cours public et gratuit d'*urologie* le mercredi 23 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole-Pratique, et il le continuera tous les mercredis suivants. Ce cours comprendra l'étude des affections calculeuses, des angusties ou rétrécissements de l'urètre, des maladies de la prostate, la lithotritie et la cystotomie.

— On annonce que la permutation de la chaire de pathologie pour la chaire de clinique chirurgicale demandée par M. Bouisson et par la Faculté de médecine de Montpellier, a été accordée par M. le ministre de l'instruction publique.

(1) Quelles que soient désormais les attaques dirigées contre nos travaux par M. F., nous ne nous donnerons pas la peine d'y répondre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 19 mars 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après une rectification réclamée par M. Denonvilliers.

— *M. Maisonneuve* communique un relevé statistique qu'il a fait de 11,644 cas de hernies qui se sont présentés au Bureau central des hôpitaux dans une période de six ans, et qui sont ainsi répartis.

Sur ce nombre de 11,644 hernies abdominales de toutes sortes,
8790 ont été observées sur des hommes;
2854 sur des femmes.

Sur les 8790 hernies observées sur des hommes, il y eut:
8237 hernies inguinales;
307 hernies crurales;
246 hernies ombilicales.

Sur les 2854 hernies observées des femmes, il y eut:
1112 hernies inguinales;
639 hernies crurales;
560 hernies ombilicales;
543 hernies vaginales.

Sur les 8237 hernies inguinales observées sur des hommes, il y en eut:
4483 à droite;
3738 à gauche;
16 n'ont pas été déterminées.

Sur les 1112 hernies inguinales observées sur des femmes, il y en eut:
542 à droite;
564 à gauche;
6 n'ont pas été déterminées.

Sur les 307 hernies crurales observées sur des hommes, il y en eut:
171 à droite;
125 à gauche;
11 n'ont pas été déterminées.

Sur les 369 hernies crurales observées sur des femmes, il y en eut:
344 à droite;
255 à gauche;
40 n'ont pas été déterminées.

M. Maisonneuve tire de ces chiffres les corollaires suivants:

1° Les hernies chez l'homme sont aux hernies chez la femme, comme 3 est à 1.

2° Sur 100 hernies chez l'homme, on trouve:
93 hernies inguinales,
4 hernies crurales,
3 hernies ombilicales;
tandis que sur 100 hernies chez la femme, on trouve:
40 hernies inguinales,
21 hernies crurales,
20 hernies ombilicales,
19 hernies vaginales.

3° Chez l'homme, les hernies inguinales se rencontrent presque aussi souvent des deux côtés que d'un seul, et, dans ce dernier cas, celles du côté droit sont à celles du côté gauche, comme 5 est à 4; tandis que chez la femme, les hernies inguinales se rencontrent des deux côtés trois fois sur quatre, et celles du côté droit sont à celles du côté gauche comme 5,42 est à 5,64.

4° Enfin, chez l'homme, les hernies crurales se rencontrent d'un seul côté trois fois sur 4. Et celles du côté droit sont à celles du côté gauche comme 7 est à 5. Tandis que chez la femme les hernies crurales se rencontrent d'un seul côté quatre fois sur cinq; et que celles du côté droit sont à celles du côté gauche comme 7 est à 5.

M. Malgaigne croit que cette statistique doit contenir un certain nombre de double emploi. En effet, beaucoup de hernieux qui viennent réclamer des bandages au bureau central des hôpitaux, ont dû s'y présenter plusieurs fois dans le laps de temps qu'embrasse le relevé de M. Maisonneuve, et quelques-uns même ont dû se présenter deux fois dans la même année pour changer leurs brayers brisés par accident, d'où il résulte qu'à moins d'avoir constaté par un travail immense l'identité de tous les individus qui sont compris dans son relevé statistique, M. Maisonneuve s'est exposé à porter plusieurs fois la même hernie dans ses tableaux. Il ajoute qu'une autre cause d'erreur doit venir de ce que certains individus sont porteurs de trois et quatre hernies, et qu'à ce titre ils doivent figurer plusieurs fois dans deux ou trois parties de cette statistique.

M. Nélaton trouve que le nombre des hernies vaginales mentionnées dans le travail de M. Maisonneuve est trop considérable pour qu'il n'y ait pas confusion de plusieurs maladies sous ce titre. Il demande des renseignements à ce sujet.

M. Maisonneuve répond qu'en effet il a désigné sous le nom de hernies vaginales toutes les tumeurs saillantes dans le vagin, et qui réclamaient pour leur traitement l'application d'un pessaire. Cette catégorie renferme non-seulement des cystocèle, des rectocèle, mais encore des prolapsus du vagin et de l'utérus. Il en est de même des hernies ombilicales; il ne s'est pas attaché à les distinguer des hernies de la ligne blanche, plus ou moines voisins de l'ombilic, ainsi que des éventrations proprement dites qui nécessitent l'emploi de bandages à peu près semblables.

Répondant aux objections qui lui ont été adressées par M. Malgaigne, il dit qu'il a fait tout ce qui dépendait de lui pour mettre sa statistique à l'abri des reproches de double emploi qu'on lui fait, et il tient à la disposition de la Société les matériaux qui lui ont servi à dresser ses tableaux. Il ajoute qu'il n'a eu d'ailleurs d'autre intention que celle de connaître les rapports que pouvait fournir un nombre donné de hernies étudiées au point de vue de leur fréquence, de leur siége, etc.

— *M. Bérard* présente un homme d'environ trente-cinq ans, qui, à la suite d'une chute faite sur le coude il y a six mois, porte aujourd'hui une déformation de cette articulation, qu'il est assez difficile de caractériser. Le malade a consulté presque tous les chirurgiens de Paris, et son infirmité a été regardée par les uns comme résultant d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, et par les autres comme une luxation non réduite de l'articulation huméro-cubitale. M. Bérard, en le soumettant à l'examen des membres de la Société de chirurgie, appelle la discussion sur ce cas de diagnostic difficile. Quant à lui, fondant son opinion sur la présence des faits suivants : 1° saillie de l'olécrane en arrière, avec conservation des rapports normaux de cette éminence avec les tubrosités de l'humérus; 2° présence d'une tumeur au-devant et au-dessus de l'articulation; 3° présence de la tête du radius au-dessous de la tubérosité externe de l'humérus; 4° intégrité des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras. Il conclut à l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus probablement transversale, et consolidée dans une position telle, que les deux fragments font un angle saillant en avant.

M. Laugier admet la réalité des signes mentionnés par M. Bérard; mais il en donne une autre interprétation que lui. Tous ces signes, en effet, peuvent se montrer dans une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, fracture que M. Laugier a rencontrée quelquefois, et qu'il a décrite. Il serait donc porté à penser qu'il n'existe dans le cas qu'il a sous les yeux, qu'une solution de continuité vicieusement consolidée du sommet de l'apophyse coronoïde du cubitus compliquée, peut-être d'un déplacement incomplet de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras en arrière.

M. Malgaigne conteste la réalité des signes admis par les deux préopinants : 1° il ne trouve pas de saillie en avant et au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, saillie du cal difforme, suivant M. Bérard; 2° il voit l'olécrance écarté de l'humérus en arrière, et c'est à cet écartement qu'il attribue la saillie de cette apophyse dans ce sens; 3° il constate l'intégrité des mouvements de pronation et de supination des os de l'avant-bras. Mais ces mouvements étant conservés dans toutes les luxations du coude qu'il a observées, ce signe diagnostic est par conséquent à ses yeux sans valeur pour établir le diagnostic dans le cas dont il s'agit. Enfin il fait observer que ce malade, qui rend parfaitement compte des moindres circonstances de son accident, affirme qu'il a éprouvé pendant celui-ci un violent mouvement de rotation de l'avant-bras. Or M. Malgaigne a vu, dans ses expériences sur le cadavre, que ce mouvement est indispensable pour produire la luxation en arrière, et il déduit de tous ces faits l'opinion qu'il s'agit ici d'une luxation incomplète de l'avant-bras en arrière, dont la réduction doit être tentée, comme il en a déjà fait la proposition au malade.

M. Robert croit, d'après l'examen auquel il vient de se livrer, qu'on a affaire dans le cas présent à une ancienne fracture transversale de l'extrémité inférieure de l'humérus, oblique d'avant en arrière, qui, par cela même qu'elle a été méconnue dans le principe, s'est consolidée avec chevauchement des fragments; toutefois, il y a un fait qui l'embarrasse dans cet examen, c'est que les deux bras présentent la même longueur, ce qui ne devrait pas être dans une fracture avec chevauchement.

M. Maisonneuve émet l'opinion qu'il pourrait bien n'y avoir eu dans ce cas qu'une luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière, le radius étant resté en place.

M. Lenoir fait observer que, s'il en était ainsi, on devrait retrouver à l'extrémité inférieure de l'avant-bras une différence dans le niveau des deux apophyses styloïdes du cubitus et du radius, qui mesurerait l'étendue du déplacement de l'extrémité supérieure du cubitus en haut et en arrière, et que rien de semblable ne se voit sur l'avant-bras du malade qu'on examine. Il rejette donc l'existence de ce genre de déplacement dans ce cas, et avance qu'en général on a admis sa réalité bien plus d'après la théorie que d'après des faits cliniques convenablement observés, et que, pour sa part, il ne trouve pas démonstratifs.

—*M. Huguier* présente une pièce d'anatomie pathologique; elle est relative à un enfant hydrocéphale sur le cadavre duquel on a constaté la présence du liquide dans les ventricules cérébraux.

Il présente ensuite une femme qu'il a opérée d'un énorme kyste de la mâchoire inférieure, et qui est guérie aujourd'hui sauf un pertuis fistuleux qui existe à la joue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

De la recherche médico-légale des poisons. — Le numéro d'avril des *Annales d'hygiène* contient un mémoire de M. Orfila, dans lequel il examine deux questions importantes en médecine légale. La première est relative à la quantité du poison qui peut être recueillie par l'analyse chimique; l'autre à la quantité des organes que l'on doit soumettre à ces opérations chimiques.

Est-il nécessaire, demande M. Orfila, pour établir que l'empoisonnement a eu lieu, de recueillir une quantité de substance vénéneuse qui ne soit pas trop faible; ou bien suffit-il de prouver l'existence du poison dans une proportion quelconque?

On a généralement une tendance, dit l'auteur, à n'accorder aucune valeur aux expériences chimiques, lorsqu'elles n'ont pas pour effet d'extraire des matières suspectes une quantité de substance vénéneuse appréciable en poids réel ou approximatif, et de l'appréciation de laquelle on put juger si la proportion du poison administré était ou non suffisante pour causer la mort. A l'appui de cette assertion, l'auteur cite les extraits des comptes-rendus de plusieurs procès célèbres, dans lesquels est agitée cette question de quantité de la aubstance vénéneuse extraite des organes soumis à l'analyse.

Pour M. Orfila, cette question de quantité n'a aucune valeur. Aux termes de l'art. 301 du Code pénal, est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été administrées, et *quelles qu'en aient été les suites*. Evidemment la loi ne s'occupe nullement de la proportion de la substance toxique, non plus que des suites qu'a pu avoir l'empoisonnement. Deux arrêts de la Cour de cassation, en date du 7 juillet 1814 et du 26 novembre 1812, consacrent la même jurisprudence. D'après cela, M. Orfila s'étonne que M. Devergie mette au nombre des questions que peut adresser le magistrat aux experts, celle-ci! *A quelle dose le poison trouvé par l'analyse est-il susceptible de donner la ort?* Pour l'auteur, non-seulement rien n'autorise le magistrat à faire cette question, mais il est impossible à l'expert le plus habile de la résoudre. En vain prétendrait-on se retrancher derrière l'article 317 du Code pénal, dans lequel la loi s'occupe de déterminer les peines dans le cas où la substance vénéneuse est ou n'est pas de nature à donner la mort, et dans celui où l'incapacité du travail a duré plus ou moins longtemps. Selon M. Orfila, la loi n'a eu en vue que la nature de la substance, et nullement sa quantité; pour me résumer, ajoute-t-il, je dirai : L'art. 301 exige *que la substance soit de nature à donner la mort*, et applique la peine de mort; l'art. 317 veut que *la substance ne soit pas de nature à donner la mort*, et prononce des peines beaucoup moindres.

Quant à l'impossibilité où se trouve l'expert d'apprécier la quantité du poison ingéré, et où il peut se trouver même quelquefois dans des empoisonnements bien constatés, de retrouver même la moindre trace de ce poison, M. Orfila cite le résultat des expériences qu'il a faites, et dans lesquelles après une médication convenable, il a été impossible de trouver le moindre vestige de substance vénéneuse, ou autre chose que des quantités infinitésimales chez les animaux empoisonnés. Et puis, en supposant même que l'on pût évaluer la quantité de poison, qui pourra dire quelle dose de telle ou telle substance il a fallu pour tuer tel ou tel individu? La susceptibilité ne varie t-elle pas suivant les âges, les constitutions et mille autres circonstances? Quel est l'expert qui entreprendrait de résoudre un pareil problème. On sait que que 0,10 d'acide arsénieux suffisent pour tuer un chien de moyenne grandeur. Mais pour l'homme, on ne le sait, on ne le saura jamais; car l'expérience ne peut être faite. Il en est de même des autres poisons; et puis ne doit-on pas aussi tenir compte de la tolérance qui permet souvent à des sujets d'ingérer sans danger des doses énormes de substances qui chez tout autre auraient déterminé la mort à coup sûr? Enfin le choix du procédé, l'habileté de l'expert, l'intervalle du temps écoulé depuis l'ingestion du poison, la quantité de matière suspecte employés sont autant de causes qui peuvent faire varier les résultats, et doivent empêcher les magistrats de poser cette question : la loi ne les autorise point à le faire, les gens de l'art ne peuvent la résoudre.

Mais, objectera-t-on, ceci peut s'appliquer aux cas où la substance toxique n'existe pas à l'état normal dans le corps de l'homme; mais s'il s'agissait d'une substance existant naturellement dans les tissus de l'économie, comment distinguer, si l'on n'obtient que des doses infinitésimales, si le poison vient de l'une ou de l'autre source? Dans ce cas, dit M. Orfila, il faut recourir à un procédé d'analyse qui mette à nu le poison ingéré, et n'ait aucune action sur la portion de la même substance qui entre dans la composition des tissus normaux de l'économie.

Pour la première question, voici donc en résumé l'opinion de M. Orfila : Si l'expert est consulté sur un cas d'empoisonnement lorsque le poison a été totalement expulsé du corps par les différentes voies d'excrétion, si par conséquent il ne peut déclarer la substance vénéneuse, dira-t-il que l'empoisonnement n'a pas eu lieu? Il devra dire qu'il n'est pas impossible que le malade soit mort empoisonné, ou même il lui sera permis d'élever des doutes et d'établir des probabilités sur l'existence de l'empoisonnement. Dans certains cas, il lui sera possible, d'après ces mêmes caractères, d'affirmer que la mort reconnait une cause autre que l'intoxication. Si, au contraire, il découvre des traces impondérables de substance vénéneuse, que cette substance ne soit pas de celles existant à l'état normal dans les tissus organiques, et que les symptômes observés s'y rapportent, il affirmera qu'il y a eu empoisonnement, souf à examiner si la substance toxique n'a pas été administrée par un médecin à titre de médicament.

La seconde question qu'examine l'auteur est celle ci : Est-il indifférent, pour constater la présence d'une substance vénéneuse, d'agir à la fois sur plusieurs organes ou de n'opérer que sur la totalité ou seulement sur une partie de l'un de ces organes?

Cette question est d'autant plus importante que certains experts prétendent qu'il vaut mieux expérimenter sur la huitième partie d'un foie empoisonné que sur la totalité de cet organe. Selon M. Orfila, jamais doctrine plus funeste n'a été mise en avant; il est facile de comprendre que si 10 grammes de matière suspecte donnent une quantité comme un, 20 grammes fourniront le double, et ainsi de suite. On parl, il est vrai, d'un principe vrai en lui-même, mais sans application possible à l'espèce. Il y a des inconvénients à carboniser *plusieurs viscères* à la fois; mais s'ensuit-il qu'il y ait des inconvénients à carboniser la totalité d'un organe plutôt qu'une de ses parties? nullement. L'auteur appuie cette opinion sur une explication expérimentale dans le détail de laquelle nous ne pouvons entrer ici. L'adoption du système que combat M. Orfila conduirait à des conséquences graves : 1° à une certaine époque de la maladie, le foie d'un sujet empoisonné, par exemple, ne contient plus que des doses très minimes de poison. Si l'on opère sur tout l'organe on aura des chances de le rencontrer qui n'existeront plus si l'on agit sur le huitième seulement de l'organe; 2° dans certains organes, il existe à l'état normal des combinaisons métalliques que démontre l'analyse, du cuivre dans le foie, par exemple. Si l'on agit sur tout l'organe on le trouvera; il échappera si l'on n'agit que sur une petite portion de ce parenchyme; 3° c'est encore à cette méthode qu'est due, selon M. Orfila, l'erreur de quelques toxicologistes qui ont nié, à tort, suivant lui, la présence de l'acide arsénieux, du foie de soufre, etc., dans le sang des animaux empoisonnés par ces substances.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36

JEUDI 10 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 42. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Plaie contuse du pied; fracture comminutive des os du métatarse. Amputation de la jambe. Diathèse purulente. Mort le cinquante-quatrième jour après l'accident.

Le 20 décembre 1844, le nommé Leballé (Laurent), âgé de cinquante-cinq ans, ouvrier, d'une constitution robuste, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 30, pour une violente contusion du pied gauche, occasionnée par la chute d'une masse de fonte assez lourde. Les parties molles de la partie antérieure du pied étaient écrasées, les tendons broyés et mis à nu, et les métatarsiens en grande partie réduits en esquilles; il y avait, en un mot, des désordres assez graves pour que l'amputation immédiate dût être proposée au malade, qui s'y refusa. La suppuration s'établit, accompagnée d'un mouvement fébrile sans frissons, et peu intense, mais persistant.

Le 1er janvier, quand j'entrai dans le service, ce malade avait un peu de fièvre, une teinte mate répandue sur la figure, avec un sentiment de faiblesse encore peu prononcée, mais qui me frappa néanmoins, et de l'anorexie. Quant au pied, les désordres étaient bornés à la partie antérieure du métatarse. Là existait une contusion profonde avec attrition des parties molles, gonflement inflammatoire, suppuration, et une mobilité contre nature résultant d'une fracture complète et comminutive des os métatarsiens. Le gros et le petit orteil surtout tenaient à peine au reste du pied, et les téguments étaient en voie de mortification. Une suppuration abondante et fétide s'exhalait de toutes ces parties. Le reste du pied (quoique participant un peu à l'engorgement inflammatoire) et la jambe paroissaient en bon état. On se bornait toujours à l'application des cataplasmes. Huit jours se passèrent à peu près ainsi ; au bout de ce temps, la mortification des orteils ayant fait des progrès, et la suppuration, très abondante, paraissant exercer une fâcheuse influence sur les forces du malade, celui-ci finit par se décider au sacrifice d'une partie du membre.

Le 9 janvier, l'amputation de la jambe fut pratiquée au-dessous du genou, par M. Malgaigne. La plaie, réunie immédiatement par des bandelettes de diachylon, fut recouverte d'une simple compresse.

La dissection démontra : une couche de pus sous la peau de la région externe de la jambe, s'étendant jusqu'à un centimètre au-dessous de la surface amputée ; la communication de ce liquide avec la gaîne aponévrotique des muscles péroniers, remplie d'un pus grisâtre et épais ; la fonte complète du tissu cellulo-graisseux qui sépare et entoure ces muscles ; le ramollissement et la friabilité des fibres musculaires elles-mêmes, dans l'intervalle desquelles il existe aussi du pus ; la propagation de ce travail suppuratif à différents degrés, le long des tendons jusqu'à l'insertion sous-tarsienne du long péronier, au niveau du foyer des fractures métatarsiennes ; l'étendue de ce foyer, où macèrent des esquilles osseuses, comprenant tous les muscles profonds du pied, les intervalles interosseux et la plupart des articulations ; une fracture composée, en arrière des quatre dernières articulations métatarsiennes, avec la partie postérieure de la première phalange du gros orteil sur la même ligne ; l'écrasement de la tête articulaire des deuxième et troisième métatarsiens, et d'une partie du quatrième orteil ; enfin, la mortification plus ou moins complète des parties molles. —Il n'y avait aucune altération dans les vaisseaux principaux du membre.

Après l'opération, la journée se passa sans accident. Le soir, le pouls n'avait pas augmenté de fréquence ; il n'y avait pas de réaction marquée. Le malade accusait une douleur vague de l'épaule droite, où il avait eu autrefois un rhumatisme. Pour tout régime, 3 pots de tisane sucrée. La nuit fut assez bonne.

Le second jour le pouls avec la même fréquence que la veille (80 pulsations), est plus concentré, mais sans refroidissement de la peau ; le soir, il devient plus large, et la sueur couvre le corps du malade. La langue était humide, et le ventre libre. (Même prescription que la veille. La religieuse de la salle a ajouté quelques gouttes de vin de Bagnols coupé avec de l'eau. — Dans la nuit, en somme, il se manifeste un peu de délire et des soubresauts dans le moignon, qui laisse exhaler un liquide sanguinolent.

Le troisième jour, l'abattement, plus prononcé que les jours précédents, se rapproche de la stupeur ; la figure est d'une coloration plus mate ; le pouls est monté à 108 pulsations ; la langue est plus humide, le ventre dur, la peau sèche et sans moiteur. Pour le moignon, il est tendu, douloureux, enflammé, présentant un liquide séro-sanguinolent à sa surface, sans aucune trace d'inflammation adhésive ou suppurative. Les bandelettes sont enlevées, et on recouvre la surface du moignon de cataplasmes émollients renouvelés toutes les quatre heures. — Diète absolue ; tisane gommeuse ; lavement avec 35 grammes de sulfate de soude. — Le soir, la peau a repris de la moiteur, et la nuit est parfaitement calme.

Le quatrième jour, amélioration. Le pouls est moins fréquent, la langue presque humide ; tendance à la sueur, qui s'établit le soir ; mais sans bénéfice pour les phénomènes fébriles. — Cataplasme ; un bouillon de poulet. Eau de gomme.

Le sixième jour, la suppuration commence à s'établir ; les jours suivants elle est assez louable ; les parties de la peau qui avoisinent la périphérie des chairs du moignon, se convertissent en pus ; on les détache avec les ciseaux, dans cet état de transformation purulente presque complète. Quant à l'état général, il est toujours à peu près le même. Mouvement fébrile avec rémission le matin, dépression, anorexie ; constipation.— On donne au malade des potages et un peu de poulet, auquel il touche à peine.

Vers le quinzième jour, les chairs du moignon se couvrent de bourgeons charnus ; la ligature principale tombe ; l'os est bien entouré par les muscles.

Le dix-huitième jour, deux frissons dans la journée, se manifestent pour la première fois; ils sont suivis d'une sueur qui ne s'établit pas franchement.

Les jours suivants les frissons reviennent d'une manière erratique, et se succèdent plusieurs fois dans la journée ; les chairs du moignon pâlissent, les bourgeons charnus disparaissent ; toute la surface de la peau est d'un jaune sale, sans élasticité ; faiblesse croissante ; facies abattu ; sueurs visqueuses sur la poitrine ; pouls fréquent, petit, mou et dépressible ; dégoût pour tous les aliments. — On donne de la limonade vineuse, 15 décigrammes de sulfate de quinine en potion, des lavements purgatifs tous les deux ou trois jours.

Les muscles de la peau du moignon se rétractent ; saillie du tibia ; décoloration des chairs ; rareté de la suppuration. Bandage roulé ; pansement au quinquina.

Le vingt-huitième jour, amoindrissement de plus en plus prononcé ; sueurs abondantes et visqueuses, profuses ; quelques douleurs vagues autour de l'ombilic. — 6 sangsues sur les points douloureux ; 2 gr. sulf. quinine.

Cessation des frissons après le vingt-neuvième jour. Nausées et vomiturations ; ventre rétracté, sans douleur ; saillie des os du moignon ; suppuration peu abondante.

Le malade ne prend pas la potion au sulfate de quinine. La même dose de ce médicament est donnée en pilules. Dans la soirée, et surtout dans la nuit, déjections alvines nombreuses, liquides, sans grande fétidité.

Le trentième jour, le ventre est indolent, extrêmement serré et rétracté ; les deux muscles droits apparaissent comme deux cordes tendues aux deux côtés de la ligne blanche ; collapsus. — Gomme édulcorée avec sirop de coing) lavements amylacés en très grande quantité ; suspension des pilules. Bouillons.

La plaie du moignon est décolorée ; la suppuration diminue ; la peau est rétractée avec les muscles. M. Malgaigne fait appliquer pendant une heure des fers chauds à une petite distance du moignon. Sous l'influence de cette chaleur modérée, la force de rétraction de la plaie a été augmentée ; le diamètre transversale du moignon qui avait 8 centimètres et demi, est venu à 5 centimètres trois quarts.

Les jours suivants, deux nouvelles applications de plaques chaudes au travers du moignon, dont la force rétractile augmente encore, mais sans bénéfice pour l'état du malade, qui est de plus en plus grave ; les traits s'effilent, le collapsus est complet, pâleur cadavéreuse ; la mort arrive insensiblement le trente-quatrième jour, c'est le cinquante-quatrième à partir de l'accident.

Autopsie le 13 février, quarante-deux heures après la mort. — Congélation du cadavre sous l'influence de l'abaissement rigoureux de la température. La plaie du moignon est entièrement sèche ; elle est recouverte par une membrane, lisse et pâle, sans boutons charnus ; les muscles et leurs intervalles aponévrotiques ne contiennent nulle trace de pus ; le tibia est recouvert à la surface du moignon d'une couche membraneuse grisâtre, avec un léger décollement du périoste ; boursouflement de la portion osseuse sous-jacente.

Les vaisseaux sont parfaitement sains dans toute la longueur du membre. La tunique interne de la veine était saine, et son intérieur occupé par un filament de sang à demi coagulé, sans aucune trace de travail adhésif. Tout le reste de l'arbre veineux et artériel, y compris le cœur, est dans toutes les conditions d'intégrité normale.

Les poumons, des deux côtés, sont crépitants partout

FEUILLETON.

Correspondance.

Bicêtre, 19 mars 1845.

Monsieur le Rédacteur,

Appuyé sur l'observation d'Esquirol qui a vu le délire d'un fou cesser dès que ce malade avait un épais bandeau sur les yeux, et reparaître aussitôt qu'il y voyait clair, vous me demandez l'explication de ce fait assurément très remarquable. Ma réponse sera bien simple, et surtout bien explicite.

En émettant devant l'Académie de médecine mon opinion touchant la cause immédiate de la folie, je ne me suis jamais présenté comme capable d'expliquer la manière d'agir de cette cause ; mais j'ai pris et je suis toujours prêt à tenir l'engagement formel de prouver que « *tout » dérangement mental, tout trouble dans les fonctions du domaine » de la psychologie tient à un dérangement quelconque dans les » fonctions du système nerveux, en un mot dépend d'une cause » physique.* » Cet engagement, je n'hésite pas à contracter de nouveau l'obligation de le remplir prochainement, d'autant plus assuré du succès que si je pouvais manquer de forces pour conduire l'entreprise à bonne fin, je trouverais l'appui presque unanime de toute l'école de Paris. Je ne manquerais pas non plus d'être soutenu par celui de vos collaborateurs qui, imbu de la vérité de mon opinion, disait, il y a sept jours, au sujet de celle contre laquelle je m'élève : « Soutenir que » quand l'intelligence est troublée le cerveau ne subit aucune espece » de modification ou d'altération, c'est, en vérité, admettre un principe subversif de toute logique, de tout raisonnement possible en physiologie. » Mais avant de me livrer à une discussion dont l'étendue ne dépassera pas de beaucoup ma lettre d'aujourd'hui, il me faut d'abord vous raconter une petite anecdote.

Le 25 décembre 1843, on m'adressa, avec le papier contenant un modèle de souscription à remplir, le prospectus du *Dictionnaire des sciences philosophiques*, rédigé par une société de professeurs, de membres de l'Institut, etc. Je fis sur-le-champ la réponse suivante à ces savants écrivains :

« Messieurs, à l'invitation de souscrire au Dictionnaire dont les rédacteurs (p. 4 du Prospectus) prennent l'engagement d'*enseigner le spiritualisme le plus positif*, je répondrai en transcrivant le programme de l'espèce de concours auquel j'ai convié, il y a près de deux mois, quelques spiritualistes de ma connaissance. Le voici.

» J'offre un prix de dix mille francs à celui qui trouvera une démarcation complète et nettement tranchée entre ce qu'on est convenu d'appeler le moral et le physique de l'homme. En offrant cette » modique somme pour la solution d'un problème qui, résolu comme » je le demande, serait la démonstration, jusqu'à présent inutilement » tentée, de l'existence de deux principes, l'esprit et la matière, je » cours peu de risque ; car tant qu'il sera prouvé que chez l'homme » rien ne se fait qu'avec le corps, il sera également certain que rien » ne se fait que par le corps : ces deux propositions sont identiques. » Il suffit, au reste, d'y réfléchir un instant, pour voir que toute la » question se réduit à trouver un seul fait de l'ordre moral qui ne » puisse s'expliquer que par l'intervention de l'esprit. Cette réponse, » ajoutais-je, vaut assurément bien un abonnement à votre Dictionnaire. Dans cette persuasion, je suis, messieurs les philosophes spiritualistes le plus humble de vos serviteurs. »

Cette lettre signée Rochoux, comme dit M. Gerdy, fut adressée immédiatement au président du comité de rédaction, dûment affranchie et placée dans une seconde enveloppe, sous le couvert de M. Hachette, libraire-éditeur de l'entreprise. Depuis près de seize mois, personne n'est encore venu réclamer le prix ; seulement j'ai ouï dire que mon défi avait fait sourire de pitié mes superbes contempteurs. Comptant sur un accueil moins dédaigneux de la part des rédacteurs ou des lecteurs *dualistes* de la *Gazette des Hôpitaux*, avec lesquels j'espère bien, quoique *unitaire*, continuer à toujours vivre en bonne harmonie, j'attendrai qu'ils m'aient donné signe de vie pour m'occuper de la démonstration promise. Si, contre toute prévision, leur silence se prolongeait par trop, je croirais devoir passer outre et, Dieu aidant, m'occuper de remplir ma promesse. Dans cet espoir, croyez-moi, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, votre très affectionné contradicteur.

ROCHOUX.

— En réponse à cette lettre, nous prions M. Rochoux de vouloir bien lire l'article suivant :

Des hallucinations, ou *Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme, et du somnambulisme*; par A. BRIERRE DE BOISMONT. — Un vol. in-8°. Paris, Germer-Baillière; 1845. Prix, 6 fr.

Que de grandeur, que d'infimité dans l'intelligence humaine ! Comme elle se montre tantôt vigoureuse et puissante, tantôt et bien plus souvent faible et fragile ! Et que faut-il aux plus robustes esprits pour les faire tomber des hauteurs du génie à la plus vulgaire, à la plus absurde des natures ? Souvent rien qui puisse être placé dans une étiologie appréciable, rien que l'observateur puisse étudier, prévenir, éloigner ou combattre ; car la raison, qu'elle s'exerce dans toute la plénitude et la majesté de son développement, qu'elle succombe, se déprave ou s'éteigne, la raison dans ses grandeurs ainsi que dans ses misères, est encore comme dans les premiers temps une inconnue immense, une fonction mystérieuse et incompréhensible tout aussi bien pour le physiologiste que pour le pathologiste. On peut en étudier l'étendue ou les limites, la force ou la faiblesse, l'intégrité ou les maladies ; mais sa nature, son essence échapperont éternellement à nos investigations. Aussi, ce nous semble, doit-on faire une distinction importante et capitale entre la philosophie proprement dite et la pathologie. A la première il faut abandonner l'étude ardue, complexe, j'oserais presque dire impossible de la nature de l'esprit ; il faut surtout en laisser la solution à la conscience, au sentiment intime qui nous pousse à notre insu et souvent comme simple impulsion de nos idées premières, de notre organisation ou de notre éducation vers telle ou telle conviction. Au pathologiste, c'est-à-dire au médecin, appartient en propre et exclusivement l'étude des phénomènes morbides de l'intelligence. Il doit en poursuivre l'observation, non pas avec l'espérance ou la prévision d'élucider le grand problème de la nature intel-

d'une belle couleur grise ; coupés par tranches minces, ils n'offrent aucune altération appréciable dans leur tissu ; la plèvre est transparente et lisse. Une seule adhérence est établie à droite entre le poumon et la plèvre pariétale ; cette adhérence est ancienne, celluleuse et très forte, et ne permet pas qu'on enlève le poumon sans déchirure de celui-ci.

Jusque-là nous ne voyons aucune espèce d'altération ; mais ce qui dous reste à examiner, va nous offrir des lésions d'un immense intérêt et que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie. A l'ouverture de la cavité abdominale, un fait nous a frappé tout d'abord, c'est la persistance de la voussure diaphragmatique du côté gauche, malgré l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. La raison en était dans l'existence d'un énorme foyer de suppuration situé dans l'hypochondre gauche, au-dessous de la face concave du diaphragme. Là on sent une poche fluctuante formée par des fausses membranes épaisses qui la circonscrivent entièrement, ainsi que par la portion voisine des viscères compris dans cette région, savoir, une partie de la grosse tubérosité de l'estomac, l'angle colilique gauche, et l'extrémité caudale du pancréas, en dedans ; en avant les replis séreux, gastro-spléniques, confondus avec ces couches pseudo-membraneuses ; en bas la portion du péritoine qui se replie au-dessous de la rate ; enfin en arrière, en haut et en dehors, une partie considérable du diaphragme, rigide et tendu, et une portion du rein gauche. Quant à la rate, elle est entièrement enveloppée par les parois du kyste ; ces parois, formées de plusieurs couches membraneuses grises, friables et molles, circonscrivent exactement toute l'étendue du foyer. En détruisant avec l'ongle une portion de ces adhérences, il s'épanche dans la grande cavité du péritoine un flot de liquide d'abord séreux, mais trouble, et tenant en suspension des grumeaux ; puis insensiblement, le liquide devient plus opaque ; enfin, c'est du véritable pus bien formé qui s'écoule en quantité assez considérable. Après l'évacuation du pus, et l'incision des parois, le foyer, mis à nu, présente une étendue remarquable ; au milieu se trouve la rate, dont le volume est très augmenté, et dont la membrane externe grippée par la macération, ainsi que le parenchyme par leurs adhérences partielles, divisent le kyste en plusieurs compartiments réguliers. Un de ces foyers rempli de pus sanieux et rougeâtre, est circonscrit au bord antérieur et à la partie antérieure de la scissure de la rate, qui présente à ce niveau une vaste échancrure d'une longueur de 6 centimètres sur 3 1/2 de profondeur, résultant d'une véritable transformation purulente du tissu splénique, et dont le fond rugueux, rougeatre et ramolli, est tapissé par une membrane pyogénique, comme le reste de la surface externe du kyste. Tout le tissu de l'organe est facile à écraser, et présente une infiltration sanguine diffuse à la superficie ; mais nulle trace d'autre foyer purulent.

Le pédicule vasculaire de la rate est confondu au milieu des couches pseudo-membraneuses qui se portent, suivant la direction des vaisseaux, vers la scissure, en arrière de l'échancrure dont j'ai parlé. Ces fausses membranes, qui baignent dans le pus du foyer, sont ramollies et suppurées, et les parois de la veine participent à cette altération, de manière à faire partie du foyer purulent au voisinage de la rate. A ce niveau, la veine splénique est remplie de pus, tandis que le petit nombre de ses divisions vasculaires reconnaissables n'en contiennent point. Le pus qui existe dans ce tronc veineux est libre et bien formé ; il occupe en longueur une étendue de 15 centimètres, et se termine par un caillot sanguin dans la partie supérieure du vaisseau. Le coagulum a 25 millimètres environ d'étendue ; sa face supérieure est lisse, membraniforme, blanchâtre, bien circonscrite, et présente quelques traces d'adhérences rompues, tandis qu'en allant vers la partie inférieure qui regarde vers la rate, le caillot, de plus en plus mou, sanieux et liquide se confond insensiblement avec le reste du pus qui remplit le vaisseau. Les parois de la veine présentent des altérations correspondantes. Ainsi l'épaississement et la friabilité diminuent au niveau du caillot intra-vasculaire, et la pellicule blanche, pultacée qui revêt toute la surface de la tunique interne là où la veine contient du pus, se continue sans interruption avec la surface lisse et membraniforme à la périphérie du coagulum sanguin ; enfin, au niveau supérieur du caillot, la tunique séreuse présente une coloration rouge, piquetée, et le calibre du vaisseau paraît rétracté ; mais dans toute la longueur de la veine, au-dessus du caillot, il n'y a plus aucune altération appréciable. Le reste du système veineux de la veine porte ne présente rien à noter.

Le foie, d'un volume assez ordinaire, est couvert extérieurement de taches ecchymotiques d'un rouge sombre, larges et pénétrant profondément sa substance ; là le tissu est légèrement friable. Ces grandes taches sont surtout plus nombreuses dans l'épaisseur du lobe droit et à sa circonférence. En incisant parallèlement au grand axe du foie des tranches minces de cet organe, on trouve, mais seulement dans l'épaisseur des taches, de petites gouttelettes purulentes, disséminées, comme un grain de chenevis, et en foyers isolés ; les uns semblent contenus dans l'épaisseur même du parenchyme, les autres dans de petites divisions vasculaires où on peut les suivre dans une étendue de 1 à 2 centimètres ; les dimensions les plus considérables que présentent quelques-uns de ces derniers, nous ont permis de voir des coagulations fibrineuses aux limites des foyers. Une de ces collections semble, au premier abord, contenue dans une veine d'un certain volume ; cependant la membrane interne est saine et le pus en est isolé par une fausse membrane qui le circonscrit entièrement. On ne peut distinguer aucune lésion dans les vaisseaux de moyen calibre ni dans les divisions principales de la veine-porte, ni enfin dans la veine-cave inférieure.

Les autres organes, reins, tube digestif, cerveau et ses membranes, sont sains. Plusieurs articulations ouvertes n'offrent rien de particulier, pas même l'articulation scapulo-humérale droite, où le malade avait ressenti quelques douleurs après l'opération...

Deux mots seulement pour les points les plus curieux de cette observation :

1° En ce qui regarde l'anatomie pathologique, on voit d'abord que ce n'est pas toujours à de petits abcès disséminés dans les organes que l'on a affaire dans la diathèse purulente, mais aussi, dans certains cas, à de vastes foyers de suppuration qui, pendant la vie, passent également inaperçus. Il faut noter ici l'exacte circonscription du foyer purulent par les fausses membranes du kyste péritonéal et par le caillot intra-veineux ; la couche pyogénique continue tapissant l'intérieur de ce foyer et la paroi des viscères qui la formaient ; la transformation purulente complète d'une partie du parenchyme de la rate et les évolutions évidentes de ce mécanisme dans le coagulum sanguin et les parois de la veine ; la continuité de la membrane lisse du coagulum avec la couche pultacée et friable de la portion suppurée du vaisseau ; l'évolution commençante des phénomènes inflammatoires de la tunique interne au niveau de la portion supérieure de ce coagulum ; au-dessus l'intégrité de la veine ainsi que dans tout le reste de sa distribution ; enfin l'absence de lésions dans les autres veines principales de l'économie, dans les poumons surtout (qui n'avaient pas même ce qu'on appelle un engorgement hypogastrique), et enfin dans les articulations.

2° Par rapport aux symptômes et à leur marche, je dois faire remarquer d'abord le début insidieux de cette maladie qui échappe surtout à ceux qui ne la voient qu'escortée de frissons plus ou moins violents. Ici, les frissons ne se sont manifestés que le dix-huitième jour après l'opération ; or, la maladie existait non seulement depuis l'amputation, mais encore avant, comme le prouvent les autres symptômes, tels que la persistance du mouvement fébrile, l'anorexie, l'état d'indifférence et de faiblesse du malade, la perte de transparence et d'élasticité de la peau et aussi la suppuration abondante qui avait envahi une partie de la jambe et du pied, et dont l'existence latente ne fut reconnue que par la dissection du membre amputé. Mais tous les phénomènes extérieurs étaient encore très peu marqués ; or, l'opération, qui aurait pu enrayer peut-être la maladie ne l'a pas modifiée sensiblement. Ce n'est pas, en effet, à l'établissement d'une fièvre traumatique légitime que l'on peut attribuer les accidents survenus dans la nuit du deuxième jour (délire, soubresauts et inflammation du moignon, hémorrhagie, stupeur) ; mais à une exacerbation dans la marche de la maladie. A partir de ce moment, son caractère rémittent s'est prononcé ; cependant il ne s'est complété que plus tard par l'apparition des frissons. Ces frissons étaient, comme on l'a vu, très irréguliers, tantôt avec tremblement, tantôt c'était un refroidissement passager ; ils étaient remplacés sans réaction intermédiaire par des sueurs abondantes, profuses ou partielles, qui laissaient à leur suite une débilitation considérable. Le pouls devenait vite et fréquent avec l'accès, et diminuait de fréquence après les sueurs. La coloration de la peau se ternissait de plus en plus ; la langue était variable, l'intelligence toujours conservée. Les rémittences ont disparu dans la dernière période pour faire place à un dévoiement très abondant et à tous les phénomènes d'un collapsus arrivé à son dernier terme. La mort a eu lieu dans une syncope.

S'il était facile de reconnaître la maladie escortée de tous ces symptômes si frappants, il l'était beaucoup moins de déterminer le siége probable de sa localisation.

Le malade ne se plaignait d'aucune douleur ; l'état des fonctions sensoriales n'était pas altéré ; la respiration était libre ; le ventre souple et sonore partout, même au-devant du foyer, dont la plus grande partie était cachée sous la concavité du diaphragme, et dont le reste était placé en arrière de l'arc du colon. Comment se fait-il qu'un foyer de suppuration notablement étendu, et dont le mécanisme inflammatoire a été si prononcé, n'ait donné lieu à aucun symptôme qui ait pu révéler son existence ? Tout ce qu'il nous est possible de savoir, c'est que ce caractère latent est un symptôme assez essentiel de cette maladie : le reste n'est que conjectures.

Je me suis borné à exposer ici une observation intéressante sous une foule de rapports. Que chacun essaie de l'ajuster à sa théorie, pourvu que cela soit possible.

Jules DAVASSE,
Interne à l'hôpital Saint-Antoine.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Granulations de la couenne.

Une malade âgée de cinquante-trois ans, couchée dans la salle des femmes (service de M. Serres), a été saignée dans le troisième degré de la pneumonie. Le lendemain, la couenne de la saignée présentait des granulations. Ce cas pathologique est assez rare ; on le rencontre quand l'économie est le siége d'un vaste foyer purulent, et en particulier dans la pneumonie au troisième degré. M. Piorry a vu la couenne granuleuse plusieurs fois dans des cas de pneumonie, et toujours quand le poumon était infiltré de pus, vers les septième ou huitième jours.

Ces granulations consistent en de petits points grisâtres entourés d'une auréole moins grise ; elles sont espacées et de volume inégal ; quelques-unes se touchent ; les plus grosses ont le diamètre d'un grain de millet. Entre elles se trouvent interposés des tractus fibrineux. Pour bien voir les granulations, il faut enlever l'espèce d'épiderme qui recouvre la couenne. Si l'on fait une coupe verticale au caillot, on voit encore des granulations, surtout vers la face adhérente au cruor. C'est un effet de la pesanteur.

Quelle est la nature des granulations ? M. Donné, qui s'est livré avec tant de distinction aux observations microscopiques, n'y a point trouvé de globules de pus ; cependant M. Piorry pense que les granulations de la couenne ont pour base ou des globules, ou des molécules de pus. En effet, on conçoit que le pus déposé dans le poumon, et charrié ensuite dans l'économie, ait été modifié par ce transport. D'un autre côté, il y a dans le pus plusieurs espèces de globules.

Si cet état pathologique n'a pas été reconnu plus souvent par M. Piorry, c'est qu'il ne saigne presque jamais dans la troisième période de la pneumonie.

Colique saturnine.

Au n° 1 de la salle Saint-Raphaël, est entré, le 16 février, un jeune homme, peintre en décors, et atteint, sous l'influen-

---

lectuelle de l'homme, mais avec la sévérité de méthode qui sert au physicien ou au naturaliste pour constater un fait, et en tirer, si cela se peut, des conséquences pratiques et applicables. En dehors de cette distinction, le pathologiste ne peut que suivre une voie infidèle et perfide ; son vaisseau lancé dans des mers inconnues naviguera éternellement dans l'espace, ou fera écueil sur des côtes stériles et inhabitées. On a beau dire et répéter sans cesse qu'il faut unir la médecine à la philosophie ; oui ; mais a quelle philosophie ? Là est la grande question. Volontiers je retournerais le problème, en disant : C'est à la médecine à gouverner la philosophie, si nous étions en possession d'une science médicale arrêtée dans ses bases, dans ses lois, dans ses principes. Malheureusement il n'en est pas ainsi ; mais les bases de la philosophie étant tout aussi chancelantes, ses lois aussi peu fixées, ses principes aussi contestables, il en faut conclure que ces deux sciences ne peuvent se prêter encore nul secours, nul appui, encore moins s'incorporer l'une dans l'autre. Napoléon, s'adressant aux curés de Milan, a pu leur dire : « Et moi aussi je suis philosophe, et je sais que, dans » une société telle qu'elle soit, nul homme ne saurait passer pour ver« tueux et juste, s'il ne sait d'où il vient et où il va. » Voilà admirablement limité le domaine de la philosophie, qu'il ne faut pas séparer de la religion, c'est à-dire le domaine de la conscience. Mais tel n'est pas le domaine de la médecine, qui n'a pas à s'enquérir de ces grands problèmes ; elle doit les supposer ou résolus par la conscience, ou inaccessibles à la raison pure ; dans l'un ou l'autre cas elle peut, elle doit les laisser de côté.

Ces réflexions, dont je demande pardon à l'auteur de l'ouvrage que j'ai à examiner, me sont venues à l'occasion de certains passages de ce travail extrêmement distingué, dont la suppression n'aurait rien enlevé au mérite de l'œuvre, passages sur lesquels, il le sait bien, toute discussion est impossible et que par cela même je ne signalerai pas. Je crains, je l'avoue, l'abus que l'on peut faire, autant dans un sens que dans un autre des professions de foi. Faire montre, à l'occasion de faits médicaux, de spiritualisme ou de matérialisme, me paraît également imprudent et dangereux. Tous les hommes ne sont pas par la sincérité, le désintéressement et l'honnêteté de leurs convictions sur la même ligne que M. Rochoux ou que M. Brierre de Boismont ; et si le plus aimable et le plus spirituel philosophe de notre temps a pu dire :

> Qu'on puisse aller même à la messe,
> Ainsi le veut la liberté,

je ne crois pas que la science médicale ait rien à gagner à ce qu'on publie sa foi au catholicisme ou ses convictions épicuriennes. La médecine, c'est l'étude de l'organisme, rien de plus, rien de moins, et quelques convictions philosophiques ou religieuses qu'on professe, il faut de toute nécessité considérer l'organisme comme le support et le théâtre de tous les phénomènes.

Cela dit — et je devais le dire — j'appellerai très sérieusement l'attention de mes lecteurs sur l'ouvrage très remarquable que vient de publier M. Brierre de Boismont. Comme dans toutes les autres productions de l'auteur, on y trouve une érudition des plus riches, une grande élévation de pensées et de style, une connaissance complète du sujet qui a été mûri par l'étude et fécondé par la réflexion, en un mot tout ce qui fait lire un livre avec intérêt et profit, et qui le fait durer dans l'estime et dans le souvenir des hommes.

L'hallucination a été dans ces derniers temps et depuis Esquirol, l'objet de nombreuses et fort intéressantes recherches. On connaît la définition de ce médecin célèbre : « L'hallucination, a-t-il dit, est un phénomène cérébral ou psychique, s'accomplissant indépendamment des sens, et consistant en des sensations externes que le malade croit éprouver, bien qu'aucun agent extérieur n'agisse matériellement sur ses sens. » Cette définition a été vivement attaquée. Il est certain que pour Esquirol, qui faisait de l'hallucination un symptôme, une variété, une espèce de folie, cette définition manquait de conséquence. Quel homme dans le cours de sa vie n'a éprouvé des sensations externes indépendantes de tout agent extérieur ? A ce compte, en vérité, le genre humain tout entier serait frappé de folie, ce qui, du reste, a été plusieurs fois sérieusement soutenu.

M. Brierre de Boismont n'adopte ni la définition d'Esquirol, ni l'opinion généralement reçue, que l'hallucination soit toujours un symptôme de folie. Des doutes auraient dû s'élever, dit-il, en voyant ce phénomène se produire chez une foule de personnages illustres, tels que Socrate, Mahomet, Luther, Pascal, Descartes, Cromwel, Goëthe, Byron, etc., et se manifester même au milieu des armées, comme l'attestent tous les historiens des croisades. A moins de frapper d'aliénation toutes ces grandes intelligences, il fallait prouver que l'hallucination n'était point un symptôme inhérent à cette maladie. C'est ce que l'auteur nous a paru convenablement établir en montrant que l'homme avait une tendance naturelle à se représenter ses pensées par des signes sensibles. Ainsi, il est peu d'individus qui n'aient vu l'objet de leurs désirs se montrer, suivant la belle expression de Shakspeare, à l'œil de leur esprit. Lorsque l'imagination se repaît ainsi de chimères, très souvent tout s'anime, se colore, s'image aux yeux du rêveur qui se croit dans un monde de réalités. L'attention suffit pour dissiper ces visions ; mais chez les hommes qui se livrent à des méditations profondes, qui concentrent toutes leurs forces vers un seul but, l'image peut persister beaucoup plus longtemps, surtout si le travail intellectuel est arrivé jusqu'à l'enthousiasme. Dans les rêves, l'hallucination n'étant plus contrôlée par la volonté et l'attention, est presque toujours acceptée comme réelle, et l'impression produite alors peut se continuer dans la veille. A l'appui de ces opinions, l'auteur cite, dans le chapitre des hallucinations compatibles avec la raison, des observations pleines d'intérêt où figurent les noms de Benvenuto Cellini, de Castlereagh, de Bernadotte, et le fait si dramatique de ce ministre anglais qui voyait sans cesse devant lui un squelette, quoiqu'il fût convaincu de la fausseté de cette apparition. Le chapitre des hallucinations compliquées d'illusions, prouve également que des réunions nombreuses d'hommes peuvent être dupes de ces espèces de mirages. J'aurais grand plaisir à raconter quelques-uns de ces faits étranges qui prouvent que les plus fortes têtes ne sont pas à l'abri de ces impressions fantastiques, et qu'elles peuvent s'allier avec l'intégrité et même à un très haut développement des facultés intellectuelles. Limité par l'espace, je me bornerai au suivant, relatif à Bernadotte, et publié dans un journal de Pau. « ... On raconte une ancienne chronique de sa famille, de laquelle il résulterait qu'une fée, qui avait été

ce de cette profession, d'une colique saturnine. Il présentait les symptômes ordinaires de cette affection : Constipation, douleur abdominale, etc. Rien de particulier à signaler sous ce rapport ; mais insistons sur les faits plessimétriques.

A la percussion, le cœcum, le colon ascendant et le colon transverse, ont donné un son clair, tandis que le colon descendant offrait une grande matité. C'est toujours ainsi que les choses se passent, et c'est ce qui nous autorise à conclure que la colique saturnine n'est autre chose qu'une paralysie de la dernière portion du gros intestin, et que, tandis que les deux premiers tiers de cette partie du tube digestif sont vides, le dernier tiers est le siége d'une accumulation souvent considérable de matières. La douleur que les malades ressentent au-dessus du colon lombaire gauche, tient à la contraction de l'intestin, aux mouvements vermiculaires, dont les efforts se brisent contre cet obstacle. Ceci est fertile en applications. Chez le malade qui nous occupe, par exemple, il n'y avait pas d'état général qui pût nous mettre sur la voie ; on ne trouvait pas non plus ce liseré bleu des gencives, sur lequel M. Tanquerel des Planches a insisté avec raison, et qu'il a donné comme un symptôme presque constant dans cette affection. C'est donc uniquement d'après les résultats de la percussion et les antécédents du malade, que le diagnostic a été porté.

Le traitement de la colique saturnine doit se baser tout entier sur ces données; il faut porter le premier purgatif directement sur la partie d'intestin paralysée, c'est-à-dire sous forme de lavement; car si on l'administrait par l'estomac, il se trouverait arrêté comme le sont les matières fécales elles-mêmes. Loin de soulager le malade, il ne ferait, au contraire, qu'augmenter la douleur en excitant des contractions intestinales les plus violentes et aussi impuissantes. Partons donc des signes anatomiques tant que nous le pourrons, puisque c'est l'état organique qui doit servir de base au traitement des maladies.

Ce malade est sorti guéri avant la fin du mois, ainsi qu'un autre jeune homme atteint de la même maladie, et traité de la même manière. C'est à la fabrication des cartes de visite que ce dernier a dû d'être frappé de la colique saturnine.

M. Piorry prescrit pour boisson, dans cette maladie, la limonade nitrique à haute dose, qui paraît agir en neutralisant le poison, avec lequel il forme un sel *soluble*. Il a renoncé complétement à la limonade sulfurique, qui *fixe*, au contraire, le poison dans l'économie. On sait d'ailleurs que les ouvriers de Clichy ont renoncé à la limonade sulfurique, tant préconisée comme moyen préventif.

Salivation mercurielle.

On a remarqué que les mercuriaux, administrés sous forme de médicaments, déterminent souvent la salivation, tandis que les ouvriers exposés aux émanations hydrargyriques, sont atteints plus ordinairement de tremblement mercuriel, et ne sont presque jamais pris de salivation. Nous avons eu dans nos salles un homme qui fait exception à cette loi. Après avoir travaillé pendant dix jours à l'étamage des glaces, il entra le 15 février dans la salle Saint-Raphaël, atteint depuis vingt jours d'une salivation médiocrement intense.

M. Piorry employa contre cette affection un traitement analogue à celui de la colique de plomb, à celui de la fièvre typhoïde; en un mot, à celui de toutes les altérations du sang produites par un poison ou des miasmes. Ce traitement consiste dans l'emploi des boissons à hautes doses, des bains prolongés ou très multipliés et des purgatifs. On a prescrit au malade dont il s'agit cinq pots de tisane et cinq lavements ; il a été guéri en quarante huit heures. C'est le cinquième cas de ce genre, dans lequel M. Piorry peut constater les bons effets de cette médication.

Déviation de la colonne vertébrale reconnue par la percussion en avant.

Au n° 3 de la salle Saint-Raphaël, entra le 10 février un jeune homme qui se plaignait de palpitations du cœur. Le 12, M. Bonnet, interne du service, reconnut, à un examen attentif, sous les parties supérieures du sternum et un peu à gauche, une matité profonde, dure au doigt, et s'étendant sur une largeur de 14 centimètres et une hauteur de 16 centimètres. La première idée fut qu'il existait un déplacement du cœur; mais on trouva cet organe dans sa position normale. On songea ensuite à une tumeur de l'aorte : l'auscultation ne révéla aucun bruit qui pût confirmer cette prévision. Par la palpation, on ne sentait pas de mouvement. Avait-on affaire à une masse tuberculeuse ? C'eût été possible ; mais cela ne se rencontre que très rarement. Comme la poitrine était mal conformée, M. Piorry annonça que la colonne vertébrale devait présenter une forte dépression en arrière, et attribua à cette circonstance la matité anormale que révélait la percussion. On fit lever le malade, et ce diagnostic fut confirmé. L'épine, au point correspondant à la matité, était très saillante en avant et un peu déviée à gauche. On peut évaluer à 5 centimètres tout au plus l'intervalle qui existe entre le rachis et le sternum.

Ce fait est curieux pour la théorie comme pour la pratique. Pour la théorie, en ce qu'il prouve que l'on peut, par la plessimétrie, reconnaître la présence des organes séparés des parois par un certain volume d'air ; pour la pratique, en ce qu'il prouve que la plessimétrie peut compléter, en avant comme en arrière, le diagnostic du rachitisme et du mal de Pott. Il est vrai de dire que le cas dont nous parlons est rare.

Quant au mal de Pott en particulier, la palpation ne peut le faire reconnaître au début dans la région dorsale, tandis que la percussion médiate révèle la moindre déformation de la colonne vertébrale.

Diagnostic différentiel de la coxalgie et des douleurs névralgiques de la hanche.

Un cas embarrassant de diagnostic se rencontra le 4 février au sujet d'une femme âgée de trente-cinq ans, qui sortait de l'hôpital de Lourcine. Cette femme accusait des douleurs sur le trajet du nerf crural et sur celui des filets ascendants du grand nerf sciatique. Ces douleurs étaient profondes; la malade disait avoir habité pendant trois mois une chambre froide et humide. Etait-ce simplement une névralgie ou bien une maladie de l'articulation ? Voici le moyen auquel M. Piorry eut recours, et qu'il emploie habituellement en pareille circonstance pour établir le diagnostic différentiel entre ces deux affections : Il frappa légèrement sur le grand trochanter; cette simple manœuvre ayant eu pour résultat d'augmenter la douleur, suffit pour faire prononcer à M. Piorry que l'on avait affaire à une coxalgie, et pour diriger le traitement en conséquence.

Depuis longtemps M. Piorry avait imaginé, dans le même but, de frapper sous la plante des pieds; mais la percussion sur le grand trochanter lui paraît préférable comme agissant plus directement dans le sens de l'articulation ; aussi conseille-t-il de recourir de préférence à ce dernier moyen.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril. — Présidence de M. Caventou.

M. Dubois (d'Amiens) lit un travail intitulé : Quelques considérations sur l'aliénation mentale, au point de vue de la psychologie.

Autant qu'il nous a été permis de comprendre et d'entendre, l'auteur s'est proposé d'établir que l'étude de l'aliénation mentale ne peut être séparée, sans inconvénients, de la psychologie. C'est par la connaissance parfaite des facultés de l'entendement qu'on pourra élucider l'histoire de la nature et des causes de la folie. C'est ainsi que Maine du Biran, sur la demande de Royer-Collard, avait institué un programme d'étude des maladies mentales basées sur la psychologie.

Du reste, pour M. Dubois (d'Amiens), l'aliénation mentale n'est qu'un rêve prolongé, dans lequel le *moi*, privé de volonté et de liberté, ne peut ni se soustraire aux perceptions fausses ni les combattre.

Il reconnatt, néanmoins, que toute altération intellectuelle suppose une altération organique du système nerveux central; altération appréciable ou non par nos moyens d'investigation, mais qu'il faut nécessairement admettre sous peine de s'égarer dans la région des hypothèses.

M. Rochoux. Ce n'est pas moi qui m'éleverai contre la dernière conclusion de M. Dubois, que je trouve parfaitement légitime. Je ne lui demanderai pas même de la mettre d'accord avec son début, qui était loin de me faire prévoir la fin. Quand j'ai entendu parler de ce fameux *moi*, j'ai cru qu'on allait m'en donner une démonstration nette et évidente. Vain espoir ! Du reste, Maine de Biran, que M. Dubois a invoqué, n'a pas été plus heureux. Quand à Royer-Collard, il avait un argument favori pour prouver l'existence d'un principe spirituel. Tout, disait-il, se passe dans l'organisme, tout, excepté la volonté. Or, cet argument ne paraît pas bien fort ; si la volonté est la preuve d'un principe spirituel, y a-t-il un être dans la création qui possède ce principe à un plus haut degré que l'âne? (Hilarité; réclamations.) Mais, Messieurs, il faut être conséquents. Quant à la philosophie sensualiste que M. Dubois a dit être morte, qu'il se rassure, elle se porte très bien, et je ne vois pas, je l'avoue, des liens logiques bien serrés entre cet anathème lancé contre les principes des sensualistes, et cette conclusion : Toute aliénation mentale est liée à une altération organique.

M. Dubois (d'Amiens) répond que cette contradiction n'est qu'apparente; qu'il est sensualiste sous ce rapport, que les sens sont nécessaires à la perception.

M. Virey croit qu'on ne peut expliquer les folies partielles par des altérations organiques; un individu peut délirer sur un point et être raisonnable sur tous les autres, où est ici la cause matérielle?

M. Dubois (d'Amiens). Ces délires partiels sont fort contestables ; presque toujours, avec de l'attention, on découvre que l'intelligence est plus gravement affectée. Où est l'altération dans ces cas? dit-on. Je ne le sais; mais plus on fera des ouvertures de corps, plus on trouvera l'occasion de la rencontrer.

M. Ferrus. Je me déclare partisan des opinions de M. Dubois, en masse ; je crois que la folie est toujours liée à une altération organique, et ce qu'il dit de la folie, il le dira aussi des cas où l'intelligence est obtuse et obscurcie. Ces altérations ne sont pas toujours encore appréciables ; mais, comme dit M. Dubois, je crois qu'on parviendra à les trouver. Alors même qu'on n'y parviendrait pas, le principe n'en est pas moins incontestable. Toute altération de fonction suppose une altération de l'organe. Les fonctions du cerveau, c'est de sentir, de percevoir, de juger ; c'est l'intelligence. Or, quand l'intelligence dans une ou dans plusieurs de ses fonctions est altérée, pervertie, il faut bien en conclure que le cerveau est organiquement malade. Et, Messieurs, cela ne préjuge rien sur l'existence de l'âme. Je crois à l'âme ; je respecte et j'ai toujours respecté les principes religieux ; je ne suis pas matérialiste ou *unitaire*, selon l'expression de l'un de nous ; mais je crois fermement aussi que la médecine n'a que faire de s'immiscer dans ces questions. Le pathologiste a pour domaine l'organisme ; la médecine a sa philosophie à elle, dont elle ne doit pas dévier, et cette philosophie est basée sur l'observation des faits, indépendante de toute théorie sur les causes premières. Une plus longue discussion sur ce point me paraît inutile.

Un mot sur l'idiotie. Maine de Biran, cité par M. Dubois, dit que l'intelligence dort chez les idiots, mais que les sens sont ouverts à toutes les sensations. C'est une grande erreur ; l'idiot est un être incomplet aussi bien physiquement qu'intellectuellement ; il voit mal, entend mal, marche mal ; il en est qui se laisseraient mourir de faim si on ne leur donnait à manger.

M. Dubois (d'Amiens). Que dans toute autre question pathologique on laisse de côté la philosophie ; qu'à propos des maladies du foie ou du pancréas, on ne prenne nul souci des doctrines philosophiques, je le conçois, je le veux bien, je l'approuve. Mais pour les maladies de l'intelligence, non, monsieur Ferrus, vous ne pouvez ne pas en tenir compte et ne pas y rattacher la médecine.

M. Rochoux. Peut-on admettre un principe indépendant du corps, quand on le voit suivre servilement tous les phénomènes du corps? Nous ne connaissons pas, il est vrai, toutes les altérations auxquelles donne lieu l'aliénation. Mais il est des altérations corpusculaires que l'on doit admettre, quoiqu'elles ne soient pas appréciables. Ces modifications corpusculaires ne sont pas moins inappréciables dans les corps inorganiques, où l'on est cependant forcé de les admettre. Une plaque d'argent frappé au marteau prend des propriétés tout à fait différentes d'une plaque d'argent sortie de la coupelle. Le microscope et l'analyse n'y peuvent constater aucune différence. Or, l'organisme est bien plus délicat, et cependant les résultats prouvent que des modifications importantes s'y passent, dues à des changements moléculaires. Comme conclusion dernière, je dis et je soutiens que tout changement moral est occasionné par un changement organique. Je mets en fait qu'il n'y a pas un anatomiste qui connaisse d'une manière complète un millième de millimètre cube du cerveau; or, que de millimètres cubes dans cet organe!

M. Ferrus J'admets les facultés de l'entendement; qui ne les admet pas! mais sans comprendre la nature et le mécanisme de la fonction. Mais cette fonction est-elle donc la seule dont la nature interne soit connue? Toutes les autres grandes fonctions de l'organisme ne sont elles pas aussi mystérieuses? Pourquoi donc demanderait-on que nous disions le dernier mot sur la plus complexe de toutes?

Je maintiens qu'on peut et qu'on doit séparer la philosophie de la pathologie. Il ne faut pas aborder l'étude de la pathologie cérébrale avec des préventions, ou des préjugés, ou des hypothèses qui ont cours dans telles ou telles doctrines philosophiques et religieuses. La philosophie de la médecine est l'observation ; c'est surtout la liberté d'examen et de discussion. Rappelons-nous, Messieurs, que les dogmes philosophiques et religieux sont variables, mobiles, et représentent souvent les passions et les préjugés des époques dans lesquelles ils règnent. Souvenons-nous qu'au nom des principes religieux on a brûlé de malheureux aliénés comme possédés du diable. Ce n'est

---

la femme d'un de ses ancêtres, aurait prédit qu'un roi illustrerait sa postérité... Bernadotte n'oublia jamais la légende dont on avait bercé ses premières années, et peut-être ne fut-elle pas sans influence sur la destinée glorieuse de ce grand homme. — Voici un fait que l'on a mystérieusement raconté, et qui prouve combien le merveilleux avait conservé d'empire sur l'esprit du roi de Suède. Voulant trancher par le sabre les difficultés que la Norvége lui opposait, et envoyer son fils Oscar à la tête d'une armée pour réduire les rebelles et les soumettre au baptême de la gloire, le conseil d'Etat lui fit une vive opposition. Un jour qu'il venait d'avoir une discussion animée sur ce sujet, il monte à cheval et s'éloigne de la capitale au grand galop ; après avoir franchi un long espace, il arrive sur les limites d'une sombre forêt. Tout à coup se présente à ses yeux une vieille femme bizarrement vêtue, et les cheveux en désordre : « Que voulez-vous ? » lui demanda brusquement le roi. Cette espèce de sorcière lui répond, sans se déconcerter : « Si Oscar combat en cette guerre que tu médites, il ne donnera pas les premiers coups, mais il les recevra. » Bernadotte, frappé de cette apparition et de ces paroles, regagne son palais. Le lendemain, portant encore sur son visage les traces d'une longue veille remplie d'agitation, il se présente au conseil : « J'ai changé d'avis, dit-il, nous négocierons la paix ; mais je la veux à des conditions honorables. »

Il faut aussi, selon M. Brierre de Boismont, tenir grand compte des époques où vécurent les anciens visionnaires, et prendre en considération leurs croyances et leurs convictions. A certaines époques, rien ne paraissait plus naturel que de voir un fantôme dans les cimetières et un saint dans la rue. C'était le temps des sorciers et des démoniaques, dont les greffes criminels nous ont laissé les histoires lamentables. Mais souvent il y a loin de là à la folie, et c'est ce que l'auteur nous semble avoir établi de manière à ne laisser aucun doute. On lira avec intérêt les discussions auxquelles ils s'est livré sur les visions de quelques personnages célèbres, tels que Luther, Loyola, etc., et le récit affreux des persécutions et des tortures subies par Urbain Grandier.

L'auteur a rattaché aux hallucinations un grand nombre d'états nerveux fort curieux, tels que l'extase, le magnétisme et le somnambulisme; il établit que les faits authentiques de visions extatiques, de pressentiments, de clairvoyance, de prévision, de seconde vue, ne sont autre chose que des hallucinations. Les observations qui servent de base à ces recherches sont empruntées aux meilleures sources ou prises dans sa pratique. Un chapitre non moins intéressant est celui des rêves et des cauchemars. Les faits qu'il contient, en montrant l'étroite liaison qui existe entre ces phénomènes et les hallucinations, sont du nombre de ceux qui ne s'effacent plus de la mémoire lorsqu'ils sont une fois connus.

La plus grande partie de cet ouvrage, on le comprend, est consacrée aux hallucinations dans leurs rapports avec les différentes formes de la folie. Ce sujet, sur lequel nous ne pouvons pas nous arrêter beaucoup, a été traité avec toute l'étendue que l'on devait attendre des études et des connaissances spéciales de l'auteur. Persuadé que l'hallucination a surtout son point de départ dans les idées, l'auteur passe en revue celles qui ont principalement contribué à les favoriser. Dans ce travail qui nous a paru entièrement neuf, il prouve que les hallucinations ont toujours été en rapport avec les idées dominantes ; ainsi, au moyen âge, elles sont presque toutes caractérisées par des visions d'anges, de diables. M. Brierre de Boismont n'a garde d'oublier les causes physiques qui provoquent les hallucinations, et dont les principales sont la folie, plusieurs maladies nerveuses et inflammatoires, certaines substances narcotiques, telles que l'opium, le haschich, le datura-stramonium. Il complète l'étude des causes par un chapitre fort intéressant et dont le titre, Des hallucinations dans leurs rapports avec la physiologie, l'histoire, la morale et les dogmes religieux, fait suffisamment connaître toute l'importance.

Après avoir tracé les symptômes des hallucinations, exposé leur marche, leur durée, leur diagnostic, leur pronostic, l'auteur donne les règles du traitement. Il commence par établir deux préceptes capitaux : savoir, que les agents physiques doivent être prescrits dans la période d'excitation, et que ce n'est que lorsque cet état est calmé, qu'on applique alors le traitement moral qui ne saurait reposer sur une formule unique, mais qui doit surtout être basé sur la connaissance du caractère, du tempérament et de la condition du malade. Plusieurs faits de guérison font connaître la méthode de l'auteur.

L'ouvrage se termine par un mémoire sur les hallucinations considérées dans leurs rapports avec la médecine légale. Fréquemment appelé par les magistrats, M. Brierre de Boismont a démontré que beaucoup d'hallucinés auraient pu être condamnés comme vagabonds, voleurs, incendiaires, meurtriers, tandis qu'ils n'avaient fait qu'obéir à des voix ou à des apparitions fantastiques qui leur donnaient des ordres. Les observations qu'il rapporte ne permettent pas de douter que plusieurs actes bizarres, excentriques, en apparence inexplicables, n'aient été le résultat d'hallucinations.

Si j'ai réussi à donner une idée, même incomplète, de cet ouvrage, le lecteur en comprendra la valeur et l'importance. C'est une vaste et belle conception très heureusement exécutée, et cette monographie des hallucinations restera assurément dans la science. La légère critique que je me suis permise au début ne peut atténuer en rien le mérite véritablement scientifique de l'œuvre. D'ailleurs, M. Brierre de Boismont a prévu lui-même l'objection que j'ai cru devoir lui faire. « Comme il y a moins de difficultés, dit-il, à se renfermer dans les faits et à en tirer timidement les conséquences, nous aurions pu nous placer sur un terrain plus solide et nous créer des avantages plus certains, en laissant de côté le domaine philosophique.... Nous n'ignorons pas que les hommes qui ont l'habitude de fermer les yeux à tout ce qui n'est pas le fait matériel condamneront cette tentative, etc. » J'ai le malheur d'être un de ces hommes, frappé que je suis de la stérilité des explications philosophiques dans les faits de la science médicale. J'estime, j'honore et je respecte la philosophie; mais à condition qu'elle reste chez elle, à condition surtout qu'elle soit le développement de cette belle pensée de Pascal sous les ailes de qui je m'abrite en terminant : « Il est dangereux de trop faire voir à l'homme combien il est égal aux » bêtes sans lui montrer sa grandeur; il est encore dangereux de lui » faire trop voir sa grandeur sans sa bassesse ; il est encore plus dan» gereux de lui laisser ignorer l'une et l'autre. »

Une seule science, une seule philosophie peut remplir ce magnifique programme, c'est la médecine. Mais quelle médecine?... Y.

Nota. — Cet article était composé et envoyé aux imprimeurs avant la dernière séance de l'Académie de médecine.

que depuis qu'on peut tout dire librement et ouvertement que quelques progrès ont été faits dans l'étude des maladies mentales. (Approbation sur plusieurs bancs.)

M. Castel se livre à une discussion sur la différence à établir dans les agents moraux et physiques, comme causes de l'aliénation mentale. Le bruit qui se fait dans la salle nous empêche de saisir le discours de l'orateur.

M. Gerdy. J'avoue qur j'ai été étonné de la réapparition de la question. Je ne crois pas que ce fût un sujet de discussion opportun; mais enfin, puisqu'il a été abordé par M. Dubois (d'Amiens), je veux communiquer mes réflexions à cet égard.

M. Dubois a dit que l'aliénation n'était qu'un rêve prolongé, et que les sens sont fermés au monde du dehors. Erreur; selon moi, ce ne sont pas les sens qui sont fermés, mais les sensations produites qui sont fausses.

Autre assertion : L'aliénation est le résultat de modifications organiques; mais où sont-elles donc, ces modifications, et qui peut nous les montrer? Les altérations organiques, en anatomie, sont celles qui résultent de changements dans le nombre, le volume, l'étendue, la forme, la direction, etc., des parties. Où trouve-t-on tout cela dans certaines aliénations mentales? On nous dit: Elles ne sont pas visibles, mais elles existent. Hypothèse, suis-je en droit de dire; hypothèse semblable aux sciences occultes d'autrefois. La véritable science est celle qui résulte de faits parfaitement perceptibles, certains, incontestables; tous le reste n'est qu'erreur, déception ou mensonge.

L'orateur entame ici une discussion sur ce que l'on doit entendre par les mots faculté et fonction, qu'il reproche à M. Ferrus d'avoir confondus. Il combat ensuite l'opinion que tout changement moral implique nécessairement un changement physique. Il trouve là une pétition de principe; car avant le changement physique, il y a toujours, selon lui, changement phénoménal ou de fonction.

M. Dubois (d'Amiens) répond à M. Gerdy qu'il a fait un tableau de fantaisie en dépeignant les altérations anatomiques. Beaucoup de modifications organiques réelles ne pourraient pas entrer dans ce cadre. A M. Ferrus, il répond qu'il a lieu d'être étonné qu'il ait confondu l'intolé rance avec la philosophie qui est sa plus cruelle ennemie.

M. Ferrus se défend d'avoir confondu la faculté avec la fonction ? c'est par vice et par habitude générale de langage que l'un se sert souvent de ces mots l'un pour l'autre, quoi qu'on y attache un sens très différent.

Quand on parle des altérations organiques de la folie, il faut s'entendre et spécifier, descendre dans les classifications ; sans quoi toute discussion est stérile. Veut-on nier que chez les déments et les idiots, il n'y ait pas d'altérations organiques? Il se fait fort de les démontrer le scalpel à la main. Dans la manie et la monomanie aiguës, les autopsies sont extrêmement rares; il n'a eu l'occasion d'en faire qu'une seule fois : on ne sait donc pas, on ne peut pas savoir si ces altérations existent, et en quoi elles consistent.

La discussion s'éteint, et la séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 avril 1845. — Présidence de M. ÉLIE DE BEAUMONT.

M. Orfila adresse la lettre suivante : « En rendant compte de la séance de l'Académie de lundi dernier, un journal annonce, d'après MM. Flandin et Danger, que l'inventeur d'un certain rob aurait été condamné par les tribunaux, parce que les experts ayant fait usage de la pile de Smithson, auraient conclu à l'existence du mercure dans ce rob, alors que cet instrument, mal employé par ces experts, ne pouvait donner que des résultats fautifs.

» J'étais rapporteur de la commission chargée d'examiner ce rob, et j'affirme que tout cela est controuvé. Avant la rédaction du rapport, les experts savaient très bien que la pile de Smithson, employée comme l'avait indiqué son auteur, était un appareil infidèle ; ils savaient aussi que le rob dont il s'agit ne contenait pas un atome de mercure. Il me suffira, pour justifier mon dire, de citer textuellement la première conclusion du rapport, rédigé le 1er mai 1829, et signé par Pelletier, Chevallier et moi. Voici cette conclusion :

« Ni le sirop dépuratif régénérateur du sang, ni le rob antisyphilitique, ni la mixture débités par M***, *ne contiennent aucune préparation mercurielle*, ni aucune substance vénéneuse. »

» Peu de temps après la rédaction du rapport, je publiai un travail sur la pile de Smithson, dans lequel je faisais connaître les diverses causes d'erreur auxquelles pouvait donner lieu l'emploi de cette pile, ainsi que les précautions qu'il importait de prendre pour éviter ces erreurs. Ces précautions sont exactement les mêmes que celles qui viennent d'être indiquées par MM. Flandin et Danger seize ans plus tard. L'Académie pourra s'en convaincre en lisant mon mémoire, inséré dans les Annales de Physique et de Chimie (t. IIe, p. 92; 1829) et tous les ouvrages que j'ai publiés depuis cette époque.

» Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'adresser à l'Académie la prière de vouloir bien hâter la présentation du rapport de la commission chargée de lui rendre compte des travaux de MM. Flandin et Danger. Des erreurs graves ont été débitées par ces messieurs, et bien des faits ont été donnés par eux comme nouveaux, quoique je les eusse publiés depuis longtemps. En propageant ces erreurs, la presse quotidienne tend à faire accepter comme vrai ce qui ne l'est pas; les jurés et les magistrats ne savent plus quel parti prendre au milieu d'assertions aussi contradictoires.

Déjà, dans deux de mes communications, j'ai appelé l'attention de l'Académie sur ce point, et je me suis mis à sa disposition pour démontrer l'exactitude de ce que j'avais avancé. Il appartient à un corps savant aussi haut placé dans l'opinion publique, de substituer la vérité à l'erreur, et de rendre à chacun ce qui lui est dû.

— *M. Barse* adresse la lettre suivante :

Depuis plusieurs années, MM. Flandin et Danger ont soumis à l'Académie des sciences un grand nombre de mémoires. Dans la dernière séance, ces messieurs ont présenté un travail dans lequel on lit ce qui suit : « L'accueil favorable que l'Académie a bien voulu faire à nos » premières recherches sur les poisons métalliques, nous a mis dans » l'obligation de les poursuivre, et autant qu'il a dépendu de nous, de » les compléter. Déjà dans plusieurs mémoires nous avons traité successivement de l'empoisonnement par l'arsenic, par l'antimoine, par » le cuivre, par le plomb, et en général par les métaux fixes Pour » clore la liste des poisons dits métalliques, il nous reste à parler du » mercure. »

Ces paroles, prononcées dans le sein de l'Académie des sciences, insérées dans le Bulletin, et reproduites au dehors par la presse, ont une très grande portée dans l'opinion publique, parmi les magistrats, parmi les jurés, les avocats, les gens du monde; MM. Flandin et Dangers paraissent avoir reçu de l'Académie un *accueil favorable* pour des doctrines qui leur sont propres, et la consécration de propriété des faits qu'ils prétendent avoir découvert les premiers; il n'en est cependant rien, puisque la commission chargée de rendre compte de tous ces travaux n'a pas encore fait de rapport.

Il est de la plus grande importance de s'opposer immédiatement au crédit que pourrait ainsi obtenir l'annonce de MM. Flandin et Danger. J'ai l'honneur de vous prier de remettre sous les yeux de la savante compagnie l'énumération succincte des points suivants, extraits des travaux de ces Messieurs.

MM. Flandin et Danger ont successivement annoncé :

1° Qu'il y a des taches qui offrent les caractères physiques et chimiques de l'arsenic; les académies ont déclaré inexacte cette affirmation ;

2° Que les terrains des cimetières ne contiennent pas d'arsenic. Or, l'expérience acquise à l'occasion de plusieurs procès d'empoisonnement, a démontré que certains cimetières contiennent ce métal, et MM. Flandin et Danger, *agissant comme experts*, ont signé, sur ce point, le contraire de leur affirmation devant l'Académie.

3° Que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas ; or, le rapport fait à l'Académie de médecine sur le travail de M. Delafond qui confirme les résultats obtenus précédemment par M. Orfila, prouve le contraire.

4° En 1842, ces messieurs annoncent, comme nouveau, qu'en vertu d'une loi qu'ils ont découverte, les poisons se concentrent dans le foie; or, ce fait avait été publié en 1840 par M. Orfila.

5° A deux reprises, ces messieurs ont nié la possibilité et le fait de l'existence du cuivre dans le corps de l'homme non empoisonné; ils déclarent avoir suivi dans leurs recherches de ce métal, un procédé exceptionnel, sensible *à un cent millième*; or, Vauquelin, MM. Sarzeau de Rennes, Boudet, Devergie, Osmin Hervy, Boutigny, Orfila, Chevallier, Lassaux, Follin, Pelouze et moi, en suivant les procédés *ordinaires* de la chimie *élémentaire*, nous avons retiré du cuivre métallique de viscères dans lesquels ces messieurs nient que ce métal puisse se rencontrer.

6° Ces messieurs proclament une loi d'incompatibilité des poisons avec l'état de santé; or, la présence du phosphore, de la soude libre, de plusieurs acides, et en dernier lieu surtout celle du cuivre et du plomb, fait justice de cette assertion.

7° Ils indiquent comme un symptôme nouvellement observé par eux, la salivation dans l'empoisonnement par les sels de cuivre; or, ce symptôme est décrit partout depuis un siècle à peu près, et notamment dans le tome Ier, page 319 de la Toxicologie de M. Orfila imprimée en 1818.

8° Ils nient l'existence des poisons dans le sang des animaux empoisonnés; or, M. Orfila a prouvé le contraire par des expériences directes, et depuis tous les toxicologistes admettent que les procédés de recherches de MM. Flandin et Danger étaient vicieux.

9° Ces messieurs ont annoncé qu'il est préférable dans les expertises judiciaires de fractionner les matières, et qu'il suffit d'opérer sur cent grammes d'un foie, par exemple, pour résoudre la question de présence d'un poison. Or, tous les chimistes protestent contre l'exactitude de cette méthode et la considèrent comme rationnellement infidèle en pratique, si elle est exacte en théorie.

10° Enfin, dans leur mémoire présenté dans la séance dernière, M. Flandin et Danger persistent à s'attribuer le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique ; or, il est imprimé dans le Journal de Pharmacie de novembre 1840, que la communication de ce procédé a été lue dans la séance précédente de la Société de Pharmacie, par M. Jules Barse de Riom ; MM. les rapporteurs de l'Académie de médecine, dans la grande question de l'arsenic, ont reconnu la légitimité de cette réclamation de priorité.

— *M. Bourgery* lit un mémoire intitulé : Recherches sur le système nerveux splanchnique.

Ce travail ne nous a pas paru susceptible d'analyse.

— *M. Bouchardat* adresse un nouveau mémoire sur la glucosurie ou diabète sucré. L'auteur remarque que quelques personnes se sont fait une idée fort incomplète de ses travaux sur la glucosurie. Des médecins lui ont fait dire que sa méthode consistait principalement dans l'indication du régime animal exclusif ; rien n'est moins exact, comme il le démontre dans ce travail. Le point sur lequel il a surtout insisté, c'est la nécessité pressante pour les malades atteints de glucosurie de supprimer ou au moins de diminuer beaucoup la somme des féculents ingérés ; mais ce qui n'a pas une importance pratique moindre, c'est la nécessité de remplacer les aliments féculents nuisibles par d'autres aliments du même ordre physiologique.

Les féculents et les sucres appartiennent à ce groupe de substances qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui les éléments de la respiration. Il est donc indispensable de choisir dans ce même groupe les aliments qui doivent remplacer les féculents que le glucosurique ne peut utiliser; les boissons alcooliques et les *corps gras*, voilà les substances qu'il a adoptées et sur l'emploi desquelles il a toujours insisté.

— *M. Guillon* adresse un brise-pierre et une sonde évacuatrice de son invention, pour le concours Montyon. A ces instruments est jointe une note explicative constatant l'avantage de ces instruments sur ceux généralement employés; la pulvérisation très prompte des calculs vésicaux.

— Pour ce même concours, *M. Morel Lavallée* adresse un mémoire sur la physiologie de la respiration.

— *M. Vergnes* adresse une lettre contenant des réflexions contre les opinions de M. Lugol sur l'hérédité de la scrofule.

NOUVELLES.

Un concours sera ouvert le 3 juillet 1845, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, substituée à la chaire de pathologie médicale vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine et en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer, avant le 4 juin 1845, au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrite par le règlement.

— Le 12 avril, M. EDOUARD ROBIN ouvrira, par la chimie expérimentale, la chimie, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences, et au premier examen de médecine. Ces cours auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à une heure, celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36

SAMEDI 12 AVRIL 1845. (18e ANNÉE.) N°. 43. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 11 AVRIL 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous n'avons pas seulement pour objet, dans ces *Revues*, de donner une analyse des faits les plus intéressants qui se passent dans les hôpitaux de Paris. Nous avons une autre ambition, celle d'examiner de temps à autre, toujours cependant au point de vue de l'observation journalière, des questions importantes de pathologie. C'est ainsi que nous traiterons aujourd'hui de la réduction de l'épiploon après l'opération de la hernie étranglée.

Diverses kélotomies ont été pratiquées, à notre connaissance, depuis quelque temps, et généralement sans succès. On a une façon commode d'expliquer les [illegible] et de s'en consoler. On dit qu'il y a des *veines* de réussite et des *veines* de malheur. Si l'on cherchait bien, on trouverait souvent la raison de ces prétendus hasards.

Quand une petite quantité d'épiploon est contenue dans une hernie que l'on vient d'opérer, s'il n'est pas trop altéré, la réduction est de règle. Mais si l'épiplocèle, soit simple (ce qui est rare, vu que l'épiplocèle simple est peu sujette à s'étrangler), soit concomitante de l'entérocèle, est volumineuse, les avis diffèrent. Nous supposons, bien entendu, la réductibilité de l'épiploon. Lorsqu'il n'est pas réductible, nous ne pensons pas qu'on puisse avoir une autre opinion que celle de M. Vidal (de Cassis), qui conseille de l'abandonner dans la plaie et d'attendre la réduction spontanée.

Soit donc une hernie entéro-épiplocèle étranglée : le débridement est pratiqué et l'intestin réduit ; mais il reste une grande quantité d'épiploon. Cet épiploon peut être sain ou altéré. S'il est altéré à un certain degré, l'impossibilité de la réduction est évidente. Mais nous le supposons sain. Une grave autorité s'exprime de la manière suivante :

« En supposant que l'épiploon eût conservé son état normal, on devrait le réduire. »

Cette phrase est absolue et ne fait pas acception du volume. Quelle que soit la quantité d'épiploon renfermée dans la hernie, il suffit donc qu'il soit sain pour que l'on doive le réduire. Notre respect est grand envers l'autorité que nous venons de citer, mais notre conviction que cette pratique est dangereuse n'est pas moins grande. Nous avons présents plusieurs cas d'opération de hernie étranglée dans lesquels on réduisit laborieusement une grande quantité d'épiploon, qui eurent une issue fâcheuse. On objectera que l'issue a été la même dans une foule d'autres circonstances où l'on n'avait pas eu à réduire un grand volume d'épiploon. Mais nous ferons observer que, dans les cas précités, l'opération avait été pratiquée dans des conditions favorables ; ce qui prouverait que des chances funestes sont nées de l'opération même. La manière dont on fait la réduction dans ces épiplocèles volumineuses, elle seule, donne instinctivement l'idée d'une violence menaçante pour la vie du sujet. Le chirurgien est obligé de plonger ses doigts dans cette masse rouge, congestionnée pour le moins, peut-être enflammée. Ce qu'il réduit par ici, s'échappe par là, et cette sorte de pétrissement d'un tissu vivant et déjà malade dure quelquefois plusieurs minutes. Il y a là deux dangers : danger pour l'épiploon ; danger pour le péritoine.

Pour l'épiploon : il est peu sensible ; mais croit-on qu'il puisse être ainsi malaxé, contus, et maltraité impunément, surtout quand l'étranglement l'a congestionné, c'est-à-dire, lorsqu'il renferme déjà en abondance les matériaux de l'inflammation? Nous appelons de toutes nos forces l'attention des chirurgiens sur l'état de l'épiploon à la suite des opérations malheureuses de hernie étranglée. On n'a point su faire encore la part de l'épiploïte.

Pour le péritoine : Quoi! le ventre est tendu, douloureux ; la péritonite est imminente, si déjà elle n'a éclaté, et vous allez mettre un corps étranger volumineux, et un corps étranger irritant (puisque c'est un tissu vivant irrité lui-même) dans cette séreuse. Où nous sommes grandement dans l'erreur, ou le lecteur sera frappé de cette seule raison. Vous débridez surtout pour détruire la cause de la péritonite, et vous vous hâtez de lui en substituer immédiatement une autre !

Nous objectera-t-on que Pipelet et Louis ont tiraillé, contus, *durement traité* l'épiploon, qu'ils ont réduit ensuite, sur des chiens, et cela sans accidents? Nous répondrions que ces chiens n'étaient pas du tout dans le cas d'un individu affecté de hernie étranglée, et que le péritoine n'était pas irrité ou même enflammé ; ce qui explique que l'épiploon ait pu être réduit sans inconvénient. D'un autre côté, dans le cas de hernie étranglée, l'épiploon est toujours congestionné, et il a depuis plus ou moins longtemps perdu sa place dans l'abdomen ; ce qui constitue encore une différence capitale entre ce cas et celui des chiens sur lesquels Louis et Pipelet ont expérimenté.

Donc, quand une hernie étranglée renferme une grande quantité d'épiploon, on doit se garder de le réduire. Ne réduisant pas ; que faut-il faire ? Posée en ces termes, la question revient à celle de la hernie épiploïque traumatique, et ici nous pouvons en appeler à un excellent travail de M. Hipp. Larrey, professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce, travail jugé digne de figurer parmi les Mémoires de l'Académie de médecine.

M. Larrey a résumé comme il suit les diverses méthodes proposées pour le traitement de l'épiplocèle compliquant les plaies pénétrantes de l'abdomen :

1° Réduction : *a* par le taxis et la dilatation ; *b* par le débridement.

2° Ligature : *a* provisoire ou définitive ; *b* complète ou partielle.

3° Excision : *a* sans ligature ; *b* avec ligature.

4° Expectation : *a* seule ; *b* aidée de la cautérisation ou de la compression.

Après ce que nous avons dit, nous n'avons pas à revenir sur la réduction. Nous ferons seulement remarquer que chez le blessé de M. Larrey, les tentatives de réduction, « si légères qu'elles fussent, déterminaient des tiraillements dans le ventre, et un surcroît de sensibilité dans la portion herniée de l'épiploon. »

Restent la ligature, l'excision et l'expectation.

La ligature a été regardée comme très dangereuse par J.-L. Petit. Un malade sur lequel il l'avait pratiquée éprouva des accidents très graves ; le lien fut enlevé, et, immédiatement, les accidents cessèrent. Pouteau fils perdit un opéré trente-six heures après la ligature de l'épiploon, et trouva, à l'autopsie, une suppuration gangréneuse dans toute l'étendue de cette toile. Pipelet et Louis virent des accidents se développer adrès la ligature de l'épiploon sur des chiens. Boyer et Larrey sont contraires à cette opération. Loin de là, M. Velpeau l'a faite quinze fois, « et la plupart des malades sont guéris sans accident. » Si la tumeur est peu volumineuse, il suffit d'un lien qui l'embrasse à sa racine. Quand elle est plus considérable, M. Velpeau la divise en plusieurs portions qu'il lie séparément. Puisque M. Velpeau conseille la réduction toutes les fois que l'épiploon est sain, on doit restreindre ce qu'il dit de la ligature aux seuls cas dans lesquels cette partie est altérée. Quesnay pensait que la ligature pouvait réussir à la condition d'une constriction très énergique. C'est aussi, d'après M. H. Larrey, l'opinion de M. J. Cloquet. M. Velpeau n'agit pas autrement. En effet, il embrasse l'épiploon avec un *fort lien*, et l'*étrangle complétement*. Les succès qu'il a obtenus sont-ils dus à cette circonstance? Somme toute, dans le cas particulier que nous avons posé, celui d'une hernie étranglée contenant une grande quantité d'épiploon sain, faut-il faire la ligature ? Non, à notre avis ; parce que si les faits de M. Velpeau sont encourageants, nous en avons cité qui ne le sont pas. Ensuite, nous ne comprenons pas la ligature en tant que méthode distincte ; car nous ne voyons que des inconvénients à laisser pourrir dans la plaie la portion d'épiploon située au-dessous du lien.

Pourtant, il y a là une masse d'épiploon. Que deviendra-t-elle ? On peut la couper. Nous voici arrivé à l'excision. On lie l'épiploon au-dessus de l'excision, ou on ne le lie pas. Si on coupe tout simplement, en réduisant ensuite, on expose gratuitement le malade à une hémorrhagie interne, à la péritonite et à la mort, ce qui arriva dans un cas cité par Manget. Un chirurgien qui tenterait ainsi le hasard, serait responsable du résultat. D'un autre côté, si on lie après avoir coupé, on a les inconvénients possibles de la ligature. Le raisonnement de M. H. Larrey sur ce point est fort juste : « Nous nous sommes expliqué déjà, dit-il, sur les inconvénients de la ligature pratiquée exclusivement, et nous croyons inutile de démontrer qu'elle aurait au moins des chances aussi défavorables, en y joignant celles de l'excision. » Seulement les chances de l'excision pure et simple ne nous effraient pas ; nous reviendrons là-dessus tout à l'heure.

Si la ligature de l'épiploon après l'excision peut être suivie d'inconvénients, comment se mettre en garde contre l'hémorrhagie ?

On pourrait, d'après M. Velpeau, lier séparément les artérioles divisées. Mais, dit M. H. Larrey, « quant à étaler l'épiploon pour découvrir les vaisseaux, il s'en faut beaucoup que ce soit ordinairement praticable. » M. Velpeau ajoute qu'après l'excision on peut retenir l'épiploon restant dans la plaie. Et voilà ce qu'il faut faire d'après nous. L'excision pourra être favorable en ce sens qu'elle donnera issue au sang contenu dans la partie supérieure de l'épiploon. Un fil passé au travers de celui-ci, et fixé à l'aide d'un morceau de sparadrap, suffit pour empêcher sa réduction pendant le temps nécessaire.

M. H. Larrey, chez son blessé, laissa l'épiploon libre au dehors de la plaie et recouvert d'un linge imbibé d'huile d'amandes douces, puis d'un cataplasme, les cuisses étant fléchies sur le ventre dans le repos le plus absolu. Une saignée, la diète, les boissons rafraîchissantes complétèrent la prescription. L'épiploon ayant pris une coloration plus foncée et étant devenu plus ferme, et les bords de la plaie étant rouges, on fit une application de sangsues qui rendit à l'épiploon sa coloration première. La suppuration s'en empara, et soit par l'effet de ce travail, soit par suite d'un mouvement de retrait, peut-être d'une façon et de l'autre, le bouchon épiploïque s'affaissa insensiblement. Des ventouses sèches appliquées autour de lui parurent avoir aidé à la réduction, qui fut favorisée, en outre, par la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent et un bandage méthodiquement compressif. La vie du blessé ne fut pas un seul instant en danger.

On comprend, d'après cela, la préférence de M. H. Larrey pour l'expectation. « Attendre, dit-il, et ne rien faire qu'une médication préventive ou palliative, semble devoir être la conduite chirurgicale la plus sage, la plus rationnelle, toutes les fois que la hernie traumatique de l'épiploon ne présente aucune complication grave. » On ne doit pas perdre de vue que le cas d'une hernie étranglée contenant une grande quantité d'épiploon seulement congestionné, ne diffère pas en réalité de celui qui est supposé dans ce passage.

Mais l'excision, l'épiploon étant ensuite retenu dans la plaie au moyen d'un fil, nous semble avantageuse, en ce que l'on n'aurait pas à lutter contre l'inflammatiion inévitable d'une grande masse épiploïque, dont la suppuration ne serait pas non plus sans danger, surtout dans un hôpital. Quelque temps après l'excision, lorsqu'on jugerait que les vaisseaux épiploïques divisés seraient fermés, on enlèverait le fil, et on donnerait à l'opéré une situation telle que l'épiploon tendît par son propre poids à se réduire.

— Une jeune fille du service de M. Velpeau, porte à l'avant-bras une kéloïde extrêmement volumineuse. Le professeur de la Charité a fait sur cette affection une leçon très intéressante ; et, de notre côté, nous poursuivons quelques recherches à cet égard, afin de pouvoir donner un article complet sur la matière.

— Une femme enceinte, du service de M. Rayer, est affectée d'albuminurie. Ce cas soulève une question pratique importante et peu étudiée. Nous espérons être à même d'en faire le sujet d'un de nos prochains articles. X...

HOTEL-DIEU. — M. CHASSAIGNAC.

Délire aigu à la suite d'une chute sur la tête.

Parmi les lésions traumatiques graves de la tête qui se trouvent actuellement dans le service, il en est plusieurs qui méritent une attention particulière. Nous avons eu l'occasion d'observer un exemple curieux de délire aigü succédant à une chute violente sur la tête sans aucun symptôme de fracture, d'épanchement ou d'inflammation.

La nommée Lewennorouck, âgée de quarante-cinq ans, cuisinière, d'une robuste constitution, fit une chute du haut d'un escalier. Elle fut placée salle Saint-Charles, n° 11, le 10 janvier 1845. Son mari, qui a été interrogé avec soin, assure qu'avant l'accident, sa femme, qui est laborieuse, et non adonnée aux liqueurs fortes, n'avait présenté jusque-là aucun trouble dans ses fonctions intellectuelles, et n'a point perdu connaissance au moment même de la chute. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme présente aux bras, aux jambes et à la tête des contusions qui paraissent dater de plusieurs jours. Elle présente un délire des plus violents, s'agite dans son lit, ne répond aux questions qu'on lui adresse que par des paroles incohérentes. Du reste, elle parle presque continuellement, sans qu'il soit possible de reconnaître à travers l'inextricable diffusion de ses paroles, à quel ordre d'idées se rattache son délire. Elle cherche à se lever, se découvre de manière à faire penser qu'elle a perdu toute retenue. Elle est sans fièvre.

En l'absence de tout commémoratif, car ce n'est que plus tard, lorsque son mari est venu la voir, qu'on a obtenu les renseignements dont il a été question plus haut, M. Chassaignac considéra cette malade comme atteinte, soit d'aliénation mentale, soit de délire nerveux. Toutefois ayant égard aux traces de violences extérieures que présentait la malade sur différents points du corps, rappelant en outre aux personnes qui entouraient la malade que certaines formes de commotion s'accompagnent de délire, et qu'enfin il y avait plus de danger à prendre un délire aigu pour une altération mentale,

qu'à tomber dans l'erreur inverse ; il établit pour diagnostic, *délire nerveux*.

En conséquence de ce diagnostic, quinze sangsues furent appliquées derrière chaque oreille, et l'on administra une potion contenant 30 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le lendemain 11 janvier, la malade était moins agitée. Elle avait eu un peu d'assoupissement ; ce que l'on regarda comme un signe favorable. A cela près, même incohérence dans les idées. Chaque fois qu'on parvenait à fixer assez l'attention de la malade pour en obtenir une réponse, celle-ci consistait en la répétition d'un même mot, comme par exemple, Oui, oui, oui.

Les journées du 12 et du 13 ne présentèrent aucune aggravation, et les applications de sangsues derrière les oreilles, ainsi que le laudanum, furent continuées.

Le 14, la malade est beaucoup plus calme. Il n'y a point de fièvre. L'intelligence est encore obtuse. On applique deux vésicatoires aux cuisses. Le laudanum est continué à la dose de 20 gouttes.

Le 18, le trouble intellectuel a en encore diminué ; l'intelligence n'est cependant pas encore tout à fait lucide.

Le 20, l'état s'améliore. — Six sangsues derrière chaque oreille.

Le 22, il y a encore un peu d'étonnement, et pour la première fois la malade accuse du mal de tête à la région des tempes. — Huit sangsues sont appliquées de chaque côté sur le point correspondant à la partie douloureuse.

Le 26, la tête est tout à fait libre. La malade demande une augmentation d'aliments. On ne lui avait donné jusque-là que des potages.

Le 27, la malade demande à quitter l'hôpital ; il semble rester encore quelque obtusion dans ses facultés intellectuelles. Comme cette femme parle moitié allemand, moitié français, il nous a été à peu près impossible de reconnaître si l'état d'hébétude de son intelligence est un état permanent chez elle, ou s'il est la suite de l'accident qu'elle a éprouvé.

— Ce fait nous a paru extrêmement remarquable comme exemple d'un délire aigu par suite d'une percussion de la tête; Il n'est pas sans analogue dans les annales de la science, et Sanson avait fort bien observé qu'à la suite de la commotion on voyait quelquefois survenir un délire avec agitation continuelle.

M. Chassaignac a cru pouvoir qualifier de délire nerveux le trouble fonctionnel survenu chez cette femme à la suite d'une chute sur la tête, se conformant en cela à des vues qu'il a développées dans sa thèse sur les plaies de tête ; il avance, en effet, à la page 197 de ce travail, une opinion dont le fait qui vient d'être mentionné semble une manifestation évidente.

« J'ai vu, dit-il, des malades chez lesquels un coup porté à la tête avait déterminé presque immédiatement le délire. Comme l'espace de temps écoulé entre l'action de la cause et l'apparition des symptômes ne permettait pas de supposer que ce fut le délire dépendant d'une inflammation, il m'a semblé que l'on pouvait qualifier, ainsi que je l'ai fait, cette forme du délire.

» Rien ne pourrait conduire à la rejeter *à priori*; car si une lésion de toute autre partie du corps peut donner lieu à ce genre d'accident, on ne voit pas pourquoi une lésion traumatique de la tête ne pourrait pas produire le même résultat. »

Ces considérations paraîtront d'une justesse d'autant plus grande, que certains faits peuvent être invoqués à l'appui ; et sans parler de celui qui vient d'être rapporté, nous rappellerons brièvement celui que M. Chassaignac a extrait de l'ouvrage de Percival-Pott, et qu'il a mentionné dans le travail cité plus haut.

Cette observation, bien que laissant quelque chose à désirer, peut du moins être considérée comme exemple d'un délire non produit par l'inflammation et calmé par l'opium, caractères qui se rencontrent dans le délire nerveux.

« Un homme se jeta par la fenêtre d'un second étage dans la rue, et, dans sa chute, sa tête frappa d'abord contre une enseigne de fer, et ensuite contre un auvent. Il fut relevé sans sentiment, avec trois plaies à la tête ; l'une au-dessus de la tempe droite, et deux sur le sommet de la tête. Le péricrâne n'était divisé dans aucune de ces plaies. Il resta sans connaissance pendant douze heures ; mais ayant été saigné deux fois copieusement dans cet espace de temps, il recouvra ses sens, sans donner néanmoins aucun signe de raison. Il passa deux jours et deux nuits dans le plus grand trouble et la plus grande agitation. Deux personnes, ne le quittant point, étaient continuellement occupées à le tenir. Enfin, par les saignées répétées et par l'opium qu'on lui donna à grande dose, on parvint à le faire dormir. Il dormit près de douze heures, et il se réveilla parfaitement tranquille et jouissant de toute sa raison.

» Le sixième jour après la chute, ses plaies étaient en très bon état et paraissaient guérir sans accident. Le malade jouissait entièrement de sa raison et de son jugement. Il désirait même faire une promenade dans la campagne, ce qui ne lui fut point permis. Le dixième jour, perte de l'appétit, tristesse, langueur, insomnie, mal de tête. Il s'était écoulé si peu de temps depuis qu'il avait eu l'esprit dérangé, que, par son aspect et sa manière de se conduire, je soupçonnai le retour de sa folie. Je le fis encore saigner, je recommandai un régime sévère et continuai le laudanum.

» Le onzième jour, insomnie, mal de tête ; le malade se plaint que le cerveau est comme comprimé et serré. Peau chaude, pouls dur et fréquent. Le crâne était dénudé dans une certaine étendue. J'enlevai les tégnments qui couvraient la portion d'os dépouillée du péricrâne. Le lendemain, le trouvant plus mal et plus agité, je fis la perforation du crâne. La portion de la dure-mère, répondant à l'ouverture, était de couleur sombre, et une matière paraissait couvrir la surface, mais en petite quantité. Saignée de 8 onces.

» Le treizième jour, frisson plus considérable, douleur de tête plus aiguë, fièvre plus forte. (Seconde couronne de trépan ; même état de la dure-mère.)

» Le quatorzième jour, convaincu, par les symptômes, qu'il était en danger, et croyant fortement qu'il y avait quelque part un amas de matière qui ne pouvait pas être évacuée par les deux ouvertures déjà pratiquées, je hasardai d'en faire une troisième aussi large qu'il était possible. Elle donna, en effet, issue à une grande quantité de pus... L'évacuation fut considérable pendant plusieurs jours, diminua ensuite par degrés; tous les symptômes diminuèrent aussi pas degrés, et le malade ne tarda pas à se rétablir. »

C'est seulement aux troubles fonctionnels de l'intelligence qui suivirent immédiatement la chute, que doivent s'appliquer les remarques que nous avons faites à-propos de cette observation.

Les faits extrêmement curieux qui viennent d'être mentionnés méritent une sérieuse attention, et il est digne de remarque que les pathologistes ne se soient pas attachés plus qu'ils ne l'ont fait à les mettre en lumière. M. Chassaignac, en faisant figurer pour la première fois peut-être le délire nerveux parmi les accidents des lésions traumatiques de la tête, a rendu un service réel, dont on ne peut manquer d'apprécier toute l'importance.

Les faits de ce genre portent avec eux plus d'un enseignement digne d'être médité. Ils prouvent que des erreurs bien préjudiciables peuvent être commises au détriment des malades dans le diagnostic de ces cas difficiles. En effet, si, à l'aspect d'un véritable délire nerveux, on croit à l'aliénation mentale, alors, faute d'un traitement en quelque sorte spécifique par l'opium, on pourra laisser périr un malade qu'il y avait possibilité de sauver ; sans compter qu'en tenant pour atteint d'aliénation mentale un homme qui serait en proie à un délire passager, on peut, dans certaines conditions sociales, être la cause involontaire d'un préjudice irréparable et compromettre aux yeux du monde la sûreté du pronostic, alors que l'on voit démenti par l'événement ce qui avait été annoncé.

Z.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur encéphaloïde de la grosseur du corps d'un adulte, occupant toute la cuisse gauche. Amputation du membre à la partie supérieure.

Brisseau (Cécile), âgée de trente-huit ans, est entrée à la Charité le 1er mars 1845 ; elle a été couchée au n° 12. C'est une femme d'une constitution fatiguée, pâle, amaigrie. Elle porte dans la cuisse gauche une tumeur énorme qui s'étend de l'ischion jusqu'au jarret. La masse totale a le volume du corps d'un homme. Cette tumeur est mollasse sans être liquide, légèrement bosselée et sans changement de couleur à la peau. Elle est survenue sans cause connue et daterait, au dire de la malade, d'un an à quinze mois. Elle n'est devenue douloureuse qu'à la suite d'une ponction qu'on y a pratiquée; jusque-là elle n'avait jamais fait souffrir. Cette énorme masse occupe seulement les parties molles, l'os semble intact; elle paraît avoir pris racine dans la traînée celluleuse des adducteurs de la cuisse, qui s'étend de l'ischion à la jambe dans le creux où se trouve le sciatique, puis en se développant, et à mesure que son accroissement est devenu plus considérable, elle a étalé peu à peu les muscles du côté interne et externe, mais surtout postérieur. Le triceps a été élargi et aplati; et les nerfs et les vaisseaux se sont trouvés compris dans la tumeur; le sciatique est très probablement dans une des bosselures qui se voient sur le côté externe; l'artère et la veine crurales dans une de celles qu'on remarque à la partie interne et antérieure.

Bien que cette énorme tumeur ait l'apparence fluctuante, elle ne l'est certainement pas; une ponction qui a été pratiquée dans une des bosselures n'a rien fourni; du reste, la masse a continué de croître, et l'on peut s'assurer par le trou qui existe maintenant que la tumeur est concrète.

Il n'y a que deux espèces de maladies qu'on puisse observer avec ces caractères dans cette région : ce sont les lipomes et les tumeurs encéphaloïdes.

Les lipomes sont susceptibles d'acquérir un volume très considérable, et il s'en développe assez fréquemment dans le lieu qu'occupe cette tumeur. M. Velpeau en a observé de très volumineux ; il y a à peu pres dix ans, il en a vu un de trente-quatre livres, ce qui fait un volume énorme; car le poids spécifique de ces masses est assez peu considérable. C'était chez un homme. Dans la même année, il en vit une chez une femme beaucoup moins grosse, mais qui pesait encore huit à dix livres.

Ces deux tumeurs furent enlevées l'une et l'autre en conservant le membre : l'homme succomba, la femme guérit. M. Velpeau se décida à ne point enlever la cuisse chez l'homme, parce que la tumeur avait une racine aplatie interposée entre les muscles de telle sorte qu'on put la disséquer en respectant l'artère et le nerf; mais il résulta de l'opération une plaie immense, et la suppuration emporta le malade.

Les tumeurs de mauvaise nature sont moins rares encore que les lipomes; elles occupent les parties molles ou les os : elles sont constituées ou par de la matière encéphaloïde pure ou de la matière colloïde. Ici, c'est de l'encéphaloïde.

Les lipomes ne sont point douloureux ; ils se fondent par fois, se pourrissent pour ainsi dire, ne retentissent en aucune façon sur le reste de l'économie, et ne produisent pas d'accidents. Chez la malade, la ponction a amené un ulcère qui ne s'est point fermé, qui devient de plus en plus vaste, et au fond duquel s'aperçoivent des bosselures. Depuis quelque temps la santé générale s'est altérée; le pouls est devenu petit, fréquent; la face s'est altérée; tout est venu indiquer un retentissement général dans l'organisme. Aucun doute ne saurait donc rester.

Ces sortes de productions entraînent, on le sait, le pronostic le plus fâcheux, parce qu'il n'est pas de guérison à espérer autrement que par la destruction de la tumeur. Mais quelles opérations proposer ici? Elles peuvent se réduire à trois espèces : 1° la dissection de la tumeur, en conservant le membre; 2° la désarticulation ; 3° l'amputation dans la continuité.

La première opération est impossible à tenter ; on ne peut songer à conserver les vaisseaux et les nerfs ; l'artère, après avoir été sentie dans l'aine, se perd dans la masse ; le nerf participe probablement à la maladie ; il est désorganisé par le cancer; et, en supposant même que ces organes eussent été respectés et qu'il fût possible de les conserver, la solution de continuité serait tellement vaste que la malade n'y résisterait certainement pas. Il faudrait d'ailleurs dénuder le fémur, disséquer toute la peau du membre, et les muscles et les vaisseaux. Cette opération est impraticable, tout est fait pour en éloigner ; et d'ailleurs, la malade qui a consulté avant de venir à l'hôpital, un chirurgien très habile, en a reçu le conseil de se faire amputer le membre.

La désarticulation paraît aussi devoir être rejetée. M. Velpeau en a recueilli cinquante à soixante exemples dans sa médecine opératoire ; mais les guérisons sont rares ; il y en a eu pourtant quelques cas observés à Paris, on a pu voir un malade opéré par Guthrie, un autre par M. Sédillot. M. Velpeau s'est demandé s'il ne serait pas permis, chez cette malade, de songer à l'amputation au-dessous de l'articulation, les parties molles n'étant pas altérées en avant, comme elles le sont en arrière, et même l'étant peu en dehors et en dedans ; car c'est en arrière surtout que la tumeur se prolonge ; mais remarquant que jamais on ne pourrait conserver assez de peau saine pour recouvrir l'os qu'on serait obligé de scier au-dessous du grand trochanter, voici à quoi il s'est arrêté : il a fait une incision de la peau sur la tumeur elle même, a scié le fémur avant de terminer l'opération, pour énucléer le haut de la masse encéphaloïde.

Dix jours après l'opération, la malade allait bien. Depuis lors elle a succombé à une infection purulente.

PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 10 février 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

M. Maisonneuve demande la parole pour une communication relative à une modification qu'il a apportée au cathétérisme.

Après avoir rappelé les difficultés très grandes que rencontre souvent la main de l'opérateur le plus habile dans les cas où le canal de l'urètre présente des obstacles et même lorsqu'il est libre, M. Maisonneuve expose à la Société le procédé dont il se sert actuellement et qui lui paraît réunir les plus grands avantages puisqu'il ne demande aucune dextérité et qu'il réussit dans tous les cas, ainsi qu'il l'a expérimenté nombre de fois à Bicêtre, ce pays privilégié des rétrécissements urétraux et des rétentions d'urine. Il introduit d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique très fine. Cela fait, il attache à son extrémité libre un fil de soie, alors il fait glisser sur eux une sonde ouverte à ses deux extrémités. Il parvient ainsi, sans difficulté, jusqu'à la vessie. Ce procédé est tellement facile, dit M. Maisonneuve, que les vieillards même de Bicêtre l'emploient sans hésitation et toujours avec succès. Dans les cas extrêmement graves où le canal présente des déviations dans sa marche, où il est entortillé sur lui même en tire-bouchon, ce nouveau moyen réussit encore en ayant soin d'employer une sonde flexible capable de se prêter aux sinuosités de l'urètre.

Lorsqu'on est entré dans une fausse route, la douleur ressentie par le malade suffit pour indiquer la déviation, et si la bougie élastique est venue butter contre un obstacle et qu'elle s'entortille, elle revient sur elle-même aussitôt qu'on cesse de forcer.

M. Delcroix fait remarquer qu'il mit mit ce procédé en usage, il y a déjà une douzaine d'années, de concert avec M. Amussat, sur un vieux chirurgien atteint d'un rétrécissement tellement prononcé que depuis plusieurs années il n'urinait plus par le canal, mais par des fistules nombreuses siégeant à la partie inférieure du scrotum; l'obstacle, situé à trois pouces environ du méat, avait résisté à toutes les manœuvres des plus habiles chirurgiens de l'époque. M. Amussat voulut cependant tenter. Il eut recours pendant cinq semaines aux injections forcées, avant de pouvoir pénétrer avec la bougie la plus déliée. Elle y avait séjourné pendant trois jours, lorsque M. Amussat essaya inutilement de la remplacer par une autre plus forte ; il ne put même réintroduire la première.— Trois semaines de nouvelles injections forcées. — Alors « une bougie ouverte à ses deux extrémités fut intro-
» duite dans la vessie ; nous la fîmes cheminer, dit M. Delcroix, sur
» celle qui s'y trouvait déjà, et qui lui servit de mandrin. » Dès lors, le traitement marcha sans difficultés sérieuses.

Ces deux phrases se trouvent consignées dans un mémoire déposé depuis trois ou quatre mois à l'Académie de médecine; elles renferment tout ce procédé, donné comme nouveau par M. Maisonneuve.

Malgré ce premier succès, M. Delcroix n'a pas regardé son procédé comme une induction, attendu que M. Amussat, déjà à cette époque, avait imaginé, pour les cas difficiles, de porter dans la vessie une très petite sonde en argent par-dessus laquelle il en faisait glisser une plus forte. Peut être à lui seulement revient l'idée première de remplacer les instruments rigides par des bougies en gomme élastique.

M. Maisonneuve s'est beaucoup exagéré l'utilité d'un procédé qu'il croyait nouveau. Il est inutile dans les cas où le canal a conservé son amplitude normale, et où la rétention reconnaît pour cause une maladie de la prostate ou de la vessie, soit une tumeur développée dans le voisinage des organes génito-urinaires. Dans tous ces cas, en effet, le cathétérisme pratiqué avec des sondes métalliques peut offrir des difficultés ; mais lorsqu'on fait usage d'une bougie en gomme élastique souple et sans mandrin, on parvient avec moins de peine qu'avec la petite bougie elle-même à qui tout fait obstacle, qui s'engage dans les moindres replis, dont la pointe déliée agace et irrite la portion musculeuse, laquelle se contracte et ferme le passage ; enfin, elle butte constamment au-dessous du col qu'elle ne franchit pas toujours, s'il est soulevé par un gonflement considérable de la prostate, ou remonté dans l'abdomen par suite de la plénitude de la vessie.

Toutes ces difficultés ne se présentent pas, au contraire, lorsqu'on se sert d'une sonde en gomme élastique sans mandrin, du calibre ordinaire ; son extrémité arrondie déplisse le canal, glisse sur les lacunes, franchit facilement la portion musculeuse, etc.

La méthode est-elle utile dans les cas où la rétention est due à une coarctation considérable du canal de l'urètre ?

Dans ces cas, comme on aurait pu le penser *à priori*, la méthode est souvent inapplicable ; en voici un exemple : « Il y a environ sept ou huit ans, je fus appelé pour sonder un malade qui n'avait point uriné depuis plusieurs jours. Je le trouvai en proie à la fièvre et au

délire. La vessie, énormément distendue, occupait une partie de la cavité abdominale.

» Dans l'impossibilité d'obtenir du malade et des personnes qui l'entouraient les renseignements propres à m'éclairer sur les causes de la rétention, j'introduisis à tout hasard dans le canal, la sonde ordinaire en argent. Je fus bientôt arrêté par un obstacle invincible situé à quatre pouces environ du méat. Après avoir inutilement essayé de plusieurs sondes en gomme élastique d'un calibre successivement décroissant, j'arrivai aux bougies les plus fines. Mes premières tentatives furent d'abord infructueuses : Je ne perdis point courage, et bientôt elles furent couronnées de succès. Lorsque la bougie fut arrivée dans la vessie un peu d'urine s'écoula, mais goutte à goutte, et d'une manière insuffisante pour soulager le malade. Il y avait péril en la demeure ; il fallait nécessairement trouver un moyen plus efficace. Je songeai tout naturellement à celui qui j'avais déjà employé avec succès quatre ou cinq ans auparavant. La sonde glissa parfaitement sur la bougie jusqu'à l'obstacle, mais il me fut impossible de la faire aller plus loin. L'espèce de sphincter formé par le rétrécissement était trop resserré pour permettre le passage. D'ailleurs, la grande flexibilité de la sonde et de la bougie conductrice, ne permettait pas de se livrer à des efforts un tant soit peu énergiques. Assurément, il y aurait eu avantage ici a se servir de la sonde et du conducteur métallique de M. Amussat. En effet, il s'agissait d'un rétrécissement très ancien et offrant beaucoup de résistance. Dans ces cas, quand le canal se trouve réduit à des proportions presque capillaires, l'introduction d'une deuxième bougie par-dessus la première est rarement possible *immédiatement;* et d'ailleurs, elle est presque toujours inutile. La plupart du temps, le malade peut uriner suffisamment sur les côtés de la première bougie introduite, pour débarrasser la vessie de l'excès de liquide qui s'y était accumulé ; et plus tard, il n'est presque jamais difficile de la remplacer par une plus forte. »

Avant de terminer, permettez-moi, Messieurs, de vous communiquer un petit procédé fort simple que je crois avoir inventé le premier, et qui m'a déjà rendu de grands services. C'est un appareil de plus à ajouter à *tout l'arsenal d'instruments proposés pour vaincre les obstacles divers*. Arsenal très utile, qu'on nous semble avoir condamné trop facilement, mais qu'il faut conserver avec soin, et que toujours, pour mon propre compte, je m'efforcerai de perfectionner et d'enrichir.

Sans aucun doute, il vous est arrivé quelquefois, Messieurs, de vous trouver aux prises avec certains cas difficiles qui laissent le praticien dans la plus grande perplexité sur le choix des moyens à employer pour triompher d'un obstacle qui s'est montré rebelle à toutes les manœuvres du cathétérisme ordinaire. Est-il besoin de vous dire que dans ces cas, et *bien que les autres moyens aient échoué,* le procédé remis en honneur par notre collègue est tout à fait sans valeur? Qui ne voit, en effet, qu'il est parfaitement indifférent de savoir qu'une première bougie pourra servir de conducteur à une seconde, quand toute la difficulté consiste précisément dans l'introduction de cette première bougie?

Tous les hommes qui se sont occupés des rétrécissements de l'urètre, et qui ont traité la matiere *ex-professo*, ont si bien senti cette difficulté, que presque tous ont travaillé à la résoudre. Nous avons eu souvent besoin de recourir aux appareils plus ou moins ingénieux qu'ils ont imaginés dans ce but ; et c'est parce que, dans maintes circonstances, ils se sont montrés insuffisants, que nous avons songé à en accroître le nombre. Nous avions à trouver la solution du problème suivant :

Imaginer un procédé *plus simple* que ceux de nos devanciers, applicable à tous les cas, et *facile à se procurer partout*.

Vous allez juger, Messieurs, par la description qui va suivre, si nous avons été assez heureux pour satisfaire à toutes les conditions du problème.

Une tige droite et un morceau de cire ordinaire, voilà tout ce qu'il nous faut pour construire notre appareil. Lorsqu'on veut s'en servir, on fait avec la cire une petite olive dont on fixe la base à l'une des extrémités de la tige. Il suffit pour cela d'y enfoncer la pointe un peu profondément. Les choses étant ainsi disposées, on pousse la cire dans le canal jusqu'à la rencontre de l'obstacle ; on presse un peu comme si on voulait la franchir. La cire ne tarde pas à se ramollir, et la portion qui correspond à l'ouverture du rétrécissement s'y introduit peu à peu. Lorsqu'on croit avoir obtenu une empreinte suffisante, on retire l'appareil, et le premier temps de l'opération se trouve accompli.

Le second temps demande quelques soins Avant d'y procéder, il faut creuser, de la base au sommet de l'olive, et parallèlement à la tige qui la supporte, un canal dont l'ouverture supérieure vienne correspondre exactement au point d'insertion de l'empreinte obtenue. Ce canal doit être assez large pour qu'une bougie un peu plus fine que la portion de cire qui s'est engagée dans le point rétréci, puisse jouer facilement dans toute sa longueur. On place la bougie dans ce canal, et on fait ensorte que sa pointe arrive juste au niveau de l'ouverture supérieure. On reporte l'appareil ainsi complété dans l'intérieur de l'urètre. Il faut surtout s'attacher, car le succès de l'opération en dépend, à ce que la cire se représente devant l'obstacle dans une position tout à fait identique à la première. De cette façon, l'extrémité de la bougie encore cachée dans le sein de l'olive, correspondra nécessairement à l'ouverture du rétrécissement ; en la poussant un peu avec la main droite, pendant qu'on maintient l'appareil avec la gauche, on sent un défaut de résistance; c'est la bougie qui franchit l'obstacle, et la difficulté est vaincue.

Lorsqu'on retire le mandrin, il arrive souvent que la cire s'en sépare. Il suffit de presser le pénis d'arrière en avant pour faire fuir la petite olive devant les doigts, et l'expulser du canal.

Tel est en peu de mots ce procédé. Comme vous le voyez, Messieurs, il est simple, applicable à tous les cas, et facile à établir partout sans le secours d'aucun fabricant.

M. Tessereau réclame pour M. Amussat la priorité de l'invention, et apporte en preuves de son assertion un article extrait du *Bulletin de thérapeutique,* tome VIII, page 3, ou les bougies conductrices ont été décrites avec tous les détails donnés par M. Maisonneuve. Cependant M. Tessereau reconnaît que ce procédé peut rendre des services dans les cas de rétrécissements rebelles aux moyens ordinaires de dilatation, bien qu'il ne réussisse pas toujours.

Enfin, il y a bien longtemps aussi, ajoute M. Tessereau, que M. Amussat a fait fabriquer des bougies fines élastiques ayant le double de la longueur de celles dont on se sert habituellement, afin de pouvoir s'en servir comme d'un mandrin et glisser sur elles une sonde d'un certain volume. C'est toujours, comme on le voit, la même idée, puisque dans ce procédé plus facilement applicable, le fil qu'on est obligé de fixer à l'extrémité d'une bougie fine de longueur ordinaire placée dans le canal et par-dessus laquelle on veut glisser une autre bougie plus grosse, est remplacée ici par la portion de la bougie qui est en dehors du canal.

M. Maisonneuve demande la parole pour répondre aux critiques qui viennent de lui être adressées.

Je ne revendique pas, dit-il, pour moi la première idée du procédé ; il est évident, et les faits qui viennent d'être rapportés le prouvent surabondamment, que d'autres l'ont eue avant moi; mais de l'argumentation qu'on a soutenue contre moi il résulte un fait, c'est qu'on ne l'a employée que dans des cas rares, exceptionnels, après avoir essayé de tous les moyens connus et après avoir constaté leur impuissance ; mais peut-on considérer comme inventeurs ceux qui ne comprenant pas l'importance d'un moyen l'ont laissé tomber immédiatement dans l'oubli et n'ont pas cherché à faire ressortir tous ses avantages dans une foule de cas? Le véritable inventeur est celui qui généralisant un procédé dont il a compris l'importance, l'a expérimenté un grand nombre de fois, l'a préconisé et l'a vulgarisé. La priorité ne réside que dans la compréhension du fait ; c'est l'intelligence d'un principe qui en constitue la propriété scientifique : telle est la seule, la véritable priorité que je réclame et qu'on ne puisse pas m'enlever.

Les objections de M. Delcroix ont-elles autant de valeur qu'il leur en attribue? Non ; car elles sont toutes relatives à la question d'application possible ; elles sont toutes posées au futur, et j'ai prouvé par des faits nombreux, irrécusables, que le procédé était un fait acquis, qu'il avait pour lui la sanction de l'expérience, qu'il avait réussi dans tous les cas, dans les cas mêmes où mes adversaires le croient inapplicable, dans les rétrécissements, dans les engorgements de la prostate ; qu'il était sans danger. J'ai prouvé qu'il était efficace dans les mains les plus inexpérimentées, qu'il était employé utilement par des externes, par des malades même. J'ai démonté qu'il n'avait jamais fait de fausse route, qu'il n'avait même pas determiné la plus légère effusion de sang.

M. Delcroix a parlé d'un arsenal chirurgical ; c'est justement contre un pareil arsenal que je m'élève ; il est impossible d'avoir partout la collection d'instruments nécessaires aux maladies urétrales, tandis que partout on peut avoir dans sa trousse une petite bougie, du fil et une sonde percée aux deux extrémités. Sous ce point de vue, je crois avoir rendu un service à l'art en engageant à simplifier un arsenal d'instruments trop souvent meurtriers entre des mains inhabiles ou peu exercées à ce genre de manœuvres.

M. Mercier ne croit pas que le procédé dont vient de parler M. Maisonneuve ait autant d'avantages qu'il le suppose. Dans les rétrécissements, par exemple, les difficultés qu'on éprouve proviennent de deux causes : ou bien de ce qu'on ne peut engager une bougie dans le rétrécissement ; ou bien de ce qu'elle ne peut le traverser, quoiqu'elle y soit engagée. La première source de difficultés provient le plus souvent de ce qu'une petite fausse route ayant été faite à côté du rétrécissement dans des tentatives antérieures de cathétérisme, les sondes ou bougies ont une tendance presque invincible à s'y engager. Il n'est pas besoin de dire que le procédé préconisé par M. Maisonneuve ne peut rien dans ce cas.

La seconde source de difficultés provient de l'étroitesse et de la dureté du rétrécissement, et alors encore ce procédé est sans valeur. En effet, si une bougie passe, l'urine passera, et il suffira d'augmenter graduellement le volume de ces instruments pour rendre au canal un diamètre suffisant. Si, d'ailleurs, une complication empêchait l'urine de sortir, on pourrait toujours substituer à la bougie une sonde élastique d'un pareil volume. Dans le cas où le rétrécissement serait tellement dur qu'il serait impossible d'augmenter le volume des bougies, il est évident qu'on pourrait encore moins faire glisser sur celle qui est déjà fortement étreinte, une sonde qui aurait nécessairement un volume beaucoup plus considérable.

Une autre affection où le procédé en question paraît au premier abord présenter quelque avantage, c'est l'hypertrophie de la prostate. Mais deux cas peuvent alors se présenter : on a ou l'on n'a pas essayé de sonder le malade. Si aucune tentative n'a encore eu lieu, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'introduire une sonde élastique à courbure fixe, d'un certain volume et bien arrondie à son extrémité. Son volume et sa flexibilité rendent presque impossible la production de fausses routes ; en raison de sa courbure, son bec tend constamment à se porter en avant, et élude ainsi l'obstacle qui se trouve presque toujours au bord postérieur du col de la vessie. Une bougie irait arc-bouter par sa pointe contre la face inférieure de l'opercule, et n'aurait pas assez de résistance pour le soulever.

Si le malade avait déjà subi des tentatives de cathétérisme, on aurait grandement à craindre l'existence de quelque fausse route ; car ce n'est ordinairement que quand il paraît du sang, que le chirurgien le premier appelé se décide à demander l'aide d'un confrère. Or, les fausses routes se trouvent le plus souvent à la face inférieure de l'opercule, dans la direction de la portion ascendante de l'urètre. Qu'arriverait-il alors, si l'on essayait l'introduction d'une bougie? C'est que celle-ci s'engagerait presque inévitablement dans la fausse route. Ici donc encore le procédé préconisé par Maisonneuve serait pour le moins inutile, et il faut recourir à ma sonde coudée dont la courbure courte et brusque permet à la fois d'éviter les fausses routes faites par des instruments moins courbés, et de refouler l'obstacle sans danger, puisqu'elle agit sur lui par son talon,

Si cependant, dans un cas difficile, le hasard avait voulu qu'une petite bougie pénétrât, on devrait essayer de faire glisser sur elle une sonde ; mais ce ne serait pour moi qu'un procédé tout à fait exceptionnel.

M. Delcroix reprend la parole et soutient que, loin de contester le moyen il l'approuve, mais seulement il pense que M. Maisonneuve en a beaucoup trop exagéré l'importance. Il s'étonne aussi de la guerre faite par M. Maisonneuve à l'arsenal des instruments ; car enfin il peut rencontrer un cas rebelle à son procédé, et alors il sera bien obligé d'avoir recours à ces instruments auxquels il répugne tant. En outre, M. Maisonneuve s'est trompé en disant qu'il n'avait parlé qu'au futur : son argumentation démontre le confraire.

M. Tessereau, répondant à M. Maisonneuve, insiste sur les difficultés souvent fort grandes que l'on éprouve à employer le moyen imaginé par M. Amusssat, parce que d'abord une bougie fine peut être arrêtée par des lacunes, par les replis de la muqueuse urétrale et le plus souvent par des brides et des rétrécissements alternes, et en admettant que cette bougie ait pu être introduite jusque dans la vessie, on n'est pas assuré que l'obstacle du canal permettra de lui substituer aussitôt une sonde élastique plus volumineuse ouverte par ses deux bouts.

Néanmoins, M. Maisonneuve mérite des remerciments pour avoir communiqué à la Société un moyen que beaucoup de médecins pourront trouver l'occasion d'employer.

Quant aux difficultés, elles sont si réelles, elles ont été si bien senties par M. Amussat, qu'il emploie depuis plusieurs années un autre procédé qui est à peu près l'inverse du précédent ; il consiste à franchir le rétrécissement avec une petite sonde droite d'argent, recouverte par une canule de même métal et dont l'extrémité dépasse celle-ci comme le poinçon d'un trois-quarts. Lorsqu'on est parvenu à conduire l'instrument au delà du rétrécissement, on retire la petite sonde, et la canule dans laquelle elle se trouvait placée restant dans le canal, on glisse dans son intérieur une bougie fine que l'on pousse avec la sonde, en ayant soin de ne pas l'enfoncer au-delà du point convenable ; on retire la canule et on laisse la bougie à demeure dans l'urètre. Plus tard, on peut substituer une bougie plus grosse en se servant d'une ou de plusieurs canules d'argent concentriques (cylindriques ou coniques) plus volumineuses. On comprend, en effet, qu'un instrument droit, inflexible, puisse être dirigé plus sûrement à travers des obstacles existant dans l'urètre, qu'une bougie fine qui se replie, et à laquelle on ne peut donner une direction invariable. Aussi M. Amussat a-t-il démontré il y a bien longtemps déjà, l'avantage incontestable du cathétérisme des rétrécissements de l'urètre avec des sondes droites, et a-t-il réussi dans certains cas à franchir des rétrécissements avec ses sondes-canules, alors que des bougies fines avaient été essayées inutilement.

M. Mercier demande de nouveau la parole.

Il est, dit-il, une remarque qu'on ne doit pas perdre de vue lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur des conducteurs métalliques. Ceux qu'on nous présente sont tous droits. Or le plus grand nombre des rétrécissements se trouvent à la courbure de l'urètre; il est évident qu'après les avoir franchis, l'extrémité de ces mandrins presse contre la paroi postérieure de la portion ascendante du canal. On est ainsi d'autant plus exposé aux fausses routes, que la tige se trouvant serré par le rétrécissement, il est difficile de distinguer la véritable cause de la résistance qu'on éprouve. M. Civiale cite un cas où une bougie fut ainsi poussée jusque dans le rectum.

J'ai imaginé il y a quelque temps déjà un moyen tout à fait innocent de franchir les rétrécissements rebelles, et qui jusqu'à présent ne m'a jamis failli. Je l'exposerai à la Société avec d'autant plus de confiance, que dernièrement dans le service de M. A. Bérard, il a permis à cet habile chirurgien de franchir, en quelques minutes, un rétrécissement qui lui avait déjà résisté à deux ou trois séances, et que ni M. Lallemand, ni M. Serre (de Montpellier) n'avaient pu traverser pendant six mois que le malade avait passés dans leur service. Plusieurs fistules au périnée sont résultées d'une crevasse de l'urètre.

Plusieurs fois témoin des dangers auxquels expose la sonde conique à laquelle on a ordinairement recours lorsque les bougies fines ne peuvent passer, voici les réflexions que je me suis faites.

Une bougie dont la pointe est engagée dans un rétrécissement n'est pas arrêtée seulement par ce qui reste à franchir, mais encore par l'étreinte qu'éprouve la portion de son cône déjà engagée. Ces deux résistances réunies venant à égaler la force que la roideur de l'instrument permet d'employer, il n'y a plus moyen d'avancer. Si l'on a recours alors à une bougie plus petite, on a, il est vrai, moins de frottements à vaincre ; mais aussi l'on ne peut mettre en œuvre qu'une force moindre. Si donc on prenait, au contraire, une bougie beaucoup plus grosse et à cône moins allongé, plus abrupt, ne pourrait-on pas dilater fortement la portion de rétrécissement déjà traversée, faire disparaître ainsi l'une des résistances et permettre à la petite bougie de franchir un nouvel espace qu'on dilaterait comme le premier, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on eût traversé le rétrécissement dans toute son étendue ?

Le succès démontra on ne peut mieux la justesse de ce raisonnement, et le fait cité plus haut fut une preuve des plus péremptoires.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon.

Sur les brûlures par le phosphore et sur les moyens d'y remédier ;
par le docteur Ratier, médecin du collége Rollin.

L'accident bien grave qui vient d'arriver à M. Barral, professeur de chimie au collége Sainte-Barbe, à Paris, et dont les journaux quotidiens ont entretenu leurs lecteurs, doit appeler l'attention des médecins sur les brûlures par le phosphore, et sur la manière particulière dont il convient de se conduire en pareil cas. Cela est d'autant plus utile à signaler, que cela ne se trouve dans aucun des ouvrages élémentaires que j'ai lus, et que d'un autre côté l'emploi du phosphore devient de plus en plus commun, tant pour la fabrication des allumettes dites chimiques allemandes, que par la diffusion des études et des manipulations chimiques.

On voit dans la relation de l'accident arrivé à M. Barral, qu'il a eu recours à l'eau seulement, et que nonobstant la brûlure continuait ses ravages. Il en devait être ainsi, puisque le phosphore attaché aux parties continua à brûler lentement, jusqu'à ce qu'il soit tout entier converti en un composé acide, qui, lui-même, est encore un caustique assez énergique. Il faut reconnaître que l'eau n'est qu'un impuissant palliatif, puisque d'une part on a que de l'eau non distillée, et que de l'autre la combustion n'est que suspendue par l'immersion ou par l'apposition de linges mouillés, quand même on emploierait de la glace.

Ce qui est vraiment nécessaire, c'est d'enlever le phosphore qui adhère aux parties vivantes, et qui, à la lettre, les brûle à petite feu. Or on ne peut y réussir qu'au moyen d'une substance qui dissolve le corps caustique, et cette substance est l'huile. Si M. Barral avait songé à ce fait, il aurait crié : de l'huile! de l'huile! au lieu de demander de l'eau, et il aurait éprouvé un soulagement prompt et complet.

J'ignorais cette petite spécialité thérapeutique, lorsqu'il y a une vingtaine d'années entrant chez mon ami le docteur Blache, je le trouvai qui venait de se brûler une main avec un briquet phosphorique. (Ces briquets consistaient en un petit tube de plomb contenant un peu de phosphore pur; on en prenait une parcelle sur l'extrémité d'une allumette qu'on froitait ensuite sur un bouchon pour l'enflammer.) M. Blache souffrait cruellement, sans que l'immersion de la partie brûlée dans l'eau froide, à laquelle nous ajoutâmes pourtant plusieurs livres de glace en quelques instants, le soulageât en aucune manière. Par bonheur pour tous deux, survint M. Guersant père, qui avec un linge imbibé d'huile nétoya les parties du phosphore qui y étaient adhérent. La douleur cessa, et la brûlure guérit promptement.

Cet enseignement ne fut pas perdu pour moi, lorsqu'en 1835, pendant une manipulation chimique à laquelle j'assistais, un de mes élèves, préparant de l'iodure de posphore, eut les deux mains fortement brûlées par le phosphore échappé de la cornue qui vint à se rompre, tout à fait comme dans le cas de M. Barral. L'huile mise en usage sans délai fut extrêmement utile, et le jeune homme en fut quitte à bon marché d'un événement qui pouvait avoir des suites très graves, en égard à la grande quantité de phosphore qui l'avait atteint.

Pelletier, de l'Académie des sciences, éprouva, dans la dernière année de sa vie, une brûlure aux deux mains par le phosphore, dans laquelle on n'eut pas recours à ce moyen ; il fut plusieurs mois à se guérir, et conservait encore, longtemps après, de la douleur dans les parties qui avaient été brûlées.

L'huile est une matière si commune qu'il est à peine nécessaire d'indiquer des succédanées ; cependant on peut dire qu'outre toutes les huiles fixes, on pourrait aussi au besoin employer les huiles volatiles, et même l'alcool.

REVUE GENÉRALE.

Accidents qui peuvent résulter de la manipulation des crins. — Les *Annales d'Hygiène* publient un travail du docteur Ibrelisle, sur les dangers auxquels sont exposés les ouvriers occupés à tirer, éplucher et battre les crins, travaux auxquels sont employés la plupart des détenus dans les prisons de Metz. Outre les inconvénients qui résultent de l'inspiration d'un air chargé d'une poussière ténue qui provoque la toux et irrite la muqueuse bronchique, les crins de qualité inférieure, venant des pays étrangers, ayant appartenu à des animaux morts de maladies contagieuses, déterminent souvent par leurs émanations la formations de furoncles, d'anthrax plus ou moins graves. Après avoir cité seulement quelques faits de furoncles simples survenus chez plusieurs de ces ouvriers, l'auteur rapporte en détail l'histoire d'un individu qui présenta d'abord des phénomènes semblables à ceux des sujets précédents, mais chez lequel il se développa bientôt une tumeur de nature charbonneuse à la région cervicale droite. L'affection locale était accompagnée des phénomènes généraux les plus violents. Une saignée générale, des boissons acidules et légèrement toniques, un pansement avec une pommade au précipité rouge, tel fut le traitement mis en usage Sous l'influence de cette médication, la gangrène cessa de faire des progrès, l'élimination de l'escharre se fit rapidement et le malade fut complétement rétabli au bout de vingt jours.

Après ce cas, qui remonte au mois de mai 1842, d'autres survinrent non moins graves, qui se terminèrent heureusement sous l'influence du même traitement. Des observations nombreuses qu'il a recueillies parmi les détenus de Metz (il a observé en fort peu de temps vingt-sept cas de ce genre), M. Ibrelisle a cru pouvoir déduire quelques considérations particulières sur la marche, la fréquence de cette affection, qui semble avoir été plus intense et plus rapide chez les sujets robustes et sanguins que chez les individus faibles et lymphatiques. Les vieillards et les enfants au-dessous de dix-sept ans en ont été exempts. Le travail auquel se livrent les prisonniers exerce sans nul doute une influence sur la production de ces affections furonculeuses

et charbonneuses. Mais comment se fait-il que les ouvriers de la ville, exerçant la même profession ne soient point exposés aux mêmes accidens? L'auteur a cru devoir signaler à l'autorité la cause de cette différence. Elle est toute entière dans les conditions hygiéniques parfaitement observées dans la ville, où la besogne la plus dangereuse se fait dans des ateliers bien aérés, bien spacieux, dont les croisées sont constamment ouvertes, conditions hygiéniques qui ne se rencontrent que rarement et difficilement dans les prisons.

Emploi du chlorure de sodium dans les maladies des yeux. — M. Tavignot a essayé l'usage du sel marim dans toutes les espèces d'ophthalmies du globe de l'œil et des paupières. Mais ce n'est que dans les ulcérations de la cornée qu'il en a retiré un avantage vraiment remarquable, et que ce topique s'est trouvé vraiment supérieur à tous les autres déjà connus.

Toutes les espèces d'ulcérations de cet organe que l'auteur a traitées par ce moyen, ont cédé plus ou moins promptement. M. Tavignot emploie ce sel en crayon, en pommade ou en collyre. En touchant les parties malades avec le sel cristallisé, on n'a pas à craindre de produire une eschare. L'effet obtenu est une stimulation assez vive et douloureuse, mais momentanée. La pommade se compose de 4,8, ou 16 grammes de sel pulvérisé pour 30 grammes d'axonge. Mais c'est surtout le collyre dont l'auteur fait le plus souvent usage. 15 grammes de sel sur 125 d'eau, pour les cas légers; le double et même plus pour les cas graves, en instillation entre les paupières. Ce moyen fait promptement cesser la photophobie.

Correspondance.

Paris, le 1er avril 1845.

Monsieur,

Le dernier article du compte-rendu de la Société médico-pratique, inséré dans votre numéro de samedi dernier, est consacré à la communication qu'a faite M. Maisonneuve à cette Société, d'un cas de fistule dentaire guérie par l'extraction d'une racine de dent. Cette extraction, que la perte de la couronne rendait difficile par les moyens ordinaires, a été opérée, d'après l'avis de M. Récamier, par la fracture de l'alvéole dans la longueur de la racine. Jusque-là nous ne voyons rien que de fort naturel; mais le rédacteur de l'article ajoute : « Cette opération est infiniment moins douloureuse que toutes celles que les dentistes pratiquent avec leurs instruments. »

Or, cette phrase pouvant faire supposer que le moyen employé par M. Maisonneuve nous est inconnu, je vous prie de me permettre de faire remarquer qu'il n'en est rien, et que cet honorable praticien n'a fait, en cela que se conformer au précepte que nous avons expressément formulé en ces termes, à la pag. 464, tom. II, de nos *Nouveaux éléments de la Science et de l'Art du Dentiste* :

« Enfin, si ce moyen ne réussissait pas, et qu'il y eût nécessité absolue à enlever la racine, il faudrait faire éclater l'alvéole à l'extérieur et achever l'extraction avec une pince courbe plus ou moins aiguë. »

Et ce qui prouve que le conseil s'applique parfaitement au cas indiqué par M. Maisonneuve, c'est que nous ajoutons immédiatement :

« Cette nécessité (de fendre l'alvéole) existe surtout quand la présence de la racine qu'on cherche à extraire est la cause de quelque grave désordre, comme d'une *fistule* s'ouvrant à l'extérieur, à travers l'épaisseur de la joue... »

Suivent plusieurs observations d'individus qui se trouvaient dans ce cas, entre autres celui d'un jeune homme qui nous fut adressé par Dupuytren.

Si, comme le pense avec raison M. Maisonneuve, ce procédé est appelé à rendre des services à la chirurgie dentaire, elle ne fera donc que jouir de ses propres œuvres. C'est seulement pour qu'il en soit ainsi que je vous prie d'insérer cette lettre dans l'un de vos prochains numéros.

Agréez, etc.,

DESIRABODE.
Chirurgien-Dentiste.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'efficacité du nitrate d'argent cristallisé dans les cas de diarrhée des enfants; par M. le docteur HENOCH, de Berlin.

On a conseillé, en France, l'emploi du nitrate d'argent cristallisé, tant à l'intérieur que sous forme de lavement, pour combattre la diarrhée des enfants. Ce moyen n'est pas nouveau, toutefois; car des médecins américains l'ont fortement recommandé contre la diarrhée profuse qui se manifeste si souvent dans le cours du typhus.

M. le docteur Romberg, professeur de clinique à Berlin, emploie ce médicament avec le plus grand succès dans les cas de diarrhée, soit aiguë, soit chronique, chez les enfants. Il a ordinairement recours à la formule suivante pour son administration :

Nitrate d'argent cristallisé,	25 à 50 milligrammes.
Eau distillée,	Q. S.

F. dissoudre S. A., puis ajouter :

Mucilage de racine de salep,	75 grammes.
Sirop diacode,	15 grammes.

M. exactement.

Pour une mixture; dont on donne quatre fois par jour, d'une cuillerée à café à une petite cuillerée à bouche.

Comme cette mixture prend, sous l'influence de la lumière, une teinte foncée, il convient d'en prévenir les parents : il serait peut-être préférable de la faire renfermer de prime abord dans un flacon à parois opaques.

Formule d'une pommade contre les eaux aux jambes; par M. DEBEAUX, médecin vétérinaire.

Poudre de noix de galle,	30 grammes;
Sulfate de zinc,	30
Sulfate de cuivre,	30
Litharge,	30
Sous-acétate de cuivre,	30
Miel,	Q. S.

M. et F. S. A. un mélange parfaitement homogène.

Nota. On peut remplacer le miel par l'acide acétique.

M. Debaux s'est toujours servi de cette composition avec avantage, même pour les eaux aux jambes les plus anciennes.

— *La cuisine de l'Hôtel-Dieu.* Les prescriptions de la loi récente sur la chasse ont amené à la cuisine de l'Hôtel-Dieu de Paris, un phénomène assez inusité pour les habitants de cet établissement. L'autorité municipale venait de faire des captures considérables de gibier chez des marchands de comestibles. En même temps, les vigilants argus surprenaient aux barrières une multitude de paniers pleins de volatiles et de quadrupèdes sauvages, que des spéculateurs avaient essayé de faire entrer dans la capitale sous de fausses adresses de personnes à hauts titres. L'administration des hôpitaux a reçu aussitôt des mains de la police tous ces objets dont le nombre s'élevait à 120 douzaines d'oiseaux (bécasses, faisans, perdrix, grives, etc.), plusieurs centaines de lièvres et bon nombre de chevreuils. Les convalescents de l'Hôtel-Dieu ont été de suite appelés à l'*éplumage* de ce somptueux présent, et les cuisiniers se sont crus un instant transportés dans les cavaux de M. Rotschild ou des Tuileries. Ce repas extraordinaire a été nuisible à presque tous les malades qui en ont fait usage; ils ont eu des indigestions, des coliques intenses; la plupart ont vomi, et le résultat a prouvé que de semblables présents seraient plus utilement adressés aux prisons, aux bureaux de bienfaisance pour les pauvres bien portants, ou, mieux encore, aux casernes occupées par les défenseurs de la patrie ! (*Annales de Thérapeutique.*)

NOUVELLE PRÉPARATION MÉDICINALE. — SIROP D'HYPOSULFITE DE SOUDE.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 AVRIL 1845. (18e ANNÉE.) N°. 44. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des kystes de l'ovaire.

L'ovaire est à peu près le seul organe dans lequel on rencontre cette forme d'hydropisie à laquelle on a donné le nom d'hydropisie enkystée. Partant, les hydropisies enkystées sont à peu près l'apanage d'un seul sexe. On ne peut mettre de bornes à la puissance de l'organisme; mais c'est moins d'après la possibilité que d'après l'observation des faits, que l'on doit étudier la médecine. Il y a bien quelques exceptions rares. On n'est pas sans rencontrer quelquefois des hydropisies enkystées des reins; mais ces cas, nous le répétons, sont peu fréquents, et ce n'est point avec ceux-là que l'on constitue la science. *Rara non sunt artis.* Nous ne sachions pas que jamais on ait pris un kyste des reins pour une hydropisie ascite, comme nous verrons qu'on l'a fait pour les kystes de l'ovaire. Ne recherchons donc pas avec tant de soin les faits exceptionnels, et n'ajoutons pas aux difficultés déjà trop nombreuses qui se rencontrent à chaque pas.

Nous admettons donc comme un fait démontré et généralement incontesté, celui-ci, que l'hydropisie enkystée est une maladie propre à la femme, et que parmi les organes de la femme, c'est l'ovaire qui en est le plus souvent le siége. On a quelquefois trouvé une hydropisie du ligament large; mais dans la plupart des cas, les désordres étaient tels, et la compression des parties si grande, que l'on est souvent resté dans le doute sur la question de savoir si l'on n'avait point affaire à une hydropisie enkystée de l'ovaire, dans laquelle les rapports des organes entre eux étaient un peu détruits. On pourrait, à la rigueur, admettre qu'un ovule ovarique, accidentellement arrivé dans un point qu'il ne doit pas occuper à l'état normal, s'y serait développé et aurait acquis un développement énorme. Cette hypothèse ne répugne nullement. Mais il nous paraît plus vraisemblable, et nous nous prononçons d'après l'observation, que l'hydropysie enkystée, chez la femme, est presque toujours, sinon toujours, celle de l'ovaire.

Quelle est la raison de cette fréquence? La réponse est bien simple. L'ovaire se compose de plusieurs loges, et plusieurs d'entre elles, ou une seule, peuvent contenir le liquide, dont la collection constitue la maladie. Tantôt le kyste est uniloculaire; c'est celui, disons-le en passant, qui imite le mieux l'hydropisie ascite. D'autres fois, il sera multiloculaire, lorsque l'on viendra à inciser l'organe malade, l'on sera tout surpris de trouver des tumeurs de forme et de structure bien différentes. C'est une seule tumeur, si l'on veut, mais formée d'éléments divers, et qui a pour siége des organes complexes, dans lesquels se développent des dégénérescences diverses. Ainsi, il y a dans la disposition de l'ovaire, dans ce fait, qu'il est formé par un grand nombre de loges, une disposition anatomique toute spéciale, et tous les éléments des circonstances qui favorisent la formation des hydropisies enkystées.

Nous venons de dire que l'hydropisie enkystée de l'ovaire pouvait être uniloculaire ou multiloculaire. Nous avons dans nos salles des exemples de cette affection présentant les deux variétés.

L'une de nos deux malades, couchée au n° 8 de la salle St-Bernard, a le ventre énormément développé, mais conservant de la régularité. On constate une fluctuation très manifeste; la maladie présente tous les caractères d'une ascite. L'autre, couchée au n° 27 de la même salle, a dans le ventre une tumeur saillante, bosselée, sans fluctuation aucune, dure, au contraire, et résistante. A première vue, on serait tenté de croire qu'aucun rapprochement n'est possible entre ces deux affections. Nous allons essayer de vous prouver qu'il est facile d'en établir.

Anatomie pathologique. — Les conditions anatomiques de ces deux formes de maladies de l'ovaire sont très différentes, et pour cela nous devons appeler votre attention sur les altérations pathologiques que révèle l'autopsie.

Chez les femmes qui ont un kyste uniloculaire, on trouve dans l'abdomen une enveloppe séreuse très mince, qui recouvre le péritoine, se moule sur ses replis, et même échappe quelquefois à l'œil de l'observateur. Je me rappelle qu'il y a vingt ans environ, une femme succomba à l'hôpital de la Charité, dans le service dont j'étais alors chargé, présentant une hydropisie ascite des mieux caractérisées. A l'ouverture de l'abdomen, une énorme quantité de liquide s'écoula, et l'on aperçut tous les organes de cette cavité dans leurs rapports normaux. Nous ne pensâmes nullement qu'il pût y avoir hydropisie enkystée. Rien ne dénotait l'existence d'une altération de ces organes; mais voilà qu'en examinant de plus près les viscères abdominaux, une membrane séreuse très diaphane se laisse soulever dans un point; on en poursuit la dissection avec les plus minutieuses précautions, on la détache en totalité, et l'on arrive à la partie inférieure de l'abdomen, où l'on trouve les autres parties de l'ovaire formant comme un appendice sur la poche principale. Ce n'était qu'une des loges de l'ovaire, devenue le siége d'une collection de sérosité, et considérablement distendue. La ténuité du kyste était si grande qu'il passait inaperçu, si le hasard n'en eût point fait détacher un point.

L'enveloppe du kyste uniloculaire est en général très mince; elle est souvent mais non cependant toujours transparente. Dans les kystes multiloculaires, les parois acquièrent quelquefois une grande épaisseur, et cela seul suffit déjà pour constituer une différence notable. Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires ressemble, dans un grand nombre de cas, au liquide séreux contenu dans la cavité du péritoine; il est transparent, d'une couleur à peine jaune-verdâtre, et souvent tient en suspension quelques flocons blanchâtres. Il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque l'on fait la paracentèse, on voit, dans certains cas, sortir de l'abdomen un liquide d'une autre nature, d'une couleur chocolat, d'un brun foncé. Cette coloration a une valeur bien grande pour le diagnostic; chez la malade placée au n° 8 de la salle Saint-Bernard, le liquide extrait de l'abdomen par la ponction présentait cette teinte anormale; ç'a été pour nous un indice précieux et une grande probabilité que ce n'est pas dans le péritoine mais dans un kyste qu'existe l'épanchement.

L'examen anatomique des parties solides ne présente pas moins de différences dans les deux variétés des kystes ovariques. Presque toujours dans les kystes multiloculaires, il existe des différences entre les loges qui se touchent. Chacun des compartiments présente des conditions dissemblables, dans quelques points. Dans l'un, c'est un liquide trouble, rougeâtre, plus ou moins foncé, rarement purulent; d'autres fois il est simplement louche, d'autres fois enfin transparent. On y trouve fréquemment une substance caillebottée demi-liquide, analogue à de la crème, à du fromage mou, blanchâtre. On y a rencontré des dégénérations cartilagineuses, osseuses même, des portions de matières pileuses; dans cette dernière circonstance, on a été conduit à penser qu'il y avait eu grossesse extra-utérine, et que ces productions étaient des débris de l'embryon développé dans l'ovaire. Il est une forme très rare de kyste de l'ovaire, et que je n'ai rencontrée qu'une fois. Une femme à laquelle je donnais des soins, et qui avait des pertes utérines très fréquentes et très abondantes, succomba aux progrès de la maladie dont elle était affectée, et qui était accompagnée de douleurs abdominales extrêmement vives; à l'autopsie, nous trouvâmes le ventre rempli d'une sorte de gelée transparente, qui semblait contenue dans le péritoine lui-même. Un examen attentif fit découvrir une enveloppe formée par une membrane très fine, transparente. C'était un kyste multiloculaire de l'ovaire, présentant des loges séparées par des cloisons transparentes aussi; la substance contenue dans les loges était semblable à une gelée tremblotante incolore. Cette variété est tellement rare, que nous ne l'avons vue indiquée dans aucun auteur.

Les kystes de l'ovaire contiennent surtout des matières solides ou liquides, avec de grandes variétés de coloration et de consistance. Il est peut-être sans exemple que l'on y rencontre des gaz, au moins primitivement; mais quelquefois, lorsque l'on a pratiqué la ponction, des gaz ont pu s'y dévelop-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Grand mariage manqué. — M. Dubois (d'Amiens) officier de l'état civil. — Empêchements. — Stipulation des intérêts — La médecine et la philosophie. — Un aveugle et son bâton. — La partie et la médecine. — Remercîments.

« Il faut unir la médecine à la philosophie, « disait, mardi dernier, M. Dubois (d'Amiens). Il proclamait ces grands mots d'un air magistral, avec toutes les allures d'un officier de l'état civil qui procède à un mariage; rien n'y manquait, que l'écharpe, et les conjoints allaient être solennellement unis par sa voix, lorsque M. Ferrus a fait connaître des empêchements légitimes. Les papiers n'étant pas en règle, la cérémonie a été différée.

Ce retard nous donne le temps d'examiner s'il y a possibilité de faire ce mariage de raison; car, entre gens d'âge si respectable que la médecine et la philosophie, il ne peut être question d'amourettes.

Stipulons d'abord les intérêts. Vous, philosophie, qu'apportez-vous en dot?

— J'apporte l'amour et la connaissance de la sagesse.

— A votre âge, cela ne m'étonne pas. Mais cette prétention tout étymologique, la justifiez-vous par quelque chose de moins abstrait et de plus positif?

— Que dites-vous! Ecoutez plutôt les vingt-deux mille six cents définitions qu'on a données de moi: Science évidente et distincte des choses par leurs causes et leurs effets; — science qui a pour objet la connaissance de l'esprit humain; — combinaison et comparaison des idées; — étude des choses; — application de la raison aux objets qu'elle peut embrasser; — art de bien vivre; — médecine de l'âme; — écho de la vertu; — raison du juste; — recherche de la vérité; — connaissance générale des causes et des effets; — caractère de raison droite qui rapporte chaque chose à des principes clairs; — méditation de la mort; — étude de la nature et de la morale, fondée sur le raisonnement; — art d'éclairer et d'améliorer les hommes; — bon sens éclairé par l'expérience; — étude du vrai bonheur... — application...

— Ouf! assez, de grâce; je vous tiens quitte du reste, et ne vous demanderai pas s'il est une seule de ces définitions qui réponde au programme de l'un de vos enfants, de Socrate, qui disait que « toute doctrine philosophique ne doit être estimée qu'autant qu'elle est professée même par les marchands d'herbes, » ce qui m'a paru toujours un peu exigeant de la part du divin fils de Sophronisque. Mais enfin, cette sagesse qui est la philosophie, ou la philosophie qui est la sagesse, comment l'entendez-vous?

— J'ai sur ce point deux ou trois mille manières de parler. Pour ne citer que les principales, l'un vous dit que la sagesse, c'est la vertu; l'autre, que c'est le plaisir; un troisième, que c'est le doute; un quatrième, que c'est plus que le doute, que c'est le scepticisme absolu; un cinquième, que c'est le silence des passions; un sixième, que c'est leur satisfaction mesurée; un septième, que c'est l'amour de Dieu et du prochain: un huitième, le mépris de toute intervention divine et l'éloignement pour les hommes; un neuvième, la règle de l'âme; un dixième, l'affranchissement de toute opinion spiritualiste; un onzième, la raison perfectionnée par l'éducation; un douzième, l'état de nature; un treizième. .

— C'est bien assez de la douzaine!... Mais je vous avoue que je ne vois pas bien clairement en quoi toutes ces choses, tant soit peu disparates, pourront être utiles dans votre ménage avec la médecine.

— M. Dubois (d'Amiens), qui est le grand entremetteur de ce mariage, vous l'apprendra sans doute. D'ailleurs, en décomposant les diverses parties dont je suis formée, c'est bien le diable s'il n'en est pas une par laquelle je puisse plaire et être utile à ma prétendue. Voyez, en effet, je suis la théodicée...

— La médecine n'a pas grand'chose à faire de l'étude de la justice et des attributs de Dieu.

— Je suis la morale........

— Les médecins, comme les autres hommes, ont besoin sans doute de connaître leurs devoirs envers les autres et eux-mêmes, mais à la médecine science, quel appui peut prêter la morale?

— Je suis la politique......

— Guy-Patin, un des nôtres, la définissait: *Ars fallendi homines.*

— Je suis l'esthétique......

— Science fort agréable, mais utile tout au plus au professeur d'anatomie de l'Académie des beaux-arts.

— Je suis l'idéologie......

— Vous savez le cas qu'en faisait l'empereur? Et M. de Bonald donc, un des vôtres: Idéologie, disait-il! science stérile, travail de la pensée sur elle-même, qui ne saurait produire!

— Je suis la grammaire, la logique.....

— A la bonne heure! par ce côté vous pourrez rendre quelques services à la littérature et à la philosophie médicales, qui ne respectent pas toujours l'une et l'autre.

— Je suis aussi l'économie politique......

— Laquelle? Il y en a autant qu'il y a de peuples et d'écrivains qui l'enseignent.

— Je suis, enfin, la psychologie......

— Bien à tort, je vous assure, car la psychologie n'est-ce pas la physiologie du cerveau? Et cette physiologie, comment pouvez-vous la connaître, vous qui ne vous êtes pas même enquis de la structure de l'organe?

Tout compte fait, je ne vois pas vraiment que vous soyez un si beau parti pour la médecine. Lui apportez-vous une méthode nouvelle, des principes et des lois sur lesquelles elle puisse se constituer? Et ces principes et ces lois auront-ils l'assentiment commun et irrésistible? D'ailleurs, ces projets de mariage sont loin d'être nouveaux; de tout temps il en a été question, et si l'union n'a jamais été légitime, toujours il a existé une sorte de concubinage d'où sont provenus une infinité de bâtards, vitalisme, animisme, chéméiatrie, mécanisme, etc., qui ont terni la noble origine de la médecine, née de parents fort nobles et fort respectables, l'observation et l'expérience.

Unir la philosophie à la médecine! grands mots vides de sens! De quelle philosophie parlez-vous? Est-ce le pur spiritualisme de Kant ou l'éclectisme de M. Cousin? Est-ce l'école écossaise ou de Condillac? de M. de Maistre ou d'Epicure? de Platon ou de Fourrier? de Démocrite ou de Leucippe?

Unir la médecine à la philosophie! quelle médecine voulez-vous dire? où est-elle constituée en corps de doctrine et formulée en lois reconnues de tous? Pour ne parler que de la confusion babélique qui règne à cette heure, qu'est ce que vous voulez unir à la philosophie? Est-ce l'organicisme des uns, le dynamisme des autres, le numérisme de ceux-ci, la médecine exacte de ceux-là, l'hématologisme, l'hippocratisme, le micrographisme, le dualisme, l'unitarisme, l'éclectisme ou le nihilisme du plus grand nombre?

La philosophie! Mais c'est elle qui toujours a égaré la médecine. — Un aveugle avait un bâton avec lequel il se guidait assez bien; arrive un mauvais plaisant qui lui fait croire que son bâton est inutile, et qui lui met entre les mains une lanterne. Le pauvre aveugle trébuche à chaque pas, se perd en chemin et ne retrouve plus son gîte. Rendez-moi mon bâton, s'écriait-il avec douleur! — C'est notre histoire mot pour mot. L'aveugle, c'est la médecine qui, avec le bâton de l'observation qu'Hippocrate avait mis dans ses mains, serait parvenue à se guider avec quelque assurance. De mauvais plaisants lui parlèrent de philosophie; c'est là la lanterne, et encore est-elle sans lumignon, qui la dévia de son chemin, la fit se heurter contre toutes les rêveries de ceux qui se disaient philosophes, et l'imprégna de toutes ces doctrines hétérogènes, au milieu desquelles s'est perdue la noble et mâle simplicité de son origine. Rendez-lui son bâton, rendez-lui son bâton!

Voilà le petit discours que je ferais aux futurs si j'étais appelé au contrat. J'ajouterais qu'entre la philosophie qui n'apporte rien et la médecine pas grand'chose, il ne peut exister qu'un très mauvais ménage; que, quoique ces sciences soient aussi anciennes que le monde,

per, que les kystes fussent à une seule ou à plusieurs loges. Nous avons eu occasion d'observer une femme atteinte de cette maladie, chez laquelle la percussion nous avait fait constater de la résonnance. Une ponction faite quelques jours auparavant, avait fourni du pus. A l'autopsie, on trouva, en effet, des gaz renfermés dans un des kystes, et voici comment ils s'y étaient produits. Il y avait eu des symptômes de perforation intestinale, mais ces symptômes avaient été trompeurs, et il n'existait point de lésion du tube digestif. La formation des fluides gazeux était le résultat de l'altération du pus et de sa décomposition putride. Peut être aussi, peut-on supposer que cette décomposition du pus a reconnu pour cause le contact de quelques bulles d'air qui se seraient introduites pendant la ponction dans la cavité du kyste.

Nous n'avons encore rien dit de leur grandeur. Quand ils commencent, ils n'ont qu'un très petit volume; leur accroissement est, en général, assez lent; mais ils peuvent devenir énorme, principalement quand ils sont peu nombreux. Les plus volumineux sont les kystes uniloculaires. Relativement au siége, mêmes différences. Ils sont d'abord limités à la région ovarique; bientôt ils s'étendent de proche en proche, et finissent par gagner la ligne médiane. Lorsqu'on examine une femme qui présente depuis un certain temps déjà une affection de ce genre, il devient souvent à peu près impossible de déterminer quel est le côté par lequel a commencé la tuméfaction de l'abdomen, et dans quel ovaire siége la maladie, surtout si le volume de la tumeur est considérable. Chez la malade du n° 8 que nous avons en ce moment dans notre service, il est naturel de penser que le siége primitif de la maladie peut être déterminé par l'examen du rectum et du vagin. La cavité pelvienne renferme une tumeur qui a divisé l'utérus du côté gauche. A droite, on la sent dure, résistante, et sur elle le museau de tanche semble être comme accolé. Cette disposition pathologique de l'utérus indique clairement que la tumeur occupe le côté droit, et nous regardons comme un fait certain le début de l'ovaire droit.

A ce propos, disons en passant, que l'on range dans la catégorie des kystes uniloculaires ceux qui en réalité sont composés de plusieurs loges, mais qui sont ainsi disposés, qu'une seule loge beaucoup plus développée que les autres, semble les absorber. Chez la malade dont nous vous entretenons, bien que le kyste remplisse maintenant la totalité de l'abdomen, et qu'il soit impossible par un simple examen intérieur de décider de quel côté la tumeur s'est primitivement développée, l'examen par le vagin et le rectum fait manifestement reconnaître que c'est l'ovaire droit qui seul est affecté, et tout nous porte à croire qu'il existe une cavité plus développée que les autres, tandis que d'autres petits kystes moins volumineux occupent les loges inférieures.

Chez cette malade encore, il y a eu dans le développement progressif de l'affection, des circonstances différentes de celles que l'on observe ordinairement, et dignes d'être notées. Il est rare, dans la marche des kystes uniloculaires, que le ventre une fois tuméfié, diminue de volume par suite de la résorption du liquide épanché. Or, cette femme nous dit qu'il y a cinq ans environ, son ventre devint très volumineux, puis qu'au bout de trois mois il diminua tout d'un coup, et reprit ses dimensions normales. Ce n'est que depuis deux ans qu'il a recommencé à prendre de l'accroissement. Si ce qu'elle nous dit est vrai, et nous n'avons pas lieu de suspecter sa véracité puisqu'elle n'y trouverait aucun intérêt, il y aurait donc eu résorption du liquide primitivement épanché. Cette circonstance est une de celles que l'on rencontre quelquefois dans l'hydropisie ascite. Ne pourrait-on se demander si par hasard la tumeur développée dans la région ovarique droite, mais peu volumineuse encore à cette époque, n'aurait pas en effet déterminé un épanchement péritonéal qui se serait résorbé entièrement, en raison de causes qu'il ne nous est pas donné d'apprécier?

On peut comprendre l'affection actuelle soit par l'existence d'un kyste beaucoup plus volumineux que les autres et qui remplit le ventre en entier, soit en admettant l'existence d'une hydropisie symptomatique. Une particularité assez curieuse encore est celle-ci. La malade était sous-maîtresse à Saint-Denis. Il y a deux ans, elle fut examinée par plusieurs médecins et chirurgiens de cette localité. Si le rapport qu'elle fait est véridique, il y aurait pour nous un motif de plus de supposer qu'il y a un kyste ovarique. Les consultants avaient dit, affirme la malade, qui a une intelligence développée et paraît avoir la mémoire très présente, que le museau de tanche est appliqué contre la tumeur derrière la symphyse du pubis. Aujourd'hui ce n'est plus derrière la symphyse du pubis qu'on le rencontre; il est dévié à gauche, et peu distant de la paroi latérale du bassin. Il est à la rigueur possible et nous pouvons admettre que depuis deux ans la position des parties ait changé; mais jamais, dans aucune affection de l'utérus, l'orifice de cet organe ne se trouve porté derrière la symphyse pubienne. Ce n'est que lorsqu'il y a maladie de l'ovaire que pareille chose peut survenir. Cette raison est encore une de celles qui nous portent à supposer qu'il y a chez cette femme maladie de l'ovaire, et datant déjà de longtemps.

La disparition momentanée de l'hydropisie est bien un motif de doute; mais si elle est rare, elle n'est pas tout à fait impossible. En faveur de notre opinion militent plusieurs circonstances, la manière dont la maladie a débuté, la position du col de la matrice. Un phénomène d'une grande valeur encore dans le diagnostic; c'est celui-ci: qu'il y a eu même temps constipation et besoin plus fréquent d'uriner. Ce symptôme était déjà connu des anciens auteurs, et Morgagni l'avait mentionné. Depuis quelque temps la malade a un peu maigri, quoique la santé générale paraisse assez bonne.

Par l'analyse de tous les caractères que nous venons de passer en revue devant vous, nous arrivons à ce résultat, que par presque tous ses signes la maladie se rattache à une affection de l'ovaire. L'hydropisie ascite entraîne, dans l'immense majorité des cas, des désordres très considérables dans l'état général de l'économie; désordres dont on se rend facilement compte par l'affection organique qui la détermine, et qui attaque un organe ou un appareil d'organes nécessaires à la vie, L'hydropisie enkystée de l'ovaire n'entraîne que peu de troubles dans la santé générale.

Un signe précieux encore et que nous ne devons pas omettre, c'est que dans l'hydropisie ascite les intestins et l'estomac surnagent un liquide péritonéal; tandis que dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire les parois membraneuses du kyste les repoussent en haut et en arrière. Dans le premier cas il y a sonoréité, dans le second matité complète.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Esquinancie. OEdème de la glotte. Trachéotomie. Guérison.

Pageot, âgé de dix-huit ans, maçon, est entré le 1er février 1845, dans le service de M. Puche, pour y être traité d'une balano-posthite ulcéreuse. Cette affection, caractérisée par une simple érosion du gland et de la face interne du prépuce, peut être néanmoins, dans quelques cas, de nature syphilitique, et elle fournit alors un pus virulent et inoculable aussi bien que le chancre le mieux caractérisé. L'inoculation, seul moyen rigoureux de diagnostic, dans ce cas particulier, a été pratiquée par M. Puche chez le malade qui fait le sujet de cette observation: elle a donné un résultat négatif. Du reste, la balano-posthite ne s'est compliquée ultérieurement d'aucun symptôme syphilitique; elle a suivi la marche des ulcérations simples, et elle était déjà en voie de guérison, lorsque le malade a été pris, le 23 mars, d'une légère esquinancie. Cette nouvelle maladie n'offrit aucune gravité à son début et pendant les trois jours qui ont suivi celui de son invasion; elle ne s'est accompagnée que d'un peu de gêne de la déglutition. Le malade n'avait pas de fièvre. Il mangeait avec assez d'appétit.

Le 27 mars, dès le matin, le malade a ressenti un peu de malaise fébrile; il a refusé de manger et il a pris seulement un peu de bouillon à dix heures. A la gêne de la déglutition est venue se joindre une légère dyspnée. A quatre heures du soir la dyspnée a augmenté tout à coup d'une manière notable, et une demi-heure après il y avait déjà orthopnée manifeste. C'est à ce moment là que j'ai été appelé.

Voici les phénomènes que présentait le malade: Il est assis sur son séant et fait des efforts inouïs pour inspirer l'air qui pénètre avec un sifflement très bruyant; il ne peut s'exprimer qu'à voix très basse et par des paroles entrecoupées par les efforts inspiratoires. L'expiration se fait sans difficulté. On voit, au fond de la gorge, les amygdales légèrement tuméfiées, et la muqueuse qui les recouvre, ainsi que celle du pharynx et de l'isthme du gosier un peu rouges. L'état de ces parties ne rend nullement compte des symptômes que présente le malade.

En portant profondément le doigt dans le pharynx, on trouve en arrière de la base de la langue, au niveau des ligaments et des replis aryténo épiglottiques, une tumeur molle, cédant à la pression. Cette tumeur, incisée avec la pointe d'un bistouri, il ne s'en écoule d'autre liquide que deux ou trois gouttes de sang que le malade rejette avec la salive. La suffocation devenant de plus en plus imminente, j'ai fait appeler M. Ricord. Il est arrivé à six heures.

A ce moment le malade avait la face violacée, les extrémités froides, le pouls très fréquent, très petit, les pupilles énormément dilatées. M. Ricord, après avoir constaté l'existence de la tumeur qui formait l'obstacle à la respiration, jugeant la mort par suffocation inévitable et prochaine, s'est décidé à pratiquer la trachéotomie.

L'incision a été faite sur la membrane crico-thyroïdienne et sur le cartilage cricoïde. L'opération a été habilement exécutée et heureusement terminée. Les lèvres de la plaie ont été tenues écartées au moyen d'agrafes en fil de fer recourbées en crochet et fixées, par un ruban de fil, derrière le cou.

La respiration s'est établie sans difficulté par l'ouverture faite à la trachée. Une heure après l'opération le malade dormait paisiblement.

Trois heures après, M. Ricord est revenu voir le malade. Le pouls s'était relevé; il était plein, large, d'une fréquence médiocre. M. Ricord a ordonné une application de douze sangsues (six de chaque côté au niveau des jugulaires). Après la chute des sangsues l'écoulement de sang a été arrêté. Le reste de la nuit s'est passé sans accident.

Le lendemain 28, le malade a été transporté dans le service de M. Ricord. La journée a été bonne. Le soir il est survenu un léger mouvement fébrile. Le malade a toussé toute la nuit. Il n'a pu s'endormir convenablement; il s'est seulement assoupi pendant des intervalles assez courts.

Le 29 au matin, il y a un peu moins de fièvre; la toux continue. Quelques râles sibilants et rouflants dans la poi-

---

elles ne sont pas encore nubiles, et que leur mariage, ou sera infécond, ou ne donnera lieu qu'à des enfants contrefaits et monstrueux. Dans la dernière séance de l'Académie de médecine où M. Dubois (d'Amiens) voulait à toute force conclure le mariage, M. Ferrus, avec beaucoup de bon sens et de verve et d'esprit, a montré que cette affaire est impossible. Pour mon compte et quant à présent, je refuse mon consentement.

— Voici qu'on parle de nouveau de la création de quelques pairs parmi les médecins. Je suis porté à croire que ce bruit s'éteindra stérilement comme les autres. Un médecin de mes amis, M. Amédée Latour, vient de publier sur ce sujet, et dans un journal destiné aux gens du monde, un article qu'il me permet de reproduire ici:

La Médecine et la Pairie.

« A une époque aussi essentiellement utilitaire que la nôtre, alors que toutes les facultés de l'intelligence humaine semblent ne plus suivre qu'une direction, ne manifester qu'une tendance, n'aspirer qu'à un seul but, l'amélioration de l'existence matérielle; alors que l'on demande à toutes les sciences de légitimer la considération qu'elles convoitent par des applications pratiques et générales à tous les arts de commander l'estime et la reconnaissance par des résultats appréciables et utiles, on a lieu d'être surpris que, de toutes les sciences, la science le plus directement utile à l'homme ne soit pas en première ligne dans la considération des hommes; que, de toutes les professions, celle qui rend les services les plus fréquents, les plus directs, que la profession la plus indispensable à la société n'obtienne pas de la société une plus grande estime et de plus grands honneurs.

» Cette science, c'est la médecine; cette profession, celle du médecin.

» Nous ne consentirons à dépouiller la science médicale de la suprématie que nous lui accordons sur toutes les sciences, qu'à la condition qu'on nous démontrera que la santé n'est pas le premier et le plus grand des biens, des bonheurs, des richesses; nous ne donnerons à toute autre profession le premier rang que nous attribuons au médecin qu'après qu'on nous aura prouvé qu'il existe une autre profession qui, saisissant l'homme dans son germe, l'assiste à sa naissance, le surveille dans sa périlleuse enfance, le protége et le guide dans les crises de son adolescence et de sa puberté, le conseille à l'âge adulte, le console et le soutient dans sa vieillesse, lui procure, en un mot, dans toutes les phases de sa vie, des secours, des conseils, des consolations.

» La philosophie et la religion, ces nobles et austères nécessités de l'homme, lui imposent la vertu, la tempérance, la sobriété et tous les devoirs de l'état social, à un point de vue de morale et de sentiments élevés auquel les natures d'élite seules peuvent atteindre. C'est une flétrissure de l'âme qu'elles infligent à ceux qui oublient ces devoirs; c'est la faute, c'est le péché, qui légitimeront pour l'âme, dépouillée de son enveloppe périssable, une punition sûre, mais plus ou moins tardive.

» La médecine aussi dit à l'homme: Sois vertueux, chaste, tempérant; mais, s'adressant à ses instincts les plus vivaces, à ses sentiments les plus nécessaires et aussi les plus généraux, elle ajoute: car le vice, l'intempérance, les appétits grossiers satisfaits sans mesure, c'est la dégradation physique, c'est la maladie et la douleur, c'est la souffrance et la mort.

» Sous quelque point de vue qu'on envisage notre belle science, quelque comparaison que l'on veuille établir entre notre noble profession et toute autre, dans les idées utilitaires et pratiques de l'époque, comme dans les sentiments élevés de la morale et des vertus publiques et privées, aucune science, aucune profession, ne nous paraît plus digne d'estime et de respect.

» Cependant, nous avons regret de le dire, dans les sphères élevées de la société on paraît ne pas comprendre ainsi le degré d'honorabilité de notre science et de notre profession. Le médecin ne joue pas dans les choses publiques, et cela par des empêchements peu légitimes, mais réels, le rôle que son caractère humanitaire, sa connaissance profonde du cœur humain, de ses écarts, de ses passions, de ses instincts généreux comme de ses aberrations nuisibles, son étude des besoins de l'homme, de ce qui lui est contraire ou profitable dans l'air, les lieux et les eaux, le rendaient si complétement apte à remplir.

» Ainsi, plusieurs fois depuis quelques années, il a été question d'investir un médecin du titre de pair de France. Dans une occasion, il paraît même que la nomination de M. le docteur Double, que la science et la pratique ont eu le malheur de perdre récemment, était à peu près décidée. Mais on imposa à notre digne confrère une condition vraiment singulière: il devait, en entrant au palais du Luxembourg, renoncer à l'exercice de la profession médicale; on consentait bien à honorer le médecin par un titre élevé, mais sous la réserve qu'il ne pratiquerait cet art auquel on désirait rendre hommage. Cette contradiction était patente; c'était de plus, et c'est ainsi que M. Double l'a compris, une sorte d'outrage à cette profession dont il était un des plus honorables représentants; aussi M. Double refusa-t-il l'honneur qu'on voulait faire à sa personne par une injure à notre profession.

» La chambre des pairs est accessible à toutes les gloires, à toutes les illustrations; le poète, le guerrier, le savant, le magistrat, l'industriel, y peuvent prendre place; mais a-t-on dit au poète: Votre nom ne devra plus être jeté aux acclamations populaires après une œuvre dramatique éclatante; au guerrier: La patrie n'a plus besoin de votre épée; au savant: Vos investigations dans le vaste domaine de la nature doivent avoir un terme; au magistrat: La justice n'a plus besoin de vos lumières; à l'industriel enfin: fermez ou vendez vos usines? A-t-on même laissé entrevoir que l'exercice d'aucune de ces professions fût incompatible avec la dignité de pair? Non assurément; car un tel langage et de telles prétentions auraient révolté nos idées libérales.

» Et cependant, qu'y a-t-il de moins noble, de moins utile, de moins digne, à visiter et à secourir des malades, qu'à faire des pièces de théâtre, qu'à servir sa patrie sur le champ de bataille, qu'à suivre les transformations ou les phénomènes des corps dans le creuset du chimiste ou sur l'électrophore du physicien, qu'à rendre à chacun bonne justice, ou qu'à tisser la laine ou le lin qui nous vêtissent? Dans les tristes conjonctures d'épidémie contagieuse, lorsque la mort plane et sévit sur les populations, le médecin qui expose sa vie pour le salut de ses concitoyens dérogerait-il à sa dignité de pair de France en continuant son auguste mission? Et le médecin des armées, compromettrait-il l'hermine de la chambre haute en pansant les blessés sur le champ de bataille?

» Chose singulière! il n'est peut-être pas un pair de France éminent par sa naissance, par sa fortune ou par des services divers rendus à la patrie, qui ne s'honore d'être un membre actif et zélé de quelque société de bienfaisance, de patroner quelque association philanthropique, de mettre son influence et sa position au service du pauvre et du souffrant: qui oserait trouver dans ces charitables devoirs un motif de dérogation? Qui oserait porter contre la bienfaisance des hautes classes de la société une accusation impie et inepte? Et cependant que fait-on envers le médecin en lui imposant l'abandon de son bienfaisant ministère, si ce n'est incriminer sa charité, son dévouement, sa compassion et ses services envers son frère qui souffre?

» Si le gouvernement veut honorer la grande et noble confrérie médicale en jetant sur l'épaule d'un de ses membres le manteau de pair de France, celui-ci doit pouvoir entrer au Luxembourg dans toute la liberté et la spontanéité de ses déterminations; il ne faut pas qu'il s'asseie sur les banquettes dorées *quoique* médecin, mais *parce que* médecin, et, comme le disait noblement M. Double, il doit entrer dans la chambre le stéthoscope à la main.

» Maintenant, la profession médicale a-t-elle produit des illustrations assez grandes, assez généralement reconnues, pour qu'un pareil honneur fût légitime? Les services rendus par quelques-uns de ses membres ont-ils été assez nombreux, assez considérables, pour qu'une semblable dignité ne pût être regardée comme une simple faveur? Nous soutenons l'affirmative avec une entière conviction et l'autorité que peut donner une connaissance complète du sujet. Pour ne citer que des morts et nous garantir de tout soupçon de flatterie à l'endroit des vivants, y a-t-il dans les lettres, dans les arts, dans l'armée, dans l'administration et l'industrie, des renommées plus éclatantes et plus méritées que celles de Bichat, de Dupuytren, de Broussais, de Laen-

trine. Les crochets, qui tenaient béantes les lèvres de la plaie, ont été retirés et on a placé dans la trachée une canule.

Pendant les trois jours qui ont suivi, le malade a présenté les mêmes phénomès. Léger mouvent fébrile, le soir; rémission dans la journée. Pendant la nuit toux fréquente, occasionnant l'insomnie. Ces symptômes se sont calmés peu à peu. La tumeur qui obstruait l'ouverture supérieure du larynx a diminué de volume de jour en jour. En même temps la respiration a commencé à se rétablir par les voies naturelles.

Enfin, le 4 avril, cette tumeur ne présentant plus qu'un très petit volume, ne gênant plus les mouvements de déglutition et n'apportant plus qu'un obstacle très faible à la respiration, on a retiré la canule. Le malade s'est beaucoup mieux trouvé ce jour-là, n'ayant plus dans la trachée cette cause incessante d'irritation.

Les jours suivants, l'ouverture faite à la trachée a diminué d'étendue de plus en plus par le gonflement de ses bords et les bourgeons charnus qui les recouvrent. Aujourd'hui 10 avril, l'ouverture est presque entièrement fermée. La respiration se fait sans aucune difficulté. Il n'y a plus de gêne ni de douleur au moment de la déglutition. L'état général est excellent. Le malade est parfaitement rétabli.

— M. Vallin a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (janvier 1845) des considérations intéressantes sur les causes et le traitement de l'œdème de la glotte. Il résulte de l'analyse de ses observations que cette lésion est toujours une complication symptomatique d'une maladie affectant le larynx ou les parties placées immédiatement au-dessus de cet organe. Le fait que nous publions vient confirmer ce résultat, car chez notre malade l'œdème de la glotte s'est développé pendant le cours d'une esquinancie, et cet épiphénomène si grave et si important, relativement à la maladie qu'il est venu compliquer, n'en a pas moins été produit par cette dernière.

Cette lésion mérite-t-elle bien toujours, et en particulier dans le cas qui nous occupe, le nom d'œdème de la glotte sous lequel on la désigne généralement aujourd'hui? Ou bien serait-elle un simple gonflement inflammatoire des parties supérieures du larynx? C'est une question que nous nous contenterons de poser parce que nous manquons de données pour la résoudre. Quoi qu'il en soit, c'est là le cas, ou jamais, de pratiquer la trachéotomie. M. Ricord a parfaitement saisi cette indication, et son opération a été couronnée d'un plein succès.

F. GABALDA,
Interne à l'hôpital du Midi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 26 mars 1845.

La séance est ouverte à cinq heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Laugier demande la parole à l'occasion du procès-verbal; il s'applaudit d'avoir appelé l'attention de la Société sur la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, et d'avoir démontré que, lorsqu'elle est ancienne, elle peut être confondue avec une luxation incomplète de l'humérus en avant, ou une fracture de l'extrémité inférieure de ces os vicieusement consolidée. Mais après un examen plus approfondi et plus attentif du malade qui a été le sujet de ces remarques, M. Laugier croit devoir modifier aujourd'hui l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance sur l'affection que porte celui-ci. Il admet actuellement l'existence d'une fracture oblique pénétrant dans l'articulation elle-même, et disposée de telle sorte que le fragment inférieur est formé par l'épitbrochlée et une partie de la trochlée; tandis que le fragment supérieur, qui fait corps avec le reste de l'os, est formé par l'épicondyle et par la petite tête de l'humérus. M. Laugier fonde son opinion actuelle sur ce fait important, que la tubérosité interne de l'humérus est plus distante du côté interne de l'olécrane que la tubérosité interne.

M Malgaigne combat l'opinion de M. Laugier en avançant que la fracture qu'il soupçonne aujourd'hui est toujours facile à reconnaître, parce qu'elle ne se consolide pas, et que si elle avait existé dans le cas présent, le fragment inférieur devrait être encore mobile, ce qui n'est pas. Il ajoute qu'il y a six millimètres de saillie de l'olécrane en arrière de l'articulation malade, et que cette saillie n'est jamais aussi considérable dans une fracture des condyles.

M. Laugier répond à l'objection de M. Malgaigne, que M. Nélaton possède une pièce anatomique qui montre une fracture du genre de celle qu'il vient d'indiquer, et que cette fracture est consolidée. Il insiste, en outre, sur la présence d'un point encore douloureux, placé à la partie inférieure de l'humérus, juste au niveau de la fracture qu'il soupçonne.

M. Deguise fils se renfermant dans la question pratique, demande à M. Malgaigne ce qu'il se proposerait d'obtenir des tentatives de réduction, dans le cas dont il est actuellement question, cas dans lequel les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont à peu près à l'état normal, et dans lequel, en outre, les mouvements de pronation et de supination de la main sont tout à fait intacts. Il croit que, vu l'obscurité dont le diagnostic est encore entouré, il y aurait ici chance d'accidents fâcheux pendant ces tentatives.

M. Malgaigne répond que pour lui le diagnostic n'est pas douteux.

— *M. Morel-Lavallée* demande la parole pour faire une lecture à l'appui de sa candidature. Son travail, relatif à la hernie du poumon, est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Robert et Chassaignac.

Il demande ensuite l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il a déposé dans la séance du 7 janvier dernier. Ce paquet, renfermant une série de propositions sur l'opération de l'empyème, est renvoyé à la commission chargée d'expériences sur ce sujet.

— *M. Malgaigne* met sous les yeux de la Société l'urètre et la vessie d'un vieillard auquel il a été obligé de faire la ponction hypogastrique pour le soulager des angoisses d'une rétention complète d'urine qu'il portait. Sur cette pièce, on peut constater dans le trajet de l'urètre différentes fausses routes qui avaient été faites avant l'entrée du malade à l'hôpital, et qui, pour la plupart, sont placées au-dessous de la symphyse.

La prostate a le volume d'un œuf d'oie, et est partagée en trois lobes d'inégale grosseur, dont le moyen fait saillie derrière le col vésical.

La vessie, quoique énormément distendue, offre des parois épaissies par l'hypertrophie de sa membrane musculaire. Elle est rouge à son intérieur; mais elle n'offre ni cellules, ni fausses membranes.

Les deux coups de trois-quarts qui ont été donnés dans la région hypogastrique à un jour de distance l'un de l'autre, n'ont laissé aucune trace de leur existence, si ce n'est dans le tissu cellulaire sous-cutané, où l'un des deux seulement a produit une petite plaie, dans laquelle existe une seule goutte de pus.

— *M. Chassaignac* présente un testicule carcinomateux qu'il a enlevé, il y a vingt jours, chez un homme âgé de cinquante-deux ans. La tumeur que forme cet organe est remarquable par sa forme ovoïde, par l'homogénéité parfaite de toutes ses parties, par l'absence de tout vestige de la substance du testicule dans son intérieur, par sa résistance et par le défaut de son adhérence à la peau, toutes circonstances qui, jointes au peu de pesanteur de sa masse, donnaient à la bourse qui la contenait une grande analogie d'aspect avec une hydrocèle. En outre, le cordon n'offrait aucune sensation de dureté; aussi, avant de pratiquer l'opération, et tout étant préparé pour exécuter celle-ci, M. Chassaignac crut-il prudent de plonger un bistouri étroit dans la profondeur de la bourse malade; et comme cette ponction explorative ne donne issue qu'à un peu de sang vermeil, il procède de suite à la dissection du testicule, qui fut des plus faciles, vu l'absence d'adhérence de l'organe à la peau. Mais une circonstance insolite vint bientôt l'arrêter, et le força de suspendre un instant la manœuvre au moment où il s'occupait d'isoler le cordon pour y placer une ligature. Voici quelle était cette circonstance, et les termes dans lesquels M. Chassaignac la fait connaître: Bien que j'eusse cru, dit-il, avoir constaté, avant l'opération, que le cordon n'était pas malade; une fois découvert par l'incision, il se présentait avec un volume quatre fois plus considérable qu'à l'état normal. Soumis à la pression, il était mou, et en refoulant de bas en haut, entre les doigts, la masse formée par lui, on affaissait cette masse, qui reparaissait aussitôt que les doigts se retiraient. Cela tenait-il à un prolongement péritonéal descendu jusqu'à la tumeur, et renfermant une hernie? Telle est la pensée qui se présenta en premier lieu à mon esprit. Je ne pouvais, d'après cela, songer à lier la masse formée par le cordon, au risque de comprendre un appendice péritonéal dans ma ligature, ce qui aurait pu amener les accidents les plus graves. Pour sortir d'embarras, je n'hésitai pas à faire une petite incision sur la partie antérieure du cordon, afin de constater sans aucune équivoque la nature du corps que j'avais sous les yeux. Cette incision me fit reconnaître à l'instant un paquet de veines flexueuses: j'avais affaire à un varicocèle. Toute incertitude étant dès-lors dissipée, je liai le cordon en masse, puis je le divisai au dessous de la ligature.

Aucun accident n'est venu depuis compliquer la marche régulière de la cicatrisation de la plaie; seulement la ligature n'est pas encore tombée.

M. Chassaignac appelle l'attention de la Société sur la coexistence d'un varicocèle et d'un sarcocèle, et sur les difficultés de diagnostic et de manœuvre opératoire qui peuvent résulter de cette coexistence généralement passée sous silence dans les ouvrages classiques. Il ajoute que le diagnostic différentiel d'une hernie et d'un varicocèle est singulièrement facilité par ce signe donné par A. Cooper, et qui consiste à réduire la tumeur, soit hernie, soit varicocèle le malade étant couché, puis à maintenir le doigt sur l'anneau en faisant lever le malade. Si la tumeur se reproduit, on a affaire à un varicocèle; car le doigt s'opposant à l'issue de la hernie, la tumeur ne peut dépendre que du gonflement des veines. Il est facile de comprendre, dit-il, pourquoi dans le cas dont il vient d'être question, je n'ai pu recourir à ce mode d'investigation. Quant à la sensation particulière que donnent ordinairement au toucher les veines variqueuses, elle n'existait pas ici d'une manière bien distincte; ce que j'attribue au peu d'épaisseur des parois des veines, soit que ce peu d'épaisseur dépende de ce que la dilatation était encore récente, soit qu'il tienne aux conditions peu connues jusqu'à ce jour d'un varicocèle coïncidant avec le sarcocèle.

M. Vidal fait connaître à ce propos un moyen de distinguer le varicocèle d'une hernie inguinale, qui lui paraît être plus simple et plus avantageux que celui que A. Cooper a signalé. Ce moyen consiste à échauffer les bourses avec des linges, de manière à attirer le sang dans ces parties, et à faire gonfler les veines variqueuses des cordons testiculaires. Il fait remarquer que ce moyen de diagnostic peut être encore employé dans le cas de hernie irréductible, où le moyen du chirurgien anglais est impuissant à fournir un résultat.

M. Malgaigne soutient que dans le cas de hernie irréductible il est toujours facile de ne pas confondre la hernie avec le varicocèle; car la hernie ne se réduit pas par la pression, tandis que le varicocèle se réduit. Il ajoute, en outre, que le pédicule de l'une et l'autre tumeur donnent à la main qui les explore une sensation différente.

M. Vidal répond qu'il peut en être ainsi dans les cas ordinaires, surtout quand les veines qui constituent le varicocèle ne contiennent pas de caillots. Mais quand cette circonstance existe, il y a souvent impossibilité par les moyens de diagnostic classiques de distinguer le varicocèle de l'épiplocèle irréductible. En chauffant les bourses, au contraire, on dilate le varicocèle; car il reste toujours des veines contenant du sang liquide.

M. Huguier attire l'attention de la Société sur ce fait important de l'observation de M. Chassaignac, que la ligature est encore en place, bien que l'opération soit pratiquée déjà depuis vingt jours. Il dit avoir observé deux faits semblables où la portion du cordon placée au-dessous de la ligature a continué à vivre, et s'est greffée aux parties voisines. Il croit que cette circonstance se rencontre surtout dans le cas où les cordons liés en masse sont très volumineux et ne peuvent à cause de cela être étreints complétement par la ligature.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 11 *février* 1845. — Présidence de M. SÉGALAS.

La Société reçoit quatre demandes d'admission:

1° De M. le docteur Compérat, avec envoi d'une observation d'abcès formé dans la cavité du petit bassin et guéri par une opération pratiquée par le rectum. (Commissaires: MM. Richelot, Gaide et Szokalski.)

2° De M. le docteur Mandl, avec envoi de son Traité d'Anatomie générale. (Commissaires: MM. Murel-Lavallée, Félix Legros et Baraduc.)

3° De M. le docteur Mercier, avec envoi de son ouvrage intitulé: Recherches sur une cause peu connue de rétention d'urine. (Commissaires: MM. Forget, Bossion et Edouard Louis.)

4° De M. le docteur Tessereau, avec envoi d'un travail manuscrit sur le traitement de la blennorrhagie. (Commissaires: M. Blatin, Labarraque et Vinchon.)

— *M. Félix Legros* présente un enfant de neuf mois, atteint d'hypospadias, et que ce vice de conformation a fait prendre pour une fille et inscrire comme telle sur les registres de l'état civil, bien qu'il soit évidemment un garçon, ainsi que le prouve la présence du testicule gauche dans le côté correspondant du scrotum à peine formé D'ailleurs. Le testicule droit est probablement contenu dans une hernie inguinale que l'enfant porte de ce côté. A la base d'une verge petite, courte et assez mal conformée pour simuler un clitoris, existe une ouverture qui est celle de l'urètre, et point du vagin, comme on l'avait cru. M. Félix Legros ne pense pas que l'art puisse intervenir dans ce cas.

M. Ségalas. Il y a, dans ce quartier, un serrurier dont l'enfant a été habillé en fille jusqu'à l'âge de dix ou douze ans. Une gêne survenue dans le cours des urines fit qu'on me le présenta, et je trouvai qu'au lieu d'une fille c'était un garçon. J'avais pensé qu'on pourrait essayer plus tard de remédier à sa difformité à l'aide de l'urétroplastie. Depuis, cet enfant fut conduit à M. Roux, qui eut la même idée, et le reçut dans son service où il l'opéra en ma présence, après avoir ouvert une voie artificielle aux urines par le périnée, conformément à un procédé que j'avais proposé. Cette opération n'eut pas tout le résultat désirable; mais il faut considérer qu'elle a été faite dans un hôpital, où les soins minutieux qu'elle réclame ne peuvent être rigoureusement observés, et il ne me paraît pas impossible qu'elle réussisse plus tard. Il faut d'ailleurs que les sujets aient un certain âge pour la tenter avec des chances suffisantes de succès.

M. Félix Legros se demande si l'enfant qu'il vient de présenter pourra un jour être apte à la reproduction. Cela ne lui paraît pas impossible. Beaucoup d'hypospades, dit-il, sont devenus pères d'enfants d'une ressemblance non équivoque, entre autres l'illustre Sabatier. En effet, l'éjaculation n'est pas toujours nécessaire, et il suffit quelquefois pour que la fécondation s'opère, que le fluide prolifique soit déposé à l'entrée des parties génitales. L'utérus l'attire à lui par une force de succion qui lui est propre.

M. Géry rappelle, à l'appui de la fécondation sans intromission, qu'on a vu deux jeunes filles devenir enceintes sans avoir été déflorées, et il cite le fait observé récemment à la Maternité, d'une femme qui offrait une atrésie incomplète de la vulve, et qui n'en était pas moins devenue grosse. Il rappelle en même temps une des explications qu'on a données des faits de ce genre, et suivant laquelle le voile membraneux qui ferme en partie la vulve, cédant sous l'effort du pénis, se rapprocherait de l'utérus, de façon que le sperme, lancé avec vigueur, arriverait presque directement à l'orifice de cet organe. Toutefois il rapporte comme favorables à l'opinion d'une sorte d'aspiration exercée par l'utérus, des expériences faites par un élève de M. Ricord. Ce jeune homme lui a dit avoir déposé du sperme à l'entrée du vagin, et avoir ensuite constaté, par l'inspection microscopique, la présence d'a-

nec, de Larrey, de Desgenettes, et de tant d'autres? Les services que ces grands hommes ont rendus non-seulement à la patrie, mais à l'humanité tout entière — car c'est encore un des caractères bienfaisants de notre science, de n'être bornée dans ses services ni par les limites, ni par les préjugés, ni par les haines des peuples, — ne sont-ils donc pas aussi considérables, aussi réels, que quelques services que l'on puisse invoquer? Et ces hommes, en fin de compte, eussent-ils donc été tant déplacés au Luxembourg? Dans cette noble et aristocratique chambre, y a-t-il un seul homme qui eût dédaigné de presser la main du vénérable Larrey, par exemple, l'ami de l'empereur, le consolateur et le bienfaiteur de tous ces braves mutilés conservés par ses soins? Et Dupuytren, consacrant pendant vingt ans la première moitié de sa journée à secourir les pauvres de l'Hôtel-Dieu de Paris, aurait-il fait mauvaise figure à côté de quelque financier célèbre? Et Desgenettes, cet héroïque médecin qui s'inocula la peste en Egypte pour raffermir une armée épouvantée, cet homme en l'honneur de qui l'Antiquité reconnaissante eût élevé un temple, eût-il été bien discordant à côté de quelque haut baron de naissance?

» Mais que disons-nous, et quelle dignité immense demandons-nous pour les illustres représentants de la science médicale! Pendant qu'à Londres une souscription nationale va élever un magnifique monument dans la cathédrale de Saint-Paul au Dupuytren de l'Angleterre, à Astley Cooper, cherchez à Paris un monument, une statue, une inscription, qui rappelle un seul de nos plus célèbres prédécesseurs. L'Hôtel-de-Ville, ce palais du peuple, tout creusé de niches pour recevoir les statues de ses grands citoyens, n'en a pas réservé une seule pour l'art des Fernel et des Ambroise Paré. Enfin, et que pourrions-nous dire de plus triste? Bichat, ce grand génie dont tout homme instruit ne peut ignorer les ouvrages, Bichat repose encore dans l'ancien cimetière de Clamart, sous une pierre indigne et ignorée! »

Je crois et j'espère que dans notre confrérie médicale M. Amédée Latour ne trouvera pas de contradicteurs. Il est bon et utile de parler ce langage aux gens du monde; entre nous nous pouvons avoir un peu plus de liberté et d'abandon; réprimez-moi, je vous prie, si j'en abuse

— Je remercie très sincèrement mes confrères qui, sur mon humble recommandation, ont bien voulu s'intéresser à la sœur Anna. L'exemple est parti de haut, car le premier de tous a été M. le professeur Rostan. La sœur Anna vous bénit, monsieur et très honoré confrère, car votre étrenne lui a porté bonheur, et plusieurs demandes lui ont été adressées.

Jean RAIMOND.

P. S. Il y a quelques jours, nous publiâmes un article pour démontrer la convenance et la justice de faire participer les médecins de la banlieue de Paris aux bienfaits de l'Association de prévoyance. Nous ne pensions pas qu'un prochain et très douloureux exemple viendrait prêter appui à nos réclamations.

Un docteur en médecine, honorablement connu, exerçait depuis plusieurs années dans une commune des environs de paris, lorsqu'il fut atteint d'une maladie organique du cœur. Tant qu'il a pu, il a lutté contre le mal; mais ses progrès sont devenus tels qu'il a été obligé de renoncer à sa clientelle et à l'exercice de la médecine à la campagne. Il est venu à Paris pour s'y faire traiter; mais il y est venu dans des conditions défavorables. Toutes ses ressources ont été bientôt épuisées, et depuis plusieurs mois, en proie à une maladie horriblement douloureuse qui a déterminé une hydropisie presque générale et des eschares gangréneuses aux extrémités, notre malheureux confrère se trouve dans le plus complet dénûment.

Quelques confrères ayant eu connaissance de cet état de choses, et la qualité de médecin de la banlieue les privant de recourir pour ce confrère à la caisse de secours de l'association de prévoyance des médecins de Paris, ont cru devoir ouvrir une souscription dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, et m'ont chargé de la pénible mais honorable mission de la recommander à nos lecteurs. Je me rends à ce vœu avec empressement, ne croyant avoir rien à ajouter de plus à ce simple, mais très véritable exposé des faits que j'ai eu la douleur de constater moi-même.

Première liste de souscription.

M. le docteur Fabre,	5 fr.
Jean Raimond,	5
M. le docteur Lachaise,	5
M. le docteur Miquel,	5
M. le docteur Amédée Forget,	5
M. le docteur Dumont (de Grenelle),	5
M le docteur Vidal (de Cassis),	5
M. le docteur Guillon,	5

L'Institut a déjà nommé la commission de neuf membres qui aura à prononcer sur les prix et les récompenses Montyon. D'après le scrutin, M. Rayer sera le président de cette commission, comme ayant réuni le plus de voix; M. Milne-Edwards en sera le secrétaire. Il est probable que la séance publique tiendra vers la fin de l'année. La séance de mars était pour l'année dernière, qui n'a pas eu lieu.

nimalcules à une certaine hauteur dans ce canal.

M. Bénet-Deperraud connaît un homme dont la verge se trouve réduite à de très courtes dimensions, par suite d'une gangrène qui en a détruit une partie. Cet homme s'est marié il y a quelques mois, et sa femme est devenue promptement enceinte.

M. Ségalas a vu des hypospades devenir pères; mais ils étaient dans des conditions différentes de celles où se trouvent le petit malade de M. Félix Legros, et celui qu'il a cité lui-même. Ils avaient le pénis plus développé et l'orifice de l'urètre situé plus en avant.

— *M. Forget* communique une observation de grenouillette opérée par lui avec un succès complet par un procédé emprunté à celui de M. Jobert, mais avec certaines modifications qu'il décrit et dont il expose les motifs. Il présente ensuite la malade opérée, sur laquelle chacun peut constater le résultat de l'opération, résultat qui dépasse encore, au dire même de M. Jobert, ceux qu'a obtenus ce chirurgien.

— A la suite d'un rapport favorable fait par *M. Blatin* sur la candidature de M. le docteur Delcroix, ce confrère est admis au nombre des membres de la Société.

— *M. Deleau* met sous les yeux de la Société un instrument propre à porter la solution de nitrate d'argent ou toute autre, dans toute l'étendue du canal de l'urètre, d'une manière plus convenable que ne le font les injections ordinaires. On s'occupe beaucoup en ce moment, dit-il, des injections de nitrate d'argent dans le traitement de la blennorrhagie. Les injections sont un mauvais moyen, bien que le résultat en soit souvent favorable. Elles sont généralement mal faites; les seringues dont on se sert sont mauvaises, et l'on n'obtient avec elles qu'une cautérisation inégale. Mais voici un autre inconvénient qu'on n'avait pas encore signalé: Un homme marié ayant contracté une blennorrhagie dans un coït illégitime, va consulter un médecin qui lui fait une injection de nitrate d'argent. Le soir même, il veut établir des rapports avec sa femme, et grande est sa stupéfaction de se trouver nègre à cet endroit. Pour obvier à tous ces inconvénients, j'ai eu l'idée de recourir au procédé suivant que j'ai mis en usage une fois avec succès: On introduit dans l'urètre jusqu'au point où l'on veut faire arriver la solution, une sonde droite ouverte à son extrémité. Dans la cavité de cette sonde, on dirige une petite éponge maintenue par une sorte de pince à trois branches, de telle sorte qu'elle aille dépasser légèrement l'ouverture postérieure de la sonde. Il suffit ensuite de verser le liquide à injecter dans un petit infundibulum adapté à l'appareil. Ce liquide va imbiber l'éponge, et coule goutte à goutte dans l'urètre. En retirant doucement l'instrument, on arrose toute l'étendue du canal d'une manière égale. C'est un moyen analogue que j'emploie pour faire des injections dans la trompe d'Eustache.

— *M. Aubert-Roche*. En arrivant en Egypte, je vis employer, dans l'ophthalmie de cette contrée, un collyre dit de Luxor, et qui n'est autre chose qu'une solution de sulfate de zinc, dans la proportion d'un gramme de ce sel sur trente grammes d'eau. Frappé des résultats obtenus par ce moyen, j'eus l'idée de l'appliquer, sous forme d'injection, au traitement de la blennorrhagie. Je l'essayai d'abord sur un Arabe, qui fut guéri en 48 heures. Depuis, j'y ai eu recours dans un grand nombre de cas, et toujours avec succès. Dès qu'un individu, après s'être exposé, commençait à ressentir du chatouillement dans le canal, je lui faisais faire des injections de sulfate de zinc, et la blennorrhagie avortait.

M. Forget. Le chatouillement n'est pas un symptôme de blennorrhagie. Le caractère essentiel et pathognomonique de cette affection, c'est l'écoulement. Tant qu'il n'existe pas, on ne peut pas dire qu'on a guéri une blennorrhagie. On a pu la guérir en germe; mais rien ne prouve qu'elle se serait développée si le sujet s'était borné à observer le repos.

M. Aubert-Roche. Je n'ai pas non plus prétendu avoir toujours guéri des blennorrbagies confirmées. J'affirme seulement un fait, c'est que pendant quatre ans, grâce aux injections de sulfate de zinc, je n'ai pas observé de blennorrbagie en Egypte, où cette affection était très fréquente auparavant. Or il probable que beaucoup de ceux qui s'y étaient exposés en auraient été atteints s'ils n'avaient pas eu recours au moyen dont il s'agit. Il faut convenir, il est vrai, que la blennorrhagie est moins grave en Egypte; mais depuis mon retour en France, j'ai fait souvent usage du même moyen, avec le même succès.

M. Moreau (de Tours) confirme ce que vient de dire M. Aubert-Roche. Frappé comme lui des résultats procurés dans l'ophthalmie d'Egypte par le collyre de Luxor dont il éprouva sur lui-même l'efficacité, il imagina également de l'employer dans la blennorrhagie; ce qui lui réussit d'une manière non moins satisfaisante.

M. Aubert-Roche. Je n'emploie jamais contre la blennorrhagie d'autre traitement que les injections de sulfate de zinc. En dehors de la période inflammatoire, je les faits à la dose que j'ai indiquée; lorsque l'inflammation est développée, je diminue la dose en proportion de son intensité. L'injection produit d'abord un sentiment de fraîcheur, puis de constriction, et enfin une véritable douleur. Alors, on laisse écouler le liquide. En général la douleur est très vive, et pour le moins aussi vive que celle qui est causée par la solution de nitrate d'argent.

M. Bénet-Deperraud. Les Indiens ont un moyen beaucoup plus commode pour se guérir de la blennorrhagie, c'est de manger en abondance des *mangues* (mangoa), fruits assez agréables provenant de la famille des térébinthacées.

M. Edouard Louis. Ceci me rappelle une recette dont on m'a parlé et que je n'ai accueillie qu'avec incrédulité; elle consiste à mâcher successivement plusieurs muscades. Un jeune homme m'a assuré s'être guéri et avoir guéri bon nombre de ses amis par ce seul moyen.

M. Collomb demande s'il est nécessaire d'empêcher les injections de pénétrer dans la vessie.

M. Aubert-Roche répond qu'il n'a pris pour cela aucune précaution.

M. Ségalas. Il y a si peu d'inconvénient à ce que les injections de nitrate d'argent pénètrent dans la vessie, que je les emploie depuis longtemps avec beaucoup d'avantage dans les catarrhes de cet organe. Aussi n'est-ce pas sans quelque étonnement que je reçois aujourd'hui une brochure dans laquelle je lis que le nitrate d'argent a été appliqué à toutes les muqueuses, excepté à la muqueuse vésicale. On conçoit au reste que la solution caustique agisse faiblement sur la vessie. En effet ce réservoir, quelque soin qu'on ait de le vider préalablement, comme j'ai l'habitude de le faire, retient toujours un peu d'urine qui étend le liquide injecté. Ensuite ses parois sont tapissées par une couche de mucus qui les protége en quelque sorte. Tout cela explique comment la vessie reçoit, sans en souffrir, les injections dont il s'agit.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE GENÉRALE.

Rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. — Les faits de cette espèce sont très rares, et c'est à peine si M. Demarquay, auquel on doit de curieuses recherches sur ce point de pathologie, a pu en rassembler une douzaine. M. Lamare Picquot, médecin à Honfleur, a dernièrement envoyé au Journal de chirurgie l'exemple suivant:

Le 12 avril 1839, M. Pasquier, âgé de soixante-douze ans, d'une constitution fort robuste, montait rapidement un sol incliné. Le pied droit glissa en arrière, et la jambe gauche se trouva supporter toute la résistance du corps. La chute fut immédiate, et M. Pasquier éprouva au genou gauche la sensation d'un coup violent reçu sur cette partie.

Impossibilité de se relever. M. Pasquier fut porté chez lui, où je fus appelé peu d'instants après l'événement. La rotule gauche était intacte; mais au lieu de rencontrer le tendon de l'extenseur de la jambe attaché au bord superieur de cet os, il existait immédiatement au-dessus de la rotule une dépression dans laquelle on pouvait placer les extrémités des deux doigts de la main. Le blessé ne ressentait aucune douleur à la partie lésée.

J'appliquai un bandage roulé sur toute la longueur du membre, que je plaçai, bien soutenu par une longue attelle, sur un plan incliné, de manière que le pied fut élevé de 25 centimètres de plus que le pli de l'aine. Dans cette position, les extenseurs de la jambe étaient dans un état de relâchement complet, et la compression, exercée sur la cuisse par le bandage roulé, diminuait beaucoup la dimension de la dépression dont il est fait mention plus haut. Le bandage roulé fut réappliqué chaque fois qu'il se relâchait.

Après cinquante jours passés dans cette position, je fis lever le malade, et étant debout, il exerça facilement quelques mouvements bornés du genou. Cette manœuvre fut répétée tous les jours suivants, sans fléchir beaucoup la jambe. Le soixantième jour, il fit quelques pas en s'appuyant sur des béquilles, qui peu de jours après furent remplacées par un bâton.

Pendant longtemps, M. Pasquier ressentit de la faiblesse dans le membre pelvien gauche, surtout quand il descendait un terrain en pente. A présent, la marche est aussi libre qu'avant l'accident.

Le même auteur rapporte encore dans cet article un autre fait absolument semblable, et dans lequel la guérison complète fut également obtenue au bout de soixante jours.

Empoisonnement par les capsules de pavots indigènes. — Dans un précédent article de nos revues générales, nous avons rapporté le fait extrêmement important d'un empoisonnement déterminé sur un enfant à la mamelle par l'ingestion d'une décoction de têtes de pavots, administrée par la nourrice pour faire dormir son nourrisson. Le fait suivant, à peu près semblable, est un exemple des funestes accidents que peut produire le suc du pavot de nos contrées; il est extrait de l'*Echo de la frontière*, publié à Valenciennes.

« Le pavot, que l'on nomme *œillette* dans le pays, et que l'on cultive dans les environs de Valenciennes et de Cambrai, pour en faire de l'huile, est le véritable opium du Nord. En faisant une incision près de la tête de la plante avant sa maturité, il en découle une liqueur dont les effets narcotiques sont de la nature de l'opium. Des enfants d'un des faubourgs de Cambrai viennent d'en faire la terrible expérience. Au nombre de trois, ils ont sucé des têtes de pavots avant la maturité, et repus de ce singulier mets, ils sont rentrés chez eux, où ils n'ont pas été longtemps sans éprouver le besoin de dormir.

Vers le milieu de la nuit, leur mère fut éveillée par le bruit extraordinaire de leur respiration; c'était un râlement laborieux aigu. Les parents approchent de leur couche, et trouvent que ces petits malheureux avaient la paupière dilatée, l'air hagard, le visage pâle et le corps convulsif. Tout annonçait les terribles effets du poison ingéré. Le médecin appelé ne put sauver que deux enfants. On fit de vains efforts pour introduire l'émétique dans l'estomac du plus jeune; la déglutition était arrêté; le moribond écumait; il mourut quatre heures plus tard.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 AVRIL 1845. (18e ANNÉE.) N°. 45. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imhert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 16 Avril 1845.

J'ai été invité à dire mon avis sur une question de jurisprudence médicale que je crois entièrement neuve, et qui mérite, de la part des médecins, une sérieuse attention; car des circonstances semblables à celles que je vais exposer peuvent se rencontrer fréquemment.

La question est celle-ci : Un médecin qui donne ou qui a donné des soins à un individu blessé en duel, est-il tenu, s'il est appelé par la justice, à déposer des faits qu'il n'a connus qu'en sa qualité de médecin?

Cette question est actuellement soumise au jugement de la Cour de cassation, et voici dans quelles circonstances.

Dans les premiers jours de décembre dernier, un duel eut lieu à la Pointe-à-Pître entre deux habitants de cette ville. Frappé d'une balle, le sieur G..., au lieu de rentrer dans son domicile, se fit transporter dans une maison où il espérait rester à l'abri des recherches de la justice. Appelé à titre de médecin pour donner des soins au blessé, le docteur Saint-Pair fut secrètement conduit dans la demeure où il s'était réfugié. L'espoir qu'il avait conçu de tenir son asile ignoré ne fut pas trompé. En effet, les investigations auxquelles la justice se livra pour le découvrir restèrent d'abord sans résultat. Toutefois, les visites de M. Saint-Pair ne purent rester si secrètes qu'elles ne parvinssent à la connaissance de l'officier judiciaire chargé de faire une enquête sur cette affaire. Il crut pouvoir puiser auprès du médecin des renseignements qu'il ne pouvait obtenir par une autre voie. En conséquence, M. Saint-Pair reçut une assignation à comparaître devant le juge d'instruction. Déférant à la citation, notre confrère se rendit auprès de ce magistrat, qui lui déclara qu'il était assigné *comme témoin* dans les poursuites dirigées contre les auteurs du duel où avait été blessé le sieur G..., dont il connaissait l'état, puisqu'il avait été appelé près de lui en qualité de médecin.

M. Saint-Pair déclina ce titre de témoin qui lui était donné si mal à propos, puisqu'il n'avait pas été spectateur de ce duel, faisant remarquer qu'il ne pouvait pas révéler comme témoin ce qu'il savait comme médecin.

M. le juge d'instruction soutint que ce motif ne pouvait dispenser M. Saint-Pair de lui faire connaître tout ce qu'il savait sur l'état du sieur G....., n'importe à quel titre il l'eût appris, et il l'interrogea sur la cause, la nature de la blessure qu'il avait vue et sur ses suites probables.

M. Saint-Pair persista dans la réserve que lui imposait la loi, et il déclara qu'il ne divulguerait jamais une confidence qui lui aurait été faite dans l'exercice de ses fonctions, que des renseignement de cette nature ne pouvaient être donnés que par le médecin officiellement désigné par la justice pour constater l'état du blessé.

M. le juge d'instruction objecta que le témoignage de M. Saint-Pair, sollicité par lui, n'aurait pas le même caractère que s'il était venu de son propre mouvement dénoncer l'état du blessé; que d'ailleurs il ne voulait se servir de sa déposition que contre l'auteur des blessures, et qu'il croyait que si M. Saint-Pair refusait la qualité de témoin, c'est qu'il s'agissait d'un duel, et que dans une affaire de toute autre espèce il agirait autrement.

M. Saint Pair répondit que la distinction que M. le juge d'instruction voulait établir ne changeait rien à l'obligation du secret qui lui était imposée par une personne qui se cachait et qui l'avait appelé confidentiellement auprès d'elle; qu'on soit délateur de son propre mouvement ou sur la sollicitation d'autrui, on n'en est pas moins coupable; si, en principe, il devait son témoignage, il le donnerait sans arrière pensée, dans l'intérêt de la vérité et sans chercher à prévoir ses conséquences. La supposition que faisait le juge sur le motif qui guidait M. Saint-Pair, était sans fondement; il obéissait à la loi et non à un caprice; c'est l'article 378 du Code pénal qui lui traçait sa ligne de conduite.

Alors M. le juge d'instruction le menaça de lui faire l'application des art. 80, 304 du Code d'instruction criminelle. M. Saint-Pair lui fit remarquer que ces articles n'étaient pas applicables à l'espèce, que la connaissance qu'il pouvait acquérir d'un fait dans l'exercice de ses fonctions ne l'en constituait pas *témoin*, et que s'il cédait à ses injonctions, il violerait tout à la fois la loi et ses devoirs de conscience.

Trois jours après cette entrevue, sur la réquisition de M. Foignet, procureur du roi, fut lancée contre M. Saint-Pair l'ordonnance suivante que nous croyons devoir faire connaître.

« Savoir faisons,

» Que M. le juge d'instruction près le Tribunal de première instance de la Pointe-à-Pître, a rendu l'ordonnance suivante :

» Nous, juge d'instruction, vu les réquisitions de M. le procureur du roi contre le sieur Saint-Pair, témoin, qui, après avoir comparu devant nous, s'est refusé à déposer en se retranchant dans sa qualité de médecin;

» Vu les articles 80, 304, 355 du Code d'instruction criminelle et 378 du Code pénal;

» Attendu que le témoin qui refuse de déposer est soumis aux pénalités édictées contre le témoin qui, sans motifs légitimes, s'abstient de satisfaire à la citation qui lui a été donnée;

» Attendu que l'obligation de déposer en justice est générale, et ne peut recevoir exception que dans le cas formellement désigné par la loi;

» Attendu qu'il est évident que le sieur Saint-Pair fonde son refus de déposer sur les dispositions de l'art. 378 du Code pénal, qu'il s'agit donc de déterminer le sens et la portée de cet article;

» Attendu que cet article, placé sous la rubrique des calomnies, injures et révélation de secrets, a pour objet de punir les révélations indiscrètes inspirées par la méchanceté et le dessein de diffamer ou de nuire, mais qu'il ne s'ensuit pas que les personnes qui exercent les professions dénommées dans cet article doivent être dispensées de faire à la justice la révélation des faits qui sont à leur connaissance lorsqu'elles sont entendues comme témoin, et que, dans l'intérêt de l'ordre public, leurs dépositions sont jugées nécessaires pour parvenir à la découverte de la vérité;

» Attendu que l'expression révéler des secrets dénote assez la pensée du législateur, et fait voir qu'il s'agit de la révélation de maladies honteuses et secrètes, mais non d'une blessure résultant d'un crime ou d'un délit commis sur la personne de celui auquel le médecin donne ses soins;

« Attendu que le système contraire entraînerait les plus funestes conséquences et compromettrait gravement l'ordre public intéressé à la répression des crimes et délits, que non-seulement le législateur n'a pas voulu ce funeste résultat, mais encore qu'il a puni d'une amende de 300 fr. tout homme de l'art qui, hors le cas de réquisition légale, aura administré des secours à des blessés sans en faire sur-le-champ la déclaration au commissaire de police à Paris, et aux maires dans les communes rurales;

» Attendu que la résistance du sieur Saint-Pair prend sa source dans le préjugé malheureux qui, loin de blâmer le duel, cherche à mettre des obstacles aux poursuites salutaires de la justice; qu'il n'est pas douteux que le sieur Saint-Pair, mandé devant les magistrats pour déposer des circonstances d'un assassinat, d'un empoisonnement, ou enfin de tout autre crime ou délit, consentirait à donner son témoignage;

« Attendu que le duel rentre dans la classification générale des crimes et délits contre les personnes, et ne constitue point une infraction *sui generis*; d'où il suit qu'il est impossible d'affranchir dans cette circonstance le médecin de l'obligation de donner son témoignage;

» Attendu, néanmoins, que l'information n'a plus besoin du témoignage du sieur Saint-Pair,

» Condamnons ledit sieur Saint-Pair, chirurgien de première classe de la marine, à 150 francs d'amende;

FEUILLETON.

RAPPORT DE M. LE BARON CHARLES DUPIN SUR LE PREMIER PRIX DE STATISTIQUE REMPORTÉ PAR M. DEMAY, POUR L'OUVRAGE INTITULÉ: MONOGRAPHIE DES SECOURS PUBLICS DE PARIS.

(Commissaires: MM. Francoeur, Mathieu, le comte de Gasparin, Pouillet, le baron Charles Dupin, rapporteur.

(Suite du n° 40.)

» Nous partageons les idées de M. Demay, lorsque nous demandons que l'ouvrier, temporairement inoccupé, ne soit pas considéré comme un mineur en tutelle à qui le Gouvernement se croie obligé de chercher du travail. C'est une erreur dangereuse d'entretenir la classe indigente dans la fausse idée que l'Etat doit la débarrasser de la sollicitude et de l'activité nécessaires pour trouver à gagner sa vie; on encouragerait ainsi l'imprévoyance et l'apathie, les deux fléaux les plus destructeurs du bien-être social.

» Avant la première révolution, dans les hôpitaux de Paris, où l'on voyait entassés, dans un même lit, trois, quatre, cinq, et parfois même sept malades ou moribonds, le peuple se trouvait si malheureux, que les infortunés réduits à mendier de tels secours, les recevaient avec horreur et presque avec désespoir.

» Aujourd'hui les améliorations ont été portées à ce degré, que les classes nécessiteuses n'éprouvent plus la moindre répugnance lorsqu'il s'agit d'entrer à l'hôpital : elles y trouvent un ensemble de soins et de secours ingénieux, prévoyants, éclairés, qui, dans la vie privée, n'appartiennent qu'aux classes favorisées. L'idée de la honte, et surtout du malheur, ne s'attache plus à de tels secours; ausi le nombre des individus de tout âge et de tout sexe qui se font traiter dans les hôpitaux augmente de plus en plus. Il était de quarante mille en 1817, il surpasse aujourd'hui quatre-vingt mille par année.

» Ce n'est pas tout d'être guéri. Si le vrai pauvre, qui sort de l'hôpital, ne peut pas à l'instant même travailler, il éprouvera les horreurs du besoin, et, loin d'achever de recouvrer ses forces, il retombera malade. Pénétré de cette pensée affligeante, M. de Montyon a fait un legs pour secourir les pauvres pendant leur convalescence. Il a consacré 280,000 francs de rente à cette destination.

» L'effet soudain de ce legs, chez les malades plus avisés que nécessiteux, fut d'augmenter outre mesure les demandes d'admission dans les hôpitaux. Il fallut des mesures sévères pour réserver aux vrais indigents les secours de convalescence; enfin, lorsqu'on voulut pratiquer des moyens efficaces pour arriver à ce but, il se trouva, dans un assez court laps de temps, plus de dix mille individus qui ne voulurent pas s'astreindre aux justifications, aux formalités établies, et refusèrent de tels secours en sortant de l'hôpital.

» Dans la partie qui concerne le personnel employé pour soigner les malades et les blessés, l'auteur fait connaître une foule de faits importants; partout il cherche et signale les négligences, les abus, les erreurs ou les fautes dont les conséquences, souvent, ont des suites si déplorables.

» Il s'occupe tour à tour du personnel administratif, gratuit ou salarié, des médecins, des chirurgiens et des élèves; il traite aussi des infirmiers et des sœurs hospitalières.

» D'après ses calculs, tandis que le service annuel et gratuit d'une sœur, je dirais presque d'une dame de charité, ne revient pas aujourd'hui, toutes dépenses comprises, à moins de 2,000 francs, l'infirmier salarié ne reçoit que 150 francs par année. Qu'en résulte-t-il? qu'on n'obtient pas même pour infirmiers les plus mauvais domestiques auxquels, à Paris, le moindre ménage accorde un salaire supérieur Aucun d'eux ne sait lire; leur situation ne semble qu'un apprentissage à des métiers moins ingrats et moins rebutants. Enfin, l'administration des hôpitaux peut à peine conserver plus d'une année de tels serviteurs, chez qui l'expérience et l'habileté seraient si précieuses pour le confort et le bon traitement des malades.

» L'auteur voudrait confier le soin complet des blessés et des malades à des femmes, et supprimer les infirmiers. On procurerait, par là, des moyens d'existence à beaucoup de veuves et de filles orphelines; elles consacreraient à de telles œuvres la dextérité, l'attention, la vigilance et la douceur que leur sexe apporte si naturellement à nous soigner dans nos souffrances.

» Lorsque la Révolution supprima les congrégations de toute nature, elle permit que les sœurs instituées par Saint-Vincent-de-Paul desservissent encore à Paris l'hôpital de la Charité, *comme simples citoyennes, servantes des pauvres malades.* Ces simples citoyennes étaient toujours les sublimes bienfaitrices de l'humanité; mais, comme elles n'avaient en propre que leur dévouement et leur abnégation, le génie révolutionnaire n'a rien trouvé que leur nom dont il ait pu les dépouiller.

» Rétablies plus tard en qualité de congrégation religieuse, elles continuèrent, sous le Consulat et l'Empire, l'accomplissement sans privilége et sans faste de leur touchante mission.

» Lorsque la Restauration vint ensuite favoriser, ou, si l'on veut parler avec indulgence, tolérer les convoitises d'une ambition mondaine, même aux abords des institutions religieuses, on n'exigea plus que les sœurs se contentassent de servir les pauvres et le Seigneur, sous l'humble toit de l'*Hôtel-Dieu*; on permit qu'elles y régnassent. Suivant les facilités ou les résistances, elles s'immiscèrent plus ou moins dans la direction, l'administration et la dépense des hôpitaux. L'année 1830 interrompit, il est vrai, le cours de cette invasion, mais sans faire partout rétrograder l'abus pour revenir à la pureté de l'institution primitive.

» Etranges vicissitudes des choses humaines! Dans cet hôpital de la Charité, qui, sous le règne de Louis XVI le bienfaisant, avait rehaussé la gloire de saint Vincent-de-Paul; dans cet hôpital où les sœurs dépouillées de tout pouvoir, en 1793, avaient persisté, sous le titre de citoyennes, à rester servantes des malades pauvres; dans ce même hôpital, un demi-siècle plus tard, les sœurs, devenues maîtresses, désertent le lit du malade; elles se retirent, parce qu'un ordre général a prétendu les astreindre au plus doux, au plus sage des règlements qui les eût rappelées vers le premier esprit de leur congrégation.

» Les ordres les plus illustres, les plus bienfaisants à leur origine, ont éprouvé la décadence, et quelquefois ont été régénérés. Ce serait une gloire pour notre époque, au milieu de tant d'institutions qui s'affaissent, si la plus touchante, si la plus respectée, si la plus respectable était partout ramenée au dévouement si sublime de son humilité première.

» Nous nous sommes laissés entraîner à ces détails si pleins d'intérêt, dont abonde l'ouvrage de M. Demay.

» Nous abordons maintenant la partie statistique, rattachée sans cesse à des considérations de morale et d'humanité.

» Pour le service ordinaire des hôpitaux, l'auteur réunit un grand nombre de tableaux numériques, la plupart encore inédits, sur la comptabilité, sur le matériel et sur les malades, ainsi que sur les blessés.

» Il soulève les questions les plus graves au sujet des résultats que présentent ses recherches.

» Il offre des tableaux détaillés de tous les objets nécessaires pour l'établissement d'un hôpital modèle, en des circonstances déterminées. Lorsque des besoins subits, impérieux, ont demandé de créer soudain des hôpitaux subsidiaires, l'inventaire de cet hôpital modèle a servi de règle et fait gagner un temps précieux pour l'humanité.

» M. Demay présente un historique statistique plein d'intérêt sur trois époques mémorables où l'administration des Hospices de Paris a dû redoubler d'efforts afin de satisfaire à des besoins immenses.

Première époque : 1814 et 1815; les Invasions.

» Dans l'hiver de 1814, en huit jours on créa des hôpitaux supplémentaires que l'on pourvut de *six mille lits* offerts par la généro-

» Disons n'y avoir lieu à décerner contre lui mandat d'amener ni à ordonner sa réassignation.

» Pointe-à-Pitre, 10 décembre 1844.

» Signé : JOLLIMON DE MAROLLES.

» Vu le procureur du roi, FOIGNET. »

M. Saint-Pair s'est pourvu en cassation contre ce jugement. Nous ferons connaître l'arrêt de la cour souveraine.

Voilà les faits ; ils résultent de documents authentiques qui m'ont été envoyés de la Pointe - à - Pitre ; je vais maintenant essayer de les apprécier. Amédée LATOUR.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Appareils de fractures. De l'application immédiate et de la levée de ces appareils.

La question de l'application immédiate des appareils, si souvent et depuis si longtemps débattue, ne peut nulle part trouver de plus nombreux éléments de solution qu'à l'Hôtel-Dieu, où les fractures sont toujours en si grand nombre. Aussi est-ce un des sujets sur lesquels M. Blandin appelle le plus souvent l'attention de ses auditeurs. Nous reproduirons quelques-uns des principes généraux qu'il a émis récemment à cet égard à l'occasion de plusieurs cas de fracture. Quelques-uns seront l'objet de considérations particulières.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels M. Lisfranc, ne veulent point qu'on procède immédiatement à l'application des appareils. Les motifs sur lesquels ils fondent leur opinion méritent d'être examinés. La première raison qui leur fait rejeter l'application immédiate, c'est que, disent-ils, le travail de consolidation ne commence pas immédiatement, et qu'il n'y a par conséquent aucune nécessité de contenir de suite les fractures. Cette première objection est facile à réfuter ; c'est une erreur, d'abord, de croire que le travail de cicatrisation ne commence pas immédiatement ; les données physiologiques et les faits d'anatomie pathologique démontrent le contraire. D'ailleurs, ce n'est pas uniquement en vue de favoriser la consolidation que l'on applique les appareils, mais principalement pour contenir les fragments et prévenir leur mobilité et les lésions qui en pourraient résulter, telles que l'irritation, la dilacération des tissus environnants par les fragments. C'est sous ce dernier rapport surtout qu'ils sont utiles dès le principe, et ce n'est effectivement que plus tard qu'ils concourent comme moyens contentifs au travail de consolidation.

Les membres fracturés deviennent le siége d'un gonflement plus ou moins considérable ; de là, dit-on, une constriction qui peut donner lieu à des accidents graves. Tel est le motif de la seconde objection que l'on oppose à l'application immédiate. Mais on est prévenu de cette circonstance et on agit en conséquence ; on ne serre point l'appareil et on le surveille. Ce n'est d'ailleurs qu'un appareil provisoire qu'on applique ; l'appareil définitif n'est appliqué que lorsque les premiers accidents sont dissipés ou ne sont plus à craindre. L'appareil provisoire exige, cela est vrai, une grande surveillance, mais sa nécessité est incontestable. Pour nous, qui faisons usage de l'appareil inamovible, la distinction entre l'appareil provisoire et l'appareil définitif est bien tranchée. C'est l'ancien appareil, l'appareil ordinaire que nous employons comme appareil provisoire, et l'appareil amidoné comme appareil définitif. Ce dernier serait très inopportun sans doute s'il était appliqué d'emblée. On serait fondé alors à nous faire cette objection, si nous mettions de suite l'appareil inamovible, comme le font à tort, suivant nous, quelques chirurgiens. C'est, en effet, à la suite de ces applications prématurées de l'appareil inamovible que l'on a vu se développer dans quelques cas ces gangrènes et autres accidents graves que l'on reproche à la méthode de l'application immédiate. Mais ces accidents n'arrivent jamais par notre méthode.

Un mot sur la levée de l'appareil. Dans les fractures comminutives nous enlevons fréquemment l'appareil provisoire, toutes les vingt-quatre heures même s'il y a lieu. Mais quand une fois nous avons appliqué l'appareil inamovible, nous ne le renouvelons tout au plus qu'une fois dans tout le cours du traitement ou même souvent nous ne l'enlevons pas du tout. Il est des cas, en particulier, où l'on ne doit jamais l'enlever, tels sont par exemple les cas de fracture du radius ou du péronée. Quant aux autres fractures, tant que l'on voit que la direction du membre est bonne, il est inutile de renouveler l'appareil. Quant aux vides qui se forment dans l'appareil après sa complète dessiccation, ils n'ont aucun inconvénient et ne constituent pas un motif suffisant pour déterminer à le renouveler.

Quelques chirurgiens, et nous sommes de ce nombre, emploient des attelles tuteurs qu'ils maintiennent en place jusqu'à ce que l'appareil soit assez desséché pour devenir à lui seul suffisamment contentif. Si l'on abandonnait l'appareil à lui-même dès le moment de son application, il courrait effectivement grand risque de se déranger par les mouvements et les contractions musculaires. Cette précaution est donc d'une utilité incontestable. Cependant, à l'époque où nous soutînmes pour la première fois l'utilité de cette pratique devant l'Académie de médecine, à l'occasion du rapport sur la méthode de M. Seutin de Bruxelles, presque tous les chirurgiens s'élevèrent contre cette opinion. M. Seutin lui même soutint alors que les attelles en carton étaient suffisantes. Nous n'en avons pas moins continué la même manière d'agir ; nous appliquons toujours des tuteurs solides, que nous maintenons jusqu'à ce que la dessiccation de l'appareil soit complète, et nous avons eu toujours à nous louer de cette pratique. Une autre précaution que nous recommandons également pour les membres inférieurs, c'est de les tenir un peu élevés, dans le double but de faciliter la circulation et de favoriser l'abord de l'air pour hâter la dessiccation.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Tumeur de la région épigastrique. Hydatides du foie. De leur traitement.

(Suite du n° du 13 mars.)

Les guérisons spontanées obtenues par l'ouverture des kystes hydatiques à travers les parois abdominales, et, dans quelques cas même, dans les cavités voisines, ont dû naturellement suggérer aux chirurgiens l'idée de pratiquer une ouverture artificielle pour déterminer l'évacutation de la tumeur.

Mais ici quelques difficultés se présentent : La poche qui contient les hydatides est bien en contact immédiat avec les parois abdominales, mais elle en est séparée par une vaste cavité séreuse, la cavité du péritoine. On ne peut donc pratiquer l'ouverture de ces tumeurs sans s'exposer à déterminer un épanchement de liquide dans cette cavité, et par suite, une péritonite suraiguë et la mort. D'un autre côté, l'entrée de l'air dans la cavité du kyste peut occasionner une inflammation et une suppuration abondante, accidents qui, plusieurs fois, ont été funestes après la rupture spontanée.

Par conséquent, avant d'ouvrir ces tumeurs, il fallait songer à déterminer préalablement des adhérences entre la surface du kyste et les parois abdominales, pour arriver dans le kyste sans traverser la cavité péritonéale. Dans ce but, M. Récamier eut l'heureuse idée de mettre à profit cette notion de physiologie pathologique, qui nous apprend que les membranes séreuses atteintes d'inflammation jouissent d'une propriété remarquable, celle de contracter facilement des adhérences. Depuis les premières tentatives de M. Récamier, plusieurs procédés ont été employés pour obtenir ce résultat ; nous allons successivement les passer en revue, et dans leur ordre chronologique.

1° *Procédé de M. Récamier.* (1825.)

Avant de recourir à l'opération, M. Récamier fait à la tumeur une ponction exploratrice avec un trois-quarts très fin ; la nature et les qualités du liquide une fois reconnues, on place sur le point le plus saillant du kyste un morceau de potasse caustique. Une eschare se forme ; on l'incise ; sur le point incisé, on fait une ou plusieurs applications du même caustique, jusqu'à ce qu'il ait déterminé des adhérences entre le feuillet hépatique et le feuillet pariétal du péritoine. Alors, de deux choses l'une : ou l'on attend qu'un point des parois du kyste soit mortifié et livre passage aux hydatides, ou bien on ouvre la tumeur, soit avec le bistouri, soit avec le trois-quarts. Le liquide évacué, pour prévenir l'accès de l'air dans la tumeur, M. Récamier a soin de maintenir le foyer, autant que possible, constamment rempli d'une injection médicamenteuse, d'abord émolliente, et plus tard légèrement irritante.

2° *Procédé de M. Graves.* (1827.)

On incise successivement, et couche par couche, tous les tissus jusqu'au péritoine exclusivement ; l'inflammation qui en résulte détermine des adhérences, puis l'ouverture spontanée de la tumeur au dehors.

Ce procédé a pu réussir dans des cas d'abcès du foie ; mais nous doutons de son efficacité dans les kystes hydatiques ; aussi n'en sera-t-il plus question.

3° *Procédé de M. Bégin.* (1830.)

Une observation de gastrotomie, pratiquée par le docteur Cayrocbe (Bulletin de la Faculté de médecine) pour extraire une fourchette qui était tombée dans l'estomac, a pu suggérer à l'auteur l'idée de ce procédé.

Il consiste à diviser les tissus jusqu'au feuillet pariétal du péritoine inclusivement, de telle sorte que la tumeur s'engage entre les lèvres de la plaie. Au bout de deux à trois jours, des adhérences solides sont établies, et l'on peut alors plonger hardîment le bistouri dans la tumeur sans craindre aucun épanchement péritonéal.

4° *Procédé de M. Trousseau.*

Enfin, pour compléter l'exposé des moyens qui ont été employés pour déterminer des adhérences entre les feuillets du péritoine, il nous reste à parler de la méthode de M. Trousseau. Elle consiste à introduire successivement, et pendant plusieurs jours, de longues épingles à travers la paroi de l'abdomen et jusque dans la tumeur.

Nous ne reviendrons pas sur ce procédé, qui n'a été mis en usage qu'une fois, dans un cas grave d'hydropisie enkystée de l'ovaire ; nous dirons seulement que la malade est morte à la suite d'une péritonite intense, et qu'à l'autopsie on

---

sité des citoyens, qui s'empressèrent d'y joindre des meubles et des fournitures de toute espèce.

» Lors des deux invasions de 1814 et de 1815, l'administration des Hospices de Paris a dû trouver des ressources pour loger et traiter successivement, avec le même zèle et la même humanité, 134000 militaires français ou étrangers, blessés ou malades, et, dans une immense proportion, atteints du typhus.

Malades ou blessés admis et traités dans les hôpitaux de Paris, en 1814.

	Français.	Etrangers.
Individus traités,	48576	22212
Individus sortis,	42010	21030
Individus morts,	6566	1182
Proportion des morts,	0,135	0,053

» En 1814, les hôpitaux français ont contenu simultanément jusqu'à 25109 militaires blessés.

Deuxième époque : 1830 ; *les trois Journées.*

» Pendant trois jours, en 1830, Paris est devenu le théâtre de la guerre civile. Les hôpitaux de Paris ont reçu, ont traité avec les mêmes soins empressés les vaincus et les vainqueurs : c'étaient nos frères.

» L'administration de ces établissements s'est signalée par son activité dévouée, même au moment du plus grand péril.

» Voici la statistique des blessés de Juillet qui n'ont pas eu le moyen de se faire traiter à domicile :

Blessés de l'ordre civil,	881
Femmes,	45
Enfants,	14
Militaires,	191
Total :	1131

Morts dans les 33 premiers jours de traitement, 253.

Mortalité pendant ce temps, 22 37/1000 pour 1000.

» La statistique des blessés, établie par professions, n'est pas moins intéressante.

» On y voit le nombre d'individus de chaque profession, puis le taux de leur salaire, dont le minimum est de 2 francs, et dont le maximum est de 8 francs par jour. Nous avons calculé la valeur de la journée moyenne, et nous l'avons trouvée de 4 fr. 25 : telle était la partie du peuple qui combattait pour les lois, en 1830.

» A mesure que les blessés entraient en convalescence, on les transportait dans un hôpital extraordinaire, établi pour cet objet à Saint-Cloud (1).

» Son Altesse Royale le duc d'Orléans, de mémoire à jamais regrettable, s'empressa de les visiter ; il leur laissa dix mille francs de ses épargnes, pour subvenir à leurs premiers besoins lorsqu'ils sortiraient de l'hôpital. Il leur fit demander à tous ce qu'ils souhaitaient, et l'on dressa, si je puis ainsi parler, la statistique de l'ambition chez les blessés de Juillet : c'est un noble tableau de mœurs.

» Chose qu'on ne voudra pas croire, après quinze années d'égoïsme toujours croissant : par 100 blessés, 34 déclarèrent qu'*ils ne demandaient rien.*

» 2 élevèrent leurs désirs jusqu'aux épaulettes de sous-lieutenant ; 2 jusqu'à l'entrée de l'Ecole militaire ; 1 jusqu'à l'Ecole des Arts et métiers ; 6 aspirèrent à la profession de commis dans les bureaux ; le reste se contenta de réclamer un emploi de concierge, de garçon de bureau, de garde-chasse, de gardes forestiers ou municipaux.

» S'ils eussent eu le mérite assez facile de n'avoir pas été blessés, n'auraient-ils pas, comme tant d'autres, demandé bien davantage !....

Troisième époque : 1832 ; *le Choléra.*

» L'invasion terrible du choléra frappa le peuple avec une rapidité qui nécessita l'accroissement immédiat des moyens d'admission et de traitement qu'offraient les hôpitaux de Paris.

» Voici quels furent les morts :

A domicile,	10,949
A l'hôpital civil,	5,015
A l'hôpital militaire,	514
Individus envoyés de la banlieue,	363
Total,	16,841

» Sur 100 personnes atteintes de l'épidémie :

Dans les premiers temps 63 mouraient et 37 guérissaient ;
Au bout de trente jours 27 mouraient et 73 guérissaient ;
A la recrudescence 53 mouraient et 47 guérissaient ;

» La destruction était si rapide, que le séjour moyen des cholériques à l'hôpital, y compris ceux qui guérissaient, n'était pas même de neuf jours complets. »

» M. Demay rapporte, sur un si triste sujet, un grand nombre de résultats statistiques, tous d'une haute importance.

» Rappelons avec honneur l'activité, le dévouement courageux et les soins éclairés soit des administrateurs, soit des simples citoyens et des plus hauts dignitaires, constitués en comité de secours, afin de suffire aux besoins si soudains et si nombreux qu'a fait naître, pendant plusieurs mois, l'invasion du choléra dans tous les quartiers de la capitale.

» La statistique des secours à domicile est l'objet d'un chapitre spécial qui mérite d'être médité.

» M. Demay se plaint justement que les secours à domicile, si précieux à l'esprit de famille, à la vertu domestique, n'aient aucune proportion avec les dépenses faites pour les individus qu'on soigne dans les hôpitaux. Ces dernières dépenses surpassent 1 fr. 75 c. par journée moyenne de maladie ; tandis que les secours donnés à domicile aux indigents ne dépassent pas 20 fr. dans toute l'année, pour chaque individu regardé comme ayant un besoin indispensable de secours.

» Les développements que nous avons cru devoir donner à ce Rapport montrent l'importance que nous attachons au travail très étendu que l'humanité doit à M. Demay. Les résultats d'expérience les plus précieux y sont partout recueillis. Cet ouvrage soulève avec courage des questions graves, qui ne pourront rester sans examen et sans solution, et cette solution ne pourra que tourner à l'avantage des malades, des convalescents et des indigents. »

Conformément aux conclusions de ce Rapport, l'Académie a jugé l'ouvrage de M. Demay digne du premier prix de Statistique.

— L'Académie de médecine va bientôt nommer un nouveau membre dans sa section de physiologie et d'anatomie, en remplacement de MM. W. Edwards, Ribes et Ollivier (d'Angers), décédés. On sait que l'Académie, aux termes d'une ordonnance royale de 1829, ne fait qu'une nomination pour trois extinctions. Les candidats sont nombreux : ce sont M. Longet ; M. Denonvilliers, chef des travaux anatomiques de la Faculté ; M. Manec, chirurgien en chef de la Salpêtrière ; M. Baillarger, médecin du même hospice ; M. Belhomme, médecin d'aliénés ; M. Auzoux, inventeur de l'anatomie clastique, etc.

---

(1) M. Demay donne les résultats statistiques les plus curieux sur ces blessés :

76 sur 100 savaient lire et écrire,
38 sur 100 étaient mariés,
2 sur 100 étaient veufs,
60 sur 100 étaient célibataires.

trouva sur la tumeur une perforation dans un point opposé à celui où l'on avait enfoncé les épingles. Cette méthode, quoique très rationnelle, ne détermine dans ce cas aucune adhérence, et ne seconde pas par conséquent les vues de l'opérateur. Nous renvoyons, pour plus de détails sur ce sujet, au travail de M. Cazeaux sur les kystes de l'ovaire. (Thèse de concours pour l'agrégation.)

Telles sont, en résumé, les opérations qui ont été proposées pour obtenir la cure radicale des tumeurs du foie. Elles ont été pratiquées dans deux circonstances différentes, ou pour des abcès, ou pour des kystes hydatiques. Ces deux ordres de faits ne nous semblent pas également probants pour résoudre la question qui nous occupe, c'est-à-dire, pour savoir quel est le meilleur procédé à employer chez notre malade, qui est affecté d'un kyste hydatique. En effet, dans les abcès, il y a tendance naturelle à la formation des adhérences; dans les kystes hydatiques, au contraire, il y a absence des phénomènes pathologiques propres à les déterminer. Cette remarque, qui ne paraît pas avoir fixé l'attention de plusieurs praticiens, nous servira plus tard à établir notre choix.

La question de thérapeutique relative aux tumeurs du foie est loin d'être résolue aujourd'hui; cependant nous devons dire que, pour les abcès du foie, la plupart des chirurgiens, craignant l'inconvénient très grave ici de faire une ouverture dont on ne peut prévoir exactement les limites, repoussent l'emploi de la potasse caustique, et préfèrent aujourd'hui l'instrument tranchant.

Quant au traitement des kystes séreux ou hydatiques, il en est tout autrement; là plus grande incertitude règne à cet égard. Les uns prônent les succès obtenus par la potasse caustique (procédé de M. Récamier) et rejettent d'une manière absolue l'emploi du bistouri; les autres, moins exclusifs, tout en reconnaissant les avantages du caustique dans certains cas, pensent obtenir un résultat plus certain par l'emploi de l'instrument tranchant. (Procédé de M. Bégin.)

— Sans vouloir reproduire toutes les objections qui ont été adressées à ces deux méthodes, sans vouloir énumérer toutes les craintes qu'elles ont inspirées, examinons d'abord quel est le but qu'on se propose par leur emploi, et ensuite quelle est celle qui nous offre le moyen le plus certain d'atteindre ce but.

Le but principal qu'on se propose est évidemment le suivant: produire une inflammation locale, circonscrite, qui atteigne le péritoine et détermine des adhérences entre son feuillet pariétal et la portion de cette séreuse qui recouvre la tumeur.

Il s'agit donc de déterminer des adhérences. On conçoit alors qu'un procédé qui n'atteindrait pas ce but, ou qui le dépasserait en produisant, par exemple, une péritonite générale, n'offrirait pas au chirurgien toutes les conditions désirables. Or, voici ce que l'expérience nous apprend, relativement à l'emploi de la potasse caustique pour ouvrir des kystes hydatiques.

Chacun sait qu'entre les mains de M. Récamier, ce caustique a non-seulement déterminé des adhérences sans aucun accident grave, mais encore procuré des guérisons bien authentiques. Cependant tous les chirurgiens n'ont pas été aussi heureux, et dans certains cas, on a fait des applications de potasse caustique sans pouvoir déterminer d'adhérences.

M. le professeur Cruveilhier, dans des expériences entreprises à ce sujet, nous apprend que des quantités même considérables de ce caustique peuvent ne pas produire d'adhérences. Voici, du reste, en quels termes M. Cruveilhier rend compte de ces expériences, qui, d'après lui, seraient tout entières en faveur de l'application de la potasse caustique.

« Six grains de potasse caustique placés sous la peau de l'épigastre d'un lapin, n'ont déterminé aucun accident primitif.

Craignant que le caustique n'eût pas suffisamment pénétré, six jours après j'en ai appliqué plus bas une plus grande quantité.

L'animal étant mort au bout de quinze jours, j'ai vu que l'arc du colon *adhérait* aux parois abdominales dans le lieu de la première application, que cette adhérence avait lieu au moyen de filaments d'une ligne et demie à deux lignes de longueur. Le caustique avait non-seulement *entamé* le péritoine mais l'arc du colon, qui présentait une *eschare* blanche circulaire; des vaisseaux flexueux étaient développés tout autour de l'eschare et au niveau de l'adhérence.

L'autre application avait porté son action jusqu'à la face externe du péritoine, qui présentait une injection vasculaire, mais *sans adhérences*. » (*Acéphalocystes*, Dict. de méd. et de chir. pratiques.)

Ces deux faits rapportés avec la bonne foi que l'on connaît à ce savant observateur, donnent lieu à quelques réflexions sérieuses. En effet, nous voyons, dans la première application du caustique (celle de six grains), que l'arc du colon adhérait aux parois abdominales, et que le caustique avait non-seulement attaqué le péritoine, mais encore mortifié le colon; dans la deuxième application (celle d'une plus grande quantité de potasse), on voit au contraire le caustique borner son action à la face externe du péritoine, ne produire aucun eschare, ne déterminer aucune adhérence; comment alors reconnaître la quantité de caustique qu'il convient d'employer? Ne voit-on pas dans un cas une petite quantité produire des adhérences et des eschares, et dans un autre une quantité plus considérable ne pas même déterminer d'adhérence? De ces faits il résulte évidemment que la potasse caustique peut produire des effets très variables chez le même sujet et dans les mêmes conditions, effets qu'il est tout à fait impossible de calculer.

Si, dans un cas analogue au deuxième fait, un chirurgien plein de confiance dans ce procédé, comptant sur la quantité considérable de caustique employée et, partant, sur l'existence d'adhérences, allait plonger dans la tumeur hardiment et sans précaution aucune un bistouri ou un trocart, chacun prévoit aisément les suites fâcheuses qui pourraient en résulter.

Après les expériences que nous venons de rapporter, M. Cruveilhier a cru pouvoir établir la proposition suivante:

« L'application de la potasse caustique ne produit pas, en général, de péritonite; elle n'a d'autre résultat que des adhérences, lors même que son action s'étend au delà du péritoine. » (*Acéphalocystes*, Dict. de méd. et de chir. pratiques. tome I, page 236).

Néanmoins, la seconde application de potasse caustique n'a pas atteint le but qu'on s'était proposé, c'est-à-dire, n'a pas déterminé d'adhérences.

Quelle fut la cause de la mort de l'animal? Cette dernière doit-elle être attribuée ou non aux désordres produits par le caustique, à des eschares, à des adhérences, à une péritonite? Ce qui est certain, c'est que l'animal mourut au bout de quinze jours.

D'ailleurs, en supposant que les expériences, entreprises sur des lapins, fussent tout entières en faveur de ce moyen, pourraient-elles rigoureusement prouver son efficacité et son innocuité sur l'homme?

Quant au procédé de M. Bégin, on a pensé que l'action directe du bistouri sur le péritoine, et surtout l'entrée de l'air dans sa cavité, devaient faire redouter une péritonite générale. Mais ce que le raisonnement semblait indiquer, l'expérience l'a démenti. Bien plus, les faits dans lesquels ce procédé a échoué sont encore à signaler; aussi pense-t-on généralement aujourd'hui que c'est le moyen le plus certain pour déterminer ces adhérences salutaires dont nous avons perlé.

M. Bégin a eu occasion d'employer sa méthode dans deux circonstances avec un entier succès; dans un cas, il s'agissait d'un kyste hydatique du foie; dans l'autre, d'une hydropisie enkystée de l'arrière-cavité des épiploons. Ajoutons aussi que M. Velpeau y a eu recours trois fois avec avantages.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur A. Bérard les deux faits suivants:

Premier fait. *Tumeur encéphaloïde de l'abdomen.* — Un enfant portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse pour laquelle plusieurs praticiens distingués avaient été consultés: les uns pensaient que la masse que l'on sentait à travers les parois de l'abdomen n'était autre qu'une tumeur encéphaloïde; les autres croyaient à l'existence d'un kyste.

M. A. Bérard fut d'avis de recourir à un moyen chirurgical, s'appuyant sur le raisonnement suivant:

Si la tumeur est un kyste, l'évacuation du liquide est indispensable pour obtenir la guérison, et une opération est donc indiquée. Est-elle, au contraire, de nature encéphaloïde? L'opération sera inutile, à la vérité; mais il faut remarquer que, dans ce cas, le malade est voué à une mort certaine et prochaine, et que l'opération aura à peine hâté l'époque de la mort.

Les autres consultants se rendirent à ces raisons, et l'opération fut décidée. M. A. Bérard fit choix de la méthode de M. Bégin.

En conséquence, ce chirurgien incisa les parois abdominales dans toute leur épaisseur, y compris le feuillet pariétal du péritoine, dans une étendue de cinq à six centimètres environ. La tumeur s'engagea entre les lèvres de l'incision et vint se montrer à l'extérieur, de manière à représenter une saillie comparable (pour nous servir de l'heureuse expression de M. Bérard) à une côte de melon.

Au bout de quelques jours, ainsi que l'avait espéré l'opérateur, des *adhérences solides* s'étaient établies entre la tumeur et la paroi abdominale, et l'on put inciser la tumeur sans craindre aucun épanchement dans la cavité du péritoine.

Malheureusement cette tumeur était de nature encéphaloïde. Le cancer suivit sa marche naturelle, et l'enfant succomba quelque temps après.

Deuxième fait. *Kystes calculeux du rein.* — Dans un autre cas, M. A. Bérard pratiqua la même opération pour une tumeur également contenue dans l'abdomen. Celle-ci, bien qu'ayant le rein pour point d'origine, venait faire saillie derrière la paroi abdominale antérieure; l'incision dut donc être pratiquée dans le point correspondant à cette saillie.

Au bout de quelques jours, des *adhérences solides* s'étaient établies comme dans le cas précédent. Le kyste fut ouvert, et M. A. Bérard put en extraire plusieurs calculs assez volumineux.

— Bien que ces deux faits n'aient point eu une terminaison également heureuse, l'un et l'autre prouvent néanmoins d'une manière incontestable la possibilité d'obtenir ces adhérences protectrices dont nous avons parlé, et le peu de danger que cette opération (méthode de Bégin) fait courir au malade.

— Tous les faits qui précèdent paraissent assez concluants pour engager M. Nélaton à employer, chez son malade affecté d'un kyste hydatique du foie, l'instrument tranchant de préférence à la potasse caustique.

Si le malade se décide à subir l'opération, nous rendrons compte et de cette dernière, et de ses résultats. G. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 avril. — Présidence de M. CAVENTOU.

Après quelques rectifications demandées par M. Ferrus, et quelques observations de M. Rochoux, le procès-verbal est adopté.

— *M. Hamont*, membre correspondant, adresse une lettre en réponse à celle qui lui fut adressée, il y a quelque temps, par M. Aubert-Roche. Cette lettre n'ayant pas été lue, nous ne pouvons en donner qu'un extrait succinct:

M. Aubert-Roche, dit M. Hamont, dans une réclamation qu'il a adressée à l'Académie de médecine, se plaint de mes citations. J'aurais, dit-il, donné à ses paroles un sens qui n'est pas celui qu'on doit leur accorder — M. Hamont cite les propres paroles de M. Aubert, qui prouvent que ses citations sont justes.

M. Hamont termine sa lettre par ce résumé:

Des cas de peste se sont montrés sur des gardes de santé à l'arrivée de bâtiments infectés. — Faut-il, quoi qu'il en soit, débarquer marchandises et hommes, sains ou malades, au milieu des populations? Je ne le pense pas; je crois indispensable de placer le tout, pendant quelques jours, au grand air, afin de dissiper les foyers d'infection. Mais pour effectuer cette opération, il faut des lieux exprès, qu'on nommera comme on voudra, peu importe.

M. Aubert-Roche demande, en y comprenant le temps de voyage, douze ou treize jours quand il y a patente brute. — J'en demande quinze, pour faire comme l'Angleterre, voyage compris.

L'Angleterre n'a point supprimé ses quarantaines; elle a dit: Tout bâtiment qui aura mis *au moins* quinze jours à faire sa traversée, sera mis en libre pratique; mais tout bâtiment qui aura eu des cas de peste en route, subira une quarantaine dont la durée sera fixée par l'intendance sanitaire. »

Quoi qu'il en soit de cette polémique, M. Aubert-Roche a toutes mes sympathies pour l'appel qu'il a fait à son pays. — Un des premiers, il a signalé combien notre commerce se trouvait lésé par l'Angleterre. Il est de toute nécessité de remédier à un pareil état de choses. — Une réforme des lois sanitaires est urgente; tous, nous devons la désirer.

Je voudrais que M. Aubert-Roche se persuadât qu'en revenant aujourd'hui sur cette question, mon but n'est pas d'user d'une *tactique* pour semer du doute quand même, mais tout simplement de découvrir la vérité.

— *M. Baillarger*, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, lit un travail ayant pour titre: *De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence.*

Pour mesurer l'étendue de la surface du cerveau, M. Baillarger déplisse cet organe par un procédé différent de celui qu'employait Gall. Au lieu de dilater peu à peu l'hémisphère en tiraillant avec les doigts la substance cérébrale, il enlève graduellement, par une dissection longue et minutieuse, presque toute la substance blanche.

Quand le cerveau a été peu à peu réduit à une très faible épaisseur, la membrane hémisphérique se déplisse pour ainsi dire d'elle-même.

Ce déplissement n'est pas complet, non plus que celui qu'on obtient par le procédé de Gall; mais il est suffisant pour qu'on puisse étaler l'hémisphère et le mouler très exactement avec du plâtre.

L'étendue de surface de ce moule égale à celle du cerveau est obtenue au moyen d'un tissu très mince qu'on fait pénétrer partout en remplissant peu à peu le moule avec de la terre glaise.

Il ne reste plus ensuite que des opérations mathématiques très simples pour avoir l'étendue exacte de la surface du cerveau.

M. Baillarger a trouvé, pour le cerveau de l'homme, une moyenne de 1700 centimètres carrés.

La mesure de l'étendue de la surface du cerveau de plusieurs animaux a été obtenue de la même manière.

Dans une seconde partie de son travail, M. Baillarger examine la question physiologique, et démontre qu'on a commis une grave erreur en disant que le degré de développement de l'intelligence était en raison de l'étendue des surfaces cérébrales.

De deux choses l'une, en effet: ou bien on considère l'étendue des surfaces cérébrales d'une manière absolue; ou bien, au contraire, on tient compte du volume relatif des différents cerveaux.

Dans le premier cas, la proposition est impossible à soutenir; car le cerveau du chien, par exemple, a bien moins de surface que celui du mouton.

Dans le second cas, il est tout aussi impossible de chercher le rapport qu'on a prétendu exister.

M. Baillarger prouve que, relativement au volume, le cerveau du lapin, par exemple, a deux fois et demi plus d'étendue de surface que celui de l'homme, qui, sous ce rapport, se trouve tout à fait au bas de l'échelle animale.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait des circonvolutions bien plus nombreuses et bien plus profondes. Le cerveau, en effet, subit cette loi mathématique, que les volumes des corps sont entre eux comme les cubes de leurs diamètres, tandis que les surfaces sont entre elles comme les carrés de ces diamètres.

Il en résulte que les cerveaux les plus volumineux n'ont, relativement, qu'une très petite surface.

Il n'y a que le cervelet qui, pour l'étendue de sa surface, puisse lutter avec le cerveau des mammifères inférieurs.

L'erreur qu'on a commise tient à ce qu'on a jugé de l'étendue relative des surfaces, en ne tenant compte que du nombre et de la saillie des circonvolutions; ce qui ne saurait être exact pour des cerveaux de volumes différents.

M. Baillarger termine par les conclusions suivantes:

1° Le cerveau peut être déplissé presque complétement en enlevant peu à peu la substance blanche.

2° L'étendue de la surface du cerveau ainsi déplissé, est de 1,700 centimètres carrés.

3° Le cerveau de l'homme, relativement à son volume, a beaucoup moins d'étendue de surface que celui des mammifères inférieurs.

4° On ne peut sans erreur grave juger de l'étendue relative de la surface de plusieurs cerveaux de volumes différents, en ne tenant compte que du nombre et de l'étendue des circonvolutions.

5° Le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue relative de la surface du cerveau, semble plutôt être en raison inverse.

— *M. Roux* lit un long mémoire sur les exostoses.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* met sous les yeux de l'Académie un fragment de soude en gomme, de gros calibre, long de sept centimètres, qu'il a extrait par l'urètre, sans incision, de la vessie d'un vieux prêtre habitant les Batignolles. Ce débris de sonde était là depuis trois mois, et déjà sa surface était recouverte d'incrustations que les mors de l'instrument ont détachées et qu'il a fallu retirer avec un brise-pierre à cuiller.

M. Le Roy-d'Etiolles démontre ensuite le mécanisme et l'action de l'un des instruments dont il se sert pour extraire les corps de cette nature. Sa disposition est telle que la soude saisie en travers se trouve pliée les extrémités tournées en arrière, puis coupée en deux tronçons dont l'un retombe dans la vessie et l'autre retenu et placé dans la direction de l'urètre, suit le mouvement de sortie de l'instrument. Quand les sondes ou les bougies sont d'un petit volume, elles peuvent être retirées pliées en double sans être coupées.

M. Le Roy-d'Etiolles rappelle à cette occasion le fait de l'extraction par l'urètre d'une jeune femme d'un manche de moutardier en buis, long de neuf centimètres, qu'il a pratiquée l'année dernière après l'avoir brisé, sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 avril 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

MM. Flandin et *Danger* adressent la lettre suivante:

L'Académie a reçu lundi dernier deux lettres qui nous concernent; l'une de M. Orfila, l'autre de M. Baise. C'est à regret que nous nous voyons forcés d'y répondre. La science n'a rien à gagner à des discussions qui n'ont d'autre mobile que l'intérêt personnel.

Sur la parole d'un journal, M. Orfila nous reproche d'avoir attaqué à faux un rapport fait en justice, et qui lui était commun avec MM. Pelletier et Chevallier. S'il eût attendu la publication de notre mémoire, M. Orfila aurait vu qu'il n'y est nullement fait allusion au rapport dont il parle, mais seulement à des expériences à la suite desquelles *deux*

chimistes, sur de fausses indications de la pile de Smithson, avaient cru un instant à l'existence du mercure dans une liqueur ou dans un rob qui n'en contenait pas. L'erreur, du reste, disions-nous, avait été réparée, et « dès-lors le précepte donné de ne pas s'en tenir au chan-» gement de couleur de la lame d'or pour prononcer sur l'existence du » mercure, mais d'exiger, sons forme de globule, la réduction du mé-» tal dans un tube. »

Si M. Orfila eût connu ces paroles, qui sont celles de notre mémoire, il se fût abstenu sans doute de réclamer la priorité d'une idée que nous n'avons pas songé à lui ravir, l'idée de volatiliser dans un tube le mercure appliqué sur la lame d'or de la pile de Smithson.

En rappelant qu'il a publié un « travail dans lequel il a fait connaî-» tre les diverses causes d'erreur auxquelles pouvait donner lieu l'em-» ploi de cette pile, ainsi que les précautions qu'il importait de pren-» dre pour éviter les erreurs, » M. Orfila nous atteste implicitement que l'erreur dont nous avons parlé avait été commise non loin de lui. Mais, on peut s'en assurer par la lecture de notre mémoire, nous n'avons rien dit qui dût donner à penser qu'une pareille erreur ait été consignée dans un rapport d'experts, et surtout qu'elle ait entraîné une condamnation judiciaire, deux choses que l'on nous a fait dire à notre grand regret et à notre plus grande surprise.

M. Orfila, en terminant sa lettre, sollicite l'Académie de vouloir bien hâter la présentation du rapport de la commission chargée de lui rendre compte de nos travaux. « Des erreurs graves, ajoute-t-il, » ont été débitées par ces messieurs, et bien des faits ont été donnés » par eux comme nouveaux, quoique je les eusse publiés depuis » longtemps. » M. Orfila nous paraît trop disposé à regarder comme un emprunt à ses idées tout travail fait en dehors de lui en toxicologie, de même qu'à taxer d'erreurs graves toutes les opinions qu'il ne partage pas. Mais le célèbre professeur ne s'expliquant pas sur les erreurs ou les larcins qu'il nous impute, nous ne pouvons ici que joindre notre prière à la sienne pour demander à l'Académie de vouloir bien hâter la présentation du rapport de la commission chargée de lui rendre compte de nos travaux.

L'auteur de la seconde lettre est plus explicite que le maître dont il paraît adopter les doctrines : il veut bien formuler quels sont nos plagiats et quelles sont nos erreurs.

Selon lui, d'une part, nous avons donné comme un fait nouveau en 1842, la *concentration des poisons dans le foie*, fait annoncé par M. Orfila dès l'année 1840. Nous le demanderons aux savants qui ont pris intérêt à ces questions, de quelle date est l'expression dont on veut bien se servir aujourd'hui, *concentration des poisons dans le foie?* Elle est postérieure à celle de l'expression *localisation des poisons*, par laquelle nous croyons avoir, les premiers, appelé l'attention des physiologistes sur un phénomène singulier et inattendu, à savoir : que les poisons n'étaient pas portés également partout, que l'émétique ne restait pas dans les poumons, que le cuivre n'apparaissait pas dans le liquide de la sécrétion rénale, etc. Pour se rendre raison des causes qui faisaient trouver dans le foie plus de poison qu'ailleurs, M. Orfila invoquait tantôt la plus grande vascularité de l'organe, tantôt la nature de ses fonctions comme appareil de sécrétion. De notre côté, antérieurement à tout autre, nous croyons avoir montré par l'expérience que le transport des poisons dans le foie était direct, qu'il était opéré particulièrement par la veine-porte, naguère empiriquement appelée la *porte des maux*. Or, n'était-ce pas là des opinions assez nouvelles pour mériter d'être signalées aux physiologistes?

D'autre part, l'auteur de la seconde lettre regarde comme inexactes plusieurs propositions qu'il dit avoir été soutenues par nous, à savoir:

« Que, sans contenir d'arsenic, certaines taches peuvent offrir les » caractères physiques et la plupart des réactions chimiques des véri-» tables taches arsenicales; »

L'Académie a prononcé sur ce point : tout le monde se rappelle » qu'elle a proscrit complétement la méthode des taches, qu'elle a dé-» claré sans valeur l'appareil de Marsh considéré comme moyen de » produit des taches » (v. Compte-rendus de l'Académie des sciences, t. XIII, p. 57); il est donc inutile de nous défendre ici nous-mêmes.

« Que les terrains des cimetières ne contiennent point d'arsenic ; »

Comment aurions-nous pu émettre une pareille proposition ? L'arsenic est un élément minéral du globe ; ne peut-il pas, ne doit-il pas advenir qu'on ait établi des cimetières dans des terrains où ce métal se rencontre naturellement? A la suite de quelques essais sur les terres des trois principaux cimetières de Paris, nous avons annoncé que nous n'y avions pas trouvé d'arsenic. Mais qu'on recherche ce que nous avons écrit à ce sujet, et l'on verra que de l'absence de l'arsenic dans tel point d'un cimetière nous n'avons pas même induit que ce métal ne pût pas se rencontrer dans un point plus ou moins éloigné. Il faut au moins accorder à ses adversaires la logique du bon sens.

« 3° Que les animaux empoisonnés n'urinent point ; »

Dans les empoisonnements *aigus* par l'arsenic, avons-nous dit, d'ordinaire les animaux n'urinent point. L'absence, la rareté de l'urine, sont un des symptômes de cette espèce d'empoisonnement ; les médecins ne l'ignorent pas. Depuis qu'il a passé sous nos yeux un assez grand nombre de rapports faits en justice par des médecins instruits, nous avons vu se confirmer pour l'homme ce résultat aperçu dès nos premières expériences sur les animaux.

« 4° Qu'il n'existe point de cuivre à l'état normal dans les organes » de l'homme; »

Nous persistons dans cette opinion, en suppliant qu'on ne confonde jamais les deux expressions *cuivre normal* et *cuivre accidentel*.

« 5° Que dans le sang des animaux empoisonnés on ne retrouve » point de poisons ; »

Nous n'avons pas émis une proposition aussi formellement absolue ; nous avons dit qu'on ne trouvait pas dans le sang *certains poisons*, tels que le cuivre et le plomb. Nous savons qu'on y retrouve l'arsenic et l'antimoine. Nous espérons pouvoir, un jour, tirer de là quelques inductions qui ne seront peut-être pas sans utilité pour la thérapeutique.

Enfin l'auteur de la seconde lettre proteste également contre cette assertion que « dans les expertises judiciaires, il est préférable de frac-» tionner les matières, et qu'il suffit, par exemple, d'opérer sur 100 » grammes d'un foie pour constater la présence d'un poison. »

Oui, selon nous, dans les expertises judiciaires, il est utile de fractionner les matières, et, dans les cas ordinaires, il suffit d'opérer sur 100 grammes de foie pour constater la présence d'un poison. Des procès récents nous ont prouvé qu'à cet égard nos assertions n'avaient rien de trop hardi, et nous les maintenons. Il est bien entendu, du reste, que si l'on ne trouvait rien sur 100 grammes, il faudrait opérer sur 200, sur 500, ou même sur 1000.

L'Académie doit être fatiguée de ces vaines et trop longues discussions. Nous prévenons, quant à nous, que pour nous mettre à l'abri d'une controverse irritante, nous nous abstiendrons désormais de répondre à des objections qui n'auraient pas plus de fondement que les précédentes.

— *M. Bouchardat* adresse un mémoire sur la digestion des matières féculentes. Ce médecin admet que le suc pancréatique est indispensable à la digestion de ces matières, et que c'est là le rôle essentiel et important que joue le pancréas dans l'économie.

— *M. Matteuci* adresse le résultat de ses expériences sur des piles voltaïques construites entièrement avec les muscles des animaux. Il a trouvé que leur action était d'autant plus énergique, que les animaux étaient plus élevés dans l'échelle.

Nouveau mode de traitement des fistules; par M. le docteur Tott, de Ribnitz.

M. le docteur Tott pense qu'en général, on se hâte trop d'opérer les fistules ; quant à lui, il déclare qu'il a presque toujours réussi à les guérir sans recourir à la pratique d'aucune opération. Il se sert d'injections, soit avec le nitrate d'argent ou le sulfate de zinc, soit avec un décocté de chêne additionné d'eau de chaux et de teinture de myrrhe, soit enfin et principalement avec la liqueur vulnéraire de Schmalz, dont voici la formule :

Pr. Sulfate de cuivre,	15	grammes.
Sulfate de zinc,	15	id.
Vert-de-gris,	15	id.
Miel rosat,	90	id.
Eau de fontaine,	2000	id.

M. S. A.

En même temps qu'il prescrit ces injections, il a recours à la compression, si la position des fistules permet de l'employer.

NOUVELLES.

On vient de pourvoir aux places que la mort de M. Ollivier (d'Angers) avait rendues vacantes. Le docteur Deville, gendre de M. Delens et neveu de M. Loiseleur-Deslonchamps, a été nommé inspecteur-général des décès de la ville de Paris; et le conseil de salubrité, où se présentaient cette fois-ci quatorze candidats, en a élu trois entre lesquels le préfet de police et le ministre de l'intérieur avaient à faire leur choix. Cette liste se composait de MM. Flandin, Brichetesu et Laugier. C'est M. Flandin qui a été nommé.

— A la suite du concours pour cinq emplois de médecin adjoint qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Dusaourt, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e de ligne; Ganderax, *idem* au 8e chasseurs; Lacroix, *idem* au 1er dragons; Larivière, *idem* au 69e de ligne; Mouchet, *idem* au 22e de ligne.

Deuxième liste de souscription pour un médecin malade.

Total de la première liste,	40 fr.
MM. Foucart,	5
Un médecin qui n'est d'aucune soc. de prévoyance,	20
Comet,	5
Regnard,	5
Koreff,	10
Parisot, directeur du journal *la Réaction*,	5
Marchal (de Calvi),	5
Millet,	5
Saulnier de Pierrelevée,	5
Martin-Solon,	5
Garland de Beaumont,	5
Amédée Fontan,	5
Martin, à Bercy,	10
Bellenger, à Senlis,	5
Total,	135 fr.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 AVRIL 1845. (18e ANNÉE.) N°. 46. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,
GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 18 AVRIL 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un professeur de clinique disait dernièrement devant un nombreux auditoire, que, sous le règne de la doctrine physiologique, l'embarras gastrique avait été effacé du cadre nosologique. Cette proposition n'est pas exacte, et Broussais, sous ce rapport, comme sous tant d'autres, a été mal compris. Il est remarquable que, généralement, on exagère les exagérations des hommes de génie. Cela se fait sans mauvaise intention et de bonne foi, uniquement parce que l'esprit aime toujours à se mettre en face de l'absolu, et qu'il n'est apte à bien attaquer que ce qui résiste beaucoup.

Broussais, dans un ouvrage réimprimé sous ses yeux en 1834 (1), dit: « L'état de vie s'oppose à la condensation complète de la fibrine du sang comme à celle de la fibrine organisée; et sans doute la nature, ou pour mieux dire, *son auteur*, emploie cette tendance à des usages importants, mais qui ne nous sont pas encore tous connus. » Vous le voyez: *son auteur!* l'auteur de la nature! C'est Broussais qui le dit. Mais, comme il écrira dans un autre moment qu'il lui est impossible de comprendre les rapports de la création avec le Créateur, on fera de lui absolument et irrémissiblement un athée!

Broussais localise les maladies dans les organes, plus complètement qu'on ne l'avait fait avant lui. Aussitôt on proclame qu'il professe l'autocratie de la matière organisée, et qu'il ne voit qu'elle dans l'économie animale. On l'accuse de nier les forces. Etrange accusation! Broussais est aussi vitaliste que Barthez. Lisez plutôt: « La contractilité, la sensibilité de relation..... sont donc des témoignages, des preuves évidentes de l'existence de la force vitale. Cette force est assurément inconnue dans son essence; *car c'est une cause première....* » Puis, ayant défini ce qu'il appelle admirablement la *chimie vivante*, il dit: « Or, cette chimie vivante est le phénomène le plus reculé qui frappe nos sens; elle n'est pas sans doute la force vitale proprement dite, mais elle en est le premier instrument, l'instrument invisible, immatériel, que nous ne connaissons que par la voie du raisonnement; en un mot, c'est l'instrument par lequel la force vitale, en agissant sur la matière, produit des instruments secondaires, purement matériels, perceptibles à nos sens, et où nous pouvons découvrir ce que nous appelons les propriétés vitales des tissus. » La force vitale de Broussais n'a pas des mœurs, des idées, comme le principe vital de Barthez; mais ce n'est pas moins la force vitale, c'est-à-dire quelque chose de supérieur et d'antérieur à la matière, qu'elle transforme à son gré au moyen de la chimie vivante. N'importe! Broussais est un organicien pur, un matérialiste radical!...

De même, Broussais dit que l'embarras gastrique est produit par l'irritation de l'estomac, et on l'accuse de nier l'embarras gastrique. Broussais ne conteste même pas que l'émétique puisse *enlever l'irritation de l'estomac en même temps que la bile*, et amener ainsi la guérison; seulement, il ajoute que ce médicament augmente souvent l'irritation, et qu'alors celle-ci se change en phlegmasie, laquelle, « parcourant tout le canal digestif, produit la gastro-entérite, dont les variétés correspondent à toutes les fièvres admises par les auteurs depuis la plus haute antiquité. » Broussais n'efface donc ni la maladie, ni même, d'une manière absolue, le traitement évacuant. Nous en appelons là-dessus tout simplement au *premier dialogue* du *Catéchisme de la médecine physiologique.*

Broussais admet l'embarras gastrique bilieux; seulement, « la bile n'est pas un être vivant, un animal se mouvant par son caprice, et s'amusant à se jeter sur les différents organes. C'est une matière purement passive qui se rend là où l'irritation l'appelle. Ayez l'estomac enflammé, la bile s'y accumulera. » Ainsi, encore une fois, pour Broussais, il existe un embarras gastrique bilieux, une accumulation de bile dans l'estomac; mais il y a quelque chose d'antérieur à ce fait, et c'est l'irritation. Or l'émétique, qui est efficace en tant qu'évacuant, est dangereux en tant que stimulant très actif; donc il faut employer les antiphlogistiques préférablement à la méthode vomitive. « Toutes les fois que l'irritation est un peu vive, l'émétique produit cet effet (la phlogose); donc il n'est pas prudent d'exposer les malades aux chances d'un émétique *toutes les fois que l'irritation de l'estomac se rapproche du degré de l'inflammation.* » Est-ce là cette doctrine si absolue?

Broussais va au-delà de l'accumulation de bile, qui est un effet; il remonte à la cause, et il a raison. Maintenant a-t-il raison de préférer dans tous les cas les sangsues à l'émétique, la bile devant *abandonner l'estomac et reprendre son cours ordinaire par la voie des selles*, aussitôt que l'irritation aura été enlevée? Nous ne le pensons pas. Nous admettons avec lui que l'embarras gastrique a l'irritation pour cause; mais l'effet devient cause à son tour, et finit par dominer la scène. Il devient le fait essentiel, et dès lors le vomitif est plus urgent que le déplétif. D'ailleurs l'émétique ne serait-il pas à la fois un évacuant et un antiphlogistique à la façon du nitrate d'argent, c'est-à dire un substituant, selon l'opinion de MM. Trousseau et Pidoux?

C'est Pinel qui a créé ce nom d'*embarras gastrique.* L'embarras gastrique est comme un acheminement aux fièvres gastriques. Ses symptômes, d'après l'illustre nosographe, sont les suivants: goût amer; enduit blanc ou jaunâtre de la langue; perte d'appétit; efforts de vomissement, et vomissements de matières jaune-verdâtres et amères; sensibilité de l'épigastre à la pression. Cet état peut exister avec ou sans fièvre; il s'accompagne quelquefois de phénomènes sympathiques plus ou moins alarmants, tels que la céphalalgie sus-orbitaire, etc. Il peut durer pendant un temps plus ou moins long, sans empêcher le malade de vaquer à ses affaires ordinaires. Il cesse par un vomissement spontané ou provoqué, et quelquefois sans évacuation sensible. Pinel combattait cet état par un vomitif à dose rapprochée ou en lavage. Il dit: « Les effets de » ces évacuants sont si manifestes, que je vois très souvent » des infirmes se traîner longtemps, quelquefois des mois entiers sans pouvoir presque rien manger, et être guéris après » deux ou trois jours de séjour à l'infirmerie par l'usage de » quelque boisson acidulée et délayante à la suite d'un émé» tique. »

M. Neucourt, élève distingué de l'école de Paris, qui a fait sa thèse sur la méthode vomitive, qu'il a vu appliquer fréquemment par M. Beau, a tracé, d'autre part, l'histoire d'une épidémie d'embarras gastrique dont furent atteintes un grand nombre de femmes de la Salpêtrière (*Journal de médecine*, mai 1843). La maladie offrait les symptômes qui lui ont été assignés par Pinel, et la méthode vomitive donna les résultats les plus satisfaisants. Nous trouvons dans la thèse de M. Neucourt, l'observation d'une femme qui présentait depuis deux mois les signes méconnus d'un embarras gastrique, lorsqu'un interne lui prescrivit un gramme d'ipécacuanha, puis une bouteille d'eau de Sedlitz. Dans l'espace de trois jours les symptômes cessèrent, et, le huitième jour, la malade disait ne pouvoir se rassasier tant son appétit était vif. Beaucoup de praticiens ont observé des faits semblables. Broussais lui-même, à propos d'un homme affecté de pleurésie chronique, qui offrait, outre les symptômes de la phlogose du thorax: langue muqueuse, bouche mauvaise, soif, céphalalgie, Broussais dit: « J'attaquai d'abord les symptômes gastriques par l'émétique, qui les enleva sur-le-champ. » C'était en 1806, à l'hôpital d'Udine. Plus tard il mit en note que ces guérisons ne sont que trop souvent provisoires, et que d'ailleurs elles sont dues à la révulsion (*Phlegm. chroniq.*, t. I, p. 152: 5e édit.). Cette note ne doit pas être perdue de vue, quoique Broussais, en l'écrivant, ait surtout obéi au besoin d'atténuer un fait contraire à sa doctrine. Il faut savoir combien de temps la santé se maintient à la suite de l'émétique, et ce que deviennent les estomacs que l'on a soumis fréquemment à la méthode vomitive. On parle beaucoup d'embarras gastrique aujourd'hui, mais on ne s'occupe pas de réunir un nombre de faits suffisant pour éclairer complétement l'opinion sur cet état morbide et son traitement.

Beaucoup de fièvres dites typhoïdes ne sont pas autre chose que des *fièvres bilieuses* dans lesquelles les premières voies sont fortement irritées, en même temps qu'il s'y est fait, par suite de cette irritation même, une accumulation de bile. Vous avez donc là deux éléments. Vous faites une saignée si le sujet est robuste; vous appliquez des sangsues au creux de l'estomac, et vous faites bien, puisqu'il existe là une irritation inflammatoire. Mais la fièvre, la céphalalgie, la somnolence persistent, quoiqu'à un moindre degré peut-être, parce que l'autre élément, l'accumulation de bile, n'a pas été attaqué. Vous donnez l'émétique, suivi d'une bouteille d'eau de Sedlitz; aussitôt un amendement notable se prononce, et bientôt vous pouvez commencer à nourrir le malade. Peut-être auriez-vous réussi sans l'emploi préalable des antiphlogistiques; mais peut-être aussi les évacuants n'eussent-ils pas été supportés, si d'abord l'élément phlegmasique n'avait été combattu. Stoll, que l'on a tant accusé d'être exclusif, faisait, dans un grand nombre de cas, précéder le vomitif d'une saignée, afin, disait-il, d'aider à l'évacuation de la bile.

On a admis un embarras bilieux et un embarras muqueux, plus un embarras mucoso-bilieux. Broussais se demande ce que c'est que l'état muqueux? Il répond: « Une irritation des follicules muqueux qui sécrètent davantage et inondent les organes de mucosités. Calmez cette irritation, ajoute-t-il, et les mucosités disparaîtront... » Il pose cependant la question de savoir s'il ne convient pas de débarrasser le canal digestif des matières qui le surchargent. « Cette question est d'une extrême importance, répond-il, et, pour la résoudre, il faut se connaître en irritation. *Si celle-ci est légère, vous pouvez évacuer; mais si elle est forte, vous devez la calmer* (1). » Paroles remarquables qui déposent encore contre l'accusation d'absolutisme inflexible que l'on a fait peser sur leur auteur.

— La crépitation fine qui appartient à la pneumonie est très difficile à reconnaître à travers les râles de l'emphysème. M. Rostan a dans ses salles une fille âgée de 24 ans, qui est affectée d'emphysème du poumon: circonstance digne déjà d'intérêt en ce que, selon la remarque de Laënnec, cette affection n'attaque guère que les personnes âgées. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade, d'ailleurs très robuste, était dans un état de suffocation imminente. On lui fit plusieurs saignées, on lui appliqua des révulsifs, et on lui fit fumer des feuilles de stramonium. Elle fut soulagée. Puis les accidents reparurent avec l'intensité qu'ils avaient présentée d'abord. On pratiqua une saignée. Le sang était couenneux. Cette circonstance a fait supposer qu'il se mêlait de l'inflammation à l'emphysème: induction tout à fait rationnelle. Mais c'est là un cas bien embarrassant.

— Une femme qui est entrée dans le même service avec les symptômes d'un rhumatisme général, a éprouvé des douleurs dans les flancs. On a examiné ses urines, et l'on y a constaté, au moyen de l'acide nitrique, la présence d'une quantité très considérable d'albumine. Voilà donc un cas dans lequel tout l'honneur du diagnostic revient à la chimie. On ne saurait porter trop d'attention à l'état des urines, lorsque surtout aucun état local ne peut rendre compte de l'affaiblissement de l'économie. On voit des hommes maigrir; puis les pieds enflent, le ventre grossit. Au bout de quelque temps, un examen plus approfondi fait reconnaître l'albuminurie parvenue déjà à un degré très avancé. La thérapeutique n'est plus alors que d'un faible secours, tandis qu'elle aurait pu, en temps opportun, enrayer la maladie. Le cas que nous venons de supposer n'est point imaginaire. Malheureusement il nous a été donné de l'observer chez une personne qui nous était très chère. Pendant plus d'un an le malade maigrit très sensiblement; d'ailleurs il vaquait à ses occupations avec la même activité que par le passé. Chose qui l'étonnait beaucoup, en même temps qu'il maigrissait et que surtout son visage était très altéré, son ventre grossissait et il avait quelque peine à boutonner son pantalon. L'œdème et l'hydropisie survinrent. L'examen des urines y fit découvrir une énorme quantité d'albumine. Rien ne put empêcher l'affection de se terminer d'une manière funeste. Du reste, tous les jours on voit des albuminuriques qui jusqu'au moment où ils deviennent hydropiques ne s'aperçoivent pas qu'ils sont malades. Dernièrement encore nous en avons rencontré un au Val-de-Grâce, dans le service de M. Alquié, médecin en chef. Cet homme n'avait point souffert, et il ne se plaignait que de la gêne occasionnée par l'ascite et l'œdème des membres inférieurs. Il était d'ailleurs si dispos, qu'à peine se croyait-il malade. L'albuminurie est donc une maladie des plus insidieuses, qui prépare d'autant plus sûrement la destruction des individus qu'elle exerce ses ravages silencieusement. Puisqu'elle se cache si souvent, c'est une raison pour la redouter toujours et pour ne pas négliger l'examen, d'ailleurs si facile, des urines.

— Quand il existe un bruit de souffle au cœur chez un chlorotique, on est fort embarrassé de savoir s'il dépend de globules propres à la chlorose ou s'il est lié à une affection du cœur primitive ou concomitante. M. Rostan a, dans son service, trois chlorotiques qui ont été soumises au traitement spécifique de la chlorose, c'est-à-dire à l'usage des ferrugineux. Deux d'entre elles se sont très bien trouvées de ce traitement. Les couleurs sont revenues et les symptômes ont diminué chez l'autre; la face est bien un peu moins pâle, mais la dyspnée et les autres accidents ont augmenté, ce qui fait supposer que le cœur est malade. Voici, en effet, ce qui arrive: si l'affection est une simple chlorose, les ferrugineux produisent une amélioration; si l'état chlorotique est lié à une affection du centre circulatoire, ils aggravent momentanément l'état de la malade. Aussi, quand on n'a pas été appelé de bonne heure, doit-on se prémunir contre l'erreur dont nous venons de signaler la possibilité, en avertissant les intéressés. Nous venons de parler de la chlorose comme si elle était propre exclusivement au sexe féminin. Chacun sait le contraire, puisqu'on cite même un vieux général qui en fut atteint. Mais

(1) *Physiologie pathologique.*

(1) Cours de pathologie et de thérapeutique, t. I.

chacun sait également qu'elle est incomparablement plus commune chez la femme que chez l'homme, et que, chez la femme, c'est tout à fait spécialement à l'époque de la puberté qu'elle est observée. C'est là, du reste, un phénomène impénétrable. Le fait essentiel de la chlorose consiste dans la diminution des globules. Pourquoi les globules diminuent-ils plutôt au moment où la menstruation va s'établir? Les phtisiques sont chlorotiques, puisque, d'après l'observation de M. Andral, le chiffre des globules tombe chez eux à 100 ou même à 80. Ici l'hématose est entravée, et rien n'est plus facile à comprendre que la chlorose. Le public médical attend avec une vive impatience le Traité de pathologie de M. le professeur Bouillaud. Il n'est pas douteux que la chlorose et la chloro-anémie, si bien étudiées par cet observateur célèbre, n'y occupent une place importante.

— Une femme, âgée de 50 ans, cacochyme, a été atteinte de pneumonie. N'osant la faire saigner, M. Rostan lui a prescrit l'émétique suivant la méthode rasorienne, et elle est guérie.

— Une classe d'angines sont passées de la médecine dans le domaine chirurgical, en ce sens du moins qu'on leur applique le traitement topique et qu'on les admet dans les services de chirurgie. Ce changement est dû à M. Bretonneau, dont M. Velpeau parmi nous a propagé et appliqué les idées sur ce point. La classe dont nous voulons parler est celle des angines tonsillaires. M. Velpeau admet trois variétés de ces angines : l'angine celluleuse, la parenchymateuse et la muqueuse. La première est un phlegmon proprement dit, se développant dans le tissu cellulaire qui entoure la glande et tendant à proéminer dans la région parotidienne. La seconde prend le tissu même de la glande et se termine souvent par suppuration. Quant à la muqueuse, elle se présente sous deux formes : elle est purement inflammatoire ou couenneuse. Un malade, couché n° 22 de la salle d'hommes de M. Velpeau, avait une angine de cette dernière espèce. Une couche grise pseudo-membraneuse recouvrait les amygdales. Il faut être averti que certaines angines syphilitiques présentent le même aspect. Le traitement usité par M. Bretonneau consiste dans l'application de la poudre d'alun sur la partie malade. Le chirurgien trempe son doigt mouillé dans cette poudre et le porte au fond de la gorge sur les points recouverts des pseudo-membranes, qu'il *badigeonne* ainsi plusieurs fois par jour. Nous avons très bien réussi dans divers cas avec le nitrate d'argent, qui nous semble agir beaucoup plus promptement.

— C'est une question bien obscure que celle des sympathies en physiologie, et les sympathies morbides ne sont pas moins mystérieuses. Qu'une affection du cerveau réagisse sur l'estomac et réciproquement, le pneumo-gastrique est là pour nous l'expliquer. Mais comment les organes sécréteurs du sperme exercent-ils une si grande influence sur la phonation? De même où est la raison de la sympathie morbide en vertu de laquelle la débilitance de l'oreillon donne lieu à l'orchite chez l'homme, à la mammite chez la femme? Faut-il admettre pour les glandes une loi de coïncidence comme pour les séreuses? Mais les auteurs parlent d'une métastase de l'oreillon sur les organes génitaux externes de la femme, où l'on ne voit pas de glandes proprement dites, affection qui aurait besoin, d'ailleurs, d'être corroborée de faits bien observés. On voit que cette question demande des éclaircissements. Ces remarques nous sont inspirées par un cas que nous venons d'observer au Val-de-Grâce, dans le service de M. Baudens, et qui n'a présenté rien de particulier. Dans cette variété de l'orchite le testicule est pris, tandis que dans l'orchite blennorrhagique, même appelée épididymite, c'est l'épididyme.

— Il y a, dans les salles de médecine du Val-de-Grâce, un assez grand nombre de pneumonies généralement très étendues et dont plusieurs présentent le caractère bilieux. M. le professeur Alquié faisait remarquer, à propos de ces dernières, que les idées de Stoll sont souvent mal interprétées. La pneumonie bilieuse est, surtout pour les modernes, celle du côté droit; la participation du foie à la phlogose pulmonaire est expliquée par la contiguïté. Ce n'est pas ainsi que Stoll l'entendait. Il admettait une diathèse bilieuse, et dans certains cas il y a positivement quelque chose de semblable. Il est remarquable, ajoute M. Alquié, que Stoll ait été conduit à l'application de la méthode que Rasori, Tommassini, Bondrioli et d'autres devaient plus tard propager sous le nom de méthode contre-stimulante. Il indique expressément que l'administration de l'émétique à *dose nauséeuse* est suffisante. Cela n'ôte rien à la gloire de Rasori, qui s'est approprié le fait empirique par le développement et la puissante interprétation qu'il lui a donnés. Du reste (et c'est encore M. Alquié qui parle), lorsqu'on se reporte aux observateurs de cette grande école dont Sydenham nous offre le modèle, que de vues pratiques, que de symptômes exactement recueillis, admirablement expliqués, ne relève-t-on pas dans leurs écrits, et combien s'atténuent les découvertes du temps présent! Sarcone, dans l'histoire de l'épidémie qui régna à Naples en 1764, ne mentionne-t-il pas déjà, sans appellation spéciale toutefois, les crachats jus-de-pruneaux auxquels un illustre clinicien de notre temps et de notre école a attaché avec raison une si funeste signification? Il dit : « . . . . . . crachats toujours plus coriaces, *inclinant vers la couleur du tabac*, rares chez un grand nombre, chez quelques-uns copieux, » etc. Le paragraphe se termine par ces mots : « Avec cet appareil meurtrier, les malades mouraient le neuvième, le onzième ou le quatorzième jour. » Ainsi, non seulement Sarcone avait désigné les crachats jus de pruneaux ou de tabac, mais encore il avait reconnu l'extrême gravité attachée à ce symptôme.

Nous sommes obligé de nous faire violence, maintenant que nous avons ouvert ce beau livre de Sarcone, pour ne pas insister sur une foule de points relatifs à l'histoire et au traitement de la péripneumonie. Du moins ne terminerons-nous pas sans signaler le passage dans lequel l'auteur s'élève contre ce préjugé des *petits médecins* et du vulgaire, qui consiste à tenir l'appartement du malade (péripneumonique) clos et comme inaccessible à un air libre et nouveau. « Dans quelle étrange violence, s'écrie l'auteur, ne se trouve pas alors un viscère auquel manque le secours d'un élément dont il vivait pour ainsi dire, et duquel la foule des visites, le feu et l'air renfermé ne font qu'augmenter la distension et augmenter l'affection! » Cette vérité avait déjà été reconnue et proclamée par Sydenham. X.....

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur rare de l'aine. Hernie épiploïque incomplète.

Nous rapportions dans notre dernier compte-rendu l'observation d'une malade portant dans l'aine une tumeur avec des symptômes de hernie intestinale étranglée, que M. Velpeau avait jugée être formée dans sa plus grande partie par l'épiploon; diagnostic vérifié d'ailleurs par l'événement, cette femme étant sortie de l'hôpital sans qu'il fût besoin d'opération, et sans que la tumeur eût été réduite. A quelques jours d'intervalle et comme pour confirmer les remarques faites si souvent par M. Velpeau sur la bizarre simultanéité de faits presque semblables, un homme se présentait à l'hôpital, portant dans l'aine une tumeur d'un diagnostic douteux, et développée dans les circonstances suivantes.

Louis Tissier, âgé de quarante-deux ans, tailleur, couché au n° 25, homme d'une bonne constitution, bien musclé, s'aperçut, il y a sept à huit ans, qu'il lui était survenu une grosseur dans l'aine droite, sans qu'il pût lui assigner aucune cause. Elle était très peu volumineuse d'abord, ne le faisait nullement souffrir, et disparaissait, dit-il, quand il était couché. Il ne se rappelle aucunement avoir fait quelque effort; il pense qu'elle n'est pas survenue brusquement, du moins ne l'a-t-il pas senti. Du reste, il n'est pas habituellement constipé, n'a point porté de bandage, et n'avait jamais ressenti de douleur. Jusque-là, il est évident que la tumeur ne s'était montrée avec aucun des caractères de l'entérocèle.

Cependant, trois jours avant l'entrée de cet homme à l'hôpital, qui eut lieu le 30 mars, la tumeur devint douloureuse sans cause connue; cette douleur ne survint pas tout à coup, mais graduellement, et il fallut toujours le mouvement ou la pression pour qu'elle se fît sentir un peu vivement au malade. D'ailleurs, il n'y eut pas, et on n'observe pas encore après son entrée, de nausées ni de vomissements; il y a eu une selle avant-hier.

La tumeur est vaguement circonscrite, du volume d'un œuf à peu près; elle occupe le canal inguinal et se prolonge jusque dans la fosse iliaque; mais l'épaisseur des muscles et le tissu graisseux empêche de la bien constater dans cette dernière région. Dans le canal inguinal, où il est possible de l'apprécier suffisamment, on la sent globuleuse, allongée, ne présentant pas de bosselures manifestes, mais d'une sensibilité assez vive. A la pression, il semble qu'il y ait de la fluctuation dans son fond.

Cette masse occupe donc la place ordinaire des hernies, et doit tout d'abord en donner l'idée. Pourtant, si l'on réfléchit aux symptômes d'une hernie intestinale irréductible, il n'est pas probable qu'on se décide pour l'affirmative. Les hernies étranglées donnent lieu à des vomissements; il y a suppression de selles; ici il n'y a pas de vomissements, et le malade, avons-nous dit, est allé à la garderobe; mais si les symptômes précédents sont liés à l'existence des hernies étranglées, ce n'est qu'à la suite de la hernie intestinale, de l'entérocèle, qu'on les observe. Si un viscère abdominal tout autre que l'intestin était hernié, on manquerait aussi de ces symptômes; que ce soit, par exemple, le foie, le rein, l'épiploon, etc. Ici, disons-le par avance, il est probable que la tumeur est constituée par ce dernier.

Il est, en effet, chez ce malade, bien difficile de croire à une hernie intestinale, puisque les vomissements n'ont point eu lieu, et que les selles ne paraissent pas avoir été interrompues; cependant qu'on se souvienne, avant de décider la question, que dans des cas semblables, il faut constater par des moyens certains la liberté du canal alimentaire; car il est possible qu'un malade porte réellement une hernie intestinale étranglée et aille cependant à la selle malgré l'étranglement. On conçoit, en effet, que la portion inférieure de l'intestin puisse contenir des matières stercorales qui, rendues seulement après l'accident, jetteraient ainsi du doute sur l'existence de la maladie, qu'indiqueraient d'ailleurs les autres symptômes.

Dans ces circonstances, c'est à un purgatif qu'il faut avoir recours pour éclaircir le fait. S'il y a étranglement, le malade vomit; si le canal est libre, il y a des selles.

Donc ici, il y a beaucoup de probabilités pour une masse épiploïque; cependant, il serait possible que la tumeur fût d'une autre nature. Ce pourrait être un lipome, une tumeur lymphatique. Des inflammations et des abcès ont été aussi observées dans ce point.

Pour M. Velpeau, la tumeur serait de l'épiploon resté dans le canal, et qui serait devenu le siége d'une subinflammation.

On administre au malade l'huile de ricin, et il y a des selles; il ne reste donc plus aucun doute.

Le lendemain, la tumeur semble plutôt diminuée qu'augmentée; la partie mollasse paraît rétractée; il y a donc tout lieu de croire qu'il s'agit d'une épiplocèle, et même ici d'une variété fort rare; car la tumeur est contenue dans le canal, et non hors du canal; et ces sortes de hernies suspubiennes, incomplètes, intra-inguinales, intra-pariétales, tous noms qui leur ont été donnés, n'ont été observées que pour l'intestin et non pour l'épiploon seul.

Ces hernies doivent être, par leur nature même, plus irréductibles encore que les entérocèles, puisque la partie herniée est renflée, pleine, et par ces raisons moins susceptible de traverser de nouveau l'anneau abdominal. L'intestin, canal membraneux, doit nécessairement offrir moins de difficulté pour la réduction que l'épiploon, organe concret.

Si l'on recherche ce que deviennent ces sortes de hernies, on trouve qu'elles s'amoindrissent quelquefois, qu'elles perdent de leur volume avec le temps, par le régime ou les médications, et peuvent parfois se réduire; mais que le plus souvent l'épiploon contracte des adhérences et l'épiplocèle devient complétement irréductible, ce qui n'est pas toujours une circonstance malheureuse, puisque de cette façon ces masses ainsi soudées peuvent mettre obstacle à la formation de hernies intestinales. Il arrive encore, dans d'autres cas, que la tumeur s'enflamme et qu'il survient des abcès, dangereux même, et qui demandent à être ouverts promptement. Enfin, il peut encore s'y former des kystes. M. Velpeau en a vu chez un malade plus de cinquante, ressemblant à des hydatides en grappes.

Quant à la thérapeutique, la maladie étant peu à redouter, elle est et doit être simple. C'est absolument la même que celle dont nous parlions à propos de la femme dont nous avons publié l'observation tout dernièrement. Ces deux cas ont d'ailleurs tant de rapports qu'il sera utile de les rapprocher, ainsi que le conseille M. Velpeau lui-même. Du reste, il n'a prescrit à ce malade rien autre chose qu'un bandage à pelote concave. PAJOT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 février 1845. — M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — M. Debeney envoie à la Société un Mémoire sur le traitement par les injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie. (M. Pédelaborde, rapporteur.)

— M. Bourdin fait hommage à la Société d'un Traité sur les affections cancéreuses. (M. Foucart, rapporteur.)

— M. Henri Kaon envoie un mémoire écrit en latin, et intitulé: *Psychopathia sexualis.* (M. Charles Masson, rapporteur.)

— M. le docteur Bourdet, membre de la Société médicale du Temple, adresse à M. Fouquier trois mémoires manuscrits, et demande à être nommé membre de la Société de médecine pratique. MM. Corbet, Laguerre et Terrier sont nommés membres de la commission chargée, d'après le règlement, de s'enquérir de la moralité du candidat. MM. Tanchou et Terrier sont chargés d'examiner les mémoires envoyés, et de rédiger le rapport.

— A l'occasion de la lecture du procès-verbal, *M. Tanchou* demande à faire quelques observations. La malade opérée par M. Souberbielle n'a pas, dans le récit qu'elle a fait de sa maladie, rapporté les faits avec une exactitude parfaite. La vérité est qu'elle a suivi pendant deux années le traitement qui lui a été conseillé au dispensaire Sainte-Geneviève; que la tumeur avait subi une diminutinn notable; que c'est d'après le conseil qui a été donné à la malade d'en faire enlever une portion qu'elle s'est retirée, et qu'après six mois s'étant de nouveau présentée au dispensaire elle a eu recours à d'autres conseils parce qu'on lui offrait toujours l'opération comme seul remède possible. Je ne prétends point, ajoute notre confrère, critiquer en rien l'opération faite par M. Souberbielle, je ne m'attaque qu'au récit peu fidèle de la malade.

M. Souberbielle revient sur les détails de cette opération déjà rapportés dans le dernier procès-verbal; et malgré les avis du président, qui cherche à le ramener à la question, il décrit d'autres cancers et d'autres opérations.

M. Guersant demande si dans sa longue pratique M. Souberbielle a vu beaucoup de guérisons soutenues après l'opération du cancer; s'il n'a pas eté temoin de nombrenses récidives.

M. Souberbielle dit qu'on ne peut nier que ces opérations ne soient suivies trop souvent de récidives, mais qu'il ne connaît pas après tout de remède plus efficace. Il rapporte plusieurs exemples de personnes qui, opérées il y a quinze, vingt ou trente ans, vivent parfaitement guéries, ou ont succombé victimes d'affections tout à fait étrangères à la maladie cancéreuse.

M. Tanchou pense qu'on a pu se tromper sur la nature des tumeurs considérées comme squirrheuses. Il croit que les tumeurs d'un petit volume offrent plus souvent ce caractère que celles qui sont très volumineuses. Il ne faut donc point toujours, ajoute-t-il, se glorifier d'un succès lorsque l'opération n'offrait aucune chance défavorable.

M. Souberbielle fait observer que c'est une manière commode de trancher la question : si l'opération est suivie de récidive, on déclare la maladie cancéreuse; on la déclare de nature inoffensive, si le succès est complet et durable.

M. Moret pense qu'on doit croire à la possibilité de guérir le cancer par l'opération, et rapporte à ce sujet l'exemple suivant. En 1818, il fut consulté par une dame qui portait au sein une tumeur squirrheuse survenue à la suite d'un coup reçu sur cette partie; son jugement fut confirmé par celui de M Bourdois de La Mothe, et par Dupuytren lui-même. Cette femme fut opérée; sept ans elle vécut guérie, et succomba, après ce laps de temps, des suites d'une maladie tout à fait étrangère à sa première affection.

M. Thore dit qu'il peut citer une femme opérée par lui il y a dix ans, et chez laquelle la guérison ne s'est pas démentie. Il ajoute que son fils a été aussi heureux en pareille occasion.

M. Guersant croit à l'existence d'une diathèse cancéreuse; il a enlevé, à l'hôpital Saint-Antoine, un testicule encéphaloïde, et trente jours après, le malade ayant succombé, on trouva les poumons farcis de tumeurs encéphaloïdes grosses comme de petites noix. Cependant on n'aurait pu deviner à l'avance, chez cet individu, l'existence d'un cancer interne.

— *M. Charles Masson* cite un cas de pleurésie avec épanchement, suivie, après un mieux apparent, d'un épanchement séreux mortel dans le canal vertébral. A l'ouverture, on a trouvé les deux poumons adhérents; mais à gauche, siége de la dernière pleurésie, les brides étaient rouges, et si courtes et si pressées qu'il est facile de concevoir qu'un nouveau liquide n'avait plus trouvé place pour s'épancher. Une paralysie incomplète des jambes, complète de la vessie et du rectum, avait donné à penser que la moelle épinière était lésée. L'ouverture a démontré qu'il y avait une hydropisie énorme du canal rachidien; la membrane était incolore. Mais le peu de temps dont on pouvait disposer n'a point permis d'ouvrir le canal, et de constater s'il y avait ou non myélite. Cette hydropisie a-t-elle été le résultat d'une métastase ou d'une inflammation consécutive? C'est une question.

L'ouverture du corps a démontré, chez ce jeune homme, l'existence de nombreuses adhérences produites par des pleurésies anciennes. Sa voix habituelle était, en effet, saccadée, interrompue, comme on pourrait l'observer chez une personne dont on serrerait brusquement, et à plusieurs reprises, les côtes au moment où elle parlerait. Les adhé-

rences anciennes expliquent ce fait. Pendant l'expiration de l'air, le poumon, en revenant sur lui-même, entraînait vivement les côtes, auxquelles il adhérait, et ces portions osseuses, le frappant à leur tour, lui imprimaient une secousse qui donnait lieu à l'émission de cette voix saccadée.

— *M. Corbet-Lagneau* rapporte que l'injection dans l'urètre d'une solution de 5 décigrammes d'argent dans 30 grammes d'eau distillée, a déterminé, chez un jeune homme affecté de blennorrhagie, une violente inflammation du testicule.

— *M. Guillon* montre à la Société la petite tumeur prostatique dont il avait parlé dans une séance précédente, et qui produisait une dysurie habituelle et de fréquentes rétentions d'urine. (*Voir* plus loin.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

Excision de tumeurs prostatiques. Explorateurs, sarcotome employés dans ce cas. Nouveaux procédés pour reconnaître et pour enlever les tumeurs, les fongus qui se développent dans le col de la vessie; par le docteur GUILLON.

Cette tumeur irrégulière, que montre M. Guillon, était implantée à la paroi inférieure du col de la vessie par un pédicule assez mince; lorsqu'elle fut enlevée, dit M. Guillon, elle était rouge, saignante, maintenant elle est pâle, et sa décoloration est due à son séjour dans l'alcool; sa forme aplatie la fait ressembler assez à ces figues que l'on conserve en caisse. Elle était grosse comme le bout du petit doigt lorsqu'elle fut excisée; actuellement elle est diminuée de moitié.

M. Guillon a reconnu la forme, la situation et le volume de cette tumeur, au moyen de deux explorateurs qu'il montre à la Société.

Le premier de ces explorateurs est composé d'une sonde en argent, graduée, un peu plus volumineuse à son extrémité vésicale, et de l'explorateur qu'il a montré autrefois à la Société. Cette dernière pièce est en baleine, et terminée par un demi champignon formant une espèce de crochet qui se meut très facilement dans la sonde d'argent. M. Guillon a d'autres explorateurs du même genre dans lesquels cette sonde d'argent est remplacée par une sonde élastique, graduée, très flexible et renflée à son extrémité vésicale. La petite extrémité de la pièce intérieure doit dépasser de six centimètres au moins le pavillon de la sonde, et cette portion doit être graduée par millimètres, afin qu'on puisse avoir d'une manière exacte l'écartement qui se trouve entre l'extrémité vésicale de la sonde et le champignon que présente la pièce interne. C'est avec cet instrument que M. Guillon a reconnu l'épaisseur de cette petite tumeur, et qu'il reconnaît celle de certaines barrières intra-vésicales qui produisent, dit-il, des rétentions d'urine qu'on attribue à tort à la paralysie de la vessie, et qui sont promptement guéries par l'incision ou par l'excision de cette barrière.

Le second explorateur de M. Guillon consiste en un tube d'argent, gradué, dont l'extrémité vésicale présente deux ouvertures en forme de mortaise et dans lesquelles s'engagent les extrémités d'une anse en baleine très flexible. Cette anse permet de reconnaître assez facilement, dans quelques cas, le volume et la circonférence de certaines tumeurs développées dans le col de la vessie, ainsi que le volume de leur pédicule, quand elles en ont un.

L'instrument dont M. Guillon s'est servi pour enlever cette petite tumeur est un sarcotome composé de trois pièces: 1° d'un tube externe en acier, de 8 millimètres de diamètre et 30 centimètres de longueur, offrant près de son extrémité vésicale une fenêtre à bords tranchants, occupant la moitié de sa circonférence, et de 3 centimètres de long; une portion de bougie élastique, très flexible, terminée par une petite olive fixée à l'une de ses extrémités, en rend l'introduction très facile, et à l'autre extrémité se trouve le manche qui sert à le maintenir pendant les opérations.

2° D'un second tube terminé par une sorte de baïonnette ou plutôt de gouge pointue et à bords tranchants qu'on introduit dans le tube externe, où il se meut en quelque sorte à la manière de ces petites niches dans lesquelles sont renfermées de petites statues d'ivoire; ces deux tubes, placés l'un dans l'autre agissent comme des ciseaux ou coupent en sciant, suivant la volonté de l'opérateur.

3° D'une pièce centrale, espèce de mandrin mobile, placé dans la canule interne qui a servi à pousser la petite tumeur dans la canule externe et à l'y fixer de manière à rendre son ablation très facile et très prompte.

Ce mandrin, selon M. Guillon, est aussi fort utile pour maintenir sur le bord de la fenêtre de la canule externe du sarcotome, les cloisons, les espèces de soupapes intra-vésicales dont l'ablation est devenue nécessaire.

Le malade a uriné facilement après l'opération, et depuis cette époque la vessie continue à se bien vider.

Nouveau procédé pour l'ablation de certaines tumeurs qui se développent dans la vessie.

M. Guillon a débarrassé un malade d'une tumeur prostatique du volume d'une petite noix, par un procédé nouveau, le sarcotome qu'il vient de montrer n'ayant pu lui servir dans cette circonstance.

Après avoir reconnu, à l'aide du second explorateur à anse en baleine, que cette tumeur avait 11 centimètres de circonférence, et que le collet n'en avait que le tiers environ; tumeur qui produisait des accidents analogues à ceux que causait la précédente, M. Guillon détacha celle-ci de la manière suivante: Il introduisit dans la vessie un instrument qui consiste en une sonde d'argent peu courbée, présentant à son extrémité vésicale deux petites ouvertures dans lesquelles étaient engagés les deux bouts d'un fil d'argent ayant à peu près trois fois la longueur de la sonde. Puis, après avoir développé l'anse et l'avoir engagé autour du collet de la tumeur, il tira alternativement sur les deux bouts du fil d'argent liés ensemble, et fit agir cette anse en sciant, à peu près comme on fait quand on coupe du savon en morceaux à l'aide d'une anse de laiton. La tumeur fut ensuite divisée au moyen d'un lithotriteur fenêtré et disposé à cet effet, et elle sortit ensuite et fut extraite par lambeaux.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842.

Commissaires: MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur.*

(Suite du n° 37.)

Toisième question.

« En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse » avec le temps, faudrait-il le renouveler, et par quels moyens? »

Ce qui précède ne diminue en rien l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle question. Plusieurs circonstances au contraire montrent toute son utilité.

D'une part, on ne peut se refuser à l'évidence des faits qui établissent que les symptômes locaux de la vaccine diminuent d'intensité, et si jusqu'à présent il n'est heureusement pas prouvé que cet affaiblissement s'étende au même degré sur sa vertu préservative, doit-on attendre que cela arrive pour s'occuper de renouveler le vaccin?

D'autre part, en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en France, tous les médecins qui ont été assez heureux pour pouvoir inoculer le cow-pox naturel, ont observé qu'il perdait avec assez de rapidité l'intensité locale que développent chez l'homme ses premières inoculations.

Si donc nous voulons conserver à la vaccine son intégrité native, il est nécessaire de chercher à pourvoir à son renouvellement.

Pour obtenir ce résultat, on a proposé divers moyens; on a proposé:

1° D'inoculer à la vache la matière des eaux aux jambes du cheval (grease), et la variole humaine;

2° De rendre au vaccin sa force native en le reportant de l'homme sur la vache;

3° Enfin, de reprendre le vaccin à sa source.

Chacun de ces moyens doit être examiné en particulier.

On sait, en premier lieu, que Jenner faisait provenir le cow-pox des vaches, de la matière de la maladie du cheval, connue sous le nom de *eaux aux jambes*, opinion que, malgré les raisons qu'il en donne, la science a abandonnée. On sait également que l'inoculation de cette matière a été inutilement tentée à Alfort, à Rambouillet, et dans ces derniers temps par MM. Fiard et Bousquet. Ces insuccès confirmatifs de ceux obtenus en Angleterre, en Allemagne, en Italie, ont complétement fait oublier les résultats positifs obtenus par M. le docteur Loy en 1801, qui fit avec succès cette inoculation, et produisit le développement d'un vaccin qui lui parut conforme au cow-pox naturel.

Ce résultat du docteur Loy, confirmé par d'autres observateurs, mériterait d'être tenté de nouveau, ainsi que l'inoculation de la matière du claveau des moutons, que l'auteur du n° 22 dit lui avoir réussi une fois à développer le vaccin.

En second lieu, l'inoculation du virus variolique aux vaches, implique que le vaccin n'est autre chose que le virus varioleux modifié en traversant l'organisme de cet animal; opinion à laquelle l'observation du docteur Bree, qui a vu en Angleterre la variole chez l'homme et le cow-pox chez la vache exister simultanément, donne un certain degré de vraisemblance.

Ces inoculations, d'abord tentées vainement par beaucoup d'observateurs, et en dernier lieu par MM. Bousquet, Fiard, ainsi que par les auteurs des n°s 22, 20, 19 et 24, ont donné à M. le docteur Thièle de Cazan, des résultats si positifs, que, comme l'inoculation des eaux aux jambes, ces expériences mériteraient peut-être d'être répétées, ne fût-ce que pour vérifier la supériorité du cow-pox qu'il assure avoir obtenu par ce procédé, dont celui du docteur Sunderland n'est qu'une modification.

En troisième lieu, le report du vaccin de l'homme sur la vache est un moyen si simple, si naturel et si conforme à toutes les données de la physiologie, que votre Commission a dû porter toute son attention sur les expériences dont il a été l'objet, ainsi que sur les conclusions qui en ont été déduites.

L'inoculation du vaccin de l'homme à la vache a réussi si fréquemment à toutes les époques, depuis la découverte de la vaccine, que son succès peut être regardé comme certain, en suivant toutefois les divers procédés indiqués par les auteurs des n°s 24, 22 et 19, ou ceux exposés par l'auteur du n° 20.

Dans les premiers temps qui suivirent la découverte de la vaccine, cette expérience n'avait d'autre objet que celui de satisfaire le désir de connaître tout ce qui se rattachait à cette grande découverte.

De nos jours, ces résultats ont une autre portée. Mais parmi ceux qui les ont obtenus, les uns, et c'est le plus grand nombre, ont pensé que la vache rendait le vaccin tel qu'elle l'avait reçu, et par conséquent sans régénération. Les auteurs des n°s 7, 23, 19 et 24 ont particulièrement tiré cette conclusion, que votre Commission croit trop absolue.

En effet, il résulte des expériences de l'auteur du n° 22, commencées en 1830 et continuées les années suivantes, que le vaccin de l'homme se régénère en traversant l'organisme de la vache. Cette conclusion est fondée sur des milliers de vaccinations faites dans le royaume de Bavière par ordre du gouvernement, et comparativement avec le cow-pox artificiel et l'ancien vaccin.

Du tableau comparatif que produit l'auteur, il résulte que le vaccin ainsi régénéré offrait moins d'un insuccès sur cent, tandis que l'ancien vaccin en présentait près de trois.

En recherchant la cause de ces résultats opposés, votre Commission croit l'avoir entrevue dans les conditions particulières des vaches soumises à l'expérimentation. En effet, les premiers choisissent pour leurs inoculations des *génisses*; tandis que l'auteur du n° 22 recommande de les prendre *pleines*, ou au début de la lactation.

En outre, la non-régénération du vaccin de l'homme sur la vache ne tiendrait-elle pas à la discontinuité de sa reproduction? Si, pour dégénérer dans ses phénomènes locaux, la transmission du vaccin d'homme à homme a besoin d'un assez grand nombre de générations, peut-on espérer de le régénérer par une seule transmission à la vache? En transportant au contraire le vaccin de l'homme sur la vache, et le transmettant d'une manière successive et prolongée de vache à vache, ne pourrait-on pas *obtenir un meilleur résultat?* Dans tous les cas, il serait utile de constater les qualités du vaccin que donnerait ce mode particulier d'expérimentation.

En quatrième lieu, les docteurs Heim et Thièle croient avoir constaté dans la vaccination des personnes qui ont eu la variole naturelle, que le vaccin acquiert chez elles une intensité plus grande que chez les personnes vaccinées.

En cinquième lieu, nous rappellerons que Jenner et Strohmeyer ont observé que le vaccin pris dans les provinces d'Angleterre avait une intensité plus forte que celui recueilli à Londres.

Mais le moyen qui doit être préféré à tous les autres, le seul même dans lequel la science puisse avoir une entière confiance jusqu'à ce jour, est celui de le reprendre à sa source, comme le recommandait Jenner. Ce n'est même que la rareté du cow-pox naturel qui a suggéré aux médecins la recherche des moyens de le produire d'une manière artificielle. Néanmoins, cette rareté est peut-être plus apparente que réelle; car dès l'origine de la vaccine, on le retrouva un grand nombre de fois en Angleterre: d'après le docteur Hering, il a été retrouvé sur 188 vaches, dans le royaume de Wurtemberg, de l'année 1831 à 1835; enfin, depuis qu'il a été rencontré à Passy en 1836, on l'a découvert quatre ou cinq fois en France.

Deux faits très remarquables permettent même d'espérer que la transmission de la *picote* de la vache serait de nature à pouvoir se transmettre par voie ordinaire de contagion.

Le premier est rapporté par l'auteur du n° 7, qui a observé le cow-pox naturel sur 70 vaches à la fois, lesquelles vraisemblablement se l'étaient communiqué l'une à l'autre.

Nous trouvons le second dans le mémoire du n° 22.

« Je suis du reste fort éloigné, dit l'auteur, de croire que le virus vaccinal régénéré par son transport sur la vache, soit préférable à celui du cow-pox qui se produit spontanément chez elle; mais j'ai remarqué que les boutons qu'il occasionne ressemblent entièrement à ceux du cow-pox original; *car j'eus l'occasion d'en examiner, qui poussèrent d'eux-mêmes dans quelques étables* où se trouvait une vache qui, pour régénérer le vaccin, avait été vaccinée environ quinze jours auparavant. »

Enfin, le docteur John Baron nous apprend qu'on observe quelquefois des épizooties de cow-pox en Angleterre, et on trouve dans le rapport des médecins de Saint-Pétersbourg pour l'année 1838, qu'une épizootie de cow-pox a été observée sur les vaches d'un village avoisinant cette capitale.

Quoi qu'il en soit, la Commission croit devoir faire remarquer qu'il serait très utile de chercher à propager le cow-pox naturel. Dans ce but, elle croit nécessaire de prévenir les observateurs qui le rencontreront de nouveau, de ne pas se borner, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à le transporter sur l'homme, mais en outre de chercher à le transmettre à d'autres vaches, d'en recueillir pour le conserver et le répandre, afin de renouveler le plus possible le vaccin.

Elle recommande également aux médecins de décrire avec soin les éruptions de la vache, qui, par leurs caractères, se rapprochent du cow-pox, d'en exposer les caractères différentiels pour bien apprendre à le reconnaître, et donner à ce point de la médecine comparée le degré de certitude que son intérêt réclame. Déjà la Commission a vu avec satisfaction la description du cow-pox faite par l'auteur du n° 24, et les trois dessins qu'il en a fait représenter dans son atlas, l'un d'après Sacco, le second d'après Hering, et le troisième d'après Robert Cecly. Elle a vu, avec non moins d'intérêt, les dessins originaux que l'auteur du n° 19 a fait représenter dans son mémoire, ainsi que les réflexions qui accompagnent leur description. C'est même en comparant ces descriptions et ces dessins au travail si remarquable du docteur Hering sur ce sujet, et aux observations nombreuses rapportées par l'auteur du n° 20, que la Commission a jugé le degré d'utilité qui pourrait ressortir des études nouvelles dirigées vers cette partie de la science.

En définitive, si, d'une part, l'expérience a appris que par sa transmission à l'homme les phénomènes locaux du vaccin s'affaiblissent; si elle a appris que cet affaiblissement était souvent cause de l'insuccès des vaccinations, on voit, d'autre part, que la science possède dans le cow-pox le moyen de le renouveler, et que par conséquent elle peut prévenir le danger dont semblait menacé l'avenir de la vaccine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de Microscopie complémentaire des études médicales; par M. DONNÉ. In-8, atlas (10 pl. in-folio). 1re et 2e livr.; par MM. Donné et Léon Foucault.

Tout imparfaite qu'elle est encore, comme toute science à son berceau, la microscopie a rendu déjà d'immenses services à la science médicale, en faisant connaître d'une manière plus intime la structure des tissus qui entrent dans la composition des corps organisés vivants, et la nature des fluides qui circulent dans ces tissus, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Ceux qu'elle est appelée, entre des mains habiles et exercées, à rendre encore à la connaissance des différents états morbides qui affligent l'espèce humaine, sont incalculables. Ils sont donc dignes des plus grands éloges, les auteurs qui, par des observations minutieuses, par des études approfondies, ont contribué à faire faire des progrès à cette nouvelle méthode d'investigation. Sous ce rapport, nous devons citer en première ligne M. le docteur Donné, et les succès qu'ont obtenu, et ses cours professés à la Clinique de la Faculté, et les nombreux mémoires dans lesquels il a consigné ses recherches, en sont une preuve décisive et incontestable.

Dans un volume publié l'année dernière, M. Donné avait donné le résultat de ses travaux sur les divers fluides de l'économie. Notre dessein n'est pas d'analyser de nouveau cet ouvrage; qu'il nous suffise de rappeler que dans seize leçons, l'auteur avait renfermé l'histoire microscopique détaillée du sang, du lait, des urines, des mucus, tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique; du pus, du chyle, etc. Dès-lors il avait pris l'engagement de compléter l'ouvrage théorique par un atlas iconographique. C'est cette promesse qu'il acquitte aujourd'hui, et les planches publiées par MM. Donné et Léon Foucault, sont le complement nécessaire, si impatiemment, attendu, du cours de l'an dernier, dont elles forment la seconde partie.

Les deux premières livraisons, que nous avons sous les yeux, se composent de vingt-six pages de texte explicatif, et de six planches renfermant quarante figures prises par les auteurs au microscope-daguerréotipe. C'est assez dire qu'on ne peut élever aucun doute sur la fidelité des dessins exécutés d'après les épreuves photograbiques, et auxquels un burin exercé s'est chargé de donner un fini précieux.

Les quatre premières planches comprennent l'étude du sang tant chez l'homme que chez les animaux, et présentent sous tous leurs aspects, dans toutes leurs conditions d'existence, les globules rouges, soit sortant de la veine, soit plus anciens, abandonnés à eux-mêmes ou traités par les divers réactifs que la chimie met à la disposition de l'observateur, l'eau, les acides, etc. Puis viennent les globules blancs du sang, et enfin, et c'est peut-être la planche la plus curieuse et la plus intéressante, la circulation de la langue de la grenouille, la nature prise sur le fait, pour nous servir d'une naïve expression de Réaumur.

Les globules muqueux simples et traités par les réactifs, les cellules épidermiques, le mucus vaginal normal et pathologique font le sujet des planches 7, 8 et 9. Le tricho-monas signalé par M. Donné dans le mucus vaginal des femmes affectées d'un écoulement suspect, et dont la présence est toujours accompagnée de celle du pus, méritait de faire le sujet d'une figure particulière, autant à cause de son importance, que de la difficulté que l'on éprouve à la découvrir dans certaines circonstances. Les cils vibratifs des moules donnés comme exemples de la disposition de ces organes, ceux de la membrane muqueuse buccale d'une grenouille sont représentés dans les figures 34 et 34 bis, et servent comme d'introduction à l'étude des cils vibratiles chez l'homme.

La dernière planche est consacrée à l'étude du pus dans différentes conditions; on remarquera le pus du chancre, représenté avec les vibrions, animacules ou corpuscules spéciaux, auxquels ce pus doit peut-être quelques-unes de ses propriétés.

L'atlas de MM. Donné et Foucault, d'une indispensable nécessité pour ceux qui ne veulent pas rester tout à fait étrangers à la marche de la science, forme un splendide complément d'un ouvrage utile et témoigne du zele et des observations sérieuses de M. Donné.

REVUE GÉNÉRALE.

Emploi de l'émétique à haute dose dans le traitement de l'hydarthrose. — M. Gimelle publie dans les *Annales de Chirurgie* un travail sur l'emploi de l'émetique dans le traitement des hydarthroses. Terme moyen, l'absorption du liquide a été obtenue en huit ou dix jours. La dose du tartre stibié n'a jamais été portée au delà de 80 centigrammes, après avoir commencé par 20, et augmentant chaque jour de 10, lorsque la tolérance était établie.

Dans vingt cas rapportés par l'auteur, la maladie était récente, et reconnaissait pour cause un refroidissement prolongé, l'immersion dans l'eau froide à la suite d'une fatigue, l'habitation dans des établissements bas et humides. Ces succès ont été obtenus autant dans l'âge adulte que dans l'enfance.

D'après les faits rapportés par M. Gimelle, on aurait lieu de croire que ce traitement ne peut s'appliquer qu'aux épanchements récents. Deux nouvelles observations rapportées par M. Gimelle prouvent que ces craintes ne sont pas fondées.

La première de ces observations est relative à un Belge de trente-quatre ans, atteint d'une hydarthrose du genou droit depuis trois ans, contre laquelle on avait épuisé toutes les formes de traitement. Le volume du genou droit dépassait de 4 centimètres celui du côté opposé. La rotule était fortement poussée en avant; la ponction sur cet os le faisait rentrer dans la poulie fémorale avec un léger claquement. Cette pression augmentait notablement deux saillies qui existaient sur les côtés de la rotule, dans lesquels on sentait une fluctuation que l'on percevait également jusqu'à une hauteur de 12 centimètres sous le tendon du muscle antérieur de la cuisse. La flexion de la cuisse était impossible au-delà de 120 degrés; tout le membre était considérablement

amaigri ; le malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. M. Gimelle commença, le 10 mai 1842, à lui prescrire le tartre stibié à la dose de 20 centigrammes, dans une potion de 100 grammes avec addition de 20 grammes de sirop diacode. La même dose fut continuée le lendemain.

Dès le 12, la tolérance était établie ; des sueurs abondantes survinrent, et la bourse synoviale parut moins tendue.

A partir du 13 mai, la dose de tartre stibié fut augmentée chaque jour de 10 centigrammes, jusqu'au 20, où elle était de 80 centigrammes. A cette date, le genou malade ne présentait un volume que de 2 centimètres de plus que l'autre, et l'on y sentait à peine de la fluctuation. A dater de ce jour la potion émétisée ne fut plus continuée que de deux jours l'un, jusqu'au 31 mai. Alors le volume du genou droit n'excédait plus celui du genou gauche que d'un centimètre ; l'on n'y percevait aucune fluctuation, et la flexion pouvait être portée jusqu'à l'angle droit. A la fin de juin, le malade quitta Paris, ne se servant plus que d'une petite béquille.

Chez le sujet de la seconde observation, l'épanchement articulaire existait depuis six ans. Le succès fut plus complet encore.

M. Gimelle ne serait pas éloigné de croire que cette méthode peut être utile également dans les cas d'épanchement thoracique. « S'il m'était permis, dit-il, de tirer des conclusions de deux faits seulement, je pourrais citer deux cas dans lesquels l'émétique, administré d'après cette méthode et avec les mêmes précautions, a fait disparaître un épanchement séreux considérable dans la plèvre gauche. Je sais que deux faits ne sont pas assez concluants pour en tirer des conséquences rigoureuses en faveur de l'administration de l'émétique à haute dose dans l'hydrothorax. Cependant, en raison de l'analogie de structure, de fonctions, de sécrétions, il est permis d'espérer une analogie de résultats. Les deux succès qui me sont personnels sont de nature à m'enhardir à tenter de nouveau cette médication lorsque l'occasion s'en présentera, à l'étudier avec soin dans toutes ses phases, et je prends l'engagement d'en faire connaître les effets quels qu'ils puissent être. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des indurations du foie ; par M. le docteur SZERLECKI.

Dans les cas d'induration du foie et contre les accidents consécutifs à cet état pathologique, M. Szerlecki a vu les phénomènes morbides se dissiper rapidement sous l'influence des pilules suivantes :

Acétate de soude desséché,	12 grammes ;
Extrait de chardon bénit,	6
Extrait de rhubarbe simple,	6
Extrait d'aloès aqueux,	6
Fiel de bœuf épaissi,	6

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène divisée en pilules du poids de 15 centigrammes, roulées dans la poudre de badiane.

Ces pilules doivent être renfermées dans un flacon bien bouché.

On en fait prendre cinq toutes les trois ou quatre heures.

Dans certains cas, l'auteur remplace l'extrait de chardon bénit par une égale quantité d'extrait de chélidoine.

Recherches expérimentales sur l'action exercée par les huiles grasses sur l'économie animale ; par MM. les docteurs GLUGE et THIERNESSE.

Il résulte des recherches entreprises par MM. Gluge et Thiernesse sur ce point de l'histoire pharmacodynamique des huiles grasses :

1° Que l'huile d'olives et l'huile de poisson de couleur citrine ne présentent pas de différences appréciables dans leur manière d'agir sur l'économie animale ;

2° Que les huiles grasses ont une tendance à se déposer dans le foie ;

3° Que les effets des huiles, administrées à l'intérieur par la bouche, varient beaucoup, suivant qu'on en fait prendre plus ou moins à la fois, et qu'on en continue l'usage pendant un temps plus ou moins long ;

4° Que, dans le cas où la dose est augmentée tous les jours, les animaux perdent l'appétit, maigrissent, toussent, éprouvent beaucoup de dyspnée, et finissent par présenter tous les symptômes d'une pneumonie très forte ;

5° Qu'une huile grasse, administrée en petite quantité et pendant peu de temps, disparaît insensiblement du sang et des organes dans lesquels elle s'était fixée ;

6° Que les animaux auxquels on en fait prendre, à dose minime et toujours égale pour chaque jour, continuent à jouir d'une très bonne santé ;

7° Enfin, que les individus auxquels on administre des huiles grasses à titre de médicament, ont besoin d'exercer les muscles ainsi que les poumons, et qu'il est indispensable aux médecins de ne pas prescrire ces agents sans faire grande attention aux doses, comme cela n'arrive que trop souvent. En effet, si l'huile de foie de morue, par exemple, est un agent thérapeutique précieux lorsqu'elle est prescrite avec discernement, elle pourrait, en peu de temps, compromettre la santé des sujets auxquels elle serait donnée sans quelque précaution et d'une manière inconsidérée.

Emploi de la Bollota lanata *dans l'hydropisie ;* par M. le docteur METZ, de Darmstadt.

M. Metz attribue à la *Bollota lanata* une spécificité aussi marquée contre l'ascite que l'est celle du quinquina contre les pyrexies périodiques, celle du mercure contre le virus syphilitique et celle de l'huile de foie de morue et d'iode contre les scrofules.

On emploie cette plante sous forme de décocté (30 grammes pour 750 grammes, réduits à 500 grammes) ; on en fait prendre toutes les deux heures, d'une demi-tasse à une tasse, et on augmente par degrés les doses, si le malade supporte facilement le médicament : dans ce dernier cas on prépare le décocté avec 60 à 90 grammes pour 1000 à 1500 grammes d'eau que l'on fait réduire à 500 grammes environ.

D'après les observations faites par M. Metz dans sa pratique, l'action de la *Ballota lanata* est augmentée par l'administration simultanée de la scille. Si, après quelques jours de l'usage de la *Ballota lanata*, il ne voit pas se manifester l'effet attendu, il donne toutes les huit heures, 5 à 10 centigrammes de poudre de scille, et à l'aide de cette médication, il a toujours pu se dispenser de recourir à la paracentèse.

Falsification des sangsues.

Il résulte d'une cause plaidée le 14 de ce mois devant le tribunal de commerce, que le commerce ne livre, en général, que des sangsues gorgées de sang, par conséquent privées d'une grande partie de leurs qualités, et peut-être même dangereuses.

Les parties belligérantes sont : d'une part, M. Joseph Martin ; d'autre part, une compagnie formée par MM. Vauchel et Laurens de Paris, Rithou et Coste de Lyon, et Trieste et Coyard de Strasbourg.

M. Chevallier, commis par le tribunal pour faire un rapport, a fait comparaître les parties. Il résulte de ce rapport que les sangsues tirées des magasins de la société Laurens, Vauchel et compagnie, fournies par elle à l'arbitre lui-même, ont été trouvées gorgées de sang jusqu'à une quantité égalant 45 pour 100, tandis que celles données par M. Joseph Martin, et qui provenaient directement de Trieste, étaient vides et saines. Le rapport stigmatise la fraude qui consiste à gorger des sangsues pour les rendre à la fois plus grosses et plus pesantes dans l'intention d'en tirer un prix qu'elles n'ont pas. Il termine en appelant l'attention de l'autorité sur ce scandaleux trafic.

Les résultats contenus dans ce rapport de M. Chevallier sont corroborés par une lettre de M. Magendie, en réponse à M. Martin. Ce savant s'est livré à ses expériences particulières qui établissent l'infériorité notable des sangsues fournies par la Pharmacie centrale, dont la société sus-nommée est en partie adjudicataire, près de celles prises chez M. Joseph Martin. M. Magendie conclut d'ailleurs aux dangers possibles de sangsues gorgées d'un sang étranger qui pourrait être altéré.

Ces conclusions sont aussi celles d'un certificat de M. le docteur Sanson Alphonse, appuyé des signatures, apostilles et déclarations de MM. Marjolin, Bardoulat, Monod, Allibert, Londe, Fouquier, Louis, Devergie, Royer-Collard, Blandin et Baudelocque.

Le débat de cette cause a été très animé, c'est avec le langage de l'indignation que Me Durmont agréé de M. Joseph Martin a combattu ses adversaires

Quelque spirituelle que fût la réplique de M. Schayé, il n'a pas paré tous les coups portés par Me Durmont : le fond lui manquait.

Cette lutte fait honneur à M. Martin, qui n'a pas voulu s'associer aux bénéfices de ce commerce illicite et qui a persisté, à quelque prix que ce fût, à se procurer des sangsues vierges.

NOUVELLES.

Le ministère public a été appelé, en 1843, à vérifier les circonstances de 10,787 décès dont la cause pouvait, au premier aspect, paraître suspecte. Il a été reconnu que 6,775 de ces décès étaient la suite d'accidents divers, 972 de morts subites, enfin 3,020 le résultat de suicides.

Le nombre des suicides constatés en 1843 a dépassé de 154 celui de 1842, de 206 celui de 1841, et de 268 celui de 1840. Il s'accroît régulièrement chaque année.

Le département de la Seine a fourni 551 suicides en 1843 ; c'est presque le cinquième (0,18) du nombre total. La proportion était la même en 1842. Il y en a eu 113 dans le département de Seine-et-Oise, 112 dans la Seine-Inférieure, 101 dans la Marne, 89 dans le Nord, 78 dans l'Aisne, 75 dans Seine-et-Marne et dans l'Oise, 71 dans la Somme. Dans quelques autres départements, qui présentent aussi de grands centres de population, il y a eu beaucoup moins de suicides ; ainsi, on en compte 13 seulement dans l'Hérault, 12 dans la Haute-Garonne, 23 dans le Gard, 26 dans la Gironde, 30 dans l'Isère, 44 dans le Rhône. Les femmes étaient, parmi les suicidées, au nombre de 729 ou 24 pour 100. On remarque 15 enfants de moins de seize ans, 20 octogénaires, 170 septuagénaires, 384 sexagénaires.

La distribution des suicides par mois s'est faite comme les années précédentes. Moins nombreux pendant les mois d'hiver et d'automne, ils ont été surtout fréquents pendant les mois de mai, de juin et de juillet. Le moyen le plus habituel que les suicides emploient pour se donner la mort est toujours la submersion : 1,098 ont eu recours, en 1843, à ce mode de destruction ; 954 à la strangulation ou suspension ; 450 se sont servis d'armes à feu ; 206 se sont asphyxiés à l'aide de la vapeur de charbon : dans le seul département de la Seine, 151 ont employé ce moyen.

Les motifs présumés des suicides se présentent à peu près les mêmes tous les ans : on trouve toujours au premier rang de ces causes les contrariétés d'amour, la jalousie, les suites de la débauche, la misère et les revers de fortune, les chagrins domestiques, le désir de se soustraire à des souffrances physiques. Le quart des suicidés de 1843 ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés intellectuelles.

— *Cours de clinique et de pathologie générale des aliénations mentales,* avec applications à la médecine légale et aux établissements d'aliénés ; par M. FALRET, médecin en chef de la première section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière.

Ce cours commencera à la Salpêtrière le mardi 18 avril, et continuera les mardi et samedi de chaque semaine ; la clinique à neuf heures du matin, et l'enseignement théorique à dix heures et demie.

Troisième liste de souscription pour un confrère malade. (Voir le numéro de mardi.)

Total des souscriptions précédentes,	135 fr.
MM. les Doct. Rochoux,	5
Un médecin sans malades,	5
Pajot,	5
Emmanuel Rousseau,	5
Ducros (de Marseille),	10
Velpeau,	50
Roche,	5
Aubert-Roche,	5
Barbette aîné,	5
Total,	320 fr.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans un de vos derniers numéros (12 avril) une réclamation de M. Desirabode, relative à une petite opération de chirurgie dentaire dont j'avais fait part à la Société médico-pratique. J'y aurais fait peu d'attention si, pour se donner motif de réclamer, M. Desirabode ne m'avait attribué ce qui lui appartient exclusivement et dont je repousse formellement la complicité. Voici les faits.

Je fus appelé pour opérer une dame affectée depuis quatre mois d'une fistule ouverte sur la joue. Cette fistule était entretenue par la racine de la dent canine. Plusieurs tentatives infructueuses avaient été faites par des dentistes habiles. Par un procédé fort simple, j'en fis l'extraction, et la malade guérit. M. Desirabode prétend que ce procédé consiste à *faire éclater* l'alvéole, et part de là pour établir que depuis longtemps il le met en usage. Si M. Desirabode s'était donné la peine de lire, il se serait probablement évité celle de réclamer ; il eût vu que je conseille d'*inciser*, et non de faire *éclater*. Je savais fort bien que M. Desirabode procédait à l'extraction des racines profondes en *faisant éclater* l'alvéole, et c'est précisément ce procédé que je blâme formellement, que je traite de long, douloureux, incertain, dangereux ; tandis que le procédé de *l'incision* est prompt, facile, sûr et sans dangers. Voici, du reste, comment je l'ai exécuté.

1° J'ai décollé la lèvre d'un coup de bistouri, jusqu'à l'orifice fistuleux ;

2° J'ai introduit dans cet orifice l'extrémité d'une petite serpette forte et bien trempée, et d'un seul coup, j'ai incisé l'alvéole dans toute sa longueur, et ramené en même temps la racine qu'il s'agissait d'extraire.

Agréez, etc., MAISONNEUVE.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 47. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Ouverture du cours de clinique. — Des cas de pneumonie actuellement dans le service.

M. le professeur Rostan a commencé, jeudi 10 avril, ses conférences cliniques au lit du malade, et ses leçons à l'amphithéâtre. Les trois premières séances ont été consacrées à une revue générale et rapide de tous les sujets actuellement dans les salles, exposition qui a fourni au professeur l'occasion de fixer l'attention des auditeurs sur les plus curieux des phénomènes présentés par les malades. Puis il a, dans une leçon spéciale, indiqué la marche à suivre dans l'examen et l'interrogation des malades, en appréciant succinctement la valeur des divers modes d'exploration, et celle des renseignements communiqués par le sujet lui-même. Aujourd'hui il a commencé à s'occuper en détail des faits les plus intéressants du service, par un résumé des cas de pneumonie actuellement dans les salles.

— Nous avons présentement sous les yeux un certain nombre de faits curieux de pneumonie et de pleuropneumonie dont nous allons examiner successivement les plus remarquables, nous contentant de signaler dans l'histoire de chacun d'eux les points les plus dignes de fixer l'attention.

Première observation. — Au n° 1 de la salle Saint-Antoine est couchée une femme de vingt-huit ans, affectée déjà depuis longtemps d'une ichtyose, maladie de la peau sur laquelle nous aurons peut-être occasion de revenir. Au moment de son entrée à l'hôpital, le lendemain de l'invasion de sa maladie, elle présentait les symptômes suivants : Douleur vive dans le côté droit de la poitrine, occupant un point évidemment situé au-dessous du siége réel du mal; visage animé, yeux brillants; peau chaude, sudorale; pouls fréquent; appareil extérieur d'une maladie aiguë intense. La douleur n'augmentait pas par la pression, ni par la percussion sur les parois du thorax; mais elle était plus vive pendant la toux et pendant les fortes inspirations. Expectoration difficile; crachats peu abondants, n'offrant pas l'aspect caractéristique des crachats pneumoniques. Cependant ils sont demi-opaques, visqueux, tenaces; quelques-uns même, mais ils sont en très petit nombre, offrent une coloration jaunâtre, tirant un peu sur le rosé.

A la percussion, on constata une matité presque complète du quart inférieur du côté droit de la poitrine; l'oreille appliquée dans ce point, ne percevait aucune trace de murmure vésiculaire. A la réunion des trois quarts supérieurs et du quart inférieur, on entendait un souffle bronchique parfaitement caractérisé, et retentissement chevrotant de la voix quand le malade parlait. A peu près vers le milieu de la hauteur de la poitrine, le murmure vésiculaire reparaissait, mais accompagné de râle crépitant. Le pouls était fréquent, à 96-100 par minute, développé. Tous les autres appareils sont dans l'état normal. La malade est habituellement bien réglée.

Quel devait être le diagnostic? Evidemment il y avait épanchement dans la partie inférieure de la poitrine; la matité, l'absence du murmure vésiculaire et le souffle auraient pu en inspirer peut-être pour une hépatisation du poumon; mais l'absence de crachats caractéristiques, et surtout le chevrotement égophonique de la voix, prouvaient la présence du liquide. Vers la partie moyenne, la crépitation indiquait suffisamment l'existence d'un travail inflammatoire dans le parenchyme pulmonaire.

Nous employâmes pour traitement tout d'abord les saignées répétées, quatre furent faites dans un très court espace de temps; puis la résolution ne s'opérant pas assez vite à notre gré, nous crûmes devoir employer le traitement de Rasori. Pendant les premiers jours, les symptômes locaux, loin d'être enrayés par ce traitement énergique, augmentèrent d'intensité. Ce ne fut qu'au bout de quatre à cinq jours que l'état général de la malade commença à s'amender. La gêne de la respiration devint moindre; la face fut moins colorée; le pouls tomba à 80; l'étendue de la matité diminua de plus en plus, le souffle disparut, et permit d'entendre un râle crépitant à grosses bulles, mêlé de quelques sifflements et ronchus bronchiques. Nous considérons cette malade comme en convalescence.

Deuxième observation. — Au n° 10 de la même salle est couchée une femme, convalescente également d'une des affections péripneumoniques les plus graves dont nous ayons été témoin. Nous avons, en effet, tout lieu de croire que la pneumonie dont elle fut atteinte était passée au troisième degré; nous disons que telle est notre opinion, sans cependant l'affirmer complétement et de la manière la plus positive, les signes physiques ne pouvant permettre, pendant la vie, d'établir le diagnostic du troisième degré de la pneumonie que d'une manière le plus souvent approximative. Elle expectorait des crachats purulents; l'oreille, appliquée sur la poitrine, constatait l'existence d'un souffle bronchique parfaitement distinct et dans une grande étendue du poumon droit. Les phénomènes généraux étaient aussi d'une intensité remarquable.

Vers la fin de la maladie il lui survint une parotide très volumineuse. L'expérience apprend que cette circonstance est toujours aggravante dans le cours des maladies aiguës. Cette parotide abcéda, et fournit pendant quelques jours une abondante suppuration. A peu près au même moment survint encore une autre complication, une hydarthrose. Depuis le jour où la convalescence complète fut déclarée, nous ne cessâmes de l'engager à quitter l'hôpital; mais depuis quelques jours elle est sous le coup d'une rechute, heureusement assez légère. Aujourd'hui le poumon présente dans quelques points une crépitation assez rare, disséminée, mêlé de sifflements et de râle sonore-grave. Le pouls est cependant assez élevé, à 96-100, et nous avons prescrit ce matin une émission sanguine générale. C'est toujours une circonstance fâcheuse qu'une rechute, surtout lorsque l'affection primitive a été très grave.

A ce propos, un mot en passant sur les récidives de la pneumonie. On a dit, et cela est vrai, que les personnes qui ont eu plusieurs fluxions de poitrine sont plus sujettes que les autres à en contracter de nouvelles. On a observé également que ces pneumonies secondaires sont généralement moins graves que les peumonies primitives, et l'on s'en est demandé la raison. Elle est fort simple. Plus un tissu a été souvent enflammé, plus il est apte à contracter une nouvelle inflammation, et il faut une cause beaucoup moins forte pour déterminer l'apparition de la phlegmasie. Si la cause a été moins intense, il est facile de concevoir que l'affection qui s'est produite sous son influence sera également moins grave, durera moins longtemps et sera plus facile à guérir. Nous avons, d'après cela, tout lieu d'espérer que dans le cas actuel la phlegmasie cédera de bonne heure au traitement que nous avons ordonné, et que la malade entrera bientôt en convalescence de nouveau.

Troisième observation. — La pneumonie que présente une femme de cinquante-huit ans, couchée au n° 22 de la salle Saint-Antoine, n'est pas ce que l'on appelle une pneumonie franche. Cette malade est entrée le 8 avril, et les circonstances de son interrogatoire ont présenté quelques particularités à noter. Nous reconnûmes d'abord le premier jour l'existence d'une hémiplégie. Le vague de ses réponses nous laissa incertain sur la question de savoir si nous devions attribuer cette hémiplégie à une hémorrhagie cérébrale, ou à une lésion organique, la malade nous disant, tantôt que les accidents étaient survenus tout à coup, tantôt qu'ils ne s'étaient développés que d'une manière graduelle. Le visage était fortement coloré; le pouls à 100. Nous ne constatâmes le premier jour qu'un peu de gêne dans la circulation, un peu de toux. Les organes abdominaux dans un état parfaitement normal.

Nous portâmes pour diagnostic : affection cérébrale ancienne, sur laquelle s'était probablement greffée une affection aiguë. Pour traitement, nous fîmes pratiquer une émission sanguine indiquée par l'état général du sujet. Mais il nous re-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Petites manœuvres et petites ruses. — La comédie perpétuelle. — Les vantards. — Les voleurs de malades. — Travers et vues. — L'association, grand remède. — La chirurgie à l'Académie de médecine.

Il y a des gens qui s'indignent, mais pour moi je ne peux m'empêcher de rire des petites manœuvres employées par quelques médecins pour grossir et enfler leur importance, leur position, leur clientèle. J'en connais qui se donnent pour cela plus de mal et de peine qu'il n'en faudrait pour mener à bonne fin la plus vaste et la plus complexe entreprise. Il est vrai que le voyage à la recherche de la clientèle est une grande et très épineuse affaire, et combien même de nos confrères qui ont fait un voyage de circumnavigation sans rencontrer cette terre fortunée, objet de leurs désirs et de leurs espérances! Dans tous les cas, il en est bon nombre dont ce n'est certes pas la faute; car, Dieu merci, ils s'ingénient assez et de toutes façons pour faire croire au moins qu'ils sont gens arrivés. Leurs petits moyens et leurs petites ruses sont, je vous assure, choses fort amusantes. Il en est qui posent sans cesse, qu sont continuellement en scène, et qui, même avec leurs meilleurs amis, jouent une comédie perpétuelle. Allez-vous chez eux : Quoiqu'il n'y ait pas un chat dans l'appartement, on vous introduit avec solennité dans le salon d'attente; un domestique frappe discrètement à la porte du cabinet et vous rapporte la réponse obligée : Monsieur a du monde pour le moment; il va être à vous. Bientôt un bruit de porte se fait entendre, des gens ont l'air de sortir par une issue dérobée, et le confrère se montre en faisant ses excuses; un consultant le retenait. Trois minutes ne sont pas écoulées qu'on frappe à la porte, et le domestique intelligent s'empresse de dire : On désire consulter monsieur. Vous vous retirez aussitôt, en félicitant le confrère, si vous n'êtes pas au courant de ce petit manége, en riant dans votre barbe si vous comprenez cette scène d'une comédie quotidienne. Les rencontrez-vous dans la rue, dans le monde; ce sont des doléance interminables sur leurs fatigues, qui altèrent leur santé. Ils ne tiennent plus à ce métier d'enfer. Vingt clients à voir tous les jours! c'est à n'y pas suffire. Il en est qui vont jusqu'à ouvrir leur agenda pour vous montrer une série de noms et leurs visites à faire. Celui-ci vous accoste en vous disant : Avez-vous beaucoup de pneumonies? J'en ai quatre qui m'inquiètent fort. Celui-là, que vous croyez pauvre comme un rat, vous aborde en vous demandant à quel taux sont les actions du chemin d'Orléans; mon année a été bonne, et j'ai quelque mille francs à placer. Un autre étale sur sa cheminée des pièces d'or et d'argent, en vous disant : C'est ma petite moisson du jour. Cet autre ne vous parle que d'un duc un tel, de la marquise par-ci, de la comtesse par-là, dont il est le médecin; et ses bottes crottées, sa chevelure inculte et sa barbe de trois jours témoignent qu'il ne prend guère les habitudes distinguées du grand monde qu'il fréquente. Un autre me demandait sérieusement si je me connaissais en chevaux, car il était sur le point de faire une acquisition qui l'embarrassait. Il ne se souvenait pas, le maladroit, qu'il y a deux ans il m'avait fait la même histoire.

Tout cela, et mille autres choses qui ne me reviennent pas, ne peut être considéré que comme de petits travers, qui, après tout, ne font de mal à personne. Seulement, d'après ce qu'ils sont avec nous, jugez de ce qu'ils peuvent être avec les gens du monde! Si on les invite à dîner pour six heures, ils arrivent à sept, et ne manquent pas l'excuse de rigueur, des clients pressés. Pendant le dîner, ils se font demander deux ou trois fois, et quittent la table, avant l'heure, en maugréant contre les exigences et la tyrannie de la clientèle. Ces vantards, qui, avec nous, voulaient bien s'arrêter aux ducs et aux comtesses, avec leurs clients se lâchent la duchesse imperturbablement. Et sur leurs succès, comme ils sont abondants, e, féconds, et prolixes! C'est pour eux, assurément, que la médecine n'est que l'art de guérir: la thérapeutique n'a pour eux ni secrets, ni mystères, ni déceptions, ni erreurs; ils ont guéri le croup, la phthisie, le cancer et le reste. Il faut entendre les histoires qu'ils racontent, et qui font frémir d'épouvante les bonnes bourgeoises du Marais; les nosographes n'y reconnaîtraient plus leurs genres et leurs espèces dans l'accumulation bizarre de leurs symptômes, la confusion et le mélange adultère des phénomènes les plus disparates, dont le couronnement obligé est une guérison éclatante.

Si ces braves confrères s'arrêtaient à ces limites, à cette région qui n'est encore que la région du ridicule, ils ne seraient justiciables que de la moquerie; mais quelquefois l'observateur peut surprendre un travers plus grave, disons le mot, un vice fort blâmable, c'est le dénigrement contre tous leurs confrères. A les entendre, eux seuls sont instruits, honnêtes et heureux en pratique; tel dont on vante la science n'est qu'un homme de cabinet, tel autre qui a fait des livres estimables est un détestable praticien; celui-ci est un âne, celui-là un maladroit, un autre écorche ses clients, un autre s'entend avec le pharmacien, un autre n'est qu'un charlatan : aucun ne guérit, et pour tous la pratique n'est qu'un long martyrologe. Si vous appelez en consultation ces zoïles inquiets et jaloux, gare à vous! Ils jetteront du doute sur votre diagnostic, blâmeront sans ménagement votre thérapeutique, jetteront le trouble et l'effroi dans l'esprit du client ou de la famille, vous desserviront de toute façon, soit d'une manière brutale, soit sous des formes polies; quelquefois même, à votre insu et en cachette, ils iront voir le malade, et s'y prendront si bien que vous serez éliminé de la maison. J'ai sur ce point des masses de faits et de documents qui, si j'étais méchant, effraieraient beaucoup certains personnages.

Bref, il faut le reconnaître et l'avouer tristement; réussir, pour quelques-uns de nos confrères, n'est pas savoir attendre; ils ont hâte d'arriver, et dans leur empressement, et pour aller plus vite, ils jettent volontiers le lest que la morale et l'humanité doivent toujours placer à fond de cale. D'ailleurs, et c'est fort heureux, ces moyens sont loin de toujours réussir. Pour quelques médecins qui, naviguant ainsi, arrivent à bon port, il y en a mille qui font côte ou qui se perdent sur des écueils inévitables. La vanterie et la méchanceté sont bien voisines de la charlatanerie et de l'improbité; et ce pas une fois franchi, il n'est plus possible de revenir en arrière. Tout cela, je le dirai sans cesse, tient à l'isolement fatal et honteux dans lequel nous vivons entre nous. Nous nous mésestimons et nous nous décrions parce que nous nous fuyons. Isolé, l'homme est presque toujours méchant et jaloux. L'association attire souvent l'estime et l'affection; elle impose toujours plus de dignité, plus de tolérance. Je suis très sympathique à toutes les tendances que je vois se manifester vers l'association; aussi j'annonce avec plaisir que deux sociétés nouvelles de médecins se forment en ce moment à Paris, dans le deuxième et le dixième arrondissements. Déjà les médecins de plusieurs autres arrondissements se sont constitués en société, et bientôt probablement tous les autres imiteront cet exemple. Il faut laisser dire les indifférents et se moquer de leurs sarcasmes. N'oublions pas ce grand principe, qui est vrai pour les compagnies comme pour les individus, que nos affaires ne seront jamais mieux faites que par nous-mêmes.

— Du reste, rien de nouveau cette semaine. Nous sommes menacés d'une nouvelle discussion chirurgicale à l'Académie de médecine, où il n'y en a plus d'autres.

La médecine et les médecins de cette compagnie ont décidément abdiqué. Non-seulement ils se taisent, mais ils ne viennent plus aux séances. Aussi les chirurgiens, qui paraissent de leur nature très loquaces, s'en donnent-ils à cœur-joie; il n'y en a plus que pour ces estimables confrères, et l'Académie de médecine n'est plus que l'Académie de chirurgie. Ça ne laisse pas que d'être un peu monotone. Ces messieurs sont sans doute fort agréables à entendre; mais toujours du Roux, du Velpeau, du Blandin et du Gerdy, c'est un menu trop uniforme. N'était M. Rochoux, qui trouve le moyen de fourrer son esprit et Epicure un peu partout, comme cet excellent M. Castel, qui y colloque sa *sensibilité*, nous en serions réduits au régime des tumeurs et du bistouri, ce qui ne passe pas, le bistouri surtout, pour très substantiel.

JEAN RAIMOND.

vint en mémoire un fait à peu près analogue, que nous avions observé il y a deux ans environ. Voici dans quelles circonstances.

On nous amena un individu atteint d'une affection cérébrale ancienne, qui l'avait jeté dans un état de stupeur remarquable, et qui finit en très peu de jours par occasionner la mort. A l'ouverture du corps nous ne trouvâmes que l'altération chronique, sans aucune lésion plus récente qui pût expliquer les phénomènes de l'état aigu que nous avions observés. Il fallut donc chercher dans les autres appareils la cause de cet état aigu, et ce fut dans le poumon qu'on le trouva. Le sujet avait succombé à une pleuropneumonie qui avait été méconnue pendant la vie, préoccupé que nous étions exclusivement des symptômes cérébraux.

Chez la malade que vous avez vue dans nos salles, le poumon présentait des signes manifestes d'engorgement inflammatoire. Il y avait matité, absence du murmure vésiculaire normal, crépitation abondante, humide, et peut-être même un peu de souffle. Ce fait, rapproché de celui que nous venons de vous citer, suffit pour prouver de la manière la plus positive, que dans l'examen d'un malade on ne doit rien passer, et que l'on doit explorer tous les organes, même ceux dont on a le moins sujet de soupçonner une altération. Une fois la pneumonie reconnue, on a malgré son âge continué l'emploi des émissions sanguines. Depuis hier les phénomènes généraux n'ayant subi aucune diminution dans leur intensité, nous avons cru devoir suspendre l'emploi de ce moyen. Cependant nous n'avons pas voulu employer dès hier le tartre stibié, à cause de l'influence fâcheuse que peut avoir ce médicament sur le cerveau. Nous avons fait appliquer un vésicatoire. Nous devons dire que nous n'espérons pas obtenir la guérison de cette malade, vu les conditions extrêmement fâcheuses dans lesquelles elle se trouve. D'abord elle a cinquante-sept ans ; puis la coexistence de la pneumonie et d'une affection cérébrale est grave ; enfin nous ne sommes pas sûr qu'il n'y ait rien dans le cerveau indépendamment de l'altération chronique qui a terminé l'hémiplégie. L'état du poumon explique la réaction générale ; de cette réaction, il ne faudrait pas conclure que le cerveau n'offre aucun travail inflammatoire aigu. Quelques auteurs, et M. Lallemand entre autres, ont bien prétendu que, dans l'inflammation du cerveau, le pouls était ralenti ; mais nous ne partageons pas, nous, complétement cette opinion. Quelquefois la circulation peut ne pas être fortement accélérée, mais il est des cas, et nous pensons que ce sont les plus nombreux, où l'inflammation aiguë du cerveau détermine une fréquence plus grande des pulsations artérielles.

Quatrième observation. — Au numéro 30 de la même salle, est une jeune femme de 25 ans, d'une constitution forte et robuste, d'une bonne santé habituelle, légèrement menstruée, d'un tempérament sanguin. Elle est entrée à l'hôpital le 10 avril, se disant malade depuis quatre jours. Elle éprouvait, au moment de son entrée, une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine. Remarquons, en passant, que, sur les quatre malades que nous venons de faire passer sous vos yeux, il n'en est pas une seule qui soit affectée d'une pneumonie du côté gauche. Le côté droit paraît être en effet, d'après les relevés statistiques auxquels on s'est livré dans ces derniers temps, plus souvent affecté de pneumonie que le côté gauche.

Au sommet du poumon, il y avait de la rudesse de la respiration, et même, dans quelques points, un véritable souffle tubaire. Crépitation fine assez étendue ; la malade ne présentait pas non plus cette expectoration rouillée caractéristique que l'on rencontre souvent dans les cas de pneumonie. Si notre intention était de combattre la valeur des chiffres, nous pourrions faire observer ici que souvent un phénomène ne tire pas son importance de sa fréquence, mais des caractères qu'il présente et qui sont constants quand il existe.

Ainsi, de tous les malades dont nous venons de vous entretenir, il n'en est pas un seul qui ait offert ces crachats rouillés si connus, arrondis, visqueux, adhérents au vase, etc. Est-ce une raison pour que ces crachats perdent de leur valeur comme signe diagnostic? Pas le moins du monde. Ils n'en restent pas moins, quand ils existent, le signe pathognomonique du second degré de la pneumonie.

Cette malade avait un pouls très élevé, développé, résistant. Il n'y avait aucun signe de complication du côté des organes digestifs ni des centres nerveux. Nous avons employé le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur ; cinq saignées ont été faites. Le sang présentait tous les caractères d'une inflammation des plus intenses. Le caillot était recouvert d'une couenne épaisse, rétractée ; après avoir combattu de cette manière les phénomènes inflammatoires, nous avons mis en usage l'émétique à haute dose, dont on a continué l'administration pendant trente-six heures. Puis un large vésicatoire a été placé sur le côté.

Dans tous les cas précédents, la succession des moyens destinés à combattre la maladie a été la même. Les émissions sanguines d'abord, portées aussi loin qu'il a été possible de le faire, méthode qui nous paraît la plus avantageuse dans le traitement des inflammations du parenchyme pulmonaire ; aux saignées nous faisons succéder l'administration du tartre stibié et l'emploi des révulsifs extérieurs.

Telle n'est pas la pratique de tous les auteurs. Il y a des médecins qui saignent beaucoup moins que nous, et d'autres même qui donnent l'émétique à haute dose dès le début de l'affection, sans pratiquer une seule saignée, doctrine que nous ne saurions partager.

L'état de cette jeune femme présente un amendement notable. Cependant, on entend encore sous la clavicule droite un souffle très marqué, quoique moins fort que pendant les premiers jours du traitement.

Cinquième observation. — Au numéro 5 de la salle Sainte-Jeanne, nous avons un homme qui présente non point une pneumonie, mais une pleurésie, accompagnée de phénomènes curieux. C'est un individu très fort, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, qui se plaignait d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, lancinante et pongitive. Il toussait, mais ne rendait point de crachats après la quinte de toux. Coloration très intense de la face, développement et fréquence du pouls. En arrière, à gauche, dans le tiers inférieur du thorax, matité complète à la percussion et absence du bruit respiratoire. A la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, souffle bronchique et chevrotement de la voix. Il était évident qu'il y avait la suffusion séreuse et épanchement abondant dans la cavité pleurale. En poursuivant notre examen, nous reconnûmes avec étonnement une matité très étendue et complète à la partie antérieure et supérieure du poumon du même côté, avec souffle caverneux dans tout le point correspondant à la matité.

Ce phénomène, nous devons le dire, ne nous a pas médiocrement effrayé et nous a donné lieu de penser qu'il y avait chez ce malade autre chose qu'une pleurésie aiguë. Quelques émissions sanguines peu copieuses ne produisirent pas de changement dans l'état du malade, qui, au contraire, tomba dans un état de faiblesse déplorable. Cette aggravation dans son état nous fit croire que l'affection tuberculeuse avait fait de rapides progrès ; nous eûmes recours aux vésicatoires. Deux cautères furent placés sur les parois de la poitrine, et, sous l'influence de cette révulsion énergique, une amélioration sensible s'est manifestée. Depuis quelques jours, le malade reprend de l'embonpoint ; la respiration se fait partout entendre à peu près aussi pure qu'à l'état normal.

Nous sommes d'après cela porté à croire que ce n'était point à une affection tuberculeuse que nous devions rattacher le souffle du sommet du poumon, mais bien plutôt à une plegmasie du parenchyme pulmonaire, coïncidant avec une phlegmasie de la membrane séreuse. Ce serait en vertu des lois de la pesanteur que le liquide aurait occupé la base de la cavité thoracique, mais le sommet seul de l'organe respiratoire aurait été le siége de la phlegmasie. On aura dû remarquer que dans ce cas, nous n'avons pas employé le tartre stibié. La raison en est que nous avons observé que ce médicament ne réussit pas à beaucoup près dans les inflammations des séreuses aussi bien que dans les inflammations du parenchyme, et la persuasion où nous étions que nous avions affaire à une pleurésie compliquant une affection tuberculeuse a été la cause de notre manière d'agir.

Sixième observation. — Un jeune homme de dix-huit ans, couché au n° 7 de la même salle, malade depuis huit-jours au moment de son entrée, nous a offert une pneumonie de la partie inférieure du poumon droit. Matité à la base de la poitrine, douleur vive pendant les quintes de toux et les mouvements inspiratoires, souffle bronchique, crépitation vers la partie moyenne, tels furent les symptômes que nous rattachâmes à une pleuropneumonie aiguë avec léger épanchement séreux. Deux saignées et deux applications de sangsues ont fait justice de cette affection, sur laquelle nous ne nous étendrons pas plus longuement vu l'analogie que ce cas a présentée avec les précédents.

D[r] A. FOUCART.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Trois variétés différentes de fractures de la clavicule. Avantages de l'appareil de Desault dextriné.

Il s'est présenté en même temps plusieurs cas de fracture de la clavicule, dont quelques-uns ont offert des particularités remarquables ; deux notamment, dans lesquels la fracture avait lieu sans déplacement, et dont le diagnostic ne pu être établi que par la constatation de la crépitation. Chez l'un de ces deux malades, couché au n° 16 de la salle Saint-Jean, la fracture avait lieu près de l'extrémité interne de la clavicule, au point où la première côte s'arc-boute contre cet os, entre les ligaments costo-claviculaire et sterno-claviculaire. Chez le deuxième malade, la clavicule était fracturée à sa partie externe, entre l'extrémité acromiale de l'os et les ligaments coraco-acromio-claviculaires. Enfin, un troisième malade, couché au n° 11 de la même salle, avait une fracture de la clavicule à sa partie moyenne, avec déplacement considérable et chevauchement des fragments. Il y avait en outre, comme on le reconnut plus tard, un fragment très petit, entièrement détaché des deux extrémités de l'os, et qui s'était retourné transversalement, de manière à présenter une de ses extrémités en avant, où elle faisait une saillie assez considérable.

Lorsque la fracture de la clavicule a lieu à sa partie moyenne, il y a toujours, comme on le sait, un déplacement plus ou moins considérable des fragments en sens inverse. Ce déplacement a lieu :

1° Suivant l'épaisseur, le fragment externe étant attiré en bas par le propre poids du membre et la chute du moignon de l'épaule, qui cesse d'être soutenu, et en même temps par l'action des muscles pectoraux, grand-dorsal et grand-rond.

2° Suivant la longueur, par l'action de ces mêmes muscles, qui, en même temps qu'ils abaissent le fragment externe, le font glisser sous le fragment interne ou sternal. Il y a enfin quelquefois un peu de déplacement de ce même fragment en avant par l'action du grand-pectoral. Pendant que le fragment externe est ainsi entraîné en bas par le moignon de l'épaule, le fragment interne reste dans sa direction normale, où il est même quelquefois un peu élevé par l'action de la portion du sterno-cléido-mastoïdien qui s'y insère ; d'où deux temps dans le mécanisme de la production de ces fractures :

1° La dépression ; 2° le chevauchement.

C'est ce qui avait eu lieu chez le dernier malade dont nous venons de parler.

Quand, au contraire, la fracture a lieu entre l'extrémité acromiale et les ligaments coraco et acromio-claviculaires, il n'y a point de déplacement. Il en est de même des fractures qui siégent à la portion externe de la clavicule, entre l'articulation sternale et le ligament costo-claviculaire. Dans le premier cas, les deux fragments sont également fixés par le scapulum ; dans le second, ils sont également maintenus immobiles, l'un par la première côte, l'autre par le sternum. Telles étaient précisément les conditions dans lesquelles se trouvaient les deux premiers malades.

Ces trois malades ont été traités par l'appareil de Desault. Cet appareil est celui que M. Blandin préfère de beaucoup à tous les autres pour tous les cas. Appliqué d'abord simplement comme on le faisait autrefois, puis rendu plus tard inamovible par la dextrine, après que les premiers accidents sont dissipés, cet appareil remplit, en effet, toutes les indications. Si l'on a cherché, dans ces derniers temps, à lui substituer une foule de nouveaux appareils variés, dit M. Blandin, c'est qu'on avait méconnu ses avantages réels, et qu'on ne s'était pas suffisamment rendu compte de son véritable mécanisme. En effet, quelles sont les indications à remplir dans les fractures moyennes auxquelles s'applique plus spécialement cet appareil? La première indication est de porter le moignon de l'épaule en dehors ; c'est ce que fait le coussin de Desault. Cela fait, il faut élever le moignon ; c'est ce que réalise le bandage en 8 de chiffre. Il est nécessaire, en outre, de déjeter un peu le moignon en arrière, pour lutter contre la tendance au déplacement en avant par l'action du muscle grand-pectoral ; c'est encore ce que remplit parfaitement l'appareil de Desault, en portant le coude en arrière. Cet appareil remplit, en un mot, toutes les indications, et remédie à tous les accidents de la fracture. Il avait cependant un sérieux inconvénient, c'est que, parfaitement approprié à l'objet qu'il était destiné à remplir au moment de son application, il se relâchait par la suite, se dérangeait, se déplaçait, et cessait ainsi de maintenir les fragments, quelque précaution que l'on eût apportée à son application. Cet inconvénient était tel, qu'un grand nombre de chirurgiens avaient fini par l'abandonner, disant que le résultat était toujours le même, c'est-à-dire que la guérison était toujours accompagnée de difformité, avec ou sans l'appareil. Cet inconvénient, le seul que l'on eût à reprocher à l'appareil de Desault, a complétement disparu aujourd'hui, grâce au moyen que nous avons de le rendre inamovible. Effectivement, la pénétration de cet appareil par la dextrine lui donne toute la perfection désirable. Il resterait peut-être une seule objection qui, au premier abord, pourrait sembler motivée. On pourrait craindre que, par suite de la roideur qu'acquiert cet appareil après avoir été imprégné de dextrine, il ne blessât les parties. Nous prévenons facilement cet inconvénient en garnissant préalablement de compresses les points les plus exposés aux pressions. En ville, nous avons l'habitude d'appliquer l'appareil par-dessus un gilet de flanelle ou de coton. L'appareil ainsi appliqué est très bien supporté au bout de quelques jours, au point même que les malades peuvent facilement vaquer à leurs affaires pendant toute la durée du traitement.

Une dernière considération nous est suggérée par le souvenir d'un mémoire sur les fractures de la clavicule, publié récemment par M. Guérin, interne des hôpitaux. M. Guérin démontre, dans ce mémoire, que le fragment interne obéit à des mouvements d'élévation qui lui sont communiqués par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, lorsque le sujet exécute des mouvements de quelque étendue avec le membre opposé. Il s'appuie sur ce fait pour donner le conseil de condamner le membre sain à l'immobilité pendant toute la durée du traitement. On conçoit la gêne et l'embarras qui en résulteraient pour les malades. Si, à raison de cet inconvénient, on ne juge pas à propos d'adopter ce conseil, au moins doit-on en tirer parti pour prescrire aux malades de ne se servir qu'avec modération de leur membre sain, et d'éviter de lui faire exécuter de trop grands mouvements.

Le malade qui était atteint d'une fracture de la partie moyenne de la clavicule avec chevauchement considérable des fragments et grande déformation de l'épaule, est sorti guéri, ainsi qu'on l'avait prévu, sans difformité, sauf cependant une petite saillie formée par le petit fragment moyen, qu'il n'avait pas été possible de réduire. Mais les deux grands fragments interne et externe sont parfaitement replacés au même niveau ; la clavicule a conservé sa longueur normale, et l'épaule a repris sa forme régulière. On peut prédire que le petit fragment qui fait saillie à la partie moyenne s'usera avec le temps, et qu'il ne restera plus aucune trace de difformité. Quant aux deux autres cas de fracture sans déplacement, il ne pouvait y avoir aucun doute sur leur guérison complète sans difformité.

Un mot sur les appareils de fracture du fémur. Simple modification à l'appareil de Desault.

Un malade a été amené dans les salles, ayant une fracture du fémur à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de cet os, avec déplacement suivant la longueur et suivant la circonférence du membre et chevauchement considérable des fragments. L'interne de garde, qui avait reçu le malade, avait appliqué un appareil provisoire en plaçant le membre dans la demi-flexion, ainsi que le pratiquent encore plusieurs chirurgiens, d'après la méthode de Benjamin Bell et de Dupuytren. Lors de sa première visite, M. Blandin a fait enlever cet appareil, et l'a remplacé par l'appareil ordinaire de Desault, après avoir replacé le membre horizontalement dans l'extension.

Il est notoire, dit il, que Dupuytren, qui avait introduit ce mode de traitement des fractures du fémur, avait de mauvais résultats. On est revenu depuis aux appareils de Desault et de Boyer. M. Bonnet, qui a cherché à résoudre cette question expérimentalement, a démontré la nécessité d'embrasser à la fois dans le même appareil la jambe avec la cuisse. La seule modification que M. Blandin ait introduite dans l'appareil de Boyer, qui n'est autre, comme on le sait, que celui de De-

sault et de Scultet, est la suivante : Il applique une attelle en arrière, ce qui ne se fait pas habituellement ; une attelle courbe que l'on modèle sur la forme du fémur. Il a reconnu la nécessité de cette attelle pour opposer une résistance aux fragments en arrière, sans quoi ces fragments, trouvant de la résistance dans tous les sens, excepté dans celui-là, se dirigeraient infailliblement vers ce point, ce que les matelas et les corps mous que l'on place sous le membre n'empêcheraient certainement pas. Que si l'on convient de la nécessité de cette attelle, on admettra aussi qu'il est néccessaire de lui imprimer la forme curviligne du fémur, sans quoi elle manquerait son but. C'est pour la même raison enfin que cette attelle ne doit point s'élever jusqu'aux ischions. Telle est la seule modification qu'après une longue expérience M. Blandin ait jugé utile de faire à l'appareil de Desault.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 mars 1845.— Présidence de M. GILLETTE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.— Elle comprend 1° une lettre de M. Chailly, qui fait hommage à la Société de la deuxième édition de son Traité des accouchements. 2° Une autre lettre de M. Morel-Lavallée, qui se présente comme candidat à une place de membre résident : ses titres scientifiques sont renvoyés à une commission. 3° Une thèse du docteur Bélot (de Leipzig), ayant pour objet la cataracte; il sollicite le titre de correspondant. M. Caffe est chargé du rapport sur ce travail. 4° Journal de thérapie du docteur Zerlecki. 5° De la part du docteur Liljewalch (de Stockholm), M. Barth offre à la Société les relevés statistiques des maladies vénériennes traitées depuis vingt ans dans l'hôpital de cette ville.

Rapports. — Du traitement de la fièvre jaune. — L'auteur de ce travail, dit M. Faivre, rapporteur, est M. Beugnot, praticien fort connu à la Nouvelle-Orléans, où il exerce depuis sept années avec une grande distinction. Dans le mémoire dont il a fait hommage à la Société, il s'occupe plus spécialement du traitement de la fièvre jaune, réservant pour plus tard l'examen des autres points encore en litige de cette intéressante question de pathologie. Après avoir fait ressortir l'inefficacité et les dangers des diverses médications suivies dans le traitement de la fièvre jaune, il se prononce en faveur des antiphlogistiques appliqués de bonne heure et avec énergie; et pour qu'il n'y ait pas de méprise possible sur la nature et le degré d'activité de sa formule thérapeutique, il a soin de bien la préciser en disant que la saignée doit être *syncopale;* M. Beugnot pose ensuite les indications qui doivent être suivies dans la combinaison de la saignée avec l'usage du sulfate de quinine.

L'auteur ajoute qu'il tient cette méthode curative du docteur Luzemberg, auquel il en attribue l'invention. M. le rapporteur revendique la priorité en faveur de M. Bélot, médecin français à la Havane, ou depuis vingt-trois ans il met en usage la formule thérapeutique dont il s'agit. M. Faivre termine en proposant l'admission du candidat.

M. Gillette, à propos de l'analogie que le rapporteur a paru vouloir établir entre le traitement de la fièvre jaune par la saignée et celui de la fièvre typhoïde par le même moyen, dit que l'année dernière, à l'hôpital Saint-Louis, il a traité quarante-cinq malades atteints de fièvre typhoïde, sur lesquels trois sont morts, c'est-à-dire, les seuls qui furent saigné. Tous les autres ont pris chaque jour le sulfate de quinine; l'un des trois malades avait eu deux saignées, en raison d'une pneumonie intercurrente qu'il présenta : dans les cas ordinaires, M. Gillette n'oserait pas recourir à l'usage de la saignée; car il n'en a vu que des résultats funestes dans une série d'expériences répétées à la Charité par un médecin de cet hôpital.

M. Faivre dit qu'il se trouve en complète dissidence avec M. Gillette. S'il a parlé de la fièvre typhoïde dans son rapport, c'est qu'il a voulu, en citant les succès nombreux des saignées syncopales dans le traitement de la fièvre jaune, rendre plus hardie la thérapeutique des médecins, qui, malgré l'autorité des faits que l'on peut journellement observer à la clinique de M. Bouillaud, craignent les émissions sanguines dans la fièvre typhoïde, qui leur paraît être, par sa nature, essentiellement hyposthénique et débilitante. Dans ces deux fièvres, auxquelles les auteurs ont reconnu plusieurs caractères communs, il importe de bien formuler la saignée ; car c'est pour n'avoir pas rempli toutes les conditions nécessaires, que les résultats des expériences rappelées par M. Gillette n'ont pas été d'accord avec ceux qu'obtient M. Bouillaud ; il a suivi les expériences dont il est question, et il affirme qu'en aucun cas la formule de M. Bouillaud n'a été mise en pratique avec toute la rigueur et la persévérance qui la constituent.

M. Barth, à l'occasion d'un fait rapporté par M. Beugnot, d'un cas grave de fièvre jaune guérie à la suite d'une hémorrhagie dentaire excessive et spontanée, fait observer que dans la fièvre typhoïde toute hémorrhagie est au contraire un signe des plus fâcheux, si bien que l'on peut pronostiquer la gravité de la maladie par l'abondance et l'intensité des épistaxis.

M. Faivre ajoute qu'il n'a jamais parlé de similitude complète entre ces deux maladies, et que dans les dernières périodes de la fièvre jaune les hémorrhagies intestinales ou cutanées sont aussi un signe de mort.

Après cette discussion, on vote sur la candidature de M. Beugnot, qui est nommé membre correspondant.

— *De l'inamovibilité dans le traitement des affections chirurgicales.* — *M. Forget* fait un rapport sur la thèse de concours de M. Boinet, candidat pour une place de membre titulaire. Posé en ces termes, dit le rapporteur, le problème que M. Boinet avait à résoudre comprenait plus que le traitement des fractures, auxquelles, dans le principe, l'appareil inamovible semblait devoir être exclusivement réservé. Ainsi l'a pensé l'auteur, qui, partisan déclaré de l'inamovibilité, regarde ce principe de thérapeutique comme le terme le plus désirable que puisse atteindre la pratique chirurgicale. Sans discuter le côté théorique de la question, le rapporteur fait remarquer que sur le terrain de la pratique l'inamovibilité ne saurait être acceptée d'une manière aussi absolue, et que dans les applications que l'on fait du principe, il faut à chaque instant s'affranchir de l'autorité de la règle. L'illustre Larrey, seul peut-être, s'en montra observateur rigoureux, inflexible ; aussi, comme M. Boinet a soin de le rappeler, ce chirurgien poussa-t-il ses principes jusqu'à leurs dernières conséquences. Rien ne l'effraie dans le cours du traitement d'une fracture, quelque compliquée qu'elle soit; des douleurs surviennent-elles, la suppuration devient-elle énorme, des vers même se forment ils dans la plaie, Larrey reste impassible; car pour lui, l'affection nouvelle dont les douleurs sont l'indice, ne saurait trouver de meilleur remède que le bandage.» En rappelant cette citation, j'ai voulu ne pas refuser à l'auteur le haut patronage qu'il invoque en faveur d'un mode de traitement qu'on peut appeler l'inamovibilité *à outrance*, comprenant bien qu'il ne lui fallait rien moins qu'un auxiliaire aussi puissant pour le faire accepter. Pour ma part, tout en professant un respect profond pour les convictions si persévérantes de l'un des plus illustres fondateurs de notre Société, j'avoue que je ne saurais les partager sans restriction.

Quant à l'historique des appareils inamovibles, pour lequel M. Boinet a recueilli de nombreux documents, M. Forget fait remarquer que, fort en honneur aux temps où les sciences, et en particulier la chirurgie, étaient à peine ébauchées, ces appareils perdent de leur crédit et finissent par tomber dans un oubli complet, à mesure que l'art de guérir se perfectionne. Au moyen âge, ils sont généralement adoptés; plus tard, ils trouvent de nombreux dissidents; et en 1560, Ambroise Paré se range du parti de ceux qui les repoussent, et cependant il en avait été partisan dans les premières années de sa carrière chirurgicale; ce qui donne encore plus de poids à l'improbation dont il les frappe plus tard.

Presque tous les successeurs d'Ambroise Paré suivirent l'exemple de leur illustre devancier, et, si on en excepte le mémoire de Moscati, nous voyons les appareils inamovibles à peine mentionnés dans les travaux de l'Académie royale de chirurgie. J.-L. Petit, dans son Traité des maladies des os ne les cite même pas; et depuis cette glorieuse époque de la chirurgie française, les chirurgiens qui ont le plus contribué aux perfectionnements des différents procédés de traitement des fractures les rejettent d'un commun accord. Desault, Boyer, Dupuytren, et le savant disciple de ce maître illustre, Sanson, tous acceptent et enseignent l'usage des appareils renouvelés. Aussi, ajoute le rapporteur, fort des autorités que je viens de citer et d'accord avec un grand nombre de praticiens éminents de notre époque, je trouve dans les appareils renouvelés toutes les conditions de sécurité et de précision désirables, et je confesse ma prédilection pour cette thérapeutique que j'ai vu si féconde en résultats inespérés, grâce à la facilité qu'elle laisse au chirurgien de pouvoir, sans aucun des accidents qu'on lui a imputés à tort, *mettre l'œil et le doigt sur le mal*, quand les aberrations de la nature l'exigent.

Jusqu'à présent, continue M. Forget, les partisans des appareils inamovibles avaient borné leur emploi au traitement des fractures. Aujourd'hui ils vont plus loin, et bientôt, dit M. Boinet, cette méthode de traitement sera universellement adoptée par les chirurgiens, non seulement pour les fractures, mais encore pour les plaies. Ce vœu de l'auteur a été devancé par les faits; il y a déjà quelque temps que dans un des hôpitaux de Paris, à la suite d'une amputation de la cuisse pratiquée pour une tumeur blanche du genou, on appliqua par-dessus les agents ordinaires de la réunion, des compresses et des bandes qui avaient été préalablement recouvertes d'une solution d'amidon. Qu'arriva-t-il? Le lendemain l'appareil était presque sec; deux jours après le malade se plaignit d'être faible; cet état de faiblesse, que l'on attribua aux suites naturelles de l'opération, augmenta rapidement au point de donner lieu à une syncope, il n'existait d'ailleurs dans le membre amputé rien d'insolite, du moins en apparence. Le malade ayant succombé, on leva l'appareil amidonné que la dessiccation avait transformé en une véritable boîte à parois inflexibles et imperméables; cette boîte était remplie de sang coagulé; des caillots existaient dans le moignon, sous les lambeaux, qu'ils distendaient; le sang, retenu par les pièces d'appareil, s'était infiltré dans le tissu cellulaire du membre, et le long des gaînes musculaires. Il devint dès lors évident que le malade avait succombé à une hémorrhagie consécutive; résultat qu'on eût pu prévenir si au lieu de se livrer à une expérimentation dangereuse le chirurgien eût conservé le mode de pansement qu'il a coutume d'employer. Ce fait inédit porte avec lui son enseignement pratique; et en le faisant connaître, ajoute M. Forget, je m'estimerais heureux s'il peut contribuer à faire rentrer l'appareil inamovible dans les limites qu'il n'aurait pas dû franchir. Le rapporteur discute ensuite toutes les autres raisons pathologiques qui empêcheront que les destinées prédites à l'appareil inamovible se réalisent. Il fait remarquer que dans les premiers jours qui suivent une opération, un excès de mouvement nutritif s'empare des tissus qui forment le moignon; qu'il y a en un mot une fièvre locale dont le résultat est de produire une turgescence en rapport avec l'accroissement de la vitalité. Or l'appareil amidonné se prêtera-t-il aux changements survenus dans le moignon sous le double rapport de volume et de sensibilité? Non, sans aucun doute, il restera invariable, inflexible, et pour peu que le gonflement inflammatoire soit considérable, l'appareil pourra devenir une cause de douleur et peut-être même d'étranglement. Ce n'est pas tout; qu'il survienne un érysipèle, une pourriture d'hôpital, comment en constater l'existence à travers cet appareil? On est exposé à ne les diagnostiquer que lorsqu'ils ont acquis un développement déjà très avancé, et qu'ils ont produit des désordres souvent fort difficiles à réprimer.

En terminant, M. le rapporteur cite des faits qui prouvent tous les dangers auxquels on s'expose en laissant le pus séjourner dans l'épaisseur des tissus à la suite des grandes opérations; il insiste sur les conditions favorables au succès de la réunion immédiate, et il trouve que l'une des plus importantes réside dans des pansements fréquents, et surtout dans la levée du premier appareil le lendemain même de l'opération. En résumé, à cette proposition émise par M. Boinet, que l'appareil inamovible et conséquemment la levée tardive du premier appareil, est l'auxiliaire obligé de la réunion immédiate. M. Forget oppose la proposition inverse en faveur de laquelle militent d'ailleurs la pratique de plusieurs chirurgiens distingués de nos hôpitaux.

Quoique en désaccord sur plusieurs points avec l'auteur de la thèse que je viens d'analyser, ajoute le rapporteur, je n'en reconnais pas moins le double mérite scientifique et littéraire de cette œuvre improvisée au milieu des préoccupations d'un concours dans lequel M. Boinet s'est montré avec distinction; aussi, au nom de votre commission, je vous propose son admission dans le sein de la Société.

M. Larrey croit devoir faire quelques observations sur le rapport de M. Forget, puisqu'il s'agit d'une question si essentiellement liée aux travaux de son père.

M. Larrey établit d'abord qu'il entend parler de la méthode inamovible applicable au traitement des fractures des membres, bien plus qu'à d'autres affections chirurgicales. Il rappelle ensuite que la thèse soutenue par lui-même en 1832, a été la première exposition complète des idées pratiques de son père sur les avantages de l'inamovibilité; et que, malgré les objections de théorie qu'elle suscita de la part de MM. les examinateurs, plusieurs chirurgiens essayèrent dès lors de traiter les fractures par les appareils inamovibles. M. Bérard jeune fut l'un des premiers à constater par l'expérience les avantages attribués par M. Larrey fils à la méthode de son père. D'autres imaginèrent ensuite des procédés ingénieux et plus simples peut-être, auxquels se rattachent les noms de MM. Seutin, Velpeau, Laugier, etc.; mais qui ne sont, en définitive, que des applications modifiées du même principe.

M. Larrey ajoute que si son père préconisait tellement les appareils inamovibles, c'est surtout comme chirurgien militaire qu'il a eu incontestablement raison de généraliser cette pratique, alors que les formidables guerres de la république et de l'empire laissaient sur un seul champ de bataille plusieurs milliers de blessés. Que seraient-ils devenus, s'il avait fallu souvent renouveler non seulement les appareils de fractures, mais même les pansements des plaies des opérations?

On ne doit pas cependant conclure de là, comme peut le faire supposer le rapport, que M. Larrey père ait voulu appliquer le principe de l'inamovibilité à toutes les lésions chirurgicales indistinctement, et il n'hésitait pas, selon le besoin, à lever un appareil avant l'époque indiquée. On lui a reproché de n'avoir pas considéré la présence des vers dans les plaies comme une indication à la levée de l'appareil, et M. Larrey fils reconnaît lui-même la justesse de cette critique, mais il fait remarquer que c'est là un phénomène rare, sinon une complication des plaies, et qui ne paraît pas dépendre des pansements inamovibles plutôt que des autres.

Quant à la pourriture d'hôpital, dont M. Forget a parlé à la fin de son rapport, elle n'est plus à beaucoup près aussi redoutable aujourd'hui qu'autrefois dans les armées, parce que l'hygiène militaire sait mieux prévenir ou combattre les causes de cette altération putride des plaies; et comme ces causes paraissent agir non seulement sous une influence générale, telle que l'encombrement des blessés, mais encore sous une influence toute locale, ou d'infection directe, n'est-il pas évident que la pratique des pansements fréquents, en mettant à nu, dans ces conditions, un grand nombre de plaies suppurantes, les exposera bien plus aux dangers de la pourriture d'hôpital que ne pourrait le faire la pratique des pansements rares ou des appareils inamovibles?

M. Forget répond qu'il n'a nullement critiqué les idées pratiques de Larrey, et, par le texte même de son rapport, il prouve qu'il n'a pas eu la prétention de juger les travaux de ce chirurgien, et qu'il ne les a mentionnés que sous le point de vue historique. Quant à l'influence préservative que M. Larrey fils attribue aux appareils rarement renouvelés sur la production de la pourriture d'hôpital : pour l'accepter comme fait démontré, il serait utile de prouver d'abord que l'action délétère des miasmes se passe au contact direct du moignon, et que toutes les autres voies d'absorption restent étrangères à la pénétration, au sein de l'économie, des divers agents délétères dont la putridité se révèle sur les plaies actuellement en suppuration. Or, en saine physiologie, une semblable opinion ne me semble pas admissible.

Par sa dernière phrase, M. Larrey semble croire qu'à mon sens les appareils inamovibles exposeraient à la pourriture d'hôpital; je n'ai rien dit de semblable; j'ai seulement prétendu qu'ils empêchaient le chirurgien de reconnaître son existence au début, c'est-à-dire précisément à l'époque où on peut plus facilement l'arrêter : or, c'est là un fait qui ne peut être contesté.

Après cette discussion, on procède à l'élection de M. Boinet, qui est proclamé membre résident de la Société médicale d'Emulation.

Dr FAIVRE, *secrétaire annuel.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 2 avril 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Malgaigne* entretient la Société d'un malade qu'il se propose de présenter dans une des séances prochaines, C'est une jeune fille à laquelle il a pratiqué il y a deux ans l'abrasion partielle de la cornée transparente pour la guérir d'une taie qui s'opposait à la vision. M. Malgaigne dit avoir revu récemment cette malade, et avoir constaté que non-seulement le moyen qu'il a employé a guéri l'opacité de la cornée, mais encore qu'il ne laisse sur cette membrane aucune trace de son application.

—Le même membre communique deux cas d'emphysème traumatique spontané, c'est-à-dire sans communication avec les voies aériennes. Dans le premier cas, il compliquait une fracture de jambe; l'amputation fut faite au lieu d'élection, dans des parties absolument saines; cependant au premier pansement on trouva toute la peau du moignon gangrénée. Dans le second cas, il s'agissait d'une plaie déchirée limitée aux parties molles de la cuisse; la gangrène survint promptement et emporta le malade. Deux heures après la mort, M. Malgaigne ouvrit avec la pointe d'une lancette quelques ampoules gazeuses, et ayant approché une bougie, le gaz brûla avec une flamme bleue. Ce gaz recueilli en assez grande quantité pour être analysé, a été trouvé composé d'hydrogène protocarboné mêlé à un peu d'air atmosphérique. Le sujet était d'ailleurs d'une sobriété peu ordinaire.

M. Malgaigne rappelle d'autres cas d'emphysème spontané observés par MM. Velpeau, Martin de Bazas, Colson, etc., et qui pour la plupart ont été suivis de gangrène et même de mort. D'autres fois, au contraire, ils ont été d'une bénignité surprenante. Cela tiendrait à la nature des gaz développés sous l'influence du choc extérieur? Quoi qu'il en soit, M. Malgaigne considère l'emphysème traumatique comme étant, dans la plupart des cas, une des indications les plus pressantes d'amputation.

Cette seconde communication est suivie d'une discussion dans laquelle différents membres prennent successivement la parole.

M. Huguier croit que, dans les cas dont M. Malgaigne vient de parler, les gaz infiltrés dans le tissu cellulaire des membres, étaient le produit de la décomposition des parties gangrénées, et que cette gangrène était elle-même le résultat de la violence extérieure qui avait produit l'écrasement.

M. Deguise fils fait remarquer, à l'appui de cette dernière opinion, que le gaz proto-carboné trouvé par M. Malgaigne dans le tissu cellulaire des membres écrasés, est le gaz que l'on rencontre dans tous les cas où il y a des matières animales ou végétales en putréfaction, et que c'est lui, en particulier, qui s'exhale des marais qu'on dessèche.

M. Malgaigne répond que dans les cas qu'il a observés, il y a toujours eu intégrité complète des téguments qui recouvraient les parties contuses, et si ces parties étaient, en effet, gangrénées, il faudrait reconnaître qu'il existe des gangrènes qui n'offrent à l'extérieur aucun signe de leur présence autre que le développement de gaz auquel elles donnent naissance; espèce de gangrène qui, à sa connaissance, n'a encore été décrite par aucun pathologiste.

M. Vidal fait remarquer qu'il existe une grande analogie entre ces sortes de gangrènes profondes et les contusions que produisent les corps volumineux mûs avec une grande vitesse, tels que les boulets de canon; on voit, en effet, dans les cas où un de ces gros projectiles vient frapper une partie charnue des membres, les muscles, les aponévroses et même les os, broyés et comme triturés par la violence du choc qu'elles ont supporté, et cependant la peau qui recouvre ces organes conserve son intégrité. La seule différence qu'il y ait entre ces deux états pathologiques, c'est que, dans le premier, la contusion a été portée jusqu'à la désorganisation complète des tissus frappés, tandis que dans le second, la vie ne les a pas entièrement abandonnés.

M. Maisonneuve conteste qu'il en soit ainsi, dans ces cas de contusions fortes, tant qu'il y a intégrité des téguments; les tissus, si dilacérés qu'ils soient, ne sont pas dans des conditions de mortification, et par conséquent incapables de donner lieu à des développements de gaz. Il cite à l'appui de son opinion l'observation d'une jeune fille dont la cuisse fut broyée par un corps très pesant et qui, s'étant refusée à l'amputation de son membre, jugée nécessaire par M. Velpeau, fut assez heureuse pour guérir d'une attrition qui avait porté sur tous les muscles de la cuisse et réduit une partie du fémur en esquilles.

M. Laugier dit avoir observé quelquefois de pareilles contusions violentes qui avaient été accompagnées dès leur principe d'un emphysème spontané développé dans leur voisinage. Mais il n'a pas vu qu'elles eussent été toujours aussi graves que l'a avancé M. Malgaigne. Il cite trois cas tirés de sa pratique et dans lesquels cette complication n'a eu aucune suite sérieuse.

Séance levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de physiologie; par J. MULLER. Traduit par M. Jourdan. Premier volume, avec planches.

On serait, ce nous semble, en droit de s'étonner qu'après les immenses progrès qu'a faits depuis quelques années la physiologie, il n'existe pas un livre en France qui présente soit en détail, soit en résumé, les résultats des nombreuses découvertes des expérimentateurs et des observateurs modernes; car la physiologie est une science d'observation plus encore qu'une science d'expérimentation. Les ouvrages jusqu'à présent les seuls classiques de MM. Adelon, Richerand et Bérard, Magendie ne peuvent plus être, sous beaucoup de rapports, con-

sidérés comme complets. D'une autre part les travaux de Tiedmann et Gmelin, de MM. Longet, Flourens, Blondlot, Marshall-Hall, n'embrassent que des points limités de la physiologie, et il n'est point un médecin, à plus forte raison un élève qui, à moins d'en faire l'objet d'études spéciales, consente à lire d'aussi nombreuses et volumineuses monographies pour acquérir les notions nécessaires de cette partie des connaissances médicales.

Le Manuel de physiologie de Muller, dont M. Jourdan donne aujourd'hui la traduction, et qui comprend l'analyse des travaux les plus récents, et la discussion des opinions les plus importantes des auteurs modernes, en même temps que des considérations originales propres à l'auteur lui-même, comblera cette lacune.

L'ouvrage commence par des prolégomènes, dans lesquels abordant les généralités de la science, l'auteur examine tour à tour la matière organique dans sa composition chimique informe et sa production; l'organisation vivante dans son essence, ses sources et ses conditions extérieures; ces prolégomènes se terminent par un parallèle des corps organiques et des corps inorganiques, puis des végétaux et des animaux étudiés relativement aux divers phénomènes qui sont la conséquence en même temps que la condition nécessaire de leur existence, nous voulons dire la production de la chaleur, de l'électricité, de la lumière, etc.

Ce premier volume est divisé en trois livres, dont chacun se subdivise en plusieurs sections. L'analyse des humeurs généralement répandues dans le corps, le sang et la lymphe, et leur circulation dans les vaisseaux du système sanguin et lymphatique, forment l'objet du 1er livre. L'analyse des humeurs comprend l'examen chimique et microscopique dans un grand nombre des êtres qui occupent les degrés supérieurs de l'échelle animale, et principalement chez l'homme; l'auteur, dont un des principaux mérites est cette instruction encyclopédique que l'on ne rencontre presque que chez les Allemands, a mis à profit, avec les travaux peu connus en France de ses compatriotes, les découvertes non moins importantes des auteurs français, et particulièrement celles de MM. Donné, Dumas, Andral, Becquerel, Denys. Pour la circulation de ces fluides, même exactitude, même esprit philosophique d'analyse, même *utilisation* des travaux étrangers et de ses propres recherches, qui, nous devons le dire, sont des plus nombreuses et des plus importantes.

Sous ce titre, Des changements chimiques qui surviennent dans les liquides organiques et les tissus organisés sous leur influence, l'auteur passe en revue, dans le second livre, la respiration, la digestion, la sécrétion étudiées en général, et dans chacun des appareils sécréteurs en particulier, enfin la nutrition. On remarquera, dans cette dernière section, un chapitre éminemment neuf et par le fond et par la forme, consacré à la régénération et à la reproduction des tissus, soit par suite de l'inflammation, soit indépendamment de tout travail pathologique.

Enfin dans le troisième livre, le plus important peut-être en raison de l'obscurité qui règne encore sur cette partie des études physiologiques, et malgré les nombreux travaux des expérimentateurs modernes, M. Muller étudie ce qu'il nomme la physique des nerfs. La première section comprend les généralités, la structure, l'irritabilité, le principe actif de ces organes. Puis viennent des considérations du plus haut intérêt sur les nerfs du sentiment et du mouvement, sur la mécanique du principe nerveux. Les deux dernières divisions de ce livre qui termine le premier volume sont consacrées aux propriétés des nerfs en particulier, et aux fonctions de l'appareil central encéphalo-rachidien.

Plusieurs pages nous suffiraient à peine pour donner une idée même succincte de cet important traité de physiologie, et nous ne pouvons disposer ici que de quelques lignes. Mais nous ne terminerons point ce compte-rendu sans féliciter l'infatigable traducteur auquel l'ouvrage de M. Muller doit de nombreuses et savantes annotations, et l'éditeur d'avoir eu l'heureuse idée de joindre au texte des planches qui facilitent singulièrement l'intelligence des démonstrations. La délicatesse des gravures sur bois, au nombre de plus de soixante, contenues dans ce premier volume, prouve de la manière la plus incontestable que l'*illustration* ne doit plus se limiter aux œuvres purement littéraires, et qu'un livre scientifique classique, comme l'est le Manuel de physiologie de Muller, peut devenir en même temps un ouvrage de luxe.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de l'Acétone; par M. J.-E. Simon, pharmacien à Berlin.

M. J. Hastings, médecin d'une clinique de Londres, a écrit une petite brochure sur l'emploi du naphthe dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Mais, par cette dénomination de *Naphte*, M. le docteur Hastings ne désigne point l'une des substances auxquelles on a donné ce nom; le corps dont il parle est le produit de la distillation sèche d'un sel acétique. Dans cette opération il se développe un fluide bien distinct du Naphte, et auquel le chimiste qui l'a découvert a imposé le nom très convenable d'*Acétone*. C'est donc de ce dernier produit qu'il est question dans la brochure de M. Hastings, et non du Naphte proprement dit.

Traitement des Nævi materni *par la teinture d'iode;* par M. le Dr Hildebrand, de Berlin.

A la clinique des enfants de la Charité de Berlin, on a essayé, dans ces derniers temps, à faire disparaître de petits *Nœvi materni* par l'application topique de la teinture alcoolique d'iode.

Au bout de quinze jours à trois semaines de ce traitement, la rougeur de l'expansion vasculaire se dissipe, le *Nœvus* devient épais et comme pâteux, sans que l'enfant éprouve aucune sensation désagréable; enfin tout disparaît, et la peau reprend ses caractères physiologiques.

Les guérisons obtenues par ce moyen ne se sont pas démenties.

Dans le courant de 1842-43, le gouvernement russe envoya en Egypte une commission chargée d'étudier l'importante question de la désinfection par le calorique des objets contaminés de peste.

Le vice-roi, toujours empressé à contribuer au succès des entreprises qui se recommandent par un véritable but d'utilité, offrit à la commission le concours de l'administration égyptienne, et le conseil-général de santé reçut l'ordre de s'associer à ses opérations. L'année ne fut que trop favorable aux travaux de ce genre. La commission s'y livra avec ardeur et courage. De nombreuses expériences furent faites dans les lieux où la maladie sévissait avec le plus de violence, et sur les objets infectés au plus haut degré.

Ces expériences eurent toutes pour effet de manifester d'une manière évidente la puissance désinfectante du calorique. Des objets contaminés furent, en outre, emballés et envoyés à Odessa, après avoir été soumis à l'action de la chaleur. Les expériences y furent renouvelées; elles eurent les mêmes conséquences. Il n'est donc plus permis de douter aujourd'hui que le calorique ne soit un des agents de désinfection les plus énergiques et les plus faciles à employer; fait d'une importance d'autant plus grande, qu'il est de nature à modifier essentiellement le régime quarantenaire dans l'intérêt des relations internationales.

S. M. l'empereur de Russie, voulant consacrer par un acte de haute bienveillance ce résultat des études dont son gouvernement a l'honneur de voir pris l'initiative, et donner en même temps un témoignage de sa satisfaction aux fonctionnaires égyptiens qui ont coopéré aux travaux de la commission, vient de conférer:

A Clot-Bey, président du conseil-général de santé, l'ordre de Saint-Stanislas de première classe (grand-cordon).

A Gaetany-Bey, premier médecin du vice-roi, le même ordre de deuxième classe (commandeur).

A MM. Duvigneau et Chedufau, membres du conseil-général de santé, le même ordre de deuxième classe.

A M. Figari, membre du conseil de santé, le même ordre de troisième classe (chevalier).

Nous sommes heureux d'avoir à consigner dans nos colonnes cette éclatante manifestation du prix que l'empereur de Russie attachait à voir le gouvernement de S. H. prendre une part active, par le dévouement de ses fonctionnaires, à la solution d'une question qui touche aussi intimement au bien-être des populations.

Lorsque les faveurs des princes sont le prix de services rendus à l'humanité, elles honorent à la fois le souverain qui les dispense et les personnes qui en sont l'objet. (*Communiqué.*)

NOUVELLES.

Un trait remarquable d'ardeur scientifique a été raconté avant-hier par M. le comte Philippe de Ségur, chargé de prononcer devant MM. les pairs l'éloge de M. le lieutenant général comte Dejean.

« M. le comte Dejean, a dit le noble biographe, était un entomologiste du plus haut mérite... Il avait formé la plus riche collection de coléoptères qui existe: il y avait rassemblé vingt-trois mille sujets. — Mais ce qui n'est pas moins remarquable, c'est comment il avait su jusque-là concilier ce goût si vif avec son métier, quelque opposés qu'ils fussent l'un à l'autre! Ici, messieurs, permettez-moi de vous en citer en quelques mots un seul exemple.

» C'était en Espagne, dans ce pays où, comme lui et le maréchal duc d'Isly, tant de guerriers illustres ont achevé de se former. Les troupes qu'il commandait en chef marchaient, lui en tête, à l'une des plus vives attaques de cette guerre, quand, à ses pieds, il aperçoit un de ces insectes brillants et rares qui manquaient à sa collection! Ravi de sa découverte, il se précipite, il le saisit et le fixe sur son casque: un instant suffit, à peine eut-on le temps de s'étonner, qu'aussitôt remonté à cheval et commandant par l'exemple, il donne le signal de l'une des charges les plus vigoureuses de cette campagne. Ce fut là qu'Etchevaria fut vaincu, Alcanizas emporté, quatre cents prisonniers saisis, et que le jeune commandant en chef, maître du champ de bataille, eut le bonheur bien grand pour lui, après sa victoire, de retrouver, plus intact que son casque déchiré par la mitraille, son précieux coléoptère! »

— M. Désavinières commencera son cours public, théorique et clinique de pathologie oculaire, mercredi 27 de ce mois, à deux heures précises de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque mois.

Clinique tous les dimanches.

Quatrième liste de souscription pour un confrère malade. (*Voir le numéro de samedi.*)

Total des souscriptions précédentes,	230 fr.
La Confrérie de Saint-Luc,	20
MM. les Doct. Collomb,	5
Blatin,	5
Henry (d'Antony),	5
Henry Roger,	5
Total,	270 fr.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) No. 48. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 23 AVRIL 1845.

(Suite du numéro du 17 avril.)

Je n'ai pas la prétention de vouloir traiter la question qui m'a été soumise en avocat ou en légiste. Je dirai d'ailleurs que, d'après les recherches que j'ai pu faire, la question, dans l'espèce, est entièrement neuve, et qu'il est à peu près impossible de la résoudre par des antécédenls ou par une jurisprudence qui n'existe pas. Je n'ai donc, pour me guider dans ces réflexions, que les principes de morale et de dignité professionnelle que chacun peut trouver dans sa conscience, et dont la perception plus ou moins nette peut influer sur la solution attendue. Il y a plus; aux hommes dont l'esprit n'est pas exercé à la gymnastique intellectuelle du palais, et qui consiste à mettre en concordance, selon les besoins de la cause, les iunombrables lois, arrêts et interprétations qui constituent la jurisprndence, à ces hommes — et je suis du nombre — la loi écrite semble en contradiction flagrante. En effet, si je consulte le Code pénal, je trouve à l'art. 378 :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, » ainsi qne les pharmaciens, les sages-femmes et toutes les » autres personnes dépositaires, *par état ou profession*, des se- » crets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige » à se porter dénonciateurs, auront révélé des secrets, seront » punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une » amende de 100 francs à 500 francs. «

Or, quels sont les cas où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs? Comme médecins, je n'en vois aucun; comme citoyens, ils tombent dans l'application générale de l'art. 30 du Code d'instruction criminelle, ainsi conçu :

« Toute personne qui aura été *témoin* d'un attentat, soit » contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété » d'un individu, sera tenue d'en donner avis au procureur du » roi, soit du lieu du crime ou du délit, soit du lieu où le » prévenu pourra être trouvé. »

Mais cet article, complétement tombé en désuétude, et à l'infraction duquel d'ailleurs nulle pénalité n'est attachée, tant le législateur a tenu compte de la répugnance naturelle à tout cœur élevé de se faire dénonciateur, cet article ne spécifie absolument rien sur la conduite à tenir par le médecin dans le cas où il n'aurait connaissance de ces faits qu'en sa qualité de médecin.

Aussi M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pître a-t-il invoqué autre chose, et s'est-il retranché, quoiqu'il ne l'ait pas formellement indiqué, dans ce fameux édit de 1666 plusieurs fois mis en lumière depuis le commencement du siècle, mais dont la dernière et la plus malbeureuse exbumation eut lieu à l'occasion des troubles de juin 1832.

Voici en quels termes l'ordonnance de police du 17 ventôse an IX a rappelé et formulé cet édit de 1666 :

« *Art.* 1er. Tous les officiers de santé de Paris (on désignait » ainsi à cette époque tous les hommes de l'art), et ceux des » communes rurales du département de la Seine, et de celles » de Sèvres, Saint-Cloud et Meudon, qui auront administré » des secours à des blessés, seront tenus d'en faire sur-le- » champ la déclaration au commissaire de police ou aux mai- » res et adjoints *extra muros*, sous peine de 300 francs d'a- » mende.

» *Art.* 3. Les officiers de santé en chef des hospices de » Paris feront la même déclaration pour tous les individus » blessés qui auront été admis dans les hospices, sous peine » de 200 fr. d'amende. »

J'avoue que, judiciairement parlant, j'ai quelque peine à me reconnaître dans ces textes contradictoires. Si je m'en rapporte à l'art. 378 du Code pénal, la révélation du secret m'est interdite comme médecin. Si je consulte l'art. 30 du Code d'instruction criminelle, la révélation est pour moi, citoyen, un devoir d'honneur et de conscience, mais contre l'infraction duquel nulle pénalité ne peut m'être infligée. Enfin, si je me guide sur l'édit de 1666 que nos Codes actuels n'ont pas abrogé, dit-on, je suis passible d'une peine en ne révélant pas. Il y a là évidemment des nuages et des obscurités que je ne me charge pas de dissiper.

Pénétrons dans des régions mieux éclairées. Il est évident, en thèse générale, que la loi n'a fait aucune exception en faveur du médecin appelé en témoignage. Il est, sous ce rapport, dans la loi commune, et les exceptions prononcées par les art. 268 du Code de procédure civile, 156 et 322 du Code d'instruction criminelle ne lui sont nullement applicables. Mais la loi n'a pas tout prévu, et il n'est pas rare que les tribunaux, en dehors de ces dispenses formelles, en admettent d'autres qui n'ont pas été indiquées dans la loi. C'est ainsi que je trouve un arrêt de la Cour de cassation, du 14 septembre 1827, qui me paraît singulièrement favorable à la doctrine sontenue par M. le docteur Saint-Pair.

Cet arrêt porte qu'un avocat cité comme témoin devant une Cour d'assises pouvait être astreint à prêter le serment prescrit par la loi, quoiqu'il déclarât qu'en sa qualité d'avocat il ne croyait pas devoir déposer, *si d'ailleurs les juges restreignaient la déposition à faire par ce témoin, aux faits qui seraient venus à sa connaissance autrement que dans l'exercice de sa profession d'avocat.* « Donc, ajoute M. Trebuchet, » auquel j'emprunte la citation de cet arrêt (*Jurisprud. de » la méd. et de la chirurg. en France*, p. 10), dans ce der- » nier cas, l'avocat pourra refuser d'être témoin. — En rai- » sonnant par analogie, il n'est pas douteux que le médecin » appelé en témoignage sur des faits qu'il a été appelé à con- » naître comme médecin, et qu'il est tenu de garder secrets, » ne doit pas témoigner; il s'exposerait, en le faisant, à l'ap- » plication des peines portées par l'art. 378 du Code pénal, » contre toute personne qui a révélé un secret dont elle était » dépositaire par état ou par profession. »

On voit, et je suis obligé de le répéter, que la jurisprudence établie ne peut nous fournir que des lumières fort incertaines soit sur la question de principe général, soit sur la question particulière à M. le docteur Saint-Pair.

Abordons cependant cette dernière. Elle est complexe. Il faudrait d'abord décider si le duel est un crime, un attentat, un délit; puis, si le médecin qui a soigné un blessé en duel est obligé de témoigner en justice des faits qu'il n'a connus que comme médecin; ensuite si les dispositions de l'édit de 1666 lui sont applicables; enfin, si cet édit lui-même peut avoir véritablement force de loi. En suivant M. le juge d'instruction dans ses considérants, j'aurai occasion de dire un mot de chacun de ces points.

Si le lecteur n'a pas oublié l'exposé des faits que je lui ai soumis, il est évident que M. Saint-Pair n'a pas été témoin du duel. Appelé à donner des soins à un blessé qui se cacbe, il n'a connu la cause de la blessure qu'en sa qualité de médecin et dans l'exercice de sa profession; c'est un secret qui a été confié à sa probité, à son honneur; pourquoi donc et dans quel but l'appeler en témoignage? Pour connaître les circonstances du duel? Il les ignore, puisqu'il n'en a pas été témoin. Pour dénoncer l'auteur de la blessure? Il ne le connaît pas. Pour indiquer la nature de la blessure? C'est un fait qu'il ne connaît que comme médecin et non comme témoin de ce fait, et non comme expert requis par la justice. On ne voit donc pas sur quoi s'est fondé M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre pour appliquer à M. Saint-Pair les articles du Code d'instruction criminelle contre les témoins qui refusent de déposer.

L'interprétation que M. le juge d'instruction a donnée de l'article 378 du Code pénal est extrêmement contestable, et ne sera pas certainement admise par les jurisconsultes de Paris. Cet article, comme on dit au Palais, est de droit rigoureux et n'admet aucune exception. Il n'est pas seulement applicable aux médecins, mais *à toutes les autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie.* Il n'est pas nécessaire, comme le dit M. le juge d'instruction, qu'il s'agisse de *maladies honteuses ou secrètes*, interprétation qui lui est propre et qui ne se trouve écrite ni dans la loi, ni dans les commentaires; il s'agit de tout secret qu'on a pu connaître par état ou par profession. Or, c'était un secret important et grave qui avait été confié à notre confrère, et cela comme médecin; il a donc agi avec prudence et honorabilité en se retranchant derrière l'art. 378.

Mais ici, M. le juge d'instruction invoque le célèbre édit de 1666, qui fait injonction aux médecins de dénoncer les blessés confiés à leurs soins, et qui les punit d'une amende de 300 fr. en cas d'infraction.

Dans un procès dont j'ai quelques motifs de garder un vif souvenir, Me Paillet fit de grands efforts pour soutenir la légalité de cet édit, qu'aucune loi postérieure n'a formellement abrogée. Dans une plaidoierie étincelante de verve, de magnifique éloquence et de haute raison, Me Marie combattit le système de son adversaire, et prenant ensuite la question de son côté moral, il démontra que cette abrogation, alors même qu'elle n'existerait pas en droit, existait en fait, que cet édit antipathique à nos mœurs était une grave offense à la profession médicale, contraire aux préceptes religieux, à la morale et à la charité, et que dans aucun cas et dans aucun temps les tribunaux n'avaient été appelés au triste devoir d'infliger la pénalité qu'il indique. En 1832, lorsque, cédant à d'odieux conseils, M. le préfet de police voulut rappeler cet édit oublié, qui n'a présentes au souvenir l'énergique résistance et l'honorable manifestation du corps médical parisien? Ici, les mœurs et l'opinion publique firent céder une prétendue légalité immorale et barbare; l'ordonnance de police fut révoquée; qui nous aurait dit que douze ans après elle servirait de base à un jugement contre un de nos confrères?

Cette base, je ne crains pas d'en témoigner ici l'espérance, s'écroulera sous les coups de la savante discussion qui se prépare à la cour de cassation. Il n'est pas possible que les profonds jurisconsultes qui la composent sanctionnent une jurisprudence qui dénature et qui fausse une profession toute de dévouement et de cœur, une profession qui sous l'ancienne législation, alors qu'aucune loi ne faisait une obligation au médecin de l'inviolabilité du secret, avait écrit d'elle-même, dans ses statuts, ce précepte de haute moralité : *Ægrorum arcana, visa, audita, intellecta eliminet nemo*; précepte d'ailleurs qui remonte jusqu'à Hippocrate, comme le prouve la célèbre formule du *Serment*.

M. le juge d'instruction s'appuie encore sur l'assimilation plus ou moins juste qu'il établit entre le duel et tout autre attentat contre les personnes. Il ne m'est pas permis de le suivre sur ce terrain. Je dirai seulement qu'en tenant compte de la réaction évidente qui se manifeste dans l'opinion publique et jusque dans les plus hauts dignitaires de l'état contre la jurisprudence récente du duel, il ne serait pas téméraire de croire qu'une loi plus en harmonie avec nos mœurs, avec les nécessités et les exigences légitimes de la société actuelle, vint singulièrement tempérer et faire fléchir l'autorité de certains principes en matière de poursuites contre le duel. En tout cas la jurisprudence invoquée par le juge de la Pointe-à-Pître est contestable et contestée; on sait que plusieurs cours royales sont en opposition avec la Cour de cassation; de sorte qu'ici encore cette base du jugement est singulièrement fragile.

Je l'ai dit en commençant cet article, toute la question se résume en définitive en une affaire de conscience. Cbaque médecin, dans le silence ou dans la confusion des lois, doit descendre dans son for intérieur et se demander si, en toute circonstance, la révélation d'un secret n'est pas une action déloyale et malhonnête; si le blessé qui se confie à ses soins doit rencontrer auprès de lui un bienfaiteur ou un traître, et si le médecin doit se borner à panser et à guérir, ou bien prendre le rôle odieux de dénonciateur.

Pour mon compte et pour résumer l'opinion qu'on a eu la bonté d'ivoquer, j'estime

1° Que M. le docteur Saint-Pair a tenu la seule conduite honorable et digne que tout médecin puisse tenir;

2° Que le jugement qui l'a frappé est attaquable en droit, en fait et en morale;

3° Que si la jurisprudence de la Cour de cassation était malbeureusement conforme à celle de M. le juge de la Pointe-à-Pître, le corps médical devrait se lever en masse, et dans une pétition immense et collective provoquer de la part des Chambres une loi qui cbange un état de choses si offensant pour notre profession.

Amédée LATOUR.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Coup de pistolet tiré dans la bouche. Hémorrhagie mortelle au bout de sept jours. Remarques cliniques.

Il est entré dans le service de M. Roux, le 22 février, un jeune homme de vingt-buit ans, graveur, avec une blessure dans la cavité buccale, produite par un coup de pistolet déchargé par lui-même dans la bouche. Avant d'entrer dans des détails sur ce cas très intéressant, voici les remarques auxquelles M. Roux s'est livré à cet égard.

Cette espèce de plaies, c'est-à-dire par armes à feu, est assez rare dans les hôpitaux civils; ce n'est que de loin en loin, et presque uniquement par suite de tentatives de suicide, qu'on les observe. Aussi, parmi ces blessures, ce sont celles de l'intérieur de la bouche qui sont les plus communes; car, ordinairement, on cherche à se suicider par des coups d'armes à feu tirés dans la cavité buccale, et principalement par des coups de pistolet. Tel est le genre de blessure que nous offre le malheureux jeune homme entré dans notre service. Il s'est servi d'un pistolet chargé à balle; mais il s'en servit d'une manière maladroite, si je puis m'exprimer ainsi, pour le but bien avoué qu'il se proposait, et au lieu d'un désordre mortel dans les parties, il en résulta une simple blessure dans l'intérieur de la bouche, peu grave en apparence. Au reste, les effets différents de ces coups de pistolet tiennent à la fois à la force de l'arme elle-même, à la charge qu'elle porte, à la direction qu'on donne au canon pendant qu'on le décharge, et enfin à la manière même de le décharger. Quant à la force de l'arme et à sa charge, il est facile de concevoir que, selon qu'elle est d'un calibre plus ou moins grand et qu'elle est plus ou moins puissamment chargée, le résultat en doit être différent. Quant à la direction, vous concevez que si l'arme est dirigée de bas en haut dans la cavité buccale, on doit produire nécessairement un désordre très grave dans la base du crâne et probablement dans le cerveau lui-même; c'est pour cela qu'on se tue presque toujours avec un fusil déchargé dans la bouche, parce que le canon en est ordinairement dirigé de bas en haut. Si, au contraire, le coup de l'arme part dans un sens horizontal, ou est dirigé à droite ou à gauche, le résultat peut se borner à quelques blessures dans les parties molles entourant la cavité buccale, la balle se fixant dans un de ces points, ou sortant par un des côtés de la région cervicale sans donner lieu à des accidents bien graves.

De même, selon la manière dont on tient l'arme dans la bouche, les effets peuvent varier; ainsi, le désordre peut être plus grave si on tient le canon serré entre les dents, que si on le laissait libre dans la bouche ouverte au moment où on le décharge. Cela se comprend facilement.

Chez notre blessé, le pistolet était, à ce qu'il paraît, chargé d'une seule balle, et on croit sentir ce projectile sous les téguments de la région cervicale du côté droit; on sent dans cet endroit un corps rond, un peu mobile, qui a toutes les apparences de la balle. Le projectile a creusé profondément la langue à sa face dorsale. Voilà la seule blessure visible et reconnaissable jusqu'ici. Il semblerait pourtant que la balle, après avoir parcouru la surface de la langue un peu à droite, a dû traverser le voile du palais et la partie supérieure du pharynx, et peut-être, après avoir contourné la face antérieure de la colonne vertébrale, se soit fixée dans les parties molles du cou. Il y a eu une hémorrhagie abondante au moment de l'accident, qui s'est reproduite encore ici à l'hôpital, comme je vais vous le dire dans un instant.

Les coups de pistolet tirés dans la bouche ont ceci de particulier, que le plus souvent ils donnent lieu à des déchirures plus ou moins considérables des commissures des lèvres. Ce sont ordinairement des plaies déchirées en étoiles, et symétriques des deux côtés de la bouche. Je vous citerai à ce sujet, parmi les nombreux cas qui se présentèrent dans ma pratique, le suivant qui est assez caractéristique sous ce rapport. Un jeune homme appartenant à une famille très riche et d'une haute position sociale, à la suite d'une vive discussion qu'il eut avec son père, se tira un coup de pistolet dans la bouche. L'accident fut si imprévu qu'on transporta le blessé à l'hôpital de la Charité, où nous lui donnâmes les premiers soins. Il était dans un état tel de stupeur et de commotion, que nous négligeâmes d'abord l'état local pour ne nous occuper que de son état général, et nous réussîmes à le rappeler à lui. Examinant alors attentivement l'état des parties qui avaient été lésées, nous trouvâmes surtout les commissures des lèvres largement déchirées dans plusieurs sens: nous réunîmes ces plaies par des points de suture entortillée, après en avoir ébarbé et avivé les bords un peu contus et meurtris. Le malade guérit parfaitement. Plus tard, même, trouvant que sa bouche s'était un peu agrandie, par coquetterie il nous pria de vouloir la lui rétrécir un peu, ce à quoi nous arrivâmes en resserrant un peu les deux commissures labiales.

Ces déchirures des commissures des lèvres ne sont pas produites par les projectiles eux-mêmes, mais par la raréfaction subite de l'air résultant de l'explosion de la poudre à canon dans la cavité buccale, raréfaction qui donne lieu consécutivement à une dilatation des parois buccales telle qu'elles finissent par céder au niveau des commissures. Cette lésion n'existe pas chez notre malade, qui n'a apparemment qu'une plaie profonde dans la face dorsale de la langue, mais peut-être aussi d'autres plaies dans les parties les plus profondes de la cavité buccale, ce que nous tâcherons de découvrir quand nous pourrons examiner plus attentivement et minutieusement le malade.

A propos de l'hémorrhagie qui eut lieu, je vous disais tout à l'heure qu'elle a continué aussi à l'hôpital. Hier soir même, lors de l'entrée du malade, les internes de garde n'ayant pas réussi à arrêter l'écoulement sanguin qui se faisait par la plaie de la langue, et redoutant des conséquences graves, ont cru devoir me faire avertir pour venir à leur secours. Je suis venu, et j'ai employé la compression sur la plaie à l'aide de morceaux d'agaric, en recommandant de continuer cette compression pendant quelque temps. Ce matin, à notre visite, on enleva l'agaric, et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite; il faut espérer qu'elle ne se reproduira plus; pourtant il pourrait bien survenir plus tard des hémorrhagies consécutives. C'est là un sujet que nous avons traité avec quelques détails dans le commencement de notre cours clinique de cette année; et sans vous répéter ici tous les exemples d'hémorrhagies consécutives que nous citions alors survenues surtout après des plaies par armes à feu, nous nous bornerons au suivant: Dans la révolution de 1830, pendant qu'une fusillade assez vive avait lieu dans les environs de la rue Louis-le-Grand, un homme qui habitait dans cette même rue s'avise d'aller à la croisée. Au même moment un coup de feu l'atteint à la bouche (qui probablement dans cet instant était ouverte), la balle laboure la langue et d'autres parties molles, et sort par un côté de la région cervicale. Il y eut une hémorrhagie immédiate assez abondante; le médecin du quartier qui fut appelé à lui donner les soins nécessaires, ne put parvenir à arrêter définitivement le sang. Mandé à mon tour près de ce malade, après avoir essayé inutilement tous les émostatiques connus, je crus indispensable de pratiquer la ligature de l'artère linguale, et l'hémorrhagie s'arrêta complétement; le malade guérit.

Je pense que notre blessé guérira de sa blessure; autant que nous pouvons juger par ce que nous connaissons de son état local, ce qu'il y a à craindre c'est l'influence du système nerveux, qui est ordinairement très grande dans ces circonstances. J'ai vu de ces malades, très légèrement blessés, qui auraient dû facilement guérir dans les circonstances ordinaires, succomber à des symptômes nerveux de plus en plus graves, dont il fut impossible de triompher.

Le 25 février. Je vous disais avant-hier, ajoute M. Roux, qu'il nous manquait des renseignements plus précis sur notre blessé. Hier j'ai vu chez moi son frère, qui m'a donné les nouvelles suivantes à son égard. Ce pauvre jeune homme paraît avoir reçu une certaine éducation, et posséder quelques talents dans son art de graveur; il n'avait aucun chagrin réel, ni aucune cause qui puisse le tourmenter; mais depuis quelque temps il était en proie à des hallucinations; il croyait que tout le monde lui en voulait; il s'isolait par conséquent même de ses parents; il était enfin sous le poids d'une véritable aliénation mentale, lorsqu'il attenta à sa vie en se tirant un coup de pistolet dans la bouche. Aujourd'hui il est plus mal qu'il n'était; il n'y a pas eu de changements notables du côté de la blessure de la bouche: il avale assez bien les aliments et les boissons; l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite, ce qui prouverait qu'elle avait sa source dans des vaisseaux peu volumineux. Ainsi rien de fâcheux jusqu'ici pour ce qui se rattache à l'état local; mais il est dans un état d'exaspération toujours croissante; il cherche à se lever du lit, et il semblerait enclin à attenter de nouveau à ses jours. Ce matin, nous lui avons parlé très doucement; nous avons essayé de le calmer par des paroles bienveillantes et de consolation; il répondait par des expressions impropres et de dévergondage; ce qui nous fait croire de plus en plus qu'il existe chez lui une altération profonde des facultés intellectuelles et morales d'un très mauvais augure. Cela prouve en même temps que les personnes qui cherchent à se suicider, généralement se tuent mal, si je puis m'exprimer ainsi. On voit souvent de ces tentatives de suicide faites par des coups de couteau portés à la gorge, ou de pistolet déchargés dans la bouche ou dans les tempes, ne réussir qu'à donner lieu à des blessures souvent sans gravité; c'est qu'en général ceux qui se suicident se trouvent au moment de l'accès dans un état d'exaltation, de folie véritable, qui les empêche de bien prendre leurs mesures pour réussir dans leur tentative; c'est que, pour bien se suicider, il faut être calme, et savoir ce qu'on fait pour bien diriger l'arme homicide. Ainsi, par exemple, ceux qui se coupent la gorge portent ordinairement le couteau trop près de la mâchoire, pendant qu'ils devraient le faire agir dans la partie inférieure du cou près de la poitrine.

Il s'ensuit aussi que si la mort arrive à la suite de ces blessures, c'est plutôt la conséquence de l'inflammation et de la suppuration consécutives, et principalement d'une excitation extraordinaire du système nerveux, qui réagissant sur tout l'organisme, amène une terminaison funeste.

J'avais oublié avant-hier, en cherchant à vous décrire la plaie, de vous faire remarquer que si la balle est fixée dans les parties molles du derrière du cou, elle a dû parcourir une voie assez contournée sans léser d'organes importants, puisqu'il n'existe aucun changement appréciable de sensibilité et de motilité dans les membres supérieurs ou dans la région cervicale, puisque le blessé parle assez bien, et semble remplir ses fonctions (sous ce rapport) comme à l'état normal.

Le 2 mars, le blessé ne présenta rien d'extraordinaire, ces jours derniers, si ce n'était toujours cet état de subdélirium dont nous avons parlé plus haut; mais hier il fut pris subitement d'une hémorrhagie si abondante, qu'il succomba très rapidement, sans qu'aucun moyen eût pu venir à son secours. L'autopsie n'a pas encore été faite, et on ne peut encore rien savoir de certain sur le siége précis de cette hémorrhagie. M. Roux pourtant croit devoir se livrer aux remarques suivantes.

L'hémorrhagie qui a tué si inopinément notre malade a probablement déterminé la mort parce que beaucoup de sang s'est épanché dans la cavité buccale, a été avalé ou a pénétré dans les voies respiratoires et a produit une espèce d'asphyxie mortelle. C'est, du reste, ce que l'autopsie pourra nous montrer, si rien ne s'oppose à ce qu'elle soit faite.

Cet événement n'était pas tout à fait inattendu, et vient même à l'appui de ce que nous disions dernièrement sur les hémorrhagies consécutives à ces sortes d'accidents. Il est malheureusement trop certain que les blessures par armes à feu prédisposent singulièrement aux hémorrhagies de cette nature. C'est le sujet que nous avons traité avec quelques développements au commencement de cette année scolaire dans plusieurs leçons cliniques. Nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement que cette disposition aux hémorrhagies chez les blessés par armes à feu tient à la nature même de ces plaies, qui étant fortement contuses et accompagnées par conséquent d'eschares, il en résulte que ces eschares servent d'abord momentanément d'obstacle aux hémorrhagies en bouchant par leur présence l'orifice des vaisseaux, mais plus tard, venant à tomber, elles leur ouvrent une voie assez libre, et compromettent gravement la vie des malades.

Ces hémorrhagies peuvent arriver plus tôt ou plus tard selon que les plaies par armes à feu se compliquent de fracture des os ou se bornent aux parties molles. On peut dire qu'en général si l'hémorrhagie n'a pas lieu au bout de huit ou dit jours, elle n'arrivera pas lorsque la plaie est simple; mais quand il y a des os fracturés et des esquilles osseuses se trouvant dans les chairs, l'hémorrhagie peut arriver plus tard; les jours du malade sont exposés à de plus grands dangers. C'est ce que nous avons pu observer plusieurs fois à la suite des journées de juillet. A cette époque nous eûmes vraiment l'occasion favorable d'observer ces sortes de plaies dans toutes leurs phases et dans la série de phénomènes variés qui les accompagnent. C'est une occasion, il faut le dire, que les chirurgiens militaires mêmes n'ont pas souvent, car, appelés à donner leurs soins aux blessés sur les champs de bataille ou dans les ambulances, le plus ordinairement ils ne peuvent pas suivre la marche des plaies qu'ils ont commencé à traiter, et sont obligés d'en laisser le soin à d'autres de leurs confrères. C'est à la suite des observations nombreuses que nous avons pu faire sur cette matière que nous sommes arrivé à la conclusion ci-dessus, relative à l'époque approximative des hémorrhagies consécutives aux plaies par armes à feu.

Chez notre blessé l'hémorrhagie mortelle est arrivée à la fin du septième jour, et par conséquent ce cas rentrerait dans la règle que nous venons d'établir. Cela ne prouverait pas pourtant qu'il n'y ait pas eu ici de lésion dans les os, quoique certaines raisons aient pu nous faire pencher vers cette opinion.

Quelle a pu être la source de l'hémorrhagie mortelle d'après les notions que nous avons des circonstances qui ont accompagné cet accident? La balle, comme vous savez, a traversé la cavité buccale d'avant en arrière, a labouré les parties molles, la langue, le larynx, le voile du palais, etc., et s'est fixée derrière le cou; en effet, ce matin, après une incision faite sur les téguments à l'endroit où on sentait ce projectile, il s'est présenté tout de suite. C'est ce qu'on aurait probablement fait pour l'extraire si des accidents graves ne fussent pas venus entraver la marche des choses.

On se demande donc si la balle, en transperçant ainsi le cou dans la direction indiquée, avait dû contourner les vertèbres ou bien si elle avait pu traverser ces os. La première idée fut celle qui se présenta à notre esprit, parce qu'aucune espèce de symptôme n'indiquait une lésion de la moelle, telle que paralysie plus ou moins considérable d'une partie ou de l'autre du système musculaire, comme il semblerait devoir arriver dans l'hypothèse d'une lésion vertébrale. Pourtant, cette supposition étant même admise comme fondée, rien ne s'opposerait à admettre comme cause de l'hémorrhagie qui nous occupe la blessure de l'artère vertébrale; car on ne voit pas comment les petites artères de la langue, du voile du palais, etc., auraient pu fournir une hémorrhagie si abondante et rapidement mortelle.

Supposons donc que ce soit la vertébrale, l'artère lésée, et supposons que l'hémorrhagie se fût produite lentement plutôt que d'une manière presque foudroyante, on ne sait pas trop quel parti il aurait fallu prendre pour l'arrêter; peut-être aurait-on eu recours à la ligature de la carotide primitive, c'est la seule ressource qu'il nous restait, pour ainsi dire, mais l'hémorrhagie aurait continué encore; de sorte que le cas aurait été excessivement grave, et le malade aurait très probablement succombé.

L'autopsie n'a pas pu être faite, les parents du défunt s'y étant opposés. On a pu seulement s'assurer par l'incision faite aux parties molles du cou, au milieu desquelles se trouvait la balle, qu'il y avait plusieurs vertèbres cervicales brisées. Il est donc permis de supposer, et même de croire que l'artère vertébrale fut vraiment lésée et que c'est elle qui a fourni l'hémorrhagie mortelle; mais y avait-il en outre lésion de la moelle ou de quelque autre organe profondément placé dans cette région, c'est ce qu'on ne peut raisonnablement présumer, d'après les remarques précédemment faites, et que l'autopsie seule aurait pu faire connaître.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Cas remarquable par la multiplicité des lésions rencontrées à l'ouverture du cadavre, intéressant surtout l'appareil respiratoire et l'organe central de la circulation et de l'innervation.

Dans la salle St-Charles, entra le 3 décembre un homme âgé de cinquante-huit ans, cordonnier, demeurant à Paris depuis longues années.

Dans le mois de juin dernier, il eut une attaque d'apoplexie dont il fut guéri par deux saignées.

Le 2 décembre, il tomba dans un coma presque complet, et, dans cet état, fut amené à l'hôpital.

C'était un homme fort, replet, d'assez haute taille, et d'un système musculaire bien développé. Il était couché sur le dos, la tête renversée en arrière et les yeux ouverts. La sensibilité était à peu près conservée dans le bras et le côté droit de la face, très obtuse au contraire dans le membre inférieur du même côté. Du côté gauche, y compris la tête, il y avait insensibilité presque complète. La commissure labiale est un peu tournée en haut et à droite, surtout quand le malade a parlé. Il ferme également les yeux. Le bras, l'avant-bras et la main gauche sont dans un état de flexion. L'avant-bras ne peut être étendu sans un grand effort; il est complétement paralysé, et retombe comme une masse inerte quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonne à lui-même.

Le membre inférieur gauche est presque étendu, un peu roide, et retombe aussi comme l'avant-bras, abandonné à son poids naturel.

Quand on l'interroge à haute voix, il marmotte quelques paroles peu intelligibles; cependant il semble comprendre ce qu'on lui dit. La voix paraît intacte, ainsi que les autres organes des sens. Les pupilles semblent un peu plus petites qu'à l'état naturel.

La chaleur de la peau est modérée, le pouls fort développé, doux, régulier, à 84 pulsations.

La respiration est à peu près naturelle, sauf que le malade *fume la pipe*.

Il ne peut pas tirer la langue.

Voulant avoir des renseignements sur les antécédents de ce malade, qu'on ne pouvait pas obtenir de lui-même, on eut recours à sa femme, et voici ce qu'elle raconta.

Le malade a perdu ses parents encore jeunes, mais d'une maladie étrangère aux affections cérébrales. Il n'a pas souffert de maladies aiguës depuis trente-deux ans qu'il est en ménage. Sa vie fut toujours régulière, sans aucun excès en boissons alcooliques. Depuis trois ou quatre ans, il avait un peu de dyspnée lorsqu'il se fatiguait ou montait l'escalier, mais point de palpitations de cœur.

Le mois de mai dernier, il se plaignit d'une faiblesse avec engourdissement dans le bras et la jambe droites; il avait de la céphalalgie, des éblouissements; il voyait comme des étincelles devant ses yeux.

Au mois de juillet, sans cause appréciable, il fit une chute de sa hauteur à dix heures du matin; il perdit connaissance, et resta dans cet état jusqu'au lendemain matin, où il commença à parler un peu. Il fut saigné deux fois. Il revint enfin à ses sens, mais il se trouva paralysé du côté droit du corps. On le traita avec les révulsifs énergiques, des bains de vapeur, et il revint à la santé au bout de deux mois.

Depuis cette époque, le malade n'a gardé de son attaque qu'un peu de mal de tête et quelques étourdissements.

Le 1er décembre, il se trouvait dans son état de santé habituelle. Le lendemain, ayant mangé deux assiettes de soupe, il travaille une demi-heure après un tuyau de poêle, puis à ses

chaussures. Tout à coup il est pris de paralysie des deux bras et tombe. La commissure labiale droite est tournée en haut. Pendant la journée, il vomit au moins douze fois ; il rend ses urines dans le lit. Le bras gauche avait une roideur considérable ; on ne sait pas comment était la jambe correspondante. Le bras droit était dans une agitation continuelle. Deux heures après il commence à marmotter quelques paroles puis il retombe dans le coma.

Le 3 au matin, on l'amène dans cet état à l'hôpital, sans avoir entrepris aucune espèce de traitement.

Le 4, on trouve la sensibilité du côté gauche un peu augmentée ; le pouls aussi fort et développé que le jour précédent. Il y a un peu moins de roideur dans les membres gauches paralysés. Pas de selles ni d'excrétions urinaires involontaires ; pas de vomissements ni de fièvre. — On prescrit 10 ventouses scarifiées et 1 lavement purgatif.

Le 5, le malade a uriné involontairement, et est resté dans le coma depuis hier, avec une respiration stertoreuse. Le pouls est moins fort, à 72 pulsations. La roideur des membres persiste, surtout dans le bras. Il y a une insensibilité générale. On ne peut avoir aucune réponse aux questions qui lui sont adressées.

Le 6, les mêmes symptômes ont persisté, et allèrent même en augmentant ; le pouls était à 100 pulsations, avec chaleur notable de la peau. Pendant la nuit, il eut de l'agitation, de la carpologie, des urines involontaires ; et la mort arriva sur les trois heures du matin.

A l'autopsie, faite trente heures après la mort, on trouva les altérations suivantes :

Le péricarde était sain ; le cœur volumineux. Le ventricule droit avait les parois hypertrophiées de 6 millimètres ; le ventricule gauche de 6 centimètres, y compris les colonnes charnues. L'endocarde est jaune, opaque au niveau des valvules ; coloration qui paraît produite par l'infiltration du tissu cellulaire sous-séreux. Il n'y a ni insuffisance, ni rétrécissement. Les ventricules sont d'une capacité peu considérable et à peu près égale des deux côtés. L'endocarde des oreillettes, surtout de la gauche, est opaque. On trouve peu de sang dans le cœur, et ce sang est en caillot.

L'aorte présente dans toute son étendue une multitude de plaques jaunes, opaques, sous-séreuses.

Poitrine. — En arrière, à droite, au cinquième inférieur du thorax, on trouve une hémorrhagie sous-pleurale ; c'est du sang pulmonaire réuni en foyer. Le poumon droit est gorgé de sang noir. Le lobe inférieur présente à la base plusieurs petits noyaux blanc-jaunâtre formés par une infiltration purulente vésiculaire.

A gauche, tout le lobe inférieur du poumon est hépatisé aux deuxième et troisième degrés.

Les bronches, la trachée, le larynx et les ganglions n'offrent aucune altération appréciable.

On voit des adhérences pleurales médiocres des deux côtés.

Abdomen. — La partie supérieure du tube digestif est normale. L'intestin contient beaucoup des matières molles, jaunâtres. Il est parsemé, dans sa portion grêle de plaques folliculaires grisâtres, assez développés. Il n'y a pas d'ulcérations.

Le foie est un peu injecté. De la bile vert-noirâtre épaisse se trouve dans la vésicule biliaire.

Les reins aussi sont médiocrement injectés.

Tête. — On trouve de l'injection en arrière du cuir chevelu.

Le crâne a une épaisseur ordinaire. Le diploé présente une coloration violet-foncé. La dure-mère adhère au crâne au niveau des sinus longitudinaux supérieurs. Elle est tendue partout.

La cavité arachnoïdienne est vide.

Les circonvolutions cérébrales sont serrées les unes contre les autres, également des deux côtés.

On trouve peu de sérosité dans la pie-mère.

Les sinus cérébraux sont gorgés de sang en arrière, ainsi que la dure-mère.

A la face inférieure du cerveau et du cervelet, de la sérosité sanguinolente a filtré sous la pie-mère, provenant de l'aqueduc du cinquième ventricule, et a fourni de petits réservoirs au niveau des parties les plus déclives.

Les membranes n'adhèrent pas aux circonvolutions, qui sont saines.

En coupant la substance cérébrale, on la trouve modérément injectée dans son tiers supérieur ; mais dans l'hémisphère droit on rencontre une cavité ellipsoïde de la capacité d'un œuf de poule, et s'étendant en avant de 0,02 de l'extrémité cérébrale, et en arrière, à 0,03 de l'extrémité correspondante ; au dehors, à 0,01 du fond des circonvolutions ; en dedans, jusqu'à la partie interne du corps strié et de la couche optique.

Cette cavité communique avec le ventricule latéral gauche et le ventricule moyen, par la rupture de la paroi externe de chaque ventricule. En outre, la cloison présente une ouverture capable d'admettre une sonde de femme.

Le foyer a une paroi irrégulière, caverneuse, surtout en dedans, où il présente un diverticulum qui s'enfonce dans le corps strié, de haut en bas, et qui a 1 centimètre de long sur 3 ou 4 millimètres de large.

La cavité renferme au moins 60 grammes de sang en caillots noirs, homogènes, et un grand nombre de fragments de matière cérébrale molle et d'un jaune pâle.

Les parois du foyer sont ramollies partout et colorées d'un jaune-orange pâle. Dans plusieurs points, surtout à la paroi supérieure et inférieure, il y a dans cette couche une série de points noirs formés par du sang infiltré. Cette couche a une épaisseur de plus d'un centimètre dans le corps strié, qui est fort mou, et se met en bouillie sous un filet d'eau.

A la paroi inférieure du foyer, en arrière, cette même couche est trois fois plus épaisse qu'en avant ; mais en haut, elle est plus marquée en avant qu'en arrière.

Les fibres externes du corps strié, de la couche optique, et la moitié au moins de ces parties sont envahies par le sang. Le corps strié droit, à l'ouverture du ventricule, était saillant, repoussé à gauche, et appuyé contre celui du côté opposé.

Dans les deux ventricules, il y a des caillots de sang, de la sérosité sanguinolente dans chaque, équivalant à peu près à 60 grammes. A la partie postérieure de la couche optique gauche, on trouve une cavité en forme de haricot à hile inférieur, contenant une matière d'un jaune terne, mêlée de membranes minces ; on ne voit pas de kystes, ni de caillots sanguins.

Le cervelet est sain.

On ne trouve pas de sang dans la cavité rachidienne.

Toutes les artères de la peau du crâne, même les plus petites, sont opaques par intervalles, à parois épaissies, mais sans ossifications.

— Quoique les faits de lésion cérébrale à la suite d'hémorrhagies soient très nombreux et très variés dans les annales de la science, celui que nous venons d'exposer, et dont nous devons les détails à l'amitié de notre excellent confrère M. Boudet, nous a paru digne d'intérêt non-seulement pour les altérations remarquables rencontrées dans le cerveau, mais pour celles que nous avons rencontrées dans d'autres organes, et dont pendant la vie on n'observe pas de signes bien marqués. Ainsi, comment expliquer d'une manière satisfaisante, par les symptômes qui parurent pendant la vie, les altérations graves présentées par l'appareil de la circulation et de la respiration ? Expliquera-t-on les lésions de l'aorte et du cœur par la dyspnée qu'éprouvait le malade en se fatiguant ? Mais ce symptôme se rattacherait plutôt à une lésion des poumons ; or, le malade n'avait jamais fait aucune maladie de l'organe de la respiration. De l'autre côté, on trouve des foyers purulents dans ces organes mêmes, les traces enfin d'une phlegmasie passée à l'état de suppuration ; et comment concevoir ce travail morbide si grave achevé dans l'espace de trois jours, sans supposer que ce malheureux ne fût déjà pris de cette affection quelques jours avant l'attaque d'apoplexie qui le conduisit à l'hôpital ? On s'explique, du reste, assez facilement et l'hémorrhagie sous-pleurale, et la congestion pulmonaire, par l'atteinte profonde que reçut l'organe central de l'innervation, et qui dut nécessairement réagir sur les organes respiratoires et en troubler les fonctions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 avril. — Présidence de M. Caventou.

M. le préfet de la Seine prie l'Académie de vouloir nommer une commission chargée de procéder à une enquête sur les dangers de l'emploi du seigle ergoté pour la mère et pour l'enfant.

— *M. Ségur-Dupeyron* écrit pour annoncer qu'il avait inexactement rapporté un fait de développement de la peste sur un bâtiment après dix-sept jours de date du départ d'un lieu infecté. Des renseignements plus précis lui font un devoir de dire que ce développement a eu lieu le septième jour.

— *M. le président* tire au sort le nom des membres qui iront présenter leurs compliments au roi à l'occasion du 1er mai. Le sort désigne MM. Récamier, Dupuy, Moreau, Patissier, Marjolin, Capuron, Cruveilhier, Jolly, Baudelocque, Réveillé-Parise et Nacquart.

— *M. Mélier*, en son nom et au nom de M. Loiseleur-Delongchamps, lit un *Rapport sur un document officiel adressé à l'Académie par le ministre de l'agriculture et du commerce, touchant la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabac*. Après quelques considérations sur l'influence des professions en général dont l'étude présente encore tant d'inconnues malgré les progrès de l'hygiène, M. Mélier fait remarquer la divergence d'opinion qui existe parmi les médecins à l'égard de la fabrication du tabac. Lisez en effet les auteurs, lisez Rammazini, rien, selon lui, de plus dangereux que cette fabrication ; entendez au contraire Parent Du Châtelet, rien de plus complétement innocent. Entre ces opinions extrêmes, où se trouve la vérité ? L'organisation parfaite de l'administration des tabacs donne, pour résoudre cette question intéressante, des facilités que peu d'industries présentent au même degré. Depuis la culture de la plante et le choix de ses espèces, depuis le nombre des feuilles qu'il faut, selon les terrains, laisser à sa tige, jusqu'au dernier achèvement du produit, tout y est soumis au calcul de la science, non moins qu'aux données de l'expérience. Qu'il suffise de rappeler, pour donner une idée de l'esprit qui y préside, que l'administration des tabacs, rangée maintenant dans les carrières savantes, se recrute aux mêmes sources que les ponts-et-chaussées, c'est-à-dire, parmi les élèves de l'Ecole polytechnique.

Des médecins sont attachés à ces manufactures. Outre le soin des malades, ils ont aujourd'hui la mission de consigner chaque année, dans des rapports circonstanciés, les remarques qu'ils pourraient avoir faites sur la santé des ouvriers, sur les maladies observées dans les fabriques, et sur les particularités que ces maladies auraient présentées. Excellente mesure, dit M. Mélier, qui témoigne du zèle trop souvent méconnu de l'administration pour les intérêts qui lui sont confiés, et que l'on aimerait à voir adoptée dans tous les établissements qui occupent beaucoup d'ouvriers. Ce serait le meilleur moyen de réunir sur l'influence des professions des renseignements précis, renseignements que l'hygiène saurait mettre à profit, et que pourrait consulter le législateur lui-même.

Le document adressé à l'Académie de médecine est le résumé des observations faites par les médecins des dix manufactures de tabac, pendant l'année 1842 ; il est dû aux soins de M. le vicomte Siméon, directeur-général de l'administration des tabacs, qui a désiré lui-même que l'Académie de médecine fût chargée de l'examiner.

Les questions qu'il soulève se rapportent aux ateliers et à leur tenue, aux maladies et aux accidents observés dans l'année, aux effets du tabac sur les ouvriers. C'est surtout à ce dernier point que s'attache M. Mélier dans son rapport. Selon le document qu'il a eu à examiner, le tabac ne produirait que rarement des effets sensibles sur les ouvriers ; deux ateliers seulement, celui où l'on fait fermenter le tabac à priser et celui de la dessiccation du tabac à fumer, auraient sur les ouvriers une certaine influence. On va plus loin ; on est porté à regarder la fabrication du tabac comme un préservatif, ou même comme un remède dans certains cas et dans certaines maladies, dans la phthisie en particulier.

On sent toute l'importance de pareilles questions, de la dernière surtout. L'administration des tabacs ne pouvait la laisser passer sans examen. Pour la résoudre, M. Mélier a visité nombre de fois la manufacture de tabac de Paris, la plus importante de toutes, et il en expose sommairement les travaux afin d'en mieux faire apprécier les effets.

Envisagés au point de vue de l'hygiène, ces travaux peuvent être divisés en plusieurs catégories, selon l'état de la plante, selon surtout qu'ils s'exercent avant ou après qu'elle a été soumise à la fermentation et à la chaleur, deux conditions qui en développent singulièrement l'activité. Chemin faisant, M. Mélier signale les améliorations considérables qui ont été successivement introduites dans la fabrication du tabac. La vapeur y remplace presque partout la main des hommes, qui sont ainsi soustraits à beaucoup d'inconvénients qui existaient autrefois.

Malgré ces améliorations, il s'en faut de beaucoup, selon M. Mélier, que la fabrication du tabac soit complétement exempte de toute action sur les ouvriers ; à vrai dire, on ne concevrait guère qu'elle pût être sans inconvénient, quand on songe à la composition de la plante et au principe si énergique qu'elle contient, la *nicotine*, poison des plus violents. Beaucoup d'ouvriers en ressentent les effets : effets primitifs caractérisés par une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de mal de cœur et de nausées, perte de l'appétit et du sommeil, diarrhée ; ils durent de huit à quinze jours, et disparaissent ordinairement ; effets consécutifs se révélant par une altération particulière du teint qui prend une nuance grise. Ce dernier effet ne s'observe que sur un petit nombre d'ouvriers, après un temps assez long et seulement dans certains ateliers. M. Mélier suppose qu'il se lie à un état particulier du sang dû à l'absorption des principes du tabac, et il appuie cette idée de plusieurs considérations. Il a fait analyser par M. Félix Boudet l'urine, et tout porte à croire qu'elle contient de la nicotine.

Tout en signalant ainsi les effets du tabac sur les ouvriers ; effets qui se sont manifestés même sur les plantes, M. Mélier a soin d'ajouter qu'ils sont loin d'être aussi graves qu'on le croyait autrefois. N'exagérons rien, dit-il, l'action du tabac sur les ouvriers, bien que réelle, n'est pas telle qu'il faille voir dans sa fabrication une chose éminemment nuisible et dangereuse ; ce n'est rien de comparable, par exemple, au plomb ou au mercure ; il n'en résulte ni coliques violentes, ni paralysie, ni tremblement, comme de la part de ces métaux ; il n'y a même pas, à bien dire, de maladie déterminée ; mais il y a des effets physiologiques bien certains, et tels qu'on devait les attendre de la substance dont il s'agit, et d'après ses propriétés connues.

Est-il vrai qu'à côté des inconvénients que produit la fabrication du tabac, il y ait, comme compensation quelques effets salutaires ? M. Mélier fait observer qu'il n'y aurait rien de surprenant ni de contradictoire à ce qu'il en fût ainsi. La plupart de nos agents thérapeutiques ne doivent-ils pas aux mêmes éléments et les vertus salutaires qui les font rechercher, et les propriétés toxiques qui les rendent redoutables ? Il paraît certain que les émanations du tabac sont quelquefois salutaires. Les ouvriers sont persuadés de leur efficacité contre les douleurs rhumatismales ; sont-ils pris de ces douleurs après un refroidissement, ils ne connaissent pas de meilleur remède qu'un bon somme sur un tas de tabac. M. Mélier cite à ce propos, et à l'appui du fait, une série d'observations qui lui ont été communiquées par M. le docteur Berthelot, et desquelles il résulte que des cataplasmes de farine de graine de lin délayée dans une décoction de tabac, calment promptement les douleurs du rhumatisme et amènent, en moyenne, une guérison aussi prompte que la plupart des méthodes de traitement généralement employées contre cette maladie.

Le travail du tabac paraît être propre à préserver des fièvres intermittentes ; il aurait eu également pour effet de préserver des atteintes de certaines épidémies ; c'est ainsi qu'à Tonneins la *suette* aurait épargné presque complétement les ouvriers du tabac : il préserve de la gale.

Préserverait-il de la phthisie, pourrait-il en ralentir la marche et même la guérir, comme on l'a dit ? Tout en louant les médecins qui ont cru entrevoir une si belle espérance de l'avoir signalée, parce qu'on ne doit rien négliger de ce qui semble pouvoir donner prise sur une maladie aussi funeste, M. Mélier ne croit guère que l'on puisse avoir une aussi bonne opinion du tabac. Il n'a vu aucun fait qui l'appuie ; il en a vu de contraires.

Le rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° Que l'Académie, après s'être fait rendre compte du travail qui lui a été adressé sur le service médical des manufactures de tabac, ne peut qu'applaudir à la bonne direction hygiénique de ces établissements et aux sages précautions qui y sont observées pour préserver autant que possible la santé des ouvriers de toute atteinte.

2° Que l'Académie applaudit en particulier à la mesure par suite de laquelle les médecins doivent tenir note de leurs observations et en faire l'objet de rapports annuels.

3° Que cette mesure bien observée donnera le moyen d'apprécier au juste et mieux qu'on n'avait pu le faire jusqu'à présent la véritable influence du tabac sur la santé de ceux qui le travaillent, et pourra ainsi fournir des données utiles à l'hygiène et peut-être même à la thérapeutique.

4° Que quant aux questions qui se trouvent soulevées dans le document à l'égard de la phthisie et de quelques autres maladies, elles ne peuvent être considérées dans l'état actuel des choses que comme de simples aperçus et qu'il convient d'attendre de nouvelles observations, des faits concluants, pour émettre une opinion quelconque sur ces questions.

5° Et enfin que l'Académie recevra avec intérêt et gratitude toutes les données qui pourront lui être adressées à l'avenir, et qu'elle mettra tous ses soins à les examiner.

Cette lecture, qui n'a pas duré moins d'une heure et demie, est suivie de marques unanimes d'approbation.

Une discussion étroite et mesquine s'engage sur ce rapport.

M. Villermé. Je donne mon approbation sincère et complète au beau travail que nous venons d'entendre, et je fais la proposition qu'il soit inséré dans les *Mémoires* de l'Académie. (De toutes parts : Appuyé.) Je présenterai cependant une remarque : J'ai été frappé que M. Mélier n'ait pas tenu compte, comme cause de maladie, de la haute température à laquelle sont soumis les ouvriers. C'est la seule critique que j'aie à présenter. M. Mélier a dit aussi que le nombre des femmes malades était de beaucoup supérieur aux hommes ; mais a-t-il donné la proportion des deux sexes ?

M. Mélier. J'ai eu le malheur de n'être pas entendu de notre collègue sur les deux points qu'il me reproche d'avoir omis et dont j'ai longuement traité. J'ai beaucoup insisté sur l'influence de la haute température ; et quant à la proportion des sexes, j'ai indiqué que les femmes étaient beaucoup plus nombreuses.

M. Villermé. Dans ce cas, je vous demande pardon ; mais j'insiste sur ma première proposition.

M. Moreau. Je l'appuie de toutes mes forces, car rarement nous avons le bonheur d'entendre un rapport aussi bien fait. Je ferai une question à M. Mélier. Avec raison il s'est étendu sur l'influence thérapeutique du tabac, mais je n'ai pas entendu qu'il ait parlé de l'influence de cet agent sur les maladies de la peau, influence que l'on a dit considérable. On a dit, par exemple, que la gale était guérie par les émanations du tabac. Qu'en pense M. Mélier ?

M. Mélier. Dans la crainte de fatiguer l'Académie, je n'ai pas lu la partie de mon rapport où j'ai traité ce point ; mais on pourra le lire à l'impression.

M. Moreau. M. Mélier sait-il, par exemple, qu'un ouvrier qui entre avec la gale soit plutôt guéri ?

M. Mélier. Mais un ouvrier avec la gale n'entre pas dans les manufactures royales.

M. Villeneuve. Je trouve fort extraordinaire ce fait rapporté par M. le rapporteur, relatif à cette femme dans les eaux de l'amnios de laquelle on reconnut l'odeur du tabac. Ce fait est d'autant plus surprenant, que, d'après M. le rapporteur même, il n'a pas été possible de trouver de traces de nicotine dans les urines.

M. Mélier. Le fait est tiré du mémoire de M. Morizot, médecin de la manufacture de Strasbourg.

M. Gérardin Dans toutes les manufactures a-t-on substitué les moyens mécaniques aux anciens procédés ? S'il en est autrement, je

m'expliquerais très bien ainsi la divergence des opinions parmi les médecins de ces établissements. Il est bien certain que des modifications importantes dans la santé des ouvriers sont survenues depuis l'emploi des procédés mécaniques. Il n'y a pas de comparaison à établir entre les nouvelles et les anciennes fabriques sous le rapport de la salubrité. Autrefois les accidents étaient plus fréquents et plus graves. Je ne sais aussi si M. le rapporteur a pris suffisamment en considération la nourriture et le gain des ouvriers, qui sont des conditions importantes dans les questions de salubrité.

M. Gérardin appuie les idées de M. Mélier sur la coloration particulière des ouvriers, qui lui paraît résulter d'une véritable cachexie.

M. Ségalas. M. Mélier a signalé l'influence des émanations du tabac sur l'excrétion des urines. Je désirerais savoir si cette influence l'exerce seulement sur le besoin d'uriner ou sur la quantité des urines. En d'autres termes, les ouvriers urinent-ils plus souvent ou plus abondamment?

M. Chevallier. Je voudrais d'abord que M. le rapporteur adoucît un peu la phrase relative à Parent Du Châtelet. Cet honorable collègue a pu se tromper sans doute; mais c'est avec tant de bonne foi, et ses travaux ont été si utiles, que nous devons respect à sa mémoire. Quant à ce que M. Mélier a dit de l'acclimatement des ouvriers dans les manufactures, j'aurais voulu qu'il fît une exception pour les industries dans lesquelles on travaille le plomb. Dans celles-là, l'ouvrier ne s'acclimate jamais; une attaque des maladies que ces industries procurent ne met pas à l'abri d'une seconde, d'une troisième, etc. On a vu des ouvriers être atteints jusqu'à quinze fois d'accidents saturnins.

M. Gauthier de Claubry. Je ne connais pas l'influence du tabac sur les fièvres intermittentes; ce que je sais, c'est qu'il y a quelques années, une endémie de ces fièvres régna à la manufacture royale: on en trouva la cause dans une mare située aux pieds de l'établissement. Dans ce cas, les émanations du tabac ne préservèrent pas les ouvriers, et l'endémie ne cessa qu'après avoir détruit la cause.

M. Castel. Demander si le tabac peut nuire, c'est demander si les stimulants sont nuisibles. La réponse est facile. Quant à l'influence du tabac sur la phthie, cette question ne peut être résolue d'une manière générale. Il faut tenir compte de la cause asthénique ou sthénique qui produit la phthisie.

M. Londe voudrait qu'on ajoutât une sixième conclusion tendant à déclarer que la fabrication du tabac n'est pas sans inconvénients sur la santé des ouvriers.

M. Delens regrette qu'on n'ait pas tenu compte de l'influence du tabac en général sur l'économie animale. Ce point de vue aurait élucidé la question.

M. Desportes a vu les colporteurs, dans les campagnes, présenter la coloration particulière de la peau indiquée par M. le rapporteur. Il serait porté à croire, d'après une autopsie, que cette coloration tient à une maladie du foie. Il regrette qu'on n'ait pas analysé l'air des fabriques, que ce travail tout hygiénique ne contienne aucun conseil d'hygiène; il croit qu'il faudrait forcer les ouvriers à se laver fréquemment.

M. Laugier. On a parlé de l'influence du tabac sur les ophthalmies, mais on n'a pas signalé son influence sur la production de l'amaurose; a-t-on quelques données là-dessus? On sait que quelques auteurs ont parlé de l'amaurose particulière aux fumeurs.

M. Chevallier signale les difficultés de faire prendre des soins hygiéniques aux ouvriers des fabriques. Là où l'on travaille la céruse, les meilleures recommandations n'ont pu rien obtenir. Pour faire laver les ouvriers, il faudrait à chacun d'eux l'escorte d'un garde municipal. L'analyse de l'atmosphère des fabriques conduirait-elle à quelques résultats? Il n'ose le croire.

M. Rochoux professe que l'acclimatement dans les fabriques dépend de la nature des produits qui y sont fabriqués. On ne s'acclimate pas aux poisons minéraux; on s'acclimate, au contraire, aux poisons végétaux.

M. Fontan, membre correspondant. Je n'ai pas entendu parler de la nature des gaz qui se développent pendant le travail que l'on fait subir au tabac. Il y a quelques années, j'ai pu faire quelques essais à cet égard, et me convaincre que c'était du gaz ammoniac qui se développait. Ceci explique plusieurs choses dont on a parlé. On a dit que les rhumatismes guérissaient dans les fabriques de tabac; je le crois bien; car je ne connais pas de meilleur moyen pour soulager les douleurs rhumatismales, qu'un topique dans lequel entre l'ammoniaque. On a dit que des plantes, dans les fabriques, s'étiolaient et mouraient; on a reconnu, en effet, que l'ammoniaque, très favorable à la végétation quand il était absorbé par les racines, était nuisible quand il était absorbé par les feuilles.

M. Lagneau présente quelques considérations sur les divers mélanges des tabacs.

M. le président. M. Mélier a pris note de toutes les observations qui viennent d'être faites; l'heure étant trop avancée, il y répondra dans la séance prochaine.

— Après cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 avril 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Arago annonce la mort de M. Th. de Saussure, mort à Genève à l'âge de soixante-dix-sept ans.

— *M. Papenheim* adresse des réflexions sur quelques maladies de l'oreille. Il a trouvé de la cholestérine dans le labyrinthe, et des cristaux de sulfate de chaux dans la caisse du tympan.

Il croit que l'inflammation est la cause la plus ordinaire de la surdi-mutité, et il pense que l'on empêcherait souvent ce fâcheux résultat, en pratiquant le cathétérisme de la trompe dans le jeune âge.

— *M. Barse* adresse une lettre, dont voici quelques passages:

La Cour d'assises de la Meuse prononce en ce moment sur la culpabilité de Marie Wattier, accusée d'empoisonnement. L'analyse du cadavre de l'une des victimes a fourni aux experts une certaine quantité de *cuivre métallique*.

Si la justice eût appelé ceux des chimistes qui, comme M. Flandin, nient l'existence de ce métal dans l'économie de l'homme qui a succombé à une mort naturelle, Marie Wattier aurait vu ce cuivre se dresser contre elle en un *corps de délit*.

Mais la justice ayant confié l'expertise à MM. Devergie, Lesueur et moi, la découverte de ce cuivre devra être sans importance contre cette accusée; car nous avons déclaré, en honneur et conscience, qu'il existe dans des proportions semblables chez des individus non empoisonnés.

Telle est la cause grave pour laquelle j'ai cru devoir adresser une protestation énergique contre M. Flandin, quand j'ai vu ce médecin s'appuyer de l'autorité de l'Académie pour des doctrines que je crois erronées. Il n'y a point ici de *question personnelle*; il y a danger imminent pour la société, jusqu'à ce que la commission nommée veuille bien apprendre à la magistrature qui de M. Flandin ou de moi entraîne la justice dans des fautes irréparables; car lorsque l'un de nous tend à faire condamner, l'autre tend à faire absoudre.

M. Barse entre ici dans de nouveaux détails sur sa discussion avec MM. Flandin et Danger, détails qui ne présentent aucun fait particulier.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842.

Commissaires: MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur*.

(Suite du n° 46.)

Quatrième question.

« Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, » et dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccination? »

En provoquant une enquête scientifique sur l'état présent de la vaccine en Europe, l'Académie avait combiné ses demandes de manière que la solution de la première préparât celle de la seconde, la seconde celle de la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière.

La masse de faits et d'expériences que la science possède devaient ainsi se classer naturellement et accroître leur force par l'ordre même de leur succession.

Du concours que devait se prêter chaque partie de la question, il était donc permis d'espérer que la demande qu'elle faisait sur le degré d'utilité de la revaccination sortirait comme une déduction logique des solutions qui l'auraient précédée, et c'est, en effet, ce qui est arrivé.

Ainsi, de la discussion des faits présentés dans les premières, il est résulté que la vaccine ne préserve pas toujours de la variole. De celle de la seconde, il est sorti ce résultat important, que l'affaiblissement des phénomènes locaux du vaccin n'altère pas dans la même proportion sa vertu préservative. D'où il suit, qu'en augmentant cette intensité par le renouvellement du vaccin, on peut espérer la conservation de sa propriété, mais nullement son accroissement. Les vaccinés par le virus renouvelé resteront donc, comme ceux de l'origine de la découverte, exposés à l'atteinte des varioles.

Il est résulté que cette atteinte était relative, non à la qualité du vaccin inoculé, mais bien à l'âge de son inoculation, de sorte que l'homme est préservé d'une manière presque absolue jusqu'à l'adolescence.

Mais, passé cet âge, la vertu préservative de la variole introduite dans l'organisme s'affaiblit, et certains vaccinés restent exposés aux atteintes de la maladie jusqu'à trente ou trente-cinq ans. Passé cet âge, leur préservation absolue est presque certaine.

En faisant la part des individus qui recèlent en eux la fâcheuse disposition de contracter plusieurs fois la variole, il était utile de rechercher si, dans les phénomènes que développe la vaccine, on n'en distinguerait pas quelqu'un qui permît de reconnaître les degrés de préservation. Cette étude est restée infructueuse jusqu'à ce jour. Ni l'intensité des symptômes locaux ou généraux, ni la multiplicité des piqûres et des cicatrices, ni l'aspect même de ces dernières, sur lesquelles, d'après la théorie de Gregory, on avait fondé de si grandes espérances, n'ont pu fournir d'indice certain pour asseoir ce pronostic.

Que faire pour y parvenir? Comment distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés, de ceux qui ne le sont que temporairement, et chez lesquels la vertu préservative s'est affaiblie?

La science a déjà répondu.

Dès l'origine de la vaccine, et dans l'intérêt mêlé d'une sorte d'admiration que suscitèrent les premiers temps des vaccinations, il arriva très souvent qu'après une première on en pratiquait une seconde comme moyen de vérification de la précédente. Méthode dont le docteur Bryse a voulu faire plus tard une règle générale.

A la vérité, ces secondes vaccinations, toujours pratiquées à peu d'intervalle des premières et dans l'adolescence, donnaient presque constamment des résultats négatifs. Nous en connaissons maintenant la raison.

Mais en présence du danger nouveau que fit naître l'atteinte des vaccinés par la variole en temps d'épidémie principalement; en présence des craintes qui se manifestèrent par suite de ces atteintes, la science reprit le moyen que son peu d'utilité chez l'adolescence lui avait fait délaisser.

En effet, les enfants chez lesquels une seconde vaccination était suivie de résultat étaient rares; néanmoins, des effets de cette seconde vaccination, quand ils réussissaient, on déduisait la conclusion, ou que la première n'avait pas complétement détruit la disposition à contracter la variole, ou que les enfants se trouvaient dans les cas exceptionnels des récidives. Nous verrons bientôt ce qu'il y avait d'exagéré dans cette conclusion.

Mais si ces cas eussent été plus nombreux, croit-on qu'on eût hésité à proposer une seconde vaccination? Non, sans doute. Il suffit de se reporter à cette époque pour juger de la réponse.

Lors donc que l'expérience eut appris que la vertu préservative s'affaiblissait chez certains vaccinés par le temps, la science possédait le moyen d'aller au-devant de cet affaiblissement; et ce moyen était la revaccination.

La revaccination fut donc une seconde fois mise en usage comme pierre de touche de la vaccination. Mais, pratiquée à grande distance de la première, elle réussit dans certains pays au delà de toute prévision.

Du succès de la revaccination chez la jeunesse et l'adulte, on tira la conclusion que la vertu préservative était épuisée à cet âge, et qu'à cette époque, l'aptitude à contracter la variole s'était reproduite dans les organismes de l'homme.

En conséquence, dans certaines parties de l'Allemagne, on proposa et on exécuta les revaccinations en masse dans l'armée, et en partie dans le civil. Les succès représentés par des chiffres devinrent alors exorbitants.

Toutefois la médecine française n'adopta ni les craintes fondées sur le succès des revaccinations, ni les raisons sur lesquelles elles paraissent établies. Les savantes discussions qui eurent lieu dans le sein de l'Académie royale de médecine en 1837, 38 et 40, montrèrent que la confiance dans la vaccine n'était pas altérée chez nous par le tableau de ce qui se passait en Allemagne. Avant de s'en laisser imposer par des chiffres, cette compagnie célèbre comprit qu'il était nécessaire d'attendre qu'on pût être éclairé sur leur valeur.

C'est cette valeur que votre Commission s'est appliquée à rechercher dans la masse de faits et d'expériences qui ont été rapportés par les concurrents.

Ce qui frappe d'abord dans la pratique de la revaccination est la différence des résultats obtenus dans les divers pays. Tandis qu'à Saint-Pétersbourg le succès des secondes vaccinations n'est que de 3 pour 100 chez les enfants trouvés; tandis qu'en France, avec l'ancien vaccin, il atteignait à peine 10 pour 100, et que depuis 1836 il ne dépasse pas 20 avec le vaccin renouvelé; en Prusse, il s'élevait à 50 et au delà; dans certaines parties du royaume de Wurtemberg, il atteignait la proportion énorme de 70 pour 100.

En supposant les premières vaccinations également bien faites dans les deux pays, il semblerait difficile, et il l'est en effet, d'accorder de telles disproportions. En examinant avec soin la question, on en entrevoit peut-être la cause. En France, nous ne considérons comme secondes vaccinations que celles qui le sont en effet, c'est-à-dire celles où les phénomènes locaux sont accompagnés de symptômes généraux. N'en serait-il pas de même en Allemagne? Les symptômes locaux suffiraient-ils dans beaucoup de cas pour présenter une bonne vaccination? Nous l'ignorons.

Mais il faut bien qu'en Allemagne ces désignations de revaccination parfaite, de bonne revaccination, ne représentent pas exactement le même groupe de phénomènes vaccinaux. Sans cela, comment expliquer la différence des résultats que l'on remarque dans les secondes vaccinations d'un même pays?

NOUVELLES.

La commission médicale des hôpitaux de Paris pour l'année 1845, est formée de MM. Jules Pelletan, Ferrus, Delasiauve, Beau, Malgaigne, Huguier et Soubeiran. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui auraient des réclamations à faire dans l'intérêt de leur service, sont priés de les adresser le plutôt possible à la commission, qui siége à l'administration centrale.

—S. M. la Reine vient de faire prendre *vingt-quatre* exemplaires de l'Hygiène des femmes, publiée par M. le docteur Desbruères, sous les auspices de M. Tanchou.

Cinquième liste de souscription pour un confrère malade. (Voir le numéro de mardi.)

Total des souscriptions précédentes,	270 fr.
MM. les Doct. Foville,	10
Ozanne (de Versailles),	5
Sichel,	10
Dehaut,	5
Cornac,	10
Total,	310 fr.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 AVRIL 1845. (18e ANNÉE.) N°. 49. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

METZ, 22 AVRIL.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sit medicus geographus et cosmographus. — Cette épigraphe du dernier mémoire de M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, dont les recherches sont si justement estimées, appelle les méditations des hommes qui s'intéressent aux progrès de notre science.

Il y aurait d'immenses avantages à connaître, dans ses nuances propres, la pathologie des diverses parties d'un pays et du monde. Dans un même département, dans une même ville, les conditions hygiéniques sont loin d'être les mêmes partout, et leurs différences en entraînent d'équivalentes dans la nature et la marche des maladies.

Le travail spécial des correspondants de l'Académie devrait être de topographier la France au point de vue de l'observation médicale. D'un autre côté, il faut espérer que, quand on aura suffisamment pourvu aux chemins de fer et aux canaux, en un mot à tout ce qui constitue la vie matérielle du pays, on voudra bien faire quelque chose pour la science, et qu'alors on s'attachera à donner satisfaction, par des rapports étroits entre les empires, à un besoin que formule heureusement la phrase placée en tête de cet article. Il appartiendrait à la France d'instituer une commission générale de topographie médicale qui se décomposerait en commissions locales, et s'efforcerait d'étendre ses relations au dehors. Il y a trop de rouages dans un Etat comme le nôtre, et le moindre objet y demande le concours d'un trop grand nombre de volontés, pour que l'on puisse attendre une telle institution de l'initiative gouvernementale. En l'absence de celle-ci, il faudrait un homme ayant l'autorité, l'activité et le génie d'un Haller; mais c'est presque aussi difficile à trouver que l'unité et l'impulsion dans un état constitutionnel.

C'est une justice à leur rendre; les médecins militaires se sont toujours efforcés, autant que possible, de faire connaître les conditions locales dans lesquelles ont vécu les troupes qu'ils ont accompagnées. Les Mémoires et campagnes de Larrey (et il serait possible de remonter plus haut), l'Histoire de la campagne d'Egypte, par Desgenettes, sont des œuvres en partie topographiques.

La tradition léguée par ces noms glorieux a été fidèlement conservée. Nous pouvons citer la *Topographie de la ville et de la campagne de Rome*, par M. le baron Michel; l'*Histoire de la campagne de Constantine*, par M. le professeur Sédillot; diverses relations de M. Baudens.

Le Recueil des Mémoires de médecine militaire est plein de recherches de ce genre. L'Algérie y tient surtout une grande place, et l'historien, aussi bien que le géographe, puiseront à cette source.

Une visite que nous venons de faire à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, nous permet de présenter quelques considérations sur la pathologie de cette ville, dont, précisément, M. le docteur Brault, aujourd'hui inspecteur, membre du conseil de santé des armées, a publié la *topographie physique et médicale* en 1827 (Recueil des Mémoires de médecine militaire). Il s'est fondé pour la partie météorologique, sur des tables dressées avec un soin extrême par M. le docteur Moizin, également inspecteur et membre du conseil, alors comme M. Brault, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz. Ses remarques sur l'inconstance de la température de cette ville sont de toute justesse. « La température, dit-il, » passe brusquement par toutes les alternatives du chaud au » froid, de la sécheresse à l'humidité, non-seulement dans les » différentes saisons, mais encore dans le même mois et sou- » vent dans la même journée..... Les variations de tempéra- » ture sont si grandes, que l'on a vu dans le même mois et à » des époques assez rapprochées, surtout en automne et au » printemps, le thermomètre descendre à 8 ou 10 degrés au- » dessous de zéro, et remonter de 6 à 7 au-dessus. » La température a-t-elle toujours été aussi variable dans ce pays? Les documents nous font défaut pour résoudre cette question; mais il y a lieu de supposer que lorsque la contrée était couverte de bois, faisant obstacle aux vents du nord et du nord-ouest, ces changements brusques n'avaient pas lieu. Cette remarque ne s'applique pas seulement à la ville de Metz; elle est générale, et nous explique, relativement à Paris même, ce que l'on entend dire par tous ceux qui y vivent depuis longtemps, savoir que la température y a éprouvé des changements extrêmement sensibles. *A priori* on est forcé de supposer que la pathologie s'est modifiée en raison directe de ces changements, et l'on regrette de ne pas avoir des moyens certains de comparaison; regret qui doit nous exciter d'autant plus à bien tenir compte de l'état présent en vue de l'avenir.

Le territoire de Metz est parcouru par deux rivières, la Moselle et la Seille. On y voit çà et là des eaux stagnantes, outre les fossés. Ceux du fort contiennent généralement peu d'eau.

Nous allons voir que la pathologie du pays est en rapport avec ces conditions. Il est bien entendu que nous ne pouvons parler d'après notre observation. Les médecins de l'hôpital, MM. Gasté, médecin en chef, premier professeur, et Cazalas, médecin ordinaire, professeur, ont bien voulu nous fournir les renseignements nécessaires et nous faire examiner les malades de leur service. Nous leur en exprimons ici tous nos remercîments. Il est impossible de trouver plus d'empressement, plus de cordialité que chez ces honorables confrères, et aussi plus de sollicitude éclairée pour le soldat malade, plus de dévouement dans l'accomplissement d'un noble devoir.

Il règne ici, d'une manière générale, une sorte de génie intermittent qui imprime son cachet à la plupart des maladies, quand il ne se traduit pas plus explicitement par des fièvres intermittentes. Les fièvres typhoïdes sont le plus ordinairement rémittentes Cette remarque est commune à MM. Gasté et Cazalas. D'après ce dernier, qui insiste beaucoup sur ce caractère, celles qui ne sont pas rémittentes constituent des exceptions très rares. Cette rémittence est-elle due aux variations de la température? Est-elle due à des miasmes paludéens, toujours supposables là où se trouvent des eaux stagnantes? Cette question reviendra tout à l'heure.

M. Gasté affirme, d'après une observation de plusieurs années, que la caserne Coislin fournit plus de fièvres typhoïdes que la caserne du Fort, et que, en revanche, celle-ci donne plus de fièvres intermittentes, d'angines et d'affections aiguës de la poitrine que la première. Où est la raison de cette différence? La caserne Coislin (bâtie en 1726 aux frais de l'évêque, duc de Coislin, affligé des désordres qui résultaient du séjour des troupes dans les maisons particulières) est située dans l'intérieur de la ville, à une certaine distance de la rivière. L'autre, la caserne du Fort, comme tout le Fort, est située entre la rivière et les fossés extérieurs, lesquels, ainsi que nous l'avons dit, contiennent peu d'eau et donnent naissance à une végétation assez abondante, surtout dans certains points. Cette seconde caserne est à l'ouest, exposée aux vents du sud-ouest, de l'ouest et du nord-ouest, qui sont de beaucoup les plus fréquents; tandis que la première est au sud, dans le sens des vents incomparablement plus rares, puisque le vent du sud-est en particulier n'a soufflé que cinq fois en 1824, et une seule fois en 1825. (Brault.)

Il existe donc, dans la caserne du Fort, des conditions d'aération et de variations atmosphériques qui ne se retrouvent pas dans la caserne Coislin. L'aération plus facile éloigne les chances de l'infection miasmatique, qui a pour résultat la fièvre typhoïde; tandis que les variations atmosphériques expliqueraient la plus grande fréquence des fièvres intermittentes, des angines et des affections aiguës des organes thoraciques.

Pour les maladies de ces deux dernières classes, l'influence des variations atmosphériques n'est point douteuse; mais pour les fièvres intermittentes, il y a doute, et d'autres invoqueraient l'influence des eaux voisines, qui, nous le répétons, sont basses et stagnantes dans les fossés du Fort. Cette question, ici et partout, est difficile à résoudre. Quand on voit les fièvres intermittentes sévir dans des villes de l'Ombrie, situées sur des lieux élevés, très loin de toute espèce d'eau stagnante, on est porté à penser, avec plusieurs auteurs, dont M. le baron Michel est le partisan déclaré, que c'est dans les variations atmosphériques qu'il faut chercher l'étiologie des fièvres intermittentes: mais quand on voit, d'un autre côté, ces fièvres très rares dans la province d'Oran, où les variations de température sont subites, journalières et très marquées, on est éloigné de cette opinion. Serait-ce qu'il faut chercher la vérité, comme pour tant d'autres questions, dans les deux doctrines opposées, qui seraient vraies chacune pour un certain nombre de cas?

Ainsi, fièvres intermittentes, angines, affections aiguës des organes thoraciques, plus fréquentes dans la caserne du Fort; fièvres typhoïdes plus fréquentes dans celle de Coislin: le tout parfaitement explicable par les conditions propres aux deux casernes.

Ces questions de localités, selon la manière dont elles sont envisagées, acquièrent l'importance de questions générales: le lecteur ne s'y trompera pas.

Les variations de température en tant que cause de maladies, prendront chaque jour plus d'importance, les obstacles aux cours des vents, agents puissants de ces variations, diminuant de plus en plus avec les bois incessamment abattus pour faire place aux habitations et à la culture. Les médecins négligent une foule de données importantes, et semblent ne pas se douter des influences météorologiques.

— M. Gasté a observé, dans l'été de 1842, une épidémie de dysenterie qui fit un grand nombre de victimes. La maladie eut souvent pour cause l'usage de l'eau froide bue à la rivière après les exercices et lorsque les militaires étaient couverts de sueur. Le chirurgien-major d'un régiment garantit les hommes confiés à sa vigilance en obtenant du colonel que des plantons fussent placés le long de la rivière pour empêcher les soldats de se désaltérer ayant chaud. M. le docteur Damicourt, étant chirurgien aide-major du 8e cuirassiers, a vu une diarrhée, épidémique dans le régiment, cesser lorsqu'on eut, d'après ses avis, fermé les puits de la caserne et fait placer des cruches d'eau vinaigrée dans les chambrées. Un des dysentériques de M. Gasté, raconta qu'une femme l'ayant vu boire à la rivière, accablé de chaleur, à la suite d'une manœuvre, lui cria de ne pas boire davantage de cette eau froide, et lui donna du vin. Ce malheureux est un de ceux qui ont succombé. Voilà des causes positives; mais on ne saurait douter que les variations de température n'aient contribué au développement de cette épidémie.

Dans la province d'Oran les dysenteries sont fréquentes, et on y observe, coïncidemment, un grand nombre d'inflammations du foie. Les derniers volumes des *Mémoires de médecine militaire* sont riches en travaux très importants sur ce sujet. L'un de ces travaux, celui de M. Haspel, a été de la part de M. Andral, de qui nous le tenons, l'objet d'une attention qui vaut un éloge. D'où vient cette coïncidence de l'hépatite avec la dysenterie? Celle-là est-elle subordonnée à celle-ci? Mais, à Metz, M. Gasté n'a point vu un seul cas de maladie du foie lié à la dysenterie. Doit-on admettre que, dans les pays chauds, le foie suppléant les poumons plus qu'il ne le fait dans les pays tempérés ou froids, ce surcroît d'action vitale le prédispose à l'inflammation? Cette opinion est séduisante. Mais alors pourquoi les maladies du foie sont-elles comparativement si rares dans la province d'Alger, où la chaleur est grande également? A moins d'admettre ici encore, un antagonisme par suite duquel les fièvres intermittentes seraient remplacées à Oran par les dysenteries et les hépatites dont les miasmes paludiens garantissent l'économie dans la province d'Alger. Grande question que nous ne prétendons pas résoudre, et que nous indiquons à la sagacité de nos confrères de l'armée d'Afrique.

— M. Cazalas nous a montré un hémiplégique qui a été affecté d'une pneumonie hypostatique avec rémittence très marquée. Il a fallu donner le sulfate de quinine.

— Chez plusieurs malades affectés de bronchite capillaire ou de pleurésie avec épanchement, M. Cazalas a observé l'œdème des extrémités inférieures, de la face ou même du tronc, comme chez un individu atteint de pleurésie avec épanchement du côté droit, qui présente un œdème de ce côté du thorax. Un autre, véritable type de la constitution athlétique, affecté de bronchite capillaire, a été œdématié généralement. Ces individus sont encore dans le service de M. Cazalas; nous les avons auscultés avec le plus grand soin, et, pas plus que ce médecin distingué, nous n'avons pu trouver de signe d'une affection quelconque du centre circulatoire.

— M. Cazalas a plusieurs typhoïdes très légèrement atteints et qui présentent cependant des taches en grand nombre et des sudamina confluents chez quelques-uns. Les fièvres typhoïdes de cet été offraient beaucoup plus de gravité, et il s'en faut de beaucoup que les taches et les sudamina fussent communes. Il n'a point observé, comme nous l'avons vu à Paris, de ces hémorrhagies intestinales si promptement mortelles. Pendant une année, à l'hôpital militaire de Saint-Jean-Pied-de-Port, dans toutes les fièvres typhoïdes sans exception, le pouls était dicrote. M. Cazalas fut extrêmement frappé de cette circonstance.

— Un malade était affecté d'un rhumatisme articulaire à forme chronique. Il avait eu un chancre six mois auparavant. M. Cazalas lui prescrivit le traitement mercuriel. Cet homme va quitter l'hôpital entièrement guéri.

— Les maladies que l'on remarque dans les deux services (celui de M. Casté et celui de M. Cazalas) sont, pour la grande majorité, des affections pulmonaires; les unes chroniques, consécutives aux affections aiguës de l'hiver, les autres aiguës et récentes, en nombre moindre.

M. Cazalas croit avoir remarqué que les affections de l'hiver étaient profondes, parenchymateuses, des pneumonies proprement dites, ordinairement centrales, tandis que les affections actuelles sont superficielles; ce sont des bronchites, quelques-unes capillaires, très étendues, et alors aussi graves que des pneumonies ou des pleurésies soit simples, soit compliquées de pneumonie de la surface.

M. Cazalas, dans les pneumonies, fait une ou deux saignées et donne le kermès à la dose de 5 décigrammes, de 1 ou de 2 grammes. Il l'a vu rarement produire des vomissements. Les effets qu'il a obtenus seraient propres à donner confiance dans son mode de traitement. Mais tout en rendant justice à ses résultats, nous préférons un traitement plus franchement

déplétif ou plus énergiquement contro-stimulant avec l'émétique.

— Un homme était entré à l'hôpital avec un rhumatisme articulaire, il est sorti guéri et quelque temps après il est revenu avec un double bruit de souffle au cœur. M. Cazalas a diagnostiqué un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et de l'orifice aortique. Est-il probable que cette grave affection du cœur se soit produite après la sortie de l'hôpital ? M. Cazalas avait ausculté le cœur pendant la durée du rhumatisme articulaire et n'avait pu reconnaître aucune modification des bruits. (Nous reviendrons sur l'hôpital de Metz.)

— On sait combien d'opinions ont été émises sur les fonctions du cervelet. Celles de M. Flourens et de M. Bouillaud, qui diffèrent du plus au moins, mais sont identiques quant au fait principal, sont le plus généralement admises. Nous publions plus bas une observation intéressante qui nous est adressée d'Alger par M. Casimir Broussais, et qui a rapport à cette question.

— Plusieurs erreurs typographiques ont été commises dans notre dernier article. On nous a fait parler de globules propres à la chlorose, tandis qu'il aurait fallu dire : l'*absence de globules propre à la chlorose*. On a imprimé débilitance au lieu de *délitescence*, etc.

HOPITAL MITITAIRE DE LA SALPÊTRIÈRE, à Alger.

M. Casimir Broussais, médecin en chef.

Congestion cérébelleuse. Perte d'équilibre. Guérison.

Il est entré, le 7 mars 1845, salle n° 1, lit 43, un militaire qui a présenté des phénomènes assez insolites pour qu'ils méritent d'être rapportés.

Cet homme, nommé Gois... (Julien-Antoine), âgé de vingt-sept ans, du département de l'Aude, soldat au 13e léger, au service depuis cinq ans, en Afrique depuis trois ans et demi ; d'une constitution assez forte, d'un tempérament bilioso-sanguin, a déjà plusieurs fois été malade depuis qu'il est en Afrique. Il a eu la dysenterie à Mascara, et la fièvre intermittente à Thiazet, et il est déjà entré trois fois à l'hôpital ; mais jamais il n'a éprouvé les accidents dont il a été pris à l'hôpital. Il se dit malade depuis quatre jours d'une fièvre tierce qui revient les jours impairs, et dont il a eu déjà deux accès en tout semblables à ses anciens accès.

M. Dumalle, chirurgien sous-aide, occupé à l'explorer avant l'arrivée du médecin, l'avait fait asseoir sur son séant ; mais à peine Gois... était-il depuis une minute dans cette position, qu'il éprouva un malaise subit et tomba à la renverse sur son oreiller comme une masse inerte. M. C. Broussais arriva à son lit sur ces entrefaites, et vit sa figure un peu pâle et altérée. En très peu d'instants Gois... se remit et raconta les antécédents dont nous venons de parler. Il affirma qu'il n'éprouvait aucun mal nulle part, mais que, depuis le veille seulement, après son dernier accès, il ne pouvait se tenir debout ni marcher sans perdre l'équilibre et tomber brusquement, comme si un vertige lui arrivait. D'ailleurs, aucun de ses membres n'était paralysé ni du sentiment, ni du mouvement. M. C. Broussais engagea Gois... à se lever et à essayer de marcher. Gois... fut leste à sortir de son lit ; mais à peine eût-il fait quelques pas que son visage se décomposa, sa face pâlit, ses traits se crispèrent, il chancela ; on le soutint et on le reporta dans son lit.

Après quelques minutes de repos, Gois... se plaça sur son séant sur l'invitation du médecin ; et pendant que ce dernier profitait de cette position du malade pour explorer la poitrine en arrière, Gois... se sentit encore défaillir et tomba comme une masse inerte.

Le cœur ne présentait aucun bruit anormal ; il battait 72 fois par minute. La rate était fort peu tuméfiée. Toutes les fonctions se faisaient d'ailleurs fort bien ; mais le malade disait qu'il sentait comme des bouffées de chaleur lui monter à la tête. M. C. Broussais prescrivit une saignée du bras de 500 grammes et 1 gramme de sulfate de quinine. Le sang de la saignée présenta un caillot foncé, mou, entouré d'un sérum abondant.

Le lendemain, 9, le malade se trouve parfaitement bien ; il n'a plus de bouffées à la tête ; il peut s'asseoir et marcher ; et il marche en effet d'un pas très assuré. Comme c'était le jour de la fièvre, on prescrit encore 1 gramme de sulfate de quinine ; mais la fièvre ne vint pas.

Le 10, le malade mangea une soupe et des pruneaux ; le 11, le quart ; le 12, la demie ; le 15, les trois-quarts ; et il sortit le 18, avec la portion, parfaitement guéri.

Réflexions. — Ce cas fut le sujet d'une des leçons cliniques de M. C. Broussais, qui développa à peu près les idées suivantes :

A quelle cause fallait-il attribuer ce défaut d'équilibre dans la station et la marche ? Etait-ce une maladie de l'encéphale ou de la moelle épinière ; ou bien était-ce une fièvre insidieuse ou une névrose sans lésion appréciable ?

Réservant cette dernière supposition comme une extrémité à laquelle il serait toujours temps de se réfugier, si aucune autre cause ne pouvait être saisie, M. C. Broussais examine les autres successivement. Il repousse celle d'un accès pernicieux, d'une fièvre syncopale, parce qu'au moment où le malade fut pris de ces espèces de vertiges, il n'était nullement dans un accès de fièvre, et que les accès précédents n'avaient rien présenté de semblable. Cependant, la coïncidence d'accès en type tierce lui parut devoir nécessiter l'emploi d'une dose assez élevée de sulfate de quinine, de peur qu'un nouvel accès ne vînt du moins ajouter à la gravité de la lésion qui pouvait exister.

On voit bien, dans les maladies de la moelle épinière, quelque chose d'analogue à ce qui se présentait chez Gois..., en ce que la marche est difficile et chancelante ; mais alors le malade soulève ses jambes avec une certaine difficulté et les déplace avec incertitude ; puis il s'arrête, parce que ce mouvement le fatigue surtout aux lombes et dans le dos. Enfin, il ne tombe pas tout à coup comme une masse inerte ; de plus encore, le malade accuse, en général, quelques sensations d'engourdissement, de picotement, ou une diminution de sensibilité dans les extrémités inférieures. Gois... n'éprouvait rien de semblable ; il n'avait aucune douleur le long de l'épine. Ce n'était donc point une maladie de la moelle épinière.

Etait-ce une affection du cerveau. L'absence de toute lésion intellectuelle donnait peu de probabilité à cette supposition ; de plus, puisque le mal était si récent, puisqu'il n'éxistait aucun appareil inflammatoire, ce ne pouvait être qu'une congestion cérébrale. Mais une congestion cérébrale n'offrirait pas cette particularité de ne se manifester que par la position assise et par la marche ; elle aurait encore ses symptômes, même dans le décubitus sur le dos ; et, nous l'avons dit, excepté dans la station et la marche, le malade n'offrait absolument aucun signe de maladie.

Restait donc la supposition d'une affection du cervelet, d'une congestion plutôt que de toute autre altération, pour les motifs que nous venons d'alléguer tout à l'heure. Cette supposition acquérait ici une immense probabilité. En effet, les expériences de MM. Bouillaud et Flourens ont prouvé que la lésion du cervelet amène la perte de l'équilibre ; et M. C. Broussais rappela à ses auditeurs les effets obtenus par ces savants professeurs de la section et de la cautérisation du cervelet chez les pigeons, effets dont il avait rendu ses élèves témoins dans son cours de physiologie au Val-de-Grâce. Ces animaux ressemblaient tout à fait à des gens ivres, suivant l'expression pittoresque et vraie de M. Bouillaud. Il raconta aussi l'histoire d'une malade à laquelle il avait donné des soins avec M. Magendie, malade qui avait offert, pendant près d'une année, des symptômes analogues à ceux de Gois..., et qui présenta, à l'autopsie, un cancer du cervelet. D'ailleurs, les bouffées de chaleur à la tête dont se plaignait la malade étaient d'accord avec l'existence d'une fluxion ou d'une congestion vers l'organe en question. Cette fluxion ou congestion ne pouvait d'ailleurs être que très superficielle, puisque les effets en étaient si récents et en furent si passagers. Il est infiniment probable qu'elle n'avait lieu que dans la pie-mère cérébelleuse ; et peut-être bien la gêne qu'elle a dû apporter dans les mouvements du liquide cérébro-spinal n'est-elle pas étrangère à la particularité qui a caractérisé les symptômes de cette maladie.

Fondé sur ces raisons, M. C. Broussais prescrivit une saignée qu'il fit faire sous ses yeux, et que le malade supporta parfaitement bien ; il fit donner du sulfate de quinine pour empêcher le retour de la fièvre, dont le paroxysme aurait bien pu augmenter la congestion cérébelleuse, et le succès couronna ce traitement au delà de toute espérance ; car le médecin avait conçu, au premier abord, de vives craintes sur la terminaison de cette maladie. Il fut complétement rassuré dès le lendemain, et ne garda le malade dix jours que pour être certain qu'il ne surviendrait pas de rechute ; car Gois... voulait déjà sortir trois jours après son entrée.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Syphilis constitutionnelle. Eruption papuleuse et vésiculeuse précédée d'accès de fièvre. Douleurs articulaires, etc. — Extraction d'un morceau de verre qui était depuis trois ans dans le tissu cellulaire de l'épaule.

Le nommé Gérard, cordonnier, âgé de quarante-deux ans, est entré, le 28 mars 1845, à l'hôpital du Midi, salle 2, n° 4. Ce malade a contracté, il y a quatre mois et demi, un chancre dont on voit encore la trace sur le côté droit de la face interne et de la base du prépuce, où il existe une induration du tissu cellulaire et une coloration violacée des téguments. Ce chancre n'était accompagné d'aucune douleur ; aussi le malade jugeant que cette affection était de peu d'importance, n'a pas consulté de médecin, et n'a recouru à aucun traitement.

Un mois après le début du chancre, il a été pris d'accès de fièvre qui paraissaient régulièrement tous les jours, vers huit heures du soir. Ces accès présentaient les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur. La durée totale des accès était de trois heures environ ; ils se sont répétés pendant quinze jours. L'accès une fois terminé, le malade s'endormait, et le lendemain il pouvait reprendre son travail sans en être nullement empêché ; car les forces n'étaient pas diminuées, et son appétit était aussi bon qu'à l'ordinaire. Ce nouveau symptôme s'est dissipé de lui-même, sans traitement et sans que le malade en eût en quoi que ce fût modifié son régime et ses habitudes.

Après la disparition des accès, il est survenu une éruption de taches d'un rouge-vif, sans démangeaison (roséole syphilitique), et qui n'ont persisté que quelques jours. Vers la même époque, le malade a ressenti des douleurs très vives dans les articulations des coudes, s'irradiant de ce point comme d'un centre dans la longueur des bras et des avant-bras. Ces douleurs, beaucoup plus intenses pendant la nuit que pendant le jour, ont affecté les membres supérieurs pendant trois semaines, puis elles ont quitté ceux-ci pour se porter sur les membres inférieurs, où elles existaient encore au moment où le malade est entré à l'hôpital. Le siége de leur plus grande intensité est aux genoux, d'où elles se propagent le long des cuisses, et plus particulièrement le long des jambes. Elles sont tantôt plus fortes et tantôt plus faibles ; mais elles s'exaspèrent surtout pendant la nuit. Ces douleurs, qui ont plutôt leur siége dans les parties molles qui entourent les os que dans les os eux-mêmes (douleurs articulaires et musculaires), sont augmentées par la marche, et plus encore par la station debout longtemps prolongée. Le malade en souffre moins encore quand il est assis que quand il est couché. Ce dernier signe est important à noter ; il vient à l'appui de l'opinion de M. Ricord, qui professe que l'exaspération nocturne de ces douleurs est occasionnée par la chaleur du lit. Il a remarqué, en effet, que les personnes que leur profession oblige à dormir pendant le jour, tels que les boulangers, souffrent beaucoup plus au moment où ils sont dans le lit que durant la nuit.

Le malade est un peu dur d'oreille, surtout du côté gauche, et cela seulement depuis l'apparition des premiers symptômes. Son œil est terne, sa peau est d'une couleur terreuse très prononcée ; il n'a jamais été bien coloré, dit-il, mais sa pâleur est singulièrement augmentée depuis le commencement de sa maladie.

Il existe sur le tronc et sur les bras une éruption de papules parmi lesquelles quelques-unes, d'une coloration plus vive, présentant à leur centre une petite vésicule, et d'autres moins rouges sont recouvertes en partie de squames ou même de petites croûtes. En suivant avec attention l'évolution de ces lésions, on voit que ce sont les papules les plus récentes qui présentent à leur centre la petite vésicule ; après quelques jours jours de durée, cette dernière s'ouvre, le liquide qu'elle renferme se concrète, la couleur rouge de la papule devient moins vive et en même temps l'épiderme qui la recouvre s'exfolie.

— En outre des symptômes syphilitiques que je viens d'énumérer, le malade qui fait le sujet de cette observation présentait une autre lésion qui n'est pas sans intérêt. Il existait sur l'épaule gauche, au niveau de la fosse sus-épineuse, un trajet fistuleux par lequel s'écoulait en faible quantité un liquide séro-purulent. A quelque distance du point fistuleux, dans le tissu-cellulaire sous-cutané et au niveau de l'épine de l'omoplate on sentait un corps dur, parfaitement mobile, ressemblant à un sequestre. Le malade, interrogé sur l'origine de cette lésion, a raconté qu'ayant eu une dispute, il y a trois ans, dans un cabaret, il fut poussé rudement contre une porte vitrée, et que dans sa chute il fut blessé à l'épaule par les fragments d'un carreau cassé. Cette blessure donna lieu à la formation d'un abcès qui s'ouvrit spontanément, et à la suite duquel se forma la fistule qui existe encore aujourd'hui. Comme depuis cette époque elle ne produit aucune gêne ni aucune douleur, le malade ne s'en est pas autrement préoccupé.

Ces renseignements ont suffi à M. Ricord pour affirmer que le corps étranger qu'on sentait au niveau de l'épine était un morceau de verre. Une incision pratiquée immédiatement a prouvé la justesse de ce diagnostic. Le prétendu sequestre était, en effet, un morceau de verre triangulaire d'une longueur de quatre centimètres et d'une largeur d'un centimètre à sa base ; le sommet était tronqué. Après l'extraction de ce corps étranger, la plaie a suppuré pendant quelques jours, puis elle s'est cicatrisée.

Les symptômes syphilitiques ont été combattus par le protoiodure de mercure.

Aujourd'hui, 23 avril, l'état du malade est déjà notablement amélioré. Les douleurs ont complétement cessé depuis quelques jours. L'éruption est partout en voie de résolution. Les saillies papuleuses ont disparu ; il reste à leur place une coloration livide et une petite dépression de la peau semblable à celle que produisent les pustules d'acné après leur résolution. Le teint du malade est un peu coloré ; son œil est plus vif ; ses forces sont augmentées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 4 mars 1845. — Présidence de M. Ségalas.

M. Géry. Dans la rectification qu'il a adressée dernièrement à la Société, M. Baraduc m'a fait dire que le spina-bifida était une *hernie de la moelle épinière*. Cela donnerait à entendre que, dans mon opinion, la moelle est libre et flottante au sein de la tumeur. Or, ce n'est pas là ce que j'ai voulu exprimer. J'ai dit et je pense que, dans le spina-bifida, il y a, dès le commencement de sa formation, adhérence de la moelle et de ses enveloppes avec les parois de la tumeur, adhérence qui persiste pendant le développement de cette tumeur dans les parois de laquelle on retrouve la moelle plus ou moins dégénérée, ainsi que les nerfs fournis par cette portion de la moelle. Voici, au reste, des autorités sur lesquelles je m'appuie :

Tulpius, créateur du mot spina-bifida, a noté cette disposition des nerfs dispersés dans les parois de la tumeur. Burgius compare l'aspect de la tumeur ouverte à celui des ventricules du cœur, en raison des colonnes nerveuses qui la traversent. Le déplacement de la moelle et son adhérence aux parois de la tumeur ont été indiqués d'une manière plus ou moins explicite par Brew et surtout par Morgagni, dont voici les propres expressions : « *Medullæ ipsum corpus, non ad primas lumborum subsistens vertebras, sed ad os usque sacrum propemodum.* » Morgagni se demande, à ce sujet, si cet allongement de la moelle ne tiendrait pas à ce que des adhérences insolites l'unissent aux parois de la tumeur ; celle-ci s'étant accrue, la moelle aura dû la suivre dans son développement. (Morgagni, Epist 13, sect. 26, p. 628.)

Enfin, M. Cruveilhier s'exprime ainsi dans son grand ouvrage sur l'anatomie pathologique du corps humain (Livr. 16, pl. 4, art. *Spina-bifida*) : « Après avoir bien réfléchi aux particularités que présente la dissection des tumeurs lombaires, je suis resté convaincu qu'on ne saurait expliquer la formation de ces tumeurs, et surtout la disposition des nerfs et de la moelle à leur niveau, sans admettre une adhérence préalable de la moelle et de ses enveloppes avec les téguments. La dissection la plus attentive de quatre sujets m'a démontré que, chez tous, la moelle avec ses enveloppes allait se perdre dans l'épaisseur des parois de la tumeur, et que de cette portion de moelle quelquefois saine, d'autres fois atrophiée ou ramollie et devenue partie constituante de la tumeur, naissaient les nerfs que j'ai trouvés quelquefois plus développés que de coutume. »

Dans les explications des figures où l'état des parties est si bien reproduit par l'habile pinceau de M. Chazal, M. Cruveilhier donne la description suivante de la figure 5 : « Dans ce cas, la moelle s'enfonce dans l'épaisseur des parois de la tumeur, où elle se perd. De cette même tumeur partent les racines nerveuses qui vont constituer les ganglions et nerfs sacrés. »

D'après cet exposé, je me crois, malgré les objections de M. Baraduc, en droit de maintenir l'opinion que j'ai émise, et je persiste à croire et à dire avec mon savant maître et ami, que la compression modérée et graduée est le seul moyen qu'il soit prudent d'employer dans le *spina-bifida*.

— *M. Vée* fait hommage à la Société de son Mémoire sur les secours publics. MM. Aubert-Roche, Labarraque et Amédée Latour sont chargés d'en rendre compte.

— M. le docteur *Homolle* écrit pour solliciter son admission, et adresse, à l'appui de cette demande, son Mémoire sur la digitale, et une observation médicale manuscrite. (Commissaires : MM. Foy, Morel-Lavallée et Delcau.)

— *M. Richelot* présente, sur la candidature de M. Compérat, un rapport favorable, à la suite duquel ce médecin est nommé membre de la Société.

M. le docteur Tessereau est également admis, sur un rapport favorable fait par M. Labarraque.

M. Félix Legros met sous les yeux de la Société une pièce pathologique qui montre une adhérence complète de toute la longueur du vagin, consécutive à un accouchement laborieux. Il fait remarquer que l'adhérence s'est faite dans le sens des rapports naturels des parois vaginales entre elles, c'est-à-dire *transversalement*, tandis que toutes les tentatives de l'art pour arriver au même but ont été pratiquées dans un sens opposé, dans un sens *vertical*. La conséquence, ajoute M. Félix Legros, est facile à déduire. Lorsqu'on voudra provoquer l'oblitération du vagin, il faudra, pour réussir, suivre les indications de la nature.

M. Forget trouve insolite l'oblitération de toute la longueur du vagin à la suite d'un accouchement laborieux. Il souhaiterait plus de détails sur les circonstances qui ont amené ce résultat.

M. Morel-Lavallée cite le fait d'une oblitération du vagin survenue à la suite d'une cautérisation imprudente de cet organe. Un jeune médecin, peu familier avec la cautérisation du col utérin, crut pouvoir la pratiquer sans le secours du spéculum, et en portant directement un pinceau imbibé de liquide caustique à travers le vagin, jusqu'à la matrice. Il en résulta une oblitération presque complète de ce conduit, qui n'offrait plus qu'un léger pertuis.

M. Félix Legros rappelle le fait rapporté par M. Lombard (de Genève), d'une femme chez laquelle des injections d'acide sulfurique pratiquées dans un but d'avortement, avaient déterminé une oblitération totale du vagin.

M. Forget. Ici il y a eu une cause chimique dont l'action s'est étendue à toute la muqueuse vaginale ; mais je ne m'explique pas comment ce fait d'une oblitération complète du vagin dans toute sa hauteur, peut être la conséquence d'un accouchement laborieux,

M. Ségalas. J'ai été consulté, il y a longtemps, par une femme de province affectée d'une oblitération complète du vagin consécutive à un accouchement laborieux. Cette femme ne voyant pas revenir ses règles après plusieurs mois, vint à Paris consulter, et ce fut cette circonstance qui amena la découverte de l'oblitération vaginale. Je présentai cette malade à l'Académie, et après avoir recueilli l'avis des membres de la section de chirurgie, je m'abstins de toute opération.

M. Géry. L'oblitération fut annoncée, dit M. Ségalas, par la rétention des menstrues ; mais le mari aurait dû s'en apercevoir plutôt. Cela semblerait indiquer que l'adhérence ne commençait qu'à une certaine hauteur.

M. Richelot. J'ai observé dernièrement, avec plusieurs médecins, une oblitération du col de la matrice, à la suite d'un accouchement laborieux. Des ulcérations s'étaient développées dans le vagin, et on avait employé tous les moyens possibles pour préserver ce conduit d'adhérences ; on y avait réussi à grand'peine : mais on n'avait pu garantir le col, dont l'orifice n'offrait qu'un très mince pertuis. Au reste, les avis furent partagés sur le siége de cette oblitération : M. Nélaton et moi pensâmes qu'elle n'intéressait que le col ; les autres médecins qui l'examinèrent, furent d'avis qu'elle comprenait aussi la partie supérieure du vagin. Quoi qu'il en soit, ce cas nous offre une tendance à l'oblitération du vagin, non suivie de résultat, grâce aux efforts de l'art. Il est naturel d'en conclure la facilité de cette oblitération, lorsqu'aucune tentative n'intervient pour l'empêcher.

M. Gaide, qui a été témoin de ce fait, pense qu'il y avait oblitération de la partie supérieure du vagin.

M. Félix Legros rappelle une observation de M. Caffe relative à une occlusion du col utérin et de la partie supérieure du vagin, survenue à la suite d'injections alcalines.

M. Desrivières. Pour répondre à l'objection de M. Géry qu'une oblitération du vagin aurait dû être reconnue par le mari, je citerai l'exemple d'une de mes clientes qui, voyant qu'elle ne pouvait devenir enceinte, se plaignait d'être *barrée*. L'examen me fit reconnaître chez elle la présence d'une membrane qui fermait le vagin à une certaine hauteur. Son mari ne se doutait nullement de cette disposition. Je rappellerai à cette occasion que, dans certaines maisons de tolérance, on fait en quelque sorte des vierges artificielles en soumettant les femmes pendant plusieurs jours à des injections fortement astringentes ; elles obtiennent ainsi un resserrement considérable du vagin.

M. Dreyfus. Il existe des exemples d'occlusion partielle de la vulve et du vagin, à la suite d'eczéma de ces parties.

M. Morel-Lavallée. L'oblitération de la vulve à la suite d'accouchements laborieux est un fait incontestable. On nous a cité également des exemples d'oblitération de la partie supérieure du vagin par suite de la même cause. Or, si l'oblitération est prouvée, d'un côté pour la partie supérieure de ce conduit, de l'autre pour sa partie inférieure, on la conçoit aussi sans difficulté pour sa partie moyenne. De ces faits découle naturellement la possibilité de l'oblitération dans toute la hauteur.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE GÉNÉRALE.

Observation d'hermaphrodisme ou d'épispadias. — M. le docteur Michel de Barbentane, adresse au *Bulletin de Thérapeutique* le fait suivant :

La femme Ayme (Jean-Baptiste-Jacob), âgée de trente-huit ans, forte et robuste, mère de plusieurs enfants des deux sexes, bien portants et bien constitués, est accouchée le 17 du mois passé, d'un enfant dont on n'a pu d'abord déterminer le sexe. Après un examen sévère, et suivant notre avis, le nouveau-né a été enregistré à la mairie et baptisé à l'église sous le nom d'Ayme (Louis).

Par suite d'arrêt dans le développement des parties génitales, Ayme (Louis), au lieu d'être un hermaphrodite véritable, c'est-à-dire réunissant à la fois les deux sexes, pouvant féconder et être fécondé, attributs qui nous paraissent impossibles, est un être imparfait, frappé d'impuissance, impropre à la génération, atteint d'un vice de conformation ordinairement incurable, connu par les auteurs sous le nom d'épispadias, c'est-à-dire avec ouverture contre nature du canal de l'urètre, à la partie supérieure du pénis, plus ou moins près de l'arcade des pubis. Nous croyons faire plaisir à nos lecteurs en leur donnant une idée anatomique et succincte de ce sujet offert à notre observation.

On ne voit, au lieu de verge, qu'un morceau de chair brut, sans gland, dépourvu de prépuce et de canal de l'urètre, tellement court qu'il n'est susceptible d'aucun mouvement, et dans lequel ne circuleront ni urine ni sperme. Malgré cela, le scrotum et les testicules jouissent d'une véritable perfection, et l'enfant, doué d'un embonpoint remarquable, est d'une parfaite santé. Pour suppléer aux excrétions dont la verge est l'organe, on découvre sous le pénil, contre la symphyse des pubis, une ouverture qu'on prendrait volontiers pour un vagin. Il existe, en effet, plusieurs replis de la peau, assez semblables aux grandes lèvres ; quelques petites crêtes imitent les nymphes et les nymphes et les caroncules myrtiformes. Si vous ajoutez à cela une espèce de méat urinaire, par lequel s'épanche journellement le liquide, tout contribuera à donner à cette fente l'aspect d'une vulve imparfaite.

Dans quelle catégorie faut-il ranger cet enfant qui, privé de membre viril, possède néanmoins des bourses et des testicules, avec l'apparence informe d'un vagin ? Ce n'est point, pour nous, un hermaphrodite, ainsi que l'auraient cru les anciens, mais un sexe neutre, bien que la nature semble avoir voulu primitivement le destiner à être homme. Si la vie se conserve chez cet infortuné, ses goûts et ses penchants pourront l'attirer près des femmes ; mais, né eunuque sans être castrat, il sera tourmenté par des désirs qu'il ne pourra satisfaire. Peut-être dans ce sens aurions-nous dû le classer dans le genre féminin. La puberté seule peut apporter une solution à ce problème aujourd'hui difficile à résoudre.

Concrétions osseuses dans l'épiploon et dans la rate. — Le docteur L. Koch rapporte le fait suivant dans la *Gazette de Chirurgie*, feuille allemande. Une femme de soixante-trois ans mourut à la suite de nombreuses désorganisations des organes abdominaux, parmi lesquelles figurait une hypertrophie considérable du foie et des transformations graisseuses entre les feuillets du mésentère ; d'une épaisseur d'un pouce dans certains endroits, l'épiploon n'était pas moins riche en couches de graisse ; dans l'une de celles-ci, un peu à droite, on rencontre une concrétion osseuse de la forme et du volume d'une noix, lisse sur presque toute sa surface, et du poids d'un gros environ. L'auteur trouve encore une semblable concrétion osseuse dans la rate. Rokitanski, dit-il, a observé trois variétés d'ossifications dans la rate ; dans la première, c'est une plaque osseuse qui adhère à la surface de la rate, s'étend principalement en largeur. Elle ne s'observe guère que chez les personnes très âgées ; tantôt ce sont des filaments crétacés qui, selon l'auteur, succèdent à des inflammations de la rate. D'autres fois enfin, ce sont des noyaux osseux ronds et lisses que l'on rencontre dans les veines de la rate. La concrétion observée par M. Koch rentre dans la première de ces variétés. Elle a trois pouces de long, un et demi de large, quatre lignes d'épaisseur. Elle ressemble à un os desséché ayant sa surface externe lisse et polie, l'interne rude et raboteuse ; elle pèse 15 grammes.

Les deux concrétions dont il est ici question étaient principalement formées de phosphate acide et de carbonate de chaux. La substance de la rate, non transformée, était mollasse.

Staphylomes de la cornée et de la sclérotique guéris par la belladone. — Les *Annali universali di medicina*, rapportent les deux observations suivantes, dues au docteur Baratta, et relatives à l'emploi de la belladone dans le traitement des staphylomes.

Première observation. — Une jeune dame de vingt-cinq ans eut une ophthalmie intense ; à l'œil droit il lui était resté un ulcère vers le bord inférieur de la cornée transparente, ainsi qu'une procidence de l'iris ; bientôt elle perdit complétement la vue de ce côté, et resta deux mois dans cet état. Le docteur Baratta lui trouva, au lieu de la procidence de l'iris, un vaste staphylome de la cornée de forme conique, de six lignes de circonférence, et occupant presque la moitié de la cornée transparente. De plus, il existait un épiphora qui s'opposait à la libre ouverture de la paupière. La malade s'étant refusée à toute opération, l'auteur se borna à lui faire des applications externes de belladone à la dose de dix grains pour un gros d'eau distillée. On faisait trois ou quatre fois par jour des instillations de cette solution entre les paupières. L'emploi de ce moyen ne tarda pas à amener la disparition du staphylome, et l'œil ne conserva plus qu'une légère difformité.

Seconde observation. — Le second cas du docteur Baratta est celui d'un homme de quarante-trois ans, qui, à la suite d'une ophthalmie chronique de l'œil gauche, eut un vaste staphylome de la sclérotique, tout près de la cornée transparente, avec hypopion. Le staphylome fut reconnu comme tel par le professeur Panizza et par le docteur Caimi. Après avoir obtenu une légère amélioration par la méthode antiphlogistique, M. Baratta eut recours à la belladone comme dans le cas précédent ; la même dose n'ayant pas suffi, la belladone fut portée progressivement à celle de deux gros pour deux onces d'eau distillée. A ce point s'arrêta la tolérance et commença l'amendement. Trois ou quatre fois par jour on faisait prendre à l'œil malade un bain de dix minutes environ dans ce liquide. Le staphylome disparut au bout de trois semaines. Six jours après, la cornée fut débarrassée d'une petite tumeur qui était située près de la précédente.

Réduction des luxations. — Le même journal contient un mémoire intéressant du docteur Da Camin, sur les moyens destinés à faciliter la réduction des luxations, même anciennes. On sait que dans les luxations, les plus grands obstacles viennent ordinairement non des os, mais des muscles. Partant de là, l'auteur enseigne que l'on doit avoir principalement égard à l'insertion des muscles qui ont été engagés ou compromis, et pour cela la position à donner au membre sera réglée d'après les souffrances que cause au malade la distension du membre : soit par exemple la luxation de l'avant bras ; il faut, avant tout, donner au membre une position qui lui fasse faire un angle obtus avec la poitrine, pour faire cesser la distension qu'éprouvent le biceps et le brachial interne, forcément repliés sur l'extrémité inférieure de l'humérus ; l'auteur a de cette manière pu réduire trois luxations très anciennes, en tirant simplement l'humérus en arrière par son extrémité inférieure.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie chirurgicale ; par le docteur NÉLATON, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Dans les sciences, comme partout, il est difficile, à notre époque, de faire du nouveau. Cependant tout n'a pas été si complétement exploité qu'il soit impossible de faire autre chose que copier servilement les anciens. Il est des erreurs à rectifier, et elles sont nombreuses ; il est de nouveaux faits à signaler, que des procédés imparfaits d'exploration n'avaient point permis d'apercevoir à des époques encore peu éloignées de nous. Sans rejeter entièrement les travaux antérieurs, on doit les consulter sobrement, vérifier par soi-même, autant que faire se peut, les opinions de ses devanciers, et les soumettre à l'épreuve clinique, la seule en laquelle on puisse avoir confiance.

C'est ce qu'a senti M. Nélaton, qui n'a point voulu redire en d'autres phrases ce qu'avaient dit ses devanciers avec quelques modifications seulement de forme, de classement ou de rédaction. Il a compris qu'à une époque où tant de travailleurs cherchent avec plus ou moins de succès, mais avec des efforts toujours louables, à refaire la science médicale jusque dans ses fondements, les chirurgiens ne devaient pas rester en arrière. Nous verrons, par l'analyse de ce volume, qu'il a rempli avec bonheur la première partie de la tâche qu'il s'est imposée, et à laquelle, nous n'en doutons nullement, la seconde ne restera pas inférieure.

Le premier chapitre, intitulé Prolégomènes, est consacré aux généralités de la science ; des considérations préliminaires sur les opérations, les règles à suivre pendant l'opération, les accidents qui peuvent se manifester, le pansement, la petite chirurgie et les bandages se recommandent aux élèves par la concision en même temps que par la clarté avec laquelle elles sont présentées. Puis vient l'histoire des phlegmasies qui appartiennent spécialement à la pathologie chirurgicale, les phlegmons circonscrits et diffus, les abcès et l'érysipèle traumatiques.

Les plaies sont étudiées avec un soin tout particulier, tant sous le rapport de leur mode de production que sous celui de leur nature, de leurs accidents et complications, de leur traitement. Vient ensuite l'examen des cas qui exigent l'amputation, et l'appréciation comparative des diverses méthodes en usage pour la pratiquer. Les gangrènes, les brûlures, les fistules, le cancer en général, et enfin un excellent chapitre, véritable description faite *d'après nature*, comprenant les ulcères et leurs variétés, terminent la première partie.

La seconde moitié du volume, consacrée à l'histoire des maladies chirurgicales envisagées dans les divers tissus, commence par les affections de la peau, du tissu cellulaire, des bourses séreuses. On remarquera en particulier dans cette seconde section le chapitre *Anévrysmes*. M. Nélaton, abordant franchement la première difficulté qui se présente, relativement à la question de savoir si la dilatation artérielle, considérée comme une maladie particulière par Scarpa, Laënnec, etc., doit être rangée parmi les anévrysmes, comme l'ont fait Boyer, Morgagni, Valsalva, J.-L. Petit. M. Nélaton définit tout d'abord l'anévrysme, toute tumeur formée par du sang artériel contenu dans une artère dilatée, ou sorti de son vaisseau, mais communiquant toujours avec lui, et pénétrant ou non dans une veine. L'histoire de ces affections artérielles, remarquablement complète, résume l'ensemble des connaissances que nous possédons aujourd'hui sur les anévrysmes, et constitue véritablement une précieuse monographie.

Les varices, les affections des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des muscles, des nerfs, les tumeurs érectiles, précèdent un des plus intéressants chapitres ; nous voulons dire celui qui renferme les maladies des os.

J.-L. Petit avait dit le premier que les maladies qui atteignent les parties molles peuvent toutes envahir les parties dures également. De son temps, il était impossible de démontrer cette vérité, mise en évidence par les travaux modernes. Jusqu'à ces dernières années, par exemple, on avait cru que l'inflammation du tissu osseux était rare, et l'on croyait s'être parfaitement rendu compte de ce fait par le peu de vitalité du tissu, dans lequel, disait-on, la vie ne se manifeste que par des phénomènes très obscurs. Les idées émises sur les canalicules des os, leur texture et leur disposition, par Leuwenhoeck, le célèbre micrographe du dix-septième siècle, abandonnées pendant plus d'un siècle et reprises il y a huit ans environ par M. Gerdy, en France, Deutsch et Miescher, en Allemagne, ont grandement contribué à changer la manière de voir des pathologistes modernes. On conçoit facilement que dans une analyse de ce genre, il nous soit impossible d'entrer dans des détails circonstanciés. Nous nous bornerons à dire que les travaux dont nous venons de parler ont été d'un grand secours à M. Nélaton pour tracer l'histoire de l'ostéite et de l'ostéo-myélite, maladies à peine soupçonnées par les chirurgiens il n'y a pas encore vingt ans, et qu'il en a tiré le plus heureux parti pour donner la théorie de l'exfoliation, de l'élimination du séquestre dans la nécrose, deux points jusqu'alors mal expliqués.

Enfin, le dernier chapitre comprend l'histoire des fractures ; les praticiens comme les élèves liront avec intérêt cette partie qui joint au mérite d'une rare, mais sage concision, celui d'être très complète. Les paragraphes consacrés aux fractures du col du fémur, dans lequel on aime à retrouver une analyse raisonnée des travaux de Boyer, d'Astley-Cooper, de Chassaignac ; ceux où l'auteur traite des fractures du radius au sujet desquelles on doit à M. Voillemier de précieuses recherches, enfin celles du péroné, de la rotule, fixeront spécialement l'attention. Nous eussions cependant aimé à trouver dans l'histoire des fractures du radius, l'indication au moins sommaire des signes importants indiqués par M. Velpeau, et dont l'omission nous semble regrettable.

Après avoir rendu à M. Nélaton la justice qui lui est due, qu'il nous soit permis de signaler un ou deux paragraphes qui ne nous semblent pas être tout à fait au niveau du reste du livre.

La diathèse purulente et la résorption purulente, ces questions à l'ordre du jour, n'ont-elles pas été un peu trop brièvement traitées ? Au lieu de voir l'auteur se borner à exposer sur ce point les opinions généralement reçues, nous eussions été heureux de trouver, après la discussion de ces idées étrangères, l'opinion du jeune et habile chirurgien de Bicêtre. A ce propos aussi, qu'il nous soit permis de faire observer que dans l'article *Phlébite*, un peu trop écourté peut-être, surtout sous le rapport de l'anatomie pathologique, quelques opinions éminemment discutables ont été, ce nous semble, trop facilement acceptées, sans avoir été soumises à la discussion approfondie qu'elles méritaient.

Ce sont là, du reste, de très légères inégalités que rachète très amplement la manière avec laquelle a été traité le reste de l'ouvrage, et qui disparaîtront sans nul doute dans une seconde édition.

D[r] A. FOUCART.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842.

Commissaires : MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur*.

(Suite du n° 48.)

Ainsi, dans le royaume de Wurtemberg, que nous choisissons pour exemple, parce qu'il n'est pas de pays où les vaccinations et les revaccinations soient surveillées avec plus de soin, nous trouvons que dans le département du Danube et dans celui de la Forêt-Noire, les bonnes revaccinations ne dépassent pas 29 pour 100, et celles de l'armée 34 ; et au contraire, elles s'élèvent à 59 dans le département de la Forêt-Noire, et à 70 dans celui de Jaxst. Est-il vraisemblable que la même règle ait servi de base dans ces divers départements pour classer les revaccinations ? Cette inégalité de résultats porte à présumer le contraire.

Au reste, en réservant la qualification de seconde vaccination à celles qui reproduisent tous les phénomènes de la première, ce n'est pas que nous regardions comme étrangères à la vaccine les éruptions locales désignées sous le nom de revaccinations modifiées ou incomplètes.

Avec les auteurs des n°s 20, 22, 23 et 24, nous pensons au contraire que ces éruptions avortées sont des temps d'arrêt de l'action produite par le vaccin, et désignent assez exactement l'aptitude qu'avait la personne revaccinée à une vaccination nouvelle.

Nous pensons même qu'il y aurait utilité d'adopter, pour exprimer ces modifications, les désignations de revaccinations au quart, à la demie, aux deux tiers, aux trois quarts, proposées par l'auteur du n° 23, afin de ne pas confondre l'*immense gradation* qui existe entre le développement normal le plus fort et le plus faible des secondes vaccinations, pour employer les expressions de l'auteur du n° 22.

En second lieu, l'aspect des cicatrices est un point à considérer dans la pratique des secondes vaccinations, leur présence étant le seul indice de la première. Gregory et ses adhérents ont eu tort de les considérer comme un signe infaillible de préservation. L'atteinte des vaccinés à belles cicatrices par la variole a déjà montré ce qu'il y avait d'exagéré dans cette supposition ; le succès des revaccinations l'a mieux établi encore.

Ainsi, dans le bailliage de Boelbinger, sur 2,718 vaccinés, 1,322 présentaient des cicatrices parfaites ; et néanmoins le succès de la seconde vaccination fut de 65 pour 100.

Et, au contraire, la revaccination fut incomplète chez 1,134 vaccinés, dont les cicatrices étaient vicieuses.

Dans l'armée du royaume de Wurtemberg, sur 14,384 militaires, 7,845 offrirent des cicatrices normales ; et chez eux, la seconde vaccination fut complète dans la proportion de 31 sur 100, tandis qu'elle ne fut que de 28 sur ceux à cicatrices vicieuses ou nulles.

En 1837, 38 et 39, les revaccinations dans l'armée du Hanovre donnèrent le même résultat ; et le fait devint même si général dans le royaume de Wurtemberg, que le gouvernement rapporta l'ordonnance qui exemptait de la revaccination les vaccinés à cicatrices parfaites.

La conservation plus ou moins parfaite des cicatrices de la première vaccination n'est donc pas un guide certain pour ou contre le succès de la seconde. C'est ce que confirment pleinement les nombreuses expériences de revaccinations faites par les auteurs des n°s 20, 7, 22, ainsi que celles pratiquées par l'auteur du n° 24, qui a fait représenter, dans une planche de son Atlas, les dégradations diverses des cicatrices vaccinales.

En résumé, les succès des secondes vaccinations à des degrés divers est donc un fait certain, incontestable.

Reste à déterminer maintenant le degré d'aptitude que pouvaient avoir les revaccinés à contracter la variole.

C'est ici que réside le point difficile du problème.

Rapport des revaccinations avec l'aptitude des vaccinés à contracter la variole.

Jenner avait fait une remarque importante trop négligée par les revaccinateurs. Fondé sur l'observation, et d'après des expériences précises, il avait dit :

« Bien que le cow-pox ou la vaccine protégent contre la variole, et » la variole contre le cow-pox, *néanmoins* le *cow-pox* n'est pas tou» jours apte à se protéger contre lui-même. »

Ce qui renferme que l'organisme de l'homme est susceptible, chez certains individus, de reproduire plusieurs fois les phénomènes apparents de la vaccine.

D'où il suit que le succès d'une seconde et même d'une troisième vaccination, comme il en existe des exemples, justifie bien l'exactitude de ce précepte, mais ne prouve pas toujours que le sujet revacciné fût, par cela même, devenu apte la contracter la variole.

En d'autres termes, l'aptitude à la revaccination chez les vaccinés ne représente pas exactement chez eux l'aptitude à contracter la variole.

Envisagés sous ce point de vue, les succès des revaccinations, quelque nombreux qu'on les suppose, perdent beaucoup de leur importance. Ils sont loin d'avoir la portée ou la *signification* que quelques revaccinateurs ont cherché à leur donner, en regardant la revaccination comme une sorte de *variolomètre*,

Ce qui précède explique comment des milliers de vaccinés qui, précédemment, avaient souvent été exposés à la contagion de la variole sans la contracter, ont pu néanmoins être vaccinés une seconde fois avec succès, sans qu'on pût soupçonner chez eux une aptitude à contracter la variole.

Ce fait capital ressort encore mieux du succès de la vaccination chez les personnes qui ont éprouvé déjà la variole naturelle. Dès le début des vaccinations, le docteur Valentin, qui avait soigné tant de varioles dans le cours de sa vie, avait été préservé par la variole qu'il avait eue dans sa jeunesse ; néanmoins la vaccination fut suivie de succès. Cent autres médecins (dont les noms sont cités dans les mémoires des concurrents) qui avaient eu la variole ; qui, comme on l'est dans notre profession, avaient été exposés au *contagium* varioleux sans en éprouver les effets, eurent cependant une vaccination heureuse.

Parmi ces exemples, il n'en est pas de plus remarquable que celui présenté par le docteur Heim, le plus célèbre des revaccinateurs. Il avait eu la variole, et avait soigné des variolés sans inconvénients. Son frère, âgé de trente-neuf ans, étant attaqué d'une variole confluente, il le soigna, resta constamment auprès de lui, et, trois semaines après être sorti de cette épreuve si décisive, il se vaccina et eut une vaccination à peu près égale à la vaccine ordinaire. Enfin, notre célèbre accoucheur le professeur Moreau, qui a eu la variole dans sa jeunesse, dit avoir réussi à se vacciner trois fois.

Comment se rendre compte de ces faits si significatifs ? Supposera-t-on que la variole naturelle ne se protége pas contre elle-même ? Mais tous ces médecins, sans exception, avaient eu la certitude contraire en touchant les variolés, et en leur prodiguant les soins que nécessite cette maladie. La conclusion qu'ils renferment nous paraît donc que le succès de la revaccination ne traduit pas toujours l'aptitude que peut avoir l'homme à contracter la variole, soit après avoir été vacciné, soit après avoir éprouvé la variole naturelle.

Et, afin qu'on ne regarde pas les cas de vaccinations heureuses chez les variolés que nous venons de rappeler comme des exceptions ; afin de conserver à la conclusion qu'ils renferment toute sa valeur, nous citerons les résultats obtenus chez les variolés dans les revaccinations générales.

Dans les revaccinations (seconde vaccination) qui furent entreprises dans le royaume de Wurtemberg, de 1831 à 1836, dans des communes entières, et principalement dans l'armée, il se trouva, dit le docteur Heim, que, sur 297 individus qui portaient des cicatrices de variole naturelle, la vaccine eut une réussite parfaite chez 95 individus, une vaccine modifiée chez 76, et une vaccine nulle chez 126.

D'où il suit que, sur 100 individus variolés, la vaccine réussit sur 32, est modifiée sur 26, et sans résultat sur 42.

A Kasan, en Russie, du 2 juin au 12 octobre 1837, 1,436 individus qui avaient eu la petite vérole, et en portaient des cicatrices apparentes, furent vaccinés :

Vaccine parfaite : 271.
Vaccine légèrement modifiée : 84.
Vaccine sans succès : 1,081.

Donc, ici encore, sur 100 variolés vaccinés, la vaccine fut parfaite chez 19, modifiée chez 6, nulle chez 75.

Il est à remarquer que le vaccin pris de ces variolés fut employé avec succès aux vaccinations naturelles.

Bien plus, le docteur Heim pense que ce vaccin offrirait plus de sûreté que le vaccin ordinaire, de sorte que la force du vaccin pris sur les variolés serait au vaccin ordinaire dans la proportion de 63 3/4 à 55.

(La fin à un prochain numéro.)

Correspondance.

Paris, le 20 avril 1845.

Monsieur,

Permettez, je vous prie, de faire cette courte réponse à l'article que M. Maisonneuve a cru devoir objecter dans votre numéro du 19 (*Voir* votre numéro du 29 mars.)

Cet article de M. Maisonneuve pèche tout à la fois par le fond et par la forme : par le fond ; car de quoi s'agit-il ? D'une extraction de racine de dent qu'il aurait faite par une opération qui consiste à mettre d'abord la racine à découvert, puis à l'extraire avec un crochet. Hé bien, j'ai dit que cette méthode opératoire, pour parler un langage approprié à la position scientifique de M. Maisonneuve, n'était ni nouvelle, ni inconnue des dentistes, et j'en ai donné pour preuve la description formelle que j'en ai faite à la page 464 et suiv. de mon ouvrage. Que M. Maisonneuve ait fendu l'os avec un ostéotome pour extraire ensuite la racine avec un crochet ; ou bien que j'aie fait sauter avec une petite gorge la table externe de l'alvéole pour enlever la racine avec des pinces aiguës, la méthode est la même ; c'est tout ce que j'ai voulu démontrer. Soutenir le contraire serait jouer sur des mots, et non faire de la science.

Quant aux vices de formes inhérents à l'article de M. Maisonneuve, ils consistent, d'une part, à supposer que mon observation n'a été faite que pour me donner un motif de réclamer ; et d'autre part, à donner à entendre que je procède (habituellement) à l'extraction des racines profondes en faisant éclater l'alvéole. Or, je renvoie la première supposition à son auteur, qui pourrait bien ne la faire à mon égard que pour s'en dégager lui-même ; et je me contente de repousser la seconde insinuation, en priant celui qui se l'est permise de jeter les yeux sur mon ouvrage ; il y verra que je ne regarde l'opération en question que comme un cas tout à fait exceptionnel, et que dans la généralité des cas d'extraction, je tiens tellement à respecter l'alvéole que je regarde la clef de Garengeot comme un instrument dangereux, et inventé bien plus dans l'intérêt de l'opérateur que dans celui de l'opéré.

Cela dit, je laisse à M. Maisonneuve le soin d'abord d'accorder cette assertion du premier article (29 mars) : « Alors la racine étant à dé» couvert, M. Maisonneuve l'accrocha avec un crochet », avec cette phrase de sa lettre du 19 avril : « Et d'un seul coup j'ai incisé l'al» véole dans toute sa longueur et ramené en même temps la racine » ; ensuite de faire comprendre qu'une opération qui consiste à décoller la gencive d'un coup de bistouri, et à fendre d'un seul coup de serpette dans toute sa longueur l'alvéole d'une canine supérieure, « est infi» niment moins douloureuse que toutes celles que les dentistes prati» quent avec leurs divers instruments. » Qui veut trop prouver souvent ne prouve rien.

Agréez, etc.,

DESIRABODE,
Chirurgien-Dentiste.

MM. les médecins du premier arrondissement de la ville de Paris, viennent de former une Société ayant pour but les intérêts scientifiques, moraux et matériels du corps médical. Le bureau a été composé comme il suit : M. Delens, président ; M. Le Roy-d'Etiolles, vice-président ; MM. Letalenet et Foissac, secrétaires ; M. Mélier, trésorier. Le maire, M. Cottenet, a mis avec beaucoup de bonne grâce l'une des salles de la mairie à la disposition de la Société.

Il est à désirer que de semblables réunions se forment dans chaque arrondissement ; elles maintiendront dans leur force et leur intégrité les sentiments de moralité qui distinguent notre profession, et développeront l'esprit de corps nécessaire pour prendre dans l'état social le rang et l'importance qui doivent nous appartenir. MM. les maires, nous l'espérons, s'empresseront de seconder ces réunions : ils sentiront de quelle importance peuvent être pour les quartiers qu'ils administrent des associations d'hommes instruits et bien intentionnés pour lesquels la bienfaisance est une habitude, et dont ils pourront prendre l'avis dans les questions d'hygiène publique, d'épidémie, etc. Ils comprendront d'ailleurs que le mouvement suivra l'impulsion donnée, et qu'il vaut mieux pour eux avoir le mérite de le seconder que d'y apporter inutilement et imprudemment des entraves.

Sixième liste de souscription pour un confrère malade. (*Voir* le numéro de jeudi.)

Total des souscriptions précédentes,	310 fr.
MM. les Doct. H. Larrey,	5
Grzymala Gilewiez,	5
Crenet, direct. de la Caisse centrale des Médecins,	5
M...,	10
Brierre de Boismont,	10
Lacorbière,	10
Total,	355 fr.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 AVRIL 1845. (18e ANNEE.) N°. 50. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS.—M. GUERSANT fils.

Hypertrophie des amygdales. Quelques mots sur les divers procédés d'excision.

Au n° 26 de la salle Sainte-Thérèse est couchée une fille de treize ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, mais non scrofuleuse. Il y a deux ans, elle a eu une fièvre scarlatine assez intense qui a été accompagnée d'une angine tonsillaire. Depuis cette époque, elle est restée sujette à des atteintes fréquentes d'amygdalite; par suite de ce travail inflammatoire presque continuel, les amygdales se sont gonflées, et aujourd'hui elles présentent un volume très considérable, surtout celle du côté droit. Probablement par suite de cette disposition, cette jeune fille ronfle très fortement, très bruyamment, et depuis quelques jours à peine qu'elle est dans nos salles, toutes ses voisines se plaignent qu'elle les empêche de dormir, et que le bruit qu'elle fait ainsi les incommode.

Elle présente, quant à l'aspect extérieur, cette particularité, que la face est rouge, colorée, d'une teinte absolument semblable à celle que détermine un coup de soleil; de plus, les téguments des mains, des bras et des avant bras est d'un violet d'autant plus foncé que l'on se rapproche plus de l'extrémité du membre. Il semblerait que la circulation capillaire ne se fait pas d'une manière bien franche; évidemment, on ne peut s'expliquer ce phénomène par l'affection hypertrophique des amygdales seulement. Chez elle, un des principaux caractères manque de ceux que l'on observe chez les individus sujets à une grande gêne de la respiration; elle respire la bouche fermée, contrairement à ce qui se passe chez les enfants qui, par une cause analogue, ont la respiration très gênée.

Le ronflement très bruyant semble donc être à peu près le seul inconvénient actuel de l'état de cette petite malade. Bien qu'il n'existe aucune gêne de la respiration, et que par conséquent il n'y ait point imminence de danger de suffocation, M. Guersant croit devoir enlever les amygdales hypertrophiées, qui peut-être plus tard pourraient encore augmenter de volume, et occasionner des dangers plus sérieux, des dégénérescences, etc. Au sujet de cette opération, M. Guersant croit utile d'entrer dans quelques détails sur les divers moyens conseillés pour pratiquer l'ablation des amygdales, opération qui, toute simple qu'elle paraît, n'en a pas moins été l'objet de recherches spéciales, et n'a pas moins donné lieu à l'invention de nouveaux instruments.

Un grand nombre de chirurgiens emploient tout simplement l'érigne double, avec laquelle ils saisissent l'organe et l'attirent d'un côté pendant que l'instrument tranchant agit. D'autres ont adopté la pince de Museux, qui n'est, après tout, que deux érignes doubles se rapprochant par le même mécanisme que les branches d'une pince à pansement. Ces deux instruments ont fréquemment un grand désavantage; c'est, lorsque le tissu des amygdales est ramolli, et souvent l'inflammation produit là le ramollissement, c'est, disons-nous, de déchirer ce tissu et de passer au travers. Certes, cet inconvénient est réel, et l'objection fondée. Maintenant, quant à l'instrument tranchant mis en usage, les uns préfèrent le bistouri, d'autres les ciseaux. Le bistouri, quand on l'emploie, doit être le bistouri boutonné, et sa lame garnie d'une bandelette de linge dans une portion de son étendue.

Ce n'est guère que dans ces derniers temps que l'on a imaginé un instrument spécial, d'une utilité incontestable chez les enfants surtout; c'est l'instrument de Fenestock, destiné à embrasser et à trancher d'un seul coup l'amygdale malade. Cet instrument n'a pas trouvé tout d'abord beaucoup de partisans : il en est des moyens nouveaux en chirurgie comme en médecine; on s'en défie d'abord, et puis, et surtout, on ne sait point le manier. Lorsqu'un instrument nouveau paraît, il faut, avant tout, se bien rendre compte de son mécanisme, et souvent ensuite on revient de ses préventions défavorables. M. Guersant est devenu partisan de cet instrument lorsqu'il a su le manier sans être embarrassé, et maintenant il l'emploie dans la plupart des cas.

Quelques chirurgiens se servent, pour faciliter l'introduction de l'instrument et la préhension de l'amygdale, d'une spatule avec laquelle ils font abaisser la langue de l'enfant. M. Guersant rejette ce moyen comme embarrassant et gênant plus qu'il ne la facilite l'introduction de l'instrument. Il abaisse la langue avec la tige de l'instrument lui-même; la langue ainsi abaissée, et les amygdales étant bien en vue, on commence par embrasser la plus volumineuse, on pousse l'aiguille destinée à embrocher l'organe malade, puis, en tirant la branche qui supporte la portion tranchante de l'instrument, on coupe l'amygdale d'un seul coup et assez rapidement. Depuis qu'il a supprimé l'emploi de la spatule, et qu'il fait usage du moyen que nous venons de décrire, M. Guersant dit n'avoir jamais échoué, et avoir toujours réussi à pratiquer cette excision avec bonheur. Nous avons dit que l'on devait commencer par l'amygdale la plus volumineuse. La raison en est bien simple; il est possible qu'après une première opération, faite pour ainsi dire par surprise et chez un enfant qui ne se rend pas bien compte de ce qu'il va souffrir, le sujet refuse obstinément de se soumettre à une seconde incision; si l'on n'a pas pris soin d'enlever la plus grosse amygdale d'abord, il en résulte que l'on n'a fait que la moitié la moins importante de l'opération.

Dans le cas actuel, l'enfant, déjà d'un certain âge, est raisonnable, et n'opposera aucune résistance; l'amygdale la plus volumineuse est la droite; elle présente des sortes de divisions de lobes; sa grosseur et sa division lobulaire feront peut-être qu'elle aura quelque peine à s'engager dans l'ouverture de l'instrument. L'organe s'engage beaucoup plus facilement lorsqu'il a conservé la forme globuleuse, et que son diamètre n'est pas encore très considérable. Quant aux accidents d'hémorrhagie qui peuvent survenir après l'incision des amygdales, ils ne sont point ordinairement très redoutables, surtout chez les très jeunes sujets; chez les individus plus âgés, il s'écoule habituellement une plus grande quantité de sang, d'autant plus forte, que l'âge du sujet est plus avancé. Jamais M. Guersant, qui a déjà pratiqué cette petite opération un grand nombre de fois, ne l'a vue suivie d'hémorrhagie inquiétante chez l'enfant. Une seule fois, chez l'adulte, l'écoulement de sang a duré assez longtemps et a été assez abondant pour que l'on ait été obligé de cautériser directement la surface saignante avec le fer rouge.

Pour cette jeune fille, quelle sera le résultat de l'opération? Probablement, de l'empêcher de ronfler aussi bruyamment que d'habitude; mais M. Guersant pense aussi que l'excision des amygdales, chez cette malade, n'aura point pour résultat de rendre la respiration plus calme; il n'y a pas en effet de gêne appréciable dans la respiration. La malade parle du nez, *nasonne*, comme l'on dit; peut-être l'opération dissipera-t-elle en partie ce défaut dans la prononciation. Quant à la rougeur et à la teinte violacée des mains et des bras, quant à l'animation toute particulière de la face, il serait difficile de se prononcer sur la question de savoir si elles diminueront après l'opération.

Pied-équin varus. Sections tendineuses. Emploi des brodequins mécaniques.

A n° 29 de la même salle se trouve une petite fille de deux ans, qui présente au membre inférieur droit une disposition assez fréquente, résultant d'un vice de conformation. Cette enfant ne marche point; il serait important de savoir si elle a marché pendant quelque temps; renseignement que l'on n'a pu obtenir. Les membres sont généralement grêles, et l'enfant délicat; le membre inférieur gauche présente un aspect complétement normal et une conformation régulière. Le pied droit est fortement dévié en dedans, le bord externe du pied dirigé en bas, le talon tiré en haut par le tendon d'Achille. Cette disposition est désigné sous le nom de *pied-équin varus.* Le pied-équin simple est plus rarement observé que le pied-équin compliqué de varus. Dans le pied-équin simple, le talon se trouve tiré en haut par la rétraction du tendon d'Achille, et la pointe du pied seule pose sur le sol. Mais dans le varus, il y a déviation du pied en dedans, de telle sorte que le bord externe pose par terre, et que le malade marche sur le côté du pied. La complication du pied-varus et du pied-équin est celle que présente cette jeune fille.

Relativement aux pieds-bots, nous devons dire que si la ténotomie a été bonne à quelque chose, si elle a produit d'heureux résultats, c'est sans contredit dans les cas de pieds-bots chez les enfants, dans les cas de torticolis avec rétraction du sterno-chéidomastoïdien, et dans ceux de strabisme. Examinant la question de savoir chez quels enfants on obtient plus de succès, et si l'on doit opérer les sujets avant qu'ils commencent à marcher, ou lorsqu'ils commencent à faire quelques pas, M. Guersant dit avoir observé que chez les très jeunes enfants qui ne marchent point encore, la guérison ou du moins le succès de l'opération est plus lent et moins sûr. Ceux qui ont déjà eu occasion d'exercer leurs muscles et qui ont l'habitude de la marche, présentent en général des résultats plus satisfaisants. M. Guersant n'opère plus maintenant du pied-bot que les enfants qui marchent ou qui ont déjà

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le rapport de M. Mêlier. — Discussion sur la fabrication des tabacs. — Nécessité pour l'Académie d'un examen sérieux. — Une proposition sur le projet de loi organique de la médecine. — Le monde médical, ce qu'il est, ce qu'il devrait être. — Némésis médicale marseillaise. — Un défenseur de la philosophie. — Droits et devoirs de la critique.

M. Mêlier a eu un beau succès, mardi dernier, à l'Académie de médecine, succès mérité et de bon aloi. Son rapport sur les documents ministériels rélativement à l'influence de la fabrication des tabacs sur la santé des ouvriers, n'est pas seulement un travail consciencieux et médité, c'est encore un bon exemple pour messieurs de l'Académie qui n'en font guère de semblables. Celui-ci fera oublier celui-là sur les bouchons de bouteilles, dont le drolatique souvenir menaçait de survivre si M. Mêlier n'y avait mis bon ordre. C'est encore un service que l'honorable membre a rendu à cette compagnie en la ramenant dans des voies sérieuses et scientifiques. Mais voyez aussi comme l'Académie paraît surprise et dépaysée quand une de ces grandes questions d'hygiène publique se présente à l'improviste à son examen! A vrai dire, le rapport de M. Mêlier n'a pas encore été discuté; à part quelques considérations intéressantes de M. Gérardin sur la coloration de la peau particulière à quelques ouvriers des manufactures de tabac, à part surtout les observations fort curieuses de M. Fontan sur la nature des gaz dont se compose l'atmosphère de ces manufactures, sujet sur lequel je crois savoir que ce médecin distingué doit présenter mardi prochain de nouveaux faits fort intéressants résultant de son expérience propre, le reste n'a été qu'une causerie sans valeur et sans importance. Ah! s'il se fût agi de remèdes secrets, de ce sujet charmant et tant aimé de messieurs tels et tels, que de longues et de belles et d'éloquentes oraisons nous eussions entendues! Aussitôt que le bienheureux rapporteur de cette utile commission paraît à la tribune, vous voyez une trentaine de membres s'agiter, s'approcher, faire de leurs deux mains un cornet acoustique afin de ne pas perdre une syllabe, et vous pouvez suivre sur leurs figures les impressions de bonheur et de jubilation que cette lecture leur infuse. Le rapport est-il fini, ce sont trente langues académiciennes qui se meuvent à la fois; c'est une épidémie de chorées labiales gagnant de proche en proche; tous sont prêts à parler sur cette grave et importante question, tous à la fois demandent la parole, et deux heures durant la discussion, nourrie, féconde et abondante, coule son flot limpide et pur, et ne languit pas une minute. Mais s'agit-il de quelque sujet analogue à celui dont a traité M. Mêlier, on voit peu à peu le vide se former, les honorables quitter l'un après l'autre leurs banquettes, et la discussion commencer devant un petit nombre de membres assez zélés, assez pénétrés de leurs devoirs pour rester jusqu'au bout.

C'est ce qui est arrivé mardi dernier pour le beau rapoit de M. Mêlier, qui n'a pu obtenir les honneurs d'une discussion sérieuse et approfondie. Le sujet cependant en vaut la peine, et je voudrais pouvoir, puisqu'il en est temps encore, en appeler de l'Académie inattentive à l'Académie réellement préoccupée d'une question grave. Cette compagnie ne peut vouloir qu'un de ses membres se donne tant de soins et de peines et consacre plusieurs mois de son temps à un travail de cette nature, pour que ce travail ne reçoive que quelques formules laudatives ou des objections sans importance.

Mais, pourra-t-on me dire, M. Mêlier a si bien rempli sa tâche que nous n'y trouvons rien à reprendre, et si parfaitement épuisé son sujet que nous ne pouvons plus rien en tirer. Je me permettrai de répondre que M. Mêlier a trop de sens pour partager cette opinion, et trop d'esprit pour n'être pas modeste. Je suis convaincu que malgré sa bonne volonté, son talent et son travail opiniâtre, il n'a pas la prétention de n'avoir rien laissé à glaner à ses savants collègues dans le champ qu'il a si largement moissonné. Moi qui ne vais pas à la cheville d'un académicien, je trouve, par exemple, que les conclusions sont un peu compromettantes pour l'Académie à l'endroit du monopole. Hygiéniquement parlant, il est une question qui me semble avoir été un peu oubliée dans le rapport; c'est celle-ci : La fabrication du tabac sur de petites proportions et telle que pourrait l'exécuter l'industrie privée est-elle aussi nuisible à la santé des ouvriers que la fabrication par grandes masses? A-t-on fait sur ce point des recherches comparatives? Dans les pays, comme en Belgique, par exemple, où cette fabrication est libre, a-t-on observé les mêmes inconvénients qu'en France dans les manufactures royales? On comprend que s'il était démontré que c'est la fabrication en masse qui donne lieu à des accidents, et que fabriqué sur de petites proportions le tabac n'occasionne aucun danger ou des dangers moindres pour ceux qui le manipulent, on comprend, dis-je, que l'Académie aurait encore autre chose a faire que de féliciter l'administration des soins qu'elle prend pour éviter ces dangers, et que cette société savante serait autorisée à faire prévaloir les avantages hygiéniques de l'industrie privée sur l'industrie du monopole.

Autre chose : Il existe des dangers pour la santé des ouvriers dans les manufactures, le rapport le reconnaît, mais dans quelles proportions? Je n'y ai pas vu bien clair. Le mouvement de la population ouvrière a-t-il été mis sans réserve sous les yeux du savant rapporteur? Est-il vrai qu'un grand nombre d'ouvriers ne pouvant séjourner dans les ateliers plus d'un à deux mois sans voir leur santé s'altérer, quittent les manufactures avant de tomber sérieusement malades? Est-il vrai que ces ouvriers ne se trouvant pas assez malades pour réclamer les secours de l'art, mais se trouvant suffisamment indisposés pour quitter un travail dont ils craignent les dangers, ne figurent sur l'état sanitaire qu'à la colonne des valides.

Autre chose encore : Est il chimiquement, analytiquement démontré que les dangers de la fabrication du tabac résultent des émanations de la plante elle-même, de la nicotine? Ces torrents de gaz ammoniac, dont a parlé M. Fontan, qui s'échappent des masses en fermentation, cette atmosphère tout ammoniacale dans laquelle vivent les ouvriers, n'est-elle pas suffisante pour expliquer tous les accidents? et si cela est, ne voila-t-il pas encore un argument contre la fabrication en masse, c'est-à-dire contre le monopole?

marché, chez lesquels enfin les muscles sont assez développés et susceptibles d'agir.

L'enfant du n° 29 de la salle Sainte-Thérèse se trouve dans ces conditions favorables ; elle est assez forte pour marcher ; et si elle n'a point encore marché, nul doute qu'elle ne le fasse bientôt. On ne doit pas opérer indifféremment dans tous les cas, et l'on doit toujours prendre en considération l'état antérieur du membre affecté de difformité. Il y a des pieds-bots, en effet, qui sont consécutifs à une paralysie des muscles d'une certaine région de la jambe, et chez ceux-là toute opération serait superflue. Il y a des enfants qui, pendant qu'ils étaient en nourrice, ont été sujets à des convulsions ; consécutivement sont survenues des hémiplégies ou des paraplégies, des muscles se sont rétractés et le pied-bot s'est produit. Nous le répétons, ici toute section tendineuse, tout emploi de mécanique serait inutile. Il faudrait pouvoir rendre aux muscles paralysés leur contractilité et rétablir l'équilibre normal. Ce n'est point un pied-bot congénitale auquel on a affaire alors, mais un pied-bot accidentel.

Lorsque l'on opère sur un membre dont une partie des muscles sont paralysés, on est obligé d'agir sur les muscles qui ont conservé leurs facultés contractiles. Un pied-équin, par exemple, déterminé par la rétraction des muscles du mollet sans antagonisme qui s'oppose à leur action, ne peut être guéri par la section du tendon d'Achille. On remettra bien par cette section, le pied dans une situation convenable ; mais il n'y pourra rester, les muscles de la région antérieure n'agissant point, et l'action des jumeaux et du soléaire tendra toujours à rétracter la cicatrice.

Ainsi plusieurs conditions sont importantes à observer. D'abord à l'âge du sujet sera pris en considration ; puis le genre de la lésion qui a déterminé le pied-bot. Chez cette jeune fille, rien ne fait penser qu'il y ait des muscles paralysés ; il y a lieu de croire que le tendon d'Achille est seul rétracté, et que sa section suffira pour rétablir le pied dans ses conditions normales.

Un dernier mot avant de quitter ce sujet. L'opération en elle-même n'est rien, comme moyen de guérison elle est indispensable ; mais, ce qu'il y a de plus important encore, ce sont les soins à donner au malade après l'opération, et les moyens de contention au moyen desquels on cherche à rétablir les rapports réguliers des parties entre elles.

Rétention d'urine. Déchirure de l'urètre par distension. Infiltration urinaire.

Au n° 6 de la salle Saint-Côme, est couché un garçon de deux ans qui fut apporté lundi 31 mars. Cet enfant est d'une forte constitution, gros, gras, coloré. Il était, au dire des parents, atteint depuis quinze jours d'une rétention d'urine. Au moment de la première visite, on trouva le scrotum énormément distendu, du volume d'un œuf d'autruche environ. La verge était de même proportionnellement énorme ; le prépuce long et infiltré. Cependant il n'y avait pas de menace d'une dégénérescence gangréneuse prochaine. Toutes ces parties n'offraient point de taches noires ou violettes. On chercha en vain l'orifice de l'urètre après être parvenu dans la cavité du prépuce, et l'on ne put y parvenir. Il y avait phimosis évident. Dès lors M. Guersant n'hésita point à fendre le prépuce. La vessie formait à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur globuleuse, douloureuse au toucher. Une sonde, introduite par l'urètre, a fait éprouver au chirurgien une singulière sensation. Après l'avoir fait pénétrer de 5 à 6 centimètres, il sembla que la sonde pénétrait dans une cavité, puis, un peu plus loin, elle entra de nouveau dans un canal qui sembla être la terminaison vésicale de l'urètre. Il sortit une grande quantité d'urine, et l'enfant parut soulagé.

On pratiqua sur le scotum quelques incisions assez profondes, qui laissèrent s'écouler un liquide exclusivement formé de sérosité sans mélange d'urine. De cette manière l'enfant fut soulagé complétement, la distension des parties génitales cessa, et bientôt elles eurent repris leur volume habituel. On fit prendre un bain au petit malade le lendemain, la vessie ayant repris un volume considérable; et les urines ne pouvant point être rendues, on pratiqua de nouveau le cathétérisme et l'on éprouva la même sensation que la première fois. De plus, la sonde sembla frôler quelque chose de rugueux et de solide engagé dans le canal. Depuis ce moment il rend en petite quantité les urines, et éprouve un mieux sensible.

M. Guersant pense que dans ce cas l'on a eu affaire à une rétention d'urine déterminée par un calcul engagé dans l'urètre et à une déchirure consécutive du canal de l'urètre. La cavité dans laquelle on avait senti la sonde se précipiter pendant le cathétérisme serait le résultat de cette déchirure, et expliquerait aussi l'infiltration liquide dans le tissu cellulaire du scrotum.

Il arrive assez souvent chez les enfants, dont la vessie jouit d'une très grande force de contraction, que de petits calculs s'engagent dans l'urètre ; quelquefois ils parviennent jusqu'au méat, où ils s'arrêtent, et il faut le débrider par une petite incision. D'autres fois ils s'arrêtent dans le canal, déterminent une rétention d'urine, une gangrène consécutive, dont nous avons vu un exemple l'année dernière dans la même salle. Sans en être encore bien certain, M. Guersant pense qu'il y a un calcul engagé dans l'urètre chez ce petit malade ; peut-être ne le sent-on pas très évidemment parce qu'il serait tombé dans la cavité dont nous avons parlé et hors du passage des instruments. Ce que présente ce fait de plus remarquable, c'est l'absence d'infiltration urineuse générale et très considérable, car ici elle n'a été que très limitée. Aujourd'hui tout est à peu près revenu dans l'état normal. Le liquide qui sort des bourses a une odeur légèrement fétide ; mais il n'y a point et rien ne fait craindre qu'il doive survenir une gangrène de ces parties.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de mars ; par M. Jules BOUTEILLER, interne provisoire.

Rhumatisme articulaire aigu des femmes en couches.

A propos d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, nous avons cherché, le mois dernier, à apprécier la valeur des différents moyens appropriés à cette grave affection, et nous avons, en thèse générale, accordé la préférence aux *saignées réitérées;* mais il est une variété de cette maladie dans laquelle cette loi cesse d'être vraie ; nous voulons parler du rhumatisme articulaire aigu des femmes en couches; car il y a là quelque chose de plus que le rhumatisme articulaire aigu : il y a l'état puerpéral.

La chimie démontrera certainement un jour que la composition du sang est essentiellement modifiée à cette époque de la vie des femmes, et le pathologiste ne s'étonnera plus dès-lors de voir que toutes les maladies prennent à cette époque un caractère particulier.

Dans la salle Sainte-Geneviève, au n° 12, se trouve une femme accouchée le 6 février dernier, à six mois de grossesse. Elle dit n'avoir pas eu de fièvre de lait, ce qui est peu probable ; mais il peut se faire que la fièvre ait été si peu intense qu'elle ait été inaperçue par la malade. Huit jours après elle se leva ; mais bientôt elle sentit des douleurs vagues et un frisson au creux de l'estomac. Le lendemain, les deux épaules étaient douloureuses, puis quatre ou cinq articulations se prirent. Cette femme attribue sa maladie à ce qu'elle a habité pendant ses couches et depuis, une chambre dont les murs avaient été nouvellement réparés.

Le 18 mars, elle entra à l'hôpital, atteinte d'une inflammation de presque toutes les articulations. On prescrivit une saignée et des boissons à haute dose ; le tartre stibié et des frictions mercurielles. M. Piorry compte peu sur l'emploi de ces moyens; cependant il y a recours, parce qu'on ne saurait trop agir quand il y a lieu de craindre que du pus se forme sur un aussi grand nombre de points de l'économie à la fois.

Le deuxième jour, nouvelle saignée. Le jour suivant, application d'un grand nombre de sangsues sur les différents points affectés : 45 en deux fois sur les genoux, 10 sur l'épaule, 10 sur le poignet gauche. Toutes ces émissions sanguines ne produisirent point d'heureux effets. On eut recours à la poudre de Dower et aux pilules d'opium sans plus de résultat. On devait s'y attendre; car l'opium ne fait que calmer les douleurs, mais il n'attaque point le mal dans son principe.

Les vésicatoires sont un moyen héroïque dans ce cas; ils calment les douleurs et améliorent l'état général du sujet plus que ne le font les saignées; ils furent, en conséquence, employés chez cette femme, et à partir de ce moment elle commença à aller bien.

Le 18 avril, elle entre en convalescence. On voit que malgré la médication la plus énergique, cette malade est restée pendant trente jours dans un état très inquiétant.

Il y a plus de dix ans que M. Piorry a signalé la spécialité de cette espèce de rhumatisme articulaire aigu. Quatre ou cinq faits pareils se sont présentés récemment dans son service. Dans deux d'entre eux, on n'a pu empêcher l'ouverture de l'articulation fémoro-tibiale par un abcès intra-synovial. Dans l'un d'eux, il y eut une énorme dénudation du fémur. Jamais M. Piorry n'a vu un rhumatisme de cette nature guérir en peu de temps, et cependant il a eu l'occasion d'en observer un grand nombre.

Une question qu'il serait d'un grand intérêt d'éclaircir, est celle de savoir si le rhumatisme articulaire aigu des femmes en couches ne diffère pas encore du rhumatisme articulaire aigu ordinaire sous un autre rapport; s'il arrive, par exemple, aussi souvent qu'il soit accompagné de maladie du cœur. M. Piorry ne se rappelle pas, quant à lui, avoir jamais rencontré cette coïncidence chez les femmes en couches.

Ce qu'on doit penser de l'embarras gastrique.

Pour nous, dit M. Piorry, il n'y a point d'embarras gastrique qui puisse être considéré comme une maladie. On a réuni sous ce nom un ensemble de symptômes qui appartiennent également à une foule de maladies différentes. Ainsi, on dit qu'il y a embarras gastrique quand la langue est couverte d'un enduit épais et jaunâtre, quand la face et la conjonctive présentent une teinte légèrement ictérique; enfin, quand il y a inappétence, lassitude, céphalalgie sus-orbitaire, peu ou point de fièvre, constipation et quelquefois dévoiement accompagné de borborygmes. Mais n'est-il pas évident que tous ces symptômes, ou presque tous, se rencontrent dans la pharyngite, l'entérite, la bronchite intense, la pneumonite, la broncho-pneumonite, et même dans une simple inflammation de la muqueuse nasale? On sait aujourd'hui que l'action de respirer, principalement par la bouche, l'abstinence des aliments, une constitution particulière de la salive, plus épaisse qu'à l'ordinaire, sont autant de circonstances qui peuvent donner à la langue l'aspect qu'on lui trouve dans ce que l'on appelle l'embarras gastrique. Un malade atteint de pneumonite, couché au n° 11, salle St-Raphaël, offre la confirmation de ce fait ; il a la langue couverte d'un enduit très épais, jaunâtre; et notez qu'il a pris depuis quelques jours beaucoup d'émétique. Or, si cet état de la langue était dû aux enduits de l'estomac, on devrait le trouver moins chez ce malade que chez tout autre, puisqu'il a pris justement l'émétique que l'on prescrit dans ce cas-là, d'après l'indication de cet état de la langue.

D'un autre côté, dans le prétendu embarras gastrique, on ne trouve dans l'estomac d'accumulation ni de bile, ni de tout autre liquide : la plessimétrie le démontre jusqu'à l'évidence.

Invoquera-t-on l'effet du traitement pour conclure en faveur de l'existence de l'embarras gastrique? On n'y serait nullement fondé; car les purgatifs réussissent également dans les maladies dont les symptômes ont été groupés sous le nom d'embarras gastrique.

En résumé, M. Piorry n'admet point cette maladie. Tout au plus, dit-il, pouvons-nous admettre un embarras intestinal, et beaucoup d'affections que l'on a désignées sous cette dernière dénomination ne sont autre chose que des états pathologiques dans lesquels entre comme élément l'accumulation des matières stercorales dans le gros intestin.

Que l'Académie veuille bien y réfléchir, le fisc saisira avec empressement le plus minime appui que lui prêtera la science, et la science, si elle veut conserver son caractère bienfaisant et moral, doit avoir pour but surtout et toujours l'amélioration sanitaire des classes ouvrières. *Salus populi suprema lex*, doit dire l'Académie en cette circonstance, aussi la voudrais-je, pour mon compte, un peu plus réservée sur les félicitations que M. Mêlier propose de lui adresser ; je voudrais au moins qu'elle ne le fît qu'avec connaissance complète de cause.

Pour me résumer sur ce point, je dis que l'Académie de médecine est investie dans ce moment de l'examen d'une grave et importante question d'hygiène publique ; qu'autant pour faire honneur au travail remarquable de M. Mêlier que dans l'intérêt de l'Académie et surtout dans l'intérêt de la question, elle doit procéder à cet examen avec soin, prudence et attention ; que la discussion de mardi dernier ayant été à peu près insignifiante, elle doit la reprendre dans la prochaine séance et y procéder avec toute la réflexion digne de véritables savants.

— M. le docteur Bérigny, de Meulan, nous adresse une lettre qu'il me fait l'honneur de dire lui avoir été inspirée par un de mes articles. La lettre de notre confrère est relative à la nouvelle de la prochaine présentation d'un projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. Comme moi, M. Bérigny craint qu'il n'en soit de cette annonce comme de toutes celles qui l'ont précédée ; il craint que le projet de loi n'indique ni la véritable maladie qui nous travaille, ni le véritable remède qu'il nous faut ; l'isolement dans lequel nous vivons tous lui paraît une condition déplorable pour faire connaître aux pouvoirs législatifs nos doléances et nos griefs, et pour remédier à ce fâcheux état de choses il propose au rédacteur en chef de ce journal de se mettre à la tête d'un comité qui aurait pour but de fournir les arguments nécessaires à la discussion du projet de loi ; de faire connaître par la voie de la *Gazette des Hôpitaux*, qui est aujourd'hui l'un des journaux les plus répandus, le nom et le nombre des membres qui composeraient le comité, le jour où il serait constitué, le nombre des séances par mois, le lieu de la réunion et les termes de sa constitution; de cette façon il croit que l'on pourrait réunir ceux de nos confrères dont l'éloignement de Paris n'est pas considérable ; enfin, le projet de loi sincèrement délibéré par le comité, serait livré à la publicité par la *Gazette des Hôpitaux* et appellerait l'adhésion des médecins qui n'auraient pu faire partie du comité.

Cette idée généreuse sourit certainement au rédacteur en chef de ce journal, elle plaît aussi à son humble collaborateur ; mais, je le dirai franchement, nous craignons, lui et moi, de ne pas réussir. Tenter d'agiter le corps médical en faveur même de l'intérêt le plus noble, le plus légitime et le plus utile, nous paraît une entreprise immense et même téméraire en présence de la profonde apathie et de l'indifférence des grands seigneurs de notre ordre, en face aussi du découragement complet de notre tiers-état. Donnez aux uns de bonnes intentions, aux autres le courage, à tous l'espérance et la foi, et le mouvement qu'on sollicite aujourd'hui fera tout seul son explosion demain. Ce demain viendra, sans doute, alors que la génération qui nous suit aura transfusé dans notre corps caduc un peu de sang jeune et vigoureux ; mais pour le moment je me sens pris d'une amère tristesse en observant de près et attentivement tous les obstacles qu'éprouverait la proposition de M. Bérigny. Vous avez vu au Louvre cette magnifique page écrite par le pinceau de Géricault, et qui porte le nom de *Naufrage de la Méduse*. Rappelez-vous tous ces corps abattus, livides et prostrés par la douleur, la faim et le désespoir ; ils n'espèrent plus, ne craignent plus, ils attendent la mort avec une inerte et stupide impassibilité. Mais sur ce fatal radeau un seul homme est debout; là bas, là bas, dans l'horizon, il a vu poindre une petite voile blanche, et ses bras, frissonnant d'espérance, s'agitent et se tendent vers ce secours lointain. — N'est-ce pas un peu notre lamentable histoire? Il me semble, mes chers confrères, que sur ce fatal radeau je vous vois abattus, résignés et mornes. Quoi donc! nous laisserez-vous seuls agiter le mouchoir vers la voile lointaine? Ne ferez-vous pas aussi un grand et suprême effort pour vous sauver? Nous vous convions à cette œuvre de conservation et d'avenir; pour donner satisfaction aux idées libérales de M. Bérigny, nous vous demandons de ne pas nous laisser commencer seuls et sans espoir de votre concours un travail urgent, nécessaire, indispensable; que tous ceux qui ont conservé quelque étincelle du feu qui nous anime pour le bien général, nous disent: Nous voilà ; au besoin comptez sur nous ; et dans notre sphère d'action nous ferons ce qu'il faut faire, et cela avec dévouement et courage. Mais, nous le répétons, et personne assurément ne nous blâmera de notre prudence, nous ne voulons pas nous embarquer seuls ou sans lest suffisant pour ce long voyage.

— Voici comme un parfum de poésie qui m'arrive de Marseille. La ville phocéenne a aussi sa *Némésis* médicale, que tout naturellement le docteur Noir, son auteur, a dédiée au Phocéen que vous savez :

> Lorsque le Phocéen, dans sa vingtième année,
> Délaissa pour Paris la Méditerranée,
> Les vices de notre art, sur des trônes assis,
> Réveillèrent en lui le nom de Némésis.
> Mais, si faible, il tremblait que ce fatal ouvrage,
> Ecrit avec son cœur, lui jetât en partage
> Des sarcasmes sans nombre et des cris sans pitié,
> Cortége de l'intrigue et de l'inimitié.
> Pourtant le Phocéen dans sa brûlante tête
> Sentait à chaque abus bouillonner la tempête ;
> Il hésitait encor, craignant que son burin
> Ne vînt à s'émousser sur ses feuillets d'airain.
> Mais plus tard, recueillant son courège d'athlète,
> Le médecin craintif devint cruel poète ;
> Etc. . . . .

Cette première satire marseillaise est intitulée *Les Mauvais Pharmaciens*. A part quelques traits de couleur locale, elle tomberait partout, et surtout à Paris, d'à-plomb sur plusieurs têtes. N'est-ce donc qu'à Marseille que le poète peut dire:

> Certains pharmaciens, hors de leur officine,
> Pratiquent sans remords l'art de la médecine?
> . . . .

Et ceci ne se voit-il que dans les pharmacies du docteur Noir :

> Chez ces pharmaciens entrez et demandez

De la chlorose.

Dans un précédent article, nous avons vu que M. Piorry n'attache une valeur diagnostique réelle au bruit de souffle dans les rétrécissements des orifices du cœur, qu'autant que ce bruit est fixe et bien prononcé. Nous allons exposer aujourd'hui ce qu'il pense du bruit de souffle dans la chlorose. Quelques réflexions sur ce sujet lui ont été suggérées à l'occasion de plusieurs femmes chlorotiques qui se trouvent actuellement dans la salle Sainte-Geneviève. Une d'entre elles, celle chez laquelle la maladie est au plus haut degré, présente une pâleur générale excessive, une grande décoloration de la conjonctive des lèvres et de la langue; en un mot, le faciès spécial des chlorotiques. C'est à peine si elle peut monter un escalier; elle accuse des palpitations de cœur, des douleurs au creux de l'estomac et vers la matrice; elle est en proie à des appétits bizarres; elle recherche notamment le vinaigre, etc. Cependant, l'auscultation ne révèle point le bruit de souffle des carotides assigné avec raison par M. Bouillaud comme un caractère important de la chlorose.

Il résulte donc de ce fait, et de beaucoup d'autres du même genre, qu'il ne faut pas attendre le bruit de souffle pour prononcer qu'il y a chlorose. Ce n'est pas là le caractère essentiel, ce n'est qu'un phénomène éloigné; le caractère principal est l'*hydroémie*, dénomination maintenant généralement admise. L'inspection des capillaires la démontre aussitôt qu'elle existe.

Il peut y avoir anémie sans hydroémie. Dans le premier cas, le foie et les vaisseaux sont peu volumineux; dans le second cas, ils pourront être très développés : il y a alors beaucoup de sang; mais du sang dont la composition est modifiée.

Le bruit de souffle, d'ailleurs, peut bien exister chez un malade et n'être pas permanent. Qu'arrivera-t-il donc du diagnostic si le médecin arrive dix fois auprès du malade au moment où ce phénomène a cessé de se manifester?

Cette réflexion n'empêche pas cependant qu'il ne faille s'enquérir si le bruit de souffle existe ou non; et M. Piorry ne néglige jamais ce signe, car on en peut tirer un grand parti dans beaucoup de cas. Seulement il est bon d'être prévenu que le souffle peut manquer, bien que la chlorose soit manifeste, et que son absence ne saurait être considérée comme signe négatif absolu.

Rétrécissement du rectum.

Au n° 36 de la salle Ste-Geneviève, est couchée une femme âgée de cinquante-six ans; elle est atteinte depuis fort longtemps d'un rétrécissement du rectum. Voici les symptômes qu'elle présente : Le ventre est énormément ballonné; la plessimétrie fait reconnaître la présence d'une grande quantité de fèces à la partie inférieure du ventre, et notamment dans l'S iliaque, qui donne une matité considérable, même après l'administration des purgatifs; c'est ce fait qui a porté à pratiquer le toucher rectal. Cette exploration a fait reconnaître un rétrécissement placé au-dessous du sphincter interne, décrit par M. Nélaton; ou, pour préciser davantage, à 6 centimètres de la marge de l'anus. Il est peu dur, ne paraît pas offrir d'ulcération : on sent seulement quelques inégalités molles. Cette absence de dureté fait rejeter l'idée d'un rétrécissement cancéreux. D'un autre côté, comme il y a de l'engorgement, ce ne doit pas être un rétrécissement purement membraneux. Il est possible qu'il dépende d'une cause syphilitique. La malade convient avoir eu des fleurs blanches opiniâtres; et l'on sait que dans des cas pareils les malades n'avouent pas toutes les circonstances qui ont pu donner lieu à leur maladie. Disons cependant que M. Amussat, dans sa longue pratique, ne croit pas avoir rencontré de rétrécissement qui ait été, à n'en pas douter, de nature syphilitique.

Un traitement général et un traitement local ont été concurremment prescrits : iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 3 grammes par jour; purgatif huileux (huile de ricin, 45 grammes) de temps en temps. D'autre part, on fit introduire dans le rectum des morceaux d'éponge préparée recouverts d'une mèche enduite de pommade à l'hydriodate de potasse. Mais cette éponge irritait le rectum et causait une douleur intolérable. Pour obvier à cet inconvénient, M. Przyalgowski (André), externe du service, mit cette éponge dans une petite chemise de linge fin assez vaste pour permettre la dilatation de l'éponge. Ce moyen détermina une grande ampliation du point rétréci. Néanmoins, les selles sont encore fréquentes, et la malade continue à rendre du pus mêlé de sang, ainsi que cela a toujours eu lieu depuis le commencement de la maladie. Cette circonstance porte à croire qu'il existe une ulcération au-dessus du rétrécissement.

Epilepsie incomplète.

On n'a sans doute pas oublié le jeune garçon couché au n° 2 de la salle St-Raphaël, dont nous avons parlé dans notre compte-rendu du mois de février (*voir* le n° 40). On se rappelle que ce malade offrait un exemple curieux d'épilepsie incomplète, ou petit-mal; c'était une névropathie descendante, procédant de l'épaule jusqu'à l'extrémité du doigt, et suivant les nerfs du mouvement. Le pronostic porté par M. Piorry fut favorable. Par cela même, disait-il, que la névropathie procède du centre à la périphérie, elle se trouvera pour ainsi dire arrêtée d'elle-même. Le sulfate de quinine, le sous-carbonate de fer et les vésicatoires sur l'épaule, eurent en effet un plein succès, et le malade sortit guéri au commencement de mars.

Il ne faudrait pas conclure de ce fait que dans le traitement de l'épilepsie on sera toujours aussi heureux en recourant à l'emploi du sulfate de quinine. Mais s'il n'a pas guéri l'épilepsie, M. Piorry est presque toujours parvenu, du moins, à l'aide de ce traitement, à éloigner beaucoup les accès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 9 avril 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— Le secrétaire donne lecture de deux notes envoyées par M. Lionel, de Corbeil. La première a pour titre : *Note sur un nouveau signe de la fracture du fémur*; et la seconde : *Note sur un nouveau moyen de réduire la fracture des côtes.* Elles sont toutes deux renvoyées à une commission composée de MM. Vidal, Marjolin et Danyau.

— *M. Bérard* lit un travail clinique sur le *mydriasis.* La discussion en est renvoyée à la séance prochaine.

— *M. Guersant* présente une pièce anatomique recueillie dans son hôpital sur un enfant de deux ans qui portait une encéphalocèle congéniale, placée à la partie postérieure du crâne. M. Guersant rappelle que cet enfant avait été montré pendant sa vie, il y a environ un an, à la Société par M. Bérard, et que ce chirurgien, à cette époque, avait ponctionné trois fois la tumeur qu'il portait sans qu'il se développât aucun accident, mais aussi sans qu'il survînt aucune diminution appréciable de son volume à la suite de l'opération.

Entré à l'hôpital des Enfants en octobre 1844, M. Guersant ajoute qu'il ne fut rien fait à cette encéphalocèle, qui alors était encore fluctuante, incessamment soulevée par les battements des artères de la base du crâne, et qui offrait aussi une transparence incomplète. L'enfant ayant succombé à une entéro-colite chronique compliquée de rougeole, on remarqua seulement, pendant sa dernière maladie, que peu de jours avant la mort, la transparence de la tumeur était devenue moins appréciable qu'avant, et que le soulèvement artériel dont elle était agitée avait tout à fait disparu. A l'autopsie, elle avait encore le volume d'un petit œuf de poule, n'offrait à son intérieur aucune membrane distincte; elle avait l'aspect d'une masse formée de tissu cellulaire lamelleux présentant çà et là des loges qui contenaient de la sérosité infiltrée. En l'incisant jusqu'aux os du crâne qu'elle recouvrait, on remarqua qu'elle pénétrait par la fontanelle postérieure, qui à cet effet présentait, au-dessus de l'angle supérieur de l'occipital, une ouverture d'environ deux lignes se terminant dans le sinus longitudinal supérieur. Il y avait enfin, entre les deux lames de ce sinus, une portion de la pie-mère et de la substance cérébrale ramollie, qui partait de la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, et qui adhérait à la face gauche de la grande faux formée par la dure-mère.

Les deux ventricules latéraux étaient très larges et remplis d'un liquide transparent; le crâne présentait d'ailleurs la forme et le développement qu'on lui trouve dans la plupart des hydrocéphales chroniques.

Cette pièce anatomique est présentée par M. Guersant comme un exemple d'encéphalocèle en voie de guérison. Il pense que les trois ponctions qui ont été pratiquées par M. Bérard il y a un an, ont amené l'inflammation du sac que formaient les membranes du cerveau, consécutivement au retrait de la plus grande partie de l'organe cérébral que ce sac renfermait; et finalement le dépôt de fausses membranes qui ont donné à la tumeur l'aspect celluleux qu'elle présentait à l'autopsie.

M. Bérard dit que la poche extérieure au crâne communiquait à coup sûr pendant la vie avec les cavités cérébrales, car par une de ses ponctions il a tiré de la tumeur trois fois autant de liquide que celle-ci pouvait en contenir.

— *M. Vidal* présente l'appareil génital d'un jeune homme qui a succombé à la diathèse tuberculeuse, et dont toutes les voies séminales depuis les testicules jusqu'aux vésicules et aux canaux éjaculateurs sont remplies de tubercules enkystés ou de matière tuberculeuse infiltrée. Les accidents les plus graves qu'il offrit pendant la vie eurent lieu du côté de l'intelligence, ils reconnaissaient pour causes plusieurs de ces mêmes tumeurs que l'autopsie fit rencontrer dans le cerveau et dans le cervelet.

— *M. Chassaignac* lit la note suivante, à l'occasion d'une pièce anatomique qu'il présente à la Société.

L'un de nos collègues, M. Huguier, vous fit voir dernièrement une malade chez laquelle existait sur le trajet de la radiale, à l'endroit habituel de l'exploration du pouls, une petite tumeur qui pouvait donner lieu à la difficulté diagnostique de savoir s'il s'agissait d'un anévrisme de l'artère radiale ou d'une tumeur de toute autre nature. Vous avez pensé, ou du moins telle a été mon impression particulière, qu'il s'agissait d'un de ces kystes nommés *ganglions*, et qui s'observent si fréquemment dans la région du poignet. J'ai déjà observé plusieurs cas de ce genre; et si je n'ai pas pris note exacte de tous ceux que j'ai vus, il en est deux sur lesquels j'ai conservé des souvenirs très précis. Aujourd'hui j'ai à vous présenter la solution anatomo-pathologique de ce problème, qui dans certains cas peut donner lieu à des hésitations embarrassantes. En effet, la fréquence des lésions qui atteignent la radiale à la région du poignet, porte à penser, quand on voit une tumeur pulsatile sur le trajet de cette artère, qu'il s'agit d'une tumeur anévrismale.

C'est l'opinion que je m'étais faite à l'occasion d'un cas qui se présenta à moi pendant que je faisais à Lourcine le service de notre honorable collègue M. Lenoir. Une jeune fille qui se trouvait dans le service par suite d'une autre affection, se plaignit de gêne dans le poignet, et nous montra une petite tumeur siégeant exactement sur le trajet de la radiale à quelques lignes au-dessus du poignet; la petite tumeur était très régulièrement ovoïde; elle offrait des pulsations qui semblaient dues à un mouvement d'expansion de totalité; et non à un soulèvement. Enfin une plaie transversale dont on distinguait parfaitement la cicatrice, existait au centre de la tumeur, et avait été produite cinq ou six ans auparavant par un fragment de verre. Toutes ces circonstances réunies semblaient appuyer l'idée d'une tumeur anévrismale. Cependant comme la tumeur, qui avait le volume d'une très petite amande, n'augmentait pas de volume, je n'opérai point; je me contentai de comprimer, et la tumeur ayant diminué, je perdis de vue cette malade.

L'année dernière, pendant que je remplaçais M. Gerdy à la Charité, il s'est présenté à la consultation un homme qui offrait une tumeur analogue, moins la cicatrice, cet individu n'ayant jamais eu de blessure en cet endroit. En palpant cette tumeur, puis en la comprimant avec force, elle s'affaissa brusquement, et je crus avoir déterminé l'effusion du liquide qu'elle renfermait dans le tissu cellulaire. Je n'hésite pas, dans les deux cas que je viens de citer, à considérer la tumeur comme étant un kyste séreux ou synovial. Mais il ne m'avait pas été donné jusqu'ici de constater par dissection le caractère de ces tumeurs; c'est une occasion qui vient de s'offrir à moi ces jours derniers : j'ai dû la saisir avec empressement, et je vais faire connaître le résultat de cette dissection, qui pourra éclairer la pathogénie et le diagnostic de ces kystes séreux qui confinent à l'artère radiale. C'est sur un cadavre servant au manuel des opérations que j'ai recueilli la pièce que je vous présente.

Cette tumeur, du volume et à peu près de la forme d'une amande, occupe l'espace compris entre le tendon du long supinateur et celui du grand palmaire ou radial antérieur. Elle repose par sa face profonde sur la partie antérieure du muscle carré pronateur. Ses rapports avec l'artère radiale étant d'une grande importance, notre attention doit tout d'abord être arrêtée sur ce point. Or, à cet égard, voici ce que nous observons. L'artère radiale dans son trajet descendant, arrivée à la partie supérieure de la tumeur, se place d'abord au-devant d'elle et s'y accole d'une manière tellement intime, qu'elle semble faire corps avec ses parois, mais bientôt elle se dévie obliquement sur sa partie latérale externe et gagne la fossette appelée tabatière anatomique.

Le second point important à décider était de déterminer l'origine du point de départ de cette tumeur. Dans ce but, elle fut disséquée avec de grandes précautions et isolée de toutes les parties avec lesquelles elle n'avait pas d'adhérences fixes. Cette dissection permet de la circonscrire dans les quatre cinquièmes de son étendue, mais il restait en arrière en bas un point tellement adhérent qu'il fixait la tumeur aux os comme par une espèce de pédicule sortant de la partie antérieure de l'articulation radio-cubitale antérieure. C'est en effet dans ce point que s'établissait la communication entre l'articulation et le kyste. Celui-ci n'était donc qu'un diverticulum de la synoviale radio-cubitale inférieure. Il avait soulevé les fibres inférieures du muscle carré pronateur qui formaient une sorte d'arcade et déterminaient comme un étranglement du pédicule à sa partie supérieure. La continuité du kyste avec l'articulation a été constatée de deux manières : 1° En cherchant à isoler le pédicule, celui-ci ayant été partiellement incisé, il s'échappa un liquide synovial épaissi et l'on reconnut l'ouverture antérieure de l'articulation; 2° l'articulation ayant été ouverte par sa partie postérieure, on arriva avec un stylet dans l'intérieur du kyste en traversant l'articulation.

Séance levée à cinq heures et un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 10 mars 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

Observation d'éventration, par *M. Chereau.* — Un enfant du sexe féminin, venu au monde à sept mois de grossesse, plein de vie, présente au niveau de l'ombilic une ouverture de quatre pouces de diamètre environ. Cette éventration à bords lisses, circulaires, rosés, donne attache sur les bords à une poche membraneuse hémisphérique demi-transparente, à travers l'épaisseur de laquelle on voit le foie et deux anses intestinales herniées. Le cordon ombilical naît du milieu de la poche, dont il ne paraît être qu'une continuation infundibuliforme; mais les vaisseaux ombilicaux au lieu de traverser directement la poche d'avant en arrière se réfléchissent directement par en bas, en côtoyant la face inférieure de la poche. L'enfant mourut quarante-deux heures après la naissance. L'autopsie a démontré que la poche est formée de deux tuniques : 1° Une interne, séreuse, péritonéale, qui n'est que la continuation du péritoine qui recouvre la face convexe du foie; 2° une externe demi-transparente qui paraît s'attacher directement à la circonférence de l'éventration et qui se continue avec le cordon, de sorte que la poche et le cordon réunis représentent un entonnoir. Les viscères herniés étaient le foie et deux anses du petit intestin. Le trou de Botal était largement ouvert, et le canal artériel n'était point oblitéré.

— *M. Richelot* lit une observation d'oblitération de l'artère pulmonaire, dont nous reproduisons l'analyse.

M. T., avoué, âgé de trente-huit ans, d'une bonne santé habituelle, était, disait-il, assez gêné par le sang, quoique d'une grande sobriété.

Du cérat à la rose, ou toute autre pommade;
Par un de ces hasards fortuits, la marmelade,
Qu'elle soit au concombre, à l'huile, à l'escargot,
N'en est pas moins couchée au fond du même pot.
Le nom seul a changé, la matière est la même.....

Cette première satire, dont je ne puis citer que ces quelques vers, annonce un poète de plus éclos dans notre confrérie médicale et sous ce beau ciel de la Provence que ce siècle a trouvé si fécond en poètes. A la brillante pléiade des Barthélemy, des Mery et du Phocéen, il faut ajouter cette nouvelle étoile qui se lève sous le nom du docteur Noir, pseudonyme qui n'est qu'une antiphrase; car rien de plus vif, de plus gai, de plus spirituel et de moins en deuil que le charmant feuilletoniste de *la Clinique de Marseille.*

— Bien mal m'en a pris de toucher à la philosophie, car j'ai sur le dos une méchante affaire avec M. le docteur Briquelot dont depuis le 19 avril j'ai reçu une longue lettre à laquelle je n'ai pas osé encore répondre. Mon jeune confrère est pour la philosophie, et la lance au poing, casque en tête, bardé et cuirassé, il m'a jeté le gant. C'est très bien, j'aime cette ardeur et je n'ai qu'un regret, c'est de ne pouvoir en ce moment descendre en champ clos avec mon jeune adversaire. Mais y a-t-il bien pensé, et, de sa part, est-ce bien généreux d'avoir effleuré dans sa lettre dix ou douze sujets de discussion dont le moindre absorberait six fois mes six colonnes? Si Dieu me prête vie, et les occasions se présentant, je lui dirai mon avis sur tous les points qu'il a soulevés dans sa lettre, et sur quelques-uns desquels nous ne sommes pas si loin de nous entendre qu'il le pense. M. Briquelot est pour le mariage immédiat, c'est de son âge; au mien on y regarde de plus près; il me parle de la philosophie en amoureux; moi j'ai pris le rôle de notaire; qu'il veuille bien attendre que mon inventaire soit fini.

Du reste, et pour m'aider dans mon entreprise, M. le professeur Forget, de Strasbourg, vient de m'envoyer une petite brochure vert-tendre, intitulée : *Programme du cours de philosophie médicale* professé à la Faculté de Strasbourg en 1844 et 45. Je l'ai lue d'un trait et avec infiniment de plaisir. Chaque phrase de l'honorable professeur est un argument pour moi que j'ai mis en réserve. Je n'oserais affirmer que ce fut bien là l'intention de mon savant et estimable ami; mais enfin je suis obligé de prendre mes armes un peu partout, et quel appui plus fort et plus honorable pourrais-je donner à mes petites opinions que celui du professeur de Strasbourg, ce médecin de talent et de cœur dont nous apprécions ici, parce que nous les avons longtemps connus, le zèle, le courage et la haute probité scientifique?

Je n'en donnerai pour preuve que ce petit passage que j'extrais de sa brochure, et dans lequel quelqu'un que je connais a trouvé une douce compensation à de petites mais inutiles vexations :

« Comme toutes les choses humaines, la critique a ses avantages et » ses inconvénients. Elle est un bien lorsqu'elle est éclairée, équitable, » dirigée par l'amour du vrai, du beau et de l'utile; elle est un devoir » rigoureux lorsqu'elle touche aux intérêts de l'humanité. On entend » chaque jour de petits ambitieux se plaindre amèrement d'être dérangés dans leurs petits calculs par le fouet de la critique. Ils ne conçoivent pas que des hommes dont ils ne froissent pas les intérêts » scientifiques et matériels viennent entraver l'essor de leur ambition » furtive.... Ils ignorent, ceux-là, que la morale scientifique est confiée à la garde de tous les savants; qu'il est un honorable amour du » vrai qui pousse à déclarer la guerre à tout ce qui est faux, et qu'une » des meilleures actions de l'honnête homme est de déraciner les erreurs, les préjugés, de démasquer l'ignorance et le vice, de défendre » l'humanité contre les agressions de la vanité, de l'égoïsme et de la » cupidité. »

Bien dit, et bien senti! C'est la vieille fibre du journaliste qui a vibré, n'est-ce pas, monsieur Forget? Car, et ce journal en a gardé un précieux souvenir, c'est dans la presse que l'honorable professeur de Strasbourg a fait ses premières armes, dans la presse dont avec une éloquence si digne et si vraie il vient de tracer les devoirs et les droits, la presse que craignent ou méprisent ceux-là seuls que la presse méprise, mais qu'elle ne craint pas.

Jean RAIMONN.

D'après le récit de ses parents, il paratt qu'il avait depuis une vingtaine d'années une petite toux sèche; mais notre confrère n'eut pas occasion d'observer aucun symptôme important du côté de la poitrine, et ce n'est qu'en insistant qu'il apprit vaguement qu'il avait craché du sang, et qu'il éprouvait peut-être un peu de dyspnée en marchant vite.

C'est à la suite d'un long voyage et d'affaires d'argent, qu'il éprouva les premiers symptômes de sa dernière maladie. Le 1er novembre 1837, il ressentit une douleur assez vive dans la région épigastrique, qui disparut après une application locale de sangsues et quelques moyens généraux.

Le 8, appelé de nouveau auprès de lui, il fut constaté qu'il crachait un sang pur et vermeil, qu'il avait de la dyspnée; il ne voulut pas accéder à la saignée, et, malgré la défense, il parla et se livra à ses travaux habituels.

Les jours suivants, il éprouva les symptômes rationnels d'une *pleuropneumonie légère* : douleur vive derrière le sein droit; expectoration rouillée, visqueuse; dyspnée. L'auscultation et la percussion ne purent être pratiquées à cause de la répugnance invincible du malade. La maladie s'amenda sous l'influence d'une large saignée et des moyens ordinaires. La convalescence s'était établie, quoiqu'il conservât de la dyspnée qui augmentait par la marche, lorsque tout à coup il est pris d'une horrible sulfocation, il pâlit et perd presque entièrement l'usage de ses sens. Après être revenu à lui, il indiquait vers la région épigastrique une sensation de bouillonnement. Après ce peu de mieux, il est de nouveau repris d'une suffocation imminente; la veine ouverte donne une demi-livre de sang qui sort en bavant; le visage devient livide; des besoins violents de défécation se font sentir; il est en proie à une agitation extrême; puis la prostration survient, et il meurt.

L'autopsie, faite 32 heures après la mort, en présence de MM. Louis et Chassaignac, a démontré l'intégrité de tous les organes abdominaux et crâniens. La poitrine offre la coloration rouge-foncé qu'on rencontre dans l'asphyxie; le péricarde renferme environ trois onces de sérosité sanguinolente. Le cœur est normal, si ce n'est un peu affaissé; ses cavités renferment un peu de sang à peine caillé. Le poumon gauche présente quelques adhérences anciennes. La cavité pleurale droite contient environ deux livres de sérosité rougeâtre. Quelques fragments pulmonaires plongés dans l'eau surnagent à sa surface. Les deux poumons sont d'un *rouge noirâtre* à leur base et en arrière, mais sans engouement ni hépatisation. « Les principales divisions de l'artère » pulmonaire sont presque complétement obstruées par des caillots de » sang noir dont plusieurs adhèrent médiocrement aux parois de l'ar- » tère, plus mous au centre et entourés à leur circonférence par une » membrane moins colorée; le sang est partout ailleurs d'une liquidité » parfaite. »

Considérant l'absence de lésions ou leur peu de gravité dans les autres organes, notre honorable collègue est porté à admettre que la mort est due à *l'oblitération de l'artère pulmonaire par la coagulation du sang* pendant la convalescence d'une pleuropneumonie légère.

M. Richelot fait suivre cette description de réflexions qui l'autorisent à croire que la coagulation du sang a dû se faire rapidement, et que la mort résulte de la non-arrivée du sang dans les cavités gauches du cœur, et conséquemment par la privation du fluide sanguin dans le cerveau; cette dernière circonstance explique la syncope première. Cependant, le caillot ne bouchant qu'imparfaitement l'artère, les efforts du cœur durent faire franchir encore une certaine quantité de sang, et le malade revint momentanément à lui; mais la coagulation, une fois commencée, devint de plus en plus considérable par suite de la difficulté apportée à la circulation, et le cerveau, anémié complétement, dut enfin amener une nouvelle syncope suivie de mort. Aussi notre honorable collègue pense-t-il que la saignée a dû accélérer cette terminaison fatale, en soustrayant au cerveau le peu de sang qui lui restait pour son entretien.

M. Mercier, tout en admettant avec M. Richelot que la mort peut être le résultat de la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire, ne pense pas cependant qu'il faille attacher à ce phénomène autant d'importance qu'il semble lui en donner; car, dans presque toutes les autopsies, on trouve le sang en grande abondance, et coagulé dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire.

A cette occasion, il rappelle que lors de ses recherches sur l'introduction de l'air dans les veines, il a cru devoir expliquer la mort par l'embarras que le sang mêlé de gaz éprouve à traverser les capillaires des poumons. Des expériences sur le cadavre ont démontré cette difficulté.

Il pense aussi que les pertes abondantes de sérum peuvent également devenir un obstacle à la circulation, en rendant le sang plus dense et plus épais. C'est ainsi que les choses se passent dans la miliaire épidémique et le choléra, où le sang se trouve cailleboté dans les veines.

M. Richelot ne pense pas qu'on puisse comparer les remarques de M. Mercier avec ce qu'il a mentionné; car il faut bien noter que, dans son observation, le sang était fluide partout, excepté dans l'artère pulmonaire, et que là il avait revêtu les caractères particuliers assignés plus haut.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, de Noyon, D.-M.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire médicale et philosophique de la femme, 3 vol. in-8; par le docteur Menville, médecin du ministère des travaux publics.

Sous ce titre, le docteur Menville vient de publier un ouvrage instructif et très intéressant; c'est un recueil d'enseignements et de préceptes dans lequel les femmes qui désireraient être initiées aux mystères de leur propre nature, de leur organisation et de leurs passions, ne sauraient mieux faire que de puiser; elles y trouveront tout ce qui peut satisfaire leur curiosité intime. Le docteur Menville leur parle tour à tour de leur beauté et de leur santé, des épreuves et des maladies qu'elles sont appelées à supporter pendant le cours de leur vie; puis, partout sur le chemin, il leur indique les écueils, et toujours il leur apprend à les éviter. Il s'est mis en règle pour cela; il a consulté tous les auteurs; et, dédaigneux de son propre fonds, qu'il semble avoir modestement sacrifié à celui des autres, il a extrait de ces mêmes auteurs des pages entières qu'il a ingénieusement intercalées dans son livre lorsque ces pages lui ont paru assez substantielles ou assez brillantes pour instruire le lecteur ou pour le charmer.

On trouve dans cet ouvrage des considérations générales sur l'organisation de la femme, — des généralités sur les principaux phénomènes qui précèdent, accompagnent ou suivent les grandes époques de sa vie; — des conseils hygiéniques pour toutes les conditions dans lesquelles elle peut se trouver soit à l'état de fille, soit à l'état de mère; — et enfin, des considérations physiologiques et philosophiques sur les maladies qui peuvent l'atteindre, et sur le traitement qu'il convient de leur opposer.

Sous le rapport du style, le livre du docteur Menville est une véritable mosaïque; ou, pour mieux dire, c'est exactement une autre tour de Babel, à le juger par la variété des idiomes et la confusion des genres qu'il contient. Frappé de ce caractère, nous avons pensé d'abord que l'auteur était une de ces natures puissantes et passionnées qui subissent d'entrain tous les cataclysmes du sentiment; et comme le style est l'homme, nous nous sommes dit : Cet homme est comme Montaigne, tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, selon qu'il se vire; — voilà sans doute les véritables souches de son style si accidenté et si heurté? Mais, tandis que nous nous abandonnions mollement à ces idées d'esthétique, nos yeux se sont arrêtés machinalement sur des pages à nous très connues, et nous avons pu compter jusqu'à soixante paragraphes textuellement extraits de l'*Hygiène des femmes nerveuses*, sans que M. Menville ait pris nul souci de nommer l'auteur!.... — Cette trouvaille a excité notre curiosité; nous avons cherché encore, et nous nous sommes aperçu que MM. les docteurs Lachaise, Brierre de Boismont et Virey avaient, ainsi que beaucoup d'autres, été mis largement à contribution.

Dès-lors notre opinion s'est définitivement constituée sur cette exubérance de formes qui rend le style propre à l'auteur si insaisissable et si rare, et nous croyons maintenant pouvoir en attribuer la cause à une pléthore d'érudition qui déborde de toutes parts et qui déteint partout. D'autres qualifieront, s'ils le veulent, le produit singulier de cette vaste et redondante érudition; pour nous, aujourd'hui, nous nous contenterons simplement d'en signaler l'espèce. Dr Ed. Auber.

Bons effets des bains animaux contre la crampe des écrivains; par M. le docteur Oeltze, de Neu-Ruppin.

M. Oeltze conseille, dans les cas de crampe des écrivains, l'emploi des bains animaux pris en plongeant la main et l'avant-bras jusqu'au coude dans les intestins d'animaux qui viennent d'être tués. Il fait prendre ces bains tous les jours, et les fait prolonger chaque fois pendant une demi-heure.

Ce praticien affirme que cette médication lui a valu un succès remarquable dans un cas de cette affection si rebelle et contre laquelle, jusqu'ici, on n'a trouvé aucun mode de traitement vraiment efficace. Au bout de douze à quinze bains de cette espèce, le malade pouvait déjà commencer à écrire son nom, et, après un laps de temps de neuf à dix semaines, il pouvait écrire des lettres et des mémoires d'une à deux feuilles sans en éprouver la moindre fatigue.

NOUVELLES.

M. le docteur Desavinières, ancien élève lauréat de l'Ecole-Pratique, vient de commencer avec succès un cours d'ophthalmologie. Un auditoire nombreux a vivement applaudi les idées élevées et les principes émis par ce nouveau professeur particulier, dont l'enseignement paraît devoir être fort utile à la jeunesse studieuse.

Ce cours théorique et clinique a lieu dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole-Pratique.

— On observe en ce moment à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, un assez grand nombre d'érysipèles. A la suite de l'ablation du sein, six femmes en ont été atteintes, et les plaies, contusions ou blessures les plus légères donnent lieu à des érysipèles graves. Dans le service de M. Martin-Solon, à l'hôpital Beaujon, il existe aussi plusieurs sujets affectés d'érysipèle. On n'a encore à regretter la mort d'aucun malade.

— On écrit de Caderousse au journal d'Orange, que la dme L. Geigu, femme Delu, de Valence (Drôme), habitant Caderousse depuis plus de vingt ans où elle exerçait la profession d'accoucheuse, y est morte ces jours derniers. Cette femme, d'une humeur singulièrement tracassière, prévoyant que personne ne l'accompagnerait à sa dernière demeure, a pourtant voulu que son convoi ne fût pas sans assistants. Pour atteindre ce but, elle a donné, par testament, un cierge à chacune des femmes des deux congégations existant à Caderousse, qui figureraient à ses funérailles, et cinquante francs à un corps de musique de dix musiciens pour l'acompagner jusqu'au cimetière. Les volontés de la défunte ont été ponctuellement exécutées et, soit la nouveauté du fait pour le pays, soit son excentricité, toute la population de Caderousse a assisté au convoi de la dame Delu.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 1er MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 51. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Considérations pratiques sur les kystes ovariques. Diagnostic.

(Suite du numéro du 15 avril.)

Il est entré dans nos salles, au n° 17, une femme chez laquelle, il y a deux jours, la paracentèse a été pratiquée pour la quinzième ou seizième fois. On a retiré vingt litres de sérosité assez transparente, limpide, mais présentant une coloration rosée. Nous avons dû procéder au toucher par le rectum et par le vagin pour nous éclairer sur la natute de l'hydropisie et sur l'altération à laquelle elle tient. Nous avons distingué une tumeur articulaire, remplissant le bas-fond de l'excavation pelvienne. Cette tumeur, lorsqu'avec le doigt on la soulevait par un mouvement brusque, produisait une sensation de ballottement. Cette tumeur semblait peu volumineuse. Nous avons pensé que cette tumeur avait une grande part dans la production de l'hydropisie que présentait cette femme au moment de son entrée.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur? Elle a certainement une analogie très grande avec les tumeurs dont nous nous occupons maintenant.

A-t-on jamais vu, dans le sexe qui n'a pas d'ovaires, des altérations de cette espèce? Cette tumeur est dure, bosselée, présente à la base des inégalités. Nous devons croire qu'il y a kyste à loges membraneuses, à parois épaisses, et peut-être très consistantes, remplies probablement, comme il arrive souvent dans des circonstances pareilles, de substances différentes sous le rapport de la consistance, des propriétés physiques, de la composition chimique. Une fois cette première question résolue, et nous croyons devoir le faire dans le sens que nous avons indiqué, une autre se présente, que voici : Le liquide séreux est-il contenu dans une des loges du kyste, considérablement développée, ou bien est-il simplement épanché dans le péritoine lui-même? La question est complexe ; nous essaierons cependant de la résoudre.

Chez cette femme, la teinte rosée et uniforme du liquide qui a été extrait par la ponction vient à l'appui de l'opinion qu'il est contenu dans un kyste. Nous avons dit que souvent le liquide des kystes était coloré, et que sa teinte pouvait aller du rose-clair au brun-foncé, couleur chocolat. Quelquefois cette coloration du liquide tient à la lésion d'un petit vaisseau blessé pendant la ponction; vaisseau qui serpente dans les muscles de l'abdomen. Mais, dans ce cas, la teinte du liquide n'est pas égale et uniforme; elle consiste dans un petit filet rouge, non continu, placé sur le côté de la colonne de liquide qui s'écoule au dehors. Ainsi, d'après la nuance que présente le liquide, d'après le nombre des ponctions qui ont déjà été faites chez cette malade, d'après la certitude que nous avons acquise de l'existence d'un kyste multiloculaire, dont une des loges pourrait bien contenir le liquide, il y a des présomptions que c'est en effet dans un kyste de l'ovaire qu'est contenue la sérosité. Il n'y a pas là certitude complète. Une hydropisie abdominale, quand elle a son siége dans le péritoine, est ordinairement plus promptement mortelle qu'une hydropisie de l'ovaire. La durée déjà longue de l'affection, depuis son début jusqu'à cette époque, nous porte à croire, quant au pronostic, qu'elle ne menace pas immédiatement les jours de la malade, et qu'elle pourra se prolonger pendant longtemps encore. Pourquoi l'épanchement péritonéal fait-il concevoir des craintes plus grandes pour les jours des malades, que l'hydropisie enkystée de l'ovaire? Ce n'est point de l'hydropisie que meurent les malades, mais de l'altération organique ordinairement grave et profonde, intéressant un appareil important et nécessaire à la vie ; telle est la cyrrhose du foie, par exemple, etc.

Jusqu'à présent nous avons passé en revue différents points de l'histoire de ces kystes ovariques; peut-être aurions-nous dû ne pas insister aussi longuement sur les particularités des faits que nous avons mentionnés. Nous allons entrer dans l'étude de l'histoire générale des kystes de l'ovaire.

— Nous avons dit, en traitant l'anatomie pathologique, que l'on distinguait ces kystes en uniloculaires et multiloculaires, différant les uns des autres par leur siége et l'aspect extérieur du sujet, en ceci surtout, que lorsqu'il y a kyste uniloculaire, il simule l'ascite, en se développant uniformément, tandis que les tumeurs à plusieurs loges, en même temps qu'elles se développent, jettent des racines dans le bassin, et sont toujours appréciables à la partie inférieure de l'abdomen, par le toucher vaginal et rectal, pendant qu'elles prennent du développement vers la partie moyenne et supérieure du ventre. C'est surtout dans cette forme de l'hydropisie enkystée que l'on voit la tumeur influer d'une manière très notable sur la position et les rapports des différents viscères abdominaux.

Considérées dans chacun de leurs symptômes, ces tumeurs présentent des différences très notables, selon qu'elles sont à une seule ou à plusieurs loges. Celles qui sont uniloculaires arrivent le plus ordinairement à un développement que les autres n'atteignent jamais. Les malades qui ont des kystes multiloculaires ovariques sans prédominance aucune d'une des loges en particulier, n'ont jamais un ventre aussi volumineux que les autres. L'épaisseur, le plus souvent inégale, des parois de chacun des kystes, semble aussi supposer un développement beaucoup moins rapide. La nature de cette variété de tumeur est aussi moins bénigne. La forme de l'abdomen, dans les cas de kystes uniloculaires, varie beaucoup. Tandis que ceux à une seule loge offrent presque toujours une forme arrondie, régulière, semblable à celle de l'hydropisie ascite ou de la grossesse, les tumeurs à divisions multiples, offrent des inégalités, des bosselures, des enfoncements, selon que chacune des divisions est plus ou moins grosse, que ses parois sont plus ou moins épaisses. Rarement chacune de ces dernières dépasse le volume du poing; cependant elles peuvent aller jusqu'à celui d'une tête d'enfant. Le palper fait aisément reconnaître cette disposition.

La consistance ne varie pas moins que le volume. Le kyste uniloculaire a une consistance de force moyenne; mais néanmoins il n'est pas assez dur pour empêcher le doigt de le déprimer par un mouvement brusque et rapide, comme il arrive dans l'hydropisie ascite. Les kystes multiloculaires ont une consistance qui varie suivant les différents points. Tandis que les premiers résistent également dans tous les points de leur étendue, la même disposition n'existe pas pour les seconds. Ces différences se constatent facilement par le palper du ventre et par le toucher vaginal et rectal. Ces deux modes d'exploration ne font rien constater qui ressemble à de l'infiltration purulente dans le tissu cellulaire de l'excavation du bassin; par conséquent, il est impossible de les confondre avec les abcès pelviens diffus. En général, les hydropisies enkystées de l'ovaire ne sont accompagnées d'aucune espèce de douleur. Les kystes uniloculaires n'en présentent presque jamais. Dans les multiloculaires, il n'en est pas toujours ainsi; soit dans l'une, soit dans l'autre des tumeurs, il se développe quelquefois un travail inflammatoire ; alors se manifeste une douleur très vive avec réaction fébrile et phénomènes généraux. Chez quelques femmes, c'est toujours dans le même point que se manifeste la douleur, et c'est toujours la même partie de la tumeur qui s'enflamme. Quelques-unes de ces loges peuvent être susceptibles d'inflammation ou de dégénérescence, auxquelles les autres ne sont pas exposées. Une de nos malades, couchée au n° 27 de la salle Saint-Bernard, nous a présenté, il y a quelques mois, des accidents de ce genre. Il n'y a pas longtemps que les mêmes phénomènes se sont reproduits, accompagnés de fièvre, et nous ont fait craindre qu'une nouvelle inflammation se fût développée.

Le plus ordinairement, des douleurs vives précèdent le mouvement fébrile, et instruisent le médecin du siége qu'occupe l'altération pathologique. Ces kystes agglomérés sont dans les conditions pathologiques d'une sorte d'isolement. Un seul ou plusieurs peuvent être le siége d'inflammations, de dégénérescences, auxquelles les autres ne participent point. Chacun d'eux a ses membranes, ses enveloppes particulières, qui sécrètent une substance particulière, et sans aucune analogie avec celle que contiennent les kystes voisins. Les kystes donnent toujours, à la percussion, une résonnance particulière, plus ou moins obscure, plus ou moins rapprochée du son mat. Il y a cependant des cas exceptionnels. Ceux auxquels on a pratiqué des ponctions ont pu contenir des gaz qui se seraient introduits par l'ouverture pratiquée dans leurs parois. D'autres fois, les gaz se sont produits dans le kyste lui-même, sans qu'il y ait eu communication avec l'extérieur. Nous en avons déjà dit un mot en nous occupant des altérations anatomiques. La matité que l'on rencontre le plus généralement a des applications pratiques qui sont fort utiles pour établir le diagnostic.

Vous avez pu voir au n° 3 de la salle des femmes, une malade qui nous a dit souffrir depuis huit ans. Le ventre est tendu, très volumineux, présente des bosselures nombreuses; sa forme est irrégulière; la résistance qu'il offre au toucher est aussi très variable dans les différentes régions ; ces caractères sont assurément les plus fréquents dans les kystes de l'ovaire. Mais on a dû noter une particularité fort curieuse en même temps qu'embarrassante pour le diagnostic. Presque tous les points où l'on sent ces bosselures, offrent à la percussion un son clair. Ce n'est donc point un kyste multiloculaire. Tout au plus pourrait-on avoir cette pensée si la sonoréité n'existait que dans un seul point; ici elle est générale. Nous sommes porté à penser qu'il existe là tout autre chose qu'un kyste de l'ovaire. La maladie a débuté, nous a dit cette femme, à la suite d'un coup violent qu'elle aurait reçu. A cette époque, il y aurait eu de la fièvre, des accidents cérébraux. Sûrement il y a eu péritonite traumatique. Les bosselures de l'abdomen ne sont, suivant nous, autre chose que des anses intestinales dilatées, et qui ont contracté des adhérences avec les parois de l'abdomen. Des éperons se forment dans ces circonstances; les gaz ne circulent plus avec facilité ; et de là dilatation anormale et souvent très considérable de ces anses du tube intestinal.

La fluctuation est encore un caractère précieux, et dont l'appréciation ne doit point être négligée. Dans les kystes multiloculaires, elle n'existe point, à moins qu'une des loges n'acquière un volume plus considérable que les autres; mais l'épaisseur des parois, toujours plus forte dans ce cas, diminue sensiblement la sensation de flot que donne le liquide. Dans les kystes uniloculaires, il y a de la fluctuation, et elle est aussi sensible que si le liquide était contenu dans le péritoine lui-même. Elle est perceptible dans tous les points de l'abdomen également ; rarement elle l'est par le vagin ou par le rectum. C'est un fait intéressant que la possibilité, dans certains cas, de la perception de la tumeur par ces deux cavités. Cela n'arrive guère que lorsque le kyste est multiloculaire, cas auquel il jette, comme nous l'avons dit, des racines dans l'excavation pelvienne ; tandis que le kyste à une seule loge s'élève au-dessus du détroit supérieur, et ne se laisse que difficilement atteindre par le doigt. La rareté de la fluctuation dans le vagin ou le rectum s'explique par ce que nous avons dit plus haut, que rarement les kystes multiloculaires sont fluctuants.

Dans quelques cas, une ponction pourra être pratiquée avec succès par le vagin ou le rectum. Ce sera lorsqu'en appuyant une main sur l'abdomen que l'on déprime de haut en bas, et en introduisant l'indicateur dans l'une de ces deux ouvertures, on pourra constater évidemment de la fluctuation. La ponction donne alors issue à un liquide peu abondant ordinairement, contenu dans un des kystes les plus inférieurs. Quelquefois le kyste est multiloculaire, et plusieurs loges communiquent ensemble. C'est l'exception la plus rare. Dans cette circonstance, il y a possibilité d'évacuer une grande partie de la tumeur, quelquefois la tumeur même tout entière, par une seule ponction vaginale, et de laisser là une petite fistule. On permet de cette manière au liquide de s'écouler continuellement, et à mesure qu'il se forme. Mais cela constitue une très rare exception. Cette pensée très ingénieuse de faire la pouction par le vagin, n'est applicable qu'à un très petit nombre de cas.

La présence des kystes de l'ovaire produit des changements très remarquables et très fréquents dans les fonctions de l'utérus. Bien que les femmes qui ont eu des enfants présentent quelquefois des exemples de cette affection, cependant elle se rencontre plus souvent chez celles qui n'en ont point eu. Peut-être la raison en est-elle que le commencement de la maladie date d'une époque antérieure à la nubilité. Quelquefois, un des ovaires est malade, et la fécondation peut s'opérer. Les trois femmes qui sont actuellement dans notre service, et à l'occasion desquelles nous vous présentons ces considérations cliniques, n'ont point eu d'enfants. Deux d'entre elles sont mariées. Nous avons dit que le développement de ces tumeurs produit des phénomènes très importants sur les organes voisins.

Relativement à l'utérus, les changements qui peuvent s'opérer sont extrêmement curieux. Dans le plus grand nombre de cas, cet organe est poussé du côté opposé à celui où s'est développée la tumeur ovarique. Cette dernière déprime et abaisse l'utérus. C'est surtout lorsque le kyste est multiloculaire que l'utérus présente des changements dans sa position. La femme couchée au n° 8, nous offre un exemple de ce genre. Chez elle, l'utérus est repoussé vers le côté gauche de l'abdomen. La malade a éprouvé des douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Le changement de position de la matrice vient alors éclairer le diagnostic ; il est fâcheux, mais nous devons en convenir, que la certitude que l'on obtient soit presque sans importance pour le traitement. La malade dont nous vous parlons ici vient de subir il y a quelques jours l'opération de la paracentèse. Le liquide qui a été retiré offrait une couleur brune, semblable à une solution claire de chocolat. Après l'évacuation du liquide, nous avons pu explorer l'abdomen ; nous avons constaté que la partie supérieure de la tumeur était placée dans la portion droite de l'excavation. Elle a dix centimètres environ de diamètre, est sphéroïde, unique. La masse de la tumeur est appréciable au toucher, et peut être facilement circonscrite par la dépression des parois de l'abdomen, d'une part, et de l'autre par le toucher vaginal. En examinant avec soin le reste de l'hypogastre, on trouve plus à droite qu'à gauche une autre tumeur, rénitente ; cette rénitence pouvait porter à croire qu'il y avait en même temps lésion de l'ovaire gauche. Plus à gauche encore

de cette seconde tumeur, nous en avons trouvé une troisième. Cette dernière est filiforme, à pointe dirigée en bas, et sa continuité avec le museau de tanche ne nous a pas permis de douter un seul instant qu'elle ne fût formée par l'utérus.

Dans cette hypothèse, que d'après l'ensemble des phénomènes fournis par l'exploration, nous avons tout lieu de croire exacte, la seconde tumeur, celle du milieu, serait un apendice de la première. Tout porte à croire qu'ici la double tumeur appartient à l'ovaire droit, puisque la troisième appartient à l'utérus, qui serait ainsi déjeté du côté opposé.

Chez l'autre malade, la tumeur a envoyé des prolongements dans la cloison recto-vaginale. Le rectum se trouve comprimé en arrière contre le sacrum, tandis que le vagin l'est contre l'arcade des pubis. Cette compression du vagin est tellement forte, que le doigt ne peut, malgré tous les efforts, parvenir jusqu'à l'orifice utérin. Le vagin a quitté l'axe oblique antéro-postérieur du bassin, et la douleur extrême que détermine le toucher fait voir qu'il serait imprudent de pousser le doigt plus profondément.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Phimosis. Rétention complète d'urine. Circoncision bizarre. Nouveaux accidents de rétention. Emploi de l'émétique suivi de rupture de l'urètre. Abcès urineux du périnée. Dégénérescence fibro-cartilagineuse du gland. Adhérences du prépuce au gland. Rétablissement du canal; nouveau procédé. Guérison. Réflexions.

L'observation que nous allons rapporter est aussi remarquable par les lésions diverses qu'elle présente, que par les considérations pratique auxquelles elle donne lieu.

Au n° 22 de la salle des hommes est couché le nommé Caumartin (Eugène), horloger, âgé de vingt-cinq ans.

Ce malade atteignit l'âge de quatorze ans sans avoir été beaucoup incommodé, et sans se douter du vice de conformation qu'il portait depuis sa naissance. Jusqu'alors il n'avait éprouvé qu'un peu de gêne dans l'émission des urines. Cette fonction n'ayant lieu qu'avec lenteur, il se mettait à l'écart pour uriner. Il ne pouvait découvrir le gland, comme les autres enfants de son âge. Le jet était petit; mais les urines ne coulaient pas goutte à goutte, ne s'amassaient pas entre le prépuce et le gland, et n'y formaient aucune tumeur. L'ouverture du prépuce, en effet, bien qu'étroite, était assez grande et assez bien disposée pour permettre l'écoulement de l'urine à mesure qu'elle sortait de l'urètre; le prépuce n'était ni douloureux, ni rouge, ni tuméfié; il ne fournissait aucune sécrétion anormale, et ne présentait aucune adhérence avec le gland. Entre celui-ci et le prépuce on n'avait jamais constaté l'existence de calculs; enfin aucun symptôme de balano-posthite ne s'était encore manifesté; bien que le prépuce ne dépassât que très peu le gland, l'érection ne causait aucune douleur. Il existait donc alors un simple phimosis congénital.

A quatorze ans, il a des rapports avec une femme: il ne peut découvrir le gland, s'écorche le prépuce, et il s'écoule un peu de sang. Au bout de quelques jours l'orifice du prépuce se tuméfie et se rétrécit encore; l'urine coule goutte à goutte, s'amasse dans l'intérieur du prépuce, et y forme une tumeur molle, fluctuante, qui augmente pendant la miction, et qui diminue quand on la comprime; en même temps le malade éprouve une douleur cuisante au niveau du prépuce, et il s'écoule un peu de pus par l'orifice du prépuce.

Cinq ans s'écoulèrent ainsi sans qu'il fît aucun traitement; il n'en continua pas moins à se livrer à l'acte vénérien, et, selon qu'il faisait ou non des écarts de régime, il éprouvait des alternatives de pis ou de mieux. Pendant tout ce laps de temps il n'eut pas de bubons, et, comme il était impossible de découvrir le gland, on ne put s'assurer s'il existait des chancres sur celui-ci ou sur la muqueuse du prépuce. Jusque-là on n'eut donc aucun symptôme caractéristique d'infection syphilitique.

Devait-on supposer, dans ce cas, l'existence de chancres? Nous ne le pensons pas, et quoique Boyer ne signale pas la balanite comme pouvant produire le phimosis accidentel, il n'en est pas moins vrai qu'en admettant l'existence d'une simple balanite on peut expliquer tous les symptômes que présentait ce malade, tels que la tuméfaction et l'étroitesse de l'ouverture du prépuce, la douleur cuisante au niveau de celui-ci et l'écoulement de quelques gouttes de pus.

A dix-neuf ans, il se livre à des excès vénériens; recrudescence de tous les symptômes antérieurs; ouverture très étroite du prépuce, sécrétion purulente, etc. De chaque côté on observe des bubons qui se terminent par suppuration, et laissent pendant un an environ un petit orifice fistuleux par lequel s'échappe du pus quand on les comprime.

Cette fois la suppuration des bubons donne lieu de penser qu'il s'agissait alors d'une vraie maladie syphilitique et qu'il pouvait y avoir des chancres sous le prépuce.

Pendant l'espace de quatre années il ne fait aucun traitement, et éprouve des symptômes plus ou moins prononcés de phimosis; la sécrétion purulente se fait toujours, mais peu abondamment.

A vingt-trois ans, à la suite d'un excès de boissons, et dès le jour même des symptômes de rétention d'urine se manifestent: l'urine ne s'écoule plus au dehors, pas même goutte à goutte; elle ne s'accumule plus dans l'intérieur du prépuce, qui a déjà contracté des adhérences intimes avec le gland; mais en revanche elle distend fortement le canal de l'urètre dans toute son étendue, et à tel point, qu'au dire du malade, la verge est comme tordue. Besoins fréquents d'uriner, efforts inutiles pour les satisfaire; douleurs vives; fièvre; anxiétés, etc.

Dans cet état, il s'adresse à M. R. pour se faire sonder. Le rétrécissement de l'orifice du prépuce était tel, que ce médecin ne pouvant découvrir le méat urinaire, crut qu'il était nécessaire de pratiquer une opération préalable pour y parvenir. Voici comment il s'y prit:

Saisissant d'une main l'extrémité du prépuce, il l'attire à lui, ainsi qu'une partie de la peau qui recouvre la verge; et, à l'aide d'un bistouri, il coupa transversalement cette partie des téguments qui dépassait le gland, et dont le malade évalue la longueur à un pouce environ.

Comme il est facile de le comprendre, cette opération ne modifia que très peu la disposition des parties; en effet, ce qui fut retranché, ce fut une partie de la peau de la verge et le feuillet cutané du prépuce, et non son feuillet muqueux, qui, à son origine, forme au-devant du gland l'orifice rétréci du prépuce. Après cette opération le médecin se livre, mais sans succès, à de nouvelles tentatives de cathétérisme; comprenant la nécessité de rétablir le cours des urines pour faire cesser les symptômes pressants qui existent, il pratique de nouvelles incisions, sur la disposition desquelles le malade ne peut donner de renseignements précis. Enfin M. R. parvient à découvrir le méat urinaire et à introduire dans l'urètre une petite bougie. Le gland ne peut être mis à découvert; les urines ne s'écoulent qu'avec un jet très petit, et les symptômes précédents persistent bien qu'à un degré moins intense; cependant au bout de quelques jours de repos au lit et à l'aide de boissons adoucissantes, l'urine reprend peu à peu son cours habituel.

Il restait alors une plaie exterieure des téguments de la verge, plaie assez vaste et d'autant plus étendue, que la peau s'était rétractée aussitôt après l'incision vers la racine de la verge; cette plaie suppura pendant six semaines, et se cicatrisa enfin.

Par le fait même de la cicatrisation, la peau de la verge fut attirée en avant, et vint contracter des adhérences intimes avec la petite portion du prépuce, qui, située près de son orifice, avait échappé à l'action de l'instrument tranchant. Le gland fut donc recouvert en totalité par cette peau.

De cette opération et de ses suites, il résulte:

1° Que, l'orifice du prépuce restant dans les mêmes conditions, et présentant le même rétrécissement, le malade ne fut aucunement à l'abri des graves accidents de la rétention d'urine; ce qui arriva par la suite le prouve d'une manière bien convaincante;

2° Que le feuillet cutané du prépuce, enlevé par l'opération, fut remplacé aux dépens de la peau de la verge; ce qui gêna d'autant l'érection;

3° Qu'il y eut reproduction d'un prépuce tout à fait semblable par sa structure au prépuce de première conformation.

Trois mois après l'opération, des symptômes de rétention d'urine se manifestent de nouveau; mais cette fois, M. R., sans chercher à attaquer le mal dans sa source, sans rien faire pour détruire le phimosis, se borne à combattre la rétention par des bains, des boissons émollientes et le repos au lit.

Dans les premiers jours du mois de janvier dernier, ce jeune homme est atteint d'une affection abdominale pour laquelle le médecin prescrivit des sangsues, des bains, un vomitif, etc. Ce traitement provoque des efforts violents de vomissements, à la suite desquels il survient au périnée de la tuméfaction et de la douleur qui augmente par la pression; le malade ne peut se rappeler si cette tumeur formée au périnée augmentait de volume, et devenait plus tendue quand il urinait. Six jours se passèrent, pendant lesquels les urines reprirent leurs cours, mais toujours avec la même difficulté. Le malade attire l'attention du médecin sur les changements qui étaient survenus au périnée; trente sangsues furent appliquées sur le point douloureux; on prescrivit le lendemain vingt autres sangsues, et le lendemain un bain. Mais comme tous l'influence de ce traitement il n'y avait aucune amélioration, le médecin engagea son malade à entrer dans un hôpital. Ce n'est que le 30 janvier 1845 qu'il entre à l'hôpital des Cliniques.

Voici ce que l'on observe:

Au périnée, se remarque une tumeur qui occupe toute l'étendue comprise entre le bord antérieur de la marge de l'anus et les branches ischio-pubiennes; en avant, elle s'étend jusque vers la racine de la verge et dans l'épaisseur des bourses; en haut et en bas, elle paraît exactement circonscrite par l'union des aponévroses moyenne et superficielle du périnée. Elle occupe donc toute l'étendue de cette région. Cette tumeur est rouge, chaude, fluctuante, douloureuse au toucher, circonscrite, et forme une saillie extrêmement prononcée. Le gland ne peut être mis à découvert; il paraît dur et comme cartilagineux. Le prépuce présente un orifice très étroit, et adhère au gland dans toute sa circonférence. Les urines ne coulent que goutte à goutte par l'orifice rétréci du gland et du prépuce. Le canal de l'urètre est distendu dans toute son étendue jusqu'au gland.

Quant aux symptômes généraux, il y a anorexie, insomnie, anxiété, fièvre, langue sèche, pouls fréquent. Ces phénomènes existent déjà depuis plusieurs jours.

M. Nélaton diagnostiqua un abcès urineux du périnée, et pensa qu'il était urgent de donner promptement issue à cette collection purulente. En conséquence, il pratiqua au périnée une longue incision qui, commençant à la racine des bourses, va se terminer à un pouce environ au-devant de l'anus; il en sortit beaucoup de pus d'une fétidité repoussante, et, le même jour, la plaie laisse manifestement passer les urines. Comme l'on est certain d'avoir respecté les parois de l'urètre dans l'incision que l'on pratiqua à l'hôpital, il y avait donc eu préalablement rupture dans un point des parois de l'urètre.

La plaie qui résulte de l'incision périnéale suppure, et il y a absence complète de l'écoulement des urines par les voies normales. Pour faire cicatriser cette plaie, il fallait empêcher l'urine de s'écouler par cette solution de continuité, et, pour cela, il fallait d'abord introduire une sonde dans l'urètre, puis la laisser à demeure. L'introduction de la sonde était surtout indiquée pour combattre le rétrécissement de l'urètre, cause première de tous les accidents; en effet, ce rétrécissement persistant, le malade, sous l'influence d'un écart de régime quelconque, serait incessamment menacé d'une nouvelle rétention d'urine avec toutes ses suites. Dans cet état de choses, il fallait donc de toute nécessité rétablir le canal de l'urètre.

M. Nélaton commence par débrider un peu l'orifice du prépuce; ensuite, il fait plusieurs tentatives pour introduire une sonde dans l'urètre. Quel que soit le calibre de la sonde ou de la bougie, celle-ci entre bien dans l'orifice du gland, mais ne peut y pénétrer qu'à un centimètre environ. En ce point elle éprouve une résistance invincible, et le rétrécissement est tellement prononcé que les bougies même les plus fines ne peuvent le franchir. Cependant l'urine peut y passer, et voici comment: Quand le malade fait des efforts pour uriner, le liquide arrive jusqu'au bout de la verge, c'est-à-dire jusqu'au point rétréci, et remplit toute la portion de l'urètre située au-devant de la plaie du périnée et derrière le rétrécissement; en pressant d'arrière en avant sur cette portion du canal, le malade fait sortir quelques gouttes d'urine par le point extrêmement rétréci que présente le gland.

M. Nélaton, avant de recourir à une opération pour rétablir le canal de l'urètre, essaie encore, mais en vain, d'introduire une bougie; M. Le Roy-d'Etiolles, qui se trouvait présent, fut invité à se livrer aux mêmes tentatives, qui furent également infructueuses. L'opération étant donc décidée, il restait à choisir le procédé; on sait que le procédé ordinairement employé en pareil cas, consiste à faire pénétrer de dehors en dedans et d'avant en arrière un trocart pour arriver dans la portion du canal située derrière le rétrécissement. M. Nélaton trouvant dans ce procédé peu de certitude pour atteindre le canal, et craignant les accidents qui pourraient résulter d'une fausse route faite avec le trocart, rejette ce procédé et préfère employer le suivant:

A la face inférieure de la verge, sur la ligne médiane, et immédiatement derrière le rétrécissement du gland, on pratique une incision longue de deux centimètres au plus; on divise couche par couche les tissus jusqu'à la membrane muqueuse de l'urètre exclusivement; cette dernière n'est incisée que dans une étendue de quatre à six millimètres tout au plus. Par cette incision, l'opérateur introduit la canule d'un trocart qu'il fait glisser d'arrière en avant jusqu'à la partie postérieure du rétrécissement; alors, introduisant le poinçon dans la canule, il l'enfonce à travers le gland, en ayant soin toutefois d'en faire sortir la pointe par l'orifice normal, mais rétréci, du prépuce et du gland. On éprouve une grande difficulté pour traverser le gland, qui est induré et comme cartilagineux. Cela fait, on retire le poinçon, et, la canule restant en place, on y introduit d'avant en arrière une sonde cannelée; on enlève la canule, et un bistouri à lame étroite et pointue, dirigé sur la sonde cannelée, sert à inciser le rétrécissement. Cette manœuvre une fois achevée, on retire la sonde cannelée, puis on passe dans toute la longueur de l'urètre une sonde en gomme élastique qu'on laisse à demeure, et sur laquelle l'incision faite à la face inférieure de la verge est réunie à l'aide de trois épingles à insectes et de la suture entortillée.

A partir de ce moment, la vessie se vide facilement et les urines s'écoulent par la sonde; il n'en sort que quelques gouttes par la plaie du périnée. Le lendemain de cette opération, la sonde, qui la veille était un peu serrée dans l'urètre, se trouve très libre dans ce canal. Le malade garde toujours la sonde, mais on la change de temps à autre.

Trois jours après l'opération, on enlève les épingles; les lèvres de l'incision urétrale sont réunies seulement au fond, mais nullement près de la surface cutanée. Le même jour, dans la nuit, le malade éprouve une érection qui produit la rupture de la cicatrice encore peu solide, et quelques gouttes d'urine s'échappent par la petite plaie de l'urètre. M. Nélaton, dans le but d'empêcher le passage de l'urine qui retarderait inévitablement la cicatrisation, recommande expressément au malade de presser l'une contre l'autre les deux lèvres de cette plaie chaque fois qu'il urinera. Avec cette seule précaution, la plaie de l'urètre se cicatrise bientôt, et le 15 février elle est complètement fermée. A cette époque, la plaie du périnée, quoique notablement rétrécie depuis l'introduction de la sonde, livre encore passage à quelques gouttes d'urine quand on exerce une compression dans son voisinage; mais le 15 mars, elle est complètement fermée.

Le 22 mars, pour la première fois, on supprime l'usage de la sonde, que le malade avait toujours gardée depuis l'opération. On le fait uriner, et, malgré l'attention la plus grande, les deux plaies sont parfaitement sèches et il n'y a aucun suintement d'urine; celle-ci s'échappe de l'urètre avec facilité et en formant un jet assez volumineux.

L'état général, qui à l'époque de l'entrée du malade était des plus inquiétants, ne laisse plus rien à désirer. Facies excellent, grand appétit, bon sommeil, etc.

La cicatrice de la plaie du périnée est un peu dure, calleuse, mais solide; celle de la plaie urétrale est parfaite. Le gland est toujours dur, cartilagineux et adhère intimement au prépuce avec lequel il se confond dans toute sa circonférence. L'érection n'est point douloureuse et se fait aussi bien qu'avant le début des accidents qui ont amené le malade à l'hôpital, malgré les incisions qu'on lui a pratiquées et leurs cicatrices. Enfin l'émission des urines s'opère librement.

Tel est l'état dans lequel il sort de l'hôpital des Cliniques, le 30 mars 1845, après deux mois de séjour.

— Cette observation donne lieu à quelques réflexions que nous ne pouvons passer sous silence.

Jusqu'à l'âge de quatorze ans, l'urine ne s'est point accumulée entre le prépuce et le gland, malgré l'étroitesse con-

génitale des orifices de ceux-ci, et il n'y a pas eu d'accidents consécutifs, tels que des ulcérations, des calculs, des adhérences. Si l'on observe les phénomènes qui existaient, on en trouve facilement la raison dans l'absence des conditions matérielles qui favorisent cette accumulation d'urine et tous ses accidents. On sait, en effet, que le défaut de parallélisme entre les orifices du prépuce et du gland, le défaut de rapport dans leur calibre et la longueur extrême du prépnce relativement au gland, sont les conditions indispensables pour l'accumulation de l'urine dans l'intérieur du prépuce ; mais notre malade ne présentait rien de semblable.

Chez lui, malgré l'étroitesse et le peu de longueur du prépuce relativement au gland, l'érection n'est aucunement douloureuse. Voici cependant ce que nous dit Boyer à cet égard :

« Si le prépuce a beaucoup plus d'étendue qu'il ne faut pour recouvrir le gland, il se prête aisément à l'augmentation de volume de cette partie dans l'érection, et cet état ne cause aucune douleur ; mais si le prépuce n'a que l'étendue nécessaire pour envelopper le gland, celui-ci ne pouvant passer par l'ouverture étroite du prépuce, l'érection est douloureuse. La douleur est surtout très grande, lorsque les sujets chez lesquels cette conformation a lieu ont commerce avec les femmes. » (Boyer, t. X, p. 316.)

Il nous semble que, dans cette description, Boyer n'a pas tenu assez compte de l'influence de l'âge sur l'érection; ainsi il est douteux d'abord que, dans un phimosis congénital, le prépuce n'ait que l'étendue nécessaire pour recouvrir le gland, et ensuite que l'érection soit assez considérable dans l'enfance pour être douloureuse. Aussi voyons-nous, chez le malade qui fait le sujet de notre observation, le prépuce ne pas dépasser notablement le gland et l'érection n'être pas douloureuse, bien qu'il se livrât dès l'âge de quatorze ans à des rapports sexuels.

— On voit survenir à 14 ans et à la suite du coït, une balanite probablement simple et non syphilitique qui produit un phimosis aigu et qui persiste à l'état chronique pendant cinq ans. On sait que la balanite revêt rarement la forme chronique.

— Quant à l'étrange circoncision dont nous avons parlé, on a peine à concevoir les raisons qui ont pu décider le médecin à pratiquer cette opération dans le cas dont il s'agissait; en effet, des adhérences existant déjà entre le prépuce et le gland, il ne pouvait, en exerçant une traction sur l'extrémité du prépuce, que déplacer la peau de la verge et le feuillet cutané du prépuce. Aussi son instrument divisa-t-il ces parties sans modifier en aucune manière l'orifice étroit du prépuce.

— On a pu remarquer que ce malade à son entrée, présentait un abcès au périnée, et que l'incision pratiquée dans cette région livra passage à l'urine; il existait donc une solution de continuité sur les parois de l'urètre. Mais comment et à quelle époque s'était opérée cette déchirure de l'urètre? Si l'on se souvient des accidents qui suivirent l'administration du vomitif, de la tumeur et de la douleur qui se manifestèrent à la région périnéale, on reconnaîtra que les grands efforts, provoqués par le vomitif et joints à l'amincissement ou à l'ulcération d'un point des parois de l'urètre fortement distendues par l'urine, ont pu suffire pour produire cette déchirure. Cela établi, il est facile de comprendre tout ce qui est survenu chez ce malade; ainsi, par cet orifice accidentel de l'urètre, un peu d'urine extravasée s'est répandue dans le tissu cellulaire voisin et a produit son inflammation et sa suppuration; il en est résulté le dépôt urineux et purulent ou l'abcès urineux que nous avons constaté chez ce malade à son entrée à l'hôpital.

La dégénérescence cartilagineuse du gland, qui se rencontre dans le cas qui nous occupe, est sans doute une altération rare; car tous les auteurs parlent de la dégénérescence cancéreuse, squirrheuse, mais aucun ne fait mention de la dégénérescence cartilagineuse. On ne peut cependant supposer ici l'existence d'un squirrhe même au début. De même que des blennorrhagies multipliées ou longtemps prolongées sont les causes les plus ordinaires de ces rétrécissements organiques et calleux qui transforment les tissus spongieux et sous-muqueux de l'urètre en un tissu blanc de la dureté et de la consistance du cartilage, de même aussi, chez notre malade, cette balanite et ce phimosis qui ont duré si longtemps, ont bien pu produire cette dégénérescence cartilagineuse du gland, dont la structure ne diffère en rien de celle de l'urètre.

— Il est facile de comprendre quelle a été l'intention de l'opérateur en perforant le gland d'arrière en avant; en effet, ce procédé, qui d'abord paraît assez compliqué, offre le grand avantage de ne rien livrer au hasard, tandis qu'il n'en eût pas été de même, si le trocart avait été enfoncé d'avant en arrière, à travers le gland; car les parois de l'urètre revenues sur elles-mêmes; accolées l'une à l'autre, ne permettaient point de ponctionner comme cela eût été facile si le canal avait présenté une dilatation remplie par de l'urine.

— Remarquons en outre que, dans les circonstances présentées par notre malade, il était moins à craindre de voir l'incision pratiquée à la face inférieure de la verge se convertir en une fistule de l'urètre que dans tout autre cas; car l'incision du périnée offrait à l'urine une large voie de déviation, et par conséquent il était peu probable que le contact de ce liquide dût s'opposer à la réunion immédiate des lèvres de la plaie.

— Enfin nous ferons remarquer que M. Nélaton a fait une heureuse application de la modification apportée par M. Hawkins, chirurgien à l'hôpital Saint-Georges à Londres, à l'incision qu'il a pratiquée sur le canal de l'urètre; en effet, dans le but de prévenir l'ulcération fâcheuse des bords de la plaie qui pouvait résulter, soit du contact du pus, soit du passage de l'urine, il a réuni la peau et la muqueuse au moyen de trois épingles à insectes et de la suture entortillée, et il a été assez heureux pour obtenir une réunion par premièe intention.

G. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séancc du 29 avril. — Présidence de M. Caventou.

M. Brachet (de Lyon), membre correspondant, assistc à la séance.

— L'ordre du jour ramène la discussion sur le rapport de M. Mélicr.

M. Bricheteau lit une note qu'il nous est impossible d'entendre. Nous croyons comprendre que l'honorable académicien conteste l'influence nuisible du tabac sur la santé des ouviers. Il a vu des individus ayant travaillé pendant quinze, vingt et trente ans dans la manufacture de Paris, non-seulement sans inconvénients, mais même qui ont éprouvé une certaine immunité relativement à quelques maladies, comme la bronchite et le rhumatisme. Il fait remarqner que les grands fumeurs et les personnes qui passent leur vie dans les tabagies et estaminets, n'éprouvent aucune incommodité particulière.

M. Dupuy présente quelques réflexions qui ne semblent pas se rattacher à l'objet en discussion

M. Londe. Je ferai une simple question à M. le rapporteur : A-t-il recherché si depuis que le monopole de la fabrication des tabacs est institué, le nombre des malades a augmenté? Dans les pays où la fabrication est libre, y a-t-il autant de malades?

M. Mélier a la parole pour répondre aux diverses observations qui lui ont été présentées. Il commence par remercier l'Académie de son attention et de sa bienveillance. M. Villermé a désiré quelques explications sur la proportion des sexes des ouvriers dans les manufactures. Cette proportion, répond M. Mélier, n'est pas toujours la même, et varie dans chaque manufacture d'après les travaux qui y sont faits. A Paris, il y a, terme moyen, huit cents femmes sur cinq cents hommes. Quand, dans le rapport, on a dit que le nombre des femmes malades était plus considérable que celui des hommes, on a tenu compte de la proportion. Mais M. Mélier croit que là, comme ailleurs, la susceptibilité de la femme à contracter des maladies se montre avec évidence. Il pense d'ailleurs que les vêtements particuliers des femmes les prédisposent à l'influence des émanations, et il conseillerait quelques modifications aux vêtements des ouvrières.

M. Villeneuve aurait voulu que le rapport tînt compte du salaire des ouvriers, qui, dit-il avec raison, joue un grand rôle dans les conditions sanitaires de l'ouvrier. M. Mélier répond qu'à Paris ce salaire est, en général, élevé. La journée des hommes varie entre 3 fr. et 3 fr. 50 c.; celle des femmes entre 1 fr. et 1 fr. 75 c.

M. Gérardin a demandé quelles influences l'introduction des machines avaient apportées dans les conditions sanitaires de l'ouvrier. M. Mélier répond que cinq manufactures n'ont pas encore de machines, et que c'est là précisément que les accidents sont les plus fréquents et les plus graves : les ophthalmies surtout. Ceci conduit M. Mélier à répondre à la question de M. Langier relativement à l'amaurose. Il n'a pas rencontré cette maladie dans la manufactore de Paris; il ne l'a vue notée dans aucun des rapports des médecins de l'administration.

M. Ségalas a demandé si les urines étaient plus abondantes, ou si c'était seulement le besoin d'uriner qui était plus fréquent. M. Mélier répond que c'est l'une et l'autre chose, et il l'explique par la propriété diurétique bien connue du tabac.

M. Villeneuve s'est beaucoup étonné de ce fait relatif à une femme en couche, dont les eaux de l'amnios répandaient une forte odeur de tabac. M. Mélier répond qu'il n'a pas vu le fait, c'est vrai, mais qu'il s'est présenté à lui avec toutes les garanties possibles, car ce fait a été observé publiquement à la clinique d'accouchements de M. le professeur Stolz, de Strasbourg. D'ailleurs, ce fait n'est pas sans analogue dans la science; ainsi, Haller parle d'une femme qui fut soumise pendant sa grossesse à un traitement par le safran, et dans les eaux de l'amnios de laquelle on put constater l'odeur et la couleur de ce médicament; Levret a cité un cas d'une femme enceinte soumise à un traitement mercuriel, et dont les eaux de l'amnios blanchissaient une lame de cuivre décapée par un amalgame de cuivre et de mercure. Ces faits ont été reproduits par Baudelocque, Maygrier et par un auteur plus récent, M. Moreau.

On s'est demandé : La coloration de la peau particulière à certains ouvriers qui travaillent le tabac, ne serait-elle qu'une simple teinture? Le rapporteur n'a pas commis cette erreur grossière. Si ce phénomène n'était dû qu'à un effet de teinture, il se produirait tous les jours et sur tous les ouvriers; une simple lotion suffirait pour le faire disparaître. Loin de là, il faut quelquefois deux ans pour qu'il se produise, et toutes les lotions du monde n'y font rien. Ce phénomène tient à quelque chose de cachectique qui ressemble à la chlorose; et cette similitude est si grande que les médecins la traitent par le fer, et s'en trouvent bien.

Quant à l'acclimatement, M. Mélier partage l'avis de M. Rochoux.

M. Desportes lui a fait un reproche grave d'avoir négligé, dans un rapport d'hygiène, de donner des conseils hygiéniques. Ce reproche n'est pas fondé. M. Mélier rappelle tous ceux qui sont consignés dans le rapport, tous ceux qu'il a donnés verbalement à l'administration, et qui ont été suivis de bons résultats.

Quant aux observations de M. Fontan sur la nature des gaz répandus dans les manufactures, M. Mélier ne conteste pas leur exactitude; mais il croit, appuyé sur les opinions de M. Gay-Lussac, de M. Fremy et de M. Chevallier, que ce n'est pas au gaz ammoniac seul que sont dus les effets délétères observés. Ce gaz tient en suspension de la nicotine, et les effets sont complexes.

M. Mélier se défend d'avoir traité avec trop de rigueur les travaux de Parent-Duchâtelet dont il a été l'ami, dont il respecte la mémoire et dont il apprécie les travaux. Il croit seulement que cet hygiéniste avait une tendance à l'exagération, qu'il était optimiste plutôt par bienveillance que par toute autre raison, et il ne peut adopter son opinion sur la complète innocuité de la fabrication du tabac.

M. Mélier termine en s'opposant à la conclusion de M. Londe, qui ne fait que reproduire ce qui se trouve dans le rapport.

M. Delens se plaint et s'étonne que, de toutes les objections qu'a réfutées M. Mélier, la sienne n'ait pas obtenu le même honneur.

M. Mélier s'excuse sur un oubli, et réfute M. Delens.

M. Gasc lit quelques fragments d'un mémoire qu'il a publié il y a fort longtemps, et après avoir étudié à Tonneins, où il était médecin, les maladies des ouvriers qui travaillaient le tabac.

La discussion est termée.

M. Gérardin propose une nouvelle conclusion. Puisque, dit-il, la fabrique de Paris est une fabrique modèle, l'Académie devrait engager le ministre à introduire dans les autres manufactures les modifications de celle de Paris.

M. Adelon s'oppose à cette conclusion sous ce prétexte, que l'Académie ne peut prescrire à un ministre ce qu'il faut faire.

M. Londe. Quoi! le ministre va supprimer les quarantaines pour la fièvre jaune, grâce aux héroïques efforts de Chervin et à la persévérance de M. Aubert-Roche, et l'Académie ne pourrait pas lui conseiller des modifications heureuses sur les manufactures de tabac? Je ne comprends pas cette réserve.

M. Nacquart appuie le refus de M. Adelon.

Les conclusions pures et simples du rapport sont adoptées.

Après quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 avril 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien offert de relatif aux sciences médicales, si ce n'est une modification proposée par M. le doceur Guépratte, chirurgien major de la marine, au trois-quarts destiné à la ponction de l'hydrocèle, modification qui aurait pour résultat, dit son auteur, de s'opposer à l'épanchement du liquide.

Pour la cure radicale de l'hydrocèle, on préfère généralement l'injection à toutes les autres méthodes, et on la pratique avec un liquide (vin alcoolisé ou solution d'iode) qui détermine dans l'enveloppe séreuse (tunique vaginale), siége de l'épanchement, une inflammation adhésive. Mais si, au moment où le chirurgien pousse cette injection, la canule qui se trouve confiée à un aide vient à quitter la cavité vaginale, soit par suite d'un mouvement brusque du malade, soit par toute autre cause, le liquide irritant s'infiltre dans les mailles du tissu celluleux des bourses, où il détermine une inflammation dangereuse donnant lieu quelquefois à la gangrène. La modification que M. Goépratte a fait subir au trois-quarts aurait pour objet de rendre impossible un pareil accident.

Cette modification porte sur la canule qu'une cloison longitudinale divise en deux loges inégales, l'une occupée par le poinçon, l'autre plus petite, recevant une crémaillère qui est fixée du côté de la cuiller à un coulant chargé de la mouvoir, et qui s'adapte à l'opposite au talon d'une soupape en hélice, voisine de l'extrémité pénétrante de la canule.

Le trois-quarts et la canule une fois plongés dans la tumeur, on pousse le coulant, et aussitôt la soupape se redresse perpendiculaire à l'axe de l'instrument, de manière à être arrêtée contre la séreuse, d'où l'extrémité de la canule ne peut plus s'échapper tant que, par un nouveau mouvement imprimé au coulant, on n'a pas fait retomber la soupape.

REVUE GÉNÉRALE.

Luxation complète de la jambe en avant, produite par la seule extension.—Un homme de vingt et un ans, fort, trapu, sanguin, faisait un saut en longueur, de 4 mètres environ, sur un terrain plat; il retomba sur le pied gauche seulement la jambe étendue et un peu rejetée en arrière, tandis que la droite ne touchait pas encore la terre. Il éprouva une vive douleur et tomba sur le ventre présentant une luxation de la jambe en avant. Le malade souffrait peu quand il fut apporté à l'hôpital de Metz. On n'apercevait aucune ecchymose, et M. le docteur Jacquot fut porté à croire que les désordres produits par l'accident devaient se réduire à peu de chose, les ligaments croisés et quelques fibres des muscles jumeaux. On fit l'extension, et une traction modérée amena la réduction en fort peu temps. Une saignée fut faite le soir. Bandage à fracture en extension pendant vingt jours. Peu de gonflement. Pendant assez longtemps la flexion du membre, facilement produite par le chirurgien, ne pouvait s'exécuter spontanément. Un mois après l'accident le malade boitait encore, mais pouvait faire une vingtaine de pas sans appui.

M. Jacquot cherche à expliquer cette luxation par le mécanisme suivant : M. Velpeau, dit-il, a écrit que la jambe pourrait se couder en avant, au point de former un angle droit avec la cuisse, sans qu'il y eût pour cela luxation, puisque la surface articulaire se prolonge jusque sur le plan antérieur du fémur. Mais il oublie la rotule, qui nous paraît jouer un rôle important dans la production de la luxation. Longtemps avant que l'angle droit se produise, le bord inférieur de la rotule vient appuyer sur la tubérosité antérieure du tibia, fort rugueuse et saillante chez certains sujets. Dans la projection du corps en avant et en bas, avec inclinaison en avant du fémur qui tend à former l'angle que décrit M. Velpeau, il peut arriver que l'extrémité inférieure de la face antérieure de cet os, garnie sous la rotule d'un coussinet épais dans lequel le choc brusque d'un corps dur peut former une dépression assez profonde, il peut arriver, dis-je, que cette extrémité tombant sur le sommet de la rotule, fixe solidement pour un instant aussi court qu'on le voudra, cet os déjà retenu en bas par la tubérosité antérieure du tibia, c'est-à-dire, en un mot, transformé en un véritable point fixe. Nous voici donc ramenés à un levier du premier genre. La puissance est appliquée à l'extrémité supérieure du fémur, le point fixe est la rotule; la résistance est constituée par les ligaments postérieurs de l'articulation; les condyles fémoraux tendent donc à sortir dans le jarret par un mécanisme fort simple. D'après ce même mécanisme, les condyles ne seraient pas poussés bien bas dans le jarret : c'est ce qui est arrivé dans notre observation.

Nous ne saurions, disent les rédacteurs des *Archives*, partager l'opinion de M. Jacquot, sur le mécanisme suivant lequel la luxation a été produite. Nous ne pouvons comprendre comment la rotule, arrêtée inférieurement sur la tubérosité antérieure du tibia, peut fournir par son bord supérieur, un point d'appui à la partie antérieure du fémur; comment cet os, même pour un moment très court, peut jour le rôle d'un levier du premier genre.

Observation d'hémorrhagie du foie. — Une dame âgée de trente-cinq ans, maigre et pâle, qui avait passé plusieurs années dans l'Inde, souffrait beaucoup de dyspepsie depuis deux mois.

Le 28 septembre 1841, la malade se plaignit beaucoup de douleurs survenues rapidement dans la région épigastrique, accompagnées d'un sentiment de distension, d'éructation de gaz et d'envies de vomir. Il n'y avait pas de fièvre; la douleur n'était pas continue, mais revenait par moment, et était notablement soulagée par la pression. Une potion antispasmodique et calmante, des fomentations chaudes appliquées à l'épigastre, amenèrent un soulagement complet le soir.

Le lendemain matin la malade accoucha avec facilité et l'utérus se contracta bien; mais vingt minutes après la délivrance, Abercrombie trouva la nouvelle accouchée pâle; elle avait le pouls vacillant, de la dyspnée et de l'oppression, et elle se plaignait d'une vive douleur à l'hypochondre gauche et à la région du cœur. Ces accidents semblaient annoncer une perte; mais l'examen attentif des parties montra au médecin l'utérus bien contracté, et l'écoulement sanguin fort modéré. Bientôt toute la surface du corps devint froide et se couvrit de sueurs également froides; la malade se plaignait de bourdonnement d'oreilles et d'obscurcissement de la vue. Des affusions froides sur le corps, l'emploi du laudanum à l'intérieur, des applications froides aux parties génitales et au bas-ventre, puis un vésicatoire sur le ventre, et l'administration du calomel n'empêchèrent pas les accidents de faire sans cesse des progrès.

La malade succomba environ cinquante heures après l'apparition des premiers accidents. On pensa qu'il fallait chercher en dehors de l'accouchement la cause des accidents qu'on observa. D'après la rapidité avec laquelle ils s'étaient développés, on crut qu'on devait les rapporter à la rupture de quelques vaisseaux sanguins, rupture déterminée par quelque maladie antérieure; mais ce n'était qu'une conjecture.

Dans les derniers moments de la vie, la malade ressentait encore de la douleur lorsqu'on pressait dans la région hépatique, un peu au-dessous et à gauche de l'extrémité inférieure du sternum; mais cette douleur était peu aiguë; elle se plaignait encore d'une douleur dans le côté droit du cou, douleur qui augmentait lorsqu'elle faisait une grande inspiration; elle finit également par vomir et rejeter immédiatement tout ce qu'elle prenait. L'utérus était revenu sur lui-même; l'écoulement lochial était peu abondant.

Autopsie faite huit heures après la mort. — A la face supérieure et antérieure du foie existait une vaste poche qui se rompit, dans les

manipulations nécessaires pour enlever le foie en entier. Il s'échappa de cette poche une grande quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé, dont on pouvait estimer le poids à deux livres environ. Dans la substance même du foie existaient deux petites déchirures, éloignées d'environ un pouce l'une de l'autre. C'était par ces deux points que le sang s'était échappé. Il provenait d'une des branches de la veine-porte, la poche était formée par le soulèvement de la tunique péritonéale du foie, laquelle avait été détachée par le sang qui s'épanchait au-dessous d'elle, le foie paraissait lui-même malade dans toute son étendue; il était d'une mollesse, d'une friabilité inaccoutumées; la moindre pression du doigt suffisait pour l'écraser; il n'y avait que le bord antérieur que l'on pouvait regarder comme sain.

L'utérus, ainsi que les autres viscères de l'abdomen et du thorax, était dans un état d'intégrité parfaite.

Ecrasement de l'orteil, tétanos et mort. — Un enfant de huit ans est admis à Royal Free-Hospital, dans le service de M. Gay, le 28 juillet. Une semaine avant son entrée, il avait eu l'orteil du milieu du côté gauche, écrasé par la chute d'une pierre. Au moment de son entrée, la partie blessée formait une masse composée d'os, de cartilages, de l'ongle et de la peau. Ses parents le font entrer à l'hôpital, parce que dans la matinée, ils avaient remarqué qu'il avait de la peine à ouvrir la bouche et qu'il se plaignait de raideur au cou. On procède immédiatement à l'amputation de l'orteil; un purgatif est de suite prescrit. Le malade est mis dans un bain chaud, et on lui donne de la morphine toutes les trois heures.

29 juillet. Assoupissement dans la nuit, mouvements convulsifs; raideur aux mâchoires. Les muscles de l'abdomen sont raides; la douleur à la nuque est plus marquée; les selles fétides; pouls à 146; peau chaude et moite. Douze sangsues sont appliquées à l'endroit douloureux. Deux grains de calomel et un tiers de grain d'opium sont donnés toutes les trois heures. Bains chauds, vésication de la peau de la colonne vertébrale.

30 juillet. Les sangsues ont diminué la douleur du cou; les muscles abdominaux sont plus tendus; la tension s'est prolongée aux masses lombaires, ainsi qu'au muscle sterno-cléido-mastoïdien; mâchoires serrées, muscles de la face contractés. Constipation; peau moite; pouls à 140. On lui fait prendre de la poudre de jalap et scammonée, de chaque six grains; trois grains de calomel; lavement de térébenthine. A l'aide de ces moyens, on excite des évacuations. On lui fait prendre toutes les trois heures un grain de calomel et un quart de grain de tartre stibié, avec un quart de grain d'opium. Bain chaud. Le pouls est à 126; le bain produit une légère amélioration, et excite une transpiration abondante.

31 juillet. La tension des muscles est moins grande; mâchoire très serrée; pouls à 120. Dans une consultation, on convient d'essayer le tartre stibié à dose vomitive. Un grain de ce médicament est d'abord donné mais sans résultat. Deux heures après on donne encore deux grains. Cette dose détermine des nausées, mais point de vomissements. Bains chauds. Sommeil.

1er aout. Transpiration abondante, plusieurs selles. Pendant la nuit, les muscles se sont détendus; le malade peut maintenant ouvrir la bouche; la langue s'est chargée. Pouls à 112. Purgatifs salins, avec une petite dose d'antimoine. On renouvelle le bain.

3 avril. Le spasme musculaire a disparu; le malade se plaint encore un peu de la nuque; la plaie de l'amputation se cicatrise. A cinq heures de l'après-midi il est très bien et demande à changer de linge. Au moment de se lever sur son séant, il est pris de convulsions de la face et des membres supérieurs; il tombe et meurt quelques minutes après. Les parents se sont malheureusement opposés à l'ouverture du corps.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iode contre les pailles de fer fixées dans l'épaisseur de la cornée; par M. le docteur E. Reiniger, de Grossenhayn.

Un ouvrier coutellier avait reçu, en travaillant, une paille d'acier qui s'était fixée profondément dans l'épaisseur de la cornée transparente. On avait essayé vainement de la retirer avec la pincette et l'aiguille, et le chirurgien qui avait été appelé avait dû y renoncer.

Huit jours après, l'œil était très rouge: la paille d'acier était visible sans l'intermède de la loupe; elle avait conservé son brillant. Le malade se plaignait de ressentir des picotements et de la chaleur, et la vision n'était plus aussi distincte.

Ce fut alors que M. Reiniger fut consulté. Ce praticien commença par approcher de l'œil malade une armature aimantée très forte, mais il n'en obtint aucun résultat avantageux.

Il fallait donc recourir à la voie chimique pour enlever la paille d'acier qui était de la dimension d'une pointe d'aiguille. M. Reiniger n'osa pas recourir aux lotions avec l'acide chlorhydrique très étendu, recommandé dans ce but par MM. Krimer et Andrew, parce que le malade n'aurait pas facilement pu continuer pendant des heures entières des applications d'eau froide sur l'œil malade.

M. Reiniger se détermina alors à prescrire le collyre suivant:

Iode,	5 centigrammes.
Iodure de potassium,	50 centigrammes.
Hydrolat de roses,	100 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Dès la première application de ce collyre, la paille d'acier s'oxyda et son brillant disparut. Bientôt la rougeur de l'œil diminua, la chaleur et la douleur cédèrent, et, en continuant l'usage du collyre, la paille d'acier diminua au point de ne pouvoir plus être distinguée qu'à l'aide d'une loupe. Le malade recouvra complétement la faculté visuelle.

Emploi avantageux de l'ergot de seigle dans un cas de rétention d'urine; par M. le docteur Kinsley.

Un homme âgé de soixante ans environ, était depuis quelque temps affecté d'une dysurie qui allait toujours croissant, particulièrement depuis trois mois mois, lorsque, tout à coup, elle se transforma en une rétention d'urine complète. Force fut dès lors de recourir à l'emploi du cathétérisme, et cela plusieurs fois par jour.

Pendant les deux mois qui suivirent, on mit en usage une foule de moyens, mais sans en retirer le moindre avantage; la prostate s'engorgea, et le malade finit par ne plus supporter qu'avec beaucoup de peine le passage du cathéter qu'il était nécessaire d'introduire deux fois par jour.

Toutes les ressources ordinaires dont la thérapeutique peut disposer ayant été ainsi épuisées, M. Kinsley pensa que l'ergot de seigle pourrait peut-être rendre quelque activité aux parois musculaires de la vessie, et, en conséquence de cette idée, il en prescrivit 50 centigrammes à prendre trois fois par jour. Chaque dose fut donnée en infusion dans une cuillerée à bouche d'eau bouillante.

Six heures après le commencement de cette médication, le malade put déjà rendre un peu d'urine, et, à partir de ce moment, il n'eut plus besoin d'être sondé qu'une seule fois par jour; quelques jours plus tard, on ne le sonda plus que toutes les quarante-huit heures, et enfin, au bout de dix jours, on put se dispenser d'avoir recours au cathéter, la vessie pouvant se suffire à elle-même.

Une circonstance qu'il ne faut pas omettre de mentionner ici, c'est qu'à la suite de ce traitement, l'individu s'est trouvé dans un état précisément opposé à celui dans lequel il se trouvait d'abord. Ainsi, il urine maintenant plus fréquemment qu'à l'état normal, et aussitôt que le besoin d'uriner se fait sentir, il lui est impossible de le satisfaire sur-le-champ, sans quoi l'urine s'écoule d'elle-même et malgré lui.

NOUVELLES.

On annonce les nominations suivantes, comme chevaliers de la Légion-d'Honneur. Sur la présentation de M. le ministre de l'instruction publique:

MM. les docteurs Amussat, Fabre, H. Larrey, Mateucci, Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Tanquerel des Planches, Cerise, Vernois, Descuret, Denonvilliers, Dizé, Becquerel, Roger (H.), Senac, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, Robert.

Sur la présentation de M. le ministre du commerce:

MM. les docteurs Fiard, pour ses travaux sur la vaccine; Lemaistre-Florian, médecin de l'octroi, ancien rédacteur de la Clinique et de la Gazette des Hôpitaux.

Sur la présentation de M. le ministre de la guerre:

M. le docteur Lacauchie.

— MM. Adelon, Caventou et Lordat, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, ont été nommés officiers de la Légion-d'Honneur.

— M. Amette, secrétaire-caissier de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— *Cours sur les maladies de la peau.* M. A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera, samedi prochain, 3 mai, dans cet hôpital, à dix heures du matin, un cours théorique et pratique sur les maladies de la peau. Ce cours sera continué le jeudi et le samedi de chaque semaine.

— M. le docteur Vinchon, de Noyon, secrétaire annuel de la Société médico-pratique, nous écrit pour assumer sur lui la responsabilité de la contradiction signalée par M. Desirabode dans la communication de M. Maisonneuve, sur un fait de chirurgie dentaire. C'est un fait qu'il faut attribuer à la difficulté de reproduire exactement les improvisations rapides des membres.

— Les médecins et pharmaciens de Châteauroux ont décidé qu'à partir du 1er avril les soins et médicaments de leur profession seraient gratuitement donnés par eux aux familles indigentes, dans la ville et dans la banlieue, qui ont été divisées à cet effet en dix sections. Une allocation municipale a été votée pour l'achat du prix de revient des médicaments nécessaires à cette œuvre.

— M. Emile Chevé ouvrira un nouveau cours d'anatomie, le mercredi 7 mai, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue Saint-André-des-Arts, 60, et le continuera tous les jours, les dimanches et les jeudis exceptés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 2 MAI 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Rostan avait dernièrement dans ses salles une nouvelle accouchée affectée de *phlegmasia alba dolens*, et nous l'avons entendu, avec une vive satisfaction, exprimer, de la manière la plus positive et la plus tranchée, son opinion sur la nature de cette maladie. Pour lui, il est de la dernière évidence que la *phlegmasia alba dolens* est due à l'interception du cours du sang par des caillots formés à l'intérieur des veines. Cette opinion, d'ailleurs, n'est point propre exclusivement à ce professeur. Plusieurs médecins, notamment en France MM. Bouillaud et Velpeau, se sont efforcés de la faire prévaloir.

Il est singulier qu'une affection aussi nettement caractérisée par ses symptômes, n'ait été décrite spécialement qu'à partir du dix-huitième siècle; elle le fut d'abord par Mauriceau, qui la considéra uniquement à son point de vue, c'est-à-dire chez les femmes en couches, tandis qu'elle se présente dans d'autres circonstances que l'état puerpéral. Puzos et Levret suivirent les errements de leur prédécesseur, et de plus appliquèrent une hypothèse à l'étiologie de l'affection, qui fut pour eux un *lait répandu*, un *dépôt laiteux*, car c'était le temps de la métastase laiteuse.

Nous ne saurions trop recommander la lecture du travail de M. Bouchut, intitulé *Mémoire sur la* phlegmasia alba dolens *pour faire suite aux études sur la fièvre puerpérale*, et inséré dans la *Gazette médicale*, aux médecins qui ne seraient pas encore suffisamment éclairés sur la maladie dont il est question. Ce travail est fondé sur une observation exacte et suffisante; les opinions des auteurs y sont discutées, les conséquences des faits bien déduites, et il en reste dans l'esprit une notion précise du sujet que l'auteur s'est proposé.

Dans quarante cas empruntés à MM. Robert Lee, David Davis, Velpeau, A. Laennec, etc., ou observés par M. Bouchut lui-même (ces derniers au nombre de six), l'affection avait pour caractère anatomique l'oblitération des veines. Dans un cas exceptionnel, dû à M. Velpeau, il y avait encore affection du système veineux, puisque le vaisseau renfermait du pus. « Il me paraît donc impossible, dit justement M. Bouchut, de ne pas subir l'influence des faits et de ne pas rapporter la *phlegmasia alba dolens* à l'oblitération des veines. »

On est généralement porté à croire que cette maladie affecte exclusivement les membres inférieurs. C'est une grave erreur. Gardien, M. Bouillaud et d'autres l'ont vue aux membres supérieurs, etc. A. Laennec rapporte une observation extrêmement remarquable, de laquelle il résulte que l'œil lui-même peut en être atteint. Une femme qui avait déjà une *phlegmasia alba dolens* des deux extrémités abdominales, fut prise tout à coup de vives douleurs dans l'œil et de cécité. *Il y avait chémosis séreux opalin considérable.* La formation de caillots dans la veine ophthalmique rend parfaitement compte de la suffusion séreuse dans le tissu cellulaire sous-conjonctival.

Nous avons connaissance d'un cas semblable survenu dans des circonstances différentes. Un soldat qui présentait un chémosis œdémateux, mourut après avoir éprouvé des accidents cérébraux. A l'autopsie on trouva une inflammation de la veine ophthalmique et de quelques sinus. Ce cas nous a été communiqué par un jeune médecin très laborieux, M. Masselot, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Versailles, où il a été observé.

M. Bouchut a fait l'autopsie d'une femme qui avait une *phlegmasia alba dolens* des deux membres abdominaux, de l'extrémité thoracique droite, du côté droit de la tête, et une oblitération des veines pulmonaires gauches, d'où il suit qu'il faut admettre une *phlegmasia alba dolens* du poumon. Nous avons à peine besoin de faire remarquer combien grande doit être la différence par rapport à la gravité entre les divers cas de cette maladie, suivant qu'elle attaque un membre ou un viscère.

Chez une autre femme, le même observateur a vu une oblitération de la veine-porte et des veines mésaraïques. « Cette lésion, dit-il, empêchait le sang de passer par ses voies naturelles, et forçait ce liquide à transsuder dans l'intérieur à travers ses parois infiltrées. Au-dessous de chaque valvule connivente, se trouvait un petit caillot noir, allongé, sans adhérence. La muqueuse était hérissée de villosités rougeâtres; le tissu sous-muqueux, infiltré par un liquide ensanglanté, plastique, au milieu duquel on voyait des points de sang coagulé, avait trois lignes d'épaisseur. »

Quoi qu'il en soit, il est vrai de dire que la *phlegmasia alba dolens* affecte surtout les membres inférieurs, le gauche beaucoup plus souvent que le droit. Sur vingt cas dont il est question dans l'extrait d'une leçon de M. Burns (*Gaz. méd.*), treize fois la maladie s'est présentée à gauche, une fois seulement à droite, et six fois des deux côtés.

On a dit que la *phlegmasia alba dolens* peut se terminer d'une manière fâcheuse. Selon M. Bouchut, « ce n'est pas lorsqu'elle existe seule, à moins qu'elle ne soit fort étendue, auquel cas la mort arrive par suite de l'obstacle à la circulation du poumon ou du cœur. » Si la *phlegmasia*, c'est-à-dire l'œdème affecte le poumon, la gravité est extrême. Dans les autres cas, nous pensons, avec M. Bouchut, que lorsque les malades succombent, c'est à la suite de quelque autre accident; « ils sont empoisonnés par la diathèse purulente puerpérale, caractérisée par les altérations des symphyses, les abcès du bassin, et les transformations purulentes des viscères. » (*Loc. cit.*) — On comprend qu'alors la *phlegmasia* est purement accessoire.

La suppuration des symphyses, qui a été observée concurremment avec la *phlegmasia*, avait fait supposer qu'il pouvait exister quelque rapport de l'une à l'autre; mais ce sont là de simples coïncidences, comme celle que nous avons observée d'une *phlegmasia* et d'une fistule vésico-vaginale existant chez la même femme à la suite d'un accouchement.

Nous avons dit que la *phlegmasia alba dolens* se présente dans d'autres circonstances que l'état puerpéral; et c'est là un fait très important. MM. Robert Lee, Andral, Cruveillier, Livois, Trousseau, Bouchut, etc., ont observé dans le cours de la fièvre hectique un œdème douloureux absolument semblable, par ses symptômes, sa marche et ses altérations anatomiques, à celui des nouvelles accouchées, qui, dès lors, ne peut plus être considéré comme une maladie spéciale.

Cette circonstance, qui semblait devoir obscurcir la question pathogénique, est celle, au contraire, qui peut le mieux l'éclairer. Effectivement, quel est l'état du sang chez ces cachectiques qui, parvenus au dernier degré de l'épuisement, présentent l'œdème douloureux, indépendamment de l'état puerpéral? Il y a chez eux *diminution très notable des globules, chlorose,* comme nous le disions dans un de nos derniers articles, c'est-à-dire augmentation *relative* de la fibrine et coagulabilité plus grande du sang. Chez le phthisique cachectique, comme chez la femme en couches, il y a excès de fibrine et de coagulabilité; seulement chez le premier cet excès est *relatif*, il est dû à la diminution des globules, la fibrine restant la même; tandis que chez la femme en couches, il y a tout à la fois diminution des globules (Becquerel et Rodier) et augmentation de la fibrine, c'est-à-dire excès *absolu* et excès *relatif* de fibrine.

Il suit de là que la *phlegmasia alba dolens* est essentiellement une maladie du sang, dans laquelle il faut tenir grand compte toutefois de certaines causes occasionnelles, telles que la pression de la tête du fœtus sur les veines du bassin. Cette circonstance locale est même d'une importance majeure, puisqu'elle seule peut expliquer la fréquence, relativement extrême, de la *phlegmasia alba dolens* du membre abdominal gauche après l'accouchement. Etant donné l'excès de coagulabilité du sang, rien n'est facile à comprendre comme la formation de caillots dans la cavité d'une veine comprimée supérieurement.

FEUILLETON.

FRAGMENT D'UN VOYAGE MÉDICAL DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE, ou *De l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races;* par M. FURNARI (t).

Après des considérations assez étendues sur l'origine et les mœurs des Arabes et des Maures, l'auteur s'attache à traiter de chaque race au point de vue exclusif de l'organisation physique et des caractères psychologiques. — On lira avec intérêt ce travail fait sur les lieux par un de nos confrères.

Type arabe. — Les yeux, chez les Arabes, sont le plus généralement grands, vifs, bien fendus et mélancoliques, surtout chez les femmes.

La couleur des yeux, chez les Arabes proprement dits, est ordinairement noire; chez les Kabyles elle l'est toujours, sauf de très rares exceptions. Les tuniques de l'œil, chez les Kabyles, sont en général très épaisses; car plus l'iris est noir, plus les tuniques de l'œil sont denses; plus liris est pâle, plus elles sont minces. Cette remarque avait déjà été faite par Maître-Jean, Sœmmering et Demours.

Chez les Chaouïas, qui, selon toute apparence, descendent des Vandales qui habitèrent la Barbarie pendant un siècle, on rencontre des individus aux yeux gris et même bleus. Sans doute, en témoignage de cette origine, les Chaouïas ont conservé les traits et la physionomie des hommes du Nord, et il se trouve parmi eux des individus blonds et roux.

On remarque aussi ce phénomène dans une des tribus du mont Aurès.

Chez les Maures, les yeux sont généralement noirs, gros, proéminents, ce qu'ils ont conservé de commun avec la race arabe. Chez quelques enfants maures, durant le premier âge, les yeux sont bleus et les cheveux blonds, mais ils brunissent ensuite. Chez les Juifs d'Afrique, les yeux sont noirs et grands; cependant on trouve quelques femmes avec des cheveux châtains, la peau d'une blancheur remarquable et les yeux bleu-foncé.

Les cils et les sourcils, chez les Africains, sont longs, très épais, bien fournis, noirs et arqués — Les femmes indigènes ont l'habitude de se teindre les sourcils avec un enduit, le *mheudda*, qui se prépare de plusieurs manières; tantôt c'est du sucre brulé mélangé avec de l'huile et de la fumée de charbon; d'autres fois on se sert du résidu de la combustion des coquilles de noix, auquel on ajoute également de l'huile; quand cet enduit est sec il s'écaille, et très souvent ses parcelles s'introduisent dans les yeux et les irritent.

Quant aux cils, malgré leur beau noir naturel, les femmes les teignent aussi avec une couleur artificielle; elles introduisent entre les paupières un petit morceau de bois conique et arrondi préalablement chargé de mine de plomb: *l'al-kahal;* elles roulent ensuite le petit cône jusqu'à ce que les bords libres des paupières soient suffisamment noirs; dans quelques tribus on se sert de poudre d'antimoine. Les femmes indigènes croient que la couleur foncée qu'on parvient, par ce procédé, à donner aux yeux, contribue à augmenter leur douceur naturelle. Cette coutume de se *farder* les yeux est du reste très ancienne en Orient; quelques auteurs prétendent même qu'elle était connue des femmes grecques et romaines. Aujourd'hui il est interdit aux musulmanes de faire usage du *kohol* et du *henné* pendant l'*iddet*, ou retraite qui dure quatre mois et dix jours; après la mort du mari ou à la suite de répudiation ou de dissolution du mariage.

En parlant de l'ophthalmie d'Afrique, nous exposerons avec détail comment ces différentes habitudes contribuent à la production de cette maladie; elles expliquent également pourquoi dans les douairs et dans les tribus, les femmes sont bien plus souvent affectées de maux d'yeux que les hommes.

Chez la plupart des habitants de l'Algérie, la paupière supérieure est plus grande et plus longue de haut en bas que chez les européens Il est vrai que dans toutes les races la paupière supérieure est plus grande que l'inférieure, mais en Afrique, cette différence est plus frappante que chez les autres peuples. Ainsi, rapprochez une mauresque ou une juive de Constantine et une Européenne, examinez attentivement leurs paupières, et vous verrez cette différence. C'est à cette particularité, ou congéniale, ou résultant des habitudes ou des mœurs propres à ces peuples, que nous attribuons, en partie, la fréquence de l'entropion et du trichiasis, surtout chez les Juifs. La dissection de la paupière inférieure ne m'a rien offert de remarquable. Dans la paupière supérieure, le *fascia palpebralis* du muscle orbiculaire et l'extrémité du muscle élévateur m'ont paru plus développés, plus forts, et d'une couleur plus vive que chez les Européens. Ces notions générales sur la disposition et la forme des cils et des paupières chez les indigènes, nous serviront à l'étude de l'étiologie de l'entropion et du trichiasis, et nous feront mieux comprendre la fréquence de ces affections en Afrique; quant aux considérations anatomiques et physiologiques de la cornée et des membranes internes de l'œil, nous leur consacrerons plus tard un chapitre spécial.

Chez les différentes races qui habitent le nord de l'Afrique, les angles de l'œil et l'espace compris entre les deux yeux, n'offrent pas ces particularités de forme et de direction, qui sont le caractère distinctif de différentes races, et même de quelques peuplades qui habitent les autres contrées de l'Afrique. Ainsi, chez les Abyssiniens de l'Afrique centrale, l'angle interne est incliné: chez les Hottentots de l'Afrique australe, les yeux longs et étroits sont très écartés l'un de l'autre, l'angle inférieur est arrondi comme chez les Chinois, avec lesquels les Hottentots ont plusieurs points de ressemblance; chez les Gallas, partie orientale de l'Afrique intertropicale, les yeux sont petits, mais profondément enchassés. Enfin chez quelques-unes des nombreuses peuplades qui habitent l'immense plaine du Sahara, chez les Touariks, et chez quelques tribus limitrophes de l'Egypte, les yeux écartés l'un de l'autre sont longs, coupés en amande, à moitié fermés et relevés aux angles extérieurs.

Des observations qui précèdent, on peut facilement conclure que les Arabes de l'Afrique septentrionale, par plusieurs traits de leur constitution physique, s'éloignent considérablement des autres peuples africains.

La rectitude du tronc qui contribue à donner aux Arabes une pose noble et fière, tient principalement à la direction de la colonne vertébrale, dont les courbures sont heureusement disposées à cet effet; voici comment quelques observateurs expliquent ce résultat, qu'ils attribuent aux habitudes et aux actes locomoteurs du premier âge.

Plutôt que de les exercer à une progression prématurée, les Arabes nomades portent ou font porter leurs enfants par des femmes qui les contiennent derrière elles à cheval sur leurs hanches, serrés médiocrement, ou plutôt maintenus dans une espèce de ceinture large qu'ils font avec une partie de leurs vêtements, ainsi voyagent les enfants trop jeunes encore pour supporter de longues marches. De cette manière le tronc ne pouvant se jeter en avant, est maintenu dès l'âge le plus tendre dans la direction normale qu'il doit conserver dans la suite; les membres de l'enfant ne sont nullement comprimés contre la poitrine de la mère, comme cela se fait en Europe. Cette position ne prédispose point à une courbure dorsale plus prononcée, au dejettement en dehors et en avant des omoplates, en même temps qu'à l'aplatissement des côtés de la poitrine. Mais dans le jeune âge et dans l'enfance, me dira-t-on, on ne saurait admettre que la colonne vertébrale, qui est encore en grande partie cartilagineuse, puisse conserver par la suite les directions vicieuses qui lui sont alors données. Je considère néanmoins cette habitude instinctive des Arabes comme propre à prévenir de fâcheuses prédispositions.

La voûte du crâne, chez les Arabes, est très élevée; mais nous croyons que c'est à tort que plusieurs observateurs, et Larrey entre autres, l'ont attribué à la compression exercée par les coiffures qu'ils serrent autour de leur tête avec une corde de poil de chameau, dont

(t) Extrait d'un ouvrage publié par l'auteur sur ce sujet. — Chez J.-B. Baillière, 1 vol. in-8°. Prix: 5 francs.

Nous ne nions pas qu'il y ait phlébite *adhésive* ou mieux *oblitérante* (bien différente de la phlébite suppurative), mais si celle-ci existe, et l'anatomie pathologique ne le prouve pas positivement (*Voir* le mémoire cité), elle est secondaire ; le fait primitif est la modification survenue dans la composition du sang. M. Bouchut a bien senti cette vérité, que nous avons seulement essayé de préciser davantage.

Un mot sur cette dénomination de *phlegmasia alba dolens*. Elle est doublement mauvaise : d'abord, par l'acception qui lui est généralement donnée, elle fait penser que l'affection qu'elle désigne est propre exclusivement aux femmes en couches ; ensuite l'adjectif *alba* n'est pas exact dans tous les cas, puisque la partie, au lieu d'être blanche, comme le fait très bien remarquer M. Bouchut, est quelquefois cyanosée, lorsque le réseau veineux sous-cutané se développe richement pour suppléer les veines centrales oblitérées. L'auteur que nous venons de citer propose la dénomination d'*oblitération veineuse spontanée*. Elle est acceptable (quoiqu'il n'y ait rien de spontané) ; mais il faudra distinguer, car tout les œdèmes liés à l'oblitération des veines ne sont pas douloureux.

— Une femme âgée de quarante-cinq ans avait une carie du métatarse. M. Blandin fit l'amputation sus-malléolaire. Un érysipèle grave se développa ; des accidents de résorption purulente se déclarèrent, et la malade succomba. A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans le poumon. Le foie avait le volume normal. Il était jaunâtre, un peu gras. Un calcul du volume d'un gros œuf était contenu dans le canal hépatique, qui avait subi par conséquent une dilatation prodigieuse. Tous les conduits biliaires, dans l'épaisseur du parenchyme jécoral, étaient extrêmement amplifiés ; plusieurs avaient le volume d'une plume d'oie, d'autres celui d'une plume de corbeau. Dans la liqueur jaunâtre qui les remplissait, nageaient des graviers, dont quelques uns étaient gros comme des petits pois, tandis que d'autres n'excédaient pas le volume d'une tête d'épingle, ou constituaient même une espèce de sable biliaire.

— M. Blandin a pratiqué chez un jeune homme de vingt-cinq ans la résection de la partie antérieure de la troisième côte, qui était cariée. Il y avait eu un abcès ossifluant sessile, que l'on avait ouvert. Le pus était expulsé dans les expirations fortes, dans la toux, et l'on pouvait se demander s'il ne venait pas de la cavité pleurale ; mais on entendait, dans le point correspondant, le souffle respiratoire parfaitement net ; ce qui n'aurait pas eu lieu si du pus avait été compris entre la paroi thoracique et le poumon. La côte a été mise à découvert au moyen d'une incision demi-circulaire.

— Nous avons parlé d'une belle opération de M. Blandin sur un homme affecté d'une dégénérescence cancéreuse du voile du palais. L'observation, rédigée par un élève distingué de ce professeur, M. Demarquay, aide d'anatomie de la Faculté, a été insérée dans ce journal. Le malade est rentré dans le même service, la dégénérescence s'étant emparée de l'amygdale droite, qu'il a fallu extirper. C'était là une opération difficile, dangereuse, à cause des rapports de l'amygdale avec les vaisseaux. M. Blandin a surmonté cette difficulté avec une habileté et une hardiesse que l'on ne peut qu'admirer. Une incision a été pratiquée comme pour lier les artères carotides du côté droit. Ces vaisseaux ont été écartés, et alors l'amygdale a pu être liée par l'intérieur de la bouche à l'aide d'une aiguille. M. Demarquay a bien voulu s'engager à rédiger lui-même le détail de cette opération, que nous publierons en temps opportun, c'est-à-dire lorsque l'observation sera terminée.

— Parmi les pièces d'anatomie pathologique qui font partie de la collection de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, se trouve un calcul volumineux traversé d'outre en outre par une portion de tuyau de pipe d'assez fort diamètre. Ce calcul a été extrait de la vessie d'un soldat affecté d'un rétrécissement de l'urètre, et habitué à se sonder lui-même ; manquant de sonde, il s'introduisit dans la vessie le tuyau d'une pipe neuve, dont une portion resta dans cette poche. Le calcul est pyriforme, traversé dans toute sa longueur par le fragment de pipe, long de 7 centim. ; il a 6 centim. 1/2 de diamètre dans sa plus grande longueur, et 3 3/4 de large. L'opération a été faite par le vénérable M. Willaume, ancien chirurgien en chef de l'hôpital.

— Une autre pièce bien curieuse a pour titre : *Hypertrophie du rein gauche, avec exubérance fongueuse de sa substance corticale.* La tumeur pèse 2650 grammes (le poids ordinaire du rein est de 100 à 125 grammes), et constitue un ovale d'environ 60 centim., dont le pourtour, à la partie moyenne, est de 45 centim. 1/2. L'exubérance forme environ les 5/6 de la masse totale ; sa texture est mollasse, à grandes cellules, filamenteuse, manifestement fibreuse, surtout par places. Le rein offre très distinctement ses substance corticale et rayonnée, ses mamelons, ses calices, son bassinet, son uretère et ses vaisseaux. Une section horizontale divisant le rein et la tumeur, montre la continuité de l'un à l'autre. Un stylet introduit dans l'artère rénale parvient directement dans la tumeur. Cette pièce provient d'un homme âgé de quarante-deux ans, qui souffrait depuis plus de trois ans d'une tumeur s'étendant à gauche de l'hypochondre jusque dans la région iliaque, en longeant la ligne blanche. Les douleurs devinrent intolérables ; le moindre mouvement les exaspérait encore. Elles finirent par épuiser le malade. La sécrétion n'avait pas été altérée jusqu'aux derniers temps, époque à laquelle les urines étaient devenues bourbeuses et comme sanguinolentes. Cette pièce a été déposée dans le Musée de l'hôpital d'instruction par M. le premier professeur Gasté, médecin en chef. C'est M. le professeur Lacauchie qui en fit la dissection.

— Un accident bien regrettable est arrivé à un homme du 3e régiment d'artillerie, pendant notre séjour à Metz. Cet homme, nommé Kruch, prenait part aux exercices de la cible. Il était à cheval, et, pour obéir à un commandement, cherchait à introduire son pistolet chargé, mais désarmé, dans la fonte. Pendant ces tentatives, faites au trot, le chien de l'arme heurta contre les parois de l'étui, fut soulevé et retomba sur le bassinet. L'explosion s'en suivit et le cavalier reçut presqu'à bout portant un coup de feu dans le genou gauche. Ne voulant pas montrer de faiblesse, il resta impassible sur son cheval tandis que le capitaine demandait si personne n'était blessé. L'officier n'obtenant point ne réponse, commanda à ses hommes de mettre pied à terre et de marcher devant lui. Ce fut alors qu'il vit le malheureux Kruch boiter péniblement. Il le fit déshabiller devant le chirurgien aide-major, qui ordonna immédiatement de le transporter à l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. Hénot, chirurgien principal d'armée, premier professeur.

A trois travers de doigt au-dessus du genou, un peu en dedans, existait une ouverture assez large pour permettre l'introduction du doigt indicateur ; l'écoulement de sang était peu abondant. M. Hénot introduisit dans la plaie une sonde de femme qui glissa derrière la rotule et qui fit sentir des corps rugueux, les uns mobiles, les autres immobiles, que le chirurgien reconnut être le condyle du fémur et la portion correspondante du tibia. L'amputation fut pratiquée tout aussitôt au tiers inférieur de la cuisse. A l'autopsie du membre, qui offrait une musculature admirable, on trouva plusieurs esquilles dans l'articulation ; la balle était enclavée dans la masse spongieuse de l'extrémité supérieure du tibia.

A notre départ de Metz, ce militaire, soutenu par un moral énergique, était dans de très bonnes conditions.

— M. Morlane, chirurgien-accoucheur à Metz, nous a montré un scapulum, un humérus, un maxillaire inférieur gauche, et un os du crâne ayant appartenu à un embryon, qu'il a retirés de la vessie d'une femme à la suite des circonstances que nous allons indiquer. Cette femme, devenue enceinte, exécuta des tentatives pour se faire avorter ; il en résulta des accidents inflammatoires extrêmement violents qui mirent sa vie dans le plus grand danger ; elle resta valétudinaire pendant plus de six mois, et commençait à se rétablir, lorsqu'elle éprouva les symptômes qui résultent de la présence d'un corps étranger dans la vessie. Ce fut alors que M. Morlane pratiqua l'opération, et fit l'extraction d'un grand nombre d'os ou de portions osseuses, autour desquels s'étaient déposés des sels urinaires.

Puisqu'il nous a été donné d'éprouver la bienveillance d'un praticien judicieux, plein de zèle et de charité envers ses semblables, nous ne laisserons pas échapper cette occasion de le signaler à l'estime du corps médical, et nous le faisons avec d'autant plus de liberté, que ces lignes assurément ne parviendront pas jusqu'à lui. M. Morlane, vieillard presque septuagénaire, a rendu les plus grands services à la ville de Metz. Il a établi dans sa propre maison des salles d'accouchement pour les femmes pauvres, et on lui doit une institution de sœurs de charité qu'il a formées aux soins des malades. Sa ville reconnaissante lui a voté une pension annuelle qui lui permettrait de jouir d'un repos bien mérité après tant d'années de fatigues, s'il lui était possible de résister à la voix des malheureux qui viennent en foule solliciter ses conseils et ses soins. Ce sont là des exemples honorables, qu'il est permis de citer avec un sentiment d'orgueil.

X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Méningo-encéphalite chronique ; tubercules des méninges ; hydrocéphale aiguë. Mort.

Le 26 avril 1845, on apporta dans le service de M. Guersant un enfant de trois ans et demi, sans connaissance. Ce petit malade, qui avait été vacciné, avait déjà eu il y a quinze mois des convulsions, et à la suite une paralysie du bras et de la jambe droits. Ses parents racontèrent que depuis douze jours il était retombé malade, qu'il avait eu des vomissements bilieux pendant quatre jours, et de la fièvre ; cependant, depuis une huitaine il n'avait pas vomi, et bien loin d'avoir du dévoiement, il avait une constipation qui ne cédait qu'aux lavements. En outre, il avait présenté des convulsions dans le bras et la jambe gauches. Dans la soirée, on lui fit prendre 20 centigrammes de calomel en deux prises. Le lendemain, il était dans l'état suivant : Face calme, médiocrement colorée ; assoupissement profond ; cependant, de temps en temps le petit malade ouvrait les yeux et roulait autour de lui des regards fins ; pupilles dilatées et immobiles ; contracture du membre supérieur gauche ; résolution du membre supérieur droit ; pouls à 132, assez développé ; respiration suspirieuse ; renversement de la tête en arrière. On apprit qu'il avait présenté, dans la soirée, de la rougeur de la face et une exacerbation du mouvement fébrile. M. Guersant diagnostique une *méningo-encéphalite*, et prescrivit le traitement suivant : *8 sangsues derrière les oreilles ; calomel*, 30 *centigrammes en trois prises.* La mort survint dans la nuit.

Examen du cadavre. — Embonpoint assez considérable. Tête volumineuse, mais uniformément et sans déformation.

---

les tours sont multipliés au-dessus des oreilles. Nous ferons remarquer qu'outre l'élévation de la voute du crâne, on observe chez quelques indigènes un aplatissement latéral particulièrement entre le pariétal et le trou auditif ; or, une ligature circulaire s'appliquant régulièrement autour de la tête, ne peut pas pousser la voûte du crâne en haut, donner la forme ovale au diamètre antéro-postérieur et aplatir les parties latérales ; et, d'ailleurs, est-il probable qu'une ligature, quelque serrée qu'elle soit, puisse chez les adultes comprimer et modifier la disposition normale d'une boîte osseuse ? Nous croyons que cette particularité est un des caractères distinctifs de la race arabe, comme le crâne pyramidal est la particularité distinctive des Esquimaux et des Mongols, comme la saillie de la partie moyenne du coronal et l'aplatissement latéral du front, sont les traits caractéristiques des Nègres pélagiens, etc. ; or si le point de départ se trouve dans l'organisme lui-même, il est inutile d'en rechercher la cause dans la coiffure nationale ; car chez les enfants de cinq à six ans, l'élévation de la voûte du crâne et l'aplatissement latéral commencent à se manifester, et cependant ils vont nu-tête, ou ils se couvrent d'un petit bonnet grec sans aucune espèce de ligature ; toutefois, si on voulait attribuer l'élévation de la voûte du crâne chez les Arabes aux habitudes et aux mœurs nationales, on en trouverait la cause dans un usage qui existait autrefois, et qui existe encore aujourd'hui dans plusieurs contrées de l'Afrique.

Un auteur arabe de la première moitié du dixième siècle de notre ère, Abou-Zeyd, de Bassora, dit que les Arabes avaient l'habitude, lorsqu'un enfant venait au monde, de lui *arrondir la tête* et de *la redresser*. Cette pratique expliquerait plus facilement le trait caractéristique dont nous venons de parler ; car la pression imprimée à la tête d'un nouveau-né, trouvant naturellement plus de résistance dans le diamètre antéro-postérieur que dans les parties latérales, doit nécessairement pousser la voûte du crâne en haut et aplatir les parties latérales. C'est la mère de l'enfant qui est habituellement chargée de cette manœuvre ; elle se fait dans la première année de la vie, et pour que le nouveau-né ne souffre pas, on la pratique graduellement comme une espèce de massage, c'est-à-dire en frottant avec la paume de la main, et de bas en haut, les parties latérales de la tête. Les Arabes, et surtout les familles nobles, attachent une grande importance à cette opération : d'abord par coquetterie ; ensuite parce qu'on est jaloux de conserver sur la tête de l'enfant le type primitif, afin qu'on ne puisse pas le confondre avec la race berbère, méprisée généralement par les Arabes.

Les phrénologistes trouveraient peut-être dans ce caractère distinctif (congénial ou acquis) de la race arabe, un sujet d'observation qui ne serait pas sans intérêt pour la psychologie. Bornons-nous à constater que le développement des régions supérieures et antérieures du crâne doit nécessairement produire un développement des facultés attribuées à ces parties ; or, ne sait-on pas que l'esprit d'observation, la mémoire des lieux, le génie poétique, etc., sont développés au plus haut degré chez les Arabes ?

La coutume de *pétrir* la tête des nouveau-nés a toujours existé chez différentes nations. Hippocrate dit que les peuples voisins de la mer Noire, ayant adopté l'usage de comprimer le crâne de leurs enfants, cette continuelle habitude avait passé en nature, et que de son temps les habitants de ces contrées étaient *macrocéphales*, ou naissant avec des têtes fort allongées. Vésale en dit autant des Génois. Enfin, d'après la relation de quelques naturalistes, cette habitude aurait existé chez les Turcs, chez les Omagas, chez les Caraïbs, chez les Chactas de la Géorgie ; elle se pratique encore aujourd'hui aux îles de Nicobas et chez quelques races de l'océan Pacifique, surtout chez les Noôtk-Columbiens.

On rencontre rarement, parmi les Arabes, cette multitude de difformités qu'on observe en Europe ; cela tient à la nature de leur organisation forte et vigoureuse, à leur vie sobre, et surtout à ce que les enfants rachitiques et scrofuleux, manquant presque toujours de soins, meurent de très bonne heure. On prétend même que les enfants qui, d'après leur vice de conformation, ne paraissent pas destinés à vivre, n'ont pas à souffrir ou à végéter longuement... Les Arabes de quelques tribus passent pour suivre à l'égard de ces malheureux, la coutume des Spartiates, coutume révoltante et barbare, que quelques peuples de l'antiquité ont pratiquée sans remords, et qui a eu pour apologistes Aristote et Platon... !

Nous ne garantissons pas le fait pour ce qui regarde les Arabes ; mais il semble probable, d'autant plus que l'infanticide peut se commettre avec une grande impunité, par la raison qu'on n'a pas pu obtenir, même des Arabes des villes, la déclaration exacte des morts et des naissances, et un état civil en règle : les musulmans détestent la statistique, et ils ne voient dans les investigations détaillées de leur intérieur qu'une odieuse fiscalité.

Les Arabes sont graves ; ils n'aiment pas la plaisanterie et la médisance ; ils rient peu, parce qu'ils prétendent que le rire est fait seulement pour embellir le visage des femmes. Faisant rarement usage de pantomime, ne présentant pas dans leur physionomie cette mobilité de toutes les parties du visage pour exprimer leurs passions et leurs pensées, les Arabes n'offrent pas, sous ce rapport, le caractère physiologique qu'on remarque généralement chez les peuples du midi de l'Europe.

Tempérament bilioso-sanguin, fatalisme au plus haut degré, esprit poétique, imagination romanesque, intelligence dans la force, finesse, ruse, amour des combats, sobriété, puissance musculaire très développée, et par conséquent intelligence moins cultivée ; telles sont, en résumé, les principales facultés physiques et morales dominantes chez les Arabes.

On considère les Arabes comme devenant impuissants de quarante à quarante quatre ans ; et c'est alors qu'ils ont recours aux médecins. On sait avec quelle avidité un Arabe cherche à se procurer de ces coléoptères dont la vertu aphrodisiaque lui est parfaitement connue..... Dans quelques villes, dans la province d'Oran surtout, nous avons vu vendre, même publiquement, les cantharides, et personne n'en ignore l'usage.....

Dans le cas d'impuissance bien établie, le kadi annule le mariage, mais non pas immédiatement. Le mari obtient un délai d'un an ; si dans ce délai il accomplit l'œuvre matrimoniale, le mariage est maintenu, sinon la séparation est prononcée. Dans le cas où il y a castration, la séparation est prononcée immédiatement.

Les femmes arabes sont nubiles à l'age de dix ou onze ans ; mais elles perdent de bonne heure la faculté d'engendrer ; on prétend même que quelques-unes d'entre elles se font avorter quand elles craignent d'altérer leurs charmes en devenant mères, ou lorsqu'elles veulent détruire les traces d'une faute. On sait que ce crime toléré par les lois musulmanes se commet impunément et sans remords de la part de la mère et de la part de la *kabla* (sage-femme), en Afrique et dans tout l'Orient ; il est inutile d'ajouter que les femmes meurent souvent des suites d'un si criminel attentat.

Au reste, de pareils détails sur les mœurs et la constitution physique et morale des Arabes, quoique pouvant offrir quelque intérêt, s'éloigneraient de notre sujet, que nous avons circonscrit dans l'étude spéciale de tout ce qui a rapport à l'ophthalmologie.

NOUVELLES.

Une ordonnance du roi, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, crée une place d'inspecteur-général des écoles de médecine du royaume. M. A. Donné, par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 24 avril, est nommé inspecteur-général des écoles de médecine.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Brulatour, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux ; Sené, *id.*, de Dijon ; Guépin, *id.*, d'Angers ; le docteur Gouraud, médecin du Collége Stanislas ; le docteur Gelez, médecin du Collége royal de Douai ; Juriani, *id.*, de Bastia.

La dure-mère était étroitement serrée contre le cerveau, et la section de cette membrane ne donna lieu à aucun écoulement de sang. La cavité de l'arachnoïde ne renfermait aucun liquide; mais cette membrane était poisseuse à sa surface, et on apercevait à travers les membranes du cerveau les circonvolutions cérébrales fortement tassées les unes contre les autres. L'aspect du cerveau n'était pas semblable des deux côtés: du côté gauche, la surface convexe de cet organe se faisait remarquer par un lacis vasculaire très développé; mais du côté droit, le cerveau était vu à travers une couche opaline de pus concret et de sérosité purulente qui infiltrait les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Au moment où on voulut détacher le cerveau pour mieux l'étudier, la lame fibreuse qui sert, en arrière, de plancher au quatrième ventricule, se déchira, et on vit s'écouler environ quatre onces de sérosité parfaitement transparente et claire comme de l'eau. Le cerveau détaché et placé sur sa face convexe, on retrouva à la base la même différence d'aspect qu'on avait trouvée à la face convexe, entre les deux lobes du cerveau; seulement les altérations paraissaient plus profondes qu'au sommet. Toute la portion inférieure du lobe droit était infiltrée à sa surface d'une sérosité gélatiniforme jaunâtre, qui paraissait située dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et à son centre: elle présentait une dépression très notable, avec fluctuation et amincissement de la paroi ventriculaire. Le ventricule latéral fut ouvert dans ce point par une incision transversale qui divisa avec peine un tissu induré et jaunâtre, d'une épaisseur de 2 à 3 lignes; ce ventricule était énormément dilaté dans toutes ses parties; il aurait pu très facilement contenir un œuf de dinde, et il renfermait encore une demi-once de sérosité. La dilatation du ventricule paraissait s'être faite principalement dans la direction de la base, et l'amincissement ne portait que sur la partie moyenne et centrale de cette portion du cerveau, dans une étendue de quatre à cinq travers de doigt environ. Dans ce point, la substance cérébrale était réduite à une lame mince d'un jaune-rougeâtre marbré çà et là de petites taches jaunes plus foncées. Les membranes d'enveloppe se séparaient là assez difficilement de la substance cérébrale, et lorsqu'on les avait détachées, on apercevait des circonvolutions tassées, d'une couleur jaunâtre, qui tranchaient par conséquent d'une manière nette sur la couleur grise du reste du cerveau. La substance cérébrale de ces circonvolutions était notablement indurée, et donnait à la section la sensation du caoutchouc. La membrane séreuse qui tapisse le ventricule était elle-même ramollie et infiltrée de sérosité; la substance cérébrale qui lui sert de paroi était aussi fortement ramollie, sillonnée de vaisseaux et transformée en une pulpe blanchâtre que le bistouri et surtout un filet d'eau détachaient avec grande facilité. Cependant la cloison transparente était intacte. Le ventricule latéral gauche, qui était aussi un peu dilaté, renfermait également de la sérosité claire et transparente; ses parois étaient ramollies, mais dans une bien moins grande étendue que du côté droit. Le ventricule moyen et le ventricule cérébelleux paraissaient aussi plus larges qu'à l'ordinaire. De nombreuses granulations miliaires demi-transparentes, disposées par groupes, et dont quelques-unes commençaient déjà à former un certain volume et à changer de couleur, se montraient à la surface convexe et sur les parties latérales du lobe gauche du cerveau. Il fut impossible d'en trouver sur le lobe droit. Il est vrai que les fausses membranes et le liquide trouble opalin qui était situé dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, rendaient cette recherche fort difficile.

Engorgement hypostatique de la base des deux poumons en arrière; nombreux tubercules miliaires disséminés dans leur tissu; infiltration tuberculeuse des ganglions bronchiques et des ganglions mésentériques, qui ont considérablement augmenté de volume.

Entérite consécutive à une fièvre typhoïde. Urticaire suivi du développement d'une parotide.

A la salle Saint-Jean, n° 23, était couché, le 29 mars dernier, un enfant de douze ans et demi. A Paris depuis quatre ans, se nourrissant bien et habitant dans un appartement sain et bien aéré, cet enfant est tombé malade il y a quatre mois, et est entré dans la même salle, où il a été traité pour une fièvre typhoïde grave. Les accidents de cette maladie ont été nombreux; il a eu du délire et de la perte de connaissance pendant huit jours. Il n'était pas encore complétement guéri lorsque, sur sa demande, il est sorti de l'hôpital. Il était un peu faible, quoiqu'il marchât assez bien, et n'avait pas de dévoiement. Revenu dans sa famille, il a habité, rue des Boucheries-Saint-Germain, un appartement humide et malsain, et n'a pas tardé à être repris de fièvre, de céphalalgie et de dévoiement. A son entrée, il présentait l'état suivant: Amaigrissement considérable; face terreuse, langue sèche; soif vive; ventre chaud au toucher et très sensible à la pression; quelques vomissemenis; deux selles en dévoiement; un peu de toux. — Tisane de mauve édulcorée; looch blanc; lavement émollient; cataplasmes et frictions d'huile de camomille camphrée sur le ventre; diète.

Pendant deux ou trois jours, l'état de ce malade ne présenta aucun changement notable, lorsque le quatrième, il fut pris d'un violent frisson, avec vomissements et exacerbation fébrile. On pouvait craindre une fièvre éruptive, et le lendemain on fut tout étonné de trouver le malade en proie à une fièvre violente, les joues comme peintes en rouge et le corps zébré d'élevures rouge-violacé, qu'on reconnut sans peine pour de l'urticaire.

Le 7 avril, cette éruption avait complétement disparu; mais le malade se plaignait d'une vive douleur derrière la branche gauche de la mâchoire inférieure. La parotide était gonflée et douloureuse; les selles du ventre avaient diminué, et il n'avait pas été à la garderobe. — Frictions sur la parotide avec onguent mercuriel, 8 grammes; gomme édulcorée; cataplasmes; 2 quarts de lavements laudanisés; diète.

Le 9, le pouls était à 112; le ventre presque insensible.

Le 10, la parotide était moins douloureuse, et présentait une fluctuation obscure. De jour en jour, cette fluctuation devient plus sensible, et le 13 avril, l'externe du service, M. Campbell, pratiqua l'ouverture de la tumeur. Il s'en écoula environ deux onces d'un pus épais, jaunâtre et presque grumeleux. Le lendemain, la suppuration était abondante et de bonne nature; le soulagement était considérable. Depuis cette époque, la santé du petit malade s'est beaucoup améliorée; le ventre n'est plus douloureux; les forces sont revenues; et, bien qu'il y ait encore du dévoiement, tout fait espérer que la guérison viendra couronner les efforts de la nature. X.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Des cas pneumonie actuellement dans le service. Diagnostic différentiel.

Au n° 71 de la salle Sainte-Jeanne, est couché un homme de vingt-cinq ans, qui nous a offert une pneumonie des plus graves qu'il se fasse, et qui doit fixer notre attention.

Pendant le cours de sa maladie, il nous a présenté un délire très violent, particularité d'autant plus remarquable que ces deux affections se rencontrent rarement ensemble.

Pendant les premiers temps de son séjour dans nos salles, il éprouvait une douleur vive dans le côté droit; et dès la première exploration, on a pu constater que la maladie n'occupait que le côté gauche du thorax. Il n'est pas rare de voir la douleur exister dans un point tout autre que le point réellement entrepris; mais le plus souvent cependant, la douleur occupe le même côté que les phénomènes locaux d'inflammation parenchymateuse.

Aujourd'hui (14 avril), on entend une crépitation fine vers l'épine de l'omoplate; on entend également du souffle bronchique, et le sujet présente des phénomènes de réaction très prononcés. Le délire, chez lui, a été tellement fort, qu'on a été obligé de lui mettre la camisole de force pour l'empêcher de se lever et de marcher dans la salle. Du reste, on n'observa rien du côté du tube digestif.

Ce cas a présenté d'intéressant à considérer: le siége de la maladie (pneumonie du sommet), la coexistence des phénomènes cérébraux, assez rares dans l'inflammation du poumon. Le délire, dans cette circonstance, appartient-il à une inflammation des méninges ou du cerveau, ou ne dépend-il que de la pneumonie, dont il serait un des symptômes? Nous reviendrons plus tard sur cette question importante, qui ne peut nous occuper aujourd'hui. Disons seulement en passant que ce malade présenta des symptômes tellement violents du côté du cerveau, que nous pûmes croire à une affection complexe, et que nous ordonnâmes, d'après cette pensée, le traitement qui fut employé.

Des émissions sanguines nombreuses ont été pratiquées, qui ont fourni un sang couenneux, à bords renversés; la couenne était assez résistante pour contenir le poids du caillot. Nous avons eu les craintes les plus sérieuses pour la vie de ce malade, qui nous inspirait encore hier les plus vives inquiétudes. Une application de ventouses scarifiées sur le côté paraît avoir amené une notable amélioration dans son état.

Ce cas est sans contredit le plus grave que nous ayons rencontré cette année encore.

Nous finirons cette revue par la mention succincte du fait suivant. Il est relatif à un jeune homme de vingt-trois ans, affecté d'une pneumonie droite. Ce sujet nous est arrivé avec un rhumatisme articulaire aigu très intense. En même temps, et comme complication, il portait une pneumonie peu grave et peu étendue, consistant plutôt en un engouement pneumonique qu'en une véritable inflammation, et caractérisée par du râle sous-crépitant, humide, des crachats visqueux, filants, un peu rouillés.

Nous avons dû vous signaler ce fait, parce que la coïncidence du rhumatisme et de la pneumonie est une chose peu commune.

L'étude des divers cas que nous avons fait passer sous vos yeux, nous conduit directement à l'appréciation des divers phénomènes caractéristiques des phlegmasies thoraciques, et au diagnoctic différentiel de ces phlegmasies. Celles sur lesquelles portera cette appréciation sont au nombre de quatre: La pneumonie, la pleurésie, la pleurodynie, la bronchite.

Diagnostic différentiel.

Nous commencerons par les phénomènes qui sont perceptibles au moyen de l'application de nos sens, indépendamment du secours que peuvent nous prêter les méthodes plus compliquées de la percussion et de l'auscultation. La toux, la douleur, la gêne de la respiration, les crachats, leur consistance et leur couleur, voilà ce qui se présente tout d'abord.

Douleur. La douleur est le phénomène le plus général. On ne saurait s'imaginer, lorsque l'on n'est point encore habitué aux études cliniques, de quelle importance est la considération de la douleur pour établir le diagnostic des phlegmasies du thorax et de l'appareil respiratoire. La douleur peut exister dans les quatre maladies que nous voulons comparer entre elles; mais elle présente dans chacune d'elles des caractères distinctifs essentiels.

Dans la pleurodynie, dans la névralgie intercostale, toutes deux affections qui ont leur siége dans les parois de la poitrine, la douleur offre des particularités notables. La pression sur le point douloureux, les mouvements respiratoires, augmentent cette sensibilité, dans la plupart des cas. Nous disons dans la plupart des cas, car il n'en est pas toujours ainsi. Mais c'est à la généralité des faits que l'on doit avoir égard. Le siége de la douleur mérite d'être pris en considération.

Il est des malades qui rapportent la douleur à un point situé bien évidemment au-dessous de celui où l'on constate le siége réel de la maladie; quelquefois il peut en résulter des erreurs contre lesquelles il importe de prémunir ceux qui commencent. Bien que ce soit la plèvre enflammée qui soit le siége de la douleur, les sujets croient éprouver celle-ci au-dessous des fausses côtes. Quelle peut être la cause de cette sensation trompeuse? Nous n'en savons rien; nous constatons le fait. Dans la pleurodynie, où la douleur est plus directe, il n'en est pas de même.

La douleur est plus vive dans la pleurésie que dans la pleurodynie, elle est plus aiguë, a un caractère plus lancinant. Il est des cas où la douleur manque dans la pleurésie aiguë. Ces cas sont rares. Nous avons entendu dire cependant que l'absence de ce signe était aussi fréquente que son existence dans la pleurésie. Nous pensons, pour notre part, que cette assertion est pour le moins exagérée. La douleur de la pleurésie offre cette différence essentielle de celle de la pleurodynie, que lorsqu'il y a inflammation de la plèvre, elle n'augmente point par la pression sur les parois thoraciques, tandis que le contraire arrive dans la pleurodynie. Dans la pleurésie, les souffrances du malade ne deviennent plus fortes que pendant les profondes inspirations.

La douleur de la pneumonie franche et sans complication du côté de la membrane séreuse offre un autre caractère. Elle est plus profonde, plus gravative, plus continue. Landré-Beauvais a écrit dans sa Séméiotique, que la douleur de l'inflammation du parenchyme augmente, non point pendant l'inspiration, mais pendant l'expiration; ce qui la distinguerait de celle de la pleurésie. C'est là une particularité qui mérite d'être notée, et sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté. On a cru dans ces derniers temps, et l'on a écrit qu'il n'y avait de douleur que quand il y avait pleuropneumonie. Nous ne partageons pas cette opinion, et nous pensons que la pneumonie pure et simple peut donner lieu à la production d'une sensation douloureuse, mais offrant, comme nous venons de le dire, quelques phénomènes qui lui sont propres.

Dans la bronchite, il y a douleur. Ici elle est générale, occupe la totalité du poumon, sans se borner à tel point plutôt qu'à tel autre. Cette sensibilité générale se manifeste principalement entre les épaules.

Il est des circonstances où l'on pourrait penser que la douleur est simplement pleurodynique, et où l'événement prouve qu'il n'en est pas ainsi. Il nous est arrivé d'être consulté par des jeunes gens qui accusaient une douleur qui présentait tous les caractères d'une douleur pleurodynique, sans aucun phénomène à la percussion ou à l'auscultation. Le surlendemain nous trouvions une pleurésie avec épanchement. M. le professeur Chomel pense que toute douleur pleurodynique prolongée pendant un temps assez long se convertit en pleurésie. Peut-être cette assertion nous paraît-elle un peu exagérée; mais cependant nous devons reconnaître qu'il y a bien là quelque chose de vrai.

Toux. — S'il y a simple pleurodynie, il ne peut y avoir de toux, ni d'expectoration. Dans la pleurésie, la toux présente un caractère particulier; elle est sèche. Dans le premier degré de la pneumonie et de la bronchite, la toux n'est pas non plus suivie d'expectoration; mais cet état ne dure pas longtemps. Marandel, auquel on doit un traité des irritations, a dit: *les inflammations diminuent ou suspendent le cours des sécrétions.* Dans le premier degré d'une phlegmasie, cela peut être vrai; mais au bout de peu de temps la toux devient humide.

Pinel a émis une assertion qui, au premier abord, paraît étonnante et singulière. La pleurésie, dit-il, se termine par une abondante expectoration. Pour notre part, nous n'avons jamais pu comprendre comment la pleurésie pouvait se terminer par une abondante expectoration. Le fait est vrai jusqu'à un certain point. On voit quelquefois les efforts répétés de la toux finir par produire une véritable irritation de la membrane muqueuse bronchique, irritation qui provoque une sécrétion considérable. Mais alors, ce n'est point la pleurésie, c'est la bronchite qui détermine l'expectoration.

Expectoration. — Dans la pleurodynie, il n'y a pas d'expectoration. Dans la pleurésie, il en est de même; mais la bronchite et la pneumonie ne sont pas dans le même cas, et c'est entre ces deux affections qu'elle doit servir à établir le diagnostic. La matière expulsée vient directement du siége du mal; ses caractères, sa nature, son aspect, sa composition, varient suivant les époques de la maladie; elle n'est pas semblable dans les premiers jours, pendant le cours, et à la fin de la maladie, et offre des changements importants, tant pour l'abondance que pour la consistance.

Les crachats de la pneumonie au premier et au second degré sont caractéristiques, et l'on ne peut se tromper une fois qu'on les a vus. On trouve dans le vase, à cette période de l'affection, des crachats médiocrement abondants, en général arrondis, aérés, formés de petites bulles, d'une couleur d'ocre, jaune-pâle, un peu tirant sur la couleur de rouille, adhérents fortement au vase. Il est impossible à cette vue de ne pas admettre l'existence d'une pneumonie. Bien que ces crachats soient caractéristiques, ils ne sont cependant pas les plus fréquents, et nous avons vu plus haut que la fréquence ne constitue pas toute la valeur d'un phénomène.

Dans la première période de la bronchite, après que le moment de siccité est passé, les crachats son muqueux, filants, un peu plus tard, la matière de l'expectoration devient opaque, elle est homogène, un peu adhérente aux parois du vase, et puis, au bout de quelques jours, elle perd de nouveau son opacité, redevient transparente, abondante, et finit par disparaître.

Si la pneumonie ne se résout pas de suite, les crachats deviennent de plus en plus opaques et finissent, si l'altération devient plus profonde et plus étendue, par présenter les caractères du véritable pus; alors, quand il y a imminence

d'hépatisation grise, l'expectoration est diffluente, opaque, grisâtre ; puis vient la coloration lie-de-vin, jus de pruneaux; il va sans dire que ces crachats sont du plus funeste augure. Lorsque la pneumonie tend à se résoudre, les caractères anormaux des crachats se dissipent progressivement; ils perdent leur opacité et leur coloration, pour redevenir transparents et aérés.

Respiration. — Dans la pleurodynie, on observe un peu de gêne de la respiration. Généralement l'inspiration est peu douloureuse dans cette affection. Dans la pleurésie, au contraire, elle est très douloureuse; nous avons dit plus haut que la douleur augmentait alors par l'inspiration seulement, tandis que, dans la pneumonie, c'est par l'expiration. Lorsqu'il y a bronchite, c'est le passage de l'air qui cause une sensation pénible. Toutes ces considérations, vous le voyez, sont éminemment pratiques, et vous en reconnaîtrez l'utilité, lorsque vous serez appelé près d'un malade, et que vous devrez porter le diagnostic. Mais ils ne suffisent pas, si utiles qu'ils soient, pour lever tous les doutes; ils ne constituent pas toujours des signes pathognomoniques.

Qu'un sujet vous soit amené, présentant, à n'en pas douter, les symptômes d'une affection aiguë de la poitrine, vous l'interrogez avec le plus grand soin, et, cependant, l'observation attentive des phénomènes que nous venons de passer en revue avec vous, ne vous a pas suffi pour acquérir des notions certaines. D'autres méthodes d'explication vont devenir nécessaires; c'est alors que l'auscultation et la percussion viennent vous prêter leur secours.

Sur une personne bien portante, d'un embonpoint médiocre, pratiquez la percussion médiate, c'est-à-dire la percussion sur un corps solide, interposé entre le doigt qui percute et la paroi thoracique, vous produisez un bruit particulier semblable à celui que détermine la percussion sur la peau d'un tambour recouvert d'un drap épais. Cette résonnance normale varie suivant les points de la cavité thoracique que l'on explore; dans la région de la mamelle, par exemple, le son est plus obscur; chez les individus qui ont les muscles pectoraux très développés, même obscurité de la résonnance. Elle est aussi toujours plus faible à droite, à la partie inférieure, et la raison en est la présence du foie. La percussion du sommet de la poitrine, en arrière, est toujours plus ou moins faible, à cause de l'épaisseur des parties osseuses et des plans musculeux qui existent dans cette région. Dans un parallèle qu'établit longuement Laennec dans son ouvrage, entre l'auscultation et la percussion, parallèle par lequel il s'efforce de prouver la supériorité de la première de ces deux méthodes sur la seconde, il conclut en disant : « On ne peut nier que la percussion ne laisse beaucoup à désirer; ils sont équivoques, quand l'absence du son n'existe qu'à la partie inférieure droite de la poitrine; ils sont souvent fort incertains et même seuls, quand les téguments de la poitrine sont infiltrés ou chargés d'une quantité considérable de graisse, et surtout quand ils sont devenus flasques par une légère diminution de cet embonpoint excessif. » Si, à l'état de santé, dans ces circonstances, la percussion ne produit aucune résonnance, comment reconnaître les états morbides qui peuvent affecter les organes qui occupent les régions que nous venons d'indiquer? Nous verrons plus bas que l'auscultation nous fournira les moyens de suppléer à cette insuffisance de données positives.

La pleurodynie, affection qui ne produit pas d'épanchement dans la plèvre, n'introduit pas dans le poumon de matériaux d'engorgement, ne peut conséquemment pas changer les résultats de la percussion. La résonnance sera donc, pour elle, ce qu'elle est pour l'état normal.

Dans la pleurésie, la percussion est très importante; un des effets de la pleurésie est de déterminer la production d'une suffusion séreuse dans la cavité pleurale, au bout d'un temps plus ou moins long. Laennec disait que cet épanchement séreux pouvait survenir après cinq à six heures seulement de l'existence de la maladie. Suivant notre opinion, ce temps est beaucoup trop court pour que l'épanchement se produise. Nous ne pensons pas qu'il soit guère possible avant vingt quatre heures au moins. Quoi qu'il en soit de la durée de la pleurésie et de la vitesse avec laquelle peut survenir la suffusion séreuse, il n'en est pas moins vrai que souvent, dans cette maladie, la percussion ne sera presque d'aucun secours. Dans la première période, elle n'apprendra rien, puisqu'il n'y a point d'état matériel qui puisse modifier la résonnance. Plus tard, lorsque l'épanchement survient, on constate à la partie inférieure une matité plus considérable qu'à l'état normal. C'est, en général, à la base du thorax que cette matité existe; nous disons en général, parce que le liquide, en vertu des lois de la pesanteur, tend à tomber vers les parties les plus déclives ; mais nous verrons par que l'on a cru rencontrer dans certains cas, très rares à la vérité, un épanchement limité vers la partie moyenne de cette cavité. Le plus ordinairement, c'est d'un seul côté que l'on constate la matité, la pleurésie avec épanchement occupant rarement les deux côtés de la poitrine à la fois.

Nous venons de dire que dans des cas exceptionnels très rares, la matité existait à la partie moyenne du thorax; c'est lorsque l'épanchement est limité par des fausses membranes qui forment en quelque sorte une poche. Les faits de ce genre, fréquents dans les auteurs, plutôt théoriques que pratiques, sont si rares que l'on pourrait, sans être taxé d'exagération, les révoquer en doute jusqu'à un certain point. Je ne sais si j'ai rencontré un seul cas bien évident, dans lequel le liquide de l'épanchement ait été limité de cette manière et circonscrit dans des fausses membranes. Cependant, s'il en existe, on conçoit que, dans cette circonstance, la matité sera bornée au point occupé par la poche pseudo-membraneuse.

Lorsqu'il y a pleurésie avec épanchement, le liquide, obéissant aux lois de la pesanteur, se déplace quelquefois, et avec lui, la matité, lorsque l'on fait changer le malade de position. C'est encore là un phénomène plus commun dans les livres que dans la pratique. Le déplacement du liquide ne s'opère pas toujours aussi facilement; puis, en outre, et cela n'est point indifférent, ces changements de position que l'on fait exécuter au malade le fatiguent beaucoup, et peuvent quelquefois aggraver la maladie. Ainsi, d'une part, ils sont peu utiles au diagnostic, qu'ils n'éclairent que médiocrement; d'autre part, ils offrent des inconvénients réels. Dans la plupart des cas, on doit proscrire ces manœuvres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 mars 1845. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — M. le docteur Lefèvre fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : Note sur la salubrité des places de guerre. (M. Foucart, rapporteur.)

— *M. le docteur Talma* envoie un mémoire manuscrit sur la dentition, à l'effet d'obtenir le titre de membre-correspondant. (M. Serrurier, rapporteur.)

— *M. le secrétaire-général Serrurier,* donne lecture du discours qu'il devait prononcer sur la tombe de notre excellent confrère, le docteur Sterlin, décédé dernièrement.

— *M. Guersant* fait passer sous les yeux de ses confrères une pièce d'anatomie pathologique fort curieuse en ce qu'elle comprend les parties atteintes dans la taille bilatérale, et qu'on peut ainsi étudier la marche suivie par la nature dans la guérison de la plaie ; car le sujet, enfant âgé de six ans, mort quarante-cinq jours après l'opération, a succombé par suite d'une rougeole compliquée d'une pneumonie double, et non des suites de l'opération, dont il était guéri. Au quinzième jour il urinait à plein canal ; la plaie n'était point fistuleuse extérieurement ; intérieurement on observe encore une petite ouverture fistuleuse sur cette pièce.

L'autopsie est intéressante, ajoute notre confrère, en ce quelle prouve que dans la taille bilatérale nous effleurons la prostate et évitons de blesser les canaux éjaculateurs. Nous avons fait au-devant de l'anus une incision courbe ; arrivé couche par couche à la portion membraneuse, nous avons ouvert le canal de l'urètre jusqu'au col, en remontant vers le pubis. Nous avons ensuite incisé le col de la vessie et on peut voir les traces de ces incisions encore rouges et cicatrisées récemment ; le vérumontanum est ménagé, et deux petits crins noirs vous indiquent l'origine des canaux éjaculateurs qui ne sont pas lésés. Ceci vient à l'appui de ce que disait Dupuytren, que si on blessait les canaux éjaculateurs en pratiquant cette taille bilatérale, il fallait l'attribuer à un accident ou à la maladresse du chirurgien et non à la méhode elle-même.

J'ai, en 1828, pratiqué ma première opération de taille bilatérale ; l'enfant a guéri, et maintenant qu'il a vingt-deux ans, il jouit de toute la puissance virile.

Je ne rejette pas la lithotritie; mais je préfère la taille bilatérale chez les enfants, parce que j'ai été heureux dans un grand nombre de cas. Sur vingt-quatre malades opérés, je n'en ai perdu que quatre. Lorsque le calcul est très petit, mais alors seulement, je me décide à la lithotritie, parce qu'alors en une seule séance on débarrasse le malade.

M. Souberbielle prétend que malgré toute l'habileté du chirurgien et tous les soins qu'il peut apporter, la taille bilatérale expose à de grands dangers. Il cite des cas dans lesquels l'extraction fut si difficile que la mort survint, d'autres dans lesquels le rectum a été ouvert. Chez un enfant de neuf ans, dit-il, l'urètre gauche a été coupé, à la suite de cette blessure il est survenu une inflammation gangréneuse mortelle. Si la taille bilatérale réussit chez les enfant, ajoute-t-il, c'est qu'à cet âge la prostate est peu développée ; mais cette opération est uneste chez l'adulte.

M. Guersant. Je ne pense nullement comme M. Souberbiel ; chez les enfants, cette taille bilatérale est une bonne et utile opération. J'ai été obligé, une fois que le calcul était trop volumineux pour être amené, de débrider en haut ; j'ai fait la taille bilatérale (de M. Vidal). Six semaines après, j'ai éprouvé chez un petit malade quelques difficultés à faire l'extraction, parce que le calcul était adhérent. Quant à la lésion du rectum, cet accident m'est arrivé une fois et n'a amené aucune suite fâcheuse, et la guérison a été aussi sûre que prompte.

M. Guillon pense que le calcul présenté par M. Guersant offre peu de dureté, et qu'il aurait pu être facilement détruit par le lithotriteur. Il demande aussi pourquoi sur la pierre qui est sous les yeux, on voit un petit tubercule qui ne s'observe ordinairement que lorsque la plaie reste fistuleuse. M. Guersant répond que ce n'est qu'au bout de six semaines ou deux mois que la plaie extérieure se cicatrise entièrement, et qu'à cette époque le tubercule disparaît.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

— Les crimes d'empoisonnement se multiplient d'une manière effrayante, et c'est presque toujours avec l'arsenic qu'ils se commettent.

On se rappelle que M de Cormenin, dans son mémoire relatif aux empoisonnements par l'arsenic, après avoir traité la question sous tous les rapports statistiques, criminel, moral et législatif, propose d'interdire la vente de l'arsenic en détail; bien entendu qu'il exceptait, avec raison, les préparations industrielles et pharmaceutiques.

Le ministre, sollicité par les demandes réitérées de M. de Cormenin, s'était décidé l'an dernier à convoquer une commission des principaux chimistes de France, MM. Gay-Lussac, Orfila, Payen, Dumas, etc.

On assure que cette commission est arrivée, après de longues conférences, aux mêmes résultats que M. de Cormenin. Le ministre, dit-on, hésite encore. Il voudrait que la mesure d'interdiction reçût la sanction d'une loi.

— M. Alph. Robert, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, commencera un cours public et gratuit de médecine opératoire, lundi prochain 5 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours à la même heure, les mercredis et dimanches exceptés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 53. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Grossesse extra-utérine. Fœtus mort à six mois et porté depuis deux ans par la mère. Ponction exploratrice. Inflammation du kyste qui contenait le fœtus. Mort.

Minaray, âgée de vingt-quatre ans, brodeuse, est entrée à la Charité le 18 février 1845. Elle a été couchée au n° 11. C'est une femme d'une constitution faible, lymphatique.

Il y a deux ans, dit-elle, ses règles, qui jusque-là avaient paru d'une manière régulière, cessèrent pendant l'espace de cinq mois. Du moment où la menstruation fut supprimée, la malade fut prise de nausées, de vomissements, les membres abdominaux s'infiltrèrent, le ventre augmenta de volume, les signes rationnels d'une grossesse commençante se montrèrent successivement. Cette femme ne douta pas un instant qu'elle ne fût enceinte; elle alla même consulter une sage-femme, qui lui affirma aussi qu'il s'agissait d'une grossesse normale; elle ne s'inquiéta pas autrement. Il survint quelques douleurs modérées dans le côté gauche de l'hypogastre, et l'abdomen parut surtout augmenter de volume dans ce point; la malade se fit pratiquer une saignée. Quelques jours après il y eut des troubles dans la vision; sa vue lui sembla s'affaiblir; elle se fit traiter; on employa des révulsifs cutanés; des vésicatoires furent successivement appliqués sur le front, à la nuque, au bras; on administra un purgatif.

Environ une semaine après l'emploi de ces moyens, apparut une perte assez grave; des caillots considérables furent expulsés, puis la métrorrhagie se suspendit, et à partir de cet instant les règles revinrent avec régularité, pourtant avec un peu moins d'abondance que de coutume. Nous n'avons pu savoir s'il y eut de la réaction vers les mamelles. La malade ne nous a point dit non plus s'il y eut vers la fin du neuvième mois des douleurs plus intenses que celles ressenties jusqu'alors, et qui ne la quittèrent que par intervalles jusqu'au moment où elle entra dans le service.

Il y a une quinzaine environ, cette femme fut prise de douleurs plus violentes que de coutume. Et s'étant décidée à entrer à la Charité, voici ce que l'observation directe permet de constater : l'excavation pelvienne, une grande partie de la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche sont remplies par une tumeur volumineuse, douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau. Explorée par le vagin, la tumeur offre une forme assez régulièrement globuleuse, sa dureté est considérable, elle résiste fortement à la pression. Le col de l'utérus, placé à gauche, semble fixé à cette tumeur, qui, du reste, ne paraît pas avoir contracté d'adhérences avec les parois du bassin. A l'hypogastre, la masse affecte une forme moins régulière, toute la portion située dans la fosse iliaque gauche présente plusieurs bosselures; de ce côté, on la sent également dure, résistante, bien qu'offrant une certaine rénitence. Si l'on place l'indicateur de l'une des deux mains sur la tumeur du côté du vagin, et qu'on imprime de l'autre main un mouvement ou un choc, ce mouvement est perçu par le doigt introduit dans les organes génitaux; il semble qu'on obtienne par ce moyen une sensation de fluctuation; elle est tellement obscure et douteuse, qu'on ne pourrait pas affirmer la présence d'un liquide; cependant il y a quelques probabilités en faveur de l'existence d'une collection.

Le vagin ne présente aucune altération; il est parfaitement sain dans toute son étendue. Nul viscères abdominaux ne paraît malade, chacun d'eux remplit ses fonctions; la vessie et le rectum exécutent les leurs avec facilité.

La malade se plaint de douleurs lancinantes dans la région gauche de l'épigastre et dans la fosse iliaque du même côté; elle accuse des flueurs blanches abondantes. Le tube digestif est dans son état normal.

M. Velpeau pense qu'il s'agit dans ce cas ou d'une grossesse extra-utérine, ou d'un foyer purulent situé dans le cul-de-sac formé par le péritoine entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum.

Le 3 mars, une ponction exploratrice est pratiquée par le vagin avec un trois-quarts courbe de calibre ordinaire. Une petite quantité d'un liquide purulent, roussâtre, offrant des paillettes brillantes comme celle de la cholestérine s'écoule par la canule.

Le 4, la malade est prise d'accidents inflammatoires du côté de l'abdomen; la douleur est vive à l'épigastre; la fosse iliaque gauche devient également douloureuse; le pouls est fréquent; il n'y a pas eu de sommeil pendant la nuit. — Quinze sangsues *loco dolenti.*

Le 5, les sangsues n'ont amené qu'un très faible soulagement; la douleur est presque aussi intense; la péritonite marche. — Frictions mercurielles.

Le 6, l'abdomen tout entier est envahi par la douleur; la malade peut à peine exécuter quelques mouvements, tant cette douleur est vive; respiration pénible; pouls petit, fréquent; la face est grippée; vomissements dans la journée.

Le 7, les symptômes sont les mêmes: nausées et vomissements continuels; dyspnée considérable; face hippocratique; voix éteinte; pouls petit et si fréquent qu'on ne peut compter les pulsations; céphalalgie; mort prochaine.

La malade succombe à huit heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. — Le trois-quarts avait directement pénétré dans un kyste contenant, baigné dans un liquide purulent, un fœtus de six mois environ développé dans le pavillon de la trompe gauche; le cordon ombilical est grêle et inséré directement sur un des points du kyste. Signes de péritonite intense.

Balle de fusil dans le tissu de la langue. Essais infructueux d'extirpation. Extraction.

Pierre Coulon, peintre, âgé de vingt-sept ans, ayant servi en Afrique, est entré à la Charité le 16 avril, se plaignant d'une douleur au côté droit de la langue, occasionnée par un ulcère qui n'aurait pas cessé de suppurer depuis une opération subie en Afrique, à la suite d'un coup de feu reçu au niveau du bord supérieur droit du maxillaire inférieur.

Cet homme, qui a perdu trois dents molaires de ce côté, affirme qu'une portion de ces dents a été extraite de la langue dans le point où l'ulcère existe aujourd'hui, et que maintenant encore, il reste soit une dent, soit une balle profondément engagée dans le tissu de la langue, et que déjà, depuis son retour en France, on a essayé, mais vainement, d'en opérer l'extraction.

En saisissant la langue entre deux doigts, on sent en effet un corps étranger très résistant qui n'est point arrondi comme une balle, mais qui présente, au contraire, de nombreuses rugosités; sur le côté de la langue existe un trou ulcéré, sanieux, entouré de tissu lardacé. M. Velpeau pense que ce corps est plutôt une balle qu'une dent, et il se propose de l'extraire de la manière suivante : agrandissant l'ouverture à l'aide du bistouri dans plusieurs points différents, quand le corps étranger est senti à nu, il le saisit à l'aide de fortes pinces et cherche à l'ébranler en divers sens; après quelques tractions assez fortes, le corps est amené à l'extérieur. C'est, en effet, une balle de calibre ayant presque perdu sa forme, et comme sculptée sur toutes ses faces. Il y avait plusieurs mois que ce malade la portait complétement entourée par le tissu de la langue.

Plaie par instrument piquant et tranchant dans la région sternale. Du pronostic et du traitement de ces sortes de plaies.

Au n° 40 a été couché, le 29 avril, un grand et vigoureux garçon, cuisinier, qui, pour des motifs assez futiles, s'est fait avec un couteau de cuisine une plaie de trois à quatre centimètres de large sur le devant de la poitrine, à la partie inférieure du sternum.

Cette plaie démontre à quel point il est important de tenir compte de la position de ces sortes de blessures pour en porter le pronostic. Elle occupe ici la partie inférieure du sternum, et bien qu'elle puisse peut-être devenir la source d'accidents assez sérieux, il s'en faut qu'elle ait la gravité immédiate qu'elle eût acquise en étant placée quelques centimètres plus à gauche ou à droite.

On peut avancer, en général, qu'une plaie semblable a peu d'importance, immédiatement au moins, à cause de la résistance qu'a dû offrir le sternum à l'instrument qui pénétrait perpendiculairement à sa surface. Hâtons-nous d'ajouter qu'il faut pourtant mettre une certaine réserve dans le pronostic, en songeant à la nature spongieuse de l'os sternum qui peut s'être laissé traverser. Quoi qu'il en soit de cette dernière supposition, il n'est pas nécessaire dans ces blessures de porter un stylet pour la vérifier, non pas qu'il soit ici aussi dangereux qu'il peut l'être dans les plaies de poitrine de sonder le trajet de la plaie : dans le cas actuel, on n'aurait presque rien à redouter du passage d'un instrument explorateur : mais comme ce serait un moyen de satisfaire seulement la curiosité, et que, quels que soient les résultats de l'exploration, ils ne changeraient rien au traitement, il est sage de s'en abstenir. Puisque la règle est, en effet, de ne point donner issue au sang épanché dans le thorax, on ne voit pas à quoi pourrait servir l'exploration interne, elle ne fournit évidemment aucune indication; ce sont les accidents consécutifs seuls qui traceront la marche du traitement.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Accolade. — Beaucoup d'appelés mais peu d'élus. — Six cents demandes. — Rumeurs. — Exceptions. — Conseils. — Un confrère qui attend depuis quinze ans. — Un inspecteur-général des Ecoles. — Les alouettes et les chouettes. — Un chassez-croisez de sollicitations. — Un nouveau musée d'anatomie comparée. — Les petits moyens et les grands. — Nouvel appel.

Je vous salue, chevaliers et officiers, recevez mon accolade ! Vous êtes tous bien contents, n'est-ce pas? Eh bien! j'en suis fort aise. En accrochant pour la première fois ce petit ruban rouge, votre cœur assurément a palpité plus fort et plus vite; je le conçois, je ne vous en fais pas un crime, et moi qui ai le privilége de rire de tout, même de la Croix-d'Honneur, je vous fais grâce de quelques petits traits de bonne malice, qu'en cherchant bien je pourrais encore trouver dans mon sac. Mais pour quelques figures contentes et heureuses, hélas! que de mines allongées, et de nez longs d'un mètre j'ai rencontrés sur mon chemin! Vous comprendrez la chose, quand vous saurez qu'il y a plus de six cents demandes dans les divers ministères où se délivre le ruban rouge. Six cents demandes! c'est incroyable et fabuleux, et pourtant c'est réel. Quand je vous dis que notre confrérie ne se compose plus que de Boerhaaves et de Hallers, vous ne voulez pas me croire. Ah! s'il m'était permis de vous montrer les titres avec lesquels nos six cents confrères appuyaient leurs demandes, vous verriez à quel degré d'éclat et de splendeur en est arrivée notre science, et où nous en sommes pour la dignité et l'honorabilité de la profession. Nous sommes tous dans les cartons ministériels de petits saints et de grands savants; aussi cela me rend-il un peu compatissant pour les peines et les embarras du ministre, qui, pour un heureux qu'il fait, plonge cent de nos confrères dans l'affliction. Après l'affliction vient le dépit et la colère. Ah certes, mes chers confrères enrubanés, ne vous attendez à rien de bon de la part de vos confrères dérubanés. A part deux ou trois exceptions contre lesquelles personne n'ose trop rien dire, M. Amussat par exemple, dont l'habit vert, veuf jusque-là de tout ruban, n'en recouvrait pas moins un praticien des plus habiles et des plus achalandé, M. Fabre aussi qui depuis vingt ans se tient ferme sur la brèche périlleuse du journalisme médical; à part, dis-je, quelques exceptions, il faut entendre comme les dérubanés traitent leurs confrères plus heureux. Dieu me garde de rien reproduire et de rien retenir de tout ce que j'entends bourdonner à mes oreilles!..... Laissez passez, messieurs, cette petite averse assez naturelle et qu'un rayon du soleil ministériel tombant sur vos détracteurs sécherait rapidement. Mais, jeunes confrères, qui vous êtes heureusement trouvés sous le bon vent de la faveur, souvenez-vous que noblesse oblige; en vous décernant un honneur qu'on n'accordait autrefois qu'aux positions faites et légitimement acquises le pouvoir n'a voulu sans doute vous accorder qu'un encouragement : n'y voyez pas une récompense, n'y voyez pas surtout un motif de suspendre vos efforts et vos travaux; la critique a le droit d'être envers vous d'autant plus exigeante que le pouvoir prend plus de soin d'éloigner de votre route les embarras et les obstacles que tant de vos jeunes rivaux ne peuvent surmonter. Ce ruban, j'en suis sûr, va rallumer chez vous une nouvelle et généreuse flamme; vous le devez, vous le pouvez; de quelle excuse plausible couvririez-vous votre inactivité?

Et vous, pour qui le 1er mai n'a été qu'un jour de douloureuses déceptions, allons! un peu de cœur et de courage; que votre insuccès redouble votre ardeur, non pas cette ardeur énervante et stérile qui se consume en sollicitations, mais ce sentiment élevé que comprennent les âmes généreuses, et qui les pousse à pouvoir réclamer comme un droit ce que d'autres plus pressés mendient comme une faveur. Pas de petites indignations et de petites colères, cela ne mène à rien qu'à montrer votre faiblesse, qu'à mettre à nu votre dépit. Pas de découragement surtout; car de tous les maux c'est le plus grave. Tout vient à point pour qui sait attendre. Je connais un de nos braves confrères qui, depuis quinze ans, attend avec une admirable patience, et qui, deux ou trois fois chaque année, éprouve les douces agitations de l'espérance, comme aussi les cruels mécomptes de la déception. Le rencontrez-vous aux approches du 1er janvier, il est tout rayonnant; il vous raconte en secret qu'il a promesse pour le jour de l'an, et qu'on lui prépare ses étrennes. Le jour de l'an arrive, mais non pas le ruban. Huit jours d'affliction, après lesquels il se démène de nouveau, et si bien, selon lui, que pour le 1er mai la chose est positive; c'est ce que vers la fin d'avril il vous raconte en confidence et la joie dans les yeux. Le 1er mai se passe, et le ruban n'arrive pas. Nouvelle semaine de douleurs; mais bientôt, reprenant son vol, il s'agite encore, et avec tant de succès, qu'aux fêtes de Juillet, dit-il avec une assurance parfaite, mais toujours dans le tuyau de l'oreille, sa nomination est la chose la plus certaine. Hélas! le dernier lampion de la fête révolutionnaire s'éteint, et le ruban n'est pas venu. Autre semaine d'affliction, et ainsi de suite, jusqu'aux approches d'une nouvelle promotion. Voilà quinze ans que ce brave confrère vit dans de pareilles inquiétudes, ce qui, au demeurant, ne lui fait rien perdre de son ample embonpoint. Cette fois-ci, cependant, la chose a été plus grave et poussée beaucoup plus loin que d'habitude. M. le ministre ou ses ayant-cause avaient été si positifs, qu'on parle de plusieurs mètres de ruban achetés, d'avance, et la nomination se fait attendre!... La douleur, cette fois, durera la quinzaine.

— Nous avons donc un inspecteur-général des écoles de médecine, le *Moniteur* l'a dit. Je ne suis pas de ceux que cette nouvelle a pris à la gorge, et à qui elle a semblé donner une attaque d'asthme suffocant. Depuis longtemps je connaissais l'affaire et les indécisions, les hésitations de qui de droit dont je savais bien qu'on triompherait. Tout homme qui s'élève rencontre inévitablement des détracteurs et des flatteurs; à chaque aube matinale on entend l'oiseau chanter le lever du soleil, et la chouette l'insulter. Je ne tiens à passer ni pour une allouette, ni pour un chat-huant; j'attendrai donc, pour dire mon mot sur cette affaire, que les colères des uns se soient exhalées, que l'encens des autres se soit évaporé. Aujourd'hui personne ne m'écouterait, ni les indignés, ni les thuriféraires. Mieux vaut donc m'abstenir et ne parler qu'en temps opportun.

Dans le cas actuel, le malade dit avoir éprouvé une syncope sitôt après le coup ; mais c'est là encore un de ces signes qui n'indiquent pas, comme on pourrait le penser, l'ouverture d'un vaisseau : on doit plutôt attribuer cette perte de connaissance à l'émotion violente qui suit la tentative de suicide. Le malade est pâle, il est vrai ; mais d'abord peut-être est-ce son état normal, ce dont il n'est pas possible de juger, et ensuite la respiration est libre. D'ailleurs, par la position de la blessure aucun gros vaisseau ne peut avoir été ouvert.

En supposant maintenant que le sternum ait été entamé par l'instrument, la blessure de cet os ne peut entraîner rien de fâcheux quant à présent du moins. Sans aucun doute l'inflammation, la carie et la nécrose de l'os peuvent survenir, mais ce sont des conséquences éloignées. La plaie, d'après tout ce que nous venons d'exposer, doit donc être regardée comme non pénétrante.

La question à se poser dans un cas pareil est celle-ci : faut-il laisser suppurer la plaie, doit-on réunir immédiatement ? La règle générale est la suivante : Quand une plaie est faite par un instrument tranchant, c'est à la réunion immédiate qu'il faut recourir ; si l'instrument est contondant, on doit laisser suppurer. Ici, il y avait des caillots de sang adhérents à la blessure qui, du reste, n'était nullement contuse. M. Velpeau, après les avoir enlevés avec soin et nettoyé la plaie autant que cela était possible, a tenté la réunion immédiate. C'est au moyen d'une suture entortillée que les lèvres ont été mises en contact. La direction de la plaie en travers, le peu de mobilité de la peau et du tissu sous-cutané dans cette région, les mouvements continuels du thorax nécessaires à la respiration, telles sont les raisons qui ont fait rejeter les emplâtres agglutinatifs.

Toutes les fois qu'une plaie se rencontre dans cette région et dans les conditions que nous venons d'énumérer, il est, en effet, très difficile de la maintenir réunie au moyen de bandelettes de diachylum ou autres ; il arrive presque toujours que les emplâtres manquant de saillies suffisantes pour prendre un point d'appui, permettent aux lèvres de la plaie de glisser et de s'écarter l'une de l'autre. Seulement il faut être prévenu que sur le sternum la suture présente aussi quelques difficultés ; la peau de cette partie offrant une dureté analogue à celle du dos, fait que toutes les espèces de suture ne conviennent pas également bien ; la suture dite à points passés doit être rejetée, le fil passant à travers les tissus développe assez facilement la suppuration qu'on a ici grand intérêt à éviter. La suture entortillée convient mieux ; les chairs ne sont traversées que par les aiguilles, et l'on sait que les corps métalliques ne déterminent pas dans les tissus une tendance à la suppuration comme le font les végétaux, le fil, le bois, etc. La suture enchevillée conviendrait peut-être mieux, mais outre qu'elle a souvent l'inconvénient de laisser bâiller les lèvres à l'extérieur, elle est d'une application moins facile que la précédente.

Deux épingles sont passées transversalement dans la plaie, M. Velpeau laisse légèrement ouverte l'extrémité gauche, où sont accumulés quelques caillots qu'il n'a pas été possible d'extraire.

On surveillera ce malade avec soin pour combattre immédiatement l'inflammation si elle se manifestait.

Le lendemain la plaie était parfaitement réunie, aucun accident ne s'était encore montré.

— Nous annonçons avec une satisfaction partagée par nos lecteurs, que M. Velpeau reprendra la semaine prochaine ses leçons sur les maladies des yeux, interrompues l'an dernier, et qu'il se propose, ce sujet épuisé, de commencer l'histoire des maladies des femmes. Nous publierons régulièrement les leçons de chaque semaine : elles auront lieu les mardis et les samedis. PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Remarques cliniques sur le vomissement et son traitement, à propos d'un cas de fièvre typhoïde où ce phénomène gastrique se montrait avec une certaine opiniâtreté.

Le vomissement, acte par lequel, grâce aux contractions de l'estomac et à la pression exercée sur les parois de celui-ci par le diaphragme et les muscles abdominaux, les substances contenues dans cet organe sont rejetées au dehors, constitue souvent une maladie d'une certaine gravité. Il peut être essentiel ou idiopathique et symptomatique, et les causes qui le produisent sont nombreuses et variées. La compression que les jeunes filles exercent sur le sommet de l'apophyse xyphoïde en se serrant la taille avec le corset, détermine bien des fois cette incommodité.

Parmi les causes directes de cette maladie, ou phénomènes morbides, il faut admettre une trop grande quantité d'aliments capables d'occasionner une indigestion ; d'après Cullen, une quantité excessive d'eau froide introduite dans l'estomac, les substances irritantes, une idiosyncrasie particulière, un grand développement de gaz, le mouvement d'une voiture, le balancement de l'escarpolette, le roulis d'un navire, les substances grasses et huileuses, et même le miel. Les purgatifs aussi sont presque tous des causes plus ou moins efficaces du vomissement, attendu qu'ils agissent par absorption plutôt que par déglutition.

Un Américain ayant mangé avec avidité de la graisse, et par cela même s'étant trouvé indisposé, on lui injecta une certaine dose de tartre stibié. Au bout de quelque temps, cette substance ayant provoqué des vomissements, le malade se trouva soulagé.

Le vomissement est souvent un signe de complications nerveuses, comme dans l'épilepsie, ou autres irritations encéphaliques, comme dans l'hystérie et autres affections de l'utérus, de même que dans les affections des reins et des uretères.

Les coliques du petit intestin occasionnent quelquefois des vomissements, mais jamais celles du gros intestin. Le cancer de l'estomac, la gastralgie, la cardialgie et l'entérite donnent souvent lieu à des vomissements.

J'ai connu une femme qui disait vomir toujours après les repas, et cela depuis plusieurs années, et pourtant, par une disposition nerveuse assez bizarre, elle était affectée tous les ans d'une péritonite.

Parmi les variétés de vomissement, il y a la vomiturition, qui n'est qu'une espèce de vomissement avorté, dans lequel les matières injectées remontent de l'estomac dans l'œsophage, et arrivent ainsi jusqu'à la cavité buccale sans secousses.

J'ai vu une personne qui soumettait les aliments à une seconde mastication, comme les ruminants, et qui trouvait cela agréable au goût et à l'estomac lui-même.

Les vomissements ont lieu tantôt tout à coup, tantôt à la suite d'un malaise général avec sentiment de constriction, d'anxiété plus ou moins forte et commencement de défaillance.

Le vomissement symptomatique, généralement, n'est pas traité d'une manière directe; mais la médication est dirigée contre l'affection principale. Il n'en est pas ainsi du vomissement essentiel ou idiopathique, contre lequel il faut employer des moyens divers et appropriés. On l'a combattu avec succès quand il y a spasme de l'estomac, par l'eau de menthe ou de mélisse, par la liqueur anodine d'Hoffmann et autres substances antispasmodiques et aromatiques. On emploie aussi avec avantage les amers, comme la racine de colombo et le quinquina, etc. On a également préconisé l'action de la magnésie gazeuse, de l'eau de Seltz, la potion de Rivière, et en général toutes les boissons contenant de l'acide carbonique et légèrement acidulées. Sont aussi d'un grand secours, l'éther, le laudanum de Sydenham, le musc, le camphre et l'asa-fœtida ; mais quelquefois, malgré tout cela, on éprouve des revers, et on est obligé de recourir à d'autres moyens. On en vient alors, par exemple, à l'emploi de la glace intérieurement et extérieurement ; mais il y a des personnes sensibles qui ne peuvent pas la supporter. On agit alors pas degré, l'on donne de la glace pilée mêlée à du sucre, etc.

Malgré cette foule de médicaments qui peuvent être tour à tour employés contre le vomissement, celui-ci a quelquefois persisté. Que faire dans ces circonstances ? Il faut avoir recours aux révulsifs, aux petites saignées du bras, à l'application d'un vésicatoire ou d'un moxa sur la région hypogastrique, que l'on panse avec un sel d'opium, aux sinapismes répétés, etc. ; et quelquefois, comme il m'est arrivé pour une femme hystérique, il faut se décider à pratiquer l'acupuncture à travers les parois de l'estomac pour mettre un terme aux vomissements opiniâtres, et apporter du calme aux malades en proie à ce phénomène morbide très fatigant.

Voici le cas assez curieux, sous le rapport du phénomène, qui a donné lieu aux remarques précédentes de M. Fouquier, et dont les détails nous furent communiqués par notre excellent confrère M. le docteur Boudet.

Le 23 décembre dernier fut reçue dans le service de M. Fouquier une femme âgée de trente-quatre ans, domestique, demeurant à Paris depuis deux ans. Sa santé habituelle est bonne ; elle n'a fait jamais de maladie grave, ni eu de diarrhée depuis son séjour à Paris. Il y a douze jours elle a commencé à éprouver du malaise, de la céphalalgie ; trois jours après elle éprouva une chaleur vive sans frisson ; elle eut la fièvre. Depuis le commencement de sa maladie, elle eut quatre ou cinq vomissements muqueux qui durèrent jusqu'à l'avant-veille de son entrée à l'hôpital.

Elle n'eut pas de diarrhée au début de sa maladie, ni de douleurs de ventre ; au contraire elle était un peu constipée, et prit une bouteille d'eau de Sedlitz pour évacuer. Elle eut une toux assez vive, mais pas d'épistaxis. Elle éprouva une forte céphalalgie avec étourdissements et bourdonnements d'oreilles très incommodes depuis le début de la maladie. Il y a huit jours ses règles arrivèrent à l'époque ordinaire, et ne durèrent qu'un instant. Habituellement elles durent quatre à cinq jours.

Malgré ce cortège de symptômes, elle dit n'avoir pas eu de faiblesse, seulement elle fut travaillée par l'insomnie à cause de la céphalalgie violente qu'elle éprouvait. Elle eut à la suite des accès de fièvre, des sueurs sans frisson.

Depuis huit jours elle s'est alitée, et n'a rien mangé. Elle a pris plusieurs fois de l'eau de Sedlitz qui lui procurt de nombreuses évacuations.

Sa constitution est moyenne, d'un médiocre embonpoint, à peau fine, blanche et cheveux châtains foncés. La chaleur de la peau est très élevée ; le pouls à 84, régulier, assez résistant, médiocrement développé. Les battements du cœur ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas de dyspnée ; un peu de râle ronflant à la partie antérieure de la poitrine des deux côtés avec quelques bulles de râle sous-crépitant à la base du poumon à gauche. En arrière de la poitrine, dans toute son étendue on entend du râle ronflant, surtout à la base avec quelques bulles de râle sous-crépitant.

La malade a une expectoration muqueuse assez abondante; les lèvres assez sèches, de même que la langue, mais sans enduit ; la soif est vive ; le ventre un peu tendu, météorisé, partout douloureux à la pression. Il y a eu deux selles provoquées aujourd'hui. La malade soutient qu'elles contenaient une certaine quantité de sang.

Du côté du système nerveux il existe les phénomènes déjà mentionnés, c'est-à-dire de la céphalalgie, des étourdissements et bourdonnements d'oreilles.

L'aspect de la malade est celui de l'abattement et de la souffrance. Elle ne répond que très lentement et avec une peine extrême aux questions qu'on lui adresse, et manifeste beaucoup d'humeur quand on la change de place. Elle est d'une faiblesse considérable.

Elle n'éprouve aucune douleur dans les membres, ni dans la région rénale.

Le matin du 24, l'état de la malade était à peu près le même. Elle avait eu deux selles liquides : c'était de l'eau un peu rougie contenant quelques caillots de sang. M. Fouquier diagnostiqua une fièvre typheïde, d'autant plus qu'aux symptômes déjà indiqués il s'ajoute la présence de quelques taches lenticulaires sur le ventre et une altération plus profonde des traits de la face. Il ordonne pour boisson de la limonade de Rabel avec sirop de grande consoude ; un lavement avec décoction d'amidon et 5 centigrammes de tanin, et enfin des cataplasmes sur le ventre.

Le 25, les vomissements se sont arrêtés; il y a eu trois selles contenant toujours des caillots de sang ; il n'y eut pas de délire. Le pouls est à 91 ; la peau très chaude. Les taches sur le ventre augmentent. Les urines sont fortement albumineuses.

Le 26, hier la malade a eu plusieurs selles, mais sans contenir de sang. Ce matin, le pouls est descendu à 84. On continue à lui administrer des lavements astringents.

Les 27 et 28, l'état est à peu près le même. Toujours des selles, mais non sanguinolentes ; le pouls est élevé à 96 pulsations.

Le 29, les selles ont cessé ; il y a à peine de la fièvre.

Le 30, aujourd'hui la malade a eu deux vomissements bilieux. Même état pour le reste.

Le 1er, le 2 et le 3 janvier, les vomissements bilieux continuent ; il y en eut deux chaque jour. On lui administre quelques verres d'eau de Sedlitz sans que les vomissements s'arrêtent ; l'état général, du reste, est bon ; il y a à peine de la fièvre. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la malade ne vomit pas le bouillon, mais seulement la tisane, qu'elle trouve pourtant agréable à boire.

Le 5, les vomissements continuent. On prescrit l'application de 15 sangsues sur la région épigastrique. La langue, ce matin, est jaunâtre, un peu sèche ; la soif vive ; il y a de l'anorexie ; la bouche est mauvaise, sans nausées ; l'épigastre est indolent, mais il existe de la douleur dans les deux tiers inférieurs du ventre. La fièvre est modérée.

Le 6, elle a continué à vomir hier trois fois des matières bilieuses, de sorte que les sangsues ne paraissent pas avoir modifié cet état particulier de l'estomac. Elle ne souffre que du bas-ventre, et eut deux selles, mais bien liées.

Le 9, les vomissements ne cessent pas, encore deux hier ; la diarrhée s'est complétement arrêtée. On essaie un vésicatoire sur l'épigastre.

— Il n'y a qu'heur et malheur dans ce monde, et pendant qu'on éprouve une satisfaction d'un côté, une contrariété vous arrive de l'autre. Deux places d'une inégale importance ont été données ces jours passés, qui ont occasionné une égale animation. Par suite de circonstances fort singulières et d'ailleurs bien connues, les amis et les protecteurs de l'un des confrères nommés sont les adversaires naturels de l'autre, et les soutiens de celui-ci sont de rudes opposants à celui-là. Deux hommes éminents par leur position, également influents, mais dans des attributions diverses, sont à la tête de ces deux partis. Comme les deux places en question se donnaient à peu près à la même époque, ç'a été un chassez-croisez de démarches et de sollicitations de la plus grande vivacité. Pendant que l'un agissait pour faire arriver son protégé, l'autre remuait pour faire aboutir son ami ; ou bien, pendant que celui-ci dirigeait tous ses efforts sur un point, celui-là braquait toute son artillerie contre un autre. Si bien menée fut la chose d'un certain côté, que le parti que j'appellerai de la préfecture l'emporta ; stupéfaction dans le parti que j'appellerai de l'instruction publique. Mais bientôt on se ravise et, à ce coup de canon de petit calibre, on répond par un obus à la Paixhans. Grand émoi, grande colère dans le camp opposé. De sorte que personne n'est content ; le parti de l'un ne peut se consoler de l'élévation du parti de l'autre ; et des deux côtés, petite satisfaction, grande contrariété.

— Mon Dieu ! qu'on est bien plus heureux de vivre dans son petit coin, de faire ses petites affaires et d'aller tout droit son petit bon homme de chemin, que de voir son ambition servir comme d'un jeu de paume aux passions des hommes. O ma précieuse indifférence d'honneurs et de richesses, que je te remercie de pouvoir dire encore :

Suave mari magno, etc.

— Un musée d'anatomie comparée va être établi à la Faculté de médecine de Paris. Nous aurons ainsi une collection spécialement consacrée aux étudiants en médecine ; vingt-cinq mille francs, accordés par le département de l'instruction publique, couvriront les premiers frais. C'est fort bien, abondance de richesse ne peut nuire. Mais je me suis laissé dire qu'il était question en ce moment et en vue des aménagements nécessaires pour le nouveau musée, de toucher à la belle façade de l'Ecole-de-Médecine, et j'ai peur de voir gâter ce monument remarquable de l'art au dix-huitième siècle. Il s'agirait, en effet, de boucher les croisées de la galerie supérieure par des armoires nécessaires aux pièces de la collection, et d'éclairer la galerie par le haut. Il est à craindre que ce projet ne détruise l'ensemble, le dessin et l'harmonie de l'édifice. L'intention peut être bonne, j'accorderai même qu'elle est utile ; mais l'exécution doit en être surveillée, afin que l'on n'altère pas le style d'un monument complet et la pensée de l'artiste qui l'a conçu.

— Ce qui me reste à dire aujourd'hui est fort pénible, et cependant il le faut, je le dois. Quoi ! riches et puissants médecins de Paris, je vous ai appris l'infortune de l'un des nôtres, et vous n'avez pas daigné porter votre offrande à un malheur confraternel ! Parmi vous, qui vivez dans l'opulence, un seul s'est rencontré dont le cœur s'est ému ; professeurs largement dotés, praticiens qui regorgez de clientèle, un seul, un seul des vôtres ! Tandis que les petits et les moyens de notre ordre, dans la mesure de leurs forces, ont répondu à mon appel avec empressement et générosité. Je n'ai donc pu percer cette membrane épaisse de l'indifférence qui enveloppe votre cœur ! La fortune et les honneurs tarissent donc la source de toute noble idée, de toute généreuse action !... Mais je me trompe, sans doute ; peut-être que dans les agitations de votre vie occupée le temps vous a manqué, soit pour me lire, soit pour exécuter un projet généreux ; eh bien ! il en est temps encore, et je réitère mes instances auprès de vous : il s'agit d'une infortune complète à secourir ; nous, petits et moyens, nous avons fait ce que nous avons pu ; vous, puissants et riches, nous forcerez-vous à dire que vous n'avez pas fait ce que vous auriez dû ?

Jean RAIMOND.

— M. le docteur Ratier commencera, lundi 12 mai, des conférences sur les maladies vénériennes. Ces conférences, exclusivement destinées à MM. les internes des hôpitaux, auront lieu dans les salons d'anatomie clastique du docteur Auzoux, rue de l'Observance, n° 2, près l'Ecole de Médecine.

Le 10, encore deux vomissements dans la journée d'hier ; les douleurs sont nulles à l'estomac, et diminuent aussi dans le reste du ventre. La bouche se nettoie et n'est plus amère. On entretient un peu le vésicatoire.

Le 11, les vomissements ont cessé complétement. La malade alla une seule fois à la selle, et rendit des matières toutes naturelles. La bouche est bonne, et l'appétit commence à se faire sentir. — On permet 2 bouillons et 1 potage.

Les 12 et 13, elle a vomi encore une fois chacun de ces deux jours. Pas de selles. — On continue à la nourrir un peu ; on prescrit un lavement simple.

Le 15, depuis hier, les vomissements sont entièrement arrêtés. — On lui donne la portion avec de l'eau vineuse.

Les 18 et 19, la convalescence se maintient ; la malade reprend des forces et manifeste un grand appétit. — On augmente graduellement les aliments, en ménageant toujours la susceptibilité de son estomac.

Le 23 et 24, la malade continue à aller bien ; elle est passée successivement aux trois portions avec vin, et enfin elle s'est trouvée assez forte pour demander sa sortie le 24 du même mois, le quarantième jour de sa maladie.

Le phénomène le plus saillant et le plus remarquable dans cette observation, est le vomissement, qui résiste pendant longtemps aux moyens ordinaires. Cela vient à l'appui de ce que disait dans ses remarques sur ce sujet M. Fouquier, ce qui, du reste, est connu par tous les bons observateurs, que souvent, quoiqu'on fasse, le ventricule rejette ce qu'on lui injecte. Chose singulière ! Tout ce qui est injecté n'est pas rejeté ; on dirait que l'organe a la faculté de choisir, parmi les substances qu'il rejette, celles qui probablement ne lui conviennent pas ; c'est ce qui est arrivé à la malade dont nous venons d'esquisser l'histoire : elle rejetait la tisane et gardait le bouillon. Parmi les moyens employés contre ce symptôme, le vésicatoire semble avoir mieux réussi ; au moins c'est à la suite de son application que la malade a commencé à vomir plus rarement, et a fini par ne plus vomir du tout. Au reste, est-ce là une simple coïncidence ? Est-ce que le vomissement aurait cessé tout de même sans le vésicatoire, ou a-t-il été positivement influencé par celui-ci ? Nous n'osons guère l'affirmer. Pourtant, si le *Post hoc, ergo propter hoc* a toujours quelque force dans l'application des phénomènes physiologiques et pathologiques de l'organisme, on doit admettre, dans le cas actuel, l'heureuse influence du vésicatoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 16 avril 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. Morel-Lavallée, qui réclame la priorité de l'idée d'appliquer la chaleur sur les bourses pour établir le diagnostic différentiel du varicocèle, idée émise dans la séance précédente par M. Vidal. M. Morel écrit qu'ayant été chargé en 1840 d'une opération du varicocèle dans le service de Sanson, et n'ayant pu distinguer préalablement à l'application des pinces, le canal déférent du paquet des veines hypertrophiées auxquelles il était mêlé, il obtint le résultat qu'il désirait en plongeant successivement le scrotum de son malade dans un bain chaud et dans un bain de glace. M. Morel avance que le moyen proposé par M. Vidal n'est qu'une moitié de celui qu'il a employé publiquement il y a cinq ans, et qu'il vient de rappeler.

M. Vidal ne trouve pas fondée la réclamation de M. Morel. Le moyen qu'a proposé ce praticien est différent du sien, dans sa nature, son mode d'action et son application. M. Vidal se sert de serviettes chaudes qu'il applique sur le scrotum pour faire dilater les veines variqueuses du cordon, et distinguer ainsi le varicocèle d'avec l'épiplocèle, ou tout autre tumeur des bourses, tandis que M. Morel emploie des bains d'eau glacée pour resserrer ces mêmes veines, et les distinguer du canal déférent qu'il convient d'en séparer avant l'opération du varicocèle. Il est vrai qu'il parle d'un bain chaud pris avant le bain froid ; mais je ne vois pas dans quel but il le prescrit ; car la chaleur, en dilatant les veines du cordon, doit produire un effet précisément inverse de celui qu'il faut obtenir pour distinguer le canal déférent au milieu des veines variqueuses qui l'entourent.

La Société partage l'opinion de M. Vidal, et passe à l'ordre du jour.

Celui-ci appelle la discussion sur la lecture faite dans la dernière séance, par M. Bérard, d'une observation de *mydriase*.

— *M. Bérard* dit que contrairement à l'opinion trop générale qu'il a émise dans son travail, il a actuellement dans son service un cas de paralysie de la troisième paire de nerfs, dans lequel on ne rencontre qu'une immobilité complète de la pupille, sans mydriase.

M. Robert dit avoir observé un certain nombre de ces affections, et n'avoir rencontré dans aucun cas la mydriase que M. Bérard signale comme le cas le plus commun. Il croit que son honorable collègue confond ici la simple dilatation avec immobilité de la pupille, avec la mydriase qui est le degré extrême de cette dilatation, et que, pour son compte, il n'a jamais vue exister dans la paralysie qui tient à une lésion de la troisième paire de nerfs encéphaliques.

Sur la proposition de M. Lenoir, le travail de M. Bérard est renvoyé au comité de publication.

— *M. Malgaigne* donne lecture d'une observation ayant pour titre : Fracture directe et transversale de la rotule ; guérison sans déplacement et par un cal osseux, obtenue par la seule position du membre.

Il présente à l'appui de ses assertions le malade, sujet de son observation, et le livre à l'examen de la Société.

M. Robert dit qu'il est impossible de constater aujourd'hui si le cal est véritablement osseux ; il existe, selon lui, un peu d'écartement entre les fragments, et il n'y a rien d'impossible à ce que les deux fragments soient réunis par un tissu fibreux très court et par conséquent résistant, au point de ne permettre aucun mouvement de latéralité aux portions d'os entre lesquelles il est placé : il n'y a que l'anatomie pathologique qui puisse rendre une pareille guérison concluante.

M. Michon fait remarquer qu'en définitive, M. Malgaigne a employé le plan incliné dans le traitement de la fracture qu'il soumet à l'examen de la Société, et que c'est là un appareil qui est spécialement indiqué dans tous les cas où il n'y a que peu d'écartement entre les fragments ; que cet appareil peut et doit être aidé de l'action d'un bandage quand au contraire il existe de l'écartement, qu'il emploie ordinairement ce mode de traitement, et qu'il l'a employé entre autres fois sur un malade qu'il a présenté à la Société l'an passé, et chez lequel les fragments de la rotule étaient aussi bien réunis que possible.

M. Malgaigne reconnaît la justesse des raisons données par M. Robert ; il lui a paru que le cal de la rotule fracturée qu'il a traitée était osseux, mais il n'est nullement certain d'avoir obtenu ce résultat. Ce qu'il a voulu dire en présentant son observation, c'est que la fracture de son malade s'était consolidée presque sans aucun écartement, et cela sans qu'on ait employé aucun appareil de contention appliqué sur l'os lui-même. Cette guérison vient à l'appui de la doctrine qu'il a émise sur le traitement qu'il faut appliquer aux différentes espèces de fractures de la rotule, doctrine qu'il résume en ces termes : aux fractures transversales compliquées d'écartement considérable des fragments, il faut appliquer les griffes qu'il a décrites ; à celles plus simples qui n'offrent pas cette complication, il ne faut appliquer aucun appareil, car la position suffit.

— *M. Bérard* demande que quelques membres de la Société se transportent à l'hôpital de la Pitié pour y voir une malade de son service, qu'il croit affectée d'une fistule uretéro-utérine.

MM. Maisonneuve, Vidal et Denonvilliers composeront cette commission.

— *M. Marjolin* fils lit une observation de luxation du poignet, compliquée de plaie des téguments avec issue de l'os semi-lunaire à travers cette plaie.

Le malade, sujet de cette observation, est présenté à la Société, guéri de son accident et conservant en partie ses mouvements du poignet et des doigts.

Le travail de M. Marjolin est renvoyé au comité de publication.

— *M. Chassaignac* montre un crâne sur la base duquel existe une fracture : le blessé, pendant la vie, rendit une grande quantité de sérosité par l'oreille. M. Chassaignac émet l'idée que cette sérosité pourrait bien provenir du sang contenu dans le sinus latéral, voisin du temporal fracturé.

M. Bérard fait observer que le fond du conduit auditif interne est traversé par la fracture, et qu'il est possible que le liquide céphalo-rachidien de la base du cerveau se soit épanché au dehors de la cavité qui le renferme, en filtrant à travers cette ouverture.

Séance levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 25 mars 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

M. Dobigny communique à la Société l'observation suivante de bronchite asphyxique capillaire.

Un jeune homme de vingt ans, faible, bossu, dont la respiration est habituellement gênée, après quelques jours d'excès fut pris tout d'un coup, le 9 mars, dans la mâchoire, d'une forte oppression, qu'un médecin appelé immédiatement jugea appartenir à une bronchite aiguë générale, et pour laquelle il prescrivit le repos et quelques préparations pectorales. Dans l'après-dîner du même jour l'oppression redoubla. A l'arrivée de notre honorable confrère, les traits étaient décomposés, le pouls imperceptible, la connaissance perdue, les extrémités froides, et il expira après deux heures de cet état. L'auscultation et la percussion firent reconnaître un râle fin et muqueux en général, en arrière et en avant une résonnance à peu près normale. La rapidité de cette maladie fut telle, que tout traitement a été impossible, et suivant toute probabilité une saignée tentée même au début n'aurait fait que hâter la mort.

Il s'élève, à l'occasion de cette observation, une discussion entre MM. Hubert-Valleroux, Delcroix, Charrier, Legendre, Bataille et Chereau, qui rapportent des faits analogues, de laquelle il résulte que les suffocations, les dyspnées, soit symptomatiques, soit catarrhales, sont très fréquentes chez les bossus, que dans un certain nombre de cas elles sont dues à la gêne éprouvée par le cœur et les gros vaisseaux, que la saignée ne peut pas être posée en principe général, et qu'elle n'est applicable que dans les cas où les sujets sont dans des conditions favorables.

— *M. Gaide* a la parole pour l'observation suivante :

Une jeune dame avait été prise pendant sa première couche d'accidents d'éclampsie très redoutables qui avaient fortement compromis ses jours, et qui amenèrent la mort de son enfant. Les convulsions furent telles, qu'elle ne s'aperçut pas de son accouchement, et ce n'est que quatre jours à la suite que passant la main sur l'abdomen, elle vit qu'il était affaissé. Elle se rétablit au bout de cinq mois ; elle devint de nouveau enceinte, mais elle avorta. Une troisième grossesse arriva, qui parcourut heureusement ses périodes. Nonobstant, notre confrère n'était pas sans crainte sur l'issue de la couche ; car il pensait qu'il en était probablement de l'éclampsie comme de beaucoup d'autres affections nerveuses qui se reproduisent lorsqu'un premier accès a eu lieu. Interrogeant les médecins, les uns répondaient qu'ils l'avaient plusieurs fois vue reparaître, les autres soutenaient qu'elle n'était pas sujette aux récidives. Cependant, dans l'intention de diminuer autant que possible les causes de cette convulsion, il pratiqua deux saignées préventives, l'une à cinq mois, l'autre à sept. Mais dans le courant du huitième mois, cette femme ressentit quelques symptômes qu'elle avait présentés la première fois, douleurs céphalalgiques, dyspnées, gonflement des poignets, des articulations des jambes, roideur dans les mouvements, gonflement œdémateux de la face. Huit jours avant l'accouchement la céphalalgie redoubla, et la femme éprouva quelques nausées ; le lendemain matin les accidents persistant avec opiniâtreté, une nouvelle saignée fut pratiquée, sans soulagement. On eut donc recours à une seconde. Malgré toutes ces précautions l'éclampsie n'en survint pas moins. Les purgatifs furent alors administrés sans succès ; le col présentant une dilatation égale à 50 centimes et fort élevé, ne permit aucune tentative. Trois attaques arrivèrent successivement, suivies de quelques heures de repos. Alors une nouvelle attaque survenant, et les enveloppes fœtales offrant une assez large surface, on perça la poche des eaux. L'utérus ne se contractant plus avec autant d'énergie, la convulsion cessa ; mais le travail marchant lentement, on appliqua le forceps, qui amena un enfant mort. Vingt minutes après on procéda à la délivrance placentaire ; mais cette opération donna lieu à une nouvelle convulsion. Enfin, après quarante-quatre heures de repos, il survint une nouvelle crise qui fut épouvantable, et qui fut suivie de deux autres moins intenses. Il est important de noter que pendant la durée de l'accouchement la peau avait acquis une sensibilité excessive qui s'exaspérait au moindre contact.

Quoique cette dame eût été accouchée avec le forceps et qu'elle n'eût pas eu de convulsion ni perte de connaissance au moment de la délivrance, elle ne s'aperçut pas qu'on s'était servi de cet instrument. Pendant quatre jours on lui cacha la mort de son enfant, alors on la lui avoua. Cet aveu, dont on redoutait l'effet, n'amena pas d'éclampsie ; seulement elle fut prise d'une forte fièvre, de coliques utérines et de douleurs abdominales qui se dissipèrent peu à peu avec l'aide de quelques lavements laudanisés. Actuellement elle est dans un état satisfaisant.

M. Richelot fait observer que ces accidents n'ont en général lieu que chez les primipares. Il se rappelle avoir lu dans un auteur anglais qui a fait un travail spécial sur ce sujet, que cette maladie n'était pas de nature à récidiver en général. Il a eu pour son compte occasion d'observer un cas dans lequel la malade ignorait aussi qu'elle fût accouchée.

Dans les accidents de ce genre, survenant après la délivrance, notre honorable confrère a vu employer avec succès la potion émétisée.

A ce propos il rappelle le fait d'une jeune dame atteinte de chorée pendant sa grossesse, chez laquelle on employa inutilement les antispasmodiques et les bains. La potion émétisée fit cesser les accidents. Cette dame ayant cessé d'en prendre pendant une huitaine de jours, la chorée reparut ; elle en reprit de nouveau, et la maladie disparut tout à fait.

M. Chereau possède un cas où l'éclampsie récidiva à la seconde couche.

M. Blatin, raisonnant par analogie, demande s'il ne serait pas utile de calmer les contractions utérines, ainsi qu'on le fait dans l'avortement, afin de diminuer les accidents éclampsiques, quitte à solliciter ensuite la dilatation lente et non douloureuse du col par l'emploi de pommade belladonée.

M. Aubrun rapporte l'observation d'une femme qui, à trois couches différentes, fut atteinte de phénomènes d'éclampsie, mais qui diminuèrent d'intensité à chacune d'elles.

Les convulsions puerpérales lui paraissent dépendre de la constitution et de l'état hygiénique des femmes. Ainsi chez cette femme, alors qu'elle était ouvrière en chambre et sans exercice, les trois premières couches furent accompagnées d'éclampsie ; mais depuis lors elle a changé de profession, elle s'est mise fruitière, a beaucoup de mouvement, et ce changement de vie a modifié sa constitution au point qu'elle est accouchée une quatrième fois sans accidents. Cependant il faut noter que ce quatrième enfant a déjà eu quatre ou cinq fois des convulsions.

— La commission chargée d'examiner le manuscrit envoyé pour le prix proposé par la Société médico-pratique, fait, par l'organe de son secrétaire, un rapport d'où il résulte que le travail offert est sans valeur scientifique suffisante, et qu'il n'y a pas lieu à donner le prix.

La Société adopte les conclusions, et le billet cacheté est immédiatement brûlé.

— *M. Dobigny* rapporte l'observation d'une pneumonie qui présenta dans l'ordre habituel tous les symptômes physiques et généraux qui appartiennent à la phlegmasie parenchymateuse pulmonaire : matité de tout le poumon gauche, souffle bronchique, râpeux, bronchophonie, fièvre, céphalalgie. Mais malgré l'examen le plus attentif notre confrère, aidé d'un autre médecin, ne put saisir dans tout le cours de la maladie le moindre râle crépitant et la moindre expectoration. M. Dobigny fait en outre remarquer que le sang des saignées ne présenta aucune trace de couenne inflammatoire, et que le caillot était noir, diffluent et recouvert seulement d'une toile verdâtre.

— *M. Blatin* présente à la Société un instrument de son invention, auquel il donne le nom de *réfrigérateur utérin*, et qu'il croit appelé à rendre des services dans quelques affections aiguës ou chroniques, dans certaines formes d'hémorrhagie de l'utérus qui demandent l'application du froid.

J'ai fait, dit-il, un appareil qui permettra de mettre le vagin et le museau de tanche en contact médiat avec un courant d'eau froide, sans mouiller ces organes et la couche de la malade. Il est constitué par la réunion d'une canule à injection, et de quatre petites tiges de baleine qui supportent une éponge et qui sont coiffées par une enveloppe en baudruche. Un canal creusé dans une pièce de corne qui sert de base à l'appareil, apporte, au moyen d'un siphon, une quantité d'eau qui peut être considérable ; un second canal auquel s'abouche un tuyau de décharge, emporte le liquide après qu'il a baigné l'éponge et refroidi l'intérieur de la poche en baudruche. Une pièce de corne qui sert à fixer l'appareil à l'aide d'un cordon, forme un curseur, et permet de raccourcir à volonté l'appareil suivant la hauteur à laquelle se trouve situé le col.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, de Noyon, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Présentation de l'épaule dans six accouchements successifs. — Le 1er novembre 1836, dit le docteur Walter, je fus appelé chez madame M..., primipare, âgée de vingt ans, dont l'enfant, placé en travers, se présentait par le bras. Je reconnus une première position de l'épaule gauche avec issue du bras. Je fis la version avec la main gauche, et après avoir amené les pieds, j'abandonnai l'expulsion de l'enfant aux seuls efforts de la nature ; mais ils furent impuissants. Je procédai à l'extraction, et je fus même obligé d'appliquer le forceps sur la tête. L'enfant, du sexe féminin, était vivant, fort, et se développa très bien.

De 1836 à 1840, cette dame accoucha prématurément, à six mois, d'un enfant qui fut expulsé en double.

Le 21 janvier 1840, je fus de nouveau appelé auprès d'elle, et je reconnus une première position de l'épaule droite. J'opérai la version avec la main gauche, que j'avais choisie pour faire la rupture des membranes, après quoi j'abandonnai à la nature l'accouchement, qui, cette fois se termina seul ; l'enfant, du sexe masculin, était dans un état de mort apparente, mais fut bientôt rappelé à la vie.

Je fus encore mandé près de la même dame, le 20 novembre 1841 ; il existait depuis six heures des contractions prématurées (trente-deuxième semaine de la grosse), et déjà l'orifice était dilaté d'un pouce et demi. L'épaule gauche se présentait en seconde position. Je procédai à la version, et je fis immédiatement l'extraction, à cause de la coloration bleuâtre de l'enfant. Il en existait un second dans l'utérus. Aussi, après la naissance du premier, une hémorrhagie se déclara et me força de procéder de suite à l'extraction de l'autre, qui se présentait en seconde position de l'épaule droite. Ces deux enfants, deux filles, évidemment nées plusieurs semaines avant terme, succombèrent plusieurs semaines après leur naissance.

En juin 1842, je fus consulté par madame M....., enceinte de nouveau depuis cinq mois, pour savoir s'il n'y aurait pas moyen de changer, par quelques manœuvres employées pendant la grossesse, la présentation vicieuse de l'enfant en présentation naturelle. Le toucher ne m'apprit rien à cette époque au sujet de la présentation. Je recommandai à Mme M. de se tenir toujours couchée sur le même côté. A la fin de septembre, je constatai positivement une présentation du siége. Néanmoins le 20 octobre, au moment de l'accouchement, je reconnus encore une présentation transversale. Seulement, au lieu de l'épaule, c'était cette variété que l'on désigne sous le nom de présentation des lombes. J'allai chercher les pieds, après quoi j'abandonnai le travail à la nature, qui n'eut besoin d'être aidée que pour la sortie des bras.

Un examen attentif du bassin de cette dame n'avait montré d'autre anomalie qu'une largeur exagérée des hanches.

Ce fait nous a paru curieux à rapprocher de ceux du même genre rapportés par le docteur Géry dans la *Revue médicale* (1842, tom. IV), et relatifs à une femme chez laquelle, dans neuf accouchements successifs, l'enfant se présenta par le bras.

Guérison d'une névrose épileptiforme. — Le journal de la Société de médecine pratique de Montpellier contient le fait suivant, communiqué par le docteur Mattei.

Gauthier, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution grêle, avait eu, à l'âge de onze ans, des fièvres intermittentes qui durèrent neuf mois. Trois mois plus tard, fièvre pernicieuse guérie par le quinquina. A vingt et un ans, mariage, et presque aussitôt disparition d'un urticaire qui depuis quelque temps apparaissait tous les jours avant midi. Mais quinze jours après, chute subite sans connaissance, avec perte de sang par le nez et par la bouche. Les attaques se renouvelèrent d'abord tous les six mois, puis se rapprochèrent graduellement, de manière à éclater tous les deux ou trois jours. Traitement ordinaire de l'épilepsie. Une fois, à la suite de l'ingestion d'un vomitif, tétanos général qui ne cessa qu'après l'expulsion de lombrics par la bouche ; aucune influence sur les attaques. Depuis longtemps d'ailleurs le malade rendait des vers par haut et par bas. Quand il fut visité pour la première fois par M. Mattei, le 20 août 1843, il y avait une douleur continue à l'hypochondre gauche, où la main sentait des contractions spasmodiques. Cette douleur augmentait toujours quelques minutes avant l'attaque, puis sensation d'une boule montant jusqu'au cou, gêne de la respiration, et tous les symptômes de l'épilepsie. Chaque accès, composé de plusieurs paroxysmes, durait envi-

ron deux heures. Sous l'influence des opiacés ils diminuèrent de violence. Enfin, le malade fut soumis à la médication suivante :

Tous les matins, pendant quatre jours, infusion de mousse de Corse, qui provoqua, dans les deux premiers jours, la sortie de beaucoup d'ascarides par l'anus, et de trois lombrics par la bouche. Ensuite, potion purgative avec huile de ricin. Coliques vives ; douze évacuations alvines. Les deux dernières furent précédées d'une sorte d'explosion dans l'hypochondre gauche. Immédiatement après, cessation de la douleur et des contractions spasmodiques. Guérison définitive de la névrose datant déjà d'un an.

Quelques maladies peu connues du système nerveux. — Les journaux allemands contiennent un mémoire de M. Canstadt, relatif à quelques maladies qu'il considère comme nouvelles. La première espèce a quelque ressemblance avec la maladie désignée sous le nom de crampe des écrivains. Aussitôt que les membres ou le tronc sont fléchis, un spasme tonique s'empare des muscles fléchisseurs, et s'oppose pendant plusieurs heures à l'action de la volonté sur les muscles extenseurs. Ainsi, quand les muscles sont courbés, il leur faut un certain temps pour se redresser. S'ils veulent saisir quelque chose de la main, leurs doigts restent fléchis dans la paume de la main, et celle-ci ne peut plus s'ouvrir qu'avec lenteur. La marche est très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de gravir une montagne, parce qu'une fois que le malade a levé le genou, le mollet est saisi de spasme, et le pied est fort longtemps avant de pouvoir regagner le sol. Dans les deux cas observés par M. Canstadt, la cause est signalée comme inconnue, et toutes les fonctions s'exécutent d'ailleurs normalement. Les circonstances défavorables dans lesquelles se trouvaient ces deux malades ne permirent pas d'instituer un traitement régulier. L'auteur parvint cependant à obtenir chez l'un d'eux, au moyen d'un courant électro-magnétique, le redressement immédiat des doigs fléchis dans la paume de la main.

M. Canstadt a observé trois fois une autre espèce de névrose qui tient de la danse de Saint-Guy et de l'épilepsie ; l'attaque débute par une crampe générale des muscles avec insensibilité complète. Les contractions torciques viennent ensuite produire les attitudes les plus bizarres et les plus difficiles. Cette névrose diffère pourtant de l'épilepsie, en ce que les spasmes sont plus nombreux et se reproduisent en un temps plus court. On les a vus se renouveler plusieurs fois par jour, toutes les cinq minutes même, et la maladie durer ainsi plusieurs mois, plusieurs années, sans que l'état général des forces et la nutrition en souffrissent. Un trait caractéristique de cette affection, c'est qu'elle est précédée d'une période d'extase. Les malades, tout en ayant perdu connaissance, priaient, chantaient, causaient, racontaient leurs secrets. Dans deux cas, la maladie parut avoir été la suite d'un saisissement ; dans le troisième, on crut pouvoir l'attribuer à la présence de vers intestinaux ; cependant la maladie ne s'amenda point par leur expulsion Rien n'annonçait une irritation spinale. Après divers moyens inutilement employés, l'auteur obtint d'étonnants effets d'affusions froides pratiquées sur la tête et la colonne vertébrale deux fois par jour, et en outre chaque fois qu'il y avait quelque apparence d'une attaque prochaine. Chez une jeune fille, dont la maladie durait depuis cinq ans, et dont les attaques se reproduisaient plusieurs fois par jour les premières affusions amenèrent un intervalle de quatorze à vingt, huit jours entre les attaques, les règles, qui étaient supprimées depuis six mois, reparurent au bout de trois semaines, et continuèrent à paraître régulièrement. Elle put quitter l'hôpital au bout de deux mois. Les deux autres malades furent guéries au bout de huit jours.

L'auteur ajoute que les affusions froides lui ont paru, par expérience, pour les nerfs, un moyen sédatif et tonique plus puissant que toutes les gommes, résines à odeur forte, que les narcotiques et les préparations métalliques. Il a ainsi amendé plusieurs cas d'épilepsie, et obtenu une guérison complète. Il a réussi de même dans l'hémicranie chronique et dans les affections hystériques.

BIBLIOGRAPHIE.

De la Diastolie, ou Méthode pour conserver les dents sans employer la lime; par Charles Marmont, chirurgien-dentiste.

Tel est le titre d'un opuscule consacré à l'étude d'une méthode que l'auteur regarde comme nouvelle, et qui consiste à séparer la dent cariée des dents qu'elle touche, avec des corps élastiques, de manière à créer entre ces dents un espace assez large pour livrer passage aux obturateurs. Tout le monde sait, en effet, quelles difficultés on éprouve généralement à arrêter la carie lorsqu'elle se développe sur les faces latérales des dents. C'est dans ces cas que la plupart des dentistes ont recours à la lime, et l'auteur propose de substituer à l'usage de cet instrument, qui a non-seulement l'inconvénient de déformer la dent, mais encore celui d'enlever, avec la portion altérée, une grande partie saine, l'auteur propose, disons-nous, d'y substituer ce qu'il appelle la *diastolie*, c'est-à-dire l'écartement des dents, qui permet de porter sur les points cariés des agents modificateurs ou de combler la cavité de la carie.

Quelques conseils judicieux sur les moyens de conserver et de soigner les dents, complètent cet opuscule, qui, sous un petit volume, renferme plus de choses utiles que nombre d'ouvrages remarquables par leur longueur et leur étendue. Ar...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des feuilles de belladone comme moyen palliatif dans l'hémoptysie ; par M. le docteur Schwoeder.

M. Schwoeder fait jeter environ quatre grammes de feuilles de belladone sèches et incisées finement sur des charbons ardents, et il recommande aux hémoptoïques d'aspirer la vapeur qui se développe. Sous l'influence de ce moyen, l'hémorrhagie s'arrête instantanément.

Ce médecin avait vu employer cette pratique par un homme du monde avec beaucoup de succès, et c'est ce qui l'engagea à y recourir lui-même. Dans sept cas qui se sont présentés à lui, il s'en est servi avec le plus grand avantage, sans que l'inspiration des vapeurs ait entraîné la moindre incommodité pour les malades ; rarement il s'est montré une légère tendance à la toux, et deux malades ont même prétendu éprouver un sentiment de bien-être dans la poitrine.

L'inspiration de la vapeur dégagée d'une décoction saturée des mêmes feuilles ne s'est montrée, au contraire, d'aucune utilité ; il en a été de même de l'emploi interne de l'extrait de belladone.

Depuis longtemps déjà on avait recommandé contre la toux spasmodique et contre l'asthme, de fumer des feuilles de belladone mêlées au tabac ; et M. le docteur Schoenlein, profeseur à Berlin, conseille de son côté l'emploi de ces feuilles contre l'hématémèse pour diminuer la grande irritabilité de l'estomac. Cette dernière qualité du médicament doit montrer son action d'autant plus promptement que, dans l'inspiration des vapeurs, ces dernières se trouvent en contact avec la membrane muqueuse pulmonaire qui, comme on le sait, offre une très grande étendue et est très riche en nerfs.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, ces expériences méritent, sans contredit, d'être répétées, car il serait d'un bien grand avantage dans la pratique de pouvoir se passer, dans les cas désespérés dont il s'agit, de recourir à la saignée qui favorise si puissamment le développement de la cachexie tuberculeuse.

Emploi de l'extrait de noix vomique aqueux contre le prolapsus du rectum; par M. le docteur Barez, de Berlin.

Le prolapsus du rectum est une affection très fréquente dans le jeune âge, et, à en juger par le grand nombre des moyens qui ont été successivement conseillés pour le combattre, il a souvent mis dans l'embarras les médecins même les plus expérimentés.

Cet accident se présente assez communément à la policlinique de la Charité de Berlin, soit seul, soit compliqué de diarrhée sanguinolente, de constipation, de cachexie scrofuleuse, etc.

Le médicament auquel M. le docteur Barez, professeur de cette clinique, recourt depuis nombre d'années avec le succès le plus constant, est l'extrait aqueux de noix vomique, qu'il donne ordinairement à l'état de solution dans un véhicule mucilagineux, en suivant la formule ci après :

Salep pulvérisé,	5 grammes ;
Eau commune,	3 centigrammes.

Faire bouillir pendant quinze à vingt minutes, et passer ; ajouter à la colature,

Extrait aqueux de noix vomique,	5 centigrammes.

F. dissoudre S. A.

Pour une mixture qui doit être donnée par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Il convient d'élever graduellement la dose de l'extrait jusqu'à 20 centigrammes pour la même quantité de véhicule. Cet accroissement de dose doit, d'ailleurs, rester subordonné à l'âge du sujet, à la cause occasionnelle de l'affection et aux diverses circonstances accessoires.

Dans certains cas, l'état d'irritation du canal digestif réclame l'emploi d'un traitement approprié.

M. Barez fut conduit à essayer ce médicament dans cette affection, par l'effet qu'il produit sur les plexus sacrés, et par l'efficacité qu'on lui a reconnue dans quelques-unes des formes de l'incontinence d'urine.

NOUVELLES.

M. le docteur Sestier, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc., a été nommé chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur.

— *Cours sur les maladies de la peau.* — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons d'été. dans les jardins de cet hôpital, le mardi 13 mai, à neuf heures. La visite des salles a lieu à 8 heures et demie. Pendant la durée du cours, les cliniques du lundi sont suspendues.

— M. Ch. Place, secrétaire-général de la Société phrénologique de Paris, commencera son cours demain, mercredi 7 mai, à trois heures et demie précises, dans l'amphithéâtre de l'Athénée royal, rue de Valois, 2. Le professeur traitera de la physiologie du cerveau, de la psychologie et des applications de la phrénologie à la médecine, à l'aliénation mentale. etc. — MM. les étudiants sont admis sur leur carte d'études.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 8 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 54. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Epidémie d'érysipèles traumatiques.

On a signalé tout récemment la présence d'un grand nombre d'érysipèles traumatiques dans divers services des hôpitaux de Paris; nous en avons aussi dans notre service depuis quelque temps; il est évident que nous sommes, en ce moment, sous une influence épidémique, influence qui se manifeste, du reste, assez régulièrement tous les ans à l'entrée du printemps. Nous ferons remarquer, toutefois, que ces érysipèles sévissent avec moins d'intensité à l'Hôtel-Dieu que dans les autres hôpitaux, et en particulier moins dans nos salles, que dans les autres services de chirurgie.

D'où peut venir cette différence entre l'Hôtel-Dieu et les autres hôpitaux; entre les autres services et le nôtre? Cette différence tient évidemment, en premier lieu, à une influence locale, à des conditions particulières de salubrité qui se rencontrent ici et qu'on ne trouve pas ailleurs; car quoi qu'on en ait dit, l'Hôtel-Dieu est dans des conditions de salubrité plus favorables que les autres hôpitaux, surtout depuis que l'on a détruit les constructions qui étaient à cheval sur le petit bras de la Seine. Le cours des eaux qui entraînent les immondices, la facilité avec laquelle s'établit la ventilation dans tous les sens, constituent sans contredit de bonnes conditions hygiéniques.

On a dit que l'assiette de l'Hôtel-Dieu sur la Seine était une condition fâcheuse; c'est là, à notre avis, une erreur. Quoi qu'il en soit d'ailleurs des idées théoriques que l'on puisse concevoir à cet égard, l'expérience est là pour démontrer la réalité de ce fait, que les épidémies érysipélateuses sont, en général, moins graves et moins funestes à l'Hôtel-Dieu qu'ailleurs. Pendant mon séjour à l'hôpital Beaujon, qui, par sa situation sur un des points les plus élevés de Paris, passe pour être l'hôpital le plus salubre, j'ai vu régner des épidémies érysipélateuses dans des proportions telles que je n'en ai jamais observé de semblables à l'Hôtel-Dieu. J'ai occupé pendant un certain temps l'un des services de chirurgie à la Pitié, et j'y ai également observé des érysipèles en très grand grand nombre. Il serait superflu d'ailleurs de rappeler combien la situation de l'hôpital de la Pitié est à tous égards plus désavantageuse que celle de l'Hôtel-Dieu. On en pourrait dire à peu près autant de la Charité. Bref, l'Hôtel-Dieu est encore, de tous les hôpitaux de Paris, celui où j'ai observé le moins d'érysipèles, et où, en général, les maladies épidémiques semblent sévir avec le moins de violence; nous sommes donc autorisé à le considérer comme réunissant plus que les autres les conditions de salubrité. Mais ce n'est pas là la seule influence à laquelle nous devions attribuer la bénignité de l'épidémie érysipélateuse actuelle; elle pourrait bien expliquer la différence qui existe à cet égard dans les différents hôpitaux; mais elle ne rendrait pas compte de la différence observée dans les divers services d'un même hôpital. Cette autre cause, nous n'hésitons pas à le dire, c'est la manière dont on traite les plaies dans notre service, c'est le soin particulier que nous apportons dans leur pansement, c'est surtout enfin le traitement prompt et énergique que nous opposons aux érysipèles dès l'apparition de leurs premiers symptômes. C'est ainsi que chez deux malades ayant des plaies aux jambes, l'une à la salle des femmes, l'autre à la salle des hommes, chez un sujet récemment amputé du bras, des érysipèles commençants, avec angioleucite, et qui semblaient menacer de prendre une grande extension, ont été enrayés dès leur début. Chez un autre malade, chez lequel l'érysipèle, accompagné de nausées, de vomissements, de frissons, s'annonçait avec des caractères graves, la maladie a été jugulée en quelque sorte par l'application des mêmes moyens. Il en est de même à peu près de tous les autres. Si l'érysipèle n'est pas rapidement arrêté dans sa marche, il est au moins notablement modifié dans son intensité. Aussi, bien que le nombre de sujets atteints d'érysipèle soit assez considérable dans nos salles, soit qu'ils viennent du dehors ou qu'ils se soient développés à l'hôpital, il n'y en a pas en ce moment un seul qui ait de la gravité.

Ce résultat, je le répète, est dû à la méthode que nous employons. Cette méthode n'est point prophylactique, elle ne prévient point la manifestation de l'influence épidémique, mais elle en arrête immédiatement les effets; elle enraie le développement de l'érysipèle; elle le jugule, comme on dit. Elle consiste dans l'application réitérée au besoin de sangsues en grand nombre sur les points d'origine ou de départ de l'érysipèle, à la racine des membres, en général, autour des ganglions qui sont l'aboutissant des vaisseaux lympathiques enflammés, et dont l'engorgement précède ordinairement l'érysipèle. A ce moyen nous joignons des onctions avec un corps gras sur les parties enflammées, et l'usage de pansements doux et fréquents des plaies que ces érysipèles sont venus compliquer. Ce n'est pas à l'hôpital seulement que cette méthode nous a donné d'heureux résultats; nous en avons également obtenu de bons effets en ville, où les opérés ne sont pas à l'abri de cette influence épidémique.

J'ai pratiqué tout récemment, chez un jeune homme, l'extirpation d'une loupe volumineuse à la tête. Bien que l'opération en elle-même fût fort simple, je ne négligeai, à raison surtout de l'influence épidémique, aucune des précautions qu'il est convenable de prendre en pareil cas. Je n'appliquai point de bandelettes ni d'emplâtre d'aucune sorte; je laissai tout simplement tomber les lambeaux, sur lesquels j'appliquai des compresses d'eau froide fréquemment réitérées. Malgré ces précautions, deux jours après l'opération, je fus appelé auprès du malade, qui venait d'être pris de frissons et de nausées suivies même de vomissements. Je soupçonnai de suite un érysipèle. En effet, je trouvai les ganglions sous-maxillaires engoués; je prescrivis aussitôt une application de sangsues sous la mâchoire. Je ne m'étais pas trompé; dès le lendemain il était survenu de la rougeur à la face; je persistai dans les applications de sangsues au niveau des ganglions maxillaires; la rougeur ne tarda pas à disparaître: l'érysipèle avait été littéralement jugulé.

Pour comprendre le mode d'action de ce traitement et ses indications, il faut bien se pénétrer de l'idée que l'érysipèle n'est pas une simple inflammation de la peau, une simple cutite, comme quelques chirurgiens semblent encore le croire, mais qu'il se compose d'un double élément inflammatoire, l'inflammation du réseau lymphatique sous-cutané, et l'inflammation de la peau. Le premier de ces éléments est incontestablement le plus important, celui qui joue le plus grand rôle dans l'érysipèle, car la cutite seule n'a jamais de gravité, et guérit avec la plus grande facilité. C'est ce que M. Ribes avait très bien vu lorsqu'il a dit que l'érysipèle avait une base lymphatique ou veineuse. Pour combattre l'érysipèle avec efficacité, il faut donc s'adresser tout d'abord aux accidents les plus graves, au phénomène principal de la maladie; en un mot, s'attaquer à la base. Or, le phénomène principal, la base de l'érysipèle, ce n'est pas l'inflammation cutanée, mais bien l'inflammation lymphatique. Ce n'est donc pas sur la rougeur cutanée qu'il faut diriger les principaux moyens de traitement, mais sur les lymphatiques malades. Agir autrement, ce serait évidemment prendre la maladie au rebours, et courir la chance de ne jamais réussir; tandis qu'au contraire, en s'attaquant au système lymphatique d'abord, on décompose en quelque sorte la maladie, on la réduit à la cutite, c'est-à-dire à son élément le plus simple, celui qui n'a jamais de gravité par lui-même. L'application de nombreusee sangsues sur le trajet des ganglions ou des vaisseaux lymphatiques, dont l'inflammation constitue le point de départ de l'érysipèle, tel est, en effet, le moyen actif et énergique qui s'adresse au phénomène principal de la maladie.

Les moyens accessoires sont les pansements fréquents des plaies et les onctions sur la surface érysipélateuse. On se sert en général d'axonge pour faire ces onctions, mais cette substance a l'inconvénient de rancir beaucoup trop vite; le cérat lui est de beaucoup préférable sous ce rapport; aussi n'employons-nous à cet usage que le cérat dans nos salles. On a préconisé l'onguent mercuriel. C'est un mauvais moyen; nous l'avons expérimenté à l'hôpital Beaujon, et nous avons dû y renoncer, parce qu'il donnait lieu souvent à la salivation. L'onguent mercuriel a d'ailleurs l'inconvénient d'être fait avec de l'axonge qui est toujours rance. Or, comme il y a toute apparence qu'il n'agit, en définitive, que comme corps gras, n'eût-il pas déjà les inconvénients que nous signalions tout à l'heure, par cette seule dernière raison nous devions lui préférer les corps gras frais, et en particulier le cérat. Quant aux autres substances, telles que la farine, par exemple, que l'on a proposé d'appliquer sur la peau enflammée pour la mettre à l'abri du contact de l'air, il est évident qu'elles ne rempliraient pas aussi bien ce but que les corps gras.

C'est grâces aux moyens de traitement et aux précautions que nous venons d'indiquer, que les érysipèles traumatiques sont, en général, moins graves dans notre service que dans les autres; et enfin, s'il y a moins d'érysipèles à l'Hôtel-Dieu qu'ailleurs, cela tient, je le répète, à la salubrité plus grande de cet hôpital, salubrité à laquelle concourent surtout une ventilation facile et l'entraînement des immondices et des matières excrémentitielles par le courant de la rivière.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Scarlatine. Desquammation prolongée. Kératite.

Au n° 2 de la salle Saint-Lazare est couché le nommé Lécossais, âgé de dix-huit ans, entré le 25 février.

Ce jeune homme, d'une faible constitution, grêle, de petite stature, paraissant beaucoup plus jeune qu'il n'est en effet, mais habituellement d'une bonne santé néanmoins, d'un tempérament éminemment lymphatique, vacciné, non variolé, dit n'avoir jamais été malade avant l'époque actuelle. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de malaise, sentiment de faiblesse, mal de gorge, ni nausées, ni vomissements.

Le lendemain de cette première apparition de phénomènes morbides, il s'aperçut de l'éruption sur la peau de taches rouses, qui, petites d'abord, et d'une coloration peu intense, devinrent bientôt plus larges et plus foncées. Une scarlatine grave se manifesta, parcourut toutes ses périodes accompagnée d'une angine violente, contre laquelle on ne dirigea qu'un traitement émollient. On ne pratiqua aucune émission sanguine.

Au bout d'une semaine, le malade n'avait plus de fièvre, la coloraton scarlatineuse de la peau était complétement disparue; l'enfant ne se plaignait plus de mal de gorge; la desquammation commençait; elle se faisait par tout le corps, par plaques de médiocre largeur. Les plus étendues n'avaient guère que le diamètre d'une pièce de vingt-cinq centimes. Le malade offrait également une conjonctivite assez intense des yeux, plus grave à l'œil gauche, où elle était accompagnée de kératite.

Depuis le moment de son entrée jusqu'à l'époque actuelle, la desquammation dont nous avons parlé a persisté, et dure encore, occupant tout le corps. Sur le cuir chevelu elle se fait par petites écailles très peu larges, comme furfuracées, mais très abondantes. Sur le reste du corps, la desquammation affecte par endroits une singulière disposition. Sur les bras, les avant-bras, les squammes se soulèvent suivant des signes circulaires, parallèles, en forme de bracelets; les lamelles d'épiderme n'ont pas plus d'un centimètre depuis leur extrémité libre jusqu'au point où elles tiennent encore à la peau. La disposition de ces lamelles est telle, que le bord libre des squammes est le plus rapproché de l'extrémité du membre, et le bord adhérent le plus près du tronc. L'individu étant supposé debout, la direction des squammes est donc de bas en haut. Dans les intervalles qui séparent les points où les squammes tiennent encore au derme, la peau est rouge, et présente un aspect lisse comme une cicatrice très superficielle qui pâlit à mesure pour faire place à une desquammation suivante.

Sur le corps, la disposition circulaire est moins apparente, et la desquammation se fait de haut en bas. Du reste, la peau n'est point douloureuse quand on la touche, et le malade n'accuse aucune démangeaison.

Depuis son entrée, des sangsues ont été appliquées aux tempes, et un vésicatoire placé à la nuque pour combattre la kératite. Des collyres, des frictions d'onguent napolitain ont été également mis en usage, et sous l'influence de cette médication l'état des yeux s'est sensiblement amélioré.

Aujourd'hui le malade ne se plaint plus que d'un sentiment de légère cuisson dans les yeux; la conjonctive oculaire et palpébrale est rouge, injectée; une sécrétion séropurulente assez abondante agglutine souvent les paupières, que l'on est fréquemment obligé de bassiner pour les décoller. Un peu de photophobie. Bien que les organes du ventre paraissent en assez bon état, le pouls est toujours à 80; la langue est blanchâtre, saburrale, et le malade a un peu de diarrhée.

— Sous plusieurs rapports, ce fait n'offre rien qui paraisse digne de fixer l'attention d'une manière particulière; le malade n'était point à l'hôpital lorsqu'il fut atteint de sa scarlatine, et rien de ce qu'il a montré ne donne lieu de supposer que l'on ait eu affaire à autre chose qu'à une scarlatine normale. Mais la longue durée de la desquammation qui se prolonge depuis deux mois, est importante à noter en raison de sa rareté. Nous allons y revenir.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de la scarlatine, et d'ailleurs le malade n'étant entré dans les salles de l'Hôtel-Dieu qu'après l'éruption disparue, l'on n'a pu noter si la marche en a été régulière, bien que tout se réunisse pour le faire penser. Nous n'insisterons pas sur quelques circonstances particulières du fait. On sait que chacune des trois fièvres éruptives, rougeole, variole et scarlatine, même normales, s'accompagne le plus souvent d'une autre affection si constante, que l'on pourrait presque la considérer non comme une complication, mais comme intimement liée à la maladie primitive dont elle ne serait qu'un phénomène. Pour la rougeole, la bronchite; pour la variole, les phénomènes gastriques; pour la scarlatine, l'angine; cependant il n'est pas sans exemple, et la chose n'est pas excessivement rare que l'une de ces trois maladies s'accompagne de deux de ces complications à la fois. Nous avons vu des scarlatines accompagnées de bron-

chite, des rougeoles et des varioles avec angine pharyngée ; mais ce sont les cas les plus rares.

En général, la complication régulière et habituelle une fois admise, son intensité est d'autant plus grande que la maladie éruptive est plus grave. Si, quand elle est légère, l'angine scarlatineuse ne constitue qu'un épiphénomène de peu d'importance, elle peut, si elle est grave, mettre en danger les jours du malade, et cela d'autant plus que le malade est plus jeune. Une fois l'éruption disparue, on pourra donc, jusqu'à un certain point, juger de l'intensité qu'a présentée l'affection par celle de l'angine, qui persiste ordinairement encore pendant quelque temps après cette première phase de la maladie. Le malade qui fait le sujet de cette observation n'a pas échappé à la loi commune, et l'angine seule dont il se plaignait à son entrée eût suffi pour convaincre le médecin que la scarlatine avait été grave, certitude dans laquelle nous ont confirmé, du reste, les réponses qu'il a faites à nos interrogations.

L'angine de la scarlatine se caractérise par une rougeur vive, légèrement violacée de la membrane muqueuse, sans productions diphthéritiques. Lorsque cette complication se manifeste pendant le cours de la variole, on voit apparaître sur les piliers du voile du palais, sur la muqueuse pharyngienne, des pustules blanches, plates, qui ne sont autre chose que des pustules varioliques. Lorsque, par impossible, on observe des fausses membranes dans l'angine scarlatineuse, elles sont petites, minces, faciles à détacher de la muqueuse enflammée, et de plus elles ne persistent guère plus d'un à deux jours. Chez notre jeune sujet, il n'a pas existé de pseudo-membranes, au moins depuis le moment de son entrée à l'hôpital. Rarement aussi, disent les auteurs, l'angine scarlatineuse détermine la fétidité gangréneuse de l'haleine, et lorsque les ganglions sous-maxillaires se prennent, il est rare que leur engorgement soit assez prolongé, assez intense pour produire la fonte purulente.

Les phénomènes gastriques ou bilieux ne sont pas très communs pendant le cours de la scarlatine ; chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire, ils se sont cependant montrés, et ils ont persisté longtemps après la disparition de l'éruption. Quelquefois, comme dans le cas actuel, la scarlatine s'accompagne d'une diarrhée, mais peu abondante, et pendant un petit nombre de jours ordinairement. Ici elle se prolonge beaucoup plus qu'à l'ordinaire, et nous sommes porté à penser qu'il existe dans le gros intestin un travail inflammatoire qui l'entretient et affaiblit le sujet.

Une complication que nous n'avons vue notée nulle part, ce qui prouve son peu de fréquence, c'est la conjonctivite et la kératite, dont ce sujet nous a offert un remarquable exemple. Elle a été si grave en cette occasion que, malgré un traitement des plus énergiques, dans les derniers jours du mois d'avril les conjonctives oculaires étaient encore fortement injectées, et que les paupières étaient agglutinées par une abondante sécrétion purulente.

Le phénomène le plus curieux que nous ait présenté le malade dont nous parlons est, sans contredit, la desquammation excessivement prolongée qui a succédé à la fièvre éruptive. C'est ordinairement du sixième au dixième jour que commence la desquammation. Elle peut se faire suivant diverses formes. Quelquefois, le plus souvent, l'épiderme se soulève sous forme de lambeaux irréguliers, détachés sur leurs bords, d'étendue variable, sortes de squammes ou d'écailles minces, légères, sèches et opalines, qui bientôt se détachent complétement. Dans ce cas, l'épiderme n'a subi aucune altération appréciable, soit dans sa structure, soit dans son épaisseur. Les lambeaux sont quelquefois assez étendus pour que l'épiderme des doigts se détache presque en entier et comme des doigts de gants.

Chez quelques sujets, mais beaucoup plus rarement, surtout dans la scarlatine normale, l'épiderme se soulève par petites écailles furfuracées plus ou moins abondantes, et semblables à celles de la rougeole. Il est facile de concevoir que la chute de l'épiderme doit présenter quelques différences, suivant l'épaisseur de cette membrane dans les diverses parties du corps. Sur le cou, la poitrine, l'abdomen, les lambeaux sont ordinairement beaucoup plus petits que sur les membres. C'est là où l'épiderme est le plus épais que l'on trouve les plaques épidermiques les plus larges, aux mains, aux pieds surtout. C'est à cette épaisseur naturelle de l'épiderme que doit être également attribué l'aspect tout particulier qu'offre alors la desquammation. L'épiderme paraît s'épaissir avant de tomber et devenir opaque. Cet épaississement n'est qu'apparent, et dépend exclusivement de la texture de la membrane dans certains points.

Il existe un rapport très évident entre l'intensité de l'éruption et l'abondance de la desquammation ; c'est un point sur lequel Vieussens a attiré l'attention ; il a cherché à déterminer les causes des différences qu'elle présente dans son apparition, sa durée et son abondance. Le commencement de la desquammation, dit-il, paraît dépendre de la violence de la maladie et de l'abondance de l'éruption. Prompte et fort abondante, la desquammation commence pendant que la fièvre dure encore et avant que la rougeur soit dissipée ; si l'éruption est lente, peu abondante et la fièvre modérée, la desquammation commence plus tard, lorsque la fièvre et l'éruption sont passées et que le malade paraît tout à fait rétabli. Mais dans quelques cas où la rougeur de la peau est à peine visible, la violence de la maladie étant déterminée au cerveau et à la gorge, mais non à la surface extérieure du corps, et dans lesquels la maladie ne peut être reconnue pour fièvre scarlatine que par l'observation précédente de semblables cas ou par l'épidémie régnante, la desquammation commence fort tard, quelquefois deux et même trois semaines après que la maladie a paru tout à fait terminée.

La desquammation commence par le cou, le dos ; ensuite elle continue aux bras et aux mains, et finit par les pieds : en général, elle suit la marche de l'éruption.

Quant à la durée et à l'abondance de la desquammation, on peut dire qu'elle sera générale, considérable et de longue durée, quand la fièvre et les symptômes inflammatoires auront été violents, même avec peu ou point d'éruption ; mais dans ces derniers cas la desquammation finit plus tard, parce qu'elle commence plus tard et parce qu'elle chemine beaucoup plus lentement que lorsque l'éruption a été abondante. Si l'éruption est abondante et la fièvre assez forte, sans aucun autre symptôme violent, la desquammation sera de courte durée, quoique générale. Si la maladie est très légère quant à la fièvre et à l'éruption, la desquammation sera aussi légère, seulement partielle et quelquefois presque imperceptible, en sorte qu'il faut la plus grande attention pour s'assurer si elle a eu lieu.

Pour la durée de la desquammanion, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'elle est très variable, et qu'elle peut être même de trois semaines et plus. Dans quelques cas il peut arriver que le soulèvement et la chute de l'épiderme se renouvellent jusqu'à deux et trois fois dans les mêmes points ; cependant nous devons faire observer que les cas sont très rares, où, comme dans le fait actuel, sa durée soit de plus de deux mois. Chez notre malade l'épiderme s'est renouvelé déjà cinq à six fois, et la desquammation ne paraît pas près de se terminer. On ne peut véritablement confondre cette desquammation avec aucune espèce de maladie de la peau. La seule avec laquelle elle offrirait quelques rapports est l'ichthyose, et nous allons voir combien les différences sont grandes entre cette affection cutanée et la desquammation actuelle.

Rangée par les auteurs dans la classe des squammes, l'ichthyose peut se développer sur toutes les parties du corps ; cépendant elle est d'autant moins abondante que la peau est plus fine. La paume des mains, des pieds, la face interne des membres, en sont moins fréquemment atteintes. Dans la scarlatine, la desquammation est très manifeste et se fait toujours par larges lambeaux aux mains et aux pieds. Chez notre sujet on peut voir qu'elle se fait aussi abondamment à la face interne qu'à la face externe de membres. Dans l'immense majorité des cas, l'ichthyose est congéniale ; cependant quelquefois aussi elle est accidentelle. Dans cette dernière circonstance, elle affecte surtout les membres ; lorsqu'elle est congéniale elle dure toute la vie ; accidentelle, elle peut guérir, mais se prolonge toujours plusieurs mois, souvent des années entières.

Dans l'ichthyose, la peau est sèche, recouverte d'écailles, sèches, dures, résistantes, grises et quelquefois d'un blanc nacré, souvent très luisantes. Elles sont formées, ces écailles, par l'épiderme épaissi, qui s'est partagé en une foule de petites parcelles irrégulières, plus ou moins larges, libres dans la plus grande partie de leur circonférence, et légèrement imbriquées au point adhérent. Les unes sont petites et entourées d'une foule de petits points farineux ; les autres sont plus larges et recouvrent dans une plus ou moins grande étendue les surfaces sillonnées. Elles ne laissent au-dessous d'elles aucune rougeur ; mais la peau est rugueuse, comme une peau de chagrin.

Dans la desquammation scarlatineuse, l'épiderme n'a subi aucune altération ; si quelquefois l'épaisseur en paraît plus considérable, c'est que naturellement, dans certaines parties du corps, il est plus épais que dans d'autres ; mais cette augmentation n'est point un résultat pathologique. Puis, au-dessous de la desquammation, la peau est rouge, un peu luisante, et nous venons de voir que dans l'ichthyose il n'en est point ainsi. Ces caractères suffisent pour établir d'une manière certaine la non identité de l'ichthyose et du singulier phénomène qui nous occupe, phénomène auquel, nous le répétons, on ne peut donner d'autre nom que celui de desquammation prolongée, et si nous pouvons nous exprimer ainsi, desquammation chronique.

Du reste, le traitement est tout à fait nul. On se borne, vu l'état fébrile, l'état saburral de la langue et la diarrhée, à des boissons adoucissantes, des lavements émollieuts, une alimentation très légère.

X.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai. — Présidence de M. Caventou.

M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé au roi à l'occasion de sa fête, et de la réponse de Sa Majesté.

— L'ordre du jour amène l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie.

La section a proposé, et l'Académie a adopté, la liste suivante des candidats rangés par ordre de mérite :

MM. Longet, Manec, Baillarger, Denonvilliers, Chassaignac et Belhomme.

110 membres présents prennent part au vote ; la majorité est de 56.

MM.	Longet obtient	79 voix.
	Manec,	19
	Baillarger,	11
	Chassaignac,	1
	Belhomme,	1

M. Longet ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

— *M. Henri* lit un rapport sur les eaux minérales de ...., dont les conclusions sont adoptées.

— *M. Brachet*, de Lyon, membre correspondant, lit une note sur le traitement des pertes séminales involontaires par la compression du périnée.

Des remercîments sont adressés à M. Brachet, et son travail sera imprimé dans le *Bulletin*.

— *M. Hamont*, associé étranger, lit un travail intitulé : *De l'état de la médecine vétérinaire en France.*

Cette lecture excite quelques réclamations de la part de MM. Barthélemy et Renoult. Sur leurs observations, l'Académie décide qu'une discussion s'engagera sur ce sujet à la prochaine séance.

La séance est levée avant cinq heures.

(Nous rappellerons de nouveau que l'Académie, dans l'intérêt de son *Bulletin* que personne ne lit, privant les journaux de toute communication de pièces, nous ne pouvons qu'indiquer, et encore quelquefois d'une manière incomplète à cause des défauts de sonorité de la salle, les travaux dont les auteurs ne nous communiquent pas des extraits.)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

Dans la dernière séance, *M. Despretz* terminait son mémoire sur la *limite des sons graves et aigus*, par les paroles suivantes :

« La médecine ne pourrait-elle pas tirer parti des petits diapasons de *ut* 4 à *ut* 9, avec ou sans caisse consonnante, pour reconnaître la sensibilité croissante ou décroissante dans le traitement des affections de l'organe de l'ouïe ?

» L'effet que produit un diapason *ut* 2, quand on le pose sur le front ou sur la poitrine, est peut-être une indication de l'efficacité de l'emploi de cet appareil en médecine. »

A cette occasion, *M. Amédée Latour* adresse la lettre suivante :

« M. Despretz terminait le mémoire qu'il a lu dans la dernière séance de l'Académie, en manifestant l'espoir de voir surgir quelques applications utiles du diapason à la pathologie.

» Les vœux du savant physicien ont été devancés. En 1843, comme cela résulte d'une note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° 49, avril 1843), et dans le *Bulletin de Thérapeutique* (mai 1843), j'ai appelé l'attention des médecins sur les avantages de l'application du diapason au diagnostic des maladies de poitrine.

» Dans tous les cas, et ils sont nombreux, où la percussion ne peut être employée, tels que ceux qui résultent de l'application de cautères ou de vésicatoires, d'une éruption pustuleuse après l'emploi d'une pommade émétisée, etc., le diapason remplace parfaitement ce moyen précieux de diagnostic. Les vibrations de cet instrument sont plus ou moins sonores, selon que les poumons sont plus ou moins perméables à l'air. Les épanchements dans la poitrine se reconnaissent et se limitent très bien par l'application du diapason.

» Depuis trois ans, que l'idée m'est venue de cette application au diagnostic, j'ai eu d'assez nombreuses occasions d'en constater l'utilité pour avoir confiance dans son emploi.

» Quelques essais, mais encore insuffisants pour que je puisse formuler un résultat positif, me permettent d'espérer que l'application du diapason pourra être d'un grand secours dans le diagnostic des fractures du crâne. Ce que j'ai vu me permet au moins d'appeler l'attention des chirurgiens sur ce sujet.

» Enfin, M. Despretz indiquait cette application comme pouvant être fort utile pour juger du degré de la surdité. Je dois dire que ce moyen a été déjà depuis longtemps mis en usage par M. Vidal (de Cassis), et que ce chirurgien en a constaté les avantages (1). »

— *M. Malgaigne* adresse une note sur les résultats d'une abrasion de la cornée, constatés deux ans après l'opération.

Il y a aujourd'hui plus de deux ans, dit l'auteur, que j'ai adressé à l'Académie des sciences une première communication sur une opération insolite destinée à fournir aux chirurgiens une dernière ressource contre les opacités de la cornée rebelles à tous les autres moyens. J'avais disséqué et enlevé à peu près la moitié de l'épaisseur de la cornée ; immédiatement après l'opération, la malade avait aperçu distinctement les objets. Mais de toutes parts les objections étaient accumulées contre cette tentative nouvelle. La cornée ainsi redevenue transparente ne devait pas tarder à reprendre toute son opacité ; la cornée amincie devait se distendre en staphylome ; la cornée taillée par le bistouri ne devait jamais reprendre son poli, et les rayons lumineux brisés sur les inégalités de sa surface ne traceraient sur la rétine qu'une image obscure et confuse ; et en supposant la transparence conservée, on n'aurait pas encore rendu aux malades la netteté de la vision.

Les résultats primitifs de l'opération firent évanouir quelques-unes de ces objections ; mais le temps seul pouvait décider de la valeur réelle des autres. Je viens aujourd'hui présenter à l'Académie une jeune fille qui a subi l'abrasion de la cornée le 20 mars 1843, il y a vingt-cinq mois et demi ; je la présente comme une réponse victorieuse à toutes les objections que je viens d'énumérer, et comme un exemple d'un fait que je crois tout à fait nouveau en physiologie, savoir de la régénération du moins apparente de la cornée.

M. Malgaigne rappelle ici les circonstances dans lesquelles il crut devoir recourir à cette opération et les phénomènes qui la suivirent ; faits que nous avons déjà fait connaître. Mais l'examen de l'œil opéré, continue-t-il, nous révèle des particularités bien curieuses. D'abord la saillie de l'iris a complétement disparu ; et il faut bien admettre que par l'effet du temps et les mouvements de l'iris les adhérences avec la cornée ont été résorbées et détruites. Ensuite, ce talus creusé par le bistouri, qui persistait encore au bout de sept mois, a entièrement disparu aujourd'hui ; la cornée est aussi lisse de ce côté que de l'autre, sauf une petite cicatrice creuse située en haut et en dedans qui n'existait pas lors de l'opération, et qui me paraît être la suite d'un ulcère de la cornée qui a compliqué la dernière ophthalmie.

Y a-t-il une régénération réelle de la cornée ? Ou bien, au contraire, serait-ce le talus qui aurait été absorbé, en sorte que, loin de regagner en épaisseur, la cornée se serait amincie à sa circonférence ? La première opinion me paraît la plus probable ; elle pourra, d'ailleurs, être vérifiée par l'expérimentation sur les animaux vivants.

En résumé, la cornée n'est point redevenue opaque, elle ne s'est point distendue en staphylome ; la vision est nette et permet les travaux à l'aiguille ; et pour donner enfin une idée plus exacte du résultat, malgré une faible teinte opaline de quelques points de la cornée, la jeune fille, après deux ans, lit encore sans difficulté le petit texte, comme elle le faisait à sa sortie de l'hôpital.

— *M. Lassaigne* adresse des recherches pour déterminer le mode d'action qu'exerce la salive pure sur l'amidon à la température du corps des animaux mammifères et à celle de 75° centigrades. Voici les conclusions de ce travail :

1° La salive de l'homme et celle du cheval à la température de + 38° centigrades (chaleur du corps des mammifères) n'exercent aucune action dissolvante sur la fécule ; ce principe reste sans aucune altération dans sa forme, comme dans toutes ses autres propriétés physiques et chimiques.

2° Porté à une température de + 70° à + 75° centigr., et maintenu dans cette condition pendant trois heures et demie, ce fluide des glandes salivaires du cheval n'agit pas autrement que l'eau sur la fécule ; c'est-à-dire que les granules de principe, placés au milieu de la salive du cheval ainsi chauffée, se gonflent et se distendent sans se transformer ni en dextrine, ni en glucose.

3° La salive humaine rendue par la bouche, qui est du reste sans action sur l'amidon à la température du corps des animaux, convertit en peu de temps ce principe en dextrine à une température de + 70 à 75° centigr., et transforme ensuite celle-ci en glucose, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué.

4° Dans l'acte de la digestion des substances amylacées crues, la salive qui est à la température du corps des animaux ne jouerait donc

(1) J'ai appris hier de M. le docteur Bonnafont, qui s'occupe avec distinction des maladies de l'ouïe, qu'il emploie aussi depuis longtemps le diapason au diagnostic de la cophose. Ses titres à cet égard seraient déposés, dans un paquet cacheté, à l'Académie des sciences. Je ne revendique pour moi que la priorité de l'application aux grandes cavités.

A. L.

pas le rôle que lui a attribué tout récemment M. Mialhe ; elle contribuerait, ainsi que la plupart des physiologistes anciens et modernes l'ont reconnu, à humecter les matières alimentaires et à dissoudre quelques-uns de leurs principes naturellement solubles dans l'eau qu'elle contient.

M. Lassaigne adresse encore des recherches sur l'action qu'exerce le tissu pancréatique du cheval sur l'amidon cru ou en grains, et l'amidon cuit dans l'eau ou à l'état d'empois. Il résulte de cette note, que le tissu pancréatique, amené à un état de demi-cuisson, n'exerce plus aucune action sur les matières amylacées.

— *M. Liebig* fait annoncer par M. Pelouze un fait très important dans l'histoire des sécrétions animales, et en particulier de la bile. Un de ses anciens élèves, aujourd'hui professeur à Vienne, M. Redtenbacher, a soumis la taurine (asparagine biliaire) de M. Gmelin à une nouvelle analyse, et il a trouvé 26 pour cent de soufre dans cette substance, l'une des plus belles de la chimie organique par la régularité de ses formes cristallines. Les chimistes qui ont déterminé la composition de la taurine n'y avaient pas signalé la présence du soufre.

ACTION DES ÉMANATIONS DU TABAC SUR LA SANTÉ.

Note de M. Bricheteau lue à la dernière séance de l'Académie de médecine.

Je m'associe bien volontiers à ceux de mes collègues qui ont donné de justes éloges au rapport large et complet de M. Mélier ; le rapporteur a surtout à mes yeux le rare mérite d'avoir tiré un grand parti d'un sujet stérile sous le rapport médical proprement dit, mais d'ailleurs important sous le point de vue hygiénique. En vérité, je crois que la santé des ouvriers souffre bien moins dans la manufacture des influences du tabac qu'ils travaillent, que d'être réunis au nombre de 1,300 dans un établissement qui, quoi qu'on fasse, présentera toujours les inconvénients majeurs des grandes réunions d'hommes ; tandis qu'ils seraient dans de meilleures conditions hygiéniques s'ils étaient réunis dans plusieurs établissements moins considérables ; ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu, si la fabrication du tabac était une industrie libre comme chez les Belges nos voisins.

Mon opinion, depuis longtemps formée et basée sur l'expérience que j'ai des maladies des professions, est que les émanations du tabac dans les manufactures comme ailleurs, sont quelquefois momentanément incommodes, mais jamais dangereuses. L'influence extérieure de cette plante ne produit sur l'économie animale aucune lésion durable et susceptible d'altérer à la longue la constitution des ouvriers. Depuis quinze ans que je suis médecin à l'hôpital Necker, où viennent se faire soigner la plus grande partie des ouvriers indigents de la manufacture des tabacs (et beaucoup le sont), j'ai examiné avec soin et beaucoup interrogé un grand nombre de ces ouvriers, qui me sont recommandés très souvent par le directeur de la manufacture singulièrement bienveillant pour ses administrés. Quelques recherches que j'aie pu faire dans la vue de m'éclairer sur l'état pathologique et hygiénique de ces malades je n'ai jamais établi bien clairement l'existence d'une affection organique qui fût le résultat démontré de l'influence du séjour habituel dans la manufacture des tabacs. Plusieurs ouvriers m'ont même assuré que cette occupation leur était salutaire, comme semble l'être à d'autres ouvriers l'habitation de certaines fabriques, et qu'ils se croyaient préservés de rhumes, de rhumatismes, etc. Quoi qu'il en soit de cette assertion, à laquelle j'attache peu d'importance, il est certain que dans les établissements où l'on travaille des matières animales comme les tanneries, les mégisseries, les usines à poudrette même, les ouvriers jouissent d'une sorte d'immunité qui les préserve d'affections régnantes. Cette observation a été faite à Montfaucon particulièrement à l'occasion d'une épidémie. On sait de plus que les ouvriers mineurs sont exempts de certaines affections de poitrine, quoique d'ailleurs sujets à d'autres infirmités provenant de leur séjour dans les mines de charbon.

On n'ignore pas d'ailleurs que le *Nicotiana tabacum*, qui fournit la matière première des diverses préparations de tabac, est de la même famille que l'*Atropa belladona*, le *Datura stramonium*, plantes narcotiques douées de propriétés médicales énergiques, et fort utiles pour la curation de plusieurs maladies, comme l'asthme, les bronchites chroniques, la coqueluche, etc., on peut donc admettre que la nicotiane exerce en certains cas une influence favorable sur les ouvriers qui la touchent sans cesse, respirent ses émanations, etc., en séparant, bien entendu, les effets défavorables sur eux, d'un mauvais régime, d'un séjour dans un atelier trop chaud et encombré, de l'insuffisance du gain, etc. (1).

Enfin l'expérience n'a pas encore démontré, que nous sachions, les inconvénients de l'usage frénétique qu'on fait aujourd'hui du tabac à fumer dans toutes les classes de la société. Une multitude d'oisifs passent une grande partie de leur temps dans des tabagies où l'atmosphère est surchargée de la fumée du tabac, sans éprouver d'accidents sérieux, quand d'ailleurs ils ont un régime de vie confortable.

Je ne conteste pas que les ouvriers nouvellement arrivés dans la manufacture, éprouvent de la toux, de fréquentes envies d'uriner, un peu d'embarras gastrique, etc. ; mais ces légers accidents sont passagers, et il n'y a que certaines idiosyncrasies rares que ces accidents éloignent de la fabrication du tabac.

Quant à la coloration en *jaune-bistre* de la peau qu'on a remarquée chez les ouvriers, je crois qu'elle est produite par le dépôt des vapeurs, des poussières des ateliers sur la peau humide, visqueuse et mal soignée, et je pense que l'action des éléments nuisibles et absorbés du tabac y est pour très peu de chose. Sous ce rapport, les ouvriers de la manufacture me paraissent tout à fait comparables aux cérusiers, aux forgerons, aux mineurs, etc. J'ajouterai que la difficulté de l'absorption, chez ces ouvriers, explique l'absence de la *nicotine* dans les urines et le sang analysés.

Ainsi donc, dans mon opinion, Parent du Châtelet n'était pas loin de la vérité quand il regardait le séjour des ouvriers dans la manufacture comme inofensif. Parent, je le sais, était optimiste ; ses vues manquaient quelquefois de portée ; mais il est l'auteur d'une *réaction* utile en hygiène publique. L'un des premiers il a prouvé qu'on attribuait des dangers imaginaires à une foule d'industries utiles, et c'est là un grand service rendu

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES PRIX RELATIFS A LA VACCINE POUR 1842.

Commissaires : MM. MAGENDIE, BRESCHET, DUMÉRIL, ROUX, ET SERRES, *rapporteur.*

(Suite et fin du n° 49.)

Le docteur mecklembourgeois Dornbluth, qui, avec plusieurs autres médecins de l'Allemagne, répéta avec succès ces expériences sur les variolés, fut si frappé de leur résultat, qu'il jugea d'abord la revaccination inutile. Mais, éclairé bientôt par le nombre toujours croissant des vaccinés qu'atteignait la variole, convaincu par des observations nombreuses, ainsi que l'avaient été les docteurs Gregory, Wagner et cent autres médecins, que cette maladie ne respectait pas toujours ceux même qui avaient été très bien vaccinés, le docteur Dornbluth se rangea parmi les partisans d'une seconde vaccination.

Il en fut de même de la plupart des médecins du Nord, qui avaient fait à cette pratique les objections qui, jusqu'à ce jour, en ont restreint l'application en France.

Le document officiel publié par le gouvernement de Wurtemberg, et d'après lequel, de 1831 à 1836, sur 1,677 variolés, il y en avait eu 1,055 de vaccinés, entra pour beaucoup dans cette conversion.

Tous les raisonnements précédemment exposés, toutes les objections fléchirent devant l'expérience ; la médecine du Nord comprit qu'il était temps de chercher à s'opposer à l'envahissement toujours croissant de la variole chez les vaccinés, et malgré les objections dont les revaccinations peuvent être le sujet, et dont nous venons de rapporter les principales ; tous les médecins de cette partie de l'Europe comprirent que le moyen le plus efficace et le seul efficace après de bonnes premières vaccinations, était de recourir à une seconde.

Car en médecine, en présence d'un danger réel et si menaçant, il est d'abord prudent d'agir.

Nous avons déjà vu qu'en France, les relevés des épidémies montrent que les vaccinés atteints par la variole s'élèvent à plus du tiers des variolés. Peu d'années se passent sans que des épidémies de variole éclatent dans les départements. Enfin on peut, d'après les variolés qui entrent dans les hôpitaux de Paris, d'après le nombre des décès par cette maladie, inscrits tous les ans dans les tableaux du Bureau des longitudes, considérer la variole comme endémique à Paris, depuis plus de vingt ans.

On ne saurait donc mettre plus longtemps en doute l'opportunité de s'occuper chez nous des secondes vaccinations, si toutefois, comme nous allons chercher à l'établir, l'expérience se prononce en leur faveur.

De l'application des secondes vaccinations.

La seconde vaccination a éprouvé, comme la première, toute sorte d'oppositions. La première a triomphé par la seule force de l'expérience ; c'est donc à l'expérience que doit en appeler aussi la seconde.

Et d'abord, pour éprouver la première, on inocula la variole. De même, pour constater les effets de la seconde, l'inoculation de la variole a été pratiquée un grand nombre de fois, et toujours sans résultat. (Expériences de Donaldson en Angleterre, et de Harder en Allemagne.)

Lors de la première vaccination, il arriva souvent que des familles entières vaccinées, placées au milieu d'épidémies varioliques, furent entièrement préservées.

Et, de même en Italie, en Prusse, en Bavière, dans le royaume de Wurtemberg, des familles nombreuses revaccinées, vivant au milieu d'épidémies graves qui atteignaient les vaccinés, furent complétement préservées.

Le même résultat a été obtenu en France, sur les revaccinés, par l'auteur du n° 20 et par celui du n° 23. Les revaccinés des n°s 24 et et 19 n'ont éprouvé aucune atteinte de la variole à Paris.

Les épidémies varioliques ont pour résultat, avons-nous dit, d'élever la contagion de la variole à sa plus grande intensité ; c'est donc particulièrement pendant leur activité que l'observation des revaccinés devient importante pour en juger la valeur.

Nous avons déjà cité le fait du collége de Sorrèze, et celui de l'hospice des Enfants-Trouvés de Mantou. La variole sévissait sur les vaccinés : une seconde vaccination en arrêta instantanément la propagation.

Et ce qu'il y a de remarquable dans ces deux expériences, c'est que tous les revaccinés sans exception furent préservés, soit que la seconde vaccination eût réussi, soit qu'elle eût échoué.

De même en Allemagne, les docteurs Roesche, Elbé Bauer et Kofer coupèrent court à des épidémies varioliques par une seconde vaccination.

Le docteur Horlocher fit mieux encore : il empêcha par la revaccination l'épidémie varioleuse de pénétrer dans son district, autour duquel les vaccinés étaient atteints, comme les non-vaccinés.

Le docteur Wagner, dont la confiance en la vaccine était ébranlée par l'invasion de la variole chez les vaccinés, se décida néanmoins à recourir à une seconde vaccination dans le cours d'une épidémie grave, et il eut la satisfaction de voir tous les revaccinés préservés.

Dans l'épidémie de Nerepheim, qui pour la gravité ne peut être comparée qu'à celle de Marseille, et qui sévissait indistinctement sur les vaccinés et les non-vaccinés, le docteur Fritz observa que tous les revaccinés furent préservés.

Les docteurs Numann, Schachl, Tischendorf, Mang, Bordili, Koeklin, les médecins de Hambourg obtinrent, au rapport du docteur Heim, des résultats analogues.

Le docteur Heim fait même remarquer que dans les parties du royaume de Wurtemberg où la séquestration était ordonnée pour arrêter les progrès des épidémies varioleuses, les résultats obtenus par les revaccinations furent de beaucoup plus efficaces que ceux qui résultèrent de cette mesure.

Ces milliers d'expériences n'ont pas besoin de commentaires, ainsi que l'observent les auteurs des numéros 20 et 24.

En France, dans l'épidémie de Marseille, qui a laissé de si désastreux souvenirs, le docteur Robert pratiqua comme essai 24 secondes vaccinations : 2 seulement lui donnèrent une bonne vaccine ; néanmoins tous furent préservés.

Au lazaret de la même ville, le docteur Ducros obtint exactement le même résultat sur ses revaccinés.

Dans l'épidémie qui régna à Strasbourg en 1836 et 37, 685 personnes revaccinées par le docteur Newmann furent toutes préservées.

Dans l'épidémie de Nantes en 1841, les docteurs Sallion et Hullin obtinrent le même succès des secondes vaccinations.

Les secondes vaccinations pratiquées en grand nombre dans les graves épidémies qui désolèrent Genève et Malte en 1832, furent toutes également préservatives.

Ainsi les succès des secondes vaccinations ont exactement reproduit ceux de la première. Elles ont préservé de la variole, elles ont arrêté les épidémies, et leur ont formé une barrière que la variole n'a pas franchie.

La sollicitude de certains gouvernements du Nord pour la santé des peuples est même venue en aide à la physiologie et à la médecine pour répéter les expériences sur une vaste échelle, et en suivre pendant plusieurs années les effets d'une manière continue.

La revaccination appliquée à l'armée prussienne, depuis l'année 1833, en a presque complétement extirpé la variole. Car pour les années 1836, 37, 38 et 39, la moyenne des varioloïdes pour toute l'armée ne s'est élevée qu'à 9 par an.

Cet heureux résultat a été dépassé dans le royaume de Wurtemberg. Sur 14,384 militaires revaccinés, il n'y eut en cinq années qu'un seul cas de varioloïde, et on n'en observa que 3 dans le même espace de temps sur 29,864 revaccinés civils.

En somme, sur 44,248 revaccinés, il n'y eut en cinq ans que 4 cas de variole, tandis que dans les cinq années précédentes, il y avait eu chez les vaccinés 1,056 variolés.

Le contraste de ces chiffres suffit à lui seul pour établir l'utilité des secondes vaccinations, dont l'application ne saurait être trop recommandée, s'il est vrai, comme l'avance le docteur Heim, que depuis leur usage en 1830 la variole n'ait pas reparu d'une manière épidémique dans le royaume de Wurtemberg.

Le succès constant jusqu'ici des revaccinations rend ainsi compte de l'accord unanime de tous les médecins qui ont pratiqué de secondes vaccinations, soit pour en préconiser les résultats, soit pour en recommander l'application, afin de préserver les vaccinés de la variole avec plus de certitude que ne le fait une seule vaccination.

C'est aussi la conclusion à laquelle arrivent tous les concurrents qui ont traité à fond les questions.

Après avoir reconnu que le succès d'une seconde vaccination chez les vaccinés, ne prouve pas toujours que l'aptitude à contracter la variole se fût reproduite chez eux, tous s'accordent pour admettre que c'est sur cette classe de vaccinés que la maladie sévit, soit en temps d'épidémie, soit d'une manière sporadique ; et tous, d'après leur propre expérience, recommandent avec instance de recourir à de secondes vaccinations.

L'auteur du n° 24 en établit la nécessité sur les preuves les plus convaincantes.

Celui du n° 23 ne conçoit pas qu'on puisse faire une objection sérieuse à une opération si légère à raison de la sécurité qui en résulte et pour le vacciné et pour la société.

Un des concurrents va même jusqu'à dire que nul enfant ne devrait être admis à faire sa première communion s'il n'est porteur d'un certificat de seconde vaccination.

L'auteur du n° 20 se prononce d'une manière aussi affirmative que le n° 23.

Il en est de même des auteurs des n°s 19 et 22.

Quant à ce qui concerne l'âge auquel les secondes vaccinations doivent être pratiquées, tous s'accordent à dire qu'il est difficile de l'assigner d'une manière absolue. Mais en prenant pour base les relevés des épidémies et ceux des revaccinations, ils pensent qu'il est prudent d'y recourir, en temps d'épidémie, entre la huitième et la neuvième année, et hors ce temps, à partir de la quatorzième jusqu'à trente et trente-cinq ans.

Telles sont les solutions données par les concurrents aux questions proposées par l'Académie.

On peut les résumer de la manière suivante :

Premièrement. La vertu préservative de la vaccine est absolue pour le plus grand nombre de vaccinés, et temporaire pour un petit nombre. Chez ces derniers même, elle est presque absolue jusqu'à l'adolescence.

Secondement. La variole atteint rarement les vaccinés avant l'âge de dix à douze ans ; c'est à partir de cette époque, jusqu'à trante et trente-cinq ans, qu'ils y sont principalement exposés.

Troisièmement. En outre de sa vertu préservative, la vaccine introduit dans l'organisation une propriété qui atténue les symptômes de la variole, en abrége la durée, et en diminue considérablement la gravité.

Quatrièmement. Le cow pox donne aux phénomènes locaux de la vaccine une intensité très prononcée ; son effet est plus certain que celui de l'ancien vaccin. Mais après quelques années de transmission à l'homme, cette intensité locale disparaît.

Cinquièmement. La vertu préservative du vaccin ne paraît pas intimement liée à l'intensité des symptômes locaux de la vaccine. Néanmoins, pour conserver au vaccin ses propriétés, il est prudent de le renouveler le plus souvent possible.

Sixièmement. Parmi les moyens proposés pour renouvellement, le seul dans lequel la science puisse avoir confiance jusqu'à ce jour, consiste à reprendre le vaccin à sa source.

Septièmement. La revaccination est le seul moyen d'épreuve que la science possède pour distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés, de ceux qui ne le sont encore qu'à des degrés plus ou moins prononcés.

Huitièmement. L'épreuve de la revaccination ne constitue pas une preuve certaine que les vaccinés chez lesquels elle réussit, fussent destinés à contracter la variole, mais seulement une assez grande probabilité que c'est particulièrement parmi eux que cette maladie est susceptible de se développer.

Neuvièmement. En temps ordinaire, la revaccination doit être pratiquée à partir de la quatorzième année ; en temps d'épidémie, il est prudent de devancer cette époque.

Ainsi que l'Académie a pu en juger d'après le rapport, ces conclusions sont déduites des expériences et des faits exposés principalement dans les mémoires inscrits sous les n°s 24, 20, 19, 23 et 22. Mais nul ne les renfermant en entier, la Commission ne décerne pas le prix de dix mille francs. Elle partage la somme à titre de récompense entre les trois premiers dans les proportions suivantes, basées sur les degrés de mérite qu'elle a reconnus aux mémoires.

1° La Commission décerne une récompense de cinq mille francs à l'auteur du n° 24, dont le mémoire et l'atlas portent pour épigraphe :

In rebus medicis, rationes experientia destitutæ nil jurant.

2° Une récompense de deux mille cinq cents francs à l'auteur du mémoire n° 20, qui a pour épigraphe :

Le mal est dans l'erreur, et *dans la faiblesse qui nous fait taire et cacher la vérité.*

Il n'y a que la volonté qui manque aux hommes, pour se délivrer d'une infinité de maux. Un souverain qui le veut bien, peut préserver ses Etats de la peste.

3° Une récompense de deux mille cinq cents francs à l'auteur du n° 19, M. le docteur Fiard.

4° La Commission mentionne honorablement les auteurs des n. 23 22, 7 et 9.

REVUE GENÉRALE.

Observation d'un cas médico-chirurgical dans le combat de Mogador. — Cette observation rapportée par le journal clinique de Montpellier, n'est pas sans intérêt. Une caronade éclate dans la dunette du vaisseau le Triton ; elle blesse mortellement plusieurs hommes, et Niccolini Pasquin est porté au poste des malades, dans la cale, couvert de sang, noirci et brûlé par la déflagration de la poudre. L'artère brachiale, complétement divisée près de sa bifurcation, laissait sortir un jet de sang vermeil, rutilant ; du ventre, ouvert près du canal inguinal gauche, déborde une anse d'épiploon, et autour du coude et de la poitrine, sous les téguments, on reconnaît l'existence de plusieurs corps étrangers, fragments de la caronade.

Pour répondre aux exigences multipliées, le chirurgien major, le docteur Fleury, applique provisoirement un tourniquet sur le trajet du vaisseau ouvert, met les autres plaies à l'abri du contact de l'air.

Une heure à peine après l'accident, les feux de l'ennemi sont éteints ; il revient près de Niccolini, lève le tourniquet, le sang ne paraît pas. Il conçoit alors le projet de ne point user de la ligature, d'exercer seulement une douce compression sur le membre, et de le maintenir dans le repos. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive, et par les collatérales, la circulation s'est rétablie dans l'avant-bras et dans la main. Quoiqu'il ne soit pas le seul dans la science, ce fait mérite d'être noté. Pour la plaie pénétrante abdominale, le docteur Fleury a employé la suture entortillée du bec-de-lèvre : en pareille occurrence, il la préfère à toute autre. Pasquin a parfaitement guéri.

Emploi de l'iodure de potassium dans la pneumonie. — Le docteur Upshub, de Norfolk, a publié dans le *Medical Examiner*, un travail dans lequel il recommande ce médicament dans la *période suppurative* de la pneumonie. L'observation rapportée par cet auteur est loin de nous paraître suffisamment détaillée. Il y est seulement dit que les crachats perdaient leur teinte rouillée pour prendre un aspect plus décidément purulent. La période suppurative avançait, dit-il, et si rapidement que le malade n'avait pas la force d'expectorer le pus, et était menacé de suffocation. Les pouvoirs de la vie étaient presque épuisés, lorsque l'auteur, en désespoir de cause, eut l'idée d'employer l'iodure de potassium à la dose d'un gramme et demi en vingt-quatre heures dans une infusion. L'état de la malade s'améliora dès le lende-

(1) Il y a des femmes à la Manufacture royale qui ne gagnent que 60 à 75 centimes par jour. Ce sont en général les ouvrières les plus jeunes, les plus alertes qui gagnent davantage.

main ; l'expectoration se fil mieux , le pouls diminua de fréquence , l'appétit revint, et, huit jours après, la malade put s'asseoir.

Depuis le mois de janvier, l'auteur a employé ce moyen dans six autres cas de pneumonie; dans aucun cas, son attente n'a été trompée; il ajoute que la toux ne se prolonge pas si longtemps dans la convalescence, après l'emploi de l'iodure de potassium dans la période suppurative. Il pense que ce médicament est indiqué chez les sujets anémiques, à sang appauvri, ou présentant des phénomènes typhoïdes, lorsque l'élément inflammatoire a été abattu par les antiphlogistiques, et que la période suppurative commence. Il reconnait cette période à la dépression subite des forces vitales, à la mollesse du pouls, à une respiration bronchique accompagnée de râle muqueux.

Sans révoquer en doute la véracité de l'auteur, nous craignons cependant qu'il ne se soit laissé abuser dans son observation ; jusqu'à présent la pneumonie au troisième degré a toujours été au-dessus des ressources de l'art, et de simples assertions ne suffisent point pour établir un fait aussi extraordinaire que celui que nous venons de signaler.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations sur le traitement de la blennorrhagie chez l'homme; par le docteur A. Mayer.

Observations sur le traitement de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent à haute dose; par le docteur Frédéric Cazalis.

Sans vouloir réveiller ici la discussion qui vient d'agiter la presse médicale à propos du traitement de la blennorrhagie, nous devons, après que les adversaires de la méthode abortive ont passé la revue de leurs forces, mentionner deux mémoires intéressants relatifs au même sujet, et dont les auteurs partagent entièrement les opinions récemment remises en honneur par M. le docteur Debeney.

L'auteur du premier mémoire, M. Mayer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis de Besançon, commence par tracer brièvement l'histoire de la blennorrhagie, que, d'accord avec les anciens, il distingue en simple et en virulente ; quelle que soit la nature de l'écoulement, il pense qu'il y a péril à le laisser invétérer, principalement à cause des rétrécissements qu'il peut déterminer en produisant l'engorgement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent.

L'auteur insiste principalement sur la nécessité d'établir le diagnostic différentiel de ces deux sortes d'urétrites, diagnostic qui ne peut être porté que par suite de l'inoculation. Si l'inoculation ne produit aucune ulcération syphilitique, l'auteur considère toujours l'urétrite comme simple. Cette opération, que plusieurs auteurs ont regardée comme condamnable, paraît avec raison à M. Mayer, dont nous ne partageons peut-être pas les idées sous le rapport de la virulence possible de la blennorrhagie, paraît, disons-nous, à M. Mayer, l'unique *criterium* qui permette de différencier deux états morbides qu'il importe au plus haut point de ne pas confondre, et, du reste, elle est à ses yeux innocente dans l'immense majorité des cas.

La seconde partie de ce travail est consacrée au traitement de l'urétrite simple. Lorsqu'il y a des phénomènes inflammatoires très violents au début, l'auteur emploie les antiphlogistiques, concurremment avec les astringents pris à l'intérieur, le cubèbe et le copahu ; il se sert, dans les blennorrhagies simples, et qui sont aussi les plus communes, des injections caustiques *substitutives* de Carmichael et de M. Debenay. Les conclusions auxquelles il arrive sont les suivantes : les injections à la dose de 0,60 ou 0,80 gr. de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, appliquées à des blennorrhagies datant d'un mois à un an, produisent constamment dès le lendemain une diminution de l'écoulement; deux ou trois injections suffisent avec cette solution ; si quelque suintement persiste après leur emploi, les astringents les plus faibles suffisent pour tarir la blennorrhagie. *Jamais* M. Mayer n'a vu survenir aucun des accidents dont on s'est plu à épouvanter les praticiens ; comme M. Foucart, dont il rappelle le travail inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de mars, M. Mayer dit avoir le droit de s'étonner de la fatalité qui a présidé aux expériences de quelques médecins. La dysurie et les douleurs urétrales ont toujours cédé dans la pratique de l'auteur, aux bains tièdes et aux émollients Enfin, M. Mayer défend d'appuyer sur la région périnéale, s'en rapportant à la contractilité du col de la vessie pour opposer un obstacle suffisant au passage de l'injection dans le viscère. Une substance médicamenteuse, dit-il, opéra avec une énergie d'autant plus grande, qu'elle sera appliquée plus immédiatement sur le point malade de l'organisme ; si la phlegmasie s'étendait dans une portion reculée de l'urètre, la compression du périnée pourrait empêcher le liquide de l'injection d'atteindre le point phlogosé qui entretiendrait ainsi l'écoulement; ce qu'il est urgent d'éviter.

Le travail de M. Cazalis (de Montpellier) présente des conclusions analogues; aussi nous dispenserons-nous d'entrer dans les détails des seize observations qu'il rapporte. Dans dix cas, les injections suffirent. Dans les six autres, quelques injections astreingentes durent être employées pour achever la guérison. Les douleurs urétrales n'ont jamais été assez fortes pour enrayer le traitement, et *jamais*, non plus, M. Cazalès n'a observé par suite des injections ces orchites, ophthalmies, abcès urétraux, bubons, dont quelques auteurs ont fait grand bruit. Nous dirons en terminant, et pour que l'on ne cherche pas à douter de l'authenticité des faits, qu'ils ont tous été recueillis dans le service et sous les yeux de M. le professeur Serres (de Montpellier).

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi des sels de manganèse, de l'huile de naphte artificielle, etc., dans le traitement de la goutte; par le docteur A. Ure.

. . . . . . Il est généralement reconnu aujourd'hui que les mêmes conditions morbides qui déterminent la formation d'un excès d'acide urique entraînent une diminution dans la sécrétion du foie. Aussi a-t-on remarqué que tout ce qui stimule les conduits excréteurs de ce viscère et détermine un écoulement plus ou moins abondant de bile, prévient le dépôt de l'acide urique et exerce une influence salutaire sur les maladies goutteuses. Hippocrate recommande l'emploi des purgatifs au premier mouvement des humeurs dans cette maladie ; il en est de même de tous les auteurs qui ont étudié avec soin cette affection. Parmi les purgatifs qui jouissent dans ces cas d'une grande efficacité, l'auteur signale le sulfate de magnésie. Le manganèse se trouve à l'état de carbonate dans les eaux de Marienbad, Cartsbad et d'autres sources auxquelles un grand nombre de goutteux vont chaque année chercher la guérison. En outre, Gmelin (de Tubinge) a montré que les sels de manganèse, injectés dans le système veineux, augmentent la sécrétion biliaire au point de teindre tout le canal intestinal en jaune foncé. Enfin, M. Barbet a fait connaître que le chlorure de manganèse forme la base d'un médicament connu sous le nom de *Poudre dissolvante de Rouvière*, et qui a pour effet de produire d'abondantes évacuations bilieuses. Il résulte de l'expérimentation de l'auteur que l'administration d'un drachme de sulfate de manganèse dissous dans une demi-pinte d'eau donne lieu au bout d'une heure à une ou plusieurs évacuations bilieuses dont on peut facilement extraire une quantité notable de résine biliaire. C'est donc un sel *chylagogue* dans toute l'acception du mot. Son action est prompte et n'est suivie d'aucun des symptômes fatigants qui suivent l'administration des préparations mercurielles et antimoniales ; il a un goût amer et frais qui n'a rien de désagréable et qui ressemble beaucoup à celui du sel de Glauber ; enfin il purge à petite dose, et d'autant mieux qu'il est dissous dans une plus grande quantité d'eau.

L'auteur recommande encore pour abattre l'éréthisme des vaisseaux, et suspendre les accès de goutte qui par leur répétition finissent par produire la distension des articulations et l'ankylose, l'emploi comme topique de l'*éther acétique* et de l'*huile de naphte artificielle* (coal naphta) *rectifiée.* L'éther acétique, déjà préconisé par Sédillot, amène un très grand soulagement dans les douleurs lorsqu'on fait sur la partie affectée de douces frictions avec une demi-once de ce liquide toutes les douze heures, en ayant soin de se tenir chaudement dans le lit pendant l'intervalle. L'huile de naphte artificielle, que l'auteur a expérimentée d'après le conseil d'un manufacturier des environs de Birmingham, est un hydrocarbure pur, presque identique pour sa nature et ses propriétés avec la naphte que l'on recueille sur les bords de la mer Caspienne, en Perse, et dans d'autres parties de l'Asie. Or la naphte était employée de temps immémorial dans le traitement de la goutte; aussi, Hérodote en fait mention; Dioscoride dit : *Podagris articulorum doloribus lethargisque prodest;* et Bontius : *Partibus affectis illitum miraculi instar ægros consolatur.* Le fait est que l'application de l'huile de naphte est suivie d'un sentiment de chaleur douce, accompagnée quelquefois de faibles battements dans la partie. Elle agit comme un contro-stimulant doux, mais pénétrant, qui détermine la contraction des capillaires ; elle active la circulation et l'absorption des liquides épanchés. Aussi ne doit-on pas l'employer toutes les fois qu'il y a une excitation générale du système vasculaire et du système nerveux.

Parmi les moyens qui peuvent s'opposer à la formation des concrétions tophacées et les faire disparaître lorsqu'elles sont formées, l'auteur place au premier rang le silicate de potasse (liqueur de cailloux). Ce sel traverse l'économie sans subir de modification, de sorte qu'on le retrouve dans l'urine des animaux auxquels on l'a administré ; il exerce une action dissolvante puissante sur l'urate de soude ; il l'a prescrit à un ou deux malades à la dose de dix à quinze grains, deux fois par jour, dissous dans six ou huit onces d'eau et cela avec succès. Enfin il signale l'influence des préparations de benjoin et d'acide benzoïque pour prévenir le dépôt des concrétions phosphatées chez les goutteux.

Moyens contre le mal de mer; par M. le docteur Coppenhagen, médecin d'état-major.

M. Coppenhagen conseille, comme moyen prophylactique du mal de mer, de surveiller avec soin la régularité des évacuations alvines, et s'il le faut, d'exciter même les garderobes au moyen des laxatifs et des lavements. Il recommande aussi de s'abandonner au sommeil, aussitôt qu'on s'y sent quelque disposition, et cela, dans un endroit frais surtout.

Dans les cas de forts vomissements, il prescrit, soit l'application de l'emplâtre ci-dessous :

Emplâtre aromatique de la pharmacopée de Prusse,	30 grammes.
Camphre pulvérisé,	4 grammes.
Opium pur,	2 grammes.
Huile de menthe poivrée,	20 gouttes.

M. et F. S. A. un emplâtre bien homogène.

Soit l'emploi du liniment suivant en frictions :

Huile de jusquiame par coction,	45 grammes.
Opium pur,	4
Huile de menthe poivrée,	2
Huile concrète de muscade,	15

M. et F. S. A.

Soit enfin l'application de sinapismes réitérés.

A l'intérieur, il fait prendre la teinture thébaïque étendue dans une eau aromatique.

Lorsqu'il existe de forts maux de tête, M. Coppenhagen fait placer autour du front une ligature et des compresses imbibées de vinaigre, ou encore il fait pratiquer des instillations d'esprit-de-vin rectifié.

NOUVELLES.

Un concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux, a commencé lundi dernier, 5 mai, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les juges de ce concours sont MM. Puche, Laorie, Magendie, Bazin, Voisin, Roux et Gerdy ; les suppléants sont MM. Lelut et Paul Dubois.

Les concurrents sont au nombre de vingt-six, ce sont :

MM. Barthez, Blandet, Dumas, Poumet, Oulmont, Gueneau de Mussy, Becquerel, Boudet, Gouraud, Tanquerel des Planches, Pidoux, Raciborski, Bouley, Fleury, Fauvel, Moissenet, Taupin, Lambert, Burguières, Cazalis, Léger, Legendre, Laurence, Sanson.

— On avait annoncé la mort de M. Pelletan, ancien professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, et fixé à Bruxelles depuis quelques années. Cette nouvelle est heureusement démentie.

— Ont été nommés commandeurs dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

MM. le docteur Dumas, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, doyen de la Faculté des sciences, membre de l'Académie de médecine; Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Septième liste de souscription pour un confrère malade. (*Voir* le numéro du 26 avril.)

Total des souscriptions précédentes,	355 fr.
MM. les Doct. Lemaistre-Florian,	5
Deux clients de Jean Raimond,	7
Foissac,	10
Pichard,	5
E. B.	5
Total,	387 fr.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 55. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 9 MAI 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. le professeur Velpeau a réduit, il y a quelques jours, sur une femme d'une cinquantaine d'années, une luxation scapulo-humérale qui datait de six semaines au moyen des tractions simples.

Il n'est guère plus question des moufles, qui ont donné cependant de si beaux résultats à M. le professeur Sédillot, puisque par eux, il a pu réduire une luxation sous-épineuse datant d'un an et quinze jours. On s'est beaucoup élevé contre l'emploi des moufles. On a dit : Quels accidents ne sera pas capable de produire un moyen aussi puissant entre des mains inhabiles ou téméraires? Mais, dans les mêmes circonstances, à quels dangers le histouri n'expose-t-il pas les malades? Faut-il pour cela désarmer la chirurgie? On devrait bien comprendre que les moufles sont destinés non pas à exercer une force considérable, mais à produire des tractions *uniformes* et *continues*. Avec les aides, point d'uniformité, point de continuité possibles. Tandis que l'un tire comme dix, l'autre tire comme trente; l'action est saccadée, la force, insensiblement diminuée, augmente tout à coup énormément. Nous maintenons ce que nous avons dit ailleurs, savoir : que la réduction au moyen des aides est plus menaçante que celle avec les moufles et le *dynamomètre* (addition de M. Sédillot), dans laquelle on sait toujours mathématiquement quel est le degré de la force employée. La *continuité* des tractions dispense de les rendre très énergiques, et il ne serait pas difficile de prouver par des chiffres que la résultante des forces individuelles dans la réduction au moyen des aides l'emporte de beaucoup *par moments* sur la force *uniforme* qu'il est nécessaire de déployer quand on se sert du moufle.

On comprend bien que notre intention n'a pas été de critiquer indirectement la conduite suivie par le professeur de la Charité. M. Velpeau a pu penser que la réduction était encore possible par les moyens ordinaires; d'ailleurs l'opération a réussi, et rien de fâcheux n'est survenu depuis la réduction. Nous avons voulu seulement, puisque l'occasion s'en présentait, formuler notre opinion sur l'oubli dans lequel on laisse un moyen qui a été généralement mal compris et mal jugé.

— Hier, vendredi, M. Velpeau a opéré un hygroma du genou droit chez une femme d'une soixantaine d'années. La tumeur avait le volume du poing; elle était molle, fluctuante, sans inflammation; seulement la peau était congestionnée par suite de la distension. Cette femme est blanchisseuse, conséquemment habituée à se tenir longtemps sur les genoux; circonstance qui rentre dans l'étiologie admise par tous les auteurs, et qui a pour effet une contusion lente et continue, d'où résulte soit une exhalation sanguine, dont à la longue il ne reste plus que la sérosité, soit une supersécrétion de la bourse muqueuse. M. Velpeau a ponctionné le kyste avec le trois-quarts; la poche était fort dure. Il est sorti une petite quantité de sérosité rougeâtre. Le liquide a été complétement évacué, et cependant la tumeur ne s'est affaissée qu'à moitié. Cela tient sans doute à une circonstance assez commune : l'épaississement de la poche, dû ordinairement à un dépôt de stratifications fibrineuses à sa face interne. Monteggia parle d'un hygroma à parois extrêmement épaisses qui ne contenait aucun liquide. La sérosité ayant été évacuée, M. Velpeau a poussé une injection iodée dans le kyste. Après l'enlèvement de la canule, une partie du liquide irritant laissé dans la poche par M. Velpeau (pratique ordinaire de ce professeur, soit pour l'hydrocèle, soit pour les tumeurs du genre de celle dont nous parlons), a continué de couler; ce qui s'explique par la dureté des parois du kyste, qui n'ont pas permis à la piqûre du trois-quarts de se fermer immédiatement.

Cette femme étant blanchisseuse, on comprend qu'elle ait demandé à être opérée, à cause de la gêne que la tumeur lui faisait éprouver dans l'attitude qu'elle est obligée de prendre pour travailler; sans cette circonstance il n'y aurait eu, à son âge, aucun inconvénient, ni prochain, ni éloigné, à ce qu'elle gardât sa tumeur.

— M. Velpeau a dans sa salle d'hommes un individu chez lequel, à la suite d'une saignée faite en ville, un phlegmon diffus s'est propagé de la petite plaie (qui suppure) à presque toute l'étendue du bras. Le phlegmon étant encore à son début, M. Velpeau a fait entourer le membre d'un bandage compressif à l'aide duquel il pense que l'inflammation sera peut-être enrayée. On sait avec quel soin M. Velpeau a étudié cette question de la compression appliquée au traitement des maladies chirurgicales.

Nous nous demandons pourquoi les chirurgiens n'essaient pas l'émétique selon la méthode rasorienne contre le phlegmon diffus et, en général, contre les grandes inflammations en présence desquels ils se trouvent si souvent placés. Faites une application de sangsues chez un individu auquel vous avez administré l'émétique à haute dose; les piqûres ne donnent presque pas de sang. Si les sangsues ont été appliquées d'abord, le sang des piqûres devient bientôt séreux. C'est la mère d'un jeune enfant auquel nous avions prescrit une application de sangsues au cou après plusieurs doses de tartre stibié, qui nous a mis sur la voie de ces remarques. Elle était alarmée de voir le sang qui, dans une précédente occasion, s'était conservé rouge après plusieurs applications de sangsues, devenir cette fois si promptement aqueux. Ces seuls faits prouvent combien est puissante l'action de l'émétique sur les capillaires sanguins, et devraient, ce nous semble, engager les chirurgiens à expérimenter dans le sens que nous avons indiqué.

—M. le professeur Roux a extirpé un cancer de la mâchoire supérieure, ou plutôt un maxillaire cancéreux (le droit), chez un homme porteur d'une tumeur énorme de la face, qui était horriblement déformée. La bouche était tirée en bas et à droite; la narine du côté correspondant était entraînée et béante dans le même sens. On voyait des mamelons encéphaloïdes dans l'écartement des lèvres. Le cancer, supérieurement, s'étendait à gauche, comprenant ainsi la racine du nez. L'aspect de ce malheureux inspirait une douloureuse pitié, et l'on regrettait qu'il eût survécu à une si affreuse maladie, surtout au moment où la chirurgie allait s'emparer de lui. M. Roux a pratiqué d'abord la ligature de l'artère carotide primitive droite, avec une promptitude dont personne n'a dû s'étonner. Une incision a été menée du front à la lèvre, le long de la partie moyenne du nez; une autre, faite en dehors, a circonscrit avec la première un lambeau qui a été disséqué. La tumeur a été enlevée sans que l'opérateur ait eu besoin de la scie, ni même de faire effort avec le histouri... Plusieurs ligatures ont dû être pratiquées pendant l'opération. Il est bien déplorable que tant de douleurs de la part du malade, tant d'habileté et de patience de la part du chirurgien, ne puissent aboutir qu'à un résultat malheureux.

— Une femme a succombé dans le service de M. le professeur Dubois, à la suite d'un vaste hydrothorax puerpéral. Présentant de très mauvaises conditions, rachitique, affectée d'une déviation de la colonne vertébrale, elle avait été atteinte concurremment d'une inflammation des organes intrapelviens, dont elle avait franchi la période de gravité. La mort a été produite par la gêne de plus en plus considérable de la respiration portée jusqu'à l'apnée.

A l'autopsie, l'attention s'est spécialement fixée sur les organes intrapelviens. L'utérus avait le volume du poing; un très petit abcès contenant un pus crémeux existait sur sa face postérieure sous le péritoine; des adhérences, fixant une partie de cette face au rectum, circonscrivaient un foyer qui contenait une grande quantité de pus de même nature que celui du petit abcès. La trompe et l'ovaire gauches étaient pris en masse sur le côté correspondant de l'utérus, et formaient un autre foyer. Le pavillon ayant été fermé par l'adhérence, du pus était retenu dans la trompe, donnant lieu à deux renflements séparés par un étranglement. M. le professeur Dubois a observé plusieurs fois, dans de mêmes circonstances, ce fait anatomo-pathologique curieux d'abcès formés dans la cavité de la trompe. Un stylet introduit dans le foyer recto-utérin pouvait être dirigé vers le rectum, de manière à faire supposer, comme l'a dit l'honorable professeur, que si la femme avait survécu, le pus se serait fait jour par cet intestin.

Le foie avait l'aspect granitique, et présentait par places des ecchymoses; circonstance qui peut être attribuée à la stase du sang résultant de la gêne extrême de la respiration.

— M. le baron Michel nous a communiqué le fait suivant, que nous recommandons à l'attention des praticiens. M. le comte de C....., pair de France, *ayant assisté au nétoyage d'une marre*, éprouva du malaise, des frissons, de la fièvre, et des douleurs atroces dans la vessie. On crut d'autant plus facilement à une cystite, que le malade avait dû être traité plusieurs fois pour un rétrécissement de l'urètre. Boyer, son chirurgien, fut appelé, et prescrivit une application de quarante sangsues sur la région hypogastrique. Les douleurs cessèrent dans la nuit comme par enchantement; mais les accidents revinrent le lendemain avec la même intensité, et Boyer

FEUILLETON.

APERÇU GRNÉRAL SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE EN FRANCE;

Par M. HAMONT, médecin-vétérinaire.

(*Extrait d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine le* 6 *mai.*)

Il est en France une institution grandement utile, une institution qualifiée à la fois de médicale, d'agricole, qui réclame aujourd'hui plus que jamais toute notre attention.

La science vétérinaire, humble, timide, franchit difficilement le seuil des académies; avec hésitation, elle entre dans les sociétés savantes, et à peine elle ose se montrer dans les grandes assemblées où se discutent les intérêts les plus pressants comme les plus élevés de la nation.

Il importe de rechercher les causes de cette condition. — Serait-elle le fait de la science vétérinaire elle-même, ou doit-on en accuser les hommes qui la cultivent?...

Après avoir tracé à grands traits le tableau des épizooties qui ont ravagé la France de 1740 à 1750, et examiné comment ont été fondées les écoles vétérinaires sous Bourgelat, je crois devoir rappeler les services rendus par les premiers vétérinaires sortis des écoles, et l'impulsion grande, avantageuse, que reçut dès son origine l'enseignement de la médecine des animaux.

Quand l'épizootie menaçait de s'abattre sur les troupeaux d'un village, on s'empressait autour du disciple de Bourgelat; les familles s'attachaient à ses pas; on le questionnait, on cherchait à découvrir dans ses regards, dans ses gestes, toute sa pensée; on voulait connaître, avant qu'il eût parlé, quel était son plan de défense, et s'il repousserait en effet l'ennemi contre lequel aucun des habitants ne pouvait rien.

Représentez-vous un moment cet homme seul au milieu des populations agricoles, et devenu le dépositaire unique de leur fortune.

Contre un ennemi formidable, il défend le trésor qui lui a été confié. S'il succombe, la population entière ira mendier. S'il est vainqueur, elle retrouvera ses richesses, et l'aisance et la joie succèderont aux plus cruelles angoisses.

En face de ce résultat, dites quelle est la place du vétérinaire dans la société.

Les écoles couvrirent le pays d'un vaste réseau protecteur; et, semblable à ces fleuves dont les divisions charrient et versent sur une terre desséchée l'élément qui va la vivifier, leurs élèves, une fois sortis, rendirent aux habitants des animaux précieux auxquels la vie allait être enlevée.

Enseigner les moyens de combattre avec avantage les maladies des animaux domestiques, est sans aucun doute le beau côté des attributions du médecin vétérinaire; mais est ce là tout? Son rôle sera-t-il fini quand il aura rempli cette tâche? Le penser serait commettre une erreur grave; ce serait entraîner le vétérinaire dans un impasse; ce serait paralyser une force dont nous pouvons disposer à l'avantage de tous.

Chargé de veiller au maintien de la santé de nos animaux domestiques, il importe au vétérinaire d'en connaître l'organisation interne, d'apprécier le jeu des organes, les rapports qui existent entre eux, et les agents capables de modifier l'organisme.

Pour arriver à ses fins, le vétérinaire interroge l'histoire naturelle, la physique, la chimie; il sonde le règne organique tout entier pour chercher à découvrir, dans les lois qui régissent les êtres, une solution aux problèmes qu'il est appelé à résoudre.

Pour le vétérinaire, il n'est pas, comme pour le médecin de l'homme, de spécialisme à établir dans sa profession; il ne peut, à l'exemple du second, morceler le champ de travail qui lui a été dévolu pour cultiver à son gré et avec l'espoir d'une plus grande récolte, la partie qu'il aurait choisie. Dans sa sphère d'action, à lui, se groupent des intérêts qui lui demandent une part égale d'attention, de soins, d'assiduité.

Par l'examen comparatif des modifications, des désordres que déterminent chez les individus des espèces domestiques, les influences qui les entourent, il est hors de doute que le médecin vétérinaire peut en induire des corollaires qui le mèneront à la découverte du vrai, et dont l'application à l'art de guérir offrira certainement un grand côté utile.

Cette application, c'est un flambeau que vient d'allumer le vétérinaire, et dont le médecin de l'homme pourra s'éclairer lui-même.

Avec des animaux faibles, dégradés, l'homme ne peut rien, ou n'exécute que des travaux minimes. Que fait-il?

Il consulte son vétérinaire.

Si celui-ci va chercher dans la matière médicale de quoi rendre à l'organisme délabré des animaux la force qu'il a perdue, sa médication cesse d'être efficace, parce qu'en définitive, la valeur des animaux représentant un chiffre, il importe au propriétaire que ce chiffre ne soit pas dépassé ou annihilé par des frais de médication.

Une intervention comprise et limitée de la sorte, rendrait inutile et dérisoire la présence du médecin vétérinaire.

Il ne peut en être ainsi.

L'homme qui a porté un scalpel investigateur dans la profondeur des tissus animaux pour en connaître la composition dans l'état de santé, de maladie, cet homme sera chargé de veiller à l'amélioration et à la multiplication des animaux domestiques.

Sans cesse auprès des agriculteurs, vivant avec eux, toujours préoccupé de leurs intérêts, le vétérinaire en est le guide, le conseiller; il les dirige, il les éclaire dans leurs opérations grandes et petites.

Sentinelle vigilante de l'agriculture, le vétérinaire, dans les campagnes, se place auprès de deux hommes dont le caractère a quelque chose de sacré : le prêtre et le médecin.

Que si, abandonnant ce tableau, nous portons nos regards dans l'armée, une scène non moins intéressante se présente à nos yeux.

Analysant par la pensée, la composition et la destination d'un corps de cavalerie, nous sommes nécessairement conduit à envisager le cheval comme le ressort principal de cette machine de guerre.

La trempe bonne ou mauvaise de ce ressort, c'est la nature bonne ou mauvaise du cheval.

Le cavalier qui n'a pas de confiance en sa monture, hésite, il n'ose,

prescrivit une nouvelle application de quarante sangsues. On manda M. le baron Michel, médecin de la maison, lequel ayant vu à Rome des cas semblables, reconnut une fièvre pernicieuse cystique. Le sulfate de quinine fut prescrit; mais les deux accès, qui avaient été très violents, et les deux abondantes déplétions sanguines avaient épuisé les forces, et le malade, qui était très âgé, succomba. A l'ouverture du corps on trouva la vessie *parfaitement intacte.*

—J.-L. Petit a traité avec détails de la *fistule qui attaque le conduit lacrymal commun et les conduits lacrymaux.* On ne s'étonnera pas, dit-il, que ces conduits puissent devenir fistuleux, puisqu'ils sont susceptibles de dilatation comme le sac lacrymal. Leur orifice palpébral étant cartilagineux, résiste à la dilatation, « de manière que, quoique les conduits lacrymaux puissent se dilater jusqu'à acquérir la grosseur d'un tuyau de plume et même plus, les points lacrymaux conservent toujours leur diamètre à peu de chose près; je dis à peu de chose près, car il faut avouer que, dans le cas dont il s'agit, les points lacrymaux sont un peu dilatés, puisqu'on y passe plus facilement la sonde que dans tout autre cas. » M. Jobert (de Lamballe) nous a montré un malade qu'il a opéré il y a plusieurs années d'une tumeur du conduit lacrymal inférieur. L'opération a été fort simple, et a consisté dans l'excision d'une portion de la face postérieure ou conjonctivale du kyste. Cette perte de substance a laissé un pertuis fistuleux qui s'oppose à la reproduction de la tumeur, et sert peut être de point lacrymal.

— M. Gerdy a fait, jeudi dernier, trois opérations de cataracte, dont deux sur le même individu.

Le premier sujet est un homme de soixante-six ans, dont les yeux étaient complètement cataractés. M. Gerdy a opéré d'un côté par extraction et de l'autre par abaissement, voulant observer sur le même individu les suites des deux méthodes. Le manuel opératoire n'a rien présenté de particulier. M. Gerdy fait asseoir son malade sur une chaise et s'asseoit vis-à-vis de lui sur une chaise de même hauteur. Pour l'extraction il emploie le couteau de Richter, et pour l'abaissement, l'aiguille de Dupuytren. Après l'opération il fait appliquer des compresses d'eau froide sur les yeux, et ordinairement il prescrit une saignée préventive. On en a pratiqué une de deux palettes au vieillard dont nous venons de parler.

Le second cataracté était aussi affecté des deux yeux, et il avait paru que la cataracte était mûre des deux côtés. Mais quelques gouttes d'extrait de belladone ayant été instillées dans les yeux le matin de l'opération, le malade déclara qu'il recevait encore une vague impression des objets, ou tout au moins de la lumière, par l'œil gauche. Soit dit en passant, telle est la guérison que les gens qui promettent de guérir la cataracte sans opération procurent à leurs malades.

Cette circonstance a déterminé M. Gerdy à ne point opérer l'œil gauche. La cataracte étant mûre de l'autre côté, l'opération a été faite; c'est l'abaissement qui a été pratiqué. Le manuel a été entravé par un accident assez commun, qui consiste dans la réascension répétée du cristallin. M. Gerdy se sert d'une comparaison pour exprimer ce phénomène : la lentille se relève comme un bouchon de liége que l'on essaie de plonger dans une masse d'eau quand on ne le pousse point perpendiculairement. Cette difficulté a fourni à l'opérateur l'occasion de montrer l'aiguille qu'il a imaginée pour la surmonter.

Cette aiguille est composée de deux branches, l'une plus courte que l'autre, qui s'écartent à volonté par un mécanisme très simple, et se rapprochent pareillement, de manière à former une tige pointue. C'est, bien entendu, dans ce dernier état que l'instrument est introduit. On peut abaisser le cristallin sans écarter les branches; mais si, abaissée, la lentille tend à remonter, on la saisit entre les deux branches préalablement écartées.

Malheureusement l'instrument est très difficile à bien confectionner. On ne peut guère obtenir que les branches se correspondent exactement, ce qui est indispensable. Dans l'aiguille que M. Gerdy a montrée à sa leçon, l'une des branches déborde l'autre sensiblement. Cette difficulté est bien grande, puisque l'habileté de M. Charrière n'a pu la vaincre. Aussi M. Gerdy n'a-t-il employé cet instrument qu'un petit nombre de fois.

—Une jeune femme a été affectée pendant longtemps d'un ulcère de la partie moyenne de la lèvre supérieure. L'ulcère s'est cicatrisé, et il en reste la trace, qui est très profonde et linéaire verticalement. Mais l'irritation dont la partie a été le siége y a exagéré la nutrition, et il en est résulté une hypertrophie considérable de la lèvre. Pour remédier à ce résultat, M. Gerdy a pratiqué l'opération indiquée en pareil cas, c'est-à-dire qu'au moyen des grands ciseaux de Dubois il a enlevé un lambeau longitudinal de la lèvre.

Un engorgement ganglionnaire volumineux existe dans la région sous-maxillaire à gauche, et M Gerdy, conformément aux idées de M. Velpeau, n'a pas hésité à l'attribuer à l'ulcère de la lèvre. Nous partageons complètement cette manière de voir, et nous faisons des vœux pour que les médecins s'habituent de plus en plus à rechercher la cause des engorgements ganglionnaires dans les lésions locales, au lieu de supposer qu'il existe dans tous les cas un vice constitutionnel. Dernièrement encore, à une visite au Conseil de révision, nous avons examiné deux jeunes gens qui portaient une cicatrice à trois travers de doigt environ au-dessous du pli de l'aine. Ces deux individus nous ont déclaré avoir eu là un abcès à la suite d'une écorchure au pied. Nous avons déjà eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs de ce sujet, qui est assez important pour que nous n'ayons pas crainte d'y revenir.

— Un cas des plus remarquables s'est présenté au Val-de-Grâce dans le service de M. le premier-professeur Alquié. Un homme, à la suite d'une scarlatine, eut un œdème des membres abdominaux. L'œdème ayant disparu tout à coup, le malade éprouva du délire et tous les symptômes d'une méningite. M. Alquié lui fit faire une application de sangsues derrière les oreilles; un énorme engorgement se forma des deux côtés autour des piqûres, il se résolut insensiblement et la guérison eut lieu.

On comprend très bien qu'une congestion ou même un épanchement puisse se former dans un viscère par suite d'une pression plus considérable du sang sur ses vaisseaux à raison de l'introduction soudaine d'une grande quantité de sérosité dans la circulation. L'organe affecté sera le cerveau ou un autre viscère, selon les prédispositions. M. Magendie a fait de belles expériences qui se rapportent directement à ce sujet; nous voulons parler de ses injections d'eau tiède dans les veines d'animaux vivants. Mais la congestion pourra être sanguine ou séreuse (apoplexie séreuse); c'est-à-dire que dans l'organe affecté, la sérosité restera incorporée au sang ou s'en séparera.

— M. le professeur H. Larrey se loue beaucoup du mode de traitement qu'il a adopté contre la kératite ulcéreuse, et qui consiste dans l'occlusion de l'œil au moyen d'un appareil approprié. On place sur l'œil un peu de ouate, maintenue par des bandelettes de diachylon, par dessus lesquelles on applique un monocle. Au bout de dix ou douze jours, la conjonctivite qui accompagnait la kératite disparaît, et l'ulcère cornéal se cicatrise ou tout au moins se réduit extrêmement. Notre confrère a employé ce mode de traitement, soit au Val-de-Grâce, soit à l'hôpital des Cliniques, lorsqu'il suppléait M. Jules Cloquet, et toujours il a obtenu les mêmes résultats avantageux.

— Les chirurgiens sont partagés relativement au mode suivant lequel il convient d'ouvrir les bubons suppurés. Les uns préfèrent le caustique, les autres le bistouri, et parmi ces derniers les uns ne font qu'une incision plus ou moins étendue, les autres font des ponctions multiples. Nous nous sommes montré extrêmement favorable à ce dernier procédé. Mais les résultats obtenus par M. le professeur Sédillot, qui rejette le bistouri pour employer le caustique, résultats auxquels viennent se joindre ceux de M. H. Larrey, au Val-de-Grâce, sont de nature à donner beaucoup de crédit à la méthode d'ouverture par la cautérisation. En raison même de la position que nous avons prise dans cette question, il nous appartient de faire ressortir les circonstances favorables au caustique. Un des principaux reproches adressés à ce dernier est tiré de l'aspect des cicatrices qui suivent son emploi; or, d'après la remarque de M. H. Larrey, des pertes de substances assez considérables, produites soit par la potasse caustique, soit par la pâte de Vienne (que nous préférerions à cause de la rapidité de son action), se cicatrisent de manière à laisser des traces peu différentes de celles qui résultent de l'emploi du bistouri.

— M. le docteur Lacroix, ancien prosecteur de la Faculté, a établi (*Annales de la Chirurgie*) un principe d'après lequel le déplacement, dans les fractures, a toujours lieu dans le sens de la courbure de l'os. Ce principe, fondé sur un grand nombre de faits, vient d'être confirmé de nouveau par un cas assez curieux du service de M. P. Bérard, à l'hôpital Saint-Antoine. Un homme s'est fracturé le second métacarpien en donnant un coup de poing, et les deux fragments étaient déplacés en arrière, sens dans lequel le petit os est courbé naturellement.

— Nous avons préparé les éléments d'un article sur l'épidémie d'érysipèles qui vient de se montrer dans certains services de chirurgie; la leçon faite par M. le professeur Blandin, et dont ce journal a publié le résumé, rend maintenant cet article inutile. Nous ne présenterons qu'une remarque à ce sujet : L'apparition des érysipèles à ce moment de l'année nous paraît tenir à un état bilieux, et nous croyons (nos lectures du moins nous conduisent à cette conclusion) que nos devanciers avaient moins que nous l'occasion d'observer ces épidémies, parce qu'il était d'usage, une ou deux fois par an, de favoriser l'écoulement de la bile et du mucus gastro-intestinal. Voilà de vieilles idées; mais d'aucuns y reviennent, et nous pensons que ce sont les mieux avisés. D'une manière générale, personne ne voudrait nier le rapport de l'érysipèle avec l'état bilieux. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES YEUX. (Suite.)

De l'iritis.

Nous avons publié l'an passé les leçons de M. Velpeau sur les diverses inflammations de l'œil; l'histoire des phlegmasies aiguës des paupières, de la conjonctive et de la cornée a été successivement tracée avec tous les détails que chacune comportait. Interrompue au moment d'aborder l'étude de l'iritis, c'est par cette dernière affection que M. Velpeau a voulu commencer la série de leçons que nous avions annoncées dans notre dernier compte-rendu.

L'iritis est une maladie dont on paraît s'être peu occupé dans les siècles derniers, mais par opposition qui semble avoir vivement excité l'attention depuis une vingtaine d'années à peu près. Le silence des anciens chirurgiens et les travaux des modernes sur ce sujet ont été la cause d'une méprise qu'il importe de ne pas laisser subsister. On a pensé que l'iritis n'ayant pas été décrite par les anciens et occupant une place assez large dans les ouvrages modernes, on a pensé, disons-nous, que la maladie devait être beaucoup plus fréquente actuellement qu'elle ne l'était autrefois. C'est là évidemment une erreur, assez facile à expliquer du reste, si l'on réfléchit à la manière dont les anciens divisaient les maladies de l'œil. Pour eux, tout se réduisait en ophthalmies internes et externes; les inflammations comprenant les parties contenues dans l'enveloppe constituaient les premières, les inflammations des annexes étaient les secondes. Il n'est pas surprenant qu'avec une pareille division, l'iritis semble n'avoir pas été décrite; il est évident que les auteurs l'ont englobée dans l'ophthalmie dite interne. Néanmoins maître Jean, Janin, Saint-Yves en parlent d'une manière assez claire, Demours, dans son ouvrage, en cite des observations détaillées; mais il est vrai de dire que jusqu'à ces derniers temps, cette maladie n'avait point été l'objet de descriptions spéciales.

Autrefois donc, pour les chirurgiens, il n'y avait autre chose pour toutes les phlegmasies oculaires que les deux classes que nous venons de citer, ophthalmie interne ou externe à laquelle on ajoutait une épithète tirée de la constitution du

---

se défend mal et perd la partie. Résultat qui, de simple qu'il est, va devenir compliqué et donner lieu aux plus graves conséquences,

Examinez, au contraire, cette longue file de cavaliers montés sur des chevaux au regard vif, plein d'expression, à ce regard qu'on ne peut définir, mais qui est l'indice certain d'une vie grandement développée. A l'assurance qu'ils témoignent, on dirait que pour chacun d'eux le cheval est une forteresse avec laquelle il défie l'ennemi, et dont l'ennemi ne peut s'emparer.

De dessus cette forteresse, il porte des coups terribles; puis, rassemblant les forces de son cheval, unissant son intelligence à la sienne, il culbute, il renverse l'obstacle qui existait devant lui, et devant lui s'ouvrent les portes de la victoire.

Derrière cette longue file de cavaliers, suit à quelque distance un homme qui, tout en observant les mouvements des combattants, médite sur les moyens de conserver en bon état les instruments de guerre qu'il a choisis. Cet homme est un médecin vétérinaire.

Son but principal, à lui, c'est de repousser les influences maladives qui menaceraient de se montrer dans les écuries de son régiment. La barrière la plus forte qu'il puisse opposer à son ennemi, est dans le choix qu'il fait des chevaux qui lui sont présentés.

Avec des chevaux énergiques, issus de races distinguées, provenant de contrées où l'élevage est bien compris, le vétérinaire a moins à redouter les agents destructeurs qui l'environnent.

Ce qu'il faut à l'armée, ce sont des chevaux intelligents, sobres, dont la longévité soit assurée dans leurs familles; car la longévité est l'expression certaine d'une organisation solide.

Voilà comment je comprends le rôle du vétérinaire et l'importance que je lui assigne. Descendant de ces hautes considérations à l'examen de ce qui existe, je continue ainsi :

Ce que j'ai rapporté est plutôt l'espérance de ce qui devrait être que de ce qui est, en général.

S'écartant de la route que lui indiquaient ses attributions, trop souvent on a vu la médecine vétérinaire éteignant volontairement la lumière qui devait éclairer ses pas, embrasser les errements de la médecine humaine, et accepter comme vrais des principes faux dont l'application a conduit à des résultats déplorables.

A la remorque d'une locomotive étrangère, elle a délaissé le champ où elle pouvait faire d'amples moissons, pour glaner quelques maigres épis sur une terre qui n'était pas la sienne.

Beaucoup de vétérinaires quittent une école pour se placer dans les campagnes où le bétail compose toute la richesse des habitants, et ces vétérinaires ne savent rien de ce qui a trait à la médecine pratique des bêtes à cornes ! ! Lacune immense, qu'il serait urgent de combler.

Dans les haras, on a dit aux vétérinaires, vous soignerez le cheval malade, mais vous n'aurez point à vous immiscer dans ce qui touche à l'élevage, à l'amélioration des animaux. Position fausse, restreinte, dont le vétérinaire a raison de se plaindre.

Dans la capitale et dans quelques grandes villes de France, on a donné pour sanctuaire à la science vétérinaire, les ateliers de maréchalerie. Les vétérinaires sont maréchaux.

En faisant entrer la science vétérinaire dans la boutique du maréchal, vous avez, dit-il, produit sur l'esprit des masses une impression tout à votre détriment. Vous avez relevé le métier; vous avez abaissé ce qui est scientifique.

Il est arrivé de là qu'aux yeux du public le vétérinaire a passé pour maréchal, le maréchal pour vétérinaire.

Après avoir examiné toutes les situations du vétérinaire, j'arrive aux écoles, et j'y trouve un enseignement incomplet, non pas sous le rapport de la théorie, seulement sous celui de la pratique.

C'est à cette organisation incomplète que j'attribue tout le mal dont se plaignent les vétérinaires.

Voici donc les conclusions naturelles de ce travail :

Les écoles vétérinaires sont appelées à rendre les plus grands services à l'agriculture, à l'armée, aux éleveurs, au pays tout entier.

L'organisation actuelle de ces écoles les met dans l'impossibilité de donner aux hommes qui les fréquentent, les moyens d'action dont ils devraient pouvoir disposer.

Un vétérinaire n'est pas seulement médecin d'animaux; ses connaissances spéciales lui assignent une autre mission : celle de relever, d'améliorer nos races d'animaux domestiques, comme d'augmenter, d'améliorer leurs produits.

Pour atteindre ce but, pour mettre le vétérinaire à même d'éclairer l'agriculteur, et afin qu'il puisse être partout grandement utile, il importe de donner aux établissements vétérinaires le complément d'organisation qui leur manque : haras, troupeaux de bêtes à cornes, et une assez grande étendue de terre pour que le cours d'agriculture cesse d'être seulement un cours théorique.

Enfin, la suppression de la pratique de la maréchalerie dans les écoles serait un bienfait incontestable.

NOUVELLES.

Le docteur Hunt, de Hartfort (dans le Connecticut), vient de faire paraître en Amérique une traduction anglaise du grand ouvrage d'Esquirol, sur les maladies mentales.

— Le docteur Bæumier (de Cassel), médecin et conseiller du prince régnant, vient de succomber aux suites d'une légère blessure qu'il s'était faite en amputant une cuisse gangrénée.

— Nous avons à annoncer aussi la mort du docteur Bartolomeo Signoroni, célèbre chirurgien et professeur à l'université de Padoue.

Huitième liste de souscription pour un confrère malade.

Total des souscriptions précédentes,	387 fr.
MM. les Doct. Tanchou,	5
Piorry,	5
Ricord (Philippe),	10
C. E. B.,	5
J...t,	10
Duchesne-Duparc,	5
Total,	427 fr.

sujet. Aujourd'hui encore même quelques chirurgiens voudraient revenir à ces anciennes divisions.

Cependant au commencement de ce siècle, l'iritis devint le sujet de différents travaux ; Smith, M. Gimelle s'en occupèrent ; mais ce ne fut qu'en 1823, que M. Gillet (de Grandmont), soutint publiquement une thèse sur cette maladie. En Allemagne et en Angleterre elle était connue depuis un peu plus long-temps, Travers Saunders et quelques autres l'avaient étudiée déjà.

S'il s'agissait pourtant d'agiter la question de savoir si l'iritis était une affection plus commume autrefois qu'elle ne l'est aujourd'hui, on pourrait éprouver un certain embarras ; nous avons dit ce qu'il fallait penser du silence des auteurs, nous ajouterons que nous n'avons aucune raison de croire à la fréquence de la maladie dans les siècles passés. Il est certaines affections pour lesquelles on trouverait des raisons qui les rendaient plus ou moins communes à telles ou telles époques, on n'en voit guère pour celle ci ; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'iritis est une des maladies des yeux qu'on observe souvent, très souvent même.

Après les inflammations des bords ciliaires, de la conjonctive et de la cornée, les inflammations de l'iris sont celles qu'on voit le plus fréquemment.

N'y eût-il que cette raison pour rendre leur étude importante, il serait nécessaire déjà de la connaître avec détail ; mais il est un autre motif d'un poids plus puissant encore, on le trouve dans la gravité de la maladie, gravité qui fait une loi de donner à cette inflammation une attention plus grande qu'aux autres déjà décrites : car alors même qu'on en obtient la résolution, c'est-à-dire la terminaison la plus favorable, elle laisse des traces indélébiles, et des troubles plus ou moins sérieux dans la vision. L'iritis est donc une maladie empreinte d'une gravité fondamentale, si l'on peut ainsi dire, et qui mérite véritablement la sérieuse attention du praticien.

On peut diviser l'iritis en aiguë, chronique, simple ou franche, spécifique, compliquée par la constitution du sujet ou le milieu dans lequel il vit.

Les Allemands ont établi des divisions à l'infini, et l'on peut ajouter des divisions superflues et même nuisibles. Ils ont fait au moins trente variétés d'iritis qu'ils ont nommées antérieure, postérieure, partielle, rhumatismale, goutteuse, abdominale, syphilitique, etc., etc.

Nous n'avons pas craint de le dire plusieurs fois déjà, bien que cela nous ait souvent attiré des épithètes peu flatteuses ; mais il n'y a guère que le vrai qui blesse ; c'est dans un but qui n'est peut-être pas très scientifique que tout cela a été imaginé ; c'est qu'en effet en Allemagne il y a un grand malheur, c'est le morcellement de la médecine ; dans ce pays, des chaires sont créées pour chaque spécialité, de façon que des gens capables, du reste, se renferment dans des cercles d'une étroitesse extrême ; ils ne voient rien au delà, et sont ainsi conduits à regarder des minuties comme des choses fort importantes, à voir des montagnes dans chaque grain de sable. Nous le pensons, c'est un malheur pour la science. Ainsi Baër, un homme distingué d'ailleurs, a créé cinquante ou soixante espèces de cataractes.

On le voit, deux écueils sont à éviter, et il faut savoir s'en placer à une égale distance ; d'un côté, la confusion complète des inflammations des yeux ; de l'autre, des divisions superflues, inutiles, poussées à l'extrême.

Cela dit, nous établissons que l'iritis est une inflammation distincte, qu'il y aurait danger à la confondre avec les autres phlegmasies du globe oculaire. L'iritis est une maladie à part, car on l'observe seule. Mais quand nous avançons qu'on l'observe seule, il faut qu'on nous entende ; nous ne voulons pas dire d'une manière tranchée et absolue que dans l'iritis pas une trace d'inflammation ne s'observe dans les lamelles voisines de la membrane enflammée ; cela signifie seulement que l'inflammation débute par l'iris, que c'est la maladie principale, et que l'extension phlegmasique qu'on observe dans les tissus environnants n'est que l'ombre, la conséquence, l'accessoire.

D'ailleurs, absolument parlant, il n'existerait pas plus dans toute autre région d'inflammation distincte ; ainsi personne ne conteste aujourd'hui que la péritonite ne soit une phlegmasie de la séreuse abdominale, et pourtant il n'est pas moins certain que le travail inflammatoire peut gagner le tissu cellulaire voisin, le tissu musculeux, muqueux, sans que la péritonite cesse d'être la maladie principale, une inflammation distincte.

Toute maladie distincte a ses causes, ses symptômes, sa marche, ses terminaisons ; on les retrouvera dans l'histoire de l'iritis. On peut admettre avec les Allemands, les Anglais, que la phlegmasie puisse débuter par la face antéro-postérieure de l'iris, par son parenchyme ; scientifiquement cela est sans doute possible ; mais il faut dire aussi que bientôt la totalité de l'organe sera envahi par l'inflammation. Nous admettons l'inflammation partielle, générale ; nous admettons encore que cette inflammation soit modifiée par la constitution du sujet ; mais tout cela ne veut point dire que chacune de ces formes soit une inflammation spéciale ; elle est seulement plus ou moins modifiée par ces différentes circonstances ; mais cela n'est-il donc pas vrai pour toutes les maladies quelles qu'elles soient, et ne doit-on pas en tenir compte pour chacune d'elles ?

Une seule espèce d'iritis spécifique doit être admise, c'est l'iritis syphilitique, les variétés scrofuleuse, rhumatismale arthritique ou goutteuse, etc., doivent être rejetées ; leurs symptômes se retrouvent en effet dans l'iritis simple ; et d'ailleurs, comment admettre l'influence d'un virus rhumatismal goutteux ou autre sur les parties constituantes de l'œil, sur l'iris en particulier ; quand pour beaucoup de grands médecins, l'existence du virus propre à chacune de ces maladies est considérée comme chimérique ? N'y a-t-il pas aujourd'hui beaucoup de praticiens très haut placés qui regardent le rhumatisme, par exemple, comme une inflammation des tissus fibreux et synoviaux ?

Si l'on veut un fait plus concluant encore, qu'on admette pour un moment l'iritis dite goutteuse, on en trouve les symptômes très fréquemment chez les malades qui viennent dans les hôpitaux. Or, qui ne sait combien la goutte est une maladie qu'on a peu souvent l'occasion de traiter à l'hôpital ?

Il faut en dire tout autant de la scrofule. Les maladies des yeux sont sans doute modifiées par cette constitution, mais les autres maladies ne le sont-elles pas également ? Quant à considérer la scrofule comme une maladie spéciale, et les affections des yeux, avec des modifications amenées par cet état, comme des maladies distinctes, nous ne pouvons l'accorder. Comme constitution, nous connaissons la scrofule ; comme maladie spéciale, nous la nions.

Voici nos principes ; mais qu'on comprenne bien nos réserves. Jamais nous n'avons songé à nier que les inflammations de l'œil ne fussent susceptibles de revêtir quelque caractère particulier sous l'influence d'une diathèse rhumatismale scrofuleuse ou autre, et ceci est surtout vrai pour l'iritis. Nous insistons seulement sur ce point, à savoir, que chez les sujets de ces constitutions, toutes les maladies, celle des yeux comme les autres, présenteront des particularités qu'on ne rencontrera point chez les individus hors de l'influence de la scrofule, du rhumatisme, etc.

Qu'un rhumatisant soit pris d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une autre maladie quelconque, les choses ne se passeront-elles pas un peu autrement que chez un sujet sain et non affecté de rhumatisme ? N'en sera-t-il pas de même pour un scrofuleux ? Que ces individus aient une inflammation de l'iris, il y aura aussi chez eux quelque chose de particulier.

Mais on sent facilement combien il y a loin de cette manière d'envisager l'influence des constitutions sur la maladie des yeux, et principalement sur l'iritis, de la théorie des Allemands, qui veulent à toute force reconnaître la goutte, par exemple, dans la maladie de l'œil d'un sujet qui peut-être n'aura jamais été goutteux.

Telle est la différence imposante à signaler entre les doctrines française et allemande. Hâtons-nous d'ajouter cependant qu'en Allemagne même, la doctrine que nous exposions tout à l'heure est usée déjà, et que les Allemands, qui la professent encore, sont véritablement en arrière de ce qui se passe dans leur pays même.

En définitive, nous admettons donc que l'iritis est une inflammation qui, comme d'autres, est modifiée par la constitution, et nous ne reconnaissons de réellement spécifique que l'iritis syphilitique. Si l'on nous demande les raisons de cette exception, on les trouvera dans l'existence certaine et parfaitement constatée d'un principe, d'un virus admis dans la syphilis, mais rejeté pour toute autre maladie.

Parmi les espèces d'iritis nommées plus haut, l'inflammation simple, l'iritis franche-aiguë se distingue par des caractères assez nettement tranchés pour être facilement reconnue. On y observe trois périodes, celle de début, d'augment, de déclin.

La période de début présente les symptômes suivants : Le malade éprouve une céphalalgie plus ou moins intense dont le siége est le front, la tempe et le fond de l'orbite ; la crainte de la lumière est modérée, mais plus considérable que ne semblerait devoir l'indiquer la rougeur de l'œil ; le larmoiement est également peu marqué ; la vision est plus ou moins troublée, l'œil étant à peine rouge en même temps que les signes précédents existent. Cela suffit déjà pour éveiller l'attention.

En examinant l'organe malade, on trouve la cornée transparente, la conjonctive à peine colorée ; la sclérotique, au contraire, présente une rougeur sous forme d'anneau rayonné, anneau analogue à celui que nous avons décrit pour la kératite, mais qui en diffère en ce qu'il n'arrive pas jusqu'à la cornée ; de plus, on aperçoit un petit cercle brun-grisâtre qui encadre cette dernière membrane. Ce cercle a de l'importance dans le diagnostic de l'iritis ; il existe par suite d'une disposition anatomique qu'on saisira bien en se souvenant de la manière dont s'encadrent les deux membranes, la cornée et la sclérotique il résulte de ce que les petits vaisseaux n'arrivent point jusqu'à l'union des deux membranes : c'est l'intervalle compris entre la cornée et l'iris qui constitue le petit cercle. Il s'agit donc d'un phénomène purement anatomique, et le cercle iridien a donc été à tort regardé comme le signe d'une iritis goutteuse pales Allemands, et nommé par eux cercle arthritique.

De plus, on trouve encore, en examinant l'œil affecté d'iritis, un changement dans la coloration naturelle de l'iris ; mais l'on comprend que ce signe peut être difficile à saisir quand les deux yeux sont malades, puisqu'on est alors privé de point de comparaison, si on ne connaissait pas la couleur de l'iris chez le sujet avant la maladie. Quand, au contraire, un seul œil est malade, ce signe a de la valeur.

Enfin on remarque encore, dans l'iritis, des changements dans la pupille : elle jouit d'une mobilité moins grande, si un seul œil est malade, elle est plus resserrée que celle de l'œil sain ; elle est irrégulière, angulense, en triangle, ovale, en larmes ; il n'est point de forme géométrique qu'elle ne puisse affecter. Dans son aspect elle offre aussi certaines modifications : elle a une apparence veloutée, floconneuse dans sa bordure ; il semble qu'il y ait dans l'ouverture pupillaire un nuage, une fumée, signe de la diminution de transparence des humeurs, et qui explique les troubles de la vision. Tel est l'ensemble des symptômes de l'iritis.

Pour les résumer, nous dirons donc que cette maladie est caractérisée par la céphalalgie sus-orbitaire, une photophobie et un épiphora modérés, coïncidant avec une rougeur peu intense et du trouble dans la vision ; par une rougeur de la sclérotique sous forme d'anneau rayonné ; par un petit cercle gris-brunâtre encadrant la cornée ; et enfin par des changements dans la coloration naturelle de l'iris, et des modifications dans la forme et dans l'aspect de la pupille,

PAJOT.

REVUE GÉNÉRALE.

De la compression dans le traitement des anévrismee poplités. — Le *Journal de Chirurgie* contient un mémoire de M. Giraldès sur l'emploi de cette méthode. Suivant l'auteur, on aurait à tort négligé la compression dans le traitement des anévrismes depuis les perfectionnements apportés de nos jours aux procédés opératoires pour isojer et lier les troncs artériels. Des faits récents, empruntés aux chirurgiens irlandais, viennent protester contre cette proscription. On a rejeté la compression de l'artère fémorale dans les anévrismes poplités, parce que, a-t-on dit, rarement elle est suivie de succès, qu'elle est très douloureuse, et doit être employée pendant trop longtemps. En 1842, M. Hosson l'essaya à l'hôpital de Richmond, et avec succès, sur un homme de trente-trois ans. La pelote fut appliquée contre le pubis dans la région inguinale ; le malade fut guéri au bout de dix-neuf jours de traitement. Quelque temps après, MM. Cusak et Bellingham suivirent les errements de leur collègue, et employèrent également avec succès cette compression chez deux malades atteints l'un de cinquante-cinq ans, l'autre de trente-deux. Dans les deux cas, la pelote du compresseur fut appliquée dans l'aine sur le pubis. La guérison survint au bout de seize et de huit jours,

En 1843, M. Liston essaya à Londres la compression de l'artère fémorale chez un homme âgé de trente ans affecté d'un anevrisme fémoral. La compression, commencée le 17 juillet, ne put d'abord être supportée que pendant une demi-heure. Peu à peu le malade s'y accoutuma. Au bout d'un mois et demi de traitement, il sortit guéri complétement.

En 1844, MM. Allan, Geutrey, Liston et Bellingham obtinrent également des guérisons remarquables. A ces huit cas, M. Giraldès joint quatre observations dues à Dupuytren, Dubois, etc., formant un total de douze faits. En analysant ces observations, on trouve pour moyenne de la durée du traitement, vingt-quatre jours, et l'on peut se convaincre que la mort est moins fréquente après cette opération qu'après la ligature. Sur vingt deux cas de ligature, en effet, on a relevé six cas de mort. Suivant M. Giraldès, les accidents qui surviennent quelquefois à la suite de la compression, sont dus au mode vicieux de l'emploi de ce moyen et aux instruments mis en usage. Les compresseurs actuels sont formés de pelotes volumineuses, pressées, abaissées par des vis grossièrement travaillées, et dont l'action doit s'étendre à un cercle trop étendu, et comprimer en même temps que les artères, les nerfs, les veines et les muscles. Une compression pareille ne peut manquer d'être très douloureuse. De là, des besoins continuels de changer la position du membre, et déplacement de l'appareil. M. Giraldès pense que l'on obtiendra de bons effets de la compression en n'agissant que sur les artères, et pour cela il est nécessaire de diminuer le volume des pelotes compressives. De plus, il faut le faire agir à l'aide de vis délicatement taillées, semblables à celles employées pour les instruments de précision. Dans les cas d'anévrismes poplités, la pression de la pelote devra porter contre le pubis, au pli de l'aine. On devra également fairo la plus grande attention à surveiller l'état de la peau, et à éviter sa contusion et son excoriation.

Réjection d'un corps étranger introduit dans les bronches, par le renversement du tronc. — Le *Journal de Chirurgie* contenait récemment l'observation d'un succès obtenu par M. Lenoir, par le simple redressement du tronc pour l'éjection d'une pièce de monnaie tombée dans la bronche droite. En voici un nouvel exemple publié par le journal *The Lancet*, seulement le corps étranger n'était pas descendu si loin.

Un individu s'amusait à jeter en l'air un shilling et à le recevoir dans sa bouche, quand tout à coup la pièce glissa dans la gorge, et passa à travers la glotte. L'accident ne donna lieu qu'à des accidents comparativement fort légers. Le malade croyait sentir la pièce fixée vers le cartilage cricoïde, et il lui semblait qu'on parviendrait à la déplacer en se mettant sur la tête. Cette idée s'accordant avec les vues du docteur Duncan et des autres médecins appelés, le patient fut couché les épaules sur l'extrémité relevée d'un sopha assez haut, et trois ou quatre des assistants pris parmi les plus vigoureux l'ayant saisi par les reins et par les cuisses, le tronc fut rapidement élevé de manière à faire pendre la tête en has, et après une secousse ou deux, le docteur Simpson agitant en même temps rapidement le larynx du malade, le shilling tomba dans la bouche et de là sur le plancher. Il n'y eut aucun accès de toux, nul indice de dyspnée, et le malade se releva immédiatement enchanté du résultat. Il ne restait plus aucune gêne, et le caractère de la voix avait subi un changement marqué. La guérison fut d'ailleurs instantanée, et il n'y eut aucun accident consécutif.

Du choix de la dextrine pour les appareils à fractures. — Depuis que M. Velpeau a proposé de remplacer l'amidon par la dextrine, celle-ci est devenue d'un usage à peu près général dans les hôpitaux de Paris, et nombre de chirurgiens s'en servent également dans la pratique civile. D'un côté, elle est moins chère et plus collante que les blancs d'œufs ; d'un autre côté, elle est d'un aspect et d'une odeur plus agréables que l'amidon, et, si l'on peut parler ainsi, elle a quelque chose de plus relevé et de moins vulgaire. Au total, c'est la matière collante qui est la plus en vogue aujourd'hui. Or, il importe d'avertir les pharmaciens et les chirurgiens qu'il y a dans le commerce plusieurs espèces de dextrine, et qu'on en rencontre fréquemment qui est mal préparée et ne vaut rien. Voici les caractères qu'indique M. Bouchardat pour reconnaître la bonne et la mauvaise dextrine.

La bonne dextrine a une teinte jaunâtre prononcée, une odeur douceâtre caractéristique, une saveur sucrée très marquée. Elle ne crépite pas sous les doigts comme l'amidon ; lorsqu'on la malaxe avec l'eau-de-vie elle acquiert la couleur, la consistance et le poissant du miel, et en étendant ce mélange d'une quantité suffisante d'eau chaude, on a un mélange qui jouit d'une remarquable propriété agglutinative.

Il n'en est pas ainsi de la dextrine mal préparée. Celle-ci est plus blanche, moins sucrée ; elle crépite sous les doigts presque comme l'amidon ; elle se masse avec l'alcool au lieu de s'y dissoudre, comme l'amidon avec l'eau froide, et est tout à fait impropre à fournir une solution agglutinative. Je m'étonne que déjà cette différence n'ait pas été signalée, car tous les hôpitaux reçoivent leur dextrine de la pharmacie centrale, qui elle-même l'achète du commerce, et deux fois l'an dernier j'ai été obligé de faire renouveler les provisions de l'hôpital Saint-Antoine dont nous ne pouvions pas nous servir.

A quoi tient cette différence ? A sa couleur, à sa crépitation, à sa résistance à l'alcool ; la mauvaise dextrine semble se rapprocher beaucoup de la fécule pure, et il est probable que dans la fabrication, la fecule n'aura pas subi toutes les modifications indispensables pour se changer complétement en dextrine.

Au reste, à part les caractères déjà indiqués, l'iode fournit un excellent moyen de juger si la dextrine est bonne ou mauvaise, c'est-à-dire pure ou fortement mélangée de fécule. La bonne dextrine délayée dans de l'eau et traitée par l'iode, passe au rouge-vineux ou même à la teinte pelure-d'oignon ; tandis que la mauvaise dextrine prend une teinte bleue-violet qui accuse la présence de l'amidon.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de l'art des accouchements ; par CHAILLY (Honoré).

La première édition du Traité de M. Chailly a été rapidement épui-

séc, on a traduit son livre en anglais, le Conseil de l'instruction publique l'a adopté. Aussi l'auteur s'est-il regardé comme engagé par cet accueil favorable, à une seconde édition plus travaillée et plus complète que la précédente.

Rien, quand au fond, n'est changé; mais la partie anatomique s'est doublée d'étendue, l'embryogénie a conquis une place suffisante, un petit traité élémentaire d'éducation physique des jeunes enfants s'est ajouté à la pathologie des nouveau-nés, enfin des considérations sur la saignée et la vaccination ont été annexées à l'ouvrage.

Telles sont, en y ajoutant plusieurs nouvelles figures et des détails nouveaux aussi sur la présentation de la face, le pelvimètre de M. Van Huvel, le céphalotribe, les principales augmentations que M. Chailly a fait subir à son Traité d'accouchements.

Un des mérites, selon nous, de ce travail, c'est la simplicité, la clarté des descriptions, la perfection des détails pratiques et la juste prévision des doutes, des embarras, des incertitudes dont sont assaillis au début de leur pratique les jeunes praticiens et les sages-femmes. Hâtons-nous de dire aussi que parmi les accoucheurs d'aujourd'hui, M. Chailly a eu le premier l'heureuse idée de l'intercalation des planches dans le texte même, afin de frapper à la fois et les yeux et l'esprit. Tout le monde s'accorde maintenant à reconnaître que dans les sciences et en obstétrique surtout, les figures viennent très heureusement en aide aux descriptions quelque parfaites que soient ces dernières.

Si nous considérons la tendance générale de l'ouvrage de M. Chailly, nous croyons pouvoir dire que son but semble avoir été de réduire la pratique des accouchements au strict nécessaire, il nous paraît s'être efforcé de débarrasser l'art de tous les procédés irrationnels, dangereux ou sans avantages évidents, tâche que du reste, comme il l'avoue honorablement, M. Paul Dubois lui avait rendue facile. Aussi, concevant son livre dans cet esprit, l'auteur compte-t-il les théories pour peu de chose dès qu'elles n'ont pas d'application pratique directe. « Il reconnaît toute la valeur des discussions théoriques pour la science proprement dite, mais il la considère comme de peu d'importance pour le praticien, » et c'est aux praticiens qu'il s'adresse.

Parmi les différents chapitres de cet ouvrage, tous traités d'ailleurs avec un soin scrupuleux, nous signalons plus particulièrement les articles Grossesse, Version, Forceps, Présentation de la face et Accidents, Hémorrhagie, Éclampsie, empruntés aux leçons de M. P. Dubois.

Nous ne voulons pas terminer cette analyse, que le défaut d'espace nous force à rendre trop rapide, sans féliciter M. Chailly d'avoir osé donner sur les soins que réclament les nouveau-nés des détails qui peuvent sembler minutieux à des esprits peu pratiques, mais sur lesquels, il faut l'avouer cependant, les jeunes médecins sont souvent fort embarrassés. Enfin, nous sommes personnellement autorisé à regarder comme un supplément utile la démonstration de la saignée et de la vaccination; elle rendra ce Traité plus profitable aux sages-femmes, pour lesquelles, rappelons-le, l'illustre Baudelocque écrivit sans penser déroger. M. Chailly sait, et nous savons comme lui, que beaucoup de ces femmes sont ignorantes et absurdes, mais Lachapelle et Boivin sont sorties de leurs rangs, et aujourd'hui même à la Clinique et à la Maternité sont encore des personnes dont le recommandable talent mérite une véritable estime. Il faut donc savoir gré à l'auteur d'avoir songé à l'instruction de ces élèves.

Nous terminerons par une dernière remarque qui vient naturellement à l'esprit après la lecture des traités d'accouchements les plus nouveaux, et spécialement après celle de l'excellent livre de M. Chailly.

Parmi les accoucheurs de notre époque, M. Velpeau a édifié une de ces encyclopédies dont il a le secret, M. Moreau a fait un livre estimable et estimé; mais M. Dubois, auquel l'art obstétrical doit tant en France, et dont nous retrouvons le nom à chaque page des ouvrages modernes, n'a point encore écrit de traité complet. Si nous connaissons ses opinions et l'excellence de ses procédés, ce n'est que par ses leçons, par quelques mémoires trop rares ou les ouvrages de ses élèves, titre dont M. Chailly s'honore à bon droit. Aucun livre ne serait pourtant mieux accueilli et lu plus avidement par tous les hommes qui s'occupent d'obstétrique. Espérerons-nous vainement cette bonne fortune?

P.....

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Poudre de carragaheen composée; par M. le docteur BENJAMIN FRANK, de Wolfenbuettel.

M. B. Frank prescrit, avec beaucoup de succès, dans les cas de toux et de diarrhée, surtout chez les sujets hectiques, la poudre suivante dont la saveur est des plus agréables.

Carragaheen mondé,	15 grammes.
Eau de fontaine,	500

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié, passez avec forte expression; ajoutez à la colature :

Sucre blanc,	125 grammes.
Gomme arabique,	30
Poudre d'iris de Florence,	4

Faites chauffer jusqu'à siccité à une douce température, en ayant soin d'agiter sans cesse pour obtenir une masse pulvérulente que vous ferez dessécher avec soin, et à laquelle vous ajouterez, au moyen de la trituration :

Arrow-root,	100 grammes.

M. Frank recommande beaucoup aussi cette poudre, sous forme de gelée, dans la thérapeutique des enfants, surtout dans l'atrophie mésentérique.

Pour préparer cette gelée, on prend une cuillerée à café de la poudre, et, après l'avoir délayée convenablement avec une petite quantité d'eau froide, on la verse dans une tasse d'eau bouillante.

Efficacité de l'acupuncture dans un cas de hoquet invétéré; observation recueillie par M. le docteur EMILIANI, de FAENZA.

Le sujet de cette observation était une femme agée de trente ans, menstruée depuis sa dix-septième année, et d'un tempérament irritable. Le hoquet n'avait que des intermissions courtes et rares, et avait résisté aux différents moyens que l'on avait employés depuis sept ans pour le combattre. Lorsque la malade eut recours à M. Emiliani, elle était un peu émaciée, mais sans d'ailleurs offrir aucun signe d'affection organique; d'où l'on dut conclure que le mal était de nature purement nerveuse.

L'auteur crût devoir recourir à l'emploi de l'acupuncture, et il pratiqua cette opération à la partie supérieure et moyenne de la région épigastrique. Il plaça de quatre à huit aiguilles d'acier, qu'il laissa en place pendant un temps qui varia de une heure et demie à trois heures.

Au premier et au second essai, le hoquet se calma dès que les aiguilles furent placées; mais il reparut aussitôt qu'elles furent retirées. En augmentant le nombre des aiguilles, et en les laissant plus longtemps en place, le hoquet se reproduisit encore après l'opération, mais seulement à un degré moindre que par le passé. Enfin, on continua ce mode de traitement pendant un mois, en répétant trois fois l'acupuncture, et, au bout de ce temps, la maladie avait cessé complétement. Depuis cette époque, trois ans se sont écoulés sans que le hoquet ait reparu, et la femme jouit d'une santé parfaite.

Thérapeutique de la dermatite contusiforme; par le Dr SZERLECKI.

La dermatite contusiforme est une affection cutanée qui n'est pas très rare, et qui cependant, négligée par les auteurs, n'a été bien décrite que depuis quelques années.

Cette maladie survient aux extrémités inférieures, surtout chez les sujets pléthoriques et qui se tiennent habituellement dans la station droite. Elle consiste en taches petites et grandes, de forme irrégulière, bien circonscrites, d'un rouge bleu, d'une saillie sensible au toucher; quelquefois elle s'accompagne de l'œdème des pieds, et parfois aussi de la tuméfaction des mollets. Ces taches peuvent s'étendre jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, et lorsqu'elles commencent à se dissiper, elles passent successivement par toutes les phases de coloration qu'on observe dans les ecchymoses.

M. Szerlecki a toujours obtenu une prompte guérison de cette affection en prescrivant la saignée du bras, et l'administration à l'intérieur de l'acide sulfurique, d'après la formule suivante :

Acide sulfurique dilué,	6 à 8 grammes.
Eau distillée,	200 grammes.
Sirop de framboises,	300 grammes.

M. S. A.

On donne, toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant les cas, une cuillerée à bouche de cette potion.

Cas d'opération césarienne pratiquée sur une femme morte, avec succès pour l'enfant; observation recueillie par M. le docteur LOWEG.

Le 23 août 1843, M. le docteur Loweg fut appelé pour donner ses soins à une femme enceinte et malade depuis longtemps. Cette femme étant morte peu de temps après l'arrivée de l'homme de l'art, celui-ci pratiqua bientôt l'opération césarienne en suivant le trajet de la ligne blanche, d'après les préceptes ordinaires.

Après l'extraction de l'enfant et du placenta, on tenta vainement de provoquer des contractions de l'utérus en irritant la face interne de cet organe. Il s'écoula seulement une petite quantité de sang veineux chaud.

L'enfant, à terme, frais et ayant évidemment vécu jusqu'à la fin de la vie de sa mère, paraissait complétement mort. On le mit dans un bain avec le placenta qu'on enleva bientôt après, et on recourut à des insufflations d'air. Au bout de sept à huit minutes, on commença à sentir les pulsations du cœur, et, peu après, l'enfant ayant fait une première inspiration qui finit par devenir peu à peu complète, il fut tout à fait rappelé à la vie et continua de vivre.

M. le docteur Blanchet ouvrira, le 12 mai, à onze heures, un cours clinique sur les maladies des oreilles et des yeux, à son Dispensaire, rue du Paon, 8.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 13 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 56. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Excision des amygdales. — Rétention d'urine.

Nous avons dans un précédent article parlé d'une jeune fille à laquelle nous avons pratiqué l'excision des amygdales ; nous avons signalé une particularité de ce fait, la coloration rouge de la face, semblable à celle que présenterait un érysipèle produit par un coup de soleil; nous avions dit, avant l'opération, que nous ne savions de quelle cause dépendait précisément cette coloration de la face, et que nous n'osions espérer que cette teinte de la peau disparaîtrait après l'excision des amygdales. Nous avons été surpris de voir, au bout de cinq à six jours, diminuer peu à peu cette rougeur, qui, au bout de quinze jours, au moment de la sortie de l'enfant, avait entièrement disparu.

— Le jeune garçon qui était atteint d'une rétention d'urine, chez lequel nous avons dit que nous présumions avoir affaire à une rupture de l'urètre, consécutive à une distension forcée de l'urètre par la présence d'un calcul dans le canal, est également sorti guéri. Notre diagnostic était juste ; au bout de quelques jours un calcul sortit avec le pus par l'une des incisions pratiquées au scrotum. L'enfant est parti en voie de guérison complète, portant seulement une petite ouverture fistuleuse qui tendait tous les jours à se rétrécir. C'est principalement sous le rapport du diagnostic que ce fait nous a paru intéressant à vous signaler.

De l'opération du bec-de-lièvre, de son opportunité, et de l'époque à laquelle on doit la pratiquer.

Un enfant nous a été apporté il y a quelques jours offrant un bec-de-lièvre simple. La division est située à un centimètre environ à droite de la ligne médiane; elle est des plus simples, disons-nous, et n'affecte point les os maxillaires supérieurs. Nous profiterons de cette circonstance pour vous présenter quelques considérations pratiques sur l'opération du bec-de-lièvre, le choix du procédé à suivre, l'époque à laquelle on doit la faire, et les précautions à prendre pour assurer le succès autant que faire se peut, c'est dire que nous ne prétendons point rappeler ici ce que disent à ce sujet les ouvrages théoriques de pathologie chirurgicale. Au lit du malade, la théorie doit faire place à la pratique; c'est là ce qui distingue essentiellement l'enseignement clinique de l'enseignement de l'amphithéâtre.

Il y a quatre grandes divisions à établir dans la description du bec-de-lièvre ; il peut être simple ou double, compliqué, accidentel. Chacune de ces formes ne nous occupera point en particulier. Il est facile de comprendre ce que l'on entend par bec-de-lièvre simple ou double. Le bec de-lièvre compliqué mérite une attention particulière. Les complications peuvent être très nombreuses, très variées, et il faudrait pour vous les faire comprendre parfaitement, que nous en eussions plusieurs exemples sous les yeux. Nous vous dirons seulement, en passant, que le plus souvent les complications consistent en une division correspondant à la division labiale des os maxillaires supérieurs, de la voûte palatine et du voile du palais.

Nous arrivons de suite à la partie la plus importante de notre sujet, nous voulons dire à l'opération, et aux circonstances de l'opération. Ici une première question se présente. A quelle époque faut-il opérer le bec-de-lièvre ? Est-ce immédiatement après la naissance, ou lorsque le sujet a atteint l'âge de trois ou quatre ans, ou seulement lorsque plus raisonnable il a passé la période de la première enfance, qu'il a huit, neuf ou dix ans? Cette question nous semble être la première qui doive être soulevée et discutée, parce qu'un grand nombre de chirurgiens sont souvent indécis sur la marche à suivre en pareille circonstance.

Quels sont les motifs qui peuvent engager à pratiquer l'opération immédiatement après la naissance? Et par immédiatement, nous entendons le jour ou le lendemain au plus tard de l'accouchement. Si l'on a affaire à un bec-de-lièvre simple n'affectant que les parties molles, il n'y a pas un grand avantage à opérer à cette époque. En effet, lorsque la lèvre seule est partagée, que la voûte palatine et le voile du palais sont dans l'état normal, l'enfant n'éprouve que peu de gêne à opérer la succion du mamelon; il n'y a pas urgence et nécessité de réunir les parties divisées, sous peine de voir la santé de l'enfant s'altérer, et le petit sujet s'affaiblir. La succion est peut-être, et sûrement même un peu moins complète; mais elle peut se faire suffisamment. S'il y a quelques inconvénients, la disposition normale de la mâchoire supérieure peut jusqu'à un certain point suppléer à la solution de continuité de la lèvre.

Lorsque, au contraire, le bec-de-lièvre est compliqué, qu'il y a division aussi de la voûte palatine et du voile du palais, qu'il y a séparation des parties osseuses et écartement considérable, et, malheureusement, ces cas ne sont pas les plus rares, par suite de cette disposition vicieuse des parties la succion est devenue très difficile, quelquefois impossible. L'enfant ne peut faire le vide avec sa bouche, ou s'il parvient à faire couler le lait dans sa bouche, il le rend aussitôt par la solution de continuité, quand il veut opérer un mouvement de déglutition. De là évidemment, insuffisance dans la nutrition, dépérissement de l'enfant, circonstances qui peuvent avoir des suites funestes.

D'autres circonstances encore militent en faveur de cette opinion, que l'on doit opérer immédiatement après la naissance ; celles là sont tirées de l'âge même du sujet. Ainsi, la plus grande vascularité des tissus sur lesquels on opère, la facilité avec laquelle s'opère la réunion, plus grande que si l'on attendait l'âge de sept ou huit ans. On a remarqué, condition bien importante dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, qu'en opérant les enfants de bonne heure, on obtenait un singulier et bien heureux résultat. A peine la lèvre est-elle réunie, que l'espace formé par l'écartement des os commence à diminuer. Ce résultat se manifeste de la manière la plus sensible dès le cinquième ou sixième jour après l'opération. Or, chez l'enfant nouveau-né, ce rapprochement des parties dures est plus facile, plus rapide en raison du peu de consistance des tissus, que dans un âge plus avancé. Cette double réunion de la lèvre et des parties solides de la mâchoire favorise d'autant plus aussi la succion de l'enfant. Ainsi, d'une part, réunion plus rapide et plus facile des parties mises en contact; d'autre part, rapprochement plus prompt qu'à toute autre époque de la vie des portions dures, rapprochement qui en même temps que l'intégrité de la lèvre favorise la succion : voilà les trois conditions principales, les trois motifs les plus puissants qui doivent engager le chirurgien à faire l'opération immédiatement après la naissance, quand il y a bec-de-lièvre compliqué d'écartement des os et de division de la voûte palatine.

Voulons-nous dire qu'il n'y ait aucune raison qui contre-indique l'opération? Nullement. Appréciateur impartial, nous devons examiner le pour et le contre, et ne nous déterminer qu'après avoir pesé la valeur des objections et des réponses qu'on leur a faites. Une fois la cicatrice obtenue, a-t-on dit, et le plus tôt possible, l'enfant devra teter, et les efforts qu'il exercera tendront nécessairement à faire rompre la cicatrice toute récente, formée dans des tissus doués de bien peu de consistance. Puis il criera souvent, continuellement peut-être, circonstance fâcheuse, les cris nécessitant des efforts dont le résultat presque infaillible est encore la déchirure et la séparation des points réunis. Ces deux objections sont moins fortes qu'on ne pourrait le supposer. Il est certain qu'il y a des cas où les choses se sont passées de cette manière ; où les efforts de succion exercés par l'enfant, où les cris ont pu causer la déchirure de la cicatrice. Mais ces cas forment la rare exception. Pour nous, d'après les faits que nous avons été à même d'observer, nous sommes persuadé qu'il y a souvent beaucoup d'avantage à opérer de bonne heure, et que peut-être

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'Académie de médecine un jour d'élection. — Visages inconnus. — Les académiciens ignorés. — Un patriarche. — Courage héroïque d'un votant. — Les asperges à l'Académie. — Nomination de M. Longet. — Le travail et l'intrigue. — Difficultés d'une candidature. — Histoire de quelques succès académiques. — Discours au roi et réponse. — Hilarité de l'Académie.—Apostrophe aux rieurs.—Mort de M. Breschet. — Conséquences.

Parlez-moi d'un jour d'élection, à l'Académie de médecine ! Quel zèle, quel empressement, quelle foule ! Et combien de figures étranges et de visages inconnus ! Nous avions, mardi dernier, cent dix membres présents. Sandis, cadédis ! c'est superbe. Sur ces banquettes, étonnées de tant d'honneur, sont venus s'asseoir les Chomel, les Andral, les Lisfranc, les Serres, les Récamier, et, chose plus phénoménale, les Marjolin !..... nous n'en revenions pas. Il n'est pas jusqu'à M. Abraham, ce vénérable patriarche de l'Académie, qui n'ait quitté sa paisible retraite des Champs-Elysées, pour venir se mêler une fois encore aux agitations de ce monde. En entendant ce nom, le jeune auditoire qui fréquente l'Académie s'est levé avec une respectueuse curiosité : M. Abraham a fait sensation. Plusieurs autres aussi que moi, vieil habitué, avais peine à reconnaître, si rarement je les ai vus dans cette enceinte, attiraient les regards surpris de l'assistance. Les anciens, gens fort prudents, sacrfiaient *diis ignotis* ; réservons aussi une part d'admiration et de nos hommages pour les académiciens *ignorés* que les candidats au scrutin savent pourtant bien dénicher. Au demeurant, cela prouve leur belle âme, à ces académiciens, de ne se montrer à la compagnie précisément que pour faire un heureux. D'autres pourraient leur reprocher leur tiedeur et leur indifférence pour les travaux académiques, mais un si bon cœur doit faire excuser bien des choses. Se déranger de ses affaires, de ses plaisirs ou de son doux *far niente* tout exprès pour déposer dans l'urne un nom ami, n'est-ce pas un immense sacrifice ? Un de ces ignorés se félicitait, comme d'une action héroïque, d'avoir dépensé 3 fr. de course de voiture pour arriver à l'heure. Aussi, ajouta-t-il, j'ai prévenu ma ménagère que je ne mangerais pas d'asperges avant deux jours. (Historique et textuel.) Vous ne vous attendiez pas à celle-là, monsieur Longet; vos 79 voix sont une belle chose, assurément, mais les asperges en valent 10 de plus.

La nomination de M. Longet n'a surpris, n'a irrité, n'a indigné personne, et ce n'est pas moi qui récriminerai contre l'honneur fait à la jeunesse, au talent et au travail. S'élever par ses propres forces, être fils de ses œuvres, et ne devoir le succès qu'à son mérite seul, est chose assez rare de tout temps, pour qu'on doive la remarquer et la signaler comme un exemple à suivre. Et ne croyez pas — je m'adresse aux jeunes gens — que ne chercher à parvenir que par des voies et moyens honorables et légitimes, ce soit toujours, comme on le dit sans cesse, prendre le chemin le plus long, le plus difficile et le plus embarrassé Non, et je tiens pour certain qu'un esprit médiocre qui ne tend à s'élever que par la faveur ou par l'intrigue, emploie plus de temps, se consume en plus d'efforts, développe plus d'activité et prend mille fois plus de peine qu'il n'en faut à un homme de talent pour produire une œuvre qui fixe sur lui tout à coup l'attention publique. Il y a plus d'intrigants que de véritables travailleurs, c'est certain; mais par cela seul que le nombre des premiers augmente et que celui des seconds diminue, je prévois l'époque, époque fortunée, où, par l'abus même qu'on aura fait de la chose, par les ennuis qu'on aura fait subir aux intrigués, par les difficultés toujours plus grosses que trouveront les intrigants, ce perfide et détestable moyen disparaîtra de ce monde. Pourquoi l'Académie de médecine ne prendrait-elle pas ici une noble initiative? Pourquoi, aussitôt qu'une candidature est ouverte, chaque membre ne fermerait-il pas sa porte à tout solliciteur? Pourquoi, puisque chaque candidat a toute liberté pour produire ses titres, pour les fortifier par quelque exhibition de circonstance, l'Académie accueillerait-elle d'autres sollicitations que des sollicitations publiques, celles qui se passent en plein soleil de la science, qui fuient l'ombre et le mystère, et qui méprisent cette foule de petits et lâches moyens qui plaisent tant aux lâches et illégitimes ambitions?

Du reste, et comme les choses se passent actuellement, c'est une rude et atroce besogne que celle de se constituer solidement une majorité académique. Les douze travaux d'Hercule sont des jeux d'enfants à côté de cela, et je connais de grands courages qui ont succombé en chemin. Figurez-vous que l'Académie se compose encore, à l'heure qu'il est, de cent trente-sept membres ayant droit de voter. Il faut visiter tout ce monde-là, non pas une fois, mais deux, mais trois, mais quatre fois ; faire agir auprès de chacun de ces cent trente-sept membres, non pas une recommandation ou protection, mais autant qu'on peut en découvrir, et là n'est pas le labeur le moins difficile, que de bien connaître les allants, venants et aboutissants de chacun des membres de l'Académie. J'ai là-dessus des histoires incroyables. Dans une élection qui se fit à *une* voix de majorité, le candidat heureux ne l'emporta que parce qu'il sut mettre dans ses intérêts un fameux joueur d'échecs qui, en faveur de son ami, consentit à perdre adroitement une partie avec un académicien jusque-là rebelle. J'en connais qui ont fait agir de grands évêques, et même le curé de la paroisse. Dans d'autres cas, le sexe aimable n'a pas joué le rôle le moins actif. Quelquefois ce fut le cuisinier, une autre fois une velte de vieux rhum, un autre jour un bouquin des plus rares; dans un autre cas enfin, un simple oignon d'une liliacée inconnue qui décida la victoire. J'ai vu des candidats prendre dans un jour vingt masques différents, dévots avec les hommes religieux, voltairiens avec les incroyants, légitimistes avec celui-ci, conservateurs avec celui-là, souples, adroits, insinuants avec tous. J'en sais un qui vendit d'avance sa voix de juge de l'internat pour sept votes qui le rendirent membre de l'Académie. J'ai vu — que vous dirais-je de plus fort — l'honnête, l'austère Chervin se laisser prendre à un article de journal où un candidat combattait la contagion de la fièvre jaune, et ce même candidat prendre dans ses filets, et le même jour, le bienveillant M. Pariset, en lui montrant un manuscrit où la réforme des quarantaines était violemment attaquée. J'ai vu Broussais sauter de joie en lisant la profession de foi d'un candidat qui depuis..... Mais je ne veux pas aborder l'histoire par trop contemporaine, histoire riche en mensonges, en comédies, en tartuferies de tout genre, et sur laquelle il faut, du moins encore, pieusement jeter un voile.

Tant y a, chers et pauvres compétiteurs à la banquette académique, que c'est une immense affaire que de réunir une majorité. Faites surtout, croyez-moi, la plus large part possible aux promesses trompeuses, et qui, selon une expression vulgaire, viennent crever dans la main. Règle générale, défalquez la moitié de vos voix promises ; les plus heureux n'en perdent qu'un tiers, les plus infortunés n'en trouvent plus au scrutin qu'un nombre ridicule. La main sur la conscience, n'est-ce pas, monsieur Longet, que d'après vos calculs, vous comptiez sur un bien plus grand nombre de voix? Et vous, monsieur Manec, une heure avant le scrutin, et toujours d'après les promesses faites, n'espériez-vous pas un peu balancer la victoire? Et vous, monsieur Baillarger, monsieur Chassaignac, monsieur Belhomme, vous fiant aussi aux protestations de vos amis, ne vous attendiez-vous pas à une minorité honorable? Je ne parle pas de M. Denonvilliers, qui, satisfait, dit-on, de se trouver sur la liste des six, avait renoncé au scrutin. Que voulez-vous! il est si doux et si commode de promettre, si embarrassant et si pénible de refuser. Avec un candidat à qui on promet, la visite est courte, la conversation bientôt finie; tandis que celui à qui l'on refuse veut discuter le refus, exige des motifs, et vous assourdit de ses plaintes: ce qui est fort désobligeant, comme dit M. Nacquart. Et puis, ne reste-t-il pas toujours la ressource de dire : Mon cher ami, j'ai voté pour vous! C'est surtout après la nomination que ce phénomène de la multiplication des votes se manifeste avec éclat. Quand M. Velpeau fut nommé à l'Académie des sciences, il eut une majorité de 35 voix. La lendemain cette majorité était de 40; huit jours après elle s'élevait a 50. A l'heure qu'il est, M. Longet doit

a-t-on exagéré les inconvénients qui pourraient résulter d'une opération hâtive.

D'abord, lorsqu'un enfant vient au monde, ses organes n'étant pas encore habitués à la digestion et à l'assimilation des substances qui lui sont étrangères, il peut supporter plus facilement la diète, et pendant un temps plus long. Un enfant qui vient de naître restera très aisément et sans danger deux ou trois jours sans téter, si l'on a soin de lui faire couler de temps en temps dans la bouche un peu d'eau sucrée, ou d'eau blanchie avec quelques gouttes de lait. Disons, en passant, que l'on devra se servir pour administrer cette boisson d'une cuiller, et non d'un biberon, ce dernier, par sa forme et son mécanisme, devant nécessairement exciter l'enfant à exercer un mouvement de succion. Cet espace de deux ou trois jours suffit pour que la réunion soit complète; souvent le troisième jour, en retirant les épingles, on s'aperçoit que la guérison est bien complète.

Cette considération de la possibilité pour l'enfant de supporter plus facilement la diète est une raison des plus importantes, et qui ont le plus contribué à affaiblir les préventions que l'on avait assez généralement, nous devons l'avouer, contre l'opération immédiate. On a objecté les cris de l'enfant; mais les cris du nouveau-né ne sont pas plus fréquents que chez un sujet de deux ou trois ans. Les enfants nouveau-nés, et ceci est important à noter, ne crient pas toujours parce qu'ils ont besoin, et l'on serait dans l'erreur si l'on croyait toujours détruire la cause de ses cris en lui donnant le sein, comme le font inconsidérément les nourrices et les mères. L'enfant crie quand il a faim; mais il crie également quand il a froid, il crie quand il a trop chaud, quand il a la colique; il faut bien qu'il crie, puisqu'il n'a que ce moyen d'exprimer ses sensations. Lui donner le sein pour le consoler, sans rechercher quelle est la cause qui lui fait pousser ces plaintes, c'est irrationnel, c'est lui faire contracter une mauvaise habitude. Le premier devoir du médecin sera donc de prévenir la mère ou la nourrice des différentes causes qui peuvent déterminer les cris de l'enfant, de lui recommander la plus grande surveillance, la plus grande propreté, et par des soins on évitera ces cris prolongés, nuisibles au succès de l'opération. Si l'on suppose, d'après les contorsions que fait l'enfant, qu'il est tourmenté par des coliques, des cataplasmes seront placés sur le ventre, etc. Plus l'on parviendra à diminuer les cris de l'enfant, en supprimant autant que possible les causes qui peuvent les déterminer, plus l'on mettra l'enfant dans d'heureuses conditions.

Un grand avantage que l'on a, en opérant de très bonne heure, c'est que l'enfant nouveau-né crie évidemment moins, et moins fort que le sujet de trois ou quatre ans. A peine celui-ci aperçoit le chirurgien, qu'il pousse des cris affreux, dans la plupart des cas, avant même que l'on ait touché son appareil. Alors, outre la difficulté que l'on éprouve à le panser et à l'examiner, les cris qu'il pousse sont extrêmement nuisibles au succès de l'opération et peuvent le compromettre. Pour nous, d'après toutes les raisons précédentes, nous déclarons ne redouter nullement de faire l'opération immédiatement après la naissance de l'enfant. On a le double avantage de lui rendre la succion plus facile, d'obtenir une réunion plus prompte et un rapprochement plus complet, plus rapide des portions osseuses, lorsque le bec de lièvre est compliqué.

Si nous examinons les avantages et les inconvénients que l'on aurait à pratiquer l'opération plus tard, vers l'âge de trois à six ans, nous trouvons les conditions, selon nous, plus défavorables. A cette époque de la vie, un enfant ne restera pas sans manger pendant deux ou trois fois vingt-quatre heures. Il ne supportera pas la diète comme l'enfant nouveau-né, et l'on sera obligé de le nourrir. La présence des aliments dans la bouche nécessitera des mouvements de mastication ou du moins de déglutition. Si on ne nourrit pas l'enfant pour éviter ces mouvements, il criera beaucoup d'abord, puis il est possible qu'il tombe dans un état d'affaiblissement, de collapsus qui nuise à la réunion des lèvres de la plaie. Si les cris du nouveau-né sont nuisibles, ceux de l'enfant de quatre à six ans le sont encore plus. En premier lieu, ils sont plus fréquents car, outre les besoins qu'il partage avec le nouveau-né, l'enfant dont nous parlons et qui a déjà la connaissance des personnes, pousse des hurlements affreux lorsque le chirurgien l'approche et veut l'examiner. Puis les muscles de la face sont plus forts, plus développés, et l'action qu'ils excitent sur le tissu de la cicatrice est plus considérable, partant, les chances de déchirure sont plus grandes.

On a proposé alors de reculer encore l'époque de l'opération, et de ne la pratiquer que lorsque l'enfant aurait atteint l'âge de huit ou dix ans. A cette époque, a-t-on dit, l'enfant est plus raisonnable. Il commence à sentir toute l'importance de l'opération qu'on va lui pratiquer; souvent même il la désire, la demande; dans tous les cas, il s'y prête facilement, et c'est une heureuse condition que cette absence de cris ou d'efforts. Pour cela seul, nous n'hésiterions pas à prononcer qu'après le moment de la naissance, la meilleure époque et la plus favorable pour pratiquer l'opération du bec-de-lièvre, est l'âge de huit à dix ou douze ans. Ce que nous venons de dire en dernier lieu, ne peut s'appliquer, on le voit, qu'au bec-de-lièvre simple, le bec de lièvre compliqué ne se présentant pas souvent au chirurgien dans un âge aussi avancé, et devant être opéré beaucoup plus tôt pour les raisons que nous avons exposées ci-dessus. Nous le répétons, on ne peut, on ne doit attendre que lorsque l'on a affaire à un bec-de-lièvre simple et sans complication. Nous avons essayé de donner aussi complétement que possible l'indication des cas ou l'opération est non pas seulement possible, mais indiquée, et nous pensons que ces développements sont suffisants pour faire embrasser pleinement la question sous toutes ses faces. Mais une fois l'opération résolue, quelle méthode opératoire allons-nous choisir, quelles précautions prendrons-nous pour obtenir une réussite complète?

Il y a plusieurs genres de réussite, dans l'opération du bec-de-lièvre. On arrive presque toujours à obtenir la réunion des deux lèvres de la solution de continuité, c'est là la moindre chose. Mais presque toujours, et c'est le principal inconvénient de la méthode généralement adoptée, il reste à la partie inférieure de la cicatrice une petite brèche plus ou moins considérable. La plupart des modifications apportées au procédé ordinaire ont eu pour but de faire disparaître cet inconvénient, peu grave d'ailleurs, mais désagréable dans une opération pratiquée à la face. Mais jusqu'à présent, elles ont bien rarement donné le résultat qu'on se croyait en droit d'en attendre. Pour ne parler que pour nous, dans toutes les opérations que nous avons faites jusqu'à présent par l'ancien procédé, nous avons toujours vu persister cette brèche, et une dépression plus ou moins marquée remplacer la solution de continuité primitive. Très marquée déjà dans le bec-de-lièvre simple, cet inconvénient est encore plus manifeste quand il s'agit d'un bec-de-lièvre double, et il tient autant à la nature de la lésion congéniale, qui produit une sorte d'atrophie partielle, qu'au procédé opératoire, qui tend encore à augmenter la perte de substance de la lèvre, par conséquent à faire élever un peu le niveau de chacun des angles de la lèvre, qui ne reste plus horizontal, et contribue à former encore plus manifestement la dépression ou brèche dont nous avons parlé. C'est à cet inconvénient qu'a cherché à remédier M. Malgaigne, et nous vous exposerons son mode opératoire et les résultats auxquels il est arrivé.

(La suite à un prochain numéro.)

Les cataractes secondaires sont-elles susceptibles d'une guérison spontanée;

Par le docteur TAVIGNOT,

Ancien chef de la Clinique ophthalmologique des hôpitaux.

Le fréquence des cataractes secondaires, surtout après l'abaissement, donne un haut intérêt à ce sujet, qui mérite d'être traité à part. A une époque comme la nôtre, où l'on s'est occupé beaucoup, et à diverses reprises, de la question de savoir si la cataracte était susceptible d'une guérison spontanée, on a eu le tort de passer sous silence, ou à peu près, l'étude de la cataracte secondaire à ce même point de vue.

Rien n'est plus simple, en apparence, que le moyen de lever nos doutes, c'est d'observer pendant un certain temps les sujets qui, après l'opération de la cataracte, ont eu une cataracte secondaire, et de tenir compte des changements qui sont survenus dans l'état de l'œil. Cependant il faut se tenir en garde contre une cause d'erreur qui frappe de nullité la plupart des faits que l'on croyait propres à nous éclairer à cet égard.

La cataracte secondaire, nous l'avons dit ailleurs (Thèse de 1843, *Des cataractes secondaires*) doit être définie: « L'opacité d'une portion de la totalité de l'appareil cristallin survenant après l'opération de la cataracte et par le fait de cette opération. » Cependant beaucoup de chirurgiens confondent sous une dénomination commune la cataracte secondaire telle que nous la comprenons, et l'opacité qui résulte d'un fragment de capsule ou de cristallin, primitivement opaque, resté ou remonté dans le champ pupillaire.

Si le précision dans les définitions scientifiques n'était pas toujours de rigueur, elle le deviendrait assurément dans ce cas particulier. Voyez en effet, sous une analogie trompeuse, quelle différence il peut y avoir entre la cataracte secondaire vraie et la cataracte secondaire fausse. D'abord leur origine est le plus souvent différente. La première reconnaît toujours pour cause une lésion traumatique, l'opération; la seconde naît sous des influences tout autres, et qu'il n'est pas dans tous les cas possible de préciser. L'une est une maladie récente, aiguë; l'autre une affection qui remonte à plusieurs mois, sinon à des années, chronique, par conséquent.

Ajoutez à cela qu'un fragment de cristallin ou de capsule libre dans un des milieux de l'œil, ne jouit plus d'une vie qui lui est propre, tandis que la formation d'une cataracte secondaire entraîne forcément avec elle l'idée de vitalité. Ainsi donc, la circonstance de l'opération pratiquée ne donne pas également lieu à ces deux maladies, puisque l'une d'elles existait avant.

Sans poursuivre plus loin le parallèle, en voilà déjà assez pour légitimer une distinction radicale; car nous savons tous que la nature d'une maladie n'est pas sans influence sur sa marche, et que cette marche elle-même n'est pas indifférente au résultat dernier.

Un praticien qui confondrait la cataracte secondaire avec des débris de capsule ou de cristallin remonté, s'exposerait nécessairement à une erreur ayant pour résultat de le faire temporiser quand il faudrait agir, ou de le faire agir quand il faudrait temporiser.

Voilà donc deux lésions que nous avons grand intérêt à différencier l'une de l'autre, puisqu'elles n'ont de commun

---

avoir recueilli au moins cent votes favorables. Le miracle de la multiplication des pains n'est rien auprès de celui-là.

Ne quittons pas l'Académie sans dire un mot d'un petit incident qui, mardi dernier, a fort égayé la docte compagnie. Il est d'usage que l'Académie aille, au 1er mai, souhaiter bonne fête au chef de l'état. M. Caventou, après avoir communiqué le discours qu'il adressa au roi, discours sage et convenable comme tout ce que fait l'honorable président, fit connaître la réponse de Sa Majesté. Cette réponse est-elle sérieuse ou épigrammatique? L'interprétation joyeuse de l'Académie semblait pencher vers cette dernière opinion. Constitutionnellement — je suis très fort sur le représentatif — le roi ne peut mal faire ni mal dire. Or, si le roi a voulu se moquer de la médecine en général et de l'Académie en particulier, cela tombe juste sur le nez de M. le président du conseil, à qui seul nous avons le droit d'en demander raison. Voyons donc. Le roi a répondu à peu près ce qui suit:

« Je vous remercie des vœux que vous faites pour moi et pour ma » famille, au nom de l'Académie de médecine. Vos travaux me sont » précieux, et je les suis avec intérêt. J'ai vu avec une vive satisfac- » tion que, grâce à vous, la vie moyenne en France s'est allongée de » quelques années. Continuez, Messieurs, et bientôt... » Ici, l'hilarité de l'Académie devint si bruyante, qu'il me fut impossible d'entendre la fin de la phrase.

Je demanderai très sérieusement aux rieurs pourquoi cette hilarité? Qu'y a-t-il dans ces paroles qui ne soit juste, convenable et dignement exprimé? Quoi! vous parlez sans cesse de considération et d'honneur que la société vous refuse; et quand le plus élevé dans la société, quand le chef de l'état vient rendre en public un solennel hommage à cette science dont vous êtes les ministres, à cette profession que vous représentez, vous en détruisez le sens et la portée par une hilarité moqueuse? Est-ce que vous nieriez, par hasard, que les progrès de l'hygiène publique et privée, que les bienfaits de la vaccine, aient allongé la vie moyenne des hommes? Cela serait fort curieux de la part de l'Académie de médecine. Admettons que la fin de cette phrase, que je n'ai pas entendue, manifestât une espérance exagérée. était-ce à nous, médecins, a vous, académiciens, de la remarquer et d'en rire?.. Je ne sais qui de vous ou de moi, dans cette circonstance, a un sens plus net et plus juste de la dignité et de l'honorabilité médicales, mais, pour mon compte, loin de rire de cette réponse royale, je la voudrais gravée en lettres d'or dans l'enceinte académique.

— La Faculté, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine et les hôpitaux, viennent de perdre M. Breschet, professeur, doublement académicien et chirurgien de l'Hôtel-Dieu; M. Breschet a succombé samedi à la longue maladie qui depuis longtemps faisait prévoir une issue funeste. Si près de l'heure suprême, la critique doit attendre, se taire et laisser passer le cortége officiel, laisser couler l'éloquence officielle qui, demain mardi, doivent rendre les derniers honneurs à M. Breschet. Heureux qui, dans ces tristes conjonctures, peut espérer que quelques amis véritables s'attristeront de votre mort!...

Les places nombreuses et importantes que laisse M. Breschet vont jeter une grande agitation dans le monde médical. Chaire à la Faculté, fauteuil à l'Institut, quels beaux joyaux et que d'envies en érection à l'heure qu'il est! Quant à l'Académie de médecine, malgré la belle corpulence du défunt, cette mort ne laisse qu'un tiers de place, car jusqu'à ce que l'Académie soit rentrée dans le nombre de 100 membres, il faut trois extinctions pour une nomination.

Allons, jeunes et vieilles ambitions que le talent légitime, à l'œuvre! Ne vous laissez pas distancer par cette ignoble entremetteuse qu'on appelle l'intrigue, qui déjà l'œil ouvert et la jambe en arrêt, n'attend que l'occasion. La torpille poursuivie par son ennemi, le paralyse et l'engourdit par une décharge électrique; soyez cette torpille, et brisez les forces de l'intrigue par action d'éclat. Car l'intrigue, elle, est un mollusque de la famille des *sèches*; quand on la laisse passer et puis qu'on veut l'atteindre, elle sécrète une humeur noire et bourbeuse qui trouble le milieu dans lequel elle s'agite et où votre œil ne pourra plus la suivre.

Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de J. Raimond.

Monsieur, je vous prie d'insérer, dans votre feuilleton, les lignes suivantes:

Exerçant à la campagne, et domicilié dans la résidence d'un pharmacien, j'avais cédé à la nécessité, et, plutôt que de perdre mes malades, je leur avais donné gratuitement les médicaments que je porte habituellement dans ma trousse.

Attaqué par le pharmacien pour avoir préparé, vendu ou débité des médicaments, le tribunal d'Epernay reconnut que ces trois chefs d'accusation étaient faux; mais attendu disait-il, que l'esprit de la loi défend au médecin de donner des médicaments, quand ce médecin est *domicilié* (1) dans la résidence d'un pharmacien, il me condamna le 30 décembre 1844, et m'appliqua l'article 36.

Le tribunal de Reims reçut mon appel, et, reconnaissant qu'il n'y a aucune loi qui condamne le médecin qui donne gratuitement et indistinctement des médicaments à ses malades privés de pharmacien, il me déchargea de la condamnation le 2 mai 1845.

Cette affaire intéressant les praticiens de la campagne et leur permettant de sauver leurs malades à l'aide d'un don purement gratuit, je pense que vous ne vous refuserez pas à lui donner la publicité que lui assure votre journal.

Agréez, etc.,

Le docteur MONOT.

(1) L'article 27 ne dit pas domicilié, il dit *établi*. Or, si l'on consulte le sens grammatical et les articles 102 et 103 du Code civil, on verra que loin de faire dépendre l'établissement du domicile, c'est au contraire le domicile qui *dépend* du *principal* établissement.

D'ailleurs en 1833 (le 7 juin), la Cour de cassation déclara que l'article 36 ne s'appliquait pas aux médecins qui vendaient au poids médicinal; mais seulement dans des lieux privés de pharmacien.

En 1841 (13 août, 3e paragraphe), la Cour de cassation déclare que l'article 27 permet au médecin de cumuler la parmacie pour les bourgs, villages et communes privés de pharmacien.

La même année (18 novembre 1841), elle déclare que le mot *s'établir* ne signifie pas autre chose qu'établir le siége de sa pratique. Un médecin est donc établi partout où il établit le siége de sa pratique.— Ainsi Lehocq ayant établi le siége de sa pratique dans deux départements voisins, se trouvait établi dans ces deux départements à la fois, bien que son domicile ne fût pas dans deux départements, bien que son domicile fût unique et dans un seul département.

NOUVELLES.

M. le docteur Breschet, membre de l'Académie des sciences, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine et chirurgien-consultant du roi, est mort samedi, à la suite d'une longue maladie et dans la 62e année de son âge.

Ses obsèques auront lieu demain mardi, 13 mai, à dix heures et demie.

— Aux nominations que nous avons déjà fait connaître dans la Légion-d'Honneur, nous avons à ajouter les suivantes:

MM. les docteurs Piron (officier); chevaliers, MM. Levacher, Goullin, à Paris; Fontan, à Bagnères-de-Luchon; Dieulafoy et Dassier, à Toulouse.

— *Mort du docteur Haslam.* — Le docteur Haslam vient de terminer à Londres sa longue carrière. Il est mort à l'âge de quatre-vingt-un ans. Peu d'hommes ont vu et traité plus d'aliénés que lui. Nommé médecin de l'hospice d'aliénés de Bethlem en 1795, il remplit exactement cette place pendant un grand nombre d'années. Ses principaux travaux sont:

1° *Des observations sur la manie et la mélancolie*, publiées en 1798;

2° Un mémoire sur " *Sound mind* ", publié en 1819;

3° Des leçons sur *The intellectual composition of man*, en 1828.

qu'une analogie extérieure grossière. Leurs principales différences consistent :

1° *Dans leur époque d'apparition.* La cataracte secondaire vraie ne se manifeste pas avant les 18 ou 24 heures, qui suivent l'opération, comme aussi il est rare qu'elle survienne après deux ou trois jours : quoique je l'aie vue dans des cas exceptionnels se développer plus tard.

La fausse cataracte secondaire peut apparaître pendant les manœuvres même de l'opération, immédiatement après elles, quelques jours après ou même beaucoup plus tard.

Jusque-là, on le voit, la différence n'est qu'une question de temps, en définitive, toujours susceptible de variations.

2° *Dans leur mode de développement.* Si l'on a l'habitude d'examiner l'œil dans les premiers temps qui suivent l'opération, on assiste à la formation de la cataracte secondaire, et on la voit faire des progrès jusqu'à son développement complet. Ces progrès sont, il est vrai, rapides, surtout quand il s'agit de la cataracte secondaire antéro-capsulaire. Il n'en est pas de même de la fausse cataracte secondaire. Comme elle est constituée par des débris capsulo-lenticulaires restés ou remontés dans le champ pupillaire, une fois ceux-ci fixés dans ce point, ils n'ont pas de tendance à devenir plus nombreux ; car les premiers venus barrent ordinairement le passage à ceux qui pourraient encore se déplacer, et l'opacité de l'ouverture pupillaire reste plus tard ce qu'elle était au début; c'est-à dire le plus souvent incomplète. Il y a plus; c'est que, loin d'augmenter, cet obstacle à la vision est bien plutôt disposé à diminué graduellement et à disparaître quelquefois en totalité par voie d'absorption.

3° *Dans leur position.* Quoique les lambeaux de capsule ou les fragments de cristallin placés dans le champ de la vision jouent à peu près le même rôle, comme cause de cécité, que la cataracte secondaire proprement dite, il existe néanmoins assez souvent des différences dont il est bon de tenir compte. Ainsi, si c'est le cristallin en totalité ou la capsule opaque qui sont remontés, il est bien rare qu'ils reprennent exactement leur première position. Le plus souvent ils se présentent, soit horizontalement, soit, ce qui est plus commun, obliquement dans un sens ou dans un autre, de manière qu'un point de leur grande circonférence avoisine l'iris, tandis que le point opposé est assez éloigné de cette membrane. La cataracte secondaire n'offre rien de pareil.

S'il ne s'agit que d'un ou de plusieurs fragments de cristallin réunis, il est encore facile de les reconnaître ; car ils viennent ordinairement se grouper dans l'espace pupillaire, que quelques-uns même traversent souvent pour se loger dans la chambre antérieure. La cataracte secondaire ne fait pas saillie dans la chambre antérieure, qu'elle ne saurait occuper. il y a même une espèce de cataracte secondaire, la postéro-capsulaire, qui reste assez éloignée de l'iris.

4° *Dans leur aspect.* L'inspection fournit encore un caractère précieux tiré de la différence de coloration et de configuration des corps opaques placés au-devant de la rétine. La nuance d'une cataracte varie beaucoup ; mais elle reste à peu près la même dans les premiers temps, lorsqu'elle se reproduit en totalité ou en partie; la ressemblance de coloration mettra donc sur la voie. Ajoutez à cela que la cataracte secondaire antéro-capsulaire a presque toujours une teinte d'un blanc mat, quelquefois jaunâtre, qui a quelque analogie avec l'état de la cornée infiltrée de lymphe plastique ou de matière purulente. Or, il y a entre une cataracte spontanée, fût-elle même capsulo lenticulaire, et la cataracte secondaire qui reconnaît une cause traumatique, une différence d'aspect que l'habitude d'observer permet mieux de reconnaître que de décrire.

A la vérité, la cataracte qui s'est reproduite, et la cataracte qui s'est développée après l'opération, peuvent être toutes deux complètes ou incomplètes. Elles seront complètes si le cristallin, sa capsule ou leurs débris sont remontés en totalité, ou du moins en quantité suffisante pour obstruer complétement la pupille, si la capsule antérieure, transparente avant l'opération, n'a été qu'incomplétement déchirée et s'est enflammée dans toute son étendue, comme cela a lieu le plus habituellement. Enfin, elles seront incomplètes, s'il n'y a de remonté qu'un fragment de capsule ou de cristallin, si la capsule a subi une perte de substance ou ne s'est enflammée que partiellement.

Voici les considérations qu'il ne faut point oublier pour se tirer d'embarras dans son diagnostic.

L'obstacle à la vision est-il complet, la cataracte reproduite sera ordinairement placée plus en avant ou plus en arrière du lieu où elle était avant l'opération : elle sera horizontale ou oblique. La cataracte secondaire occupera toujours la situation qu'affecte normalement la capsule, soit antérieure, soit postérieure ; elle sera verticalement dirigée ; car les déplacements qu'elle pourra avoir subis par suite de quelques adhérences contractées, par exemple, avec l'iris, seront toujours sans importance. La fixité de la cataracte secondaire s'explique très bien ; car on sait que la capsule transparente adhère tellement à la zone ciliaire, qu'il est bien plus facile de la déchirer que de l'en détacher, tandis que le contraire a lieu lorsque la capsule cristalline, ou du moins son feuillet antérieur est opaque.

L'obstacle à la vision est-il incomplet, nous n'en avons que plus de facilité à reconnaître la nature de la maladie. En effet, outre les signes différentiels indiqués plus haut, l'espace pupillaire laissé libre permet au chirurgien de regarder en plusieurs sens le corps opaque qu'il faut définir. Il est plus aisé alors de savoir s'il s'agit d'un fragment de cristallin ou d'une pellicule membraneuse. Dans le dernier cas, la question ne consiste plus qu'à savoir si la membrane est un fragment de capsule déjà opaque avant l'opération ou seulement après elle. Il va sans dire que la connaissance de l'espèce de cataracte que l'on a opérée (connaissance que l'on acquiert d'une manière plus certaine pendant l'opération) peut être ici du plus grand secours. La difficulté ne peut guère cependant exister que dans ce dernier cas ; car une membrane incomplète placée dans le champ visuel n'offre, en définitive, qu'une face et un bord plus ou moins tranchant, tandis qu'un fragment de cristallin, laissant également libre une partie de la pupille, se présentera le plus souvent de manière que l'on puisse apercevoir deux de ses faces.

Si nous ajoutons maintenant qu'une membrane capsulaire, primitivement ou secondairement opaque, a toujours une surface régulière, sans saillies ni enfoncements, tandis qu'un cristallin labouré par l'aiguille et souvent réduit en fragments, ne nous offre qu'un plan irrégulier avec des proéminences et des dépressions, l'on comprendra qu'il soit possible à un œil tant soit peu exercé d'établir une distinction entre ces deux états pathologiques.

5° *Dans leur marche.* A supposer que les caractères différentiels que nous nous sommes efforcé de multiplier pour distinguer une cataracte reproduite d'une cataracte secondaire, ne suffisent pas, la marche différente des deux maladies viendrait nous fournir un complément de lumières. En effet, une fois la cataracte primitive reproduite, elle ne tend plus à augmenter, tandis que la cataracte secondaire une fois en voie de formation, fait souvent des progrès appréciables jusqu'à ce qu'elle soit définitivement aussi complète qu'elle peut le devenir, quoiqu'il y ait cependant des cas où elle s'arrête avant d'arriver à ce terme.

6° *Dans leur terminaison.* Dans les circonstances ordinaires, un fragment de cristallin ou de capsule détaché a une tendance très marquée à diminuer de volume, et laisser de jour en jour un plus grand espace libre aux rayons lumineux. Un mois, six semaines, deux mois après l'opération, ce résultat de l'absorption est généralement on ne peut plus manifeste. Examinez maintenant, après le même espace de temps, ce qu'est devenue une cataracte secondaire ; vous la trouverez dans le plus grand nombre des cas, offrant les mêmes caractères ou à peu près.

En formulant ici d'une manière aussi nette l'opinion que la cataracte secondaire n'est guère susceptible d'une guérison spontanée, nous n'ignorons pas que telle n'est point le sentiment de tous les chirurgiens ; mais tous ne sont point assez tenus en garde contre l'erreur de diagnostic que nous nous sommes attachés à signaler, et lorsque Pott, par exemple, se contente de dire qu'il a vu plusieurs cataractes secondaires guérir spontanément, ne doit-on pas être en suspicion contre la possibilité d'une erreur qu'il était assez difficile d'éviter de son temps ? Pour nous, dont l'attention a été fixée sur ce sujet depuis plusieurs années, nous avons acquis la conviction, qu'à part quelques cas trop compliqués, la cataracte reproduite était susceptible d'être distinguée de la cataracte secondaire.

7° *Dans leur traitement.* Un traitement bien différent dans les deux cas résulte naturellement de ce qui précède. La cataracte reproduite doit être abandonnée, le plus souvent, aux efforts de la nature, aidée des moyens thérapeutiques propres à hâter la résorption ; la cataracte secondaire, au contraire, ne disparaît pas de la sorte, et il faut avoir recours à une seconde opération.

Le temps après lequel celle-ci doit être pratiquée sans inconvénients, peut être fixé, terme moyen, à un mois, six semaines après la première opération. Quel avantage y a-t-il, en effet, à temporiser davantage ? Une fois qu'il est bien établi que l'on a affaire à une cataracte secondaire dont la résorption est trop incertaine pour oser l'espérer des efforts seuls de la nature, pourquoi ne pas se hâter de pratiquer la seconde tentative d'opération pour rendre le plus tôt possible la vue au malade ? Mais nous avons des raisons plus convaincantes encore pour hâter le traitement chirurgical de la cataracte secondaire, dès qu'il n'y a plus de traces de phlegmasie des membranes de l'œil ; c'est qu'en effet la cataracte secondaire, qui est le plus souvent antéro-capsulaire, contracte des adhérences plus ou moins étendues avec l'iris, et ces moyens d'union, plastiques d'abord et peu résistants, finissent, au bout d'un certain temps, par acquérir une consistance telle qu'ils deviennent souvent une difficulté nouvelle pour le chirurgien, quel que soit le procédé opératoire qu'il mette en usage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 23 avril 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. La rédaction en est mise aux voix et adoptée.

— La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Van Swyghoven (de Bruxelles), qui fait hommage à la Société de plusieurs opuscules qu'il a publiés. M. Cullerier est chargé d'en rendre compte.

— *M. Malgaigne* fait voir deux anses de fils provenant de la chute de ligatures portées l'une sur l'artère carotide, et l'autre sur la cubitale. Il fait observer que bien que ces anses soient assez ouvertes, elles ne contiennent aucune matière animale en putréfaction dans leur intérieur.

— *M. Bérard* rend compte de l'examen qu'il a fait de la femme couchée dans son service, et qui, selon lui, est affectée d'une fistule uretéro-utérine. Cette femme s'est présentée à l'hôpital se plaignant de rendre en partie ses urines involontairement par le vagin, et souffrant de douleurs vives dans le flanc gauche toutes les fois que l'écoulement des urines par ce canal cessait d'avoir lieu.

M. Bérard soupçonna d'abord une fistule vésico-vaginale; mais ayant appliqué le speculum dans le vagin, il constata que ce conduit n'offrait aucune solution de continuité, et de plus que l'urine provenait de l'intérieur du col utérin.

Il pensa alors qu'il avait affaire à une fistule établie entre cette portion de l'utérus et le bas-fond de la vessie; mais il renonça bientôt à cette idée en reconnaissant que la vessie renfermait une quantité notable d'urine; que des injections poussées dans la cavité de ce réservoir ne sortaient pas par le col utérin, et qu'enfin le cathétérisme pratiqué simultanément par la vessie et par le museau de tanche ne donnait aucun indice de la rencontre des deux instruments. C'est donc par exclusion qu'il est arrivé enfin à l'idée d'une fistule uretéro-utérine.

M. Bérard rend compte des expériences qu'il a faites pour confirmer ce diagnostic, et il rapporte, entre autre choses, qu'il a constaté que l'urine fournie par la fistule et celle renfermée dans la vessie étaient sécrétées en quantité égale dans un même laps de temps.

En terminant cette communication, M. Bérard demande à ses collègues s'ils connaissent des faits analogues à celui-ci, et s'ils pensent qu'on puisse tenter la guérison de cette fistule par une opération. Quant à lui, il conçoit la possibilité d'établir une communication entre la cavité du col utérin et le bas-fond de la vessie, puis de fermer l'ouverture du col afin de diriger les urines dans leur réservoir naturel.

M. Malgaigne croit qu'on ne doit traiter cette affection que par des moyens palliatifs, tels, par exemple, qu'une poche en caoutchouc, qui s'adaptant exactement au col de l'utérus, recevrait les urines dans sa cavité, et pourrait séjourner sans inconvénient dans le vagin ; il rejette l'idée de tenter la cure radicale de cette fistule par le moyen proposé par M. Bérard ; car il craint qu'après avoir établi la communication entre le col de l'utérus et le bas-fond de la vessie, il ne soit pas possible d'oblitérer le col du premier de ces organes, et qu'alors l'urine contenue dans la vessie et qui vient de l'autre rein ne dégorge dans le vagin avec celle qui vient de l'uretère fistuleux ; ce qui mettrait la malade dans un état pire que celui dans lequel elle se trouve aujourd'hui.

M. Chassaignac croit de plus que l'opération dont il est question serait aveugle, car on ne peut connaître au juste quels sont les rapports actuels de l'uretère avec le col utérin, et il craint qu'en voulant passer de l'intérieur de la fistule dans le bas-fond de la vessie on pénètre dans la cavité péritonéale, et que l'épanchement d'urine et la péritonite ne soient la suite de cette tentative.

M. Bérard ne pense pas qu'il soit bien important de connaître les rapports qui existent entre l'uretère et l'utérus au niveau de la fistule, car il ne se propose pas de toucher à cette fistule, son opération devant porter d'une part sur la vessie, et d'autre part sur le col utérin, mais sur des points sains de ces deux organes. Or il trouve qu'entre l'endroit de la cavité du col où l'uretère vient s'ouvrir et l'orifice inférieur de ce col, il existe en avant une étendue assez considérable de tissus sans rapports avec le péritoine, à travers laquelle il pourrait établir une perforation qui aboutirait à la vessie. Quant à la possibilité d'oblitérer l'orifice du col après l'établissement de cette perforation, c'est là une question que l'expérience seule peut résoudre.

M. Laugier recherche les conditions que doit offrir une pareille opération. Pour être suivie de succès, selon lui, il faut : 1° que l'ouverture pratiquée au col utérin et au bas-fond de la vessie soit nécessairement permanente ; 2° qu'elle soit large ; 3° qu'elle soit pratiquée dans une situation telle, relativement à la fistule, que les urines trouvent plus de facilité à passer par elle que par le col utérin ; enfin, qu'il y ait certitude d'oblitérer le col de l'utérus après qu'elle aura été établie. Or, M. Laugier ne voyant pas la possibilité de faire l'opération dont il s'agit avec toutes les conditions requises pour le succès, s'inscrit contre elle et repousse l'idée de la tenter.

— *M. Nélaton* met sous les yeux de la Société une tumeur de la grosseur d'une noix qu'il a extirpée du sein d'une jeune femme. Cette tumeur présentait tous les caractères symptomatiques que Ast. Cooper a signalés aux tumeurs mammaires chroniques. On peut voir aujourd'hui qu'elle est constituée par un tissu fibreux très dense enveloppé par une membrane celluleuse très fine.

Séance levée à cinq heures.

REVUE GÉNÉRALE.

Hémorrhagie mortelle résultant de la perforation de la crosse de l'aorte par de fausses dents arrêtées dans l'œsophage. — Un jeune ouvrier dentiste, qui avait remplacé deux dents de devant perdues par accident, par deux dents artificielles fixées sur une monture, s'aperçut, le 28 février 1844, à son réveil, que ses dents artificielles n'étaient plus en place, et il se plaignit d'éprouver de la douleur et de la difficulté pour avaler.

M. James, au moyen d'une sonde, reconnut la présence d'un corps étranger dans l'œsophage ; mais il était placé beaucoup trop bas pour pouvoir être saisi avec la pince usitée pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans le pharynx. On fit des tentatives réitérées, mais inutiles, pour entortiller le corps étranger dans un écheveau de fil disposé à l'extrémité de la sonde. La douleur ne tarda pas à disparaître ; mais huit jours après, le malade, en voulant se lever et traverser sa chambre, fut pris de faiblesse et d'étourdissements, et vomit une gorgée de sang, la respiration s'accéléra, la figure devint pâle, la peau froide, mais le pouls conserva une force modérée. M. Duncan, en faisant des tentatives pour extraire avec une pince le corps étranger, détermina un vomissement, et il sortit une gorgée de sang noir et fétide. Cette évacuation fut suivie de l'expulsion d'une quantité de sang beaucoup plus considérable (huit ou dix onces environ), et on entendit les dents artificielles tomber dans le vase où l'on recevait le sang. Au bout de quelques secondes, plusieurs gorgées de sang furent rejetées à diverses reprises ; les lèvres devinrent livides, le pouls cessa au poignet, il y eu un ou deux hoquets convulsifs, et le malade expira.

A l'autopsie, on trouva que l'œsophage, l'estomac et le duodénum étaient distendus par du sang artériel : on l'estima à huit ou dix livres au moins. A environ quatre pouces et demi au-dessous de l'entrée du larynx, existait une perforation de trois quarts de pouce de longueur et trois lignes de largeur, dirigée obliquement en haut et de droite à gauche. Les bords de la perforation étaient arrondis, et il y avait autour d'elle une injection considérable de la membrane muqueuse ; par cette ouverture, un stylet pénétrait facilement dans l'aorte. Lorsqu'on ouvrit ce vaisseau, on trouva une perforation assez grande pour laisser passer une plume de corbeau ; elle siégeait à un demi-pouce environ au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche. Les bords de cette perforation étaient renversés et de forme assez irrégulière. A la partie inférieure, il existait un caillot assez adhérent et assez ferme ; autour de cette ouverture artificielle, on ne voyait que peu ou point d'injection vasculaire. L'aorte était d'ailleurs parfaitement saine.

De l'opium dans l'épilepsie produite par la frayeur. — M. le docteur Neumann avance que bien que l'action de l'opium dans l'épilepsie se borne en général à rendre les paroxysmes de l'épilepsie plus légers et plus rares, et qu'il arrête la terminaison de cette maladie par l'idiotisme, ce médicament possède néanmoins des vertus spécifiques contre l'épilepsie dans un seul cas. Or, ce cas, c'est celui où l'épilepsie a été produite par la frayeur, la peur ou autre passion quelconque, pourvu que le médicament soit employé lors du début, selon M. Neumann. Ordinairement le premier accès de ce genre d'épilepsie n'est pas suivi d'un deuxième, si l'on donne au malade, immédiatement après la fin de l'époque soporeuse, ou lorsque l'accès ne se termine pas par le sopor, après une courte récréation, une dose entière de laudanum ou d'acétate de morphine additionnée d'une substance aromatique quelconque. L'électuaire de thériaque ancien, tant vanté, prescrit à une dose telle qu'il provoque le sommeil, possède d'après le docteur Neumann les mêmes vertus. Il va, du reste, sans dire que cet effet ne peut être obtenu que lorsque les malades évitent soigneusement des excès et que la cause occasionnelle de l'épilepsie ne se renouvelle pas. Le docteur Neumann ajoute que l'épilepsie produite par la frayeur devient incurable pour toute la vie, si on la traite au moyen d'émissions sanguines. Il prétend avoir traité à l'aide de l'opium, cinq cas d'épilepsie produite par la frayeur, avec un tel succès qu'aucun de ses malades n'a plus eu à subir des accès d'épilepsie, du moins qu'il sache.

Du soufre sublimé contre le ver solitaire. — M. Tridenti (*Annali medico-chirurg.*) vante extrêmement l'effet du soufre sublimé contre le ver solitaire. Après avoir employé sans succès chez quinze individus l'écorce de racine de grenadier, il se proposa de guérir le seizième malade d'une affection herpétique au moyen du soufre sublimé à la dose de 16 gr. par jour. Avant de lui prescrire ladite écorce. Au bout de quelques jours, le malade, immédiatement après avoir pris une dose du médicament, éprouva des coliques atroces accompagnées de ténesme et d'une espèce de secousse dans les intestins. Le docteur Tridenti, convaincu que ces symptômes étaient provoqués par le soufre, qui avait agi dans ce cas d'une manière inattendue comme vermifuge, ne tarda pas de donner au malade encore une dose de fleur de soufre, de manière que la quantité qu'il avait prise ce jour-là s'élevait à environ 9 gr. Il s'ensuivit un nouvel accroissement de coliques, et le malade passa ce jour-là ainsi que la nuit suivante dans une grande agitation. Le matin suivant, la moitié du ver ayant été expulsée, on prescrivit la décoction de l'écorce de grenadier, afin d'expulser le ver tout entier, ce qui eut aussi lieu. Le ver avait quatre aunes de long. Dans les quinze cas où le docteur Tridenti avait essayé sans succès l'écorce de grenadier, l'expulsion du ver fut amenée par le soufre seul donné à la dose précitée.

Traitement de la dysenterie au moyen d'une décoction de tamarin et d'ipécacuanha. — Le docteur Turletti préconise la méthode suivante de traiter la dysenterie. Il donne toutes les vingt minutes une cuillerée à soupe d'un mélange préparé d'une décoction de 2 à 3 onces de tamarin dans une livre d'eau, et d'une infusion d'un scrupule à un gros d'ipécacuanha pulvérisé. Le docteur Turletti a toujours observé que l'emploi de ce mélange, surtout lors du début de la maladie, même chez les malades qui avaient été traités sans succès au moyen de saignées, de sangsues, d'opium, du blanc d'œuf, de purgatifs et des émollients, eut pour résultat la diminution des évacuations et des douleurs. Les malades furent mis à même de prendre des boissons sans éprouver du ténesme, celui-ci diminua; les selles devinrent moins sanguinolentes et plus normales; la fièvre disparut, les urines supprimées furent évacuées plus abondamment, et la transpiration reparut accompagnée de sueurs favorables. Le docteur Turletti assure avoir vu guérir par cette méthode, au bout de quarante-huit heures et même vingt-quatre, plus de deux cents cas de dysenterie sporadique. Il avance, du reste, qu'à l'instar du quinquina qui ne guérit que les fièvres intermittentes simples, le tamarin et l'ipécacuanha ne sont des médicaments héroïques que dans la dysenterie pure et vraie. Afin d'obtenir des résultats heureux de ce traitement, il faut étudier la tolérance de chaque malade, doubler les doses, et les donner plus souvent ou plus rarement, tout en entretenant un état de nausée continuelle. Il est utile de faire continuer l'usage de la décoction de tamarin encore pendant deux ou trois jours après la disparition des selles sanguinolentes.

BIBLIOGRAPHIE.

Roussel. — *Système physique et moral de la femme.* Nouvelle édition, par M. Cerise.

C'est une heureuse idée d'avoir cherché à populariser les œuvres d'Hippocrate, de Bichat, de Cabanis, de Roussel, de Zimmermann, en leur donnant le format aujourd'hui à la mode. Mais on doit surtout féliciter l'éditeur d'avoir confié la publication de ces œuvres remarquables à des hommes aussi instruits que MM. Cerise, Daremberg et Marmier. Le mérite du livre de Roussel est bien connu; aussi nous bornerons-nous à parler des additions qui sont dues à la plume de M. Cerise.

Esprit généralisateur, penseur profond, quelque peu entier, comme au reste presque tous les philosophes, M. Cerise aime, lorsqu'il traite un sujet, à le ramener à des formules qui lui donnent la précision d'axiomes. C'est ainsi que dans son introduction, il pose en principe que les trois aspects physiologiques de la femme considérée dans ses types les plus complets, consistent dans une exquise sensibilité, une excessive mobilité, une extrême surexcitabilité nerveuse. A la première de ces divisions se rattachent les qualités; à la seconde, les défauts; à la troisième, les maladies.

Mais quelle est cette sensibilité, d'où découlent à la fois les grâces, les vertus et les talents de la femme? C'est, répond M. Cerise, l'aptitude à s'émouvoir, que je serais fort tenté d'appeler *émotivité*, sauf l'approbation de l'Académie française. L'émotion, voilà donc, en dernière analyse, la fibre organique de la femme, la pile galvanique qui ne cesse de l'agiter. C'est pour satisfaire ce besoin insatiable qu'elle demande aux livres les secrets les plus saisissants, aux drames les combinaisons les plus effrayantes, aux tribunaux les crimes les plus terribles; qu'elle se précipite dans tous les tourments des passions, et affronte même le suicide, justifiant ainsi ces paroles de sainte Thérèse: *Aut pati, aut mori.*

Mais cette ardeur excessive d'émotions, véritable course au clocher, peut avoir les résultats les plus fâcheux, presque toujours elle traîne derrière elle le triste cortége des maladies nerveuses, convulsions, hystérie, somnambulisme, hypochondrie, folie, tels sont les spectres qui se dressent devant la femme et finissent par l'atteindre.

Se livre-t-elle, par exemple, avec trop de ferveur aux exercices religieux, elle devient la proie du mysticisme, de l'extase, des hallucinations, ainsi que nous l'avons montré ailleurs. Parmi les faits de ce genre, nous emprunterons à M. Cerise les deux suivants, qui ont eu un grand retentissement en Allemagne, en Italie, et qui ont été publiés dans une brochure ayant pour titre: *Les stygmatisées du Tyrol, ou l'extatique de Kaldern et les patients de Capriana*, par M. Léon Boré. La première de ces femmes, sujette dans son enfance à des crampes, des convulsions, des hémorrhagies, devint extatique à vingt ans. Cet état, qui parut se lier à sa constitution débile, à son éducation et à la perte de sa mère, se prolongea pendant près d'une année. A cette époque on s'aperçut que le milieu des mains se creusait comme sous la pression d'un corps en relief. Bientôt les nombreux visiteurs qui ne cessaient d'accourir vers l'extatique, la virent s'essuyer le milieu des mains, effrayée comme un enfant, du sang qu'elle y apercevait. Ces stygmates se montrèrent bientôt aux pieds et au cœur. La première fois que j'allai la visiter, dit le célèbre professeur Gœrres, je la trouvai les mains croisées sur la poitrine, laissant voir les stygmates, plongée dans l'extase la plus profonde; mais ce qui fixa mon attention au plus haut degré, ce fut de contempler la reproduction de la passion; frisson, pâleur, décomposition des traits, agonie, mort apparente, rien ne manqua. Au bout de quelques minutes, le visage reprit sa forme et son calme. Cette scène se renouvelle chaque semaine le vendredi, ainsi que je m'en suis convaincu plusieurs fois. Quelque absorbée que soit l'extatique dans ses contemplations, un seul mot d'une personne en rapport spirituel avec elle suffit pour la rappeler aussitôt à la vie réelle, sans qu'elle passe par un état intermédiaire. Il n'y a dans cette représentation merveilleuse, continue M. Gœrres, rien d'appris, rien de faux, rien d'exagéré, et si Marie de Mœrl mourait en réalité dans de pareilles circonstances, elle ne mourrait pas autrement.

Les *Annales universelles de médecine de Milan* (novembre 1837), ont publié l'observation de la patiente de Capriana. Nous extrairons du récit de M. Edmond Cazalis les passages les plus saillants. Lors que nous arrivâmes dans le village de Capriana, dit cet écrivain, nous trouvâmes la jeune fille couchée sur le lit de douleurs, qu'elle ne quitte jamais. Son visage était couvert de sang à moitié séché, comme d'un masque; le sang continuait à couler du front par une foule de petites blessures. A la partie extérieure des mains, la seule qu'on pût voir, se trouvait une plaie large et profonde, d'où le sang se répandait sur les bras. Ses pieds, qui étaient posés l'un sur l'autre, présentaient une plaie semblable plus large et plus profonde encore, avec cette circonstance singulière que le sang se dirigeait vers les doigts, contrairement aux lois ordinaires de la gravité. Ce faible corps, qui depuis plusieurs années n'a pris ni nourriture ni sommeil, supporte toutes les semaines ces terribles assauts. A une certaine heure le sang s'arrête et se sèche, les plaies se ferment toutes seules; les paroxysmes convulsifs diminuent de violence et d'intensité, et la pauvre stigmatisée rentre dans son état ordinaire d'immobilité. Comme dans l'exemple de Marie de Mœrl, le point de départ de cette névropathie paraît avoir été la douleur que la malade ressentit de la mort de son père. Le phénomène de l'hallucination que nous avons dit exister dans toutes les conditions extatiques, mystiques, se reproduisit également chez cette infortunée; elle vit au début de son mal, à une certaine distance, un homme d'un aspect vénérable qui lui ordonnait de s'arrêter, afin de lui faire connaître une chose de la plus haute importance. Sa sensibilité maladive est augmentée et affecte à tel point tous les sens, qu'elle ne peut supporter ni lumière, ni odeur, ni bruit, sans éclater en sanglots, en gémissements, en mouvements convulsifs. Jamais sa croisée ne ferme, quoique le thermomètre soit descendu à plus de 13 degrés au-dessous de 0. Il paraîtrait que la France possède aussi une stigmatisée, madame Miollis, qui habite dans les environs de Draguignan. M. le docteur Reverdet en a parlé dans le *Mercure artésien*.

Les noms honorables et scientifiques de ceux qui ont observé ces deux femmes, sont les garants de la vérité des faits. Quand bien même on chercherait à expliquer les stigmates par des déviations de règles, les symptômes nerveux n'en resteraient pas moins une preuve du haut degré de surexcitabilité nerveuse auquel la femme peut arriver.

Nous n'avons point parlé de la notice sur Roussel, et des notes substantielles que réclamait l'état actuel de la science, et qui sont faites dans un très bon esprit; mais nous croyons être l'interprète de la vérité, en disant que tous ces petits volumes auxquels il faut ajouter les deux derniers, dus à la plume élégante de l'excellent M. Pariset, formeront la Bibliothèque portative du médecin,

A. Brierre de Boismont.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

M. Despretz, en terminant un mémoire sur la *limite des sons graves et aigus*, a fait entrevoir la possibilité d'appliquer le diapason au diagnostic des maladies de l'oreille et de la poitrine. M. Amédée Latour, qui déjà (mai 1843) avait utilisé cet instrument dans le diagnostic des maladies de poitrine, a écrit à l'Académie des sciences pour lui apprendre que le vœu que M. Despretz avait formé dans son sein avait été déjà réalisé par lui. En même temps M. Latour a bien voulu réclamer pour moi, qui ai mis, dit-il, *depuis longtemps* le diapason en usage. Mais, en note, notre confrère ajoute: Qu'il a appris que M. Bonnafont emploie *depuis longtemps* le diapason au diagnostic de la cophose; ce qui serait prouvé par un papier cacheté déposé à l'Académie des sciences. En attendant qu'on brise le cachet du papier de M. Bonnafont, voici qui n'est pas du tout cacheté depuis janvier 1840: « Je ne sais si les physiologistes connaissent les expériences que je fais *depuis longtemps*. J'applique un diapason sur un point du crâne. Le sujet entend un son bien marqué, surtout au sommet même de la tête. Mais si on bouche hermétiquement le conduit auditif, ce son double d'intensité; au vertex il est presque insupportable; il est au moins deux fois plus vibrant que quand on applique le diapason sur l'apophyse mastoïde qui entre cependant dans la composition de l'oreille, puisque les cellules mastoïdiennes sont des diverticulums de la caisse du tambour. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le diapason *appliqué sur la région sternale* produit les mêmes effets, c'est-à-dire qu'on entend le son qu'il produit d'une manière plus distincte quand les oreilles sont bouchées. Le son le plus éclatant se produit quand le diapason est appliqué sur les dents; il est d'une intensité extraordinaire quand en même temps on bouche les conduits auditifs externes. (*Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.* Paris, 1840.) J'ajouterai que ce passage est extrait de l'article dans lequel je traite de la surdité. Je n'ai rien à dire ici sur la valeur de ces expériences. Je désire seulement marquer d'une manière précise leur point de départ, afin de donner un chiffre à mon *depuis longtemps* authentique que j'invoque. C'est donc en 1840 que j'ai imprimé ce qu'on vient de lire. Je ne suis pas curieux, et surtout je respecte fort tout papier cacheté; cependant je désirerais connaître le chiffre du *depuis longtemps* de M. Bonnafont. M. A. Latour s'empressera sans doute de le porter à la connaissance du public.

Agréez, etc.

Vidal (de Cassis).

— M. le docteur Alexandre Ricord et M. Delafond, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

Neuvième liste de souscription pour un confrère malade.

Total des souscriptions précédentes,	427 fr.
MM. les Doct. Rayer,	20
Le Roy-d'Etiolles,	10
Lecœur, à Caen,	10
Total,	467 fr.

Décidément l'*Hygiène des Femmes*, rédigé par M. le docteur Debrnères, sous les auspices de M. Tanchou, est en faveur à la Cour; outre les 24 exemplaires pris par la Reine, madame Adélaïde en a fait demander 15.

C'est la première fois, peut-être, qu'un ouvrage de médecine a eu un pareil honneur; c'est un hommage rendu à l'esprit et au style de cet intéressant travail, dont nous rendrons compte bientôt.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 57. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Des anévrismes des os. Tumeur anévrismale du condyle interne du fémur. Ligature de l'artère fémorale.

Cette affection a encore été désignée sous les noms de *tumeur érectile, tumeur fongueuse sanguine, tumeur pulsative, anévrisme des os*; nous adoptons cette dernière dénomination parce qu'elle nous paraît plus propre que les deux autres à donner une idée exacte de l'altération des tissus osseux que nous allons décrire.

C'est seulement vers la fin du siècle dernier que l'on commença à bien étudier cette maladie. La première observation que nous connaissions est due à Pearson, qui la publia en 1790, dans un journal anglais (Medic. communic., t. XI, p. 95. London, 1790). A peu près à la même époque (1792), Scarpa eut occasion d'en observer un cas qu'il rapporte à la fin de son Traité des anévrismes (Réflexions et observations anatomico-chirurgicales sur l'anévrisme, par Scarpa; traduit par Delpech; p. 463. Paris, 1809). Ces deux faits furent longtemps les seuls que posséda la science, et il nous faut arriver jusqu'en 1826 pour enregistrer quelques nouvelles acquisitions. C'est alors que Breschet, à l'occasion d'une observation publiée par M. Lallemand (Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques et de clinique chirurgicale, t. II, 2e part., p. 253), nous fit connaître trois cas nouveaux empruntés à la clinique de Dupuytren, et entreprit, en rapprochant les faits déjà connus, et en les comparant à ceux qui ont avec eux le plus d'analogie, de tracer une description générale de cette affection, à laquelle il donna le nom d'anévrisme des os (Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques, t. II, 2e part., p. 263). Depuis cette époque, des observations nouvelles ont été publiées en France, par M. Velpeau et M. Roux, qui les a fait suivre de réflexions très importantes (Bulletin de l'Académie de médecine, t. X, p. 380. Février 1845) : en Angleterre, par Joseph Bell; Hansdyside, Hargreaves, etc.; mais il est bien facile de se convaincre que beaucoup de ces faits donnés comme des anévrismes des os, ne sont autre chose que des cancers encéphaloïdes, présentant des pulsations, ou des kystes séro-sanguins sans communication directe avec les artères.

Les véritables anévrismes des os, dans leur état de simplicité, c'est-à-dire sans combinaison avec une dégénérescence cancéreuse, sont excessivement rares; cependant leur existence ne saurait être contestée, les notions que nous avons acquises sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et leur disparition complète par résorption graduelle ne pouvant laisser aucun doute à cet égard.

C'est sous ce dernier point de vue, c'est-à-dire dans leur état de simplicité, que nous considérons les anévrismes des os, à l'occasion du malade qui est couché dans nos salles, et dont l'observation sera bientôt rapportée. En rapprochant tous les faits analogues, essayons d'abord de tracer l'histoire de cette affection d'après l'état actuel de la science.

Les tumeurs anévrismales des os ont constamment pour point d'origine le tissu spongieux; aussi les observe-t-on habituellement sur les extrémités renflées des os longs; et il est curieux de voir que de tous les points du squelette l'extrémité supérieure du tibia est celui où l'on a eu le plus souvent l'occasion de les observer. Fatale prédilection, dont on chercherait en vain l'explication, soit dans la structure, soit dans les fonctions de cette extrémité osseuse! Il faut dire cependant que ces tumeurs ont été observées sur presque tous les os longs et sur quelques-uns des os plats.

Le malade qui est actuellement dans le service, et qui est couché au n° 4 de la salle des hommes, porte une de ces tumeurs au niveau du condyle interne du fémur droit. Une dame dont parle M. Roux en présentait une qui s'était développée aux dépens du diploé de l'os pariétal gauche.

Lorsque la tumeur a pris un développement assez considérable, l'os présente une excavation plus ou moins considérable; il a éprouvé une perte de substance qui a réduit l'extrémité articulaire à une coque irrégulière, anfractueuse, dont les parois, largement perforées dans certains points seulement, amincies dans d'autres, sont formées par le tissu spongieux abreuvé de sang.

Avant la perforation complète de la coque osseuse, celle-ci se montre sous la forme d'une lamelle flexible qui cède facilement sous le doigt qui la presse, et se relève immédiatement. A une époque plus avancée, lorsque la coque a été en partie détruite, elle est remplacée par le périoste, qui présente ordinairement un épaississement considérable uni à un commencement de transformation fibro-cartilagineuse. Dans le cas décrit par Scarpa, la destruction du tissu osseux était portée à un tel point, que la continuité du tibia se trouvait interrompue; l'extrémité articulaire était complétement séparée de la diaphyse, à laquelle elle ne tenait plus que par le périoste étendu de l'une à l'autre, de manière à former le corps du sac anévrismal, dont les extrémités supérieure et inférieure étaient constituées par le tissu osseux. Dans ce cas, la face interne du sac était inégale, irrégulière et semblable à la face interne du placenta. Dans l'intérieur de cette poche, on trouve des masses de caillots fibrineux, stratifiés, semblables, en un mot, à ceux qu'on rencontre ordinairement dans les anévrismes anciens. A l'extérieur du sac, on remarque quelquefois des vaisseaux artériels d'un calibre beaucoup plus grand que celui des vaisseaux ordinaires du tissu cellulaire et du périoste. (Scarpa.)

Dans tous les cas, on a pu constater que les troncs des vaisseaux principaux étaient complétement exempts d'altération; ils ont pu être injectés, disséqués, sans offrir aucune solution de continuité. Mais il n'en est pas de même des vaisseaux qui pénètrent dans la substance spongieuse des os; ces vaisseaux sont dilatés, et plusieurs d'entre eux viennent s'ouvrir dans l'intérieur du foyer sanguin.

« Ayant nettoyé exactement l'intérieur du sac, je vis, dit » Scarpa, une quantité prodigieuse d'orifices artériels, par » lesquels la cire injectée dans l'artère poplitée immédiate- » ment après l'amputation s'était épanchée dans cette cavité.»

L'articulation voisine de l'anévrisme a toujours été trouvée saine, lors même qu'elle n'était séparée du foyer sanguin que par un feuillet cartilagineux.

Suivant Breschet, et son opinion a été adoptée par beaucoup d'auteurs, l'affection dont nous faisons l'histoire doit être comparée aux tumeurs érectiles des parties molles. Cette comparaison est justifiée à certains égards; mais cependant les détails que nous venons de donner sur l'anatomie pathologique, nous montrent que ces anévrismes en diffèrent essentiellement : ainsi, au lieu d'un tissu vasculaire analogue au tissu caverneux qui forme la masse des tumeurs érectiles, on ne trouve dans les anévrismes osseux qu'une cavité remplie de sang liquide ou coagulé, dans laquelle viennent s'ouvrir plusieurs vaisseaux artériels; en un mot, il y a dans ce cas un véritable sac anévrismal comparable à ceux que l'on rencontre dans les parties molles, avec cette différence seulement que les premiers reçoivent le sang qui est versé dans leur intérieur par un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux artériels, tandis que les seconds ne communiquent qu'avec un seul tronc vasculaire.

Telles sont les dispositions anatomiques que l'on peut constater lorsque les anévrismes osseux sont parvenus à leur entier développement; mais quelles sont les phases par lesquelles est passée l'altération osseuse pour arriver à l'état que nous venons de décrire? Cette question est difficile à résoudre dans l'état actuel de la science, car nous manquons d'observations anatomiques relatives à la première période de cette affection. Nous ne connaissons que les deux faits publiés par Scarpa dans son mémoire sur l'Anévrisme par anastomose (Annali universali di med., juin 1830, traduit dans les Archives générales de méd., t. XXIII, p. 525, et t. XXIV, p. 101), qui puissent jeter quelque jour sur ce que l'on pourrait appeler la lésion élémentaire du tissu osseux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un vieillard chez qui, dans l'espace de deux ans, on vit se développer sur différents points du squelette sept tumeurs pulsatives, et qui mourut dans un état comateux. L'ouverture du cadavre fut faite sous les yeux de Scarpa, par le docteur Borta; une injection fut poussée dans l'aorte, et l'on procéda ensuite à l'examen des tumeurs. La dissection fit voir qu'elles étaient complétement recouvertes par le périoste épaissi, spongieux et rempli de vaisseaux injectés. Au-dessous du périoste existait un tissu d'un jaune rougeâtre, mou dans quelques points, demi-élastique dans d'autres, traversé par un réseau inextricable de capillaires artériels, qui formaient par leur réunion une masse vasculaire dont l'organisation permettait de concevoir comment le sang, en y abordant, déterminait des battements semblables à ceux qu'on observe dans une tumeur anévrismale. Une disposition remarquable et qui, ajoute l'auteur, mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle se présentait dans toutes les tumeurs existantes, c'est que toutes étaient manifestement composées de deux parties, l'une superficielle, l'autre profonde; cette dernière était évidemment formée par les vaisseaux de l'os largement dilatés.

Dans le second cas, la tumeur qui occupait l'extrémité inférieure du tibia fut examinée après l'amputation du membre, et l'on reconnut qu'elle présentait la même disposition que dans le cas précédent. Le périoste, épaissi, très vasculaire, formait son enveloppe extérieure, et l'on trouvait à son centre, qui correspondait à une dépression infundibuliforme creusée dans ce tissu osseux, une substance en partie molle, en partie semi-élastique, d'un jaune rougeâtre, parsemée d'un nombre infini de vaisseaux artériels et veineux, d'un volume assez considérable et entrelacés de mille manières différentes. En outre, le sommet de la tumeur était occupé par un kyste d'un demi-pouce de diamètre rempli de sérosité sanguinolente.

Les deux faits que nous venons de reproduire en analyse semblent donc nous autoriser à conclure que les vastes poches anévrismales que nous avons décrites d'après Pearson, Scarpa, Breschet, sont précédées par la formation d'un tissu érectile; qu'à une certaine époque il se fait une rupture vasculaire dans ce tissu, comme le pense Scarpa; que le sang s'épanche hors des vaisseaux, refoule les parties et se conduit ultérieurement comme dans les anévrismes proprement dits. Mais, pour que cette conclusion fût complétement légitime, il faudrait qu'il nous fût démontré que les deux faits sur lesquels elle s'appuie sont bien des exemples de l'anévrisme osseux à sa première période; or, c'est là précisément un point sur lequel il est permis d'élever quelque doute. En effet, bien que les sept tumeurs observées dans le premier cas aient paru à des époques différentes, on ne peut point suivre sur elles ce travail pathologique dont le dernier terme est la formation d'une poche anévrismale; il est dit, au contraire, que toutes étaient formées par le même tissu; en outre, il n'est fait mention, ni dans la description anatomique, ni dans les symptômes, de cette coque osseuse que l'on a rencontrée dans presque tous les cas. Ajoutons que Scarpa déclare que, d'après sa propre expérience, ce sont les os du crâne qui présentent le plus souvent ces tumeurs; mais nous avons vu que ce ne sont point ces os sur lesquels on rencontre le plus souvent les anévrismes osseux. N'aurait-il pas confondu avec eux des tumeurs cancéreuses pulsatives qui prennent naissance dans le tissu spongieux des os et dans le diploé?

Cette supposition est d'autant plus probable, que l'auteur cite comme un exemple d'anévrisme osseux la tumeur fongueuse du crâne, pour laquelle Walther fit une incision qui fut suivie d'une hémorrhagie foudroyante. Or, dans ce cas, comme dans toutes les tumeurs dites fongueuses de la dure-mère ou du crâne, la masse morbide était constituée par du tissu encéphaloïde. Cependant Scarpa, qui avait déjà étudié et décrit précédemment un véritable anévrisme osseux, n'hésite point à rapporter les deux derniers faits qu'il cite à la même affection; et d'autre part, il affirme que le tissu qui formait la tumeur dans ces deux cas, n'offrait aucune analogie avec le *cancer mou* ou *fongus médullaire.* Tout le monde conviendra que le témoignage d'un homme habitué, comme l'était Scarpa, aux recherches d'anatomie pathologique, et qui de plus avait fait une étude approfondie des maladies des os et du cancer, doit être d'un grand poids dans cette question. Nous ne croyons cependant devoir accepter son opinion qu'avec certaines réserves; sa théorie nous paraît probable, mais nous ne saurions l'accepter comme un fait démontré et définitivement acquis à la science.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de ces cas dans lesquels l'anévrisme osseux existe seul, sans aucune complication avec une autre altération organique; mais j'ai déjà fait pressentir que cela est fort rare. Souvent on trouve réuni à l'état que je viens de décrire, une dégénérescence cancéreuse des parties voisines; coïncidence qui indique entre ces tumeurs et les affections cancéreuses un certain degré de parenté que révèle encore la tendance à la récidive observée dans certains cas.

Si l'on consulte le petit nombre d'observations que nous possédons sur les anévrismes des os, on voit que dans certains cas l'apparition de la tumeur a été précédée de douleurs d'abord vagues, passagères, qui bientôt sont devenues fixes et permanentes; mais le plus souvent la maladie a débuté d'une manière brusque, le malade a ressenti tout à coup une douleur extrêmement vive, accompagnée d'une sensation de craquement dans le voisinage d'une articulation; cette douleur a persisté pendant deux ou trois mois, puis on a pu constater l'existence d'une tumeur. Celle-ci est d'abord peu prononcée et pourrait facilement échapper à un observateur peu attentif; mais bientôt elle s'accroît, et présente alors les caractères suivants : elle forme un relief considérable; la peau qui la recouvre se montre avec sa coloration normale; mais au bout d'un certain temps elle prend une teinte rosée ou violacée; elle laisse apercevoir, par transparence, des veines nombreuses qui rampent dans le tissu cellulaire sous-cutané. La base de la tumeur se perd dans les parties molles circonvoisines, sans qu'il soit facile d'en apprécier nettement les limites; on reconnaît cependant, à l'aide du toucher, qu'elle se confond avec l'os sous-jacent. Le palper fait en outre reconnaître que la partie tuméfiée présente une consistance variable dans ses différents points; molle et fluctuante dans certains endroits,

elle est résistante dans d'autres. Souvent en pressant les points qui sont le plus résistants, on perçoit une sensation que l'on a comparée au froissement d'un parchemin sec, ou au brisement d'une écaille d'œuf; phénomène qui est dû à l'affaissement de la coque osseuse qui cède sous les doigts pour se relever ensuite.

Mais un des symptômes les plus caractéristiques de ces tumeurs, c'est de présenter des battements isochrones aux pulsations artérielles, qui ne consistent pas en un simple soulèvement; il y a là, comme dans les anévrismes proprement dits, un mouvement d'expansion. Suivant Breschet, le battement observé dans toutes ces tumeurs résulte : « De mouvements synchroniques de dilatation et de resserrement de toutes les petites artères qui se rendent dans la partie malade de la substance osseuse. De tous ces mouvements partiels, mais simultanés, résulte un mouvement d'ensemble; c'est ce que nous avons plusieurs fois observé sur des tumeurs érectiles des lèvres, du globe oculaire, de la conque de l'oreille, » etc.

On voit que cet auteur reproduit dans ce passage une opinion que nous avons déjà combattue, à savoir, que ces tumeurs sont formées par un tissu érectile. Comme nous avons rejeté cette proposition, nous ne saurions accepter l'explication qui en est déduite.

Nous pensons que les battements que présentent ces tumeurs parvenues à leur entier développement doivent être attribués à l'abord d'un flot de sang dans le sac anévrismal pendant chaque mouvement de systole du cœur; explication qui semble justifiée par les détails d'anatomie pathologique que nous avons exposés plus haut. Ces battements s'arrêtent aussitôt que l'on comprime l'artère principale du membre, et reparaissent dès que l'on cesse d'exercer la compression. Pendant que l'on interrompt le cours du sang dans le membre et dans la tumeur anévrismale, celle-ci devient plus molle, elle s'affaisse, et l'on peut facilement alors y reconnaître la fluctuation, qui est difficile à percevoir quand les battements se font sentir. Une pression lente, mais soutenue, réduit la tumeur, et l'on parvient à déprimer assez profondément la peau qui la recouvre, et à reconnaître que l'os sous-jacent présente une excavation plus ou moins profonde, suivant le volume ou l'ancienneté de la tumeur. Malgré l'existence des battements dont nous venons de parler, l'oreille ne perçoit aucun bruit de souffle. Ces tumeurs développées dans le voisinage d'une articulation, en gênent ordinairement les mouvements; l'extension complète devient impossible, soit à cause de la traction douloureuse que les ligaments exercent sur la portion d'os altérée qui leur fournit un point d'insertion, soit à cause de la tension des muscles qui passent sur la tumeur et qui la compriment; dans tous les cas les malades éprouvent une douleur vive et continue que la pression augmente; quelquefois il s'y joint des élancements passagers. Notre malade ressentait une douleur continue qu'il comparait à celle que pourrait produire une pression très forte, exercée à l'aide d'un corps dur sur l'articulation du genou. Maintenant il ne peut mieux la comparer qu'à une crampe; et s'il pouvait, dit-il, étendre complétement la jambe sur la cuisse, il lui semble qu'elle disparaîtrait aussitôt.

Les progrès du mal sont en général assez lents; nous voyons, en effet, que plusieurs malades ont porté leurs tumeurs pendant quelques années, sans que celles-ci aient pris un volume très considérable. Dans le cas cité par Pearson, on voit la maladie rétrograder pendant quelques mois pour se développer de nouveau avec plus d'activité. Ces anévrismes, arrivés à un certain degré de développement, se rompraient-ils comme ceux que l'on observe au milieu des parties molles? Cela est probable. Cependant nous devons dire que la science ne possède aucun exemple de cette terminaison. Les auteurs parlent d'ulcérations, d'hémorrhagies observées dans les dernières périodes; mais il est permis de se demander si dans ces cas c'étaient bien des anévrismes osseux qui ont été observés, ou bien des tumeurs cancéreuses avec pulsations.

Cette affection a presque toujours été observée sur de jeunes sujets ou chez des adultes; les causes qui lui donnent naissance sont assez obscures. On l'a vue souvent succéder à des violences extérieures, à des contusions exercées sur la partie où s'est développée la tumeur, à une entorse de l'articulation voisine du point affecté; mais il est bien permis de douter que ces différentes causes aient eu quelque influence sur la production de ces tumeurs; n'est-il pas probable que dans bien des cas l'altération de l'os existait déjà sans que sa présence ait été révélée par aucun symptôme, et qu'un effort, un mouvement brusque, ayant déterminé les premières douleurs, a pu paraître provoquer le développement de l'anévrisme.

Un anévrisme des os peut être confondu : 1° avec un anévrisme développé au sein des parties molles, sans aucune lésion osseuse; 2° avec un de ces cancers des os qui présentent des pulsations; 3° avec une tumeur enkystée développée dans le tissu osseux.

Les anévrismes des os présentent une telle ressemblance dans leurs symptômes avec ceux des parties molles, que ces affections ont dû plusieurs fois être confondues entre elles. On peut même dire que cette méprise était inévitable, avant que nous eussions acquis sur les anévrismes osseux les notions que nous possédons maintenant. Aussi dans les premières observations qui ont été publiées, celles de Pearson, de Scarpa, de M. Lallemand, a-t-on cru à l'existence d'anévrismes ayant pour point d'origine les artères articulaires du genou ou l'artère tibiale antérieure, et ce ne fut que par l'autopsie que l'on découvrit la nature du mal. Cependant il sera en général facile de distinguer les deux affections que nous venons de mettre en présence à l'aide des caractères suivants : l'anévrisme osseux fait, pour ainsi dire, corps avec un os sous-jacent; on trouve encore à la surface de la tumeur, ou du moins à sa base, une lamelle osseuse qui fait éprouver à la main qui presse une sensation de crépitation; après la réduction de la tumeur, on constate que l'os qui la supporte a éprouvé une perte de substance. Les anévrismes qui n'ont pas le tissu osseux pour point d'origine sont ordinairement mobiles, ou faiblement unis aux os voisins, de manière qu'il est permis de leur faire éprouver une sorte de déplacement; en outre, l'auscultation y fait reconnaître un bruit de souffle qui n'existe pas dans les premiers.

La difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit de diagnostiquer un anévrisme osseux d'avec une tumeur cancéreuse des os accompagnée de pulsations. Nous trouvons, en effet, une foule de signes communs à l'une et à l'autre affection : toutes deux sont intimement unies à un os sous-jacent; elles peuvent l'une et l'autre faire éprouver à l'os une perte de substance; on peut reconnaître dans les deux cas une lamelle osseuse qui donnera lieu à une crépitation; toutes deux enfin présentent un battement expansif et de la fluctuation. En vain chercherait-on dans les douleurs lancinantes un signe différentiel entre ces deux affections; on sait, en effet, maintenant que ces douleurs, considérées naguère comme un signe presque pathognomonique des affections cancéreuses, manquent souvent dans celles-ci et se rencontrent quelquefois dans des tumeurs qui ne présentent aucune dégénérescence de mauvais caractère. Les signes qui pourront aider à résoudre ce problème difficile sont les suivants :

1° L'anévrisme osseux, et je ne parle ici que de celui qui est exempt de toute complication, disparaît complétement, ou du moins presque complétement, par une pression continue, tandis qu'une tumeur encéphaloïde s'affaisse bien un peu sous la pression, par le fait de l'expulsion du sang que contiennent les vaisseaux nombreux qui la parcourent, mais il reste toujours une masse de tissu cancéreux qui ne peut disparaître;

2° Les tumeurs cancéreuses des os qui présentent des battements, font ordinairement entendre un peu de souffle; or, nous avons déjà dit que ce souffle n'a point encore été constaté sur les anévrismes osseux.

D'après ce que nous venons de dire, on comprend facilement qu'il sera impossible de reconnaître la combinaison des deux affections, c'est-à-dire de l'anévrisme osseux et du cancer; mais, heureusement, cette imperfection de l'art est sans importance pour la pratique, car dès qu'il existe une dégénérescence cancéreuse, cette altération fournit à elle seule toutes les indications thérapeutiques.

Quant aux tumeurs enkystées, elles ne pourraient être confondues qu'avec un anévrisme osseux, encore enveloppé par une coque assez ferme pour empêcher de percevoir les pulsations; mais nous devons dire que cette difficulté semble ne point s'être encore présentée aux observateurs; il est facile d'ailleurs de prévoir que le développement ultérieur du sac anévrismal ne tarderait pas à dissiper les doutes.

Un anévrisme des os est toujours une maladie grave; car, si l'on n'arrête ses progrès par un traitement convenable, il détruit le tissu osseux et rend bientôt impropre à tout service le membre où il a pris naissance. D'un autre côté, on ne peut le guérir sans avoir recours à une opération, ainsi que nous l'établirons bientôt, et cette opération présente toujours beaucoup de danger. Il faut ajouter, en outre, que le petit nombre d'observations que nous possédons compte déjà plusieurs récidives, même après l'ablation complète de la tumeur. Ces raisons sont certainement plus que suffisantes pour justifier le jugement que nous avons porté sur la gravité de cette affection. Est-il besoin de dire que sa gravité sera d'ailleurs proportionnée au siége de la tumeur, plus ou moins rapprochée du tronc, à la destruction qu'aura déjà éprouvé le tissu de l'os.

G. G.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

De l'esthiomène, ou dartre rongeante syphilitique de la face. Observation et remarques pratiques; par M. Jules DAVASSE, interne du service.

« Peu de maladies, dit Alibert, ont autant d'analogie et de similitude que la syphilis et les scrofules. »

Toutes deux, en effet, affectent l'économie entière de leurs produits nombreux, et s'expriment souvent d'une manière semblable. Toutes deux révèlent au même degré l'existence d'une cause première et essentielle, qui est comme le lien idéal de leurs nombreuses affections. On conçoit donc qu'elles soient d'une distinction difficile dans la pratique, où on les rencontre d'ailleurs se compliquant fréquemment ensemble; et ces difficultés sont d'autant plus grandes que la science n'a pas encore nettement précisé l'histoire des affections essentiellement déterminées à chacune de ces deux grandes espèces morbides. En attendant, on se contente, dans beaucoup de cas, de formuler la distinction du vice vénérien, scrofuleux ou tout autre, au besoin invoqué, d'après les renseignements plus ou moins certain des malades, et les caractères plus ou moins vagues de l'affection observée. Or, la première question serait de savoir si une même expression symptomatique ne reçoit pas de chaque maladie un cachet différent. Cette dernière proposition étant vraie, il sera toujours important d'en préciser la valeur par l'observation. Sous ce rapport, tout le monde sait qu'il y a une physionomie particulière qui ne trompe pas sur la nature de certaines affections, mais dont nous sommes le plus souvent inhabiles à retracer le portrait fidèle.

L'esthiomène est surtout dans ce dernier cas; c'est là un symptôme évident de la scrofule ou de la syphilis, et qui trahit l'une ou l'autre de ces maladies. Alibert, il est vrai, admettait une dartre rongeante idiopathique, avec la scrofuleuse et la vénérienne; mais après avoir établi avec juste raison que les variétés de dartre rongeante dépendent généralement de la cause qui les fait naître (1), est-il logique d'admettre, avec lui, l'existence d'une dartre rongeante idiopathique, c'est-à-dire qui survient sans aucune cause appréciable, et qui tiendrait à une dépravation particulière des humeurs qu'il est impossible de déterminer (2)? Nous ne nous arrêterons pas à une telle supposition.

On a peu communément l'occasion d'observer l'esthiomène syphilitique dans les hôpitaux vénériens; il est moins rare de le rencontrer dans les salles des scrofuleux, confondu avec les affections que présentent ceux-ci; aussi a-t-il été longtemps considéré comme de la scrofule; et peut-être convient-il de lui rapporter les faits de plusieurs cures rapides que l'iode aurait opérées dans cette dernière maladie.

Le cas suivant est celui d'un esthiomène syphilitique de la face; c'est le lupus de Willan.

La nommée Marie L...., âgée de trente-trois ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un médiocre embonpoint, mais d'une assez bonne constitution, entre le 18 novembre 1844, salle Saint-Bruno, n° 30, pour des tubercules de la face.

Née de parents sains, n'ayant jamais vu aucune affection dartreuse dans sa famille, elle se rappelle n'avoir jamais eu elle-même, dans son enfance, que quelques gourmes à la tête, et point d'engorgements glanduleux du cou. Réglée à quinze ans, elle travaillait depuis cette époque dans un magasin de lingerie; elle était assez bien nourrie et logée; seulement elle prenait peu d'exercice à cause des travaux sédentaires de sa profession. Mariée à vingt-deux ans, elle devint bientôt enceinte, et sa première couche fut bonne. Trois mois après l'accouchement, elle ressentit pour la première fois des démangeaisons assez notables aux parties génitales, et il survint de petits boutons en assez grand nombre, et qui n'étaient autres que des chancres. Ne se doutant nullement de leur nature, elle ne chercha pas à vérifier si son mari était affecté de maladie vénérienne, et ne fit aucun traitement. Ces boutons persistèrent assez longtemps, et en se renouvelant pendant six mois environ, jusqu'à l'époque d'un second accouchement; mais l'enfant que cette fois elle mit au monde, chétif et cachectique, malgré tous les soins possibles, mourut dans un dépérissement profond à l'âge de cinq mois, sans avoir présenté néanmoins aucun mal appréciable à l'extérieur. Depuis cette époque, quoiqu'elle ait eu encore cinq enfants, ceux-ci se sont bien développés, et avec toutes les apparences d'une bonne constitution. Elle-même s'est toujours bien portée, et n'a vu survenir ni mal de gorge, ni chute des cheveux, ni aucune éruption cutanée; mais il est infiniment probable qu'après les premiers boutons primitifs, ceux qui se sont développés ensuite en l'espace de six mois aux parties génitales, n'étaient autres que des plaques muqueuses, qui, du reste, se seraient guéries à l'époque de l'accouchement.

C'est seulement depuis vingt mois, à l'âge de trente et un ans (par conséquent huit ans après l'infection primitive, et le développement des accidents secondaires qui aurait presque immédiatement succédé), que l'affection actuelle a commencé, sans aucune cause pour elle évidente, par de petites élévations dures et irrégulières sur le lobule du nez, qui se sont étendues en peu de temps aux ailes de cet organe, au-dessus de la lèvre supérieure et à ses commissures. Ces saillies s'agglomérant ensemble, formaient plusieurs plaques inégales et mamelonnées, d'un rouge sombre, couvertes d'ulcérations irrégulières et livides, saignant facilement, de manière à couvrir bientôt toute la région naso-labiale. Un médecin, dans le département où elle se trouvait (Loir-et-Cher), lui fit prendre une liqueur (probablement de Van-Swiéten), une cuillerée tous les jours, et lui ordonna, en outre, des frictions sur les cuisses avec l'onguent mercuriel. Ce traitement fut suivi assez régulièrement par la malade pendant deux mois, sans aucune amélioration sensible.

Voici l'état qu'elle présente à son entrée à l'hôpital de Lourcine. La moitié inférieure du nez, toute la lèvre supérieure, et les parties voisines dans une petite étendue, présentent des saillies tuberculeuses irrégulièrement disséminées; mais la plupart confluentes, dures à leur base, présentant plusieurs ulcérations assez profondes, dont les bords ne sont point arrondis, et couvertes çà et là de concrétions croûteuses coniques adhérentes, jaunâtres; toute la région qu'elles comprennent est d'un rouge obscur, même dans l'intervalle des tubercules isolés; on y voit encore les traces grisâtres, déprimées, de plusieurs cicatrices anciennes, à côté d'autres saillies ulcérées commençantes. A droite, l'aile du nez a subi une notable perte de substance par les progrès du mal; toute la peau est détruite, ainsi qu'une partie des fibro-cartilages des narines et de la sous-cloison, et le lobule du nez est attiré en bas par cette dépression, qui donne à l'ensemble de la figure un aspect caractéristique. Enfin tout près de la commissure labiale existe une croûte épaisse, large, rugueuse, fendillée et jaunâtre, qui adhère intimement aux parties sous-jacentes. La malade qui vient réclamer nossoins pour cette *dartre* de la face, ne se plaint du reste d'aucune douleur dans cette partie. Elle est mise en traitement le lendemain de son entrée à l'hôpital. — Iodure de potassium à l'intérieur, 1 gramme dans un litre d'infusion de saponaire.

L'influence favorable de ce traitement ne tarda pas à se faire sentir. Au bout de huit jours, plusieurs tubercules qui avaient commencé à faire saillie depuis peu entraient en résolution; les surfaces ulcérées avaient pris un meilleur aspect; la peau paraissait plus souple, et sa coloration morbide semblait déjà un peu effacée. — Après deux semaines, les croûtes avaient disparu, les tubercules anciens s'étaient affaissés; il existait une amélioration très remarquable; on augmenta d'un gramme la dose d'iodure de potassium. A partir de ce moment, la résolution marcha avec rapidité, et bientôt le

(1) Alibert, *Malad. de la peau*, 1er vol.
(2) *Ibid.*

siége des tubercules ne fut plus marqué que par des maculatures un peu livides, et des cicatrices blanchâtres et déprimées. Après un mois de traitement suivi avec régularité, l'aspect cuivré n'est presque plus sensible; il n'y avait plus aucune saillie distincte, et on ne remarquait que les dépressions résultant des cicatrices; tel était l'état de cette femme à la fin du mois de décembre, où elle continuait encore son traitement, elle est sortie de l'hôpital peu de temps après, parfaitement guérie.

La nature de cette affection ne pouvait être un moment douteuse. Son développement subit, accidentel, dans l'âge adulte, l'absence d'autres symptômes de scrofule, et au contraire l'existence d'une infection syphilitique antérieure, voilà autant de circonstances qui devaient aider beaucoup sans doute au diagnostic; mais en outre des renseignements que l'on peut avoir, il y a encore une différence assez remarquable dans la physionomie du malade.

Les tubercules syphilitiques, groupés en général autour du lobule du nez, circonscrits dans une petite étendue, toujours plus ou moins profondément ulcérés et cuivreux, et enfin ayant un caractère parfaitement tranché avec l'état normal des parties voisines, ne ressemblent pas à cet ensemble de saillies confluentes et mamelonnées, d'ulcérations boursouflées, rongeantes et ichoreuses, qui se confondent sans délimitation avec les parties voisines, de croûtes brunâtres entremêlées de cicatrices irrégulières, en un mot, à tout cet ensemble de déformations plus ou moins hideuses, particulières aux visages bouffis, tuméfiés par un gonflement œdémateux et diffus, dans les cas de lupus scrofuleux. Enfin une circonstance importante, c'est la marche bien différente que l'une et l'autre affection prennent sous l'influence des préparations iodurées; tandis que ce traitement a des résultats merveilleux sur la dartre rongeante syphilitique, il perd beaucoup de son efficacité dans ce dernier cas, et cela est tellement vrai que les hommes qui se sont occupés avec le plus de succès des maladies vénériennes, n'hésitent pas à regarder comme un signe diagnostique précieux les différences thérapeutiques du même traitement appliqué à la scrofule et aux affections tertiaires de la syphilis.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai. — Présidence de M. Caventou.

M. Ruef, médecin de la manufacture des tabacs à Strasbourg, adresse une lettre pour communiquer les résultats de son observation relativement à l'influence du travail dans les manufactures de tabac sur la préservation de certaines maladies. Il ne croit pas que les ouvriers de Strasbourg soient plus préservés que le reste de la population, de la phthisie, de rhumatismes et de fièvres intermittentes.

M. Villeneuve saisit cette occasion pour dire qu'il a consulté un grand nombre de femmes qui ont accouché pendant qu'elles étaient ouvrières dans les manufactures de tabac, et qu'aucune d'elles n'a présenté le phénomène dont on a parlé, l'odeur du tabac dans les eaux de l'amnios.

M. P. Dubois fait remarquer que le fait a été observé dans la clinique de M. Stoltz, et avec toutes les garanties désirables.

— *M. le président* annonce la mort de M. Breschet.

— *M. Rochoux* lit un rapport sur un travail relatif à l'hémiplégie produite par les cordons nerveux.

Des conclusions favorables sont adoptées.

— *M. Pariset* donne communication du discours qu'il vient de prononcer aux obsèques de M. Breschet.

— *M. Fontan*, membre correspondant, lit un travail étendu sur les eaux thermales de Luchon. Il cite plusieurs maladies jusque-là rebelles à tous traitements, qui ont été guéries par l'emploi de ces eaux.

Nous remarquons un fait d'une grande importance dans ce travail, c'est que M. Fontan a reconnu que l'emploi des eaux sulfureuses prévenait la salivation chez les individus syphilitiques soumis au traitement mercuriel.

M. Gérardin. Je crois devoir faire quelques observations à l'occasion et au sujet de ce travail. A l'occasion, je trouve que depuis quelques années il règne une grande exagération relativement aux eaux minérales; nous sommes inondés de prospectus dans lesquels on vante outre mesure les propriétés curatives des eaux. Chaque médecin-inspecteur vient ici vous présenter un travail dans lequel il ne manque pas de parler de ses cures, à ce point que chacune de ces eaux serait une véritable panacée universelle. On obtient ainsi des rapports de l'Académie, qui ensuite se trouve compromise dans ces prospectus.

Sans faire de ce que je viens de dire une application particulière à M. Fontan, dont j'apprécie les travaux et le caractère, je lui reprocherai cependant d'avoir fait un éloge trop pompeux de Luchon. Je n'ai vu dans son mémoire que des succès; mais sans doute qu'il n'a pas réussi toujours, et qu'il a eu aussi des insuccès. Pourquoi ne nous avoir pas donné les indications et les contre-indications? Au contraire, M. Fontan a opposé d'autres eaux à celles de Luchon, en disant: celles-ci ne guérissent pas, celles-là sont nuisibles, celles de Luchon seules sont utiles. Mais, Messieurs, si vous entendiez les médecins-inspecteurs des autres eaux, ce serait tout autre chose. C'est là une voie malheureuse. Il faut des années pour arriver à quelques résultats scientifiques et véritablement pratiques. Bordeu, ce grand maître, a parfaitement et avec un tact exquis, posé les règles de cette observation sage et prudente. Aujourd'hui je ne vois qu'exagération à cet endroit, et, pour en finir, je dirai qu'au lieu d'être utile aux eaux, on leur nuit.

M. Velpeau. Si j'ai bien compris M. Fontan, il a fait une distinction entre les eaux sulfureuses qui seraient minéralisées géologiquement, et celles qui ne le seraient qu'accidentellement et par la décomposition des matières organiques. C'est là une question fort importante et qui mériterait d'être approfondie et discutée.

M. Nacquart distingue dans les eaux un effet général et modificateur de l'organisme et un effet spécial. Tous ceux qui ont visité les eaux thermales connaissent la profonde influence qu'elles exercent au début sur l'organisme entier, l'effet spécial ne vient qu'ensuite. Il explique par là l'enthousiasme naturel des médecins des eaux, qui voient des effets que les médecins des villes ne peuvent pas observer avec des eaux factices.

M. Roux. L'Académie connaît les beaux travaux de M. Fontan sur les eaux minérales en général et sur celles des Pyrénées en particulier. Il a consacré son temps et de longues recherches à cette étude, à laquelle il a fait faire de véritables progrès. Quant aux eaux de Luchon en particulier, je partage l'opinion de M. Fontan sur leur efficacité dans de nombreuses circonstances. Pour mon compte, un rhumatisme qui avait résisté à d'autres eaux et qui m'a tenu éloigné pendant deux années de vous et de mes travaux, a cédé à l'emploi des eaux de Luchon. Je leur dois l'avantage de pouvoir vous le dire en ce moment.

M. Chevallier trouve qu'il est difficile de savoir à quoi s'en tenir sur l'efficacité des eaux minérales, car il n'y a pas de contrôle. Les inspecteurs en général ne parlent que de leurs succès. Quant à la nature des deux eaux différemment minéralisées dont a parlé M. Fontan, c'est là une grande question qui nous entraînerait bien loin. On dit que les prospectus ont nui aux eaux; c'est une grande erreur. Partout le nombre des malades a doublé, triplé, et même quadruplé. Tel établissement qui ne recevait que 500 malades, en reçoit aujourd'hui 2,000 et plus.

Quant aux eaux factices, elles ont leur utilité, et leur emploi est avantageux en hiver.

M. Prus voudrait savoir de M. Fontan comment il a pu s'assurer que les eaux de Bonnes guérissaient les tubercules au premier degré, et comment il a pu reconnaître la maladie.

M. Nacquart trouve que nous ne sommes pas placés dans les conditions nécessaires pour juger l'effet comparatif des eaux naturelles et artificielles.

M. Rochoux ne croit pas à la possibilité de reconnaître les tubercules au début.

M. Fontan. Comme M. Gérardin, j'ai en horreur tout ce qui sent le prospectus et le charlatanisme. Depuis quinze ans j'ai consacré ma vie à l'étude des eaux minérales; je crois que mon zèle n'a pas été tout à fait stérile pour la science et l'Académie, bien éloignée de me faire quelque application des paroles de M. Gérardin, a eu la bonté de me tenir compte de mes recherches.

M. Gérardin m'accuse de n'avoir pas donné les indications et les contre-indications de l'emploi des eaux de Luchon. Je dois lui dire que le travail que je viens de lire à l'Académie n'est qu'un extrait d'un grand ouvrage que je vais imprimer, où je ne m'occupe précisément que de ce sujet. J'ai exposé avec soin les médications, et avec la plus grande rigueur j'ai fait connaître les contre-indications qui sont nombreuses. Mais dans ce mémoire même j'en ai donné beaucoup; j'ai dit aux tuberculeux, aux malades d'une susceptibilité vive: Ne venez pas à Luchon, mais allez à Bonnes, à Cauterets, etc.

Il faut des années, dit M. Gérardin, pour arriver à des résultats. Mais je pense tout à fait comme lui; aussi n'est-ce qu'après huit ans de pratique à Luchon que pour la première fois je viens vous parler de mes résultats, et cela quatre ans après la guérison des malades qui s'est soutenue.

La distinction que j'ai établie entre les eaux sulfureuses naturelles et les eaux sulfureuses accidentelles est, en effet, fort importante et mérite l'attention des chimistes. Comme toute idée nouvelle, elle a eu de la peine à prévaloir; mais celle-ci aboutira, parce qu'elle est fondée sur l'observation exacte.

Ici M. Fontan expose sa théorie sur ce sujet; mais avec une telle rapidité que nous ne pouvons le suivre.

Il termine par quelques considérations sur le diagnostic de la phthisie au début, qui, comme le prétendent MM. Prus et Rochoux, n'est pas toujours impossible.

— *M. Rault*, membre correspondant à Saint-Brieuc, présente un appareil de son invention pour remédier aux ankyloses de l'avant-bras.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE GÉNÉRALE.

Empalement par une tige de fer sans lésions viscérales. — Les Annales de la Société de médecine d'Anvers contiennent le fait suivant, rapporté par M. Bessems, membre de la Société: J.-B. Commaert, âgé de quatorze ans, d'une stature moyenne, travaille chez son père, dévideur de soie. Le 21 août dernier, il était monté sur le bord d'un lit de quatre pieds environ de hauteur; tout à côté se trouvait un bloc de bois sur lequel étaient implantés par leur manche, à quelque distance l'un de l'autre, deux axes de dévidoir, tige en fer à pointe mousse, de la longueur d'un pied et de la grosseur d'une forte plume à écrire.

Dans cette position dangereuse, le pied gauche lui ayant glissé, il tomba. Après sa chute, dans laquelle il n'avait ressenti aucune douleur particulière, il se trouva le corps incliné en arrière et à gauche, soutenu par l'épaule gauche appuyant contre une muraille, et par les pieds posant sur le sol; les cuisses étaient légèrement fléchies sur le bassin.

En voulant se relever, il se sentit arrêté par la fesse; en même temps il vit, avec étonnement plutôt qu'avec effroi, la pointe de l'un des axes lui sortant du ventre à côté du nombril, et ayant même perforé à cet endroit sa chemise et son pantalon. Conservant un sang-froid remarquable, il détacha l'axe du bloc et descendit, ainsi embroché, une douzaine de marches d'escalier pour appeler sa mère, qui lui arracha la tige en attendant l'arrivée du médecin.

L'axe ne présentait qu'une légère courbure à son point de jonction avec la manche.

A son entrée à l'hôpital, trois jours après l'accident, le jeune homme ne nous présenta que deux petites plaies arrondies l'une à la paroi antérieure du ventre, à deux centimètres du nombril du côté droit, dans la direction d'une ligne tirée de ce point à l'épine iliaque antérieure et supérieure; l'autre à la fesse gauche, dans le pli de la fesse, à deux demi-travers de doigt de l'anus. Ces deux petites plaies, entourées d'un cercle rougeâtre fournissent une légère exsudation.

La douleur, qui, la veille, était vague et rayonnait par tout le ventre, n'est plus, le jour de son entrée, que fort légère et circonscrite au pourtour de la plaie antérieure. Du reste, aucun autre symptôme morbide: ventre souple, appétit, digestion, selles et urines normales; pas la moindre réaction fébrile.

Ce bon état a persisté jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu vingt jours après sa chute.

Ainsi cet accident, qu'au premier abord on était autorisé à regarder comme extrêmement grave, si pas même mortel, n'a pas eu d'autres suites que celles produites par deux simples piqûres non pénétrantes.

Cette absence remarquable de toute lésion des viscères, et même de tout symptôme inflammatoire du côté du péritoine, fait croire à quelques médecins que le fer n'avait pas pénétré dans le bassin ni dans le péritoine, mais avait longé la face externe du bassin jusqu'au ligament de Fallope, et avait alors glissé sous la peau jusqu'à son point de sortie.

Je ne puis admettre cette explication: ce fait ne serait pas impossible chez un individu à ventre volumineux et flasque, mais il est peu probable chez ce malade, dont le ventre sans saillie, présente des parois assez résistantes.

Je pense plutôt que le fer a passé en dedans de la tubérosité sciatique et traversé le bassin et l'abdomen. Voici mes raisons:

En appuyant le doigt sur la plaie de la fesse, si l'on déprime la peau directement en avant, on tombe, il est vrai sur la tubérosité sciatique; mais c'est en dedans de cette tubérosité que l'on arrive, si l'on déprime la peau en avant et un peu de gauche à droite. Or. c'est dans ce sens que le fer est venu frapper la peau, puisque ayant pénétré par la fesse gauche, il est sorti à droite de l'ombilic.

Les expériences que j'ai faites sur le cadavre d'un jeune homme de dix-huit ans, mort à la suite d'une fracture du crâne, viennent confirmer cette opinion.

Cas curieux d'ergotisme. — Nous devons à M. le docteur Aschoff, de Herford, l'observation suivante, citée dans le Journal de médcine: Une famille de campagnards, composée du père, de la mère et de six enfants, âgés de un à quinze ans, présentent tout à coup les accidents suivants:

Après un état de malaise et de fatigue, accompagné de vertiges pendant plusieurs jours, tous les membres de la famille éprouvèrent successivement une sensation de froid dans tout le corps, puis une douleur lancinante des mains suivie bientôt de convulsions des membres supérieurs, se manifestant par accès d'une demi-heure à une heure de durée et qui ne tardèrent pas à s'étendre aux pieds et se reproduire avec une fréquence et une intensité croissantes. Les malades éprouvaient, en outre, la sensation d'une violente compression des membres de l'abdomen; l'œil était fixe, la pupille fortement contractée.

Vers le sixième jour de la maladie les enfants présentèrent des vomissements opiniâtres accompagnés de flux de ventre, puis bientôt de constipation et de rétention d'urine; bouche mauvaise, langue recouverte d'un enduit blanchâtre très épais.

Vers le douzième jour de la maladie, prostration extrême accompagnée de délire, de douleur occipitale violente et de convulsions des membres; pouls petit et très fréquent; éruption pustuleuse comparée à celle de la gale.

Cet état de choses durait depuis environ un mois lorsque le père et la mère commencèrent à éprouver quelque soulagement; chez cette dernière il se manifesta des *panaris* à trois des doigts de la main. Deux enfants moururent, les quatre autres se rétablirent très lentement.

Une enquête, faite avec le plus grand soin, démontra que les accidents que nous venons de relater avaient leur cause palpable, évidente, dans l'usage d'un pain de mauvaise qualité, fabriqué avec du seigle dans lequel on découvrit une forte proportion d'ergot récolté pendant l'automne pluvieux de 1840.

Le traitement consista, au début, dans l'emploi alterné des vomitifs et des purgatifs, médication qui, vers le déclin de la maladie, fut remplacée par des toniques en général, et par le quinquina en particulier.

Métastase des oreillons sur les testicules. — On lit dans le Journal de médecine un exemple curieux de cette espèce: Un homme de trente-huit ans, serrurier, demeurant pourtour Saint-Gervais, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1845. Brun, d'une constitution bien forte; il n'a jamais eu de sa vie de maladie vénérienne.

Le 7 ou 8 janvier dernier, après cinq ou six jours de maladie accompagnée d'envies de vomir, de céphalalgie, de fièvre qui s'exaspérait chaque jour vers deux heures, de la perte de l'appétit et du sommeil, il sentit dans la région parotidienne et des deux côtés une douleur assez vive, qui fut bientôt suivie du gonflement des deux parotides. Le côté droit était plus enflé que le gauche, quoique la douleur fût à peu près égale dans les deux glandes. Ce gonflement et cette douleur durèrent environ quatre à cinq jours.

Dans la nuit du 11 au 12 janvier les glandes revinrent à leur volume normal, la douleur disparut, mais le testicule droit se trouva gonflé et douloureux, le gauche restant parfaitement sain. Pendant tout ce temps le malade ne suivit aucun traitement. Le 13, il entra à l'hôpital.

Le 14, à la visite du matin, le testicule droit était un peu enflé, la tunique vaginale renfermait une petite quantité de sérosité; la peau du scrotum était rougeâtre, mais non enflammée; le gonflement parotidien avait complétement disparu. La langue était sale, la douleur de tête persistait ainsi que les envies de vomir; pas d'appétit; pas de sommeil. (Ipécacuanha, 1 gr. 50 en trois doses; viol. sucrée; catap. sur le testicule. Diète.)

Le 15, le malade a vomi et s'est trouvé soulagé; les symptômes d'embarras gastrique ont disparu en grande partie; la douleur du testicule a diminué. (Huile de ricin, 15 gr.; deux bouillons.)

Le 16, amélioration de l'état général; le gonflement du testicule a beaucoup diminué. (Deux potages.)

Le 17, état général très satisfaisant; le malade a dormi toute la nuit; il a de l'appétit; la douleur et le gonflement du testicule ont tout à fait disparu. (Une portion.)

Le 18, *exeat*.

Il est impossible de méconnaître ici une véritable métastase. On ne peut invoquer chez ce malade ni syphilis, ni coups ni chute, ni effort.

Dans le traitement de cette affection, on a combattu l'état général du sujet en n'apportant qu'une attention secondaire à l'altération locale, et cependant l'orchite a disparu très promptement. Cette guérison rapide suffirait seule pour prouver que, dans cette circonstance, on ne peut reconnaître une maladie du testicule ou de la parotide due à une des causes ordinaires qui amènent l'inflammation de ces organes. Cette affection, résultant tantôt dans un organe tantôt dans un autre, ne pouvait être attaquée localement avec succès, et a disparu aussitôt que l'état général du malade a été modifié.

Correspondance.

Orléans, le 25 avril.

Monsieur le rédacteur,

La question de la fièvre typhoïde est aujourd'hui tellement à l'ordre du jour, qu'il est intéressant, je crois, de signaler toutes les observations nouvelles que l'on peut faire sur cet important sujet, de rendre compte de toutes les tentatives dirigées contre cette maladie, et de tous les moyens employés pour la combattre.

M. le docteur Ranque met en usage, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, une nouvelle méthode de traitement pour la fièvre typhoïde. Je désire seulement vous signaler, dans cette note, les résultats qui en ont été obtenus, et que j'ai été à même d'observer pendant les mois de janvier et de février de cette année.

Pendant cet espace de temps, 14 malades, dont 11 militaires, atteints de fièvre typhoïde, entrèrent dans les salles du docteur Ranque; 5 d'entre eux présentaient la forme la plus grave de l'affection. Or, le 1er mars, 10 de ces malades étaient sortis entièrement guéris; et, dans ce nombre, se trouvaient 3 de ceux qui avaient été le plus gravement atteints. Les 4 derniers, dans l'état le plus satisfaisant, étaient en pleine convalescence; il quittèrent l'hôpital, tous guéris, dans la première quinzaine de mars. Ici je ferai remarquer, comme il ressort du reste du court espace de temps qui sépare l'entrée des malades à l'hôpital de leur sortie après la guérison complète, que, dans tous les cas, la convalescence, alors même que la maladie avait été le plus menaçante, a été d'une durée très limitée.

Voila, certes, un résultat significatif, et qui mérite d'être signalé, surtout aux médecins qui ont été à même d'observer, à Paris, la proportion des succès que l'on obtient, dans les hôpitaux, par les différents modes de traitement actuellement mis en usage.

Le nouveau traitement de M. Ranque, lequel, du reste, se trouve consigné dans le mémoire que ce médecin a publié sur la fièvre typhoïde, consiste dans l'application d'un épithème enveloppant, en manière de ceinture, toute la région abdominale et la région lombaire. La composition de cet épithème est la suivante:

Masse emplastique de ciguë,	500 grammes.
Diachylum gommé,	250
Thériaque commune,	125
Camphre en poudre,	90
Soufre en poudre,	125

Cette formule n'est pas tout à fait la même que celle qui est consignée dans le mémoire; mais celle que je donne ici est la seule à sui-

vre, parce que c'est celle qui n'a cessé d'être exécutée à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Cet épithème est appliqué dès le début de la maladie, et M. Ranque sait d'autant mieux faire cette application en temps propice, qu'il a découvert de nouveaux signes d'après lesquels on peut reconnaître le premier développement de l'affection. Ces signes sont une teinte indigo ou jus de mûres toute spéciale que prennent les piqûres de sangsues, et un enduit blanc-nacré se montrant sur les gencives, surtout au niveau des dents molaires. J'ai souvent observé ces deux caractères, et je ne les ai jamais vu manquer dans le début des fièvres typhoïdes ou des affections qui devaient revêtir un caractère typhoïde.

J'ai pensé, Monsieur le rédacteur, qu'il était utile de parler d'un moyen propre à combattre efficacement une maladie qui est l'objet de la préoccupation de tous les médecins ; c'est pourquoi je vous envoie cette lettre, en vous priant de l'insérer, si vous le jugez à propos, dans votre estimable journal.

Agréez, etc.

Dr Bonino,
Aide-major au 1er régiment de ligne.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique de phrénologie ; par le docteur Fossati.

L'auteur de ce livre, l'un des plus ardents soutiens de la phrénologie, et qui a présidé pendant plusieurs années la Société phrénologique de Paris, n'est pas de ceux qui pensent que l'on doit croire à la phrénologie, comme on croit à une révélation ; il professe, au contraire, que l'on doit se convaincre par de longues et sérieuses études, et que la phrénologie, nom sous lequel il désigne avec Gall et Broussais la physiologie du cerveau, est une science toute d'observation et de raisonnement. « Ce qu'il importe le plus maintenant, dit l'auteur, c'est de pouvoir s'initier à la physiologie du cerveau en peu de temps et aux moindres frais possibles ; c'est de pouvoir connaître rapidement sa base, ses principes et son but, afin de demeurer convaincu qu'elle est digne des gens de bien et de l'attention des savants. Le lecteur s'apercevra aisément que, bien loin d'être une chimère, comme on s'est plu à l'appeler, elle constitue une véritable science dont les vérités fondamentales sont de la dernière évidence, et contre laquelle les sarcasmes et les traits malins de ses adversaires doivent rester désormais impuissants. »

L'ouvrage de M. Fossati, pour lequel il a mis à contribution les travaux de Gall, de Spurzheim, de Combe, de Vimont, etc., est un livre élémentaire divisé en trois parties. Dans la première, sont exposés les principes généraux sur lesquels toute la phrénologie est fondée, les considérations anatomiques et physiologiques sur l'encéphale et sur sa boîte osseuse.

La deuxième section traite des facultés fondamentales de l'esprit, et du siége de leurs organes ; une première division est consacrée à l'étude de l'organologie en général ; dans les chapitres suivants, sont passées en revue les différentes facultés divisées selon les phrénologistes modernes, en facultés affectives, facultés intellectuelles, facultés réflectives. La description de chacun des organes est accompagnée du portrait d'un personnage célèbre qui s'est fait remarquer par le développement de la faculté dont l'organe est le siége.

Dans la troisième partie, sont contenues les applications pratiques de la science ; la philosophie des facultés humaines, les applications de la phrénologie à la médecine, à la législation, aux beaux-arts. Les derniers chapitres sont consacrés à l'examen de quelques grandes et importantes questions psychologiques, le matérialisme, le fatalisme, la liberté morale, et enfin à la réfutation des objections contre la phrénologie.

Le livre de M. Fossati est d'un homme convaincu de ce qu'il enseigne, et qui cherche, non point à faire des prosélytes, mais à prouver par l'observation directe les opinions dont il s'est fait le soutien. Ecrit avec logique, avec esprit, parsemé çà et là d'anecdotes curieuses et de documents biographiques intéressants, ce livre sera lu avec plaisir, même par ceux qui sont loin de partager exclusivement les doctrines de l'auteur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'eau froide en boisson dans un cas de diarrhée opiniâtre. Observation recueillie par M. le docteur Bosteels, de Lebbeke.

Une femme qui, pendant le cours de sa grossesse, avait été affectée d'une métrorrhagie lente et d'une douleur vive au devant et au dedans de l'os des iles du côté droit, fut atteinte, le septième jour après son accouchement, d'une diarrhée qui résista à l'action de plusieurs médicaments recommandés en pareille circonstance, tels que les opiacés à l'intérieur et en lavements, l'hydrolat de cannelle, le ratanhia, etc.

La malade restant toujours à peu près dans le même état malgré ces diverses médications, la douleur abdominale persistant, le pouls étant débile et très accéléré, et la prostration des forces ayant atteint un haut degré, M. Bosteels commença à concevoir des craintes sérieuses pour la vie de sa cliente.

Dans cette occurrence, il se décida, conjointement avec un collègue qui avait été appelé en consultation, à suspendre l'administration de tout médicament, et à prescrire l'ingestion, à de courts intervalles, de grandes quantités d'eau froide.

Ce traitement si simple, commencé le matin, avait déjà amené une amélioration très notable vers le milieu de la journée; le soir, la diarrhée avait entièrement cessé, et, peu de jours après la malade se trouvait en pleine convalescence.

Note sur le traitement de l'iléus ; par M. le docteur Raisin, directeur de l'Ecole de médecine de Caen.

M. Raisin, s'appuyant sur l'autorité de l'illustre Sydenham et sur quatre observations recueillies dans sa propre pratique, préconise fortement l'usage des médicaments purgatifs dans le traitement de l'iléus, et signale spécialement leur utilité comme incontestable dans les circonstances suivantes :

1° Lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'un amas de matières fécales endurcies dans le gros intestin, et qu'on n'a pu en provoquer l'expulsion à l'aide des lavements.

2° Lorsqu'on a affaire à un iléus nerveux, et qu'il n'y a par conséquent que renversement du mouvement péristaltique sans aucun obstacle mécanique ; mais il convient, dans les cas de ce genre, de faire précéder l'ingestion des purgatifs de celle d'un médicament narcotique, comme le pratiquait Sydenham.

3° Enfin, lorsqu'il s'agit d'un iléus dû à l'existence d'une invagination, pourvu que, dans ce cas, ce soit la partie inférieure de l'anse intestinale qui se trouve invaginée dans la supérieure.

Traitement indien du tétanos rhumatismal ; par M. le docteur Hille, de Surinam.

M. Hille a eu l'occasion d'observer, chez une petite négresse âgée de douze ans, un tétanos qui s'était développé à la suite d'une immersion dans l'eau froide. Un vieux nègre pratiqua des scarifications sur toute la surface du corps de la jeune malade, puis il fit des frictions avec du poivre d'Espagne. Immédiatement après cette médication, l'enfant commença à remuer les membres et à ouvrir la bouche en criant fortement (jusque-là, la bouche avait été tenue fermée par le trismus), et elle demanda avec instance que l'on voulût bien suspendre les frictions qui lui faisaient éprouver de cuisantes douleurs; mais, néanmoins, on continua l'usage de ce moyen à des intervalles assez rapprochés, et, le lendemain seulement, on le remplaça par des frictions d'huile d'olives.

Le résultat de ce traitement fut des plus avantageux ; car, au bout de quelques jours, M. Hille aperçut la petite fille qui jouait avec d'autres enfants.

Traitement topique de l'alopécie ; par M. le dr Wilson, de Londres.

Pour faire pousser les cheveux, M. Wilson fait laver, tous les matins, la tête avec de l'eau de savon, puis il la fait frotter avec un linge rude, et ensuite brosser avec une brosse à cheveux dure; enfin, il prescrit, après ces diverses manœuvres, une friction de cinq minutes avec la mixture suivante :

Eau de Cologne,	60 grammes.
Alcoolé de cantharides,	8
Huile volatile de romarin,	10 gouttes.
Huile volatile de lavande,	10

M. S. A.

M. Wilson recommande de n'appliquer cette mixture qu'après avoir frotté assez longtemps avec la brosse dure pour faire rougir le cuir chevelu.

Dans les cas opiniâtres, ce praticien assure qu'il a tiré aussi un excellent parti de l'emploi de l'iode.

NOUVELLES.

Les obsèques de M. Breschet ont eu lieu hier matin à onze heures et demie; le corps a été transporté au cimetière du Père La Chaise, suivi par beaucoup de médecins et d'élèves. La Faculté y assistait presque toute entière, en costume officiel.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe ; par M. le professeur Cruveillier, au nom de la Faculté de médecine; par M. Andral, au nom de l'Académie des sciences; par M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine; par M. Ferrus, au nom des médecins des hôpitaux ; par M. Demarquay, au nom des élèves.

— La Société médicale du 4e arrondissement a tenu hier, 13 mai, à la mairie, sa première séance, et s'est constituée définitivement en votant son règlement et organisant le bureau, ainsi composé: MM. Léger, président; Perdrix, vice-président; Malgaigne, secrétaire; Caron, vice-secrétaire; Cordier, trésorier.

Le bureau provisoire était composé de MM. Désavinières, président d'âge ; Malgaigne, secrétaire; et Caron, vice-secrétaire.

— La séance de lundi 12 mai, de l'Académie des sciences, a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

— On désigne déjà les successeurs probables de Breschet à l'Académie des sciences et à la Faculté. On désigne même le successeur du successeur de Breschet à la Faculté. C'est un peu prématuré, sans doute; aussi serons-nous encore quelque temps plus discrets que le public.

— Il serait aussi question, dit-on, d'une demande en permutation de chaire ; cela nous paraît peu probable.

— M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours sur les maladies de la peau le vendredi, 16 courant, à neuf heures, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 58. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 16 MAI 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons à régler un arriéré, et il nous faut parler de la kéloïde, bien que nos recherches à ce sujet nous aient conduit à un résultat négatif, c'est-à-dire, à constater l'ignorance où l'on est absolument de la nature du tissu dont cette espèce de tumeur est formée.

Une jeune fille du service de M. Velpeau portait à l'avant-bras une tumeur de 11 centimètres de longueur sur 9 de contour, d'un rouge foncé tendant à la lividité, d'une dureté ligneuse, mobile avec la peau, sans adhérence avec les parties plus profondes, présentant des anfractuosités qui lui donnaient un aspect très inégal, envoyant des branches dans plusieurs sens, à la façon des pattes d'un crabe, indolore, au point que la jeune fille pouvait la traverser impunément d'outre en outre avec une longue épingle, enfin s'étant formée sur une cicatrice de brûlure.

Cette description rapide donne une idée de la kéloïde en général. Mais il y a des différences dans la forme. Toutes les kéloïdes ne sont pas creusées de dépressions comme la précédente et boursouflées par places. A l'issue de la leçon de M. Velpeau un des auditeurs en montra une qu'il porte à la face antérieure de l'avant-bras, et qui est parfaitement lisse, douce au toucher, recouverte d'un épiderme très fin, arrondie, insensible et *spontanée*, c'est-à-dire non cicatricielle; car on pourrait admettre deux variétés de kéloïdes : une variété spontanée dans laquelle la tumeur se produit sans cause connue, et une variété cicatricielle dans laquelle elle se développe sur une cicatrice, dont elle prend la configuration. Remarquons bien ceci, que, dans la kéloïde cicatricielle, la tumeur a pour ainsi dire une configuration obligée, qui est celle de la cicatrice, tandis que la forme doit être variable dans la kéloïde spontanée.

Parmi les kéloïdes qu'il a observées, et il en a vu plus de vingt, M. Velpeau dit que la moitié environ s'étaient développées spontanément, sans cicatrice antérieure. M. Rayer (*Maladies de la peau*, t. II, p. 667 et suiv.) a vu la kéloïde se déclarer à la face après une variole confluente, et déjà on l'avait vue apparaître en même temps sur plusieurs points de la peau irrités par le développement antérieur de pustules phlyzaciées.

La kéloïde ne comporte pas toujours ces prolongements coniques qui vont se perdre à une certaine distance du corps de la tumeur, et qui lui donnent une forme irrégulièrement étoilée. Celle de l'élève de M. Velpeau, dont nous avons parlé, est lisse, sans prolongement aucun; et il en était de même de plusieurs kéloïdes que nous avons observées pendant que nous faisions le service du recrutement à Paris, sur des individus couturés de ces larges coups de bistouris croisés qui suivent l'application grossière et mal entendue des ventouses. C'étaient des espèces de cages à barreaux très saillants. Nous n'avons pas noté le nombre de ces cas, mais nous pouvons affirmer qu'il est assez considérable. Du reste, Alibert avait distingué la *kéloïde cylindracée*, en forme de doigt, et la *kéloïde ovalaire*, laquelle, au lieu de se terminer, comme la première, par des bords arrêtés, envoie des prolongements dans les parties environnantes.

« La kéloïde s'étend et ne s'ulcère pas. » (Rayer.)

Il peut être très difficile de distinguer une kéloïde d'une tumeur squirrheuse. Une femme du service de M. Velpeau offre l'exemple de cette difficulté. Elle a eu sur la branche droite du maxillaire inférieur une sorte de verrue qui a été extirpée. On a passé des épingles pour réunir la petite plaie résultant de l'opération (suture entortillée). La plaie s'est cicatrisée et, insensiblement, il s'est formé sur la cicatrice de l'incision, et non-seulement sur cette cicatrice, mais, ce qui est plus curieux, sur celle des piqûres des épingles, des tumeurs peu saillantes d'ailleurs, et ressemblant bien à la kéloïde, mais s'en éloignant aussi par deux circonstances importantes : une arborisation vasculaire à la surface de la tumeur principale, et la douleur. La kéloïde, comme on l'a vu plus haut, est indolore, et d'un rouge-foncé uniforme. Les deux circonstances précitées donnent à ce fait un caractère particulier qui semble rapprocher la tumeur du squirrhe.

Maintenant, quel est le siége précis de la kéloïde? Nous ne croyons pas qu'on se le soit demandé. Est-ce le corps muqueux de Malpighi? Est ce le derme? Et quel est le secret de cette irritation nutritive en vertu de laquelle se forme cette exubérance? On est au premier abord frappé d'un rapprochement quand il s'agit de la kéloïde cicatricielle. On se dit : il y a là un phénomène analogue à celui du cal difforme, un excès de suc plastique comme il y a un excès de suc osseux dans ce dernier cas. Puis on s'aperçoit que ce rapprochement n'a rien d'exact, attendu que la cicatrice est formée depuis plus ou moins longtemps lorsque l'exubérance se prononce. Enfin, quelle est la nature du tissu kéloïdien? Personne ne le sait, mais on le saura inévitablement, et c'est le microscope qui le dira. Un jour, bientôt même, nous pouvons l'affirmer, la nomenclature des tissus morbides, quels qu'ils soient, sera fondée sur leurs caractères naturels. On verra clair alors dans l'histoire des tumeurs, et l'on nous rendra cette justice que ce progrès répondra à un vœu bien expressément et anciennement formulé par nous dans ce journal. Vienne le livre de M. Lebert, tout prêt à paraître, et l'on jugera.

Quant au traitement de la kéloïde, il est très difficile. Une tumeur existe; l'extirpation se présente comme le remède naturel. C'est fort bien; mais on ne remédie pas a un vice par l'extirpation. Aussi M. Velpeau, sur quatre opérations de ce genre qu'il a faites a-t-il vu la tumeur récidiver deux fois, notamment chez une dame jeune et belle, très peu flattée de porter une tumeur curieuse sur le sternum (région privilégiée, d'après M. Rayer). Nous disons qu'on ne peut remédier à un vice par l'extirpation, attendu que nous admettons comme phénomène primordial dans la kéloïde un vice ou une aberration de la sensibilité nutritive, qui est quelquefois général, puisque chez un sujet couturé de coups d'yatagan par les Arabes, et présenté à l'Académie de médecine par M. Gimelle, il y avait des kéloïdes sur toutes les cicatrices. Puis, voyez la contradiction où la nature réduit l'art dans un pareil cas. Exciser ou brûler une kéloïde qui s'est formée sur une cicatrice, est-ce faire autre chose que reproduire la condition qui a fait naître le mal? Pourtant on ne peut guère obtenir la guérison autrement. Il faut espérer ou que le vice de la sensibilité nutritive s'est épuisé dans la production de la tumeur, ou que, en modifiant la partie, en réprimant les chairs, au moyen du nitrate d'argent, on s'opposera à l'exubérance. M. Velpeau a fait tomber l'énorme kéloïde de la jeune fille dont il a été question à l'aide du caustique sulfureux (mélange d'acide sulfurique et de safran jusqu'à consistance de pâte molle), dont il fait depuis quelque temps un fréquent usage. Les chairs bourgeonnent, mais on cherche à corriger cette tendance avec le nitrate d'argent.

En somme, la kéloïde a besoin d'être étudiée : 1° d'une manière générale; 2° dans sa variété spontanée; 3° dans sa variété cicatricielle. On doit s'attacher tout d'abord à bien spécifier le tissu qui la constitue. L'œuvre de la presse est moins encore de faire la science que de montrer les lacunes et comment il faut les remplir.

— Une femme du service de M. Fouquier, atteinte de pneumonie au deuxième degré, a été prise *tout à coup* de paralysie d'un côté du corps, de coma; elle *fumait la pipe*; bref, tout pouvait faire supposer chez elle la brusque production d'une hémorrhagie cérébrale. Elle a succombé, et l'autopsie faite par un jeune médecin plein de mérite, M. Boudet, chef de clinique, a démontré l'existence d'un ramollissement d'une étendue assez considérable à la surface d'un hémisphère cérébral. L'aorte était parsemée de plaques cartilagineuses, altération qui s'étendait, avec des nuances diverses, jusqu'aux plus petites artères de la masse encéphalique. Nous négligeons les détails, cet énoncé pur et simple suffisant à la vue que nous voulons développer succinctement.

On admettait que les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale acquièrent dès le principe leur summum d'intensité, tandis que ceux du ramollissement n'y arriveraient que graduellement. L'observation ultérieure a démontré que c'était là une erreur, signalée par M. Rochoux l'un des premiers, et plus tard, très expressément, par M. Cruveilhier. M. Durand-Fardel a démontré la fréquence du ramollissement à invasion subite, et il a donné une explication satisfaisante de cette soudaineté, en disant que les symptômes du ramollissement sont d'abord ceux de la congestion cérébrale, et qu'il y a des congestions dont la marche simule parfaitement celle de l'apoplexie.

M. Durand va jusqu'à penser que l'ancienne proposition pourrait être retournée, et que les prodromes se montreraient plus souvent dans l'apoplexie que dans le ramollissement; mais il avance cette proposition avec toute la réserve convenable. La conservation de l'intelligence avec hémiplégie subite et complète, l'instabilité de la paralysie (le matin, vous croyez le malade complétement paralysé d'un membre; le soir, il le remue, dit M Cruveilhier), surtout l'exaltation de la sensibilité (douleurs spontanées dans les membres, ou exaltation de la sensibilité de la peau), sont des signes capables d'éclairer le diagnostic et de faire reconnaître un ramollissement; mais ils sont loin d'être constants, et, en outre, le premier a été observé dans l'apoplexie. La contracture peut aussi devenir un signe distinctif. En effet, d'après les recherches de M. Boudet, ce symptôme n'aurait jamais lieu dans l'hémorrhagie de l'épaisseur des hémisphères, et serait constant, au contraire, dans l'apoplexie ventriculaire; or, cette dernière offre des symptômes très graves. Si donc la contracture coïncide avec des symptômes apoplectiques légers, il sera permis de diagnostiquer un ramollissement. Mais ce signe est bien équivoque, bien incertain. Notons, en terminant, que, d'après M. Durand, aussi bien que d'après M. Trousseau, la contracture est beaucoup plus fréquente dans l'apoplexie que dans le ramollissement.

— Un homme dont la tête avait été brisée, soit au moyen de coups portés avec un instrument contendant, soit par la roue d'une lourde voiture, a pu survivre pendant quelque temps à l'énorme dégât qu'il avait éprouvé. Transporté à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert, il a présenté un phénomène très singulier, consistant dans l'écoulement d'une sérosité sanguinolente par les narines; écoulement qui augmentait dans certaines positions de la tête, par l'effet de certains mouvements, et qui avait lieu par gouttes d'une manière non interrompue. Ce symptôme est absolument le même (sauf le point par lequel l'écoulement s'opère) que celui qui a été observé par MM. Laugier, Robert, etc., et dans lequel l'écoulement s'effectue par le conduit auditif externe.

On sait combien ce symptôme a embarrassé les chirurgiens. On avait supposé un moment, alors qu'il s'agissait uniquement de l'écoulement par l'oreille, que cette sérosité sanguinolente pouvait être la lymphe de Cotugno, dont la sécrétion aurait été augmentée par suite de la fracture. On a dit encore que ce liquide n'était autre chose que la sérosité du sang épanché dans le crâne. La première de ces explications est par trop homœopathique; il suffirait d'ailleurs de ce fait d'un écoulement semblable par les narines pour la renverser. L'autre n'est pas non plus vraisemblable. Enfin on a parlé de la sérosité arachnoïdienne. Ici, une difficulté se présente. Est-ce la sérosité de la cavité propre de l'arachnoïde, ou bien celle de la cavité sous-arachnoïdienne, c'est-à-dire le fluide céphalo-rachidien? Dans notre opinion, c'est la première, le liquide intra-arachnoïdien. On objecte que ce liquide est bien peu abondant. M. Barth, qui a cherché sur trois cents cadavres à évaluer la quantité de ce liquide, n'en a trouvé que deux ou trois fois l'équivalent de deux ou trois cuillerées à bouche. Mais ne peut-on pas dire que s'il en est ainsi, cela tient uniquement à ce que, dans l'état ordinaire, l'exhalation du liquide intra-arachnoïdien reste en équilibre parfait avec la résorption, exactement proportionnée à l'exhalation? Dans le cas de fracture, au contraire, la séreuse est irritée, l'exhalation l'emporte sur la résorption, et comme une issue est ouverte au liquide (étant admis que la fracture se trouve en rapport avec les fosses nasales ou avec le conduit auditif externe); comme, d'un autre côté, la masse encéphalique est agitée d'un mouvement qui doit avoir pour effet l'expulsion du liquide périphérique, on comprend très bien l'écoulement continuel par le nez ou l'oreille, d'un liquide continuellement exhalé. Il y a là, pour ainsi parler, une hydrocèle dans un sac qui a une fuite.

M. de Castelnau a observé un cas extrêmement curieux, qui vient tout à fait à l'appui de notre explication. Un homme avait reçu un coup de couteau qui avait intéressé le péricarde. Il s'écoula par la plaie un liquide séreux, qui insensiblement se troubla et finit par devenir purulent.

Lorsque chez les chiens ou d'autres animaux on enlève le liquide céphalo-rachidien, ils éprouvent un trouble caractéristique de la marche. Mais on comprend que chez un individu atteint de fracture à la base du crâne on n'ait pas lieu d'observer les symptômes qui peuvent appartenir en propre à la déperdition du fluide céphalo-rachidien.

On a parlé de cas dans lesquels l'écoulement séreux avait eu lieu par l'oreille chez des individus dont le crâne était fracturé à la base, sans que la dure-mère fût déchirée en aucun point. Nous nous bornerons à engager les chirurgiens à y bien regarder à l'avenir.

— Nous avons dit que les érysipèles régnants sont liés à un état bilieux. Voici ce qui a été observé dans le service de M. Jobert. La plupart des individus atteints d'érysipèle ont eu des vomissements bilieux et des selles bilieuses ou muqueuses, avec fièvre. Ce n'est pas encore là ce qui nous paraît surtout probant relativement à l'existence de l'état bilieux. Il y a mieux : un certain nombre de malades ont eu des vomissements, des selles, comme nous venons de le dire, et point d'érysipèle. Voilà ce qui marque, suivant nous, le caractère essentiel de l'épidémie. (Il est bien entendu que nous prenons le mot épidémie dans le sens large, et, il faut l'avouer, abusif, qui lui est donné dans le langage actuel.)

— M. Jobert a simplifié extrêmement les appareils à frac-

ture. Il est même impossible de pousser plus loin la simplification, à moins de supprimer absolument les appareils. Hâtons-nous d'ajouter que la simplicité ne nuit ici en aucune façon à l'efficacité. Ainsi, une fracture du corps du fémur, chez une femme âgée de soixante-trois ans, encore en traitement, est consolidée depuis le vingt-huitième jour. Voici, sommairement, la méthode de M. Jobert. On place un 8 de chiffre formé d'une lanière de cuir convenablement rembourrée sur le coude-pied. De chaque côté de cette lanière, en bas, se trouve une boucle au moyen de laquelle est fixée une courroie attachée au pied du lit, et que l'on peut serrer à volonté. Ainsi est effectuée l'extension. La contre-extension est faite par une bande dont le plein porte sur le pli de l'aine du côté sain, et dont les extrémités sont fixées à la tête du lit. Le membre est posé sur un coussin-gouttière allongé en balle d'avoine. Lorsqu'on a affaire à une personne à peau fine, au lieu de la lanière de cuir, on peut appliquer une bande en 8 de chiffre, à laquelle on coud sur les côtés deux bouts de bande qui sont noués au pied du lit. C'est ce que l'on a fait pour la femme âgée dont il est parlé plus haut. Le malade est couché tout à fait horizontalement dans son lit, afin que le corps ne tende pas à obéir tout entier à l'extension, laquelle, pour être efficace, doit s'épuiser sur le membre blessé. Cette position absolument et continuellement horizontale du sujet est, à notre avis, le seul inconvénient de la méthode : encore n'existe-t-il pas pour une foule de malades, qui supportent parfaitement ce décubitus.

— Une jeune amputée de la cuisse, d'une constitution très faible, lymphatique, a présenté quelques fausses membranes grisâtres sur la plaie de son moignon (forme pseudo-membraneuse de la pourriture d'hôpital). M. Jobert a arrêté ce grave accident dès sa première manifestation, à l'aide du nitrate acide de mercure.

— M. Jobert nourrit ses amputés tout de suite. On se rappelle peut-être que nous avons dit un mot du régime des amputés à propos du service de M. Denonvilliers, qui suit les mêmes errements. M. Jobert n'a qu'à se louer de cette manière d'agir. Ajoutons qu'il réunit les plaies par la suture, pratique suivie aussi et depuis longtemps par M. Sédillot.

— Voici un cas remarquable à ajouter à ceux qui ont été réunis par M. Velpeau dans son *Traité de médecine opératoire*, relativement à l'agglutination de parties séparées ou presque entièrement séparées du corps. Un homme est entré dans le service de M. Jobert pour une plaie du médius droit vis à vis l'articulation de la première et de la seconde phalange, plaie qui avait mis à nu les surfaces correspondantes de ces deux os, et qui intéressait toute la circonférence du doigt, à l'exception d'une étroite languette du côté externe. M. Jobert n'a pas désespéré de conserver ce doigt, et trois points de suture entortillée ont été faits, l'un en avant, l'autre en arrière, le troisième en dedans. La cicatrisation s'est opérée. Il ne s'est point développé de phlyctènes dans la partie qui a été si près d'être retranchée.

— M. Jobert croit à l'efficacité de la glace appliquée en permanence sur les larges brûlures. Il pense qu'elle a pour effet, en empêchant ou tout au moins en modérant l'inflammation, de s'opposer à la formation de ces brides qui entraînent par la suite de si fâcheuses conséquences relativement à la conformation des parties.

— Le sang menstruel continue de couler par la voie que l'art lui a si heureusement ouverte, chez la femme dont nous avons parlé dans le temps, et chez laquelle, les règles étant retenues dans la matrice par suite de l'occlusion du col, M. Jobert perfora l'utérus par la vessie, en faisant pénétrer son trois-quarts par la fistule vésico-vaginale existante.

— Un homme a eu le genou pris entre une voiture et une grosse pierre de taille qui a fait une large incision dans le membre, en dehors, et produit un enfoncement de l'os. La plaie était toute semée de sable, dont M. Jobert a abandonné l'expulsion au travail suppuratif, pour ne pas irriter la blessure par des manœuvres nécessairement prolongées.

— Nous avons vu dans le même service plusieurs malades affectés de tumeurs blanches du genou en voie de guérison, lesquels ont présenté concurremment une flexion forcée de la jambe sur la cuisse et une contracture des muscles fléchisseurs. A l'aide d'une machine à extension dont l'action a été ménagée prudemment et surveillée, le redressement a été obtenu dans la plupart de ces cas. M. Jobert professe que la ténotomie doit être exceptionnelle dans ces circonstances.

— La sonde emplastique s'effile et traverse le rétrécissement pour peu que le canal ait encore un certain diamètre. Il n'en est pas de même de la sonde d'argent, qui est par conséquent d'un emploi plus sûr dans le diagnostic des coarctations urétrales. Un malade de M. Jobert en a donné la preuve récemment.

— On n'est que trop disposé à faire bon marché des parties écrasées, et pourtant de quelle importance n'est il pas de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de la main ! Aussi éprouvons-nous quelque satisfaction à signaler le cas d'un doigt écrasé qui paraissait devoir être amputé immédiatement, tant le dégât était considérable, et que M. Jobert a pu conserver grâce à un pansement convenable et au traitement antiphlogistique. Il a fallu passer par une angéioleucite qui s'est étendue à tout le membre. Mais cet accident, dont nous ne voulons pas dissimuler la gravité, perd de son importance devant l'avantage attaché à la conservation d'un doigt.

— Il y a, dans le service de M. Pasquier, un invalide qui a été pris d'angéioleucite, puis de phlegmon diffus du bras, à la suite d'une saignée dont la piqûre s'est enflammée. M. Pasquier a réussi à modérer l'inflammation au moyen d'une large application de sangsues au creux axillaire, suivant la méthode de M. Blandin. Deux incisions ont été pratiquées, l'une à l'avant-bras, l'autre au bras, d'après une fausse sensation de fluctuation. Tous les médecins qui suivent la visite de M. Pasquier y ont été pris; on croyait positivement que du pus était réuni dans les points correspondants. Comme, après tout, les incisions ne pouvaient qu'être avantageuses, M. le chirurgien en chef les pratiqua, et elles ont puissamment contribué au dégorgement du membre.

M. Pasquier nous a dit avoir vu le baron Larrey arrêter subitement ces soudaines et violentes inflammations, au moyen de la cautérisation ponctuée pratiquée sur la partie phlogosée et à sa limite.

— M. Trousseau avait dans ses salles une femme qui venait d'accoucher, et chez laquelle l'utérus ne s'était réduit qu'en partie. Le col et la portion du corps la plus voisine du col étaient revenus sur eux-mêmes; mais le fond était resté dilaté, et contenait des caillots. Il en resultait une tumeur saillante dans l'hypochondre, et qui devait paraître extra-utérine, puisqu'elle ne se continuait pas dans l'hypogastre. Le vagin était tiré en haut. M. Trousseau fit mettre de l'extrait de belladone dans le vagin, et donna l'ergot de seigle. La malade rendit les caillots intra-utérins, et la matrice se réduisit. Un fait semblable se passait en même temps dans le service de M. Velpeau. X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES YEUX.

De l'iritis. (Suite.)

A l'aide des caractères exposés précédemment, on reconnaîtra l'inflammation de l'iris dans sa première période, et toutes les fois qu'on sera appelé près d'un malade au début de la maladie, ils suffiront pour établir nettement le diagnostic. Mais à une période plus avancée, bien qu'ils existent toujours, ils seront pourtant modifiés ou accompagnés de quelques autres symptômes, dont nous allons parler aujourd'hui.

Ainsi, quand l'inflammation de l'iris datera de quatre à cinq jours, la céphalalgie pourra avoir acquis un grand degré de violence; quelques malades en sont extrêmement tourmentés, au point même de se plaindre très vivement et d'être privés de tout sommeil. Nous avons eu un jeune homme au n° 31, chez lequel ce symptôme a présenté ce degré d'intensité; il n'a pu dormir pendant plusieurs jours, tant était grande la douleur de tête.

Quelquefois même, il arrive que cette céphalalgie vient à réagir sur les fonctions digestives, et les trouble plus ou moins; on voit la langue devenir limoneuse, et le malade se plaindre de dégoûts, d'anorexie, de nausées. Quelquefois encore, le système circulatoire partage ces troubles, et la fièvre survient. Ces symptômes sont d'une haute importance dans l'histoire de l'iritis; car il n'y a guère que cette espèce d'inflammation de l'œil et l'ophthalmie ou phlegmasie générale de l'organe qui puissent les provoquer. Si l'on se souvient de ce qui a été dit des blépharites, de la conjonctivite, de l'inflammation de la cornée, on se rappelle aussi l'absence de réaction générale dans ces sortes d'inflammations.

Il faut encore ajouter, et nous l'expliquerons tout à l'heure, que la douleur de tête occupe ordinairement un seul côté, et affecte un caractère névralgique.

Dans la deuxième période de la maladie, la photophobie et l'épiphora ne sont guère modifiés; mais c'est surtout alors qu'on observe les changements dans la coloration de l'iris. Ordinairement ces changements se font de la manière suivante :

Quand le sujet a naturellement l'iris d'une couleur bleue, il devient roux; quand à l'état normal il est gris, il acquiert une teinte gris-foncé; et chez les malades dont l'iris est noir ou brun, il prend une apparence veloutée et plus brune encore. En un mot, si l'on veut résumer ces changements de coloration de la membrane dans l'iritis, il faut dire que l'iris change ordinairement sa couleur naturelle en une teinte plus foncée qu'à l'état normal.

On observe aussi quelquefois alors que de petits vaisseaux invisibles à l'état sain deviennent apparents; il y a injection, vascularisation de l'iris. On sait que cette injection peut être constatée dans la kératite, et l'on conçoit même encore combien cela peut arriver dans l'iritis, l'iris étant naturellement beaucoup plus vasculaire que la cornée.

A cette époque apparaissent aussi des inégalités dans la membrane; elle perd cet aspect lisse qu'on lui trouve dans l'état de santé; il est remplacé par une apparence toute contraire; elle semble veloutée, mais épaissie, comme fongueuse, et on voit manifestement parfois des bosselures dans son épaisseur. C'est qu'en effet il peut se produire dans la membrane des épanchements, et même de plusieurs sortes, soit de sang, soit de pus, ou de lymphe plastique. Cela peut d'abord paraître singulier, qu'il s'établisse dans l'iris des collections de liquides; cependant nous en avons vu un assez grand nombre, et jusqu'à deux, trois, quatre, et même cinq à la fois. Ces épanchements occupent ordinairement un point vers l'une des circonférences.

Chez une femme couchée au n° 7, il y a longtemps déjà nous avons pu voir une bosselure près de la grande circonférence qui paraissait être un assez large épanchement de sang; chez une autre, il y avait près de la grande circonférence, également, un abcès de la grosseur d'un grain de chenevis au moins.

Il est donc constant qu'il survient dans l'iris des épanchements, des abcès ou simples ou multiples; mais on comprend que cela ne doit avoir lieu qu'à cette période de la phlegmasie et non à son début; il est inutile d'en exposer les raisons.

Quand la maladie date de quelques jours, surviennent aussi les changements les plus prononcés dans la pupille; sa mobilité diminue ou se perd, elle se rétrécit, se ferme; il survient alors ce qu'on a nommé *synizezis* ou *phthisis pupillæ*, la membrane contracte des adhérences soit en avant, soit en arrière, *synéchie antérieure, synéchie postérieure.*

Tous ces changements se comprennent facilement lorsqu'on pense un instant à ce qui doit se passer dans l'œil quand l'inflammation s'empare de l'iris. On conçoit que la membrane sera repoussée antérieurement ou postérieurement, selon que l'exhalation dont l'inflammation est la cause se fera plus considérable du côté du cristallin ou du côté de la cornée, dans la chambre antérieure ou postérieure.

Qu'on suppose l'inflammation plus intense sur la partie antérieure de l'iris, l'humeur aqueuse augmentée produira une synéchie postérieure; qu'au contraire, la face uvéale soit plus spécialement le siége de la phlegmasie, il pourra y avoir production d'une synéchie antérieure. Il est inutile de s'étendre davantage sur ces explications.

Enfin, dans la période de l'iritis dont nous traitons, il se manifeste de nouveaux phénomènes, et ceux-là sont, de tous, les plus malheureux. Par suite du travail inflammatoire, surviennent dans la pupille des fausses membranes; tantôt c'est sous la forme d'un réseau qu'elles apparaissent, tantôt elles se montrent avec l'apparence d'une membranule, d'un nuage, de grumeaux blancs, jaunâtres, laiteux ou rougeâtres.

Nous disons que ce sont là les phénomènes les plus malheureux; car ce sont eux, en effet, qui abolissent, ou au moins qui troublent la vision.

C'est à cette époque surtout que s'observent les complications de l'iritis, soit l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, soit une kératite profonde. On voit alors quelque chose de pointillé profondément placé dans l'œil et comme dans un nuage: on aperçoit sur le devant de la capsule un pointillé à peu près semblable; ce sont les lamelles organiques voisines du siége de l'inflammation qui y participent peu à peu.

Il est remarquable que l'iritis reste encore aussi longtemps isolée, et ne se complique pas plutôt de l'inflammation des autres membranes de l'œil; mais quand la maladie a persisté seule une semaine à peu près, on doit s'attendre à voir les autres parties se prendre bientôt.

Nous ne devons pas oublier de mentionner aussi un phénomène qu'on ne rencontre pas dans les diverses phlegmasies de l'œil étudiées jusqu'ici; c'est un brillant tout particulier qu'on observe dans l'iritis à la surface de l'organe; il est dû probablement à la supersécrétion des larmes coïncidant avec l'intégrité parfaite des portions transparentes. Nous avons noté déjà quelque chose d'analogue dans la kératite, mais en ayant soin de faire remarquer que dans cette dernière inflammation il existait une teinte verdâtre, vert-d'eau, qu'on ne retrouve pas dans l'iritis.

Dans l'inflammation de l'iris, l'œil acquiert donc un aspect plus brillant, mais en conservant sa teinte naturelle.

Les malades accusent souvent aussi un sentiment de tension sur lequel il faut s'expliquer. Pour eux, il leur semble que l'œil soit étranglé; c'est, au contraire, la distension plus ou moins considérable de l'organe qui produit cette sensation d'étranglement; il suffit, pour comprendre ce fait, d'examiner ce qui arrive quand un doigt, par exemple, est serré fortement par un anneau trop étroit, ou bien quand le doigt, pris dans un anneau large, vient à se gonfler de façon à se trouver comprimé. Il est évident que dans les deux cas, la sensation sera complétement la même, malgré la différence des deux causes. Dans l'œil, ceci explique ce qu'éprouve le malade, par suite de l'exhalation plus grande de fluides qui accompagne l'inflammation de l'iris, comme toute inflammation d'ailleurs, puisque c'est un des phénomènes qu'elle produit constamment, à une certaine période au moins. Par suite, disons-nous, de l'augmentation des liquides, de l'humeur aqueuse, vitrée, etc., la sclérotique, membrane résistante qui ne se laisse distendre qu'avec peine, occasionne par sa rigidité même une sensation de distension vive que le malade compare à l'étranglement de l'organe.

Il est bon de se rendre compte de cet effet; il sert à expliquer aussi comment, dans l'iritis, se produit la douleur. C'est précisément par cette distension, par la pression de dedans en dehors, des humeurs sur la rétine, la choroïde, puis sur la sclérotique, et aussi par celle qu'éprouvent les nerfs placés entre ces membranes, qu'on conçoit la production d'une douleur en rapport d'intensité avec cette compression, et son irradiation vers la région sus-orbitaire parcourue par quelques-unes de ces branches nerveuses.

Enfin, notons encore que l'iritis est, comme nous l'avons dit, accompagnée de troubles des voies digestives, tandis que les autres inflammations deviennent la cause de retentissements d'autres sortes. Ainsi, la conjonctivite et la kératite elle-même réagissent bien plutôt sur la muqueuse nasale. Dans l'iritis c'est le front, la tempe, le crâne, sympathiquement; dans la conjonctivite et la kératite c'est la fosse nasale ou le sinus maxillaire correspondant, sur lesquels la réaction inflammatoire a le plus souvent lieu.

Donc, dans la première période et plus encore dans la seconde, les symptômes locaux et généraux éclaireront suffisamment le diagnostic de l'iritis, et il ne sera guère possible de confondre cette inflammation avec celles des autres parties de l'œil. Ce serait maintenant le moment d'établir le diagnostic différentiel entre l'iritis franche et l'iritis spécifique, c'est ce que nous ferons la première fois. PAJOT.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Blépharoplastie de la paupière inférieure, méthode française; observation recueillie par M. LONG, aide de clinique.

M. Watry (Dominique), âgé de quarante-cinq ans, capitaine de douanes, est tombé dans le feu il y a environ deux ans.

Cet accident a produit diverses brûlures sur le tronc, sur les membres, sur la face et particulièrement sur l'œil droit, d'où il est résulté une large plaie étendue de la joue à la tempe avec destruction profonde des téguments de la paupière inférieure.

A l'époque où nous avons vu ce malade, il ne restait de ces lésions que des cicatrices, dont l'une, celle de la paupière inférieure de l'œil droit, très vicieuse, était accompagnée d'ectropion très prononcé. Cet ectropion, et plus encore une conjonctivite chronique entretenue par le renversement de la paupière, et compromettante pour la vision, engagèrent cet officier à se faire opérer.

Le 30 janvier, M. Watry vint au Val-de-Grâce se confier à M. Baudens, dont les succès en blépharoplastie lui étaient connus.

L'examen du malade fait constater une destruction des téguments de la paupière inférieure de l'œil droit. Le tarse et le muscle orbiculaire mis à nu et renversés sur l'os malaire, ont contracté d'intimes adhérences avec ce dernier ; quelques cils rares çà et là étalés sur cet os, font reconnaître le bord palpébral actuellement confondu avec la joue. Entre le globe oculaire et cette implantation ciliaire, se dessine un ovale très ouvert en dehors, rétréci, comme pédiculé en dedans, constitué par la membrane muqueuse renversée et couverte de fongosités.

La conjonctive oculaire, légèrement enflammée, offre des stries rougeâtres et un réseau vasculaire très développé ; la vue, du reste, n'est point encore notablement altérée. En dehors de l'orbite, parallèlement à l'axe vertical de la tête, se dessine en relief une bride de tissu inodulaire de la grosseur d'une plume d'oie, et provenant d'une brûlure de la région temporo-faciale. A la hauteur de l'angle externe de l'œil, cette cicatrice se bifurque. Une de ses branches remonte vers le front; l'autre, moins marquée, plus plate, mais plus large, se perd peu à peu dans la tempe. La peau dans ce lieu, brune, violacée, résistante, dépourvue de souplesse et d'élasticité, a été profondément altérée.

Impatient de subir l'opération, M. Watry presse M. Baudens d'en hâter le moment. Elle est fixée au 13 février.

Des trois méthodes employées pour l'autoplastie palpébrale, la méthode italienne est repoussée comme trop incommode, trop douloureuse, trop incertaine.

La méthode indienne, dont le chirurgien en chef actuel du Val-de-Grâce a retiré de beaux résultats, devait nécessairement être de sa part l'objet d'une prédilection toute particulière ; mais la crête inodulaire qui longe la joue et la tempe, l'état peu favorable des téguments destinés au lambeau d'emprunt la font également rejeter. A la base de la paupière artificielle se serait trouvée la crête inodulaire ; celle-ci, profondément imprimée dans le derme, eût ralenti le cours du sang dans le lambeau, elle eût exposé celui-ci à la gangrène. Cette crainte, assurément bien fondée, justifie la conduite tenue.

Restait la méthode française, à laquelle M. Baudens a eu recours.

Il dirige un petit bistouri droit sous le bord ciliaire ; il fait une incision semi-lunaire, détruit les adhérences profondes, isole le cartilage tarse, le soulève de la main gauche et fait agir le bistouri jusqu'à ce qu'il puisse ramener librement ce cartilage sur le globe oculaire. Cette dissection laisse entre l'os malaire et le bord palpébral ainsi remonté, une large brèche; pour la combler, deux incisions verticales sont pratiquées, l'une de l'angle interne de l'orbite jusqu'au-dessous de l'aile du nez, l'autre de l'angle orbitaire externe parallèlement à la première incision, et conduite un peu plus bas que la précédente. Ces deux plaies tombent à angle droit sur les limites extrêmes de l'incision préalablement faite sur le bord ciliaire, et dessinent un lambeau dont la dissection a lieu immédiatement et de haut en bas jusqu'à sa racine. Cette dissection est suivie d'une hémorrhagie assez abondante et surtout difficile à arrêter, à cause de la multiplicité de ses sources. Treize artérioles ont été tordues.

Il importait de faire cesser d'une manière absolue l'écoulement sanguin et de préférer la torsion à la ligature, dans le double but de ne pas laisser le sang s'accumuler sous le lambeau et d'éviter une suppuration éliminatoire.

L'hémorrhagie arrêtée non sans peine, M. Baudens soulève le lambeau pour fermer la brèche et le mettre en rapport avec le bord ciliaire aux angles duquel il le fixe par un point de suture. Pour mieux assujettir ce lambeau d'emprunt, deux autres points de suture sont placés au centre de l'une et l'autre incision verticale, avec la précaution de porter sur le lambeau l'aiguille plus bas que sur l'autre lèvre de la plaie, afin que le lien agissant obliquement de bas en haut sur le lambeau, tendît à le faire remonter par un effort constant. Une compresse fénêtrée enduite de cérat et un gâteau de charpie recouvrent la plaie; une éponge, placée sur la joue, comprime doucement le lambeau et le pousse de bas en haut à l'aide de bouts de bandes attachés à la fois au bonnet du malade et à l'éponge, préalablement fixée par un bandage convenable.

Deux petits glaçons sont placés dans le vide laissé au-dessous de l'appareil par le creux de l'orbite. Ce moyen, tant préconisé par M. Baudens, a pour but de prévenir une réaction inflammatoire trop violente.

Le malade, préparé à cette opération par une alimentation légère, par l'usage de bains et par un purgatif donné la veille, est mis à la diète.

Le lendemain (14 février), l'appareil exerçant une constriction un peu douloureuse, est enlevé, puis replacé. Déjà on peut se convaincre que la réunion s'opère par première intention. L'état général du malade n'offre rien de particulier. Bon sommeil, pas de fièvre ; appétit. Il est prescrit un aliment léger; la glace est continuée.

Le 15 février, l'incision verticale descendant du grand angle de l'œil est cicatrisée. La suture, obliquement placée à sa partie moyenne, est coupée.

Le 17, la cicatrisation des incisions et l'adhérence du lambeau paraissent solides ; les points de suture qui restent encore sont enlevés.

Le lambeau d'emprunt remplit parfaitement son but. La nouvelle paupière est dans des rapports exacts; le bien-être du malade permet d'augmenter son régime.

Le 20, la glace est supprimée.

Le travail de réunion linéaire a marché sans entraves et avec une étonnante rapidité. Cet heureux résultat faillit devenir funeste. L'opéré, trop confiant, eut l'imprudence de relâcher son appareil pour rendre plus facile la mastication. La paupière, n'étant plus contenue, descendit, et l'ectropion, si heureusement combattu, allait se reproduire partiellement si, averti à temps du danger, cet officier ne s'était montré plus docile. Il supporta désormais patiemment son appareil. Le lambeau n'eut plus de tendance à descendre et resta solidement fixé. Plus tard, les fongosités de la conjonctive, attaquées par le nitrate d'argent, disparurent entièrement.

Le 23 mars, impatient de reprendre son service, M. Watry sortit de l'hôpital. A cette époque, la paupière restaurée fonctionne très bien; elle exécute quelques mouvements dus à la conservation d'une partiee du muscle orbiculaire; l'œil est suffisamment masqué par elle. Dans le sommeil comme lors du clignotement, les deux paupières s'affrontent par leurs bord libres; la conjonctivite a disparu; la vue est rétablie dans son intégrité; les traces de l'opération sont peu apparentes, les douleurs et la difformité n'existent plus.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 2 avril 1845.— Présidence de M. GILLETTE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend: 1° Un mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon ; par M. Hipp. Larrey. (Remercîments à l'auteur.) — 2° Une monographie sur le tabac considéré dans son influence sur l'organisation humaine et dans son emploi thérapeutique ; par M. Szerlecki. — 3° Un opuscule sur les pneumatoses et leur traitement ; par le même. (Ces deux ouvrages sont renvoyés à M. Brierre de Boismont.) — 4° Une notice sur l'ophthalmie qui règne fréquemment dans la Rivera (province de Valence) ; par le docteur Serapio Escolar, médecin des hôpitaux de Madrid. 1845. (Renvoyée à M. Caffe.) — 5° Un recueil d'observations de calculs vésicaux prises dans le service de M. de Lavacherie, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liége, membre de l'Académie de Belgique; par le docteur Déjardin. 1843. — 6° Une brochure intitulée: De la compression contre les tumeurs blanches des parties dures; par M. de Lavacherie. — 7° Une autre sur le traitement de la rupture du tendon d'Achille. — 8° Une autre sur l'œsophagotomie. — 9° Une autre encore intitulée : Instruction sur les secours à donner aux mineurs et aux ouvriers des établissements minérallurgiques; 1843. (Ces différents travaux sont renvoyés à une commission déjà nommée pour faire un rapport sur la candidature de M. de Lavacherie.) — 10° L'Annuaire de l'économie médicale pour 1845 ; par M. Munaret. (Renvoyé à M. Caffe.) — 11° Le numéro du mois de mars de la Clinique vétérinaire de MM. Leblanc, Villate et Collignon.

Rapports. — M. Brierre de Boismont, chargé de rendre compte de deux ouvrages de M. Morel-Lavallée, l'un sur la rétraction accidentelle des membres, l'autre sur la production de fausses membranes à la surface interne de la vessie à la suite d'applications de vésicatoires à la peau, dit seulement quelques mots de ce dernier, déjà communiqué à l'Institut sous le titre de Vésicatoires dans la vessie.

Malgré les éloges joints par plusieurs membres à ceux que le rapporteur donne au candidat, la Société, considérant qu'il serait fâcheux d'établir un précédent duquel on pourrait s'autoriser pour recevoir trop facilement des membres résidants, décide que les mémoires seront renvoyés à la commission pour qu'il en soit fait un rapport écrit ; M. Piedagnel est adjoint à la commission.

—*M. Mandl* fait un rapport verbal sur un ouvrage allemand de M. le docteur Mayer, intitulé : *Essais d'une statistique et topographie médicale de Dresde*. Leipsik, 1840. Cet ouvrage étant rempli de détails peu intéressants au point de vue médical, le rapporteur en fait un résumé succinct.

L'auteur, après avoir exposé la zoologie et l'histoire naturelle des environs de Dresde, s'occupe de l'état physique et moral des habitants, qui paraissent aussi peu satisfaisants l'un que l'autre. — En 1837, le nombre des pauvres inscrits était de 1,516. L'immoralité y est aussi grande qu'en aucune grande capitale, et elle marche croissant chaque jour. Ainsi, par exemple, il y a eu, de 1832 à 37, trois fois plus de naissances illégitimes que dans le même espace de temps, de 1717 à 1722. Toutefois, il est très rare de voir exposer les enfants. Il n'y a pas de maisons publiques autorisées par la police. — Les maladies syphilitiques ainsi que l'onanisme exercent beaucoup de ravage.

Une troisième section traite des affaires médicales, de leur direction, des lois, du personnel des hôpitaux, etc., et, enfin, la quatrième des maladies endémiques. Un des résultats les plus tristement remarquable, c'est l'accroissement considérable des maladies scrofuleuses depuis quelques années.

En résumé, l'ouvrage de M. Mayer étant le fruit d'un travail très considérable, M. Mandl propose d'en inscrire l'auteur sur la liste des correspondants.

M. Mayer est nommé membre correspondant.

— *M. Depaul* communique le fait suivant :

Les causes de dystocie tenant à l'enfant sont nombreuses et parfaitement connues, pour la plupart, des médecins qui se livrent à la pratique des accouchements ; mais il en est une assez rare qui paraît ignorée par plusieurs d'entre eux ; car il n'en est pas fait mention dans les traités spéciaux les plus récemment publiés. Je veux parler de celle qui tient au développement énorme de tout le fœtus, causé par un emphysème général, qui lui-même est dû à la mort de l'enfant survenue pendant le travail, et à sa putréfaction dans les organes génitaux après la rupture des membranes.

Un fait de ce genre s'est présenté à mon observation tout récemment, et j'ai pensé qu'il était assez intéressant pour être communiqué à la Société.

Je fus appelé le 30 mars, à Plaisance, près Paris, par M. Chassaigne, pour madame P., primipare, âgée de quarante et un ans. Le travail durait depuis trois jours. Dès l'origine les contractions internes avaient été remarquables par leur peu d'énergie. Après vingt-quatre heures, on avait donné à trois reprises différentes du seigle ergoté qui n'avait pas beaucoup changé l'état des choses. Cependant dans les premières heures du second jour, la dilatation étant à peu près complète, M. Chassaigne opéra la rupture des membranes, et il s'écoula un liquide verdâtre qui fit supposer que l'enfant était mort. Les contractions utérines parurent se ranimer pendant quelques heures ; mais cela ne dura pas. La tête était élevée et s'engageait à peine au détroit supérieur. Le travail durait depuis cinquante-deux heures, lorsqu'on se décida à faire une application de forceps; de nombreuses tentatives furent faites, et on ne parvint à extraire la tête qu'en produisant des fractures et la disjonction de plusieurs os; mais les difficultés ne devaient pas s'arrêter là. L'engagement du thorax résista à tout ce que pût faire notre confrère: tractions avec les mains, soit sur le cou, soit sur un bras qu'il était allé chercher avec beaucoup de difficulté; crochets implantés sur différents points, tout avait été inutile. Ce fut alors qu'on requit mon assistance. Je trouvai la malade dans un bain; et après qu'elle eut été replacée dans son lit, je pus constater ce qui suit : Sentiment extrême de faiblesse; intégrité absolue des facultés intellectuelles; indifférence complète pour tout ce qui se passait auprès d'elle; visage coloré; pouls très petit, filiforme (près de 120 pulsations); respiration peu difficile, mais assez fréquente. J'obtins des réponses très nettes à toutes mes questions. La tête de l'enfant complétement déformée et vidée, avec la teinte verte des matières animales putréfiées et exhalant l'odeur la plus fétide, pendait entre les cuisses de cette femme. Les organes génitaux extérieurs étaient peu gonflés, et n'étaient le siége d'aucune lésion ; l'abdomen, considérablement distendu, donnait le son de la tympanite la plus prononcée. Je soupçonnai que la difficulté tenait à la putréfaction de l'enfant et à un développement considérable de gaz dans ses tissus, en même temps que dans la cavité utérine. Je dis à M. Chassaigne que j'avais eu occasion de voir deux faits semblables à la Clinique d'accouchement de la Faculté. Je voulus aussi m'assurer de la bonne conformation du bassin ; je crus reconnaître qu'il était un peu rétréci au détroit supérieur; toutefois, l'engagement des parties s'opposa à ce que je pusse rien préciser. Je voulus essayer à mon tour des tractions sur le cou ; mais je m'aperçus bientôt de la résistance énorme que j'avais à vaincre, et de la facilité avec laquelle les vertèbres se séparaient. Je ne fus pas plus heureux par l'application des crochets introduits dans les espaces intercostaux, et ne voulant pas fatiguer inutilement la malade, je pris le parti de recourir au céphalotribe. Il fut introduit sans difficulté sur les côtés du bassin. Je serrai de manière à obtenir une réduction considérable, et un moyen de traction solide; pendant que j'agissais ainsi, il s'échappa avec bruit une grande quantité de gaz d'une odeur telle que n'en exhalent pas les cadavres les plus putréfiés de nos amphithéâtres. Des tractions assez fortes furent nécessaires; cependant la poitrine s'engagea, et bientôt l'enfant tout entier fut extrait. L'opération dura cinq minutes. Le retrait de l'utérus expulsa des gaz pareils aux précédents; il s'écoula une très petite quantité de sang. Un quart d'heure après je fis la délivrance, l'utérus étant incapable de se débarrasser du placenta. Il me fut facile alors de constater un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, qui avait perdu un pouce. Rien dans la conformation générale de cette dame ne pouvait faire soupçonner un rétrécissement du bassin. L'enfant, naturellement très gros, avait des membres dont le volume était au moins doublé par une infiltration de gaz qui avait pénétré les tissus cellulaires superficiel et profond. L'abdomen et le thorax étaient aussi énormément développés. Par l'administration de quelques cordiaux, l'état de la malade devint meilleur. Il persista tel pendant six heures, puis elle s'affaiblit peu à peu, et mourut deux heures plus tard sans trouble des facultés intellectuelles.

Le fait qui précède me fournit l'occasion de faire connaître à la Société une modification que déjà depuis longtemps j'ai introduite dans une partie du céphalotribe, et qui me paraît avoir quelque utilité. J'ai substitué à la manivelle de M. Baudelocque un mécanisme beaucoup plus simple, tout aussi puissant, et qui fait disparaître de graves inconvénients.

Tous les médecins qui ont eu occasion d'employer le céphalotribe conviendront, je pense, qu'avec la vis de M. Baudelocque, on n'obtient le rapprochement ou l'écartement des branches qu'à l'aide d'une manœuvre qui exige un peu de temps. De plus, la vis étant placée transversalement au grand axe du forceps, la manivelle volumineuse qui la fait agir se fixe à l'une de ses extrémités ; et dans les mouvements qu'on lui imprime, elle rencontre la cuisse de la femme ou le matelas sur lequel celle-ci est couchée. Je n'ai pas vu une seule opération de céphalotripsie dans laquelle l'opération ne fût compliquée par cette circonstance, et j'ai entendu plusieurs fois M. le professeur P. Dubois dire qu'il serait très utile de faire disparaître ces inconvénients. Dans mon instrument, la vis est remplacée par une crémaillère mobile qui se place avec facilité après l'introduction des branches. Une clef peu volumineuse s'introduit ensuite dans les dents de la crémaillère et dans la direction de l'axe de l'instrument, et il suffit de la faire agir pour broyer la tête. Quand l'opération est terminée, ou qu'il faut la recommencer, une seconde suffit pour enlever la crémaillère.

Puisque j'ai présenté cette modification comme m'appartenant, et que dans l'ouvrage d'un de nos collègues (M. Chailly) elle est indiquée avec éloge, mais rapportée à M. P. Dubois, je crois devoir à la Société de justifier complétement ma prétention. M. Dubois sait parfaitement que cette modification est de moi, et il est trop riche de son propre fonds, et d'une probité scientifique trop bien établie, pour qu'il soit flatté qu'on lui attribue ce qui appartient à d'autres. M. Chailly, d'ailleurs, tenait de M. Charrière l'instrument qu'il a fait dessiner, et ce dernier le lui remit en disant qu'il était de moi ; je ne puis m'expliquer, par conséquent, l'erreur de notre collègue. C'est en janvier et en février 1844 que M. Charrière s'est occupé de ma modification, que j'ai montrée à la Société anatomique le 2 avril 1844, ainsi que les bulletins imprimés le constatent. A peu près à la même époque, je la fis voir à M. Danyau, qui eut la bonté d'en parler favorablement dans le Journal de chirurgie, n° du mois de mai. Je l'avais soumise avant à M. P. Dubois, qui me procura les moyens de faire plusieurs essais à la Clinique. Les modifications que M. Charrière a pu exécuter depuis pour différentes personnes, ne sont que la reproduction de la mienne.

M. Cazeau, tout en déclarant trouver fort utile la modification apportée au céphalotribe par M. Depaul, fait observer qu'il y en aurait de plus importantes encore à opérer. Selon lui, elles devraient porter sur les cuillers et sur leur point de jonction. 1° Il réclame la priorité pour l'idée d'exagérer la courbure des bords; 2° il rappelle la tentative qu'il a faite pour obvier à l'inconvénient résultant de la forme en V de l'ouverture, forme qui facilite le glissement de la tête. En faisant placer une vis de rappel semblable à celle de l'entérotome de Dupuytren, il a donné au niveau de la partie articulaire au moins autant d'écartement qu'à la base.

M. Depaul assure que presque depuis l'ouverture de la clinique d'accouchements il a entendu le professeur se plaindre de l'absence de courbure des bords des cuillers. Quant au second point, il ne croit pas atteint le but que se propose M. Cazeau, car ce qui serait gagné par la vis se perd par l'élasticité des branches.

La séance est levée à dix heures.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire annuel*.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 14 avril 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

M. Chereau a la parole. Le 26 février dernier, appelé auprès d'une femme lymphatique âgée de trente ans, mère de deux enfants dont le dernier est du mois de décembre 1843, notre confrère constata par diverses explorations qu'elle présentait dans l'abdomen à gauche une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant, facile à circonscrire, presque immobile, douloureuse et laissant apercevoir une fluctuation confuse.

C'est après sa dernière couche que cette femme s'aperçut de l'existence de cette tumeur. Notre confrère estimant que la poche était uniloculaire, adhérente, essaya la guérison par l'acupuncture. L'opération

eut pour résultat une diminution de six à sept centimètres dans le volume du ventre dans l'espace de quelques jours. Mais la malade ne voulant pas se soumettre à un traitement de longue durée, M. Chereau fit une ponction avec le trocart. Il s'écoula immédiatement environ deux litres d'une matière verdâtre, épaisse, analogue au pus des abcès froids, mêlée avec une matière grasse, laquelle fut bientôt suivie de la sortie successive de plusieurs cheveux blonda et soyeux ; enfin lorsqu'on retira la canule l'ouverture donna issue à l'extrémité d'une mèche de cheveux qu'on extraya en l'entortillant sur elle-même. Pour faciliter la traction, notre collégue crut devoir agrandir la plaie du trocart avec le bistouri. La plaie se cicatrisa facilement. Actuellement cette femme souffre beaucoup dans la région du ventre. La tumeur est affaissée, aplatie ; M. Chereau attendra la terminaison de ces accidents avant de tenter une opération destinée à enlever les poils qu'il contient évidemment encore.

M. Chereau promet la suite de cette observation intéressante.

M. Charrier pense qu'une incision faite ainsi à travers la paroi péritonéale, alors qu'il n'y a pas d'adhérence évidente du kyste est une imprudence, et que cette opération doit entraîner souvent une péritonite mortelle.

M. Chereau s'élève contre une proscription aussi sévère, et rapelle les cas nombreux de succès qui ont été mentionnés en Angleterre.

M. Mercier contestant l'authenticité de ces succès, annonce qu'un travail publié dans l'encyclographie en a fait justice et les a réduits à un nombre minime.

M. Chereau, sans partager l'engouement des écrivains anglais, et admettant d'ailleurs qu'un grand nombre de ces faits sont dépourvus de véracité, fait cependant observer à M. Mercier qu'il y a au moins soixante ou soixante-dix cas de ce genre, bien observés, attestés par un grand nombre de médecins recommandables qui en ont été les témoins, et qui, par conséquent, sont évidemment authentiques.

— *M. Bourdin* lit un mémoire intitulé : Du suicide considéré comme maladie. — La discussion à la séance prochaine.

— *M. Blatin* présente et fait fonctionner son appareil pour la réfrigération de la tête qui est connu sous le nom de *rigocéphale*. Les heureuses modifications qu'il lui a fait subir sont les suivantes : il a supprimé toutes les pièces métalliques qui donnaient de la rigidité à son bonnet à doubles parois, et a remplacé les vessies dont il était formé par du cuir mince très souple, et rendu imperméable. La disposition nouvelle des tubes qui établissent dans le rigocéphale un courant d'eau continu, permet d'amorcer très facilement le siphon. L'appareil fonctionne ensuite régulièrement, sans nécessiter aucune surveillance.

Ainsi constitué, le nouveau rigocéphale est très solide, parfaitement souple dans tous ses points ; il se moule complétement sur la tête, et coûte moins cher que l'ancien.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, de Noyon, D.-M.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène des femmes, ou *Précautions à prendre pour conserver leur santé, etc.*; par le docteur DESBRUÈRES, d'après les leçons de M. Tanchou.

Ce livre est fait principalement en vue, non point des médecins, qui y puiseront cependant, malgré sa forme tout élémentaire, des leçons d'autant plus utiles, que leur vulgarité les fait souvent négliger, mais des femmes du monde, quelle que soit la position qu'elles occupent dans la société. Si, lorsqu'elle est malade, la femme doit aussitôt demander du secours à l'homme de l'art, et ne point laisser s'aggraver le mal en cédant à une pudeur exagérée et mal entendue, de sages conseils peuvent souvent l'aider à prévenir le mal. Le ministère du médecin consiste autant à prévenir la maladie qu'à la guérir lorsqu'elle est une fois développée. C'est sous l'influence de cette généreuse pensée que l'auteur de ce petit livre a rassemblé en quelques pages les utiles et précieux conseils hygiéniques donnés par M. Tanchou dans les leçons qu'il fait au dispensaire Sainte-Geneviève.

Le manuel de M. Desbruères est divisé en trois parties. La première est consacrée à quelques maladies et à quelques phénomènes morbides propres aux femmes, la suppression, l'augmentation des règles, la dysménorrhée, la leucorrhée, les maladies qui accompagnent souvent la grossesse, les maladies auxquelles elle peut prédisposer, celles qui peuvent en être la conséquence, enfin les affections de l'âge critique.

La deuxième partie comprend les maladies du sein, soit légères et le plus souvent sans graves conséquences, les gerçures et crevasses, les douleurs névralgiques, etc., soit d'une certaine importance et dont les suites sont extrêmement graves, le phlegmon, les tumeurs squirrheuses, cancéreuses, etc. On aurait tort de croire, cependant, qu'avec le livre de M. Desbruères, la femme même la plus intelligente pourra essayer de se traiter elle-même et de se passer du médecin. L'auteur se borne à signaler les principaux symptômes qui doivent faire craindre à la femme le développement de ces affections, et l'engager à réclamer les secours du praticien, et, sous ce rapport, nous ne saurions trop approuver la réserve et la prudence de notre confrère, qui a craint, avec raison, de mettre dans des mains inexpérimentées des agents thérapeutiques d'une puissance énergique, si utiles quand ils sont convenablement employés, si dangereux lorsque l'inhabileté préside à leur usage.

La troisième partie, la plus pratique, renferme de nombreux et logiques avis sur l'hygiène proprement dite ; les vêtements, les exercices, le travail, le repos, le sommeil, la nourriture, les bains, les cosmétiques, etc., sont le sujet d'autant de paragraphes dans lesquels on retrouve avec plaisir les idées d'un praticien consommé, et la preuve d'une longue expérience. Louable dans son but, avantageux sans aucun doute dans ses résultats, le petit livre de MM. Desbruères et Tanchou sera mis par plus d'un médecin entre les mains de certaines de ses clientes, non point dans les premiers temps de leur existence de jeune femme, mais lorsque quelques années d'expérience et de douleurs auront déjà détruit quelques illusions et fait sentir le besoin des précautions continuelles qui doivent les entourer.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Mon honorable et spirituel confrère M. Amédée Latour, en me parlant de l'idée qu'il avait eue de faire usage du diapason pour établir le diagnostic des maladies de la poitrine, me demanda si je n'avais pas eu la pensée de faire l'application de cet instrument aux affections de l'oreille. Je lui répondis que depuis longtemps j'en faisais usage, et que c'est à ce nouveau moyen que je devais la possibilité d'établir d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait le diagnostic des cophoses, ainsi que de juger celles qui doivent rester rebelles à toute médication. Il paraît que mon *depuis longtemps* a éveillé la susceptibilité de M. Vidal (de Cassis), puisque dans la lettre qu'il vous a adressée il m'en demande la solution. Je m'empresse de répondre à ses désirs, en déclarant à l'avance que je n'attache à cette idée d'autre importance que celle que peut lui valoir le mérite de son emploi. Venons au fait :

C'est en 1832 et 33, pendant que j'étais préparateur du cours d'anatomie que M. Baudens faisait à cette époque à Alger, que je commençai mes recherches anatomo-physiologiques sur l'oreille, et qu'après avoir découvert les mouvements partiels de tension et de relâchement de la membrane du tympan, je cherchai surtout à apprécier les vibrations de cette membrane sous l'influence de tel son produit par des instruments à vent ou à cordes. Un jour, le chef de musique qui m'aidait dans mes expériences n'étant pas venu, j'eus l'idée bien simple de suppléer aux instruments dont je ne pouvais me servir seul, par un diapason placé sur une table. Voilà ma première idée.

Lorsqu'un peu plus tard j'ai voulu étendre mes recherches aux maladies de l'organe de l'ouïe, il était tout naturel que j'employasse pour apprécier les degrés d'altération du nerf acoustique, les mêmes moyens qui m'avaient servi pour mes études physiologiques. Nous avions à cette époque, à Alger, peu d'ouvrages d'anatomie, et le seul qui fut à ma disposition était le Traité de Bichat. Ce n'est donc pas dans cet ouvrage que je puisai l'idée de me servir du diapason, pas plus que dans le Traité de pathologie externe de M. Vidal, puisqu'il n'a paru qu'en 1840. Et quoique notre savant confrère dise dans son troisième volume, page 33, que depuis longtemps il faisait la même expérience, je tiens peu à savoir si son *depuis longtemps* remonte ou non au-delà de 1832 ; ses assertions ou ses dénégations ne sauraient m'empêcher de dire que l'idée de me servir du diapason appliqué sur les diverses régions du crâne pour apprécier les degrés de sensibilité des nerfs acoustiques, m'est venu sans la participation d'aucune influence étrangère. Quant au paquet cacheté auquel M. Vidal semble ajouter peu de foi, je n'eusse pas songé à l'envoyer à l'Institut sans les conseils d'un savant confrère à qui je fis part, en arrivant à Paris, de mes travaux. Toutefois, n'ayant envoyé ma lettre à l'Institut qu'en 1842, tandis que l'ouvrage de M. Vidal a paru en 1840, il en résulte évidemment que la priorité que donne la publication lui appartient, quoique de fait je croie avoir employé le diapason avant lui. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, que, séparés par la Méditerranée et nous occupant des mêmes recherches, l'idée nous soit venue d'employer le même moyen pour atteindre le but que nous nous proposions ? Cela ne se voit-il pas tous les jours ?

Agréez, etc.

BONNAFONT, D.M.

Paris, le 14 mai 1845.

Mon cher rédacteur,

La lettre de M. Bonnafont contient tout ce que je demandais : son papier cacheté est de 1842, tandis que le livre qui contient les expériences que je faisais *depuis longtemps* est de 1840. Vous comprenez avec facilité qu'avec ce *depuis longtemps* je puis vieillir énormément mon idée, et la faire remonter à l'époque où l'illustre Berlioz faisait, avec moi, des expériences sur l'audition, et m'aidait de ses inspirations musicales, qui l'ont, hélas ! enlevé à notre art. Mais M. Bonnafont pourrait revenir avec son chef de musique et un autre *depuis longtemps*, et cela n'en finirait plus. Or, je préfère finir en remerciant M. Bonnafont d'avoir précisé sa date comme j'ai précisé la mienne. C'est autant de décacheté.

Votre dévoué,

VIDAL (de Cassis).

NOUVELLES.

Dans le projet de réforme de la constitution suédoise, les médecins au service de l'état figurent pour la nomination de deux députés, l'un à la chambre jeune et l'autre à la chambre ancienne. Le nombre des députés à nommer par les officiers de la marine, et celui des députés à élire par les officiers de l'armée de terre est seulement de six. Assurément, dans la forme de notre gouvernement rien de semblable ne peut avoir lieu ; mais nous aimons à signaler ce témoignage de considération donné à la profession médicale.

— *Ministère de la guerre.* Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur : *Officiers.* Piron, médecin principal de 2e classe à l'état-major de la 1re division ; Hutin, chir. principal de 1re classe en Algérie ; Daenzer, pharm. principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides. *Chevaliers.* Angelot, médecin ordinaire de 1re classe, à Rennes ; Marbotin, *idem* à Valenciennes ; Martenet, méd. ord. de 2e classe, à Nancy ; Souriguère, *idem*, à Cambray ; Magail, *idem*, en Algérie ; Varlet, *idem* ; Chaudron, chir.-major de 1re classe, à Nancy ; Collin, *idem*, au 3e du génie ; Lacauchie, *idem*. professeur à l'hôpital de perfectionnement ; Pelletier, chir.-major de 2e classe au 47e de ligne ; Mestre, *idem*, en Algérie ; Denis, *idem* au 4e chasseurs d'Afrique ; Jacquier, *idem* au 7e de ligne ; Tissier, *idem* au 1er léger ; Mansny, *idem* au 7e cuirassiers ; Bruyères, *idem* au 8e chasseurs ; Germain, *idem* au 9e hussards ; Caumont, chir. aide-major de 1re classe à la garde municipale ; Volage, *idem* au 3e du génie ; Conche, *idem*, à Lyon ; Rouquier, chir. a.-m. de 2e classe au 63e de ligne ; Michel, *idem* au 1er escadron des équipages ; Redouin, pharmacien aide-major de 1re classe, en Algérie ; Galinier, *idem*, à Besançon.

— *Cours public, théorique et clinique sur les maladies mentales* (cinquième année). — M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce Cours le mardi 20 mai, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole-Pratique, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons cliniques auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière tous les dimanches, *à neuf heures* du matin, à partir du dimanche 25 mai.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude de la paralysie générale des aliénés.

— Dans le numéro de jeudi dernier, nous avions désigné M. Malgaigne comme secrétaire du bureau de la Société médicale du quatrième arrondissement, c'est une erreur : c'est M. Haquette qui a été nommé secrétaire.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 20 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 59. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal parait les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des kystes ovariques et de leur traitement. Considérations pratiques. (Suite.)

A mesure que la tumeur se développe dans l'ovaire elle gagne peu à peu la ligne médiane et déplace l'utérus, qu'elle repousse du côté opposé à celui où elle s'est manifestée d'abord; consécutivement le vagin change de direction, entraîné qu'il est par la déviation de l'utérus. On devra faire grande attention à cela, car les kystes ovariques sont peut-être la seule affection qui produise ces changements dans la position et les rapports des organes du bas-ventre. Il y a bien une autre maladie qui, théoriquement, pourrait produire aussi ce déplacement de l'utérus et du vagin, c'est les corps fibreux de la matrice; mais la pratique n'a pas confirmé toutes les prévisions de la théorie, et il n'est peut-être pas un seul fait où pareille chose ait été observée. Or, nous l'avons déjà dit plus d'une fois, *rara non sunt artis*; les cas extraordinaires et exceptionnels doivent être laissés en dehors des probabilités et ne point faire partie des éléments du diagnostic. Lorsque l'on rapproche ces deux circonstances, à savoir que très rarement les corps fibreux peuvent produire le déplacement de l'utérus, tandis que le contraire arrive très souvent quand il y a kyste ovarique, comme le prouve l'observation des faits, on est naturellement conduit à penser que, quand existe ce déplacement, c'est plutôt d'un kyste qu'il dépend que d'un corps fibreux.

A l'extrémité du vagin, on sent ordinairement un groupe plus ou moins considérable de tumeurs, ou une tumeur présentant plusieurs bosselures. Une de ces bosselures est nécessairement constituée par l'utérus. La vessie est également entraînée au-dessus du pubis, où on constate facilement la position. C'est un phénomène curieux que l'élasticité qui existe lorsque la vessie est pleine et qu'on déprime les parois de l'abdomen. Il arrive souvent que l'introduction d'une sonde cause de vives douleurs à la malade. L'utérus n'est pas seulement déplacé, il est ordinairement atrophié; souvent alors on le trouve réduit à la forme et au volume d'une *poire tapée*. On conçoit facilement aussi que dans des circonstances pareilles sa cavité disparaît entièrement.

La vessie subit quelques modifications dans sa forme; mais comme elle est membraneuse et que ses parois n'offrent aucune résistance, cette modification n'a pas grande importance.

Comme il agit sur la matrice et sur la vessie, le kyste de l'ovaire agit sur les intestins grêles et sur le rectum, qui sont gênés dans leurs fonctions. C'est principalement dans les cas de kystes multiloculaires que les intestins se trouvent comprimés. Sous leur influence, le rectum est rétréci, son calibre est diminué, et le cours des matières est, sinon totalement suspendu, du moins rendu plus lent et plus difficile. Quelquefois, par le fait de cette compression, une sorte de tympanite se produit et des gaz s'accumulent dans l'intestin, dont ils ne peuvent s'échapper que par moments et dans certaines positions de la malade. Tant que le kyste n'a pas encore atteint une partie très élevée de l'abdomen, les intestins grêles sont en général refoulés vers la partie supérieure au-dessus du diaphragme. A une période plus avancée de la maladie, lorsque le kyste est plus volumineux, ces intestins sont rejetés à droite et à gauche. Dans l'ascite, au contraire, ces organes sont repoussés vers l'épigastre.

Lorsque par suite de l'augmentation du volume du kyste, la distension du ventre est arrivée à un haut degré, les fonctions digestives s'altèrent, l'estomac cesse de désirer et d'accepter des aliments. Les malades sont obligés de se contenter de quelques cuillerées de bouillon toutes les deux ou trois heures. Dans quelques cas, dès que les aliments sont apportés dans l'estomac, il y a vomissement; lorsque l'affection est parvenue à ce degré d'intensité, la ponction est immédiatement nécessaire. Bientôt la circulation de la bile est gênée, ainsi que sa sécrétion. Les reins sont comprimés également, et cette compression produit une diminution dans la quantité des urines et une certaine difficulté dans leur excrétion.

La circulation abdominale est modifiée; la veine cave est comprimée; une circulation supplémentaire s'établit dans les vaisseaux qui rampent dans les parois abdominales. Dans quelques cas, des phénomènes analogues peuvent se produire dans les membres inférieurs relativement aux veines que comprime le kyste à leur entrée dans l'abdomen. Il arrive quelquefois, et beaucoup plus souvent qu'on ne pourrait le penser, que le membre inférieur correspondant au côté dans lequel la tumeur s'est développée d'abord, devient le siége d'un œdème ou d'une névralgie sciatique symptomatique. Ces deux états pathologiques, causés par la compression des troncs veineux et nerveux par les parois du kyste énormément distendues, n'ont pas, que nous sachions, fixé l'attention des médecins. Il est un grand nombre de névralgies et d'œdèmes que l'on regardait comme essentiels et qui sont déterminés par cette cause uniquement. Cela explique également comment il se fait qu'échouent souvent les moyens employés contre les maladies dont nous parlons, lorsqu'on ne les dirige pas contre les organes malades primitivement, mais seulement contre ceux qui en sont affectés secondairement et symptomatiquement. Les kystes ovariques apportent donc des changements considérables souvent et proportionnés au développement de la tumeur, dans la situation, la forme et le volume des organes voisins.

Il n'en est pas de même des changements qui surviennent dans l'état général; les kystes n'apportent en général que des perturbations médiocres dans la santé générale des malades. Les forces, l'embonpoint se conservent. Il est véritablement étonnant de voir des tumeurs de l'ovaire acquérir le volume d'une tête d'enfant, sans avoir apporté de grands troubles dans l'état général de la femme. Cette circonstance est un fait important, capital dans l'histoire des tumeurs de l'ovaire. En effet, c'est le contraire de ce que l'on observe dans les cas de tumeurs des autres organes, quels qu'ils soient. Les kystes peuvent exister en même temps que les fonctions de la vie organique s'accomplissent intégralement, même après avoir pris un grand développement. Ceci s'observe encore plus fréquemment chez les malades qui ont des kystes multiloculaires que celles où la tumeur n'a qu'une seule loge; cependant il arrive une époque où la santé s'altère; c'est lorsque la tumeur fait des progrès considérables, et principalement lorsque l'une des loges devient le siége d'une dégénérescence; même dans ce dernier cas, on observe toujours que les troubles sont beaucoup moins profonds que si une affection de même nature envahissait un organe nécessaire à la vie.

Marche. — La marche des kystes de l'ovaire n'est pas uniforme et continue. L'affection présente des alternatives quelquefois irrégulières, quelquefois périodiques de mieux et de plus mal. A chacune des époques des règles, le kyste devient le siége d'une douleur plus vive que celle que les malades accusent d'ordinaire. Il n'en est pas toujours ainsi. Les kystes dans leur développement présentent des inégalités, comme la plupart des maladies qui n'ont pas une marche d'une régularité bien connue et bien évidente. Le plus souvent, ces inégalités sont inexplicables. Pendant six mois, un an, plus ou moins, la tumeur paraît rester stationnaire; puis tout d'un coup et sans cause connue, la tumeur se développe, acquiert un volume considérable, et dans l'espace de six semaines, deux mois tout au plus, devient double ou triple de ce qu'elle était jusqu'alors. Le plus habituellement il y a des temps d'arrêt suivis d'un accroissement rapide momentané; d'autre fois, mais ces cas sont moins communs, le kyste semble décroître et diminuer de volume; bien que moins fréquentes, ces diminutions de volume des tumeurs ne sont pas excessivement rares; il y a même des circonstances dans lesquelles la tumeur diminue de plus en plus, et finit par se réduire à une sorte de moignon atrophié.

Lorsque les kystes ovariques se terminent favorablement et disparaissent presque complètement, c'est le plus souvent ou à la suite d'une ponction, ou à la suite d'un travail inflammatoire qui s'établit dans son intérieur, et auquel a succédé un travail de résorption. On a cité des exemples de guérisons survenues de cette manière. Le plus ordinairement, c'est par un autre mécanisme que la maladie disparaît, nous voulons dire par une évacuation accidentelle et heureuse. Des adhé-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un projet.

Chacun a son ambition dans ce monde, plus ou moins raisonnable, plus ou moins légitime. La mienne est d'employer la petite dose d'intelligence qui m'a été répartie à obtenir l'amelioration morale et matérielle du corps médical dont je suis membre, à élever en honorabilité et en dignité la noble, grande et belle profession à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir. J'ai sur ce sujet beaucoup d'idées que tout naturellement je trouverais excellentes. De temps a autre j'en lâche quelques-unes, mais avec prudence et précaution, car je connais un peu le terrain sur lequel je marche et les esprits auxquels je m'adresse. Que de choses sérieuses, graves ou tristes je suis obligé de revêtir d'une forme légère ou plaisante pour les faire accepter! Ceux qui s'arrêtent à la surface en rient et passent outre, ceux qui cherchent une idée la trouvent quelquefois et y pensent, et j'avoue que de ceux-ci un mot approbatif me touche, me flatte et m'honore davantage que de ceux-là un compliment banal sur la forme plus ou moins heureuse qu'il m'aura été donné de rencontrer. On écrit comme on peut et non pas comme on veut. De prétentions littéraires, je m'en prive et à bon escient. Quand quelques bouffées vaniteuses viennent troubler mon encéphale à cet égard, j'ai un excellent remède pour les dissiper que je recommande à mes confrères porte plumes: je lis quelques pages de nos grands maîtres, de Bordeu, de Vicq d'Azyr, de Bichat ou de Broussais et mes petites et sottes velléités rentrent bien vite dans leur coquille. Il est vrai que ce sont là les géants de notre littérature: on peut bien ne pas avoir six pieds et ne pas ressembler tout à fait à Tom-Pouce; mais de tous les talents le plus utile et le plus rare est de s'estimer ce qu'on vaut et ce qu'on peut, sans outrecuidance comme sans excessive modestie; avec confiance alors on fait toujours ce que l'on doit.

Cette petite préface est à seule fin de vous dire qu'aujourd'hui, cher lecteur, je voudrais avec adresse vous insinuer une de mes idées que depuis longtemps je caresse. Si par bonheur extrême elle venait à être accueillie, protégée, développée par vous, je ne vois aucun motif pour qu'elle ne portât pas les fruits que j'en espère. Je n'ai voulu la semer qu'au printemps pour qu'elle eût plus de chances de germer; je la dépose donc sur le terrain fécond de votre bienveillance et, si vous le voulez,

Molli paulatim flavescet campus arista.

Le principe de l'association, si fécond et si puissant, que nous, médecins, avons si longtemps dédaigné et dont nous avons si tard compris l'influence, ce principe commence heureusement à s'étendre et à se propager parmi nous. Dans une solennité récente, on a bien voulu reconnaître et louer les efforts tentés dans ce sens par la *Gazette des Hôpitaux* et par Jean Raimond en particulier. Il est certain qu'à chaque occasion propice nous n'avons cessé de crier à nos confrères: Votre mauvaise position vient de votre isolement; assemblez-vous, réunissez-vous, mettez en commun vos doléances et vos griefs; vos plaintes isolées sont étouffées par le tumulte du monde: criez ensemble et criez fort si vous voulez qu'on vous entende. On commence enfin à comprendre et à mettre en pratique ce conseil si clair et si simple. De toutes parts des associations se forment, ici dans une prévision de bienfaisance, là dans un but scientifique, partout pour quelque noble et grand intérêt. Paris a pris à cet égard une honorable initiative; les nombreux médecins que renferme cette immense ville et qui vivaient, il y a quelques années, si éloignés, si séparés les uns des autres, se réunissent aujourd'hui dans une grande partie des arrondissements, et viennent mettre en commun leurs efforts et leurs intentions. On m'a parlé d'un projet qui fermente dans la banlieue, et qui aurait pour but aussi de réunir mensuellement nos confrères de ces localités a Saint-Denis et à Sceaux. En province, le mouvement se propage avec rapidité; là où n'existaient naguère ni sociétés scientifiques, ni sociétés de secours, on en voit surgir en ce moment ayant l'un de ces buts ou les deux à la fois. C'est ainsi que depuis peu de temps se sont formées ou s'organisent les sociétés de la Gironde, de la Haute-Garonne, du Bas-Rhin, de la Saône, du Doubs, etc.

C'est fort bien; toutes ces associations locales produiront localement le plus grand bien; j'y vois la source d'améliorations considérables, améliorations morales et matérielles, double but que les sociétés ne doivent jamais perdre de vue.

Mais, est-ce là tout ce que promet et tout ce que peut donner le principe de l'association? Doit-on en circonscrire la fécondité dans les limites étroites de telle ou telle localité? Et les bienfaits de l'association ne doivent-ils tomber que sur un certain nombre de nos confrères? Je ne le pense pas, et voici où mon idée va commencer à montrer le bout de son nez.

Nous sommes tous membres de la grande famille médicale, et cette famille souffre. Praticiens des villes ou praticiens ruraux, nos besoins sont communs, égales nos souffrances, parce que la cause en vertu de laquelle nous souffrons est une cause générale. Par l'association locale, nous pouvons bien pallier quelques symptômes, masquer quelque épiphénomène, mais le principe destructeur n'en existera pas moins; car rien n'aura été tenté pour le traitement curatif qui doit s'adresser à l'organisme tout entier.

Ce traitement, c'est l'association sur les bases les plus larges, et se reliant par des rapports directs avec toutes les associations partielles et locales.

Un exemple va me faire bien comprendre: Dans plusieurs départements, existent des sociétés d'agriculture, et, dans tous, des comices agricoles. Personne de bonne foi ne conteste que ces sociétés et ces comices n'aient rendu quelques services locaux; cependant, c'est un fait aussi généralement reconnu, que sociétés et comices n'ont encore qu'une influence très bornée sur l'état général de langueur et de souffrance où se trouve l'agriculture. Aussi, qu'ont fait les hommes qui tiennent de cœur à la prospérité de cette branche importante de nos ressources, de cette vache nourricière de la France, comme disait Solly? Ils ont dit aux sociétés et aux comices ce que je viens de répéter au corps médical: Vos travaux isolés n'ont ni assez d'éclat, ni assez de retentissement pour être utiles; d'ailleurs, il leur manque un lien, un ensemble, une harmonie qui frappent le pouvoir et qui le forcent à vous accorder ce que vous demandez avec tant de justice, mais stérilement, parce que vous êtes isolés. Réunissez-vous en masse; que chaque comice, que chaque société envoie des délégués à un congrès central chargé de discuter et de résoudre les grandes questions d'intérêt général et vos vœux, expression de la majorité, énergiquement formulés et soutenus, obtiendront tôt ou tard satisfaction.

Aussitôt dit, aussitôt fait, et vous savez que le congrès central d'agriculture en est à sa deuxième session dont les travaux à l'heure actuelle fournissent un aliment plein d'intérêt à la presse quotidienne. Ces discussions aboutiront certainement, et l'agriculture obtiendra par là des modifications que vainement elle eût demandées par ses doléances isolées.

Ce que les agriculteurs ont fait, les médecins ne peuvent-ils donc le tenter? Faut-il donc désespérer de leur foi, de leur courage et de leurs bonnes intentions? Je ne puis me faire à cette pensée, et je viens humblement, mais avec espérance, leur soumettre un projet utile et praticable et qu'il dépend d'eux de faire fructifier.

Ce projet, du reste, peut être exposé en quelques mots: Toutes les sociétés de médecine de France, quel que soit le but de leur institution, devraient, dès à présent, s'occuper de formuler un projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Le 1er octobre prochain un grand congrès médical devrait s'ouvrir à Paris, dont la session durerait quinze jours.

Toutes les sociétés de médecine de Paris y assisteraient collectivement.

Les sociétés des départements y seraient représentées par des délégués en nombre illimité.

Les médecins de Paris ou des départements qui ne font partie d'aucune société seraient également invités à assister à ce congrès.

rences peuvent s'établir entre les parois du kyste et le rectum ou le vagin, plus rarement avec la vessie ; et un beau jour, sans cause appréciable, une ouverture fait communiquer les deux cavités, le liquide s'écoule par l'anus ou par la vulve, et la tumeur disparaît complétement. L'ouverture accidentelle est quelquefois la suite d'une inflammation qui a pris le caractère ulcératif. Une fois le liquide évacué, l'inflammation envahit les deux parois opposées du kyste, et des adhérences finissent par s'établir entre les faces que séparait la matière contenue dans la tumeur. La même chose s'observe ici, qui se passe dans certaines pleurésies qui se terminent par une adhérence générale des deux plèvres, s'opérant par des fausses membranes développées entre les feuillets de la membrane séreuse. De même qu'alors il devient impossiblr que le malade contracte une nouvelle pleurésie, et c'est là la terminaison la plus heureuse ; de même il est désormais impossible que les femmes ainsi guéries présentent plus tard des tumeurs ovariques. Lorsque cette perforation du kyste se fait dans le vagin, la femme se sent subitement toute mouillée, et est obligée de se garnir. Puis peu à peu l'écoulement diminue d'abondance ; le liquide, de transparent qu'il était, devient glutineux, épais, visqueux ; le ventre s'affaisse et reprend son volume normal. C'est cette circonstance qui a donné la première idée de faire la ponction par le vagin et par le rectum, et de provoquer le travail d'adhésion que fait quelquefois la nature seule.

Etiologie. — Les causes des kystes de l'ovaire sont encore enveloppées de la plus profonde obscurité. Disons en passant, et comme remarque générale, que dans la plupart des maladies l'étiologie a été trop facilement établie d'après des recherches superficielles. Il semble, aux yeux de beaucoup de praticiens, qu'il suffise d'avoir eu froid, ou d'avoir éprouvé une émotion morale vive pour contracter sur-le-champ telle ou telle maladie. Or, combien de fois ces causes agissent-elles sur un individu sans donner lieu à la production de cette maladie ! Nous diraient-ils, ces praticiens si faciles sur l'étiologie, comment agissent les causes de le pneumonie ? N'est-ce pas un point extrêmement difficile à établir, si tant est même que ce soit possible ? Il y a là certainement un travail qui se passe dans l'organisme ; mais quand l'esprit humain veut arriver à comprendre le mécanisme suivant lequel la maladie se développe, celui suivant lequel elle se guérit, alors il est impuissant et doit s'arrêter dans ses théories. Chaque système a des moyens différents de comprendre la production et la guérison des maladies ; pour saisir les causes véritables, nous ne le pouvons point. Si nous ne savons point comment se développe un érysipèle, maladie dont il semblerait si facile de déterminer les causes productrices, comment prétendrions-nous vouloir expliquer le mécanisme des maladies qui attaquent les organes intérieurs, et échappent à l'appréciation directe de nos sens. Relativement à l'étiologie des kystes ovariques, il y a là une disposition anatomique qui peut favoriser leur production ; c'est la division de l'ovaire en plusieurs loges. Une seule des loges peut être malade, comme il est possible aussi que plusieurs le soient, et l'on comprend combien cette possibilité augmente les chances de maladie pour l'organe dont nous parlons. Comment se fait-il, maintenant, qu'une seule des loges de l'ovaire soit malade ; c'est ce que nous ne pouvons savoir.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes de l'ovaire est souvent assez difficile ; d'autres fois, il se fait avec la plus grande facilité, et ne cause pas le moindre embarras au praticien. Lorsque la tumeur se développe par un côté du ventre seulement, quand de plus elle débute par la partie supérieure de l'excavation pelvienne, si elle est bosselée, inégale, ou lisse et uniforme, il y a probabilité qu'il existe un kyste, soit uniloculaire, soit à plusieurs loges, de l'un des ovaires. Dans un certain nombre de cas, il reste difficile de déterminer si la tumeur n'a qu'une seule ou plusieurs loges. C'est lorsqu'une des loges est très développée, et que ce développement même empêche d'apprécier les conditions dans lesquelles se trouvent les autres. Nous ne nous étendrons pas très longuement sur le diagnostic des kystes de l'ovaire entre eux, cette question ayant été examinée en détail, lorsque nous avons parlé des formes diverses de l'une et de l'autre variété.

Parmi les diverses affections qui peuvent simuler le kyste de l'ovaire, il en est une sur laquelle nous devons revenir un instant, et que nous n'avons fait plus haut qu'indiquer en passant ; nous voulons parler des corps fibreux de l'utérus. Toutefois, lorsque le médecin est appelé, la distinction est généralement facile à établir. Le polype fibreux de l'utérus fait corps avec cet organe ; tandis que lorsque l'on a affaire à un kyste de l'ovaire, et que la tumeur est peu volumineuse, on voit qu'elle est située en dehors de l'utérus, dont on peut l'isoler en enfonçant profondément les doigts dans les parois abdominales. Cet isolement de la tumeur par la dépression des parois du ventre n'est facile à effectuer que pendant une certaine période de la maladie, au début, alors que le kyste est peu volumineux. Lorsque l'affection a fait des progrès, que le volume du kyste est considérable, il n'en est plus de même. Chez une de nos malades, nous avons dit qu'il existait une tumeur multiloculaire qui semblait développée dans les parois du vagin et de l'utérus. Il ne serait pas impossible, à la rigueur, que des corps fibreux nombreux eussent donné lieu à la production des phénomènes que nous avons constatés chez cette femme. Mais nous avons cependant conclu en faveur des kystes, parce qu'il y a beaucoup d'exemples de kystes multiloculaires de l'ovaire ; tandis que les faits de corps fibreux multiples sont excessivement rares, surtout en aussi grand nombre. Il faudrait presque qu'il y en eût ici vingt-cinq ou trente à la fois, et, nous le répétons, il est rare d'en rencontrer plus d'un. Au contraire, il est extrêmement commun de voir un grand nombre de loges dans un kyste de l'ovaire. Pour le cas particulier auquel nous faisons allusion (salle St-Bernard, n° 27 ; *voir* les articles précédents), il est plus que probable, il est certain pour nous que c'est un kyste ovarique qui s'est développé sur le côté d'abord, puis en arrière de la matrice, et qui repousse cet organe en avant.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Quatre observations d'hydarthrose guérie par des moyens différents. Appréciation thérapeutique.

I. *Contusion de la jambe ; inflammation consécutive. Hydarthrose du genou. Traitement par le tartre stibié à doses élevées et croissantes. Guérison.*

Le nommé Louis-Robert B..., scieur de long, âgé de quarante-trois ans, est entré, le 21 février, salle Saint-Joseph, n° 37, pour une forte contusion de la jambe gauche, occasionnée par la chute d'une pièce de charpente assez lourde, qui, se détachant du tréteau sous lequel cet homme se trouvait, vint frapper en glissant contre la partie inférieure du membre. Renversé par la violence du coup, B... ne put se relever, et fut porté immédiatement à l'hôpital.

Quelques heures s'étaient à peine écoulées depuis l'accident, que déjà les parties molles de la jambe étaient notablement tendues et douloureuses ; et même le gonflement inflammatoire était si prononcé, qu'il était très difficile de s'assurer s'il y avait ou non une solution de continuité dans les parties osseuses. Le malade ne pouvait point soulever le membre, et les efforts qu'il faisait à cet effet occasionnaient d'assez graves douleurs. Du reste, il n'y avait point de difformité sensible, ni de plaie sur les téguments ; le genou correspondant, qui n'avait point été atteint, ne participait nullement à l'engorgement inflammatoire des parties contuses. La jambe, placée sur un coussin, fut maintenue dans un repos absolu au moyen de deux attelles latérales séparées des téguments par des tampons d'ouate, et à peine serrées par deux linges pliés en cravate, de manière à laisser à découvert la plus grande étendue du membre, et à permettre l'application de cataplasmes émollients fréquemment renouvelés ; une saignée du bras fut pratiquée et le malade mis à la diète.

Pendant huit jours le gonflement fit des progrès ; toute la jambe était uniformément tuméfiée ; la peau chaude au toucher, rouge, présentant diverses nuances ecchymosées, était fortement distendue : il se manifesta un empâtement douloureux qui fit craindre la suppuration phlegmoneuse. Quoique le malade éprouvât des douleurs assez vives, il ne ressentait pas d'élancements, et n'avait pas de frisson. La réaction générale n'était pas très marquée. Jusque-là le genou était resté parfaitement sain, lorsque tout à coup, le 1er mars, les symptômes d'une hydarthrose apparaissent dans l'articulation en même temps que la tuméfaction se dissipe presque instantanément dans toute l'étendue des parties précédemment affectées. Au bout de deux jours on pouvait juger, à la saillie de la rotule, et surtout du ligament capsulo-articulaire en dehors et en dedans de cet os, et à la fluctuation très évidente, qu'il existait une quantité assez considérable de liquide épanché dans l'articulation.

Le 3 mars, M. Malgaigne commence l'administration à l'intérieur du tartre stibié, à la dose de 30 centigrammes dans une potion diacodée. Le premier et le second jour il eut deux ou trois vomissements et plusieurs déjections alvines ; la quantité du liquide extra-articulaire avait encore augmenté.

Le 5, même état. On donne 40 centigr. de tartre stibié.

Le 6, il y a moins de tension dans la capsule synoviale ; la périphérie du genou a diminué d'un demi-centimètre. La potion émétisée donne lieu encore à plusieurs évacuations alvines assez vives. On continue néanmoins à augmenter la dose de 10 centigrammes par jour.

Le 8 et jours suivants, amélioration très notable. La dose du tartre stibié est continuée à 70 centigrammes. La rotule, moins soulevée par l'épanchement articulaire, peut être déplacée latéralement. Les saillies de la capsule s'affaissent ; on aperçoit les dépressions péri-articulaires qui existent normalement sur les côtés de la rotule. Il n'y a aucune douleur dans la jambe ; cependant les mouvements sont encore gênés.

A partir du 11, la dose du tartre stibié est diminuée peu à peu.

Le 15, ce médicament est suspendu. A cette époque, il n'y a que peu de gonflement, qui tient encore néanmoins à un reste d'épanchement synovial. La mensuration donne un demi-centimètre de plus seulement que du côté sain. Les mouvements sont assez faciles.

Malgré la petite quantité de liquide articulaire, celui-ci a été assez longtemps à se résorber tout à fait. Les frictions avec la teinture d'iode, la compression, deux vésicatoires volants, ont été tour à tous essayés sans succès. L'administration de l'émétique a été reprise également pendant trois ou quatre jours. Le malade, qui jusque-là était resté dans son lit, n'a été entièrement guéri que lorsque M. Malgaigne lui a ordonné de marcher, ce qu'il a fait ; et il est sorti en très bon état après avoir exercé l'articulation pendant trois ou quatre jours.

II. *Hydarthrose spontanée. Tartre stibié. Guérison par les vésicatoires.*

Le nommé P... (Nicolas), âgé de dix-sept ans ; imprimeur, entre le 26 mars, salle Saint-Joseph, n° 8. Ce jeune homme est d'une bonne constitution, lymphatique, n'ayant jamais eu aucune affection rhumatismale ni blennorrhagique. Nous ne trouvons dans les conditions hygiéniques qui l'entourent, aucune influence à laquelle il soit possible de rapporter le développement de l'hydarthrose dont il est affecté. Deux jours seulement avant son entrée, il s'est aperçu d'un gonflement au genou du côté droit, sans aucune douleur, mais apportant de la gêne aux mouvements du membre ; cette tuméfaction faisant des progrès assez rapides, P... vint à la consultation de l'hôpital, et fut reçu.

Le genou était gonflé, sans changement de couleur à la peau ; la rotule, très mobile, saillante, s'éloignait brusquement de la poulie articulaire lorsqu'on l'abandonnait à elle-même après l'avoir comprimée d'avant en arrière ; de chaque côté, la capsule faisait saillie et laissait percevoir la fluctuation. La jambe, dans l'extension, ne paraît être qu'à demi fléchie ; le genou avait 4 centimètres de plus que celui du côté opposé. La santé générale était excellente.

Le lendemain de son entrée, le malade fut soumis à la médication du tartre stibié à haute dose, en commençant par 30 centigrammes. Il eut, le premier jour, plusieurs selles avec coliques, sans vomissements ; mais dès le second jour, la potion fut parfaitement supportée, et l'émétique augmenté de 10 centigrammes. On arriva ainsi à 70 centigrammes, dose qui fut continuée pendant cinq jours, mais sans amener une amélioration réelle dans l'état de l'épanchement. L'émétique fut un peu diminué les jours suivants.

Le 8 avril, c'est-à-dire après treize jours de la médication précédente, celle-ci fut suspendue, et un premier vésicatoire très large fut appliqué au-devant du genou. — Le 12, un second vésicatoire fut mis dans le même lieu ; il en résulta une surface assez vivement enflammée du derme mis à nu, et sur laquelle des cataplasmes émollients furent appliqués. — Le 17 (sixième jour après l'application du dernier vésicatoire), celui-ci, entièrement sec, permet de mesurer la périphérie du genou, qui avait diminué de trois centimètres environ. — Le 18, le malade se lève et marche avec facilité ; il sort le 20, parfaitement guéri.

Semblable appel serait fait aux sociétés de pharmacie.

Le but de ce congrès serait de discuter et de formuler un projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine résultant du dépouillement de tous les projets partiels soumis au congrès, soit par les sociétés, soit individuellement par les médecins.

Chaque article du projet de loi, comme le projet de loi tout entier, devrait être voté à la majorité des suffrages.

Dans sa dernière séance, le comité nommerait à la majorité des suffrages un comité permanent chargé de présenter aux ministres le projet de loi, expression des vœux du corps médical, et d'en hâter la présentation par tous les moyens qui seraient en son pouvoir.

Les travaux préparatoires et réglementaires du congrès, la formation du bureau provisoire, l'ordre des séances et des discussions, etc., pourraient être arrêtés par un comité formé par des délégués de toutes les sociétés de Paris, sauf approbation du congrès réuni en assemblée générale. Ce comité serait également chargé d'obtenir les autorisations nécessaires.

Voilà mon idée ; je la trouve simple et exécutable. Que faut-il pour la faire aboutir ? Qu'une seule société de médecine veuille en prendre l'initiative et fasse appel à toutes les autres.

A qui pourrait-elle déplaire ? Au pouvoir ? Cela n'est pas probable ; car le congrès ferait pour lui une besogne longue, difficile, embarrassée, et qu'il ne peut aussi bien connaître que les médecins qui ont fait pratiquement et expérimentalement l'étude de la matière. A quelques médecins haut placés qui seraient bien aises de faire prévaloir les idées qu'ils ont soumises au pouvoir ? Mais d'abord ne seront-ils pas libres de venir les défendre au congrès, et ne pourront-ils pas ainsi rallier à eux des opinions chancelantes ou hostiles ? Et s'ils se sont trompés, la discussion ne pourra-t-elle pas les éclairer eux-mêmes ? Ne devons-nous pas les supposer assez bien intentionnés pour qu'ils renoncent avec empressement à des dispositions évidemment contraires aux intérêts moraux ou matériels de la confrérie médicale ? J'ai beau chercher, je ne trouve aucun motif réel et sérieux d'opposition au congrès que je propose.

Maintenant, ce congrès peut-il être utile ? J'en ai l'intime conviction. Il est un vieil adage applicable aussi bien aux corporations qu'aux individus, et dont la justesse est évidente pour tous les hommes pratiques : il faut savoir faire ses affaires soi-même. Nul médecin, quelles que soient son aptitude et son intelligence, ne peut croire réunir en lui seul la masse de lumières que nous trouverions dans le corps médical réuni en congrès ; nul ne peut espérer connaître suffisamment ses besoins et ses vœux pour assumer sur loi seul la responsabilité d'une organisation nouvelle. Où et comment le corps médical a-t-il été consulté ? Jamais et nulle part, si ce n'est pour quelques essais isolés qui sont restés stériles. D'ailleurs, il faut le dire, Paris jusqu'ici s'est réservé le monopole de ces projets de réorganisation sans que nos confrères de la province aient jamais été appelés à dire leur avis ; cela n'est pas juste et peut d'ailleurs être dangereux pour les intérêts des médecins qui exercent loin de Paris, dans les villes ou dans les campagnes. Il faut que tous les besoins soient connus, que tous les intérêts soient défendus afin que, s'ils sont légitimes, satisfaction leur soit donnée. Par ce motif, je voudrais que les officiers de santé fussent aussi appelés au congrès pour défendre leur institution, s'ils croient son existence réellement utile aux populations des campagnes.

Un vote imposant, après une discussion grave et solennelle, n'aurait-il donc aucune influence sur les hésitations et les temporisations du pouvoir ? Ce serait déclarer le corps médical, qui, par ses lumières et par ses services, fait partie de l'élite de la population française, ce serait le déclarer inhabile et impuissant à obtenir ce qu'ont obtenu des intérêts beaucoup moins graves et des besoins moins légitimes. Il ne s'agit pas, après tout, des intérêts seuls de la profession, mais des intérêts de la société tout entière, et de ses intérêts les plus sérieux ; car elle est la première victime des coupables manœuvres du charlatanisme qui compromettent son bien le plus cher, sa santé. Nous, médecins, rappelons-nous que presque toutes les modifications apportées législativement aux intérêts divers de l'industrie et du commerce, ne l'ont été qu'après des efforts pareils à ceux que je propose au corps médical. Question de douanes, question des fers, des sucres, de la houille, de l'industrie linière, des huiles, etc., etc., tout cela n'a été obtenu qu'à force de congrès, d'associations, de discussions par les intéressés eux-mêmes. Bien des modifications seront obtenues encore par les mêmes moyens persévérants et énergiques.

Et nous seuls, dans notre grande famille médicale, nous resterions inactifs, indifférents, sans énergie, sans réaction contre le mal qui nous oppresse ? Nous gémirions solitairement sur nos souffrances sans rien tenter pour les guérir ? Nous seuls oublierions ce vieux et sage principe : Aide-toi, Dieu t'aidera ? Allons, hommes de cœur, de dévouement et d'action, à l'œuvre ! Je n'en demande qu'un seul dans chaque société médicale et mon projet fera son chemin. Ne regardez pas d'où en vient la source ; qu'importe qu'elle soit infime ? Considérez-en l'utilité, les conséquences et la facilité d'application et, cela dit, je rentre dans mon petit observatoire d'où ma petite lunette vous fait voir les petites misères de notre petit monde.

Jean Raimond.

P. S. Je ne suis pas le seul à faire des projets. J'ai reçu plusieurs lettres d'encouragement, d'adhésion et contenant des vues et des idées que je publierai en temps et lieu. Mes honorables correspondants ne perdront rien pour attendre.

III. *Hydarthrose consécutive légère. Guérison au moyen de deux vésicatoires.*

Le nommé J... (Germain), âgé de quarante-huit ans, carrier, était entré le 7 février, salle Saint-Joseph, n° 18, pour une fracture complète et dentelée des os de la jambe du côté gauche. Rien n'était survenu de remarquable pendant le temps de la consolidation de cette fracture, qui avait été maintenue par un simple appareil contentif au moyen de deux attelles latérales et d'un drap fanon, sans aucun bandage roulé; la réunion était exacte et sans la moindre difformité.

Le quarante-deuxième jour, l'appareil enlevé, on pratiqua quelques mouvements de flexion pour vaincre la roideur du genou; ces mouvements, continués chaque jour, amenèrent une supersécrétion de liquide dans la jointure. L'épanchement n'était pas considérable, mais néanmoins il était impossible de le méconnaître. Deux vésicatoires volants le firent disparaître en très peu de temps. Cet homme est resté plusieurs jours encore dans nos salles, s'exerçant à marcher: l'hydarthrose n'est pas revenue. Il est sorti guéri le 26 avril.

IV. *Hydarthrose consécutive assez intense. Saignée du bras. Cataplasmes émollients. Guérison.*

Ceci est encore le cas d'une hydarthrose survenue à la suite des premiers mouvements exercés dans l'articulation par une fausse ankylose, suite de fracture.

B..., âgé de soixante-seize ans, avait été porté à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 32, le 26 février, pour une fracture siégeant au tiers inférieur du corps du fémur. L'appareil avait été laissé en place 58 jours. Quand il fut enlevé, la fracture, du reste dentelée et sans déplacement, était parfaitement réunie; le genou, un peu gonflé par l'empâtement des parties molles, présentait une roideur très grande en apparence, mais que l'on pouvait vaincre assez facilement; les mouvements exercés faisaient néanmoins éprouver beaucoup de douleur au malade, et l'on sentait, en les communiquant, un craquement dans l'articulation. Les jours suivants, ces mouvements, renouvelés, occasionnèrent des douleurs plus vives, en même temps qu'ils semblaient devenir moins faciles.

Le quatrième jour, 28 avril, il existait un gonflement très prononcé qui provenait de l'accumulation du liquide dans l'articulation. — Le membre fut laissé en repos; cataplasmes émollients sur le genou.

Le 29, la tuméfaction articulaire fait des progrès; on mesure 5 centimètres de plus que de l'autre côté, dans la même position. Les douleurs sont intolérables au moindre mouvement.—Cataplasmes émollients répétés plusieurs fois par jour.

Le 30, le périmètre du genou dépasse de 0,06 celui de l'autre côté; la rotule est très saillante, la capsule très distendue; impossibilité de tout mouvement; toute la région du genou est fort douloureuse; le malade ne dort pas la nuit; il n'y a pas de réaction générale, et la dureté caractéristique du pouls ne paraît tenir qu'à l'âge très avancé du sujet. Néanmoins, en raison de l'acuité des phénomènes locaux, M. Malgaigne fait pratiquer une saignée de 3 palettes, et continuer les cataplasmes.

Le 1er mai, le genou a diminué de 2 centimètres; il est aussi moins douloureux. A partir de ce moment, et sous la seule influence des cataplasmes et des bains, la diminution de l'hydarthrose est chaque jour plus grande; elle a disparu même à peu près entièrement vers le 8 ou le 10 de ce mois; seulement, la roideur est encore plus considérable dans l'articulation qu'auparavant, et l'on s'occupe en ce moment de la combattre par les moyens appropriés.

— Ces quatre observations ne manquent pas d'intérêt sous le point de vue thérapeutique; elles prouvent que les hydarthroses peuvent guérir très bien par des moyens différents, et qu'ainsi il ne peut y avoir lieu de donner une formule de traitement absolu.

La première que nous avons rapportée vient à l'appui des observations que M. Gimelle, chirurgien-major du gros-Caillou, a rapportées dans le Bulletin de l'Académie royale de médecine (t. III), et dans le Journal de Chirurgie de M. Malgaigne (janvier 1845), sur l'emploi de l'émétique à doses élevées et croissantes dans les hydarthroses. Cette médication a parfaitement réussi, en effet, sur notre sujet affecté d'hydarthros inflammatoire et métastatique. Seulement, vers la fin, le reste d'épanchement qui a persisté n'a disparu que par l'exercice prolongé du membre.

Dans le second cas, il s'agit d'une hydarthrose spontanée et sans aucune trace d'inflammation. L'émétique ne paraît point agir; les vésicatoires, au contraire, largement appliqués, modifient très avantageusement l'état de l'articulation.

La troisième observation est celle d'une hydarthrose consécutive légère. Il n'était aucun besoin de soumettre le sujet à la médication par le tartre stibié; les vésicatoires volants ont suffi.

Enfin, dans la quatrième observation, qui est encore celle d'une hydarthrose consécutive, mais plus intense, une saignée du bras, des cataplasmes fréquemment renouvelés et quelques bains suffirent seuls, sans en venir même aux vésicatoires.

Ces faits n'infirment en rien la médication proposée par M. Gimelle. Nous ne les rapportons que parce qu'ils peuvent concourir à formuler les indications de son emploi dans les circonstances où elle est vraiment utile, sans exclure les méthodes dont l'utilité ne doit pas tomber dans l'oubli à cause de cela. J. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 30 avril 1845.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Huguier* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il a examiné au microscope, avec M. Mandl, la tumeur qui a été présentée par M. Nélaton dans la dernière séance, et dit y avoir rencontré tous les caractères microscopiques assignés aux tumeurs fibreuses.

— La Société reçoit le premier numéro de la sixième année de la *Gazette médicale de Montpellier*, dirigée par le docteur Chrestien.

Le secrétaire fait connaître la substance des divers articles qui composent ce numéro.

— *M. Malgaigne* présente la jeune fille à laquelle il a pratiqué l'abrasion d'une partie de l'épaisseur de la cornée transparente de l'œil droit, pour guérir cet œil d'une taie qui s'opposait à la vision. M. Malgaigne fait observer que bien que, par son opération, il ait produit une large perte de substance à la cornée, et que même, dans un point, il ait dépassé toute son épaisseur de manière à arriver dans la chambre antérieure, cependant la cicatrice s'est faite sur cette plaie large et partiellement pénétrante; cette cicatrice est aujourd'hui transparente, et, de plus, la cornée reproduite ne paraît avoir rien perdu de son épaisseur normale. M. Malgaigne ajoute que ce résultat, que des expériences tentées sur des lapins lui avaient fait pressentir, avait été regardé comme improbable par quelques personnes qui assistaient à son opération, et que c'est pour les convaincre de sa réalité qu'il présente sa malade. On peut voir en effet, et toute la Société constate, qu'à part une petite tache de formation récente qui occupe le côté interne de la cornée, tout le reste de cette membrane offre la transparence et l'épaisseur qui ont été signalées par M. Malgaigne.

M. Bérard s'étonne de voir M. Malgaigne établir comme un fait nouveau la transparence des cicatrices de la cornée. Il voit tous les jours le tissu de la cicatrice qui succède à l'ulcération de cette membrane offrir cette condition favorable à la vision. Ce qu'il trouve de plus nouveau dans l'observation de son collègue, c'est la reproduction complète de la cornée abrasée par le bistouri; car ordinairement il y a des facettes à la surface des cornées qui ont été ainsi amincies par l'instrument tranchant.

M. Laugier ne trouve non plus rien d'extraordinaire dans la cicatrisation de cette plaie, même dans le point où elle était pénétrante. Là, en effet, les choses se sont passées comme elles se passent dans tous les cas où l'on fait une ponction à la cornée; cas dans lesquels il est rare de voir une tache se développer à la suite de l'opération. Selon lui aussi, la perforation de la cornée n'implique pas que la tache occupait toute l'épaisseur de cette membrane, car un accident pendant la manœuvre a pu la produire.

M. Robert demande à M. Malgaigne s'il pourrait tracer les signes diagnostiques et les caractères anatomiques des taches de la cornée qui sont susceptibles d'être avantageusement traitées par l'opération qu'il a pratiquée; il voudrait qu'il indiquât l'épaisseur que doivent avoir ces taches, et les moyens de constater sûrement, avant l'opération, cette épaisseur; car il est convaincu que plusieurs de ces taches résultent d'inflammation ou sont la suite d'ulcères des lames superficielles de la cornée, et qu'elles peuvent guérir par des moyens moins dangereux que l'abrasion de leur tissu propre.

M. Marjolin demande si les animaux sur les yeux desquels M. Malgaigne a expérimenté étaient affectés d'opacité de la cornée. S'il n'en est pas ainsi, il n'y a aucune induction rigoureuse à tirer de ces expériences. Il demande ensuite pourquoi. si l'opération est si avantageuse, elle n'a pas été répétée depuis par M. Malgaigne?

M. Malgaigne, répondant aux diverses objections qui lui ont été adressées, dit qu'il se présente peu de cas où les taches de la cornée réclament impérieusement l'abrasion de cette membrane pour être guéries; qu'il a eu occasion de pratiquer deux autres fois cette opération quand il faisait le service de l'hôpital des Cliniques, mais que les suites n'en ont pas été complètement satisfaisantes; et que depuis qu'il est à l'hôpital Saint-Antoine, aucun nouveau cas ne s'est présenté à son observation. Il signale plusieurs complications qui, lorsqu'elles existent, contre-indiquent l'opération dont il s'agit. Il ne veut pas qu'on l'applique toutes les fois que la cornée est encore le siége d'inflammations répétées, même légères; toutes les fois qu'il existait des vaisseaux variqueux un peu volumineux et un peu profonds aboutissant à la tache; toutes les fois enfin que le tissu de celle-ci est mou et fond sous les mors de la pince comme de la bouillie. Enfin, il ne croit pas que, dans l'état actuel de la science, il soit possible de connaître, avant l'opération, la profondeur à laquelle s'étend l'opacité qu'on veut enlever. Mais des dissections nombreuses qu'il a faites à Bicêtre le portent à penser que, dans les taies de la cornée, l'opacité occupant rarement les couches profondes de cette membrane, l'abrasion de ces taches pourra être pratiquée dans la majorité des cas sans qu'on coure le risque de pénétrer dans les chambres de l'œil.

M. Huguier, à l'appui des idées émises plus haut sur la reproduction de la cornée et sa cicatrisation par un tissu transparent, dit avoir souvent constaté chez des enfants affectés d'ophthalmie blennorrhagique, dont il avait touché, avec une forte solution de nitrate d'argent, les cornées ramollies et perforées dans certains points, qu'après la chute de l'eschare produite par le caustique, les cornées, amincies d'abord, reprenaient plus tard leur épaisseur et leur transparence naturelles.

M. Bérard croit que la couche blanche qui succède à la cautérisation de la cornée par le nitrate d'argent n'est pas une eschare comme le pense M. Huguier, mais qu'elle est un dépôt de chlorure d'argent qui se développe sur place par décomposition du nitrate; dépôt qui prend la forme d'une membrane, et qui disparaît plus vite que ne disparaissent ordinairement les eschares qui suivent la cautérisation.

La séance est levée à cinq heures et demie.

EXTRAITS DES DISCOURS PRONONCÉS AUX OBSÈQUES DE BRESCHET.

Discours de M. Cruveilhier.

Messieurs,

..... Il est peu d'hommes dont la carrière scientifique ait été mieux remplie que celle de notre collègue, et par des travaux originaux, et par les traductions nombreuses dont il a enrichi notre littérature médicale, et par les publications qu'il a inspirées et auxquelles il a pris une part plus ou moins active.

Autant et plus que personne, M. Breschet a concouru à importer en France les travaux scientifiques de l'Allemagne, cette terre classique des vues métaphysiques les plus transcendantes, et en même temps, chose bien remarquable, des travaux d'observations les plus minutieux et les plus positifs.

Et notez bien que dans les nombreux ouvrages qu'il a publiés, pour atteindre un tel but, notre collègue ne s'est pas borné au rôle de narrateur intelligent et fidèle des travaux d'autrui, mais qu'il s'est constamment montré à la hauteur des grandes idées de l'anatomie philosophique, au développement desquelles il a pris la part la plus active, en y rattachant les faits qui lui étaient propres.

Il semblait que les idées abstraites, qui sont l'objet de cette science, se dépouillaient, en traversant l'intelligence nette, sage, pleine de sagacité de M. Breschet, de ce qu'elles avaient d'exagéré, d'indécis, d'hypothétique; il semblait que le rôle de traducteur, auquel M. Breschet a cru devoir se réduire dans un grand nombre de circonstances, n'était qu'un voile dont sa modestie se couvrait pour publier ses propres découvertes; et chaque traduction devenait le texte d'un travail spécial, de notes additionnelles, souvent plus intéressantes que le travail original lui-même.

Ne soyez donc pas étonnés si notre collègue jouissait dans le monde savant d'une aussi grande considération, s'il entretenait des relations scientifiques avec tous les pays, s'il dotait incessamment notre littérature médicale de tout ce qui paraissait de nouveau à l'étranger, et si c'est en quelque sorte sous son inspiration ou d'après son impulsion, que se sont faites toutes les traductions modernes, depuis Frédéric Meckel jusqu'à Müller. Sous le rapport de l'érudition, on pourrait dire de M. Breschet qu'il représentait l'Allemagne savante en France, et la France savante en Allemagne.

Toutefois, messieurs, ce serait mal connaître notre collègue que de ne le considérer que comme un homme d'érudition; grand nombre de travaux originaux attestent qu'il avait toutes les qualités de l'observateur, et même qu'il avait une sorte de prédilection pour les objets de fine anatomie. Il me suffira de rappeler, en passant, ses travaux sur l'embryologie, ses mémoires sur la structure de l'ouïe chez l'homme et chez les animaux, sur la structure de la peau, sur les anévrismes, sur les vaisseaux lymphatiques, sur le phlébentérisme, et son magnifique ouvrage avec planches, sur le système veineux, ouvrage qu'il a eu la douleur de laisser inachevé.

Tant de travaux avaient marqué depuis longtemps sa place à l'Institut, qu'il regardait, à juste titre, comme la plus haute récompense d'une vie presque entièrement consacrée à la science. Il eut l'honneur d'y succéder à Dupuytren......

C'est par la voie laborieuse du concours que M. Breschet a conquis toutes les places qu'il a obtenues, depuis celle d'élève de l'école pratique jusqu'à celle de professeur à la Faculté, et pourtant on ne peut pas dire que M. Breschet fût un homme de concours; mais telle était la solidité de son esprit, la profondeur de son érudition, que souvent dans les luttes scientifiques qu'il eut à soutenir, il emporta sur des émules qui, avec une instruction incontestable, avaient sur lui l'avantage d'une élocution facile et brillante.

Tel est, messieurs, le professeur, le savant que nous avons perdu. Organe de la Faculté dans cette triste cérémonie, j'aurais cru manquer à ma mission si je n'avais pas présenté notre collègue entouré de tous les titres scientifiques qui lui assurent un rang si distingué parmi les savants de notre époque.

Un mot encore sur notre collègue, avant de lui dire un dernier adieu.

Ai-je besoin de vous rappeler les qualités du cœur et de l'esprit de M. Breschet, sa bonhomie spirituelle, la sagacité, la finesse et quelquefois le mordant de son esprit? Sa vie tout entière a été consacrée au culte de l'amitié, du dévouement et de la reconnaissance envers Dupuytren, et il lui est resté fidèle, même au dépens de son intérêt personnel. Sa bienveillance envers ses élèves était inépuisable, et cette affluence de plusieurs générations de médecins qui se pressent autour de cette tombe vous dit mieux que toutes les paroles quel touchant souvenir ils ont conservé des services qu'il leur a rendus. C'était, en effet, un des mérites de M. Breschet de deviner l'aptitude des élèves, de savoir les faire travailler, de leur donner une bonne direction, de les associer à ses idées, et souvent aussi à ses travaux et à sa gloire.

M. Breschet était arrivé à cette époque où l'homme, satisfait de sa position, est appelé à jouir paisiblement de ses travaux; il venait d'assurer le bonheur d'une fille unique, digne objet de toute son affection, par une union qui comblait tous ses désirs; car il avait trouvé dans M. Amédée Thierry, son gendre, avec l'honneur d'un nom illustre, le dévouement du fils le plus tendre, et c'est dans ce moment qu'il a été pris, comme Dupuytren, au milieu d'une leçon, d'une de ces attaques d'apoplexie qui, bien que légères en apparence, annoncent une organisation profondément altérée, et laissent dans le cerveau une brèche irréparable. Comme Dupuytren, il alla demander au beau ciel de l'Italie, avec le repos, un rétablissement impossible, et, comme Dupuytren, il nous est revenu pour mourir hydropique....

Adieu, cher collègue, adieu! puisses-tu dans un monde meilleur recevoir la récompense de tes travaux!

Discours de M. Ferrus.

Émue, oppressée par la douleur, l'amitié, en ce lieu, ne saurait être éloquente; mais elle ne peut rester muette toutefois sur la tombe d'un homme tel que Breschet. Elle aussi, mais à d'autres titres que la science, doit déplorer sa perte. Elle doit honorer et chérir sa mémoire, car le grand développement et la grande activité de son intelligence, la bonne et la mauvaise fortune, les satisfactions de l'amour-propre, les agitations, les triomphes ou les mécomptes de l'ambition n'avaient point attiédi chez lui les qualités du cœur, ne le rendirent jamais infidèle aux sentiments affectueux.

Et d'abord il aimait son pays et s'intéressait vivement à sa prospérité et à sa gloire. Il aimait le peuple dont il partageait les instincts généreux, et, en profitant de tous les avantages d'une civilisation avancée, en acceptant sa part des inégalités sociales basées sur le mérite, il avait su résister au vertige de l'amour-propre et à cet égoïsme vain que donne le succès aux âmes ordinaires. Il était resté simple, libéral, patriote, et n'avait point consenti à restreindre le cercle de ses affections et à s'isoler au sein de la grande famille....

Dans les désastres qui suivirent nos dernières guerres, il prodigua ses soins à ceux de nos soldats blessés ou atteints de maladies graves qui, refoulés par l'ennemi dans les murs de la capitale, encombraient les hôpitaux de Paris.

En 1830, et pendant nos troubles civils, son dévouement fut encore plus complet et plus efficace, car il était à cette époque chargé d'un service important à l'Hôtel-Dieu....

Un seul exemple, au reste, peut donner la mesure de sa commisération habituelle pour le malheur et de la reconnaissance populaire à son égard. Dans l'emportement de sa colère et l'abus de sa puissance le peuple détruisait l'archevêché de Paris, et, non content de raser l'édifice, il voulait encore anéantir tout ce qui avait appartenu à l'archevêque. Un grand embrasement se préparait tout à côté de notre grand hospice, et là devaient être brûlés en commun des meubles de prix, des livres, du linge, etc.; car si le peuple, dans le déchaînement des réactions politiques, s'abandonnait à la brutale fureur de détruire, il ne s'abaissait pas jusqu'à voler. Breschet, informé de ce grave désordre, veut l'empêcher, et sortant de l'Hôtel-Dieu avec précipitation, s'élance au milieu d'une foule agitée. Son but est d'abord méconnu; on le prend pour un prêtre qui veut s'opposer à la ruine de l'archevêché; des clameurs sinistres, des gestes expressifs menacent sa vie: rien ne l'arrête; il s'adresse aux plus furieux de l'émeute, leur demande s'ils veulent, en provoquant un incendie voisin, consumer dans les flammes leurs frères gisants dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Bientôt il est reconnu par quelques-uns de ces hommes qui lui devaient leur retour à la santé, son nom est répété avec enthousiasme par toutes les bouches. Il veut, dit-il, que tout ce qu'on allait détruire soit consacré au service des malades. Chacun s'empresse de lui obéir, le feu est éteint, un grand nombre d'objets précieux sont conservés, et des bras nus et grossis par le travail le rapportent, non sans quelque rudesse, mais en triomphe, à l'Hôtel-Dieu.

Le culte filial n'était pas moins sacré pour lui que les devoirs de l'humanité. Il chérissait ou plutôt il vénérait les auteurs de ses jours, dont il était séparé néanmoins depuis sa plus tendre jeunesse; mais son inaltérable attachement, ses souvenirs pieux avaient soutenu leur existence, et, quoiqu'ils fussent parvenus à un grand âge et qu'il vécût habituellement loin d'eux, il ne pouvait se familiariser avec l'idée de s'en séparer pour toujours. La mort de son père, à laquelle il ne s'était point préparé, porta un coup funeste à sa santé, et ce triste événement modifia son existence entière: il devint triste et morose, renonça à ses habitudes mêlées de quelques distractions, et ne rechercha plus avec le même empressement la société de ses amis. Pendant le cours de la maladie auquel il a succombé (1), on eût certainement abrégé ses jours en lui annonçant la mort de sa mère, qui ne l'a précédé que d'un mois environ dans la tombe.

Les mouvements du cœur cependant ne se rattachaient point chez Breschet à l'entraînement ou à la faiblesse. Loin de là, ils avaient au

(1) Dans le *Moniteur* et dans quelques journaux on a imprimé: on a certainement abrégé, ce qui donnerait un sens fâcheux à cette phrase.

contraire l'impétuosité? on pourrait dire la brusquerie, qu'imprime à tous les actes de la vie une nature puissante et primitive. Aussi Breschet était-il accessible à la haine et à l'amour. Quant à l'amitié, il ne la comprenait pas ainsi que la pratiquent en général les gens du monde. Il ne la faisait point consister comme eux en des formules incessamment affectueuses ou polies, et dans l'accomplissement rigoureux de tous les petits devoirs que la société nous impose. Il aimait ses amis avec chaleur et même une certaine tyrannie. Il en était jaloux, mais ils ne l'ont jamais trouvé insensible, froid ou seulement distrait en écoutant le récit de leurs peines.

Il exaltait leurs qualités jusqu'à l'enthousiasme, et quand un sentiment de reconnaissance venait se joindre à l'affection qu'il avait pour eux, il épousait ardemment leurs passions et prenait une part agissante dans tous les débats où ils étaient engagés : son esprit, si clairvoyant pour l'ordinaire, méconnaissait leurs plus graves défauts, et ne tolérait à leur égard ni les critiques les mieux fondées ni la plus légère ironie. Nous avons tous connu à Breschet une grande et illustre amitié qui présentait au plus haut degré de semblables caractères.

..... En voyant succomber Breschet à l'âge où l'on devrait, comme récompense d'une vie laborieuse et active, jouir d'un honorable repos ; en voyant sa mort précédée par de longues et pénibles souffrances ; en pensant qu'il ne lui a pas été permis de se préparer dans le calme de la retraite et les douceurs de l'intimité, à quitter sa famille et ses amis, ne serions-nous pas excusables, au contraire, si nous nous plaignions de la rigueur du destin ? Oui, le destin semble aveugle ou injuste envers quelques hommes ; et en ce jour d'amertume et de deuil, une seule consolation nous reste : Breschet emporte l'estime de tous les gens de bien.

Discours de M. Andral, au nom de l'Académie des sciences.

Je viens, messieurs, au nom de l'Académie des sciences, rendre un dernier devoir à celui de ses membres dont elle déplore aujourd'hui la perte.

Un des caractères de la carrière scientifique de M. Breschet, c'est la grande diversité des travaux auxquels il s'est livré tour à tour avec un égal succès Lorsqu'en 1835 il devint membre de l'Académie des sciences, sa place y était déjà marquée depuis longtemps par les recherches qu'il avait entreprises sur un grand nombre de points d'anatomie et de physiologie de l'homme, d'anatomie et de physiologie des animaux, d'anatomie pathologique et enfin de chirurgie. Parlerai-je de ses investigations savantes sur l'anatomie des veines, sur celle de la peau, sur celle de l'organe de l'ouïe ? Sera-t-il nécessaire de vous rappeler les recherches expérimentales qu'il entreprit en commun avec M. Edwards sur l'exhalation pulmonaire et sur la digestion, et avec M. Becquerel sur la température des corps vivants ? M. Breschet avait compris, à toutes les époques de sa carrière, combien l'étude de l'anatomie comparée pouvait servir aux progrès de la science de l'organisation de l'homme, et cette pensée contribua puissamment à donner à ses travaux leur direction et leur importance.

M. Breschet croyait que c'était à l'anatomie pathologique qu'il appartenait de déterminer, par les faits qu'elle découvre, le siége et la nature des maladies ; ses publications et son enseignement aidèrent aux progrès de cette branche des sciences médicales, et en rendirent l'étude plus générale. Je n'entrerai point dans le détail de ses différents mémoires, tels que ceux sur la formation du cal, sur la mélanose, sur l'anévrisme faux consécutif du cœur, et d'autres non moins importants que je ne rappellerai point ici. Mais comment ne dirais-je pas que c'est à M. Breschet que l'on doit la première description générale qui ait été faite en France de l'inflammation des veines, de cette maladie dont l'étude devait occuper, quelques années plus tard, une place si importante dans les théories et dans la pratique de la médecine ?

Lorsque la maladie vint frapper M. Breschet, il se livrait encore à de nouvelles recherches, et nous avons vu tout récemment paraître, dans le dernier volume des Mémoires de l'Académie, un Mémoire sur quelques questions d'anatomie comparée, dernier travail de cet homme qui se détruisait chaque jour, et qui s'efforçait de trouver dans le travail une consolation et un refuge. Mais je m'arrête, messieurs ; d'autres vous parleront de la vie privée de M. Breschet ; pour moi, j'ai dû, au nom de l'Académie des sciences, essayer de retracer rapidement les travaux du membre qu'elle a perdu. Mais que sont les travaux les plus importants, qu'est la science elle-même en présence des pensées qui doivent nous occuper ici !

Discours de M. Pariset, au nom de l'Académie royale de médecine.

..... Compatriote de Pascal et de Thomas, Gilbert Breschet naquit en 1783 à Clermont-Ferrand. Il fit ses premières études dans le collége de cette ville, tenu autrefois par des jésuites ; collége où s'étaient formés Delille et Marmontel, et que la révolution venait de dissoudre et de rétablir sur de nouvelles bases. Breschet, par son ardeur pour l'étude et la douceur de son caractère, se concilia l'amitié de ses maîtres ; en particulier, celle de l'abbé Lacoste de Plaisance, celle de l'abbé de L'Arbre, homme passionné pour les sciences naturelles, et auteur d'une flore et d'une faune de l'Auvergne ; enfin celle du professeur de mathématiques, M. Roccand : trois hommes dont le souvenir attendrissait toujours le cœur de Breschet. Le jeune élève songeait à l'école polytechnique. Pour s'y mieux préparer et pour achever ses études, il vint à Paris. On le recommandait à Vauquelin et à Fourcroy, tous deux pris d'affection pour les Auvergnats. Ils le mirent en pension chez M. Trusson, directeur de l'école de pharmacie. C'était le mettre dans le sein des mathématiques, de la physique, de la chimie. Toutefois, les impressions qu'il avait reçues de ses premiers maîtres en faveur des sciences naturelles prévalurent. Il oublia l'école polytechnique et les gloires qu'elle promettait, et se décida pour la médecine. Cependant il fallait vivre, il fallait trouver un supplément à la faible pension qu'il tenait de sa famille. A l'imitation de Marmontel, il se fit répétiteur de latin ; et, comme tout s'enchaîne dans le monde, il mit dans ce premier travail une application si soutenue, que, déjà guide de ses condisciples pour le latin, il le fut bientôt pour sa science favorite, je veux dire pour l'anatomie.

En 1808 il était élève externe à la Charité ; cet hôpital était alors la meilleure des écoles chirurgicales. Breschet y recueillit, y rédigea avec assiduité les leçons du professeur, l'illustre Royer. Au concours de l'année suivante, il fut nommé l'un des premiers aux places d'élève interne. Il fut attaché à M. Leclerc, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vaste établissement où la souffrance prend pour éclairer les esprits toutes les formes et tous les langages. Avec quel art le professeur formait les élèves au diagnostic des malades ! Avec quel soin il relevait les erreurs, rectifiait les inexactitudes, dissipait les obscurités ! Digne élève d'un tel maître, avec quelle vigilance Breschet écoutait et suivait ses leçons ! Tous les six mois, des relevés de service, disposés en tableaux étaient transmis à l'administration ; et ces tableaux sortaient des mains de Breschet. Une récompense sollicitée par M. Leclerc et par M. Thouret lui fut décernée, et c'est une des premières que le conseil général des hôpitaux ait accordées aux élèves internes.

J'insiste, messieurs, sur ces commencements comme je l'ai fait pour Pinel, pour Vauquelin, pour Dupuytren, pour Chaussier, pour Esquirol, parce que c'est au début de ces pénibles carrières que se révèlent avec le plus d'éclat le caractère et la valeur des hommes, et parce qu'il sera toujours à propos de montrer, par ces grands exemples, comment la pauvreté s'affranchit noblement de sa dépendance par le travail ; en d'autres termes, comment le pauvre s'élève et s'honore en se rendant, je ne dis pas seulement utile, mais encore nécessaire à ses semblables.

J'abrégerai sur tout le reste. En 1806 et 1807 ; avec de nouvelles récompenses pour sa belle conduite dans les hôpitaux, Breschet reçut des couronnes pour son savoir ; il les reçut dans le sein de la Faculté, et même dans le sein de l'Institut, des mains du ministre Chaptal. Il fut dans le même temps nommé au concours aide d'anatomie et professeur particulier. C'est alors qu'il commença la longue série de ses préparations sur l'oreille interne dans les animaux vertébrés ; préparations qui servirent de texte aux Mémoires qu'il publia dans la suite sur l'organe de l'audition dans les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons.

Il reçut en 1812 les honneurs du doctorat. Sa thèse portait sur un sujet presque neuf, sur les *hydropisies actives*, sorte de flux séreux que l'art doit combattre par la saignée et les antiphlogistiques ; paradoxes déjà soutenu par Emile Nouel, mais que Breschet seul a érigé en vérité.

En 1819, Béclard, promu à une chaire de la Faculté, laissait vacante la place de chef des travaux anatomiques, place hérissée, disait-on, à dessein, de mille difficultés. Breschet la dispute au concours, et malgré ces difficultés qui renaissaient comme les têtes de l'hydre, Breschet l'emporte. Ce fut alors, pour la première fois, qu'on exigea de chaque concurrent une thèse sur laquelle il était tenu de répondre aux arguments de ses rivaux. Cette thèse roulait sur deux sujets : l'un donné par le sort, l'autre choisi par le candidat. Celle de Breschet se composait de quatre mémoires : le premier, sur les veines du rachis ; le second, sur le cal ; le troisième, sur la hernie crurale, point de pratique sur lequel il avait réuni un grand nombre d'observations ; le quatrième, sur la dessiccation et les autres moyens de conserver les pièces anatomiques. Réunir, rédiger, imprimer, dessiner, représenter par des planches tous les matériaux de ce grand travail, fut pour Breschet l'œuvre de douze jours. Le prix de tant de peines et de diligence fut une victoire, et quoi qu'on en ait dit, cette victoire fut complète.

Dès 1813, et pendant la campagne de 1814, aussi bien que pendant l'occupation de la France par les étrangers, c'est-à-dire lors des épidémies du typhus et de l'encombrement des blessés, l'administration adjoignit Breschet à son ami Dupuytren ; et dès 1819, après avoir fait le service à l'hôpital des Enfants trouvés, en qualité de chirurgien en chef, il fut nommé chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu.

Dans les derniers jours de 1820, il fut compris par la volonté du Roi, parmi les premiers membres de l'Académie royale de médecine ; il eut, en 1832, l'honneur de la présider.

Après deux candidatures malheureuses, où cependant la majorité ne lui manqua que d'une voix, il eut, en 1835, l'honneur de siéger à l'Académie des sciences ; il y fut appelé par quarante-sept suffrages ; il y succédait à Dupuytren.

Enfin, en 1836, la chaire d'anatomie à la Faculté fut mise au concours. Nouveau combat pour Breschet, nouvelle palme qu'il réunit à tant d'autres. La thèse qui le fit triompher est le plus bel ouvrage que l'art possède jusqu'ici touchant la structure, les propriétés et les maladies du système lymphatique.

... Breschet était railleur, mais inoffensif ; il aimait à protéger les jeunes talents. Lors du sac de l'archevêché, il osa se mêler à la furie du peuple pour le calmer, pour l'arracher à ses égarements, pour lui ouvrir les yeux sur le mal qu'il se faisait à lui-même : car nuire à autrui c'est nuire à soi Le peuple ému céda, et l'incendie fut éteint par les mains qui l'avaient allumé.

Breschet était officier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, chirurgien du Roi, professeur à la Faculté de médecine, membre de la Société philomatique, de l'Institut, de l'Académie royale de médecine. Il appartenait à presque toutes les sociétés nationales et étrangères. Madrid, Rome, Athènes, Bologne, Turin, Vienne, Berlin, Londres, Dublin, Copenhague, Stockholm, Philadelphie, ressentiront la perte qu'elles ont faite, comme Toulouse, Dijon, Marseille, comme Erland, Bonn, Heidelberg, Bruxelles, etc., comme la ressent aussi chacun de nous, comme je la ressens moi-même ; car je pourrais me dire ce qu'Horace disait de Quintilius à Virgile :

Multis ille quidem flebilis occidit;
Nulli flebilior quam mihi.

La NEUVIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le tome troisième, qui contient la suite du Traité des maladies de l'appareil urinaire.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 22 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 60. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons sur les maladies du cerveau.

Le système cérébro-spinal se compose, comme vous le savez, de différentes parties; la moelle épinière, le bulbe rachidien, la protubérance annulaire; enfin le cerveau et le cervelet qui se divisent eux-mêmes en plusieurs renflements. Avant d'étudier les maladies propres à chacun de ces organes, il nous semble utile de jeter un coup-d'œil général sur leurs fonctions, aussi importantes que nombreuses.

Les fonctions de la moelle épinière sont aujourd'hui parfaitement connues. Les anatomistes anciens avaient tour à tour assigné aux différentes parties de la moelle, des usages sur lesquels ils n'avaient pas d'idées bien arrêtées. Charles Bell est le premier qui ait déterminé par des expériences assez exactes le rôle que jouent les cordons antérieurs et postérieurs en plaçant dans les premiers le siége du mouvement, et dans les seconds celui de la sensibilité, bien que Alexandre Walker ait peu de temps avant lui publié des résultats contraires. M. Magendie, dans une note insérée dans le *Journal de Physiologie*, soutint l'opinion de Charles Bell; néanmoins, plus tard, il sembla adopter les idées qu'avait émises Walker. De nombreuses expériences ont été faites sur le sujet qui nous occupe, par des physiologistes du plus haut mérite; et, nous devons le dire, ce sont les travaux récents de M. Longet, à qui la physiologie du système nerveux doit tant de précieuses recherches, qui ont désormais fixé la science, en confirmant d'une manière positive l'assertion de Charles Bell. Le problème de la localisation de la sensibilité et du mouvement dans les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle était désormais démontré; il en est un autre qui semble également résolu, et sur lequel les physiologistes ont porté, depuis plusieurs années, toute leur attention; c'est celui de savoir si la moelle doit être considérée comme un simple conducteur des sensations, comme un gros nerf, ou bien si elle est à la fois un conducteur et un centre de perception. La question est résolue dans ce dernier sens. En effet, si vous enlevez le cerveau et le cervelet tout entier à un animal, de manière à ne lui laisser que la moelle et le bulbe, et que vous le pinciez alors, il fait des mouvements dans le but de soustraire à la cause excitante la partie lésée. Si maintenant vous laissez le cerveau intact, et que vous divisiez transversalement la moelle dans une partie de son étendue, vous pourrez pincer un membre auquel répond la partie de la moelle qui n'est plus en communication avec le cerveau, et l'animal ne s'agitera plus comme dans le cas précédent, bien qu'il exécute encore quelques légers mouvements, qui accusent, du reste, une sensibilité moins grande. Mais si l'on détruit la moelle dans toute son étendue, en laissant toujours le cerveau intact, il n'y aura plus de manifestation de sensibilité, et l'animal sera dans l'impossibilité de faire aucun mouvement pour soustraire une partie à l'instrument qui la blesse.

Que doit-on conclure de ces faits? C'est que la moelle épinière est un véritable centre, qu'elle perçoit réellement la douleur, la sensation, pour ainsi dire à l'insu du *moi*, mais qu'elle transmet en même temps la sensibilité au cerveau, lequel apprécie la sensation; lui seul en a conscience. Legallois, Procheska, M. Calmeil, Marschal-Hall, Müller, M. Longet, partagent cette opinion, et ont véritablement doté la science d'expériences nombreuses et concluantes, qui démontrent d'une manière irréfragable le pouvoir réflectif de la moelle.

Legallois a fait beaucoup d'expériences dans le but de démontrer que la moelle avait une autre action très manifeste sur la circulation. Sans entrer dans les détails que comporterait un pareil sujet, nous dirons que cette action n'est pas aussi grande, qu'elle est moins directe; que l'auteur que nous venons de citer et beaucoup d'autres physiologistes le pensent. Il suffit, du reste, pour être convaincu de ce que nous avançons, de jeter les yeux sur leurs expériences. Les rapports étroits qui existent entre le système nerveux ganglionnaire et le système nerveux cérébro-spinal, expliquent suffisamment les phénomènes sur lesquels on se fonde pour admettre une influence directe de ce dernier système en général et de la moelle épinière en particulier, sur les mouvements du cœur, et par suite sur la circulation. Mais ces mouvements ne sont point soumis à l'empire direct ou immédiat de la moelle. Nous en dirons autant pour la respiration, car nous ne partageons pas entièrement l'opinion de Charles Bell concernant les colonnes respiratoires ou collatérales de la moelle. Cette importante fonction, cette fonction essentiellement vitale, la respiration, non pas seulement les phénomènes mécaniques et chimiques, mais aussi les phénomènes qu'on pourrait appeler moraux, c'est-à-dire, le besoin impérieux de respirer; le plus impérieux de tous, est présidée par la moelle allongée, qui est également un organe conducteur comme la moelle.

Toutes les autres parties des centres nerveux peuvent être supprimées sans que la respiration soit en rien altérée; l'ablation, la destruction seulement du bulbe rachidien, surtout au niveau de la huitième paire et des filets bulbaires du spinal, arrêtent tout mouvement respiratoire.

La protubérance annulaire ou mésocéphale est le centre de toutes les autres parties du centre cérébro-spinal. Ne sait-on pas qu'elle est traversée par les pyramides antérieures et postérieures, et qu'elle contient une masse assez considérable de substance grise qui se continue évidemment avec celle de la moelle allongée; qu'elle est l'aboutissant des pédicules cérébelleux moyens et supérieurs (*processus a cerebello ad testes*), et que c'est d'elle qu'émanent en grande partie les pédoncules cérébraux? Ses fonctions doivent donc être complexes et de la plus haute importance. Elle n'est pas seulement un simple conducteur de la force nerveuse, mais bien un véritable centre, un foyer d'innervation. En effet, si l'on blesse la protubérance annulaire à sa face postérieure, l'animal se remue violemment et pousse quelquefois des cris de douleur; voici donc une partie dévolue à la sensibilité. Mais si l'on blesse la partie antérieure, les fibres transversales (qui constituent le pont de Varole), il survient immédiatement des phénomènes de perversion de mouvement dans les parties du corps opposées au côté où l'on a fait la blessure. M. Magendie, ayant divisé des fibres du pont de Varole, a remarqué que l'animal éprouvait subitement un mouvement rapide de rotation semblable à celui qui se produit quand on coupe un pédoncule moyen du cervelet; et M. Longet a remarqué que lorsque la protubérance était blessée dans la partie antérieure, l'animal ne manifestait aucune sensibilité. Seulement il lui est arrivé quelquefois de voir survenir dans les membres des convulsions qu'il a attribuées à la lésion du tronc ganglionaire du trijumeau.

Indépendamment de ces fonctions, il en est d'autres d'un ordre plus élevé; certaines sensations générales sont constamment abolies par les lésions de la protubérance, telles, par exemple, que la connaissance de sa propre existence. La stupeur, un coma profond, un état létbargique surviennent dans les congestions de la base du cerveau où la protubérance est atteinte; et il faut remarquer que, malgré cela, les phénomènes de la respiration s'accomplissent assez bien dans la plupart des cas. Mais dès que le bulbe participe un peu à l'état de cet organe, les phénomènes respiratoires se ralentissent à proportion, de telle sorte que, dans certaines circonstances, on pourrait croire à la cessation complète de la vie.

Des expériences nombreuses qui ont été faites jusqu'à présent, il résulte que tous les animaux sur lesquels on enlève le cerveau moins la protubérance, conservent encore les sensations tactiles et peuvent même opérer quelques mouvements instinctifs; mais dès que le mésocéphale est enlevé, ces fonctions sont anéanties. Nous devons ajouter que c'est dans cet organe que M. Gerdy a placé le siége de la volonté. En somme, si l'on réfléchit un peu à cet ensemble de fonctions,

FEUILLETON.

Rapport fait à la Société médicale du Temple sur un travail intitulé : DU PAUPÉRISME ET DES SECOURS PUBLICS DANS LA VILLE DE PARIS; par M. VÉE, maire du 5e arrondissement de Paris, membre de la Société médicale du Temple.

Commissaires : MM. AUBERT-ROCHE, LABARRAQUE et Amédée LATOUR, rapporteur (1).

Messieurs,

En décidant qu'un rapport lui serait présenté sur le travail que notre honorable collègue M. Vée a offert à la Société, la Société a fait œuvre de convenance et de justice. De convenance, car elle a voulu témoigner par là de tout l'intérêt qu'elle porte aux travaux de notre collègue, en même temps que le remercier du zèle qu'il montre parmi nous, de son assiduité à nos réunions, alors que les fonctions élevées dont il a été investi par l'estime de ses concitoyens doivent le rendre si économe de son temps. De justice, car le travail dont M. Vée nous a fait hommage est l'un des sujets les plus graves dont on puisse s'occuper, et nous offre un double intérêt comme citoyens et comme médecins. Ce n'est pas sans bésitation et sans crainte que j'ai accepté la mission de vous en rendre compte; je reconnais toute l'insuffisance de mes études pour apprécier convenablement un travail qui touche aux plus hautes questions d'économie politique et d'administration. En vous plaçant sur le terrain de l'indulgence, Messieurs, vous ferez aussi envers moi œuvre de justice, car je n'ai voulu faire preuve que de bonne volonté.

Le travail de M. Vée embrasse deux sujets d'une égale importance; une question générale et de principe, une question pratique et d'application. Je vais essayer de présenter les opinions de notre collègue sur ce double sujet.

Dans ses *considérations générales*, M. Vée expose ses idées sur le paupérisme et sur les moyens de le soulager. Vous le savez, Messieurs, il n'est pas de question qui ait été plus souvent agitée, et qui ait reçu des solutions plus diverses. Traitée par les économistes, les socialistes, les philosophes et les hommes d'Etat, elle a été résolue d'autant de façons qu'il y a de points de vue divers dans ces diverses parties de la science. La religion même intervient dans ces graves débats, et disons par avance que la science n'a pas encore trouvé sur ce sujet une formule aussi simple, aussi claire et aussi pratique que ce sublime précepte évangélique : Aimez-vous, secourez-vous les uns les autres. Et pour être tout à fait justes et vrais, disons encore que, dans l'état actuel de nos sociétés modernes, la charité, ce sentiment d'origine et de nature cbrétiennes, n'a pu être que régularisée, que légalisée par l'administration; mais que sa source pure, vive et toujours abondante se retrouve aujourd'hui, comme dans les premiers siècles du christianisme, dans les déterminations spontanées des sentiments de bienveillance et d'affection fraternelles que l'Evangile fit germer dans le cœur des hommes.

Le paupérisme est-il une conséquence nécessaire et fatale de l'état de société, comme le soutiennent certains philosophes? Avec Malthus et son école, imprégnée d'un grossier et abject matérialisme, doit-on croire que le bienfaisance privée ou publique n'est pas une vertu, mais une nécessité? Avec une autre école, que j'appellerais impie, faut-il penser qu'en principe et en droit la société ne doit rien à l'homme qui souffre; ou, comme le disait un homme éminent, alors ministre, aujourd'hui pair de France, est-il vrai que « nul ne doit croire que » c'est un droit pour lui d'être secouru (1)? » Avec un autre ministre actuellement au pouvoir, nous demanderons-nous froidement et stoïquement : « Pourquoi les hommes sont-ils tenus de se prêter secours » les uns aux autres, et quel est, dans l'arrangement de ce monde, la » raison dernière de la charité? Ce problème va se perdre dans le » grand secret de l'univers, et nous abandonnons ces téméraires re- » cherches aux esprits amoureux de systèmes et d'hypothèses (2). »

Ou bien, nous tournant vers des idées plus consolantes de progrès, d'avenir et d'espérance, admettrons-nous, avec quelques socialistes modernes, que le paupérisme n'est qu'une aberration, qu'une anomalie de l'état social? Que l'humanité, dans son développement intellectuel et moral, tend à le faire disparaître de la terre? Mais que, par cela seul que l'homme vit, il a le droit de vivre, et que ce droit de vivre entraîne pour lui le droit d'être aidé dans le travail auquel il est apte, d'être secouru quand le travail chôme, quand la maladie ou les infirmités l'atteignent, ou quand la vieillesse le rend incapable? Au lieu de prendre sa source dans la nécessité, le principe de l'assistance découle-t-il de la conscience? Au lieu d'être une obligation basée sur l'intérêt ou sur la peur, n'est-ce pas un devoir rigoureux pour l'homme de secourir son semblable? En d'autres termes, et comme on l'a dit ailleurs, « est-ce seulement la prudence qui doit conseiller de jeter la pâture au lion affamé? Et l'homme n'est-il qu'un être isolé dans la création, sans loi morale qui détermine ses actes, sans lien qui le rattache aux êtres de son espèce, sans droits et sans devoir comme sans destination (1)? »

M. Vée n'a pas trouvé convenable d'aborder, ni même d'indiquer ces grandes mais difficiles questions. Ce n'est pas assurément un reproche ou un blâme que je veuille adresser à notre honorable collègue; tout au plus oserai-je, avec déférence, exprimer un regret de ne pas connaître sur ce point l'opinion d'un homme aussi éclairé et d'intentions aussi droites, car à quelle source plus pure pourrions-nous nous-mêmes aller puiser des lumières?

Abordant la question par son point de vue essentiellement pratique, considérant le paupérisme, quels qu'en soient la cause, la nature et l'avenir, comme un fait actuel et présent auquel la société, qu'elle soit mue par un mobile généreux ou par des sentiments moins élevés, doit aide et assistance, M. Vée se demande quels doivent être le rôle et l'intervention de l'administration dans les actes de charité, en d'autres termes, quand et dans quelle mesure la bienfaisance publique doit exercer son action.

Sur cette question générale et de principe, M. Vée professe qu'on doit laisser à la charité privée toute sa liberté, toute sa générosité, toute sa spontanéité, que la bienfaisance publique ne doit intervenir qu'alors et seulement alors que la charité particulière est intermittente ou incomplète. « Sentinelle vigilante, dit-il; la bienfaisance publique » répondra au cri de détresse, et ne souffrira pas qu'aucun membre du » corps social périsse d'inanition au milieu de l'abondance qui l'en- » toure; mais elle attendra qu'il y ait urgence, et ne troublera pas » l'économie générale en cherchant à appliquer d'avance de vains » palliatifs. » Et en cela, continue M. Vée, « nous n'avons pas seule- » ment en vue de conserver des ressources matérielles qui, appliquées » à des dépenses productives, profitent bien plus largement à la partie » pauvre de la population que si on les lui avait distribuées en aumô- » nes, mais nous voulons surtout ménager chez les malheureux la » dignité des sentiments. » (P. 3.)

Cette dernière pensée se montre à chaque page, pour ainsi dire, de ce travail. Ménager autant que faire se peut au nécessiteux l'humiliation de sa détresse et l'humiliation de l'aumône qu'il reçoit, tel est le double but vers lequel, selon M. Vée, devrait toujours tendre la charité légale. Et ici, Messieurs, qu'il me soit permis de vous traduire le sentiment pénible dont je fus affligé un jour de cet hiver dernier,

(1) Le temps et l'occasion m'ayant manqué pour communiquer ce rapport à mes honorables collègues qui faisaient partie de la commission, je dois en assumer sur moi seul toute la responsabilité. A. L.

(1) M. de Gasparin, Rapport sur les services de bienfaisance.

(2) M. Duchâtel, Considérations d'économie politique sur la bienfaisance.

(1) Ange Blaize, Revue indépendante, t. XVIII.

et qu'il soit vrai que l'on puisse localiser l'âme dans une partie limitée des centres nerveux, c'est certainement dans la protubérance annulaire qu'elle doit être placée.

Privé de cerveau et de cervelet, l'animal, sensible aux irritations, fait encore certains mouvements instinctifs et coordonnés, si la protubérance est intacte. Ainsi la patte piquée est retirée par l'animal, le pigeon met sa tête sous son aile; en outre, la respiration et la circulation persistent, et les animaux mutilés de la sorte vivent encore quelque temps; mais dès que la protubérance est enlevée, ces fonctions cessent immédiatement, à l'exception de la respiration et de la circulation qui se prolongent, mais d'une manière beaucoup moins active.

Les pédoncules du cervelet ont des fonctions qui sont bien tranchées; les pédoncules supérieurs et inférieurs sont en rapport direct avec les phénomènes de la sensibilité; ce sont de véritables faisceaux conducteurs; les pédoncules cérébelleux moyens sont dévolus au mouvement. Lorsqu'on blesse les premiers, les animaux opèrent des mouvements convulsifs très violents, et lorsqu'on divise les pédoncules moyens, ils sont pris d'un mouvement rapide de rotation sur leur axe qu'il faut distinguer des mouvements de manége que subissent ceux auxquels on a blessé l'un des pédoncules du cerveau.

Il nous suffit de vous signaler ces phénomènes pour vous faire comprendre les fonctions des pédoncules. Nous devons toutefois ajouter que l'on observe constamment des phénomènes d'entrecroisement dans les lésions de la protubérance et des pédoncules, bien que les expériences de M. Magendie aient pu autoriser cet habile physiologiste à exprimer une assertion contraire.

S. H.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Sur le meilleur procédé de déligation des artères.

Au n° 14 de la salle Saint-Paul, est une malade à laquelle M. Blandin a pratiqué l'ablation d'une tumeur cancéreuse du sein et des ganglions lymphatiques voisins. L'opération ni les suites n'ont rien offert de particulier en elles-mêmes. Nous ne la mentionnons qu'à cause d'une circonstance tout à fait accessoire qui a fourni l'occasion à M. Blandin d'émettre quelques idées pratiques sur les divers modes de déligation des artères, qui nous ont paru assez importantes pour devoir être reproduites.

Chez la malade en question, environ un mois après l'opération, la plaie qui, par des circonstances qu'il est inutile de rappeler, n'avait pu être réunie immédiatement, était presque entièrement cicatrisée, sauf à l'un de ses angles, où il y avait encore un point en suppuration. En faisant le pansement, on aperçut un petit point blanc que l'on reconnut être un des fils de soie qui avaient servi à lier les vaisseaux. L'extraction en fut faite, comme on le pense bien, sans aucune difficulté.

M. Blandin est dans l'usage d'employer toujours pour la ligature des vaisseaux des fils de soie qu'il enferme dans la plaie, d'après la méthode du chirurgien anglais Laurens. Cette méthode a été critiquée par quelques chirurgiens. Béclard, qui l'avait préconisée dans, le temps, l'avait abandonnée vers la fin de sa carrière, ayant reconnu, disait-il, que les fils laissés dans la plaie donnaient toujours lieu à de petits abcès sous la cicatrice. Il n'est pas exact, dit M. Blandin, que ces fils sortent toujours, et qu'ils donnent lieu à des abcès; mais, en supposant qu'il en fût ainsi, comme le croyait Béclard, ces abcès constitueraient ils un accident réellement sérieux? Non, sans doute. Ce sont de tout petits abcès, très circonscrits, ou plutôt de véritables petits boutons qu'il suffit d'écorcher avec l'ongle pour en faire sortir une gouttelette de pus et le fil avec. Ce n'est donc pas là un véritable accident que l'on puisse invoquer pour faire rejeter cette méthode, tandis qu'elle a l'avantage de prévenir les accidents bien plus réels auxquels donnent lieu les fils que l'on laisse séjourner entre les lèvres de la plaie, et qui irritent, tiraillent et enflamment souvent ces lèvres, et apportent toujours un retard plus ou moins considérable à la cicatrisation. Non-seulement l'issue des fils de ligature ne constitue pas un accident sérieux lorsqu'elle a lieu, mais cette issue est loin d'être aussi constante que le croyait Béclard; elle n'a lieu, au contraire, que très rarement. Ainsi, chez cette malade, par exemple, il n'est sorti que deux ou trois fils seulement, tandis qu'il en est resté une dizaine au moins dans la plaie, et cependant la cicatrice est très belle.

L'innocuité de la présence et du séjour prolongé des fils dans la profondeur des plaies, est démontrée d'ailleurs par le résultat d'un grand nombre d'opérations et par des expériences faites sur les animaux pour cet objet. On trouve chez ces derniers, lorsqu'on ouvre la cicatrice quelques jours après la ligature, le vaisseau divisé, et à côté de là le fil, que l'on distingue facilement des tissus au milieu desquels il séjourne. Ce fil est tantôt enkysté, comme les balles ou autres corps étrangers accidentellement introduits dans l'économie; tantôt plongé dans un petit phlegmon qui devra tôt ou tard se faire jour au dehors. Ces fils qui, pendant les premiers jours, sont gonflés, turgescents, ne tardent pas à se dessécher; plus tard on les trouve désagrégés, dissociés en petits brins; enfin, plus tard encore, on ne trouve plus rien, ces brins finissant par être résorbés. Cette résorption s'effectue d'autant plus facilement que les fils que l'on emploie sont de nature organique; aussi nous servons-nous toujours de préférence, pour ces ligatures, de fils de soie.

On dira peut-être que ce procédé n'est pas le seul qui permette de réunir immédiatement les plaies; que la torsion, par exemple, remplit aussi bien le même objet. J'ai expérimenté la torsion; c'est assurément un bon moyen hémostatique, qui vaut mieux que la ligature faite par le procédé ordinaire; mais je lui préfère la ligature à demeure telle que nous la pratiquons. La torsion a l'inconvénient de laisser après elle un petit tourillon qui devient corps étranger, et un corps étranger d'autant plus nuisible, soit qu'il doive être éliminé ou qu'il soit absorbé, que c'est une substance gangréneuse. D'ailleurs, la torsion est irritante en elle-même; car on ne tord pas une artère sans tordre les petits nerfs qui l'entourent. Enfin, elle n'est pas toujours applicable. En résumé, bien que la torsion ait ses avantages, et que ce soit un moyen utile dans certains cas, et qu'il faut, par conséquent, savoir employer, je lui préfère, comme méthode générale, la ligature faite avec des fils de soie laissés dans la plaie; méthode dont les avantages réels sont de faciliter la réunion immédiate, et dont les inconvénients, ainsi qu'on vient de le voir, se réduisent à fort peu de chose.

Traitement de l'onyxis.

Aux n°s 16 et 21 de la salle Saint-Jean, sont couchés deux malades affectés d'onyxis. L'onyxis est une maladie très commune et généralement très mal traitée. Pour établir les bases d'un traitement plus méthodique et plus rationnel, il faut se bien rendre compte d'abord des dispositions anatomiques de l'ongle et de la manière dont se produisent ses maladies. L'ongle est, comme vous le savez tous, composé de deux parties, la matrice ou follicule, et la lame cornée. Pour les anatomistes, la lame cornée ne constitue point l'ongle, à proprement parler; ce n'est qu'un produit sécrétoire, non vivant, à peine organisé, et destiné à remplir des fonctions toutes mécaniques; la matrice, au contraire, partie essentiellement constitutive de l'ongle, jouit d'une vitalité très prononcée. Aussi est-ce cette partie seule qui est susceptible de devenir malade. L'onyxis est donc une maladie de la matrice, et non de la lame cornée. Nous devons dire cependant qu'il se manifeste quelquefois des altérations de la lame cornée, mais ce ne sont point là des maladies proprement dites; ce sont plutôt des produits de la macération de l'ongle, qui devient friable et s'écaille à la suite des maladies de sa matrice.

Chez ces deux malades, il y a eu inflammation de la matrice de l'ongle du gros orteil, des deux côtés chez le malade du n° 16, du côté droit seulement chez celui du n° 21. Ces onyxis reconnaissent assez souvent pour cause une affection scrofuleuse ou syphilitique; mais la cause la plus commune, sans contredit, de ces onyxis, c'est la rognure de l'ongle en rondache. Cette manière de couper les ongles, qui est la manière ordinaire pour les doigts de la main, a de graves inconvénients pour les doitgts du pied. Les ongles des pieds ont principalement pour objet d'opposer un plan solide et résistant à la pression que le sol exerce sur la pulpe des doigts, surtout pendant l'action du marcher sur la pointe du pied. Il en résulte que lorsque ces ongles, au lieu d'être coupés carrément, sont coupés en rondache, les parties latérales du doigt n'étant plus soutenues, débordent et viennent s'offrir au tranchant de l'ongle; de là l'irritation incessante de ces parties, qui ne tardent pas à s'enflammer; de là la production de fongosités dans lesquelles l'ongle vient s'encastrer. Ne tenant compte que de cette dernière circonstance, et méconnaissant l'origine et le mode de production de cette altération, on l'a désignée à tort sous le nom d'*ongle incarné*, *ongle rentré dans les chairs*. C'est à ce vice de langage qui rappelle à l'esprit une fausse idée de cette affection, qu'il faut attribuer le vice des méthodes thérapeutiques qui ont été généralement usitées jusqu'à présent. Ce n'est pas l'ongle qui est rentré dans les chairs, mais les chairs qui, par suite de l'irritation à laquelle elles ont été soumises, se sont altérées, sont devenues fongueuses, bourgeonnantes et ont recouvert l'ongle.

Les personnes qui ont cru que c'était l'ongle qui rentrait dans les chairs, partant de cette fausse idée, ont proposé de réséquer l'ongle. Eh bien, c'est un contre-sens. En agissant ainsi, on va à l'inverse de la manière de procéder de la maladie. Ce n'est pas l'ongle qu'il faut réséquer, mais au contraire les fongosités qui le recouvrent. Sans doute, en réséquant l'ongle on a obtenu quelquefois du soulagement, mais ce soulagement n'est jamais que momentané; le mal se reproduit dès que l'ongle repousse. Dans quelques cas, on a bien pu obtenir une guérison complète par ce moyen. Mais ces guérisons sont exceptionnelles; il est évident que c'est là une méthode irrationnelle.

Reconnaissant cette méthode mauvaise, quelques chirurgiens ont proposé de réséquer l'ongle à son centre; on a proposé d'en enlever une portion en V. On a pour but, en agissant ainsi, de rapprocher les deux fragments latéraux de l'ongle, et de les maintenir en contact à l'aide d'une suture avec une anse de fil implantée sur les deux bords. C'est un mauvais moyen; car l'ongle étant adhérent aux papilles de la matrice, on ne parvient que très difficilement à rapprocher les deux fragments.

On a proposé encore un autre moyen, également mauvais, qui consiste à racler l'ongle, à l'user de manière à diminuer son épaisseur. L'ustion de la partie moyenne de l'ongle ne

---

quand, traversant une de nos places publiques, je vis une foule pâle et affamée d'hommes et d'enfants participer à une distribution gratuite d'une écuellée de soupe, à laquelle présidait un vieillard bien connu sous le nom populaire de *l'Homme au manteau bleu*. Quoi! me disais-je tristement, dans cette ville reine de la civilisation par ses richesses, ses monuments, son luxe, la douceur et l'élégance des mœurs de ses habitants; dans cette ville où la mendicité est un délit sévèrement réprimé, il est donc permis d'aggraver la misère du pauvre par l'exhibition publique de ses besoins les plus impérieux? Quoi! cet homme qui a faim est encore forcé de montrer ses angoisses comme à un spectacle, et cette charité qu'il reçoit en public et devant une foule toujours avide de pareilles émotions, cette charité n'aurait donc pas pu venir le trouver dans sa pauvre demeure, loin de tout regard indiscret, dans le silence et la pudeur de l'obligeant à l'obligé?..... A Dieu ne plaise, Messieurs, que je veuille jeter le blâme ou le soupçon sur ces actes de bienfaisance utiles, assurément; car enfin, les malheureux que ces distributions attirent, où trouveraient-ils un autre soulagement? Mais ne penserez-vous pas avec notre honorable collègue M. Vée, que la dignité humaine, ce sentiment qu'il faudrait précieusement développer dans les plus infimes classes, que l'élévation morale qu'il faudrait faire germer dans les âmes ne gagneraient pas beaucoup à ce que la charité publique ou privée ne s'exerçât que dans le domicile du pauvre?

Laissant à la charité privée toute sa puissance et toute sa liberté, M. Vée voudrait donc que la bienfaisance publique n'intervînt que dans les cas d'urgence, et que cette charité fît tous ses efforts pour ne déplacer le malheureux que le moins possible pour le secourir. Les considérations sur lesquelles l'auteur appuie son opinion, sont puisées dans les idées les plus élevées d'économie politique, de bonne et sage administration et dans les sentiments les plus nobles de dignité morale. Je ne pourrais les analyser sans les reproduire, car je craindrais de les altérer en les dépouillant du beau langage dont l'auteur les a revêtues. Comme conséquence naturelle de ces idées M. Vée ne partage pas l'engouement de certaines personnes pour l'extension illimitée des hospices et hôpitaux, ouvroirs et salles d'asile, etc. Dans ces établissements où tout semble sacrifié à un luxe de propreté apparente et extérieure, l'auteur ne trouve pas les conditions nécessaires au bien-être physique du pauvre. Dans ces grandes réunions d'hommes où les admissions se font sans choix et où la surveillance est difficile, il voit encore de grands dangers pour la morale, pour le relâchement des liens de famille et pour toutes les conditions qui rendent l'homme sociable et moral. « Eh quoi! dit-il, ces sentiments exquis d'affection, de dé-
» licatesse et d'honneur, les classes aisées voudraient-elles s'en réser-
» ver le monopole? Trouveraient-elles avantage à offrir à leurs con-
» citoyens indigents une apparence de bien-être au prix de la moralité?
» Non, de semblables pensées, des sentiments si égoïstes ne sont plus
» de notre époque; c'est au contraire une charité sincère, bien qu'a-
» veugle, qui pousse encore à réclamer si haut la fondation de nou-
» veaux établissements hospitaliers, quand la moindre partie des som-
» mes que l'on consacre à leur entretien aurait porté au domicile du
» pauvre la consolation et la santé. »

Pour résumer en quelques mots et comme l'auteur l'a fait lui-même ses idées sur les secours publics, nous dirons que ces secours, très larges pour les individus qui les reçoivent, doivent être limités au plus petit nombre de ceux ci. Une administration ferme et vigilante est nécessaire pour atteindre ce but auquel elle arrivera d'autant plus facilement qu'elle ménagera davantage la dignité morale et qu'elle déplacera moins les habitudes de famille des malheureux auxquels elle tendra la main.

Là se termine la première partie du travail de M. Vée, dont le sujet est important et grave. Votre commission n'ose trop se prononcer sur la valeur réelle de plusieurs critiques faites par M. Vée à l'état actuel des choses, mais pour ce qui concerne la position du malade dans les hôpitaux, nous, médecins, qu'une longue fréquentation des établissements hospitaliers a mis à même de bien connaître ce qui s'y passe sous ce rapport, peut-être trouverons-nous que M. Vée a été inspiré dans le tableau suivant plus par la générosité et la pitié de son cœur que par la rigoureuse exactitude des faits. Je cite :

« Le malade, en entrant à l'hôpital, perd son nom et son indivi-
» dualité; il n'est plus connu que par la place occupée par son lit,
» et devient un *numéro*; il perd son libre arbitre et tombe à l'état
» d'esclavage; car, à peine d'exclusion, et bien souvent pour un ma-
» lade l'expulsion c'est la mort, il doit se soumettre à toutes les exi-
» gences, peut-être pourrait-on dire à toutes les tyrannies..... Et si *il*
» ou *elle* a le malheur d'être un *sujet* intéressant, il sera découvert,
» palpé, ausculté, percuté, sans fin et sans mesure; il deviendra, au
» milieu d'un nombreux concours d'étudiants avides de savoir, l'objet
» d'une brillante leçon de clinique, d'une magnifique opération à
» l'amphithéâtre. » Tout cela excite la compassion de notre honorable collègue, qui finit par répudier, au nom du pauvre, les bienfaits des établissements nosocomiaux.

Ces plaintes ne sont pas nouvelles, et récemment encore dans un roman célèbre, un littérateur fils de médecin et médecin lui même se livra aux mêmes récriminations en y ajoutant le portrait idéal, fantastique et impossible du docteur Griffon. Votre commission regrette assurément que M. Vée leur ait donné l'autorité de son savoir et de sa position; mais elle manquerait à tous ses devoirs si elle ne disait pas hautement que c'est là un tableau de fantaisie, qu'elle ne connaît pas à Paris un seul médecin d'hôpital qui exerce une tyrannie quelconque sur les malades confiés à ses soins; si elle ne reconnaissait pas qu'on ne palpe et qu'on n'ausculte que les malades de bonne volonté sur lesquels on n'exerce ni efforts ni violences; qu'il n'est pas à notre connaissance que non seulement un accident mais même le plus petit inconvénient ait jamais résulté de l'empressement des élèves à s'instruire, et que partout le malade est traité avec les soins, les égards et la pitié dus à son malheur et à ses souffrances.

D'ailleurs, Messieurs, en supposant que quelques-uns de ces inconvénients existassent, est-ce d'une philanthropie sage, éclairée, prévoyante, de s'arrêter en frémissant devant leurs petits résultats sans tenir compte de l'immense bénéfice que chaque progrès dans notre art apporte dans les masses? Que vous dirai-je à cet égard? Un seul exemple. Si Laënnec n'avait pas peut-être abusé de la patience de ses malades, s'il n'en avait pas tourmenté peut-être un grand nombre pour les soumettre à ses investigations, le génie médical aurait-il doté notre art d'une de ses plus magnifiques découvertes? Et cette découverte, en fin de compte, n'est-elle pas un des plus grands bienfaits dont ait été dotée l'humanité?

Ayant l'honneur de parler devant des médecins qui comprennent le peu de gravité des récriminations dont M. Vée, avec les intentions les plus droites sans doute, et auxquelles nous rendons le plus sincère hommage, s'est malheureusement fait l'organe, votre commission croit que les indiquer c'est les combattre, et je ne m'appesantirai pas davantage sur ce sujet.

La suite du travail de M. Vée est consacrée à l'examen des secours publics dans la ville de Paris. Il traite d'abord des hôpitaux et hospices, dans lesquels il comprend les dépôts de mendicité et des secours à domicile proprement dits. Nous ne pouvions, sans dénaturer complètement le but de nos réunions, entrer dans les nombreux détails administratifs que M. Vée a traités avec cet esprit pratique qui indique combien ce sujet lui est familier, et avec quelle consciencieuse attention il en a fait l'étude. Pour ceux qui veulent acquérir une connaissance complète de la matière, qui veulent s'enquérir des nombreux rouages administratifs que fait mouvoir la charité publique, des transformations nombreuses qu'a subies cette administration, de son état actuel, de ses avantages et de ses inconvénients, des moyens à employer pour faire cesser ces derniers, de la comparaison de ce qui est en France et à Paris, avec ce qui existe dans d'autres Etats et dans les départements; en un mot, de cette machine immense et compliquée qui constitue l'organisation des secours publics, le travail de M. Vée offre une lecture pleine d'intérêt et d'instruction, et qui restera certainement comme une des plus brillantes et des plus solides études sur ce sujet. Nous ne pouvons qu'en indiquer quelques points qui restent encore plus ou moins éloignés de nos occupations spéciales.

C'est surtout sous le rapport de leur contact extérieur avec la popu-

vaut pas mieux. Tous ces moyens sont défectueux, d'abord parce qu'ils n'atteignent pas la cause du mal et le but qu'on se propose ; et en second lieu, parce qu'ils ne sont pas toujours réalisables.

On a enfin proposé l'extraction, l'arrachement complet de l'ongle. L'arrachement complet vaut mieux que l'extraction partielle, lorsque la maladie atteint toute l'étendue de la matrice; mais c'est encore une méthode irrationnelle, lorsque l'onyxis n'est que partiel et latéral.

Je ne ferai que signaler une dernière opération beaucoup plus grave que toutes les autres, et que l'on emploie dans les cas d'onyxis les plus rebelles ; c'est l'ablation complète de l'ongle, matrice et lame, avec une portion de la peau du doigt. C'est là une véritable mutilation à laquelle on ne doit avoir recours qu'en désespoir de cause.

Les véritables indications dans le traitement de l'onyxis sont d'agir sur les fongosités, de les réprimer et en outre d'écarter les chairs et de les déplacer, ce que l'on fait aisément à l'aide de bandelettes de diachylon. On a conseillé, dans ce cas, les lames de plomb passées au-dessous de l'ongle pour en séparer les chairs; mais ces lames de plomb ont l'inconvénient d'être trop irritantes. Je leur préfère le pansement simple recommandé par Fabrice d'Aquapendente; c'est la méthode que nous employons habituellement. Cependant, chez le malade du n° 21, nous avons été obligé de faire quelque chose de plus. Lorsqu'il est entré dans nos salles, il avait déjà subi la résection de l'ongle par le procédé que nous blâmons. Il était resté à la suite de cette opération des épines de l'ongle qui pénétraient dans les chairs. Cette circonstance rendait impossible l'introduction de la charpie sous l'ongle. Dans ce cas, M. Brachet conseille de faire la section des fongosités pour découvrir les parties latérales de l'ongle. J'ai adopté un procédé plus simple que celui de M. Brachet; comme lui j'introduis une lame de bistouri au-dessous de l'ongle de manière à le soulever et à aller fendre la partie antérieure de la matrice. Ce moyen suffit pour dégager les épines et rendre exécutable le pansement ordinaire qui termine ce traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le secrétaire perpétuel lit l'ordonnance du roi qui approuve et confirme la nomination de M. Longet.

— *M. Gérardin*, à l'occasion du procès-verbal, s'exprime en ces termes : En demandant la parole à l'occasion du procès-verbal, je m'empresse de déclarer à l'Académie que cette demande n'a rien d'exceptionnel; elle est libre, spontanée, dégagée par conséquent de toute influence étrangère. Dans la dernière séance, à l'occasion d'un mémoire sur les eaux de Luchon, je me suis élevé contre le système de spéculation qui s'est introduit dans la plupart des établissements thermaux; j'ai repoussé, flétri ce système honteux qui pour atteindre son but, sacrifie les intérêts de la science, la dignité de notre art, et les égards dus à l'Académie. Relativement au mémoire, j'ai blâmé la manière dont les faits étaient exposés; sous ce rapport, j'ai usé de mes droits d'académicien. Il paraît que mes paroles ont été diversement interprétées; il paraît même qu'elles ont éveillé des susceptibilités qu'il n'a pas dépendu de moi de calmer depuis plusieurs jours. Dans cet état de choses, je viens remplir un devoir dicté par les convenances académiques. Je viens déclarer que les paroles que j'ai prononcées, et dont je n'en rétracte aucune, n'avaient, dans le fond de ma pensée, rien de personnel. En donnant cette explication, je veux qu'il soit bien entendu par toutes les personnes présentes dans cette enceinte, que cette déclaration ne m'a été imposée par qui que ce soit, et qu'elle doit être regardée comme l'expression volontaire de la plus exacte vérité.

De toutes parts : Très bien.

M. Dubois (d'Amiens). Je dois ajouter que M. le président, à plusieurs reprises, a donné la même interprétation des paroles de M. Gérardin à M. Fontan.

M. Louis. Je suis heureux d'avoir entendu les paroles de M. Gérarrardin. J'ai l'avantage de connaître M. Fontan mieux qu'il ne le connaît, et depuis plusieurs années; certainement aucune des récriminations de notre honorable collègue ne pouvait lui être adressée; car M. Fontan est un des hommes les plus purs et les plus dignes que je connaisse et qui porte la probité jusqu'au scrupule.

Cet incident n'a pas de suite.

— *M. Boudet* fait une série de rapports officiels sur des remèdes secrets dont les conclusions défavorables sont adoptées après quelques velléités de discussion, que l'Académie étouffe bientôt.

— *M. Aug. Bérard* lit un rapport sur les pièces anatomiques en cuir repoussé, présentées par MM. Cartaux et Chailly.

M. le rapporteur trouve de grands avantages dans cette invention pour l'exactitude, la solidité et la durée. Il la croit supérieure à tout ce qui a été tenté jusqu'ici, et il propose à l'Académie de lui donner son approbation.

Après quelques mots de M. Bussy, qui fait l'éloge des pièces de M. Thibert, les conclusions du rapport sont ajournées jusqu'à production des pièces par MM. Cartaux et Chailly.

— *M. Bricheteau* lit un rapport sur un mémoire adressé par M. Paquier (d'Indre-et-Loire) relatif à la contagion de la fièvre typhoïde.

L'auteur croit à la contagion de la fièvre typhoïde ; il cite plusieurs exemples qui militent en faveur de cette opinion.

M. le rapporteur la partage aussi pour ce qui concerne les petites localités ; si on en constate l'absence dans les grandes villes et dans les hôpitaux, cela tient uniquement aux soins de l'hygiène mieux entendus. Il présente le tableau de l'état de malpropreté et d'incurie où vivent les habitants des campagnes, et il trouve là toutes les conditions nécessaires au développement de la contagion, qui n'est produite alors que par infection.

Il propose de remercier l'auteur de ce travail, de lui donner des encouragements pour le poursuivre, et d'inscrire son nom au nombre des candidats à la place de correspondant.

M. Moreau. Je partage l'opinion de l'auteur du mémoire, mais je diffère avec M. le rapporteur. Je ne crois pas que la fièvre typhoïde soit contagieuse par infection, mais *per se*. Parmi les faits qui m'ont conduit à cette opinion, je citerai le suivant. Chez un fermier d'un département voisin, famille aisée où tous les soins de propreté étaient loin de manquer, une jeune fille tombe malade, atteinte de fièvre typhoïde, et succombe le huitième jour. Elle n'eut que sa mère pour garde-malade, qui ne quitta pas son chevet un seul instant. Son frère, jeune homme robuste de vingt-quatre ans, employé dans une ferme voisine, vint voir sa sœur deux jours avant sa mort, et la trouvant si malade ne voulut pas la quitter. Deux jours après les funérailles il est atteint lui-même; huit jours après, il était mort. Sa mère le soigna comme elle avait fait sa fille; quatre jours après elle est atteinte, et dix jours plus tard elle succombe. Tous les soins possibles médicaux et autres ont été prodigués à cette famille. Les médecins de la localité (Brie-comte-Robert) étaient fort éclairés; M. Chomel et moi nous avons vu les malades; il y avait de l'aisance dans cette maison. Je ne puis donc voir là l'infection, mais une contagion véritable, résultat même de la maladie.

M. Bricheteau. Nous ne sommes pas si éloignés de nous entendre; contagion d'abord, infection ensuite.

M. Rochoux. On parle des maladies des petites localités ; mais les maladies sont partout les mêmes. La dothinenterie des grandes villes est la même que celle de la campagne. Si ici elle est contagieuse et là point, croyez bien que ce n'est pas la même maladie à qui on a affaire. Ce qu'on prend pour la dothinenterie contagieuse n'est pas la dothinenterie, c'est le typhus. La dothinenterie n'est jamais contagieuse, le typhus, au contraire, c'est autre chose. A Paris, depuis trente ans, on n'a pu citer aucun exemple de contagion ; or, une même maladie ne peut pas être ou n'être pas contagieuse selon les localités. C'est le typhus qu'a observé l'auteur du mémoire. En 1813, nous reçûmes à la Maison royale de Santé un malade atteint de typhus, quatre de nous en furent atteints dont deux succombèrent. Pendant le temps de mon internat dans le même établissement nous avons reçu des centaines de dothinentériques, jamais nous n'avons observé un seul fait de transmission.

M. Bricheteau ne partage pas l'opinion de M. Rochoux sur la différence des maladies observées à Paris et à la campagne. C'est bien pourtant la dothinenterie, la description de l'auteur le prouve. Il ne voit aucune raison pour ne pas admettre quelle puisse être contagieuse selon les localités.

M. Collineau a observé la fièvre typhoïde en province et à Paris, il n'a remarqué aucune différence dans les symptômes, et cependant il n'a jamais observé la contagion à Paris, tandis que tous les rapports des médecins de campagne la signalent.

M. Castel professe que la contagion n'est pas un être absolu, mais relatif ; il n'y a pas de fièvre qui ne puisse pas devenir contagieuse. Il ne comprend pas la différence que l'on veut établir entre l'infection et la contagion qui pour lui sont la même chose. Demander si la typhoïde peut être contagieuse, c'est demander si l'aberration des liquides organiques est toujours la même. C'est le degré de la maladie qui fait la contagion et aussi les soins ou l'absence de l'hygiène.

M. Rochoux. Selon moi, la contagion est un caractère fondamental de certaines maladies, syphilis, variole, rougeole, etc. En peut-on dire autant de la dothinentérie? Non assurément. Je le répète, pas un seul fait à Paris depuis trente ans qui supporte l'examen.

La discussion s'éteint, et les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Gauttier de Claubry rappelle qu'il a publié un livre dans lequel il s'est efforcé d'indiquer les différences qu'il a établies entre le typhus et la fièvre typhoïde; il présentera à l'Académie un résumé de son travail.

—*M. Lucien Boyer* présente un enfant sur lequel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire, et qui exécute avec facilité tous les mouvements du membre au moyen du membre artificiel du docteur Martin.

— *M. Auzias-Turenne* montre à l'Académie un singe vivant auquel il a inoculé la petite-vérole. M. Auzias a été doublement conduit à tenter cette inoculation par l'ordre de ses idées sur les virus, et par la lecture qu'il a faite, dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'un résumé d'une leçon clinique de M. Chomel sur la petite-vérole. Ce professeur témoignait le regret, à propos d'une éruption douteuse de boutons, de ne pouvoir recourir, comme on le faisait avant la découverte de la vaccine, à une inoculation diagnostique. M. Auzias avait d'abord fait sur chaque paupière supérieure d'un singe deux coupures superficielles sur la surface saignante desquelles il avait déposé du pus varioleux. Six jours après, deux pustules s'étaient montrées à l'endroit de ces deux inoculations, et le dixième jour l'animal mourut en même temps qu'une éruption générale de boutons mal caractérisés se manifestait. L'autopsie ne montra qu'un peu de rougeur sur la membrane muqueuse des voies aériennes. Depuis l'époque de cette première expérience, M. Auzias a profité d'une occasion pour en faire une seconde. Il a procédé de la même manière, c'est-à dire qu'il a pratiqué une inoculation sur l'une et l'autre paupière supérieure d'un singe. C'était le mercredi, 14 du courant. Le lendemain et les deux jours suivants, l'endroit des inoculations ne parut être le siége d'aucun travail. Le samedi 17, de la rougeur se manifesta dans le voisinage. Aujourd'hui il existe, d'un côté, une petite croûte, due probablement à ce que l'animal s'est gratté, tandis que de l'autre est une pustule. L'animal est moins gai que de coutume, et a manifestement de la fièvre. L'expérience a été faite à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Huguier, où le singe sera bien soigné et observé publiquement. M. Auzias demande à l'Académie la permission de la tenir au courant de ce qui se passera.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une note sur l'extraction des corps étrangers dans la vessie.

Nous avons déjà reproduit cette note dans les compte-rendus de l'Académie de médecine.

— *M. Pappenheim* adresse une note pour rectifier quelques passages d'une precédente communication. Ce n'est pas, dit-il, comme résultat du cathétérisme, mais bien comme conséquence de fièvre typhoïde, que j'ai trouvé quelquefois la cholestérine dans l'oreille moyenne et interne.

Ce n'est pas la présence des cristaux de carbonate de chaux dans l'oreille interne, laquelle est constante, mais bien l'augmentation anormale qui, d'après ses recherches, a été, dans quelques cas de surdité le seul fait pathologique que j'aie pu constater.

— *M. Castel* adresse une note sur les phénomènes physiologiques observés par des voyageurs dans leur ascension au sommet des montagnes ; il croit que ces phénomènes sont le produit de la diminution de la pression de l'atmosphère, non que cette pression soit, comme certains auteurs l'ont avancé, l'agent immédiat du mouvement du sang dans les dernières ramifications artérielles et dans les veines ; mais elle exerce une influence directe et incessante sur la contractilité, de laquelle le cours des liqueurs animales n'est jamais indépendant. Les modifications de l'une doivent donc amener les anomalies de l'autre. La contractilité est d'autant plus en échec, que la pression atmosphérique a subi un abaissement plus considérable.

— *M. Hombron* adresse des réflexions et observations sur les fièvres épidémiques réputées tour à tour contagieuses et non-contagieuses. En recherchant la nature des maladies par infection générale, en étudiant comparativement leurs épidémies, on arrive, dit l'auteur, à cette conclusion, que leurs points de départ, comme leurs marches, ont la plus grande identité; que si l'on reconnaît que l'une de celles qui n'offrent point d'excrétion pathologique est contagieuse, toutes celles qui sont dans le même cas doivent l'être aussi : mais cette contagion n'est alors qu'une hypothèse. Pour se bien convaincre de cette assertion, il suffit de bien observer ce qui se passe lorsque ces maladies ne sont que sporadiques.

Les quarantaines, dit l'auteur, ne pouvant être utiles, ont été très nuisibles.

L'auteur, qui a vu la fièvre jaune sous toutes les formes, ne la considère pas comme étant un typhus. Elle est au typhus ce qu'est le scorbut proprement dit à la même maladie ; elle en est une complication.

— *M. Berger* fait ouvrir un paquet cacheté déposé le 2 novembre 1841. La note qui s'y trouve renfermée est intitulée : *Parasite de l'oreille*.

Ce parasite, du genre tardigrade, vit dans le cérumen de l'oreille ; il est d'une dimension énorme relativement à celle des autres infusoires du corps humain. C'est une sorte de ver allongé, légèrement renflé à la partie antérieure, où la bouche se présente, située en dessous, composée de deux mâchoires elliptiques contiguës par leurs extrémités et allongées sur la ligne médiane suivant l'axe du corps.

De chaque côté de cette bouche sont deux tubes courts, que l'auteur suppose être deux suçoirs, ou peut-être deux yeux qui se rétractent sous une sorte de thorax solide, fortifiée de chaque côté par six côtes, dont la réunion sur la ligne médiane et un peu en arrière, constitue un sternum que prolonge même souvent un appendice xiphoïde.

A l'extrémité externe des quatre dernières côtes, correspondent quatre pattes courtes, articulées, terminées par une main armée de quatre ongles, le tout se rétractant comme les deux suçoirs sous la cuirasse thoracique. La teinte générale est bleuâtre. L'auteur a cru, enfin, découvrir l'œuf et la larve de cet animal; mais il s'abstient d'en donner la description jusqu'à plus ample examen.

— *M. Bonnafont* écrit pour exposer ses essais d'application du diapason au diagnostic de la surdité. L'auteur s'est d'abord servi du

lation, que M. Vée examine la constitution actuelle des hôpitaux de Paris. L'auteur croit que ces établissements ouvrent trop largement, trop aveuglément surtout, leurs portes à tous ceux qui se présentent. Il pense, ce sont ses propres expressions, « qu'il serait possible, économique et moral, de prendre des mesures efficaces pour traiter chez » eux une foule de pauvres malades qui vont maintenant aux hôpitaux, bien qu'ils aient un domicile et une famille qu'ils ne quittent » qu'à regret. » Et comme M. Vée signale avec raison les inconvénients pour la classe pauvre du mode actuel d'admission et de répartition dans les hôpitaux, il voudrait qu'on assignât à chaque hôpital une circonscription dont la population serait proportionnée au nombre de lits qu'il pourait offrir, et qu'à chaque circonscription fussent attachés un ou plusieurs médecins visiteurs auxquels seraient adressées les demandes d'admission et qui délivreraient les billets d'entrée après avoir examiné le malade chez lui. « Des avantages immédiats, dit-il, pourraient être obtenus dans le cas qui nous occupe. Il est certain d'abord que les conseils et les observations des médecins retiendraient souvent chez eux des malades qui entrent à l'hôpital sans cause suffisante d'altération de santé ou qui auraient évidemment les moyens de se faire traiter à leur domicile..... En second lieu, les médecins visiteurs devraient avoir le droit d'adresser à l'administration des secours à domicile tous les malades qui pourraient être traités et secourus chez eux. »

Pour ce qui concerne les hospices, M. Vée croit qu'un examen sévère et attentif de la masse des indigents admis ferait reconnaître qu'une grande partie des vieillards qui la composent aurait dû rester dans ses foyers. Il ne faudrait, pour arriver à ce résultat qu'une distribution de secours plus large et mieux entendue et un autre mode de nomination. Sur ce dernier point, M. Vée indique l'arbitraire qui règne dans la désignation des indigents qui doivent occuper les lits vacants des hospices, et l'on se sent pris d'un grand étonnement en voyant sur quels éléments erronés l'administration se décide dans ses choix. Là, comme ailleurs, la faveur et la protection l'emportent souvent sur le droit, et, permettez-moi ce rapprochement pénible mais un peu de circonstance, ce vieillard gisant dans le lit d'un hospice a rencontré pour l'obtenir les mêmes obstacles et les mêmes difficultés qu'en rencontra dans ses luttes de concours le médecin qui le soigne.

L'examen des secours à domicile est la partie la plus étendue du travail de M. Vée. On pourrait la qualifier avec justesse un plaidoyer éloquent en faveur de ce mode de la charité publique. L'auteur en trace l'historique sommaire pour ce qui concerne la ville de Paris ; il en expose la direction supérieure et locale, le nombre des indigents secourus et les conditions d'admissibilité dans les bureaux de bienfaisance, les secours distribués et la mesure de l'indigence dans Paris, le mode de distribution des secours, les associations charitables, et sur tous ces points divers on voit le coup-d'œil ferme et profond de l'administrateur consommé, comme les intentions généreuses et pures d'un véritable philanthrope. Partout aussi avec courage et résolution, M. Vée indique le mal et propose le remède, et son travail se termine, en effet, par un projet d'organisation nouvelle qu'il expose en quelques pages. Car, dit-il avec une extrême modestie, « si nos vues sont » acceptées, nous aurons toujours le temps de les développer plus » tard ; si, au contraire, après tout ce qui précède, elles n'ont point » l'approbation des hommes compétents, nous les abandonnons sans » rien ajouter, satisfait, en les exposant, d'avoir cru remplir un de» voir. »

Le rapporteur de votre commission croit agir fort prudemment en déclinant, pour son compte, la compétence à laquelle en appelle M. Vée. Il me serait tout à fait impossible de donner une opinion sérieuse et motivée sur le projet de réforme proposée par M. Vée dans l'organisation des bureaux de bienfaisance. Ce que je signalerai avec plaisir, c'est le rôle et l'importance qu'il accorde aux médecins de ces établissements, l'augmentation qu'il croit nécessaire de leur nombre, la rétribution honorable dont il voudrait les voir dotés, et l'indication de tous les secours que l'administration pourrait demander à leurs lumières, à leur zèle et à leur dévouement.

En résumé, les opinions de M. Vée se réduisent à ces deux points principaux : restrictions dans les secours donnés dans les établissements hospitaliers, élargissement et organisation nouvelle des secours à domicile. Au point de vue financier, économie pour l'administration ; au point de vue moral, resserrement des liens de famille, attachement au foyer domestique, élévation et dignité des sentiments.

Messieurs, ce n'est point un rhéteur, un utopiste, ou un froid et calculateur économiste qui vient jeter des idées téméraires et mal digérées dans le champ si fertile des hypothèses ; c'est un homme de pratique et d'action, connaissant à fond et expérimentalement le terrain sur lequel il marche, ayant réalisé lui-même, dans les fonctions dont il est revêtu, de grandes améliorations avec une machine incomplète et embrouillée; c'est un administrateur connu, honoré et estimé qui vient modestement indiquer ses vues et ses idées; quelles garanties pour nous que ces idées et ces vues sont justes et applicables, et qu'elles apporteraient des modifications heureuses et urgentes à un état de choses très défectueux?

C'est notre conviction, Messieurs, et nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à notre honorable collègue M. Vée pour l'hommage qu'il a bien voulu nous faire de son travail.

diapason ordinaire qui donne le *la* 4 du piano; il a employé ensuite une série de diapasons dont le son répondait aux huit notes de la quatrième gamme du piano. « Pouvant alors varier mes expériences, je ne tardai pas à constater que dans telle région du crâne où le diapason *la* n'était pas entendu, les notes des degrés inférieurs l'étaient très distinctement... Au fur et à mesure que la sensibilité diminue, l'oreille perd la faculté d'entendre le diapason à note aiguë, tandis qu'elle conserve celle de percevoir distinctement les notes plus graves... D'où il résulterait que lorsque la sensibilité du nerf acoustique s'affaiblit, la surdité commence par les tons les plus aigus, et elle continue en progressant de haut en bas à mesure que l'affaiblissement des nerfs augmente..... C'est à l'aide de cette série de diapasons que je dois d'avoir pu diagnostiquer d'une manière plus précise certaines surdités, et de classer celles qui doivent être incurables à toute médication. »

Correspondance.

Traitement indien du tétanos.

Monsieur,

En lisant le numéro de jeudi dernier, 15 courant, de votre estimable journal, j'y ai remarqué un article intitulé, *Traitement indien du tétanos rhumatismal*, par M. le docteur Helle, de Surinam. Je soupçonne, Monsieur, que l'auteur de cette observation a été induit en erreur, et que le traitement du tétanos qu'il consigne comme venant des Indiens, n'est que l'œuvre d'un de ces guérisseurs qui fourmillent en Amérique, et qui pour donner plus de confiance à leurs remèdes, disent qu'ils les tiennent des Indiens. Ce qui me porte à ce soupçon, c'est que dans le cours d'un long voyage que je fis en Amérique, ayant eu à traverser les immenses forêts qui séparent la république bolivienne du Brésil, contrées habitées par les Indiens qui peuplent les Guyanes française, hollandaise et anglaise, et parmi lesquels j'ai demeuré des mois entiers, m'occupant spécialement, comme médecin, à recueillir les différents traitements que les Indiens opposent à leur maladie, pour les comparer ensuite avec nos méthodes curatives, je n'ai rien remarqué qui put se rattacher au traitement indiqué par M. le docteur Helle. Et cela deviendra évident pour tout le monde, quand on saura que non-seulement les Indiens ne connaissent pas les cantharides, mais encore que ne pouvant se procurer de l'eau-de-vie qu'avec la plus grande difficulté, et en demander en échange de tout ce qu'ils ont de plus précieux, comme des peaux, leurs armes, et même leurs femmes et leurs enfants; ils n'emploient jamais le peu de cette liqueur qui tombe entre leurs mains, à préparer des teintures médicinales, mais bien à s'enivrer; car l'eau-de-vie est pour eux la chose par excellence, la seule pour laquelle ils viennent quelquefois visiter les villes, la seule chose qui leur fait envier notre état de civilisation. Permettez-moi donc, Monsieur, de vous faire l'exposé des moyens employés par les Indiens de cette partie de l'Amérique dans le traitement du tétanos; et si vous jugez que mes observations peuvent intéresser, veuillez les insérer dans votre estimable journal.

Ces Indiens reconnaissent deux sortes de tétanos. L'un qu'ils nomment *spasme par air*, peut, je crois, être traduit par *tétanos spontané*; l'autre, *spasme par blessure*, répond au tétanos traumatique. Le tétanos est si fréquent dans cette partie de l'Amérique, que ces pauvres Indiens portent toujours avec eux quantité de talismans, telles que les dents de lion noir, de jaguar, les ergots du tapir, les ongles d'araignées, etc., etc., qui, selon eux, ont le pouvoir de les préserver de cette cruelle maladie, et des médicaments avec lesquels ils la combattent (je dirai avec beaucoup de succès), lorsqu'ils en sont atteints. Ces médicaments sont la *verge de crocodille* séchée et réduite en poudre, et la *patata*, espèce de *jalap* qui croît spontanément dans les forêts de ces contrées. Voilà de quelle manière ils procèdent à leur médication.

Lorsqu'un d'entr'eux est attaqué de tétanos spontané, ils l'étendent sur des peaux, ils lui essuyent le corps (ils ont toujours le corps enduit d'une espèce de pommade rouge faite avec de l'huile, qu'ils tirent par expression de l'amande du palmier *motacu*, mêlée avec du roucou). Ils fustigent le malade avec des orties, ou toute autre plante qui peut produire une vive irritation sur la peau. Quand celle-ci est devenue brûlante, ils le frictionnent fortement avec un liniment composé d'*huile de motacu* et de *poudre de verge de crocodille* dans les proportions de 4 grammes de poudre sur 32 grammes d'huile environ. Ils recouvrent le malade de peaux, et cherchent à le faire suer. Ils lui donnent à prendre, mêlés ensemble dans un peu d'eau, 2 grammes de *patata* en poudre et 4 grammes de poudre de *verge de crocodille*. Ils renouvellent cette dose toutes les heures environ. Quand des sueurs considérables se joignent à de nombreuses évacuations alvines, ils suppriment le jalap et continuent à donner la poudre de *verge de crocodille*. Il est rare que le malade ne soit pas guéri dans les quarante-huit heures.

Pour le tétanos traumatique, ils suivent la même méthode, avec cette différence qu'ils la font précéder par la cautérisation de la plaie, qu'il pratiquent en appliquant sur elle (la plaie) un caillou incandescent rond, conique ou plat selon sa figure. Ils recouvrent l'escharre formée par la brûlure avec un cataplasme fait avec le beaume de copahu et la poudre de verge de crocodille qu'ils renouvellent deux fois par jour; quand l'escharre est tombé, ils pansent la plaie avec du coton brut chargé de beaume de copahu. Cette plaie suppure d'abord beaucoup, mais elle ne tarde pas à se cicatriser. Si la maladie a été traitée dès son début, les symptômes tétaniques ne tardent pas à se dissiper; mais si la maladie n'a été attaquée que quarante-huit heures après les premiers symptômes, le rétablissement est long et douteux. Dans tous les cas le tétanos spontané cède plus sûrement et plus promptement à cette médication que le tétanos traumatique.

Quand on sait que la verge de crocodille contient une grande quantité de musc, on ne s'étonne pas des nombreux succès que compte cette médication; succès d'ailleurs si avérés, que pour la cure de cette terrible maladie les planteurs préfèrent les Indiens aux médecins.

Telle est, Monsieur, la manière des Indiens de Surinam, Para, Maranhao, Gocar, Rio-Nègre, Mattagrarre, etc., de traiter le tétanos. Vous voyez que cette médication diffère de tout au tout de celle indiquée par M. le docteur Hille, dont cependant je suis loin de contester l'efficacité.

Agréez, etc., P. Saulnier de Pierrelevée, D.-M.

16 mai 1845.

Collutoire gingival sédatif; par M. le docteur Mombert, de Wanfried.

M. Mombert emploie avec succès, dans les cas de dentition difficile, le collutoire suivant pour adoucir et ramollir le tissu des gencives :

Miel rosat,	8	grammes;
Suc de citron,	4	id.;
Hydrolat d'amandes amères,	2	id.

M. S. A.

Pour une mixture avec laquelle on frictionne la surface des gencives plusieurs fois par jour.

Suivant l'auteur, l'emploi de ce moyen suffit le plus souvent pour dispenser de recourir à l'incision des gencives.

NOUVELLES.

Société médicale du 10e arrondissement.— Une réunion à laquelle étaient convoqués comme fondateurs, les membres de l'Association générale des médecins de Paris, résidant dans le 10e arrondissement, les médecins du bureau de bienfaisance et ceux du 5e dispensaire, a eu lieu le 17 mai, à la mairie, sous la présidence de M. Villeneuve.— La feuille de présence a reçu trente-huit signatures. Le réglement, préparé par une commission composée de neuf membres, MM. Villeneuve, Gillette, Sorlin, Campaignac, Bataille, Charles Fournier, Beaumetz, Blatin, Homolle, a été discuté et adopté.

La Société se réunira de nouveau le samedi 31 mai, à huit heures du soir, à la mairie, pour l'élection des membres du bureau.

A l'avenir les séances auront lieu dans le même local et à la même heure, le premier samedi de chaque mois.

— La petite vérôle règne à Valenciennes; elle frappe des personnes de tout âge, et même des personnes vaccinées depuis longtemps.

— On lit dans le *Courrier du Havre* : « Des faits d'empoisonnement sont souvent produits par les moules mangées dans une saison inopportune. Hier, à Ingouville, M. Jacquemont, médecin, a été appelé dans différentes maisons pour visiter des enfants pris subitement de violents vomissements et de fièvre ardente. M. Jacquemont a reconnu, dans ces indispositions, des symptômes d'empoisonnement causés par la mauvaise qualité des moules mangées par ces enfants. »

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 61. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 23 MAI 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'obstétrique, lorsqu'elle s'agrandit de l'étude de l'embryogénie humaine et comparée, de l'examen des questions tératologiques, enfin de la considération, aux points de vue pathologique et médico-légal, des maladies de la femme grosse ou nouvellement accouchée et des maladies des nouveau-nés, l'obstétrique constitue alors une science éminemment compréhensive, éminemment philosophique, et nulle autre n'est plus attrayante.

M. le professeur P. Dubois ne se borne pas, dans ses leçons cliniques, à l'analyse dogmatique des cas de son service; il initie les élèves aux faits intéressants de sa pratique privée. C'est ainsi que dernièrement il a décrit un exemple d'hermaphrodisme que portait un enfant âgé de cinq ans environ, pour lequel il venait d'être consulté. Cet enfant, inscrit sur les registres de l'état-civil comme appartenant au sexe féminin, avait les habits de son sexe *officiel*. Il offrait deux grandes lèvres un peu plus épaisses que son âge ne le comportait. En avant et en haut existait un petit tubercule mou, bleuâtre, dont la coloration paraissait due à un développement veineux; les titillations n'y déterminaient aucun changement. A quelque distance du tubercule, en bas, se voyait un orifice étroit, et sous le tubercule même une ligne rouge terminée par un fin pertuis. M. Dubois, contraint par le défaut de temps de se borner à un examen rapide, n'a pu savoir au juste lequel de ces deux orifices servait à la miction. Le savant professeur n'a point caché qu'après ce premier examen il crut à une atrésie incomplète de la vulve. Il allait congédier la mère et l'enfant, en disant qu'il y aurait lieu de prendre un parti seulement à l'époque de l'éruption menstruelle, lorsque des doutes lui vinrent, et il examina plus attentivement la prétendue petite fille. Il s'assura alors que chacune des soi-disant grandes lèvres contenait un testicule, et il ne fut pas difficile de reconnaître dans le tubercule dont il a été parlé une verge tout à fait rudimentaire. La petite ligne rouge, le petit sillon, était la trace de l'urètre, et le fin pertuis représentait le méat. Il est d'ailleurs à remarquer que la voix de l'enfant et sa pétulance étaient bien celles d'un garçon. Voilà un état-civil à changer, ce qui ne sera pas difficile, l'art ayant prononcé. Sous Louis XI, il fallut qu'un moine accouchât pour que son véritable sexe fût reconnu.

Ce cas d'hermaphrodisme appartient au premier groupe de la première classe de la classification établie par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (hermaphrodisme sans excès). Dans ce premier groupe le sexe est masculin (*hermaphrodisme masculin*), malgré les apparences qui sont celles de l'autre sexe. Les trois autres groupes sont: l'*hermaphrodisme féminin*, dans lequel les apparences sont celles du sexe masculin, tandis que le sexe effectif est féminin; l'*hermaphrodisme neutre*, institué par Marc, dans lequel l'ambiguïté est telle, que le sujet n'appartient à aucun sexe; enfin l'*hermaphrodisme mixte*, dans lequel il y a mélange réel et non plus seulement apparent des deux sexes sur le même individu. Nous n'avons pas à nous préoccuper ici de la seconde classe, qui est celle des *hermaphrodismes avec excès*.

Il est facile de comprendre la production du vice de conformation que nous venons de décrire, par une infraction à la loi d'*homœogizie* ou d'*association* de M. Chevreul, dont la loi *centripète des formations* de M. Serres est une dérivation.

En raison de la *duplicité primitive* des organismes (*loi de symétrie*, de M. Serres), tous les fœtus humains offrent dans les premiers temps la conformation apparente du sexe féminin. Les fœtus mâles, comme les fœtus femelles, présentent une fente vulvaire. Mais, chez les premiers, celle-ci ne tarde pas à se souder (*loi de conjugaison*, de M. Serres), et bientôt les deux poches scrotales se forment. « Ainsi, dit M. Dutrochet, dans son rapport sur le mémoire de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, il est vrai de dire que, relativement à la conformation apparente des organes générateurs externes, tout homme *a été* femme dans le principe. » *A été* n'est pas exact. Il faut dire *a paru*. D'après Home, la destination sexuelle ne préexiste pas dans le germe. Mais il est permis de penser que Home n'a point là-dessus de renseignements bien positifs. Quoi qu'il en soit, comme nous le disions tout à l'heure, il est très facile de comprendre que, par un arrêt de développement, la soudure de la fente vulvaire n'ait pas lieu chez un fœtus mâle, qui, ultérieurement, ressemblera à une femelle par la conformation des organes génitaux externes. Toutefois, pour que cette ressemblance soit complète et trompeuse, il faut un double arrêt; il faut que la verge reste rudimentaire, faute de quoi elle décèlerait le véritable sexe, et l'on n'aurait plus qu'un exemple d'hypospadias au lieu d'un exemple d'hermaphrodisme masculin. Dans le cas de M. le professeur Dubois, la fente était cicatrisée en très grande partie; mais la cicatrice était fortement déprimée, d'où l'apparence des deux grandes lèvres. Ce cas nous paraît être une *variété* dans le *groupe*.

L'art peut-il quelque chose dans un cas semblable? Il ne peut rien. Mais il ne faut pas qu'il soit compromis par un diagnostic erroné. Or, quand un médecin aussi expérimenté que M. Dubois a failli être trompé par les apparences (à la vérité à la suite d'un examen forcément très rapide), il est essentiel que les jeunes médecins soient avertis du piège que la nature bizarre peut leur tendre.

— Une femme a accouché, dans les salles de la clinique, d'un enfant atteint d'un vice de conformation et qui a éprouvé des accidents mortels. Tout à l'heure nous reviendrons sur l'enfant. La mère, de son côté, a présenté une circonstance qui se rattache à deux immenses questions: celle des accouchements tardifs et celle de la superfétation. Elle a accouché longtemps après le terme ordinaire. Souvent, a dit le professeur, nous avons affaire à des femmes dont les témoignages sont vagues, équivoques et au demeurant sans valeur. Mais celle dont il s'agit précise les dates avec la plus grande netteté. — C'est le 15 juillet que les règles ont cessé; c'est le 15 décembre qu'elle a ressenti les mouvements de l'enfant. Elle devait accoucher vers le 20 avril, terme obstétrical, et elle n'a accouché que le 16 mai. Pourtant l'enfant ne pèse que 2720 grammes. Notons que cette femme vient d'accoucher de son dixième enfant, et que, par conséquent, il n'y a pas lieu de supposer qu'elle se soit trompée.

Le fœtus, dit le professeur, est-il resté tout ce temps dans la matrice? Le détachement de l'ovule et son transport dans l'utérus à travers la trompe sont des points litigieux, quant à l'époque et à la durée de ces phénomènes. Chez certains animaux il s'écoule un temps très considérable entre la fécondation et l'arrivée de l'œuf dans l'utérus. Il ne serait pas impossible qu'il en fût de même pour quelques femmes. Mais on comprend, ajoute M. Dubois, combien il faut mettre de réserve à conclure dans une pareille question.

Arrivons à l'enfant: il était pied-bot; il offrait une teinte violacée générale et il était agité de mouvements convulsifs. La respiration se rétablit, et la teinte anormale de la peau disparut. Mais de nouveaux accès se reproduisirent et l'enfant mourut peu de moments après sa naissance. Les neuf enfants que cette femme a mis au jour avant ce dernier étaient bien conformés, et les couches ont toutes été heureuses. Celle-ci ne fait pas exception: le travail a duré onze heures vingt minutes; le cordon avait vingt-neuf pouces; les membranes ne se sont pas rompues prématurément; il n'y a pas eu d'accidents durant la grossesse. Deux circonstances sont dignes de fixer l'attention dans ce cas: la production de convulsions dès la naissance et l'existence de cette affection chez un enfant affecté de pied-bot. C'est la première fois que l'une et l'autre sont observées par M. Dubois. L'existence d'une affection convulsive chez un nouveau-né affecté de pied-bot est une preuve en faveur de la théorie d'après laquelle ce vice de conformation serait dû à une maladie du système nerveux. Des convulsions analogues à celles qui ont fait succomber l'enfant ont pu avoir lieu pendant la grossesse. Rien n'est plus légitime que cette induction, et certes nous ne chercherons pas à atténuer cette preuve.

— Une femme qui a eu pendant sa grossesse des accidents convulsifs hystériques, a accouché heureusement. Il y a une très grande différence, pour le pronostic, entre les convulsions hystériques et les convulsions éclamptiques qui ont lieu durant la grossesse. On a tout à craindre que celles-ci ne se reproduisent pendant le travail: il n'en est pas de même des autres.

— M. le professeur Dubois a remis à l'une des prochaines leçons le développement de ses opinions sur le bec-de-lièvre. En attendant, il a montré à ses élèves un exemple de ce vice de conformation, qui offre un haut degré de complication, puisque la bifidité de la lèvre (elle siége à gauche) est accompagnée de celle de l'arcade dentaire et de la voûte palatine. L'enfant n'a pu prendre le sein; lorsqu'on mettait du liquide entre ses lèvres, il était pris de suffocation et le rejetait en entier. Le moyen imaginé pour le nourrir mérite d'être indiqué, parce qu'il est simple et efficace. Ces petites indications embarrassent souvent les jeunes médecins. Une longue éponge a été fixée à l'extrémité du biberon. Cette éponge arrive jusqu'à l'entrée du pharynx, s'applique le long de la fente et la ferme quand l'enfant clôt la bouche pour opérer la succion.

— Une femme qui est dans le septième mois de sa grossesse a éprouvé une perte spontanée qui a duré deux heures. Elle dormait, et s'est réveillée mouillée. M. Dubois a essayé de toucher. Il n'est pas aussi facile qu'on le dit de reconnaître si le placenta est inséré au col, circonstance à laquelle il est rationnel d'attribuer l'hémorrhagie dans les cas du genre de celui ci. D'une part le col, en général, chez une primipare, à cette époque de la grossesse, n'est pas assez ouvert pour permettre l'introduction du doigt; et, de l'autre, à travers les parois du col, il n'est pas possible de sentir le placenta. On n'a donc, dans cette circonstance, pour établir le diagnostic, que deux indices: l'époque à laquelle la métrorrhagie est survenue et sa spontanéité; mais ces indices autorisent suffisamment le médecin à penser que le placenta est inséré plus ou moins complétement sur le col, et doivent le mettre en garde contre la probabilité du retour de l'hémorrhagie. La femme ne fera pas de longues courses; elle ne se mettra pas en voyage. Bref, elle sera l'objet d'une surveillance vigilante.

— M. Dubois consacre dans ce moment une partie de chaque leçon à l'étude du diagnostic de la grossesse, et il entremêle l'exposé dogmatique d'une multitude de faits empruntés aux auteurs ou observés par lui, soit actuellement, soit antérieurement. Il faisait ressortir, à l'une de ses dernières leçons, l'étroite sympathie qui unit, bien mystérieusement, l'utérus et les mamelles, sympathie qui a tant de part aux maladies du sein, et il décrivait les signes que les modifications survenues dans ces glandes peuvent fournir au diagnostic de la grossesse. Il montra à ce propos un dessin représentant les mamelles d'une femme qui a été dans son service, et qui offrait une élevure générale, comme emphysémateuse de l'aréole, formant sur le sein une espèce de plaque circulaire d'un demi-centimètre d'épaisseur. Il est impossible de voir ce signe plus prononcé. M. Dubois a montré un autre dessin représentant une aréole d'un *noir d'ébène*. On sait que l'aréole, en même temps qu'elle s'érige, se colore en brun plus ou moins foncé, dont cette couleur d'ébène est l'exagération. Il se forme aussi dans le champ aréolaire des *éminences papillaires*, simple exagération des papilles normales. Assez souvent M. Dubois, comme tous les bons observateurs, a vu sortir du lait par ces éminences, qui sont donc des mamelons surnuméraires.

Assurément, nous ne nous faisions pas illusion lorsque nous parlions de l'attrait de l'obstétrique philosophiquement comprise et enseignée. Quel phénomène plus curieux que celui de ces glandes, si vigilantes dans la préparation de la subsistance du nouvel être, qu'au risque d'une erreur possible et souvent observée, elles se mettent en travail dès qu'il se passe dans l'utérus quelque chose d'analogue au phénomène de la gestation? Et n'est-il pas étrange que, seulement excitées par le contact des lèvres de l'enfant, chez une jeune fille pure de tout rapport sexuel intime, elles répondent à cette sollicitation en fournissant leur suc? Ce fait a été observé, et il montre, avec d'autres, que la sécrétion laiteuse n'a pas une valeur absolue dans le diagnostic de la grossesse. La coloration de l'aréole n'a de signification réelle non plus que chez les primipares, puisque, après une première grossesse, l'aréole retient plus ou moins la nuance foncée qu'elle a contractée, nonobstant une exfoliation de lames épidermiques qui entraînent nécessairement une partie du pigment déposé. Il faudrait pouvoir indiquer chaque détail dans un tel sujet; l'espace et la spécialité de notre tâche s'y opposent.

Un mot cependant des mouvements de l'enfant. Ils sont passifs ou actifs, propres ou communiqués, mécaniques ou dynamiques. Cette division est connue de tout le monde; mais une division moins connue et qui mérite de l'être, est celle des mouvements actifs, propres ou dynamiques, fondée par M. Dubois. Notons, en passant, que le professeur conserve les anciennes dénominations de mouvements passifs et de mouvements actifs, qui effectivement ne laissent rien à désirer. Les mouvements actifs sont de trois espèces. Ce sont 1° de petits chocs résultant de coups que le fœtus donne avec ses membres inférieurs sur la paroi utérine; 2° des mouvements de redressement du tronc, par suite desquels il pousse le fond de l'utérus avec ses pieds; 3° enfin des mouvements de frottement de la tête contre la paroi utérine. Ces divers mouvements donnent lieu chez la mère à des sensations très distinctes. Ceux de la troisième espèce sont particulièrement désagréables. Les mouvements passifs ne sont point perçus subjectivement tant que le fœtus est vivant. Mort, la mère le sent rouler quand elle change de position. Les mouvements passifs dans l'état de vie sont un signe exclusivement objectif, c'est-à-dire constatable par le médecin au moyen du ballottement. Les mouvements actifs, outre qu'ils sont sentis par la mère, le sont par la main du médecin; ils peuvent même être vus. Mais prenons-y garde; ici l'erreur peut être d'autant plus facile, que ce signe semble plus indubitable, plus évident. Des mouvements absolument semblables à ceux que détermine l'agitation pétulante du fœtus peuvent avoir lieu par l'effet de contractions successives et partielles des muscles abdominaux. M. Dubois a observé plusieurs fois ce phénomène, notamment chez une dame qui désirait beaucoup être enceinte et qui ne l'était pas. A la vue de ces mouvements, M. Dubois fut surpris, presque ébranlé; pourtant il était positif que la matrice était vide, et il ne put douter qu'ils ne fussent simplement dus aux muscles abdominaux. Une

femme qui se montrait dans les amphithéâtres et qui vint s'offrir à M. Dubois pour servir à l'instruction des élèves, présentait cette espèce de mouvements au plus haut degré. On comprend combien il importe d'être prévenu de toutes ces causes d'erreur.

— Nous avions promis de parler de l'albuminurie dans la grossesse, sujet neuf et curieux. Nous apprenons qu'un élève de M. Rayer, M. Cahen, interne des hôpitaux, fait son mémoire pour le prix des internes, sur ce sujet dont nous renonçons dès lors à nous occuper, quant à présent, pour ne point préjudicier aux intérêts de M. Cahen, par la publication de faits qui doivent trouver place dans son travail.

— Une femme âgée de vingt-cinq ans était entrée une première fois dans le service de M. Blandin, pour une nécrose du second métacarpien de la main droite. L'os était tuméfié; les parties molles environnantes étaient rouges, gonflées, percées de plusieurs ouvertures fistuleuses. De petites portions d'os nécrosées furent, les unes éliminées, les autres extraites. Les ouvertures se fermèrent, et la malade sortit de l'hôpital, où elle rentra au bout de quelque temps, les accidents s'étant reproduits.

M. Blandin pratiqua une incision le long du côté radial de l'os malade, dans le but d'extraire la portion nécrosée. La nécrose étant générale, il ne put y parvenir. L'incision fut agrandie supérieurement et inférieurement, et l'os fut enlevé de la manière suivante. M. Blandin le saisit par sa partie moyenne à l'aide d'un davier. L'os ainsi fixé, l'opérateur le désarticula supérieurement, c'est-à-dire dans l'articulation carpienne, après quoi, continuant à tirer sur lui avec la pince, il l'isola dans son articulation phalangienne. Les tendons et le ligament transverse ont été ménagés.

M. Demarquay observera cette opérée après sa sortie de l'hôpital, et rendra compte, quand le temps sera venu, des résultats définitifs de l'opération. Il s'agira de déterminer exactement la force, l'agilité et les changements de forme du doigt conservé.

— Un fait rare a été observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. P. Bérard. Un homme, à la suite d'un coup de poing, a présenté une luxation du premier métacarpien sur le trapèze en arrière. On réduisait la luxation et elle se reproduisait avec la plus grande facilité. Lorsque, l'extrémité du métacarpien étant déplacée, on venait à fléchir fortement le pouce, les tendons de la face dorsale pressant sur l'os le réduisaient. M. Deville, interne du service, a placé sur l'articulation, en arrière, une compresse pliée en plusieurs doubles et appliqué un bandage dextriné sur le doigt tenu en position moyenne. Au bout de quelques jours le sujet est sorti guéri.

— M. Jobert (de Lamballe) a opéré, il y a quelques jours, un individu affecté d'une grenouillette volumineuse. Cet homme en était à sa seconde récidive, après deux opérations. M. Jobert a employé son procédé (excision d'une ellipse de la muqueuse qui revêt le kyste; incision du kyste et réunion par suture des bords de cette incision à la muqueuse environnante. Dans ce cas particulier six points de suture ont été passés).

L'opéré est sorti de l'hôpital Saint-Louis hier vendredi, présentant au fond d'un infundibulum une ouverture par laquelle le produit de la sécrétion trouvera un écoulement facile. Jusqu'ici aucun des opérés de M. Jobert n'a éprouvé de récidive. Il y avait, dans ce cas, une circonstance assez intéressante, c'était la sortie, au moyen de la pression, d'une partie du liquide contenu dans la tumeur, par l'orifice du conduit de Warthon, au-dessous du frein de la langue. Il n'y avait donc pas obstruction, et l'on avait affaire ici, d'abord, bien positivement à une tumeur de ce conduit; et, secondement, puisqu'il n'y avait pas oblitération, à une tumeur par suite de perte de la tonicité de ses parois.

— Nous renvoyons au prochain article quelques remarques sur la cautérisation du col utérin avec le fer rouge généralisée par M. Jobert. X.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Considérations générales et pratiques sur les maladies de la peau.

L'enseignement auquel nous nous livrons chaque année à l'hôpital Saint-Louis a un double but, celui d'exposer à la fois d'une manière théorique et pratique les maladies de la peau. A cet effet, nous vous conduisons auprès d'un certain nombre de malades que nous avons choisis à l'avance, afin d'avoir à notre disposition des types de maladies, et là nous les explorons principalement sous les rapports des causes, de l'invasion, de la marche de l'affection cutanée. Nous établissons ensuite le diagnostic précis de la maladie et un exposé sommaire du traitement que nous mettons en usage. C'est, au contraire, sous le point de vue thérapeutique que nous envisageons plus tard nos malades, et alors nous vous faisons connaître les motifs qui nous guident dans l'emploi de telle ou telle médication. Nous consacrons chaque fois une heure de temps à la partie théorique de l'enseignement des maladies de la peau; et, cette heure terminée, nous faisons passer sous vos yeux douze ou quinze malades affectés de la maladie dont nous avons tracé l'histoire, de manière à placer pour ainsi dire le modèle à côté du tableau. C'est ainsi que nous réalisons le but de notre enseignement.

Il faut venir à l'hôpital St-Louis, il faut avoir affaire à des malades, en général, assez sains de corps pour pouvoir être impunément observés et déplacés, pour réaliser un enseignement complet, et vous ne trouverez nulle part de semblables conditions d'étude. Telle est la marche que nous adoptons. Il nous suffit de vous l'avoir indiquée pour entrer en matière sans autre préambule.

Toutefois, nous sentons le besoin de détruire, par des considérations générales sur les maladies cutanées, une foule de préjugés, d'idées préconçues, qui sont répandus non-seulement dans le monde, mais encore parmi les médecins. Il semble aujourd'hui que les maladies de la peau sont des êtres à part, placés en dehors du cadre de la pathologie, et qui réclament une thérapeutique toute spéciale. J'ai à cœur de vous démontrer que les affections cutanées ne diffèrent pas des autres maladies sous le rapport des causes, de l'invasion, de la terminaison, et qu'elles veulent une thérapeutique qui rentre dans le cadre de celle que l'on a tracée pour les affections des organes internes. C'est ce à quoi je vais m'attacher aujourd'hui.

Le mot *dartre* a trop longtemps été employé pour désigner une maladie de la peau, quelles qu'en soient la forme et la nature. Cette dénomination n'a pas peu contribué à restreindre la connaissance de ces affections. L'esprit de l'homme est porté à se payer souvent d'un mot, et, dans l'ignorance où l'on est de la qualification de la maladie, on est heureux de trouver un nom qui ne saurait être une source d'erreur, parce qu'il embrasse tout ce qui est affection cutanée. Mais l'expression *dartre* entraîne avec elle l'idée de l'usage du soufre; elle en est presque inséparable. C'est donc un mot vague qui qualifie la maladie et en indique à la fois le traitement.

Hé bien, nous n'hésitons pas à le dire, le soufre a aggravé cent fois plus de maladies qu'il n'en a pu guérir.

D'une autre part, une dartre est encore, aux yeux du monde, une maladie repoussante, une affection presque toujours contagieuse; elle imprime un stigmate de réprobation à l'individu qui en est atteint. Elle va jusqu'à faire exclure d'un atelier le malheureux ouvrier qui a besoin de travailler pour vivre.

Ce sera donc un grand service à rendre, que d'effacer ce mot du vocabulaire de la dermatologie. Il n'apprend rien au médecin; il porte la désolation dans le cœur du malade.

Ainsi se trouveraient justifiées les expressions de dermatose ou de dermatite, qui n'entraînent avec elles d'autre idée que celle d'une maladie de la peau: il est à désirer qu'une dénomination nouvelle soit consacrée dans le langage médical.

Les dermatoses se présentent aux yeux du médecin sous les formes les plus variées; et cette multiplicité de forme dépend entièrement de la structure complexe de la peau. S'il nous était donné de prouver que l'anatomie de texture est encore dans l'enfance, nous prendrions pour démonstration les formes variées de la pathologie cutanée.

Ainsi, nous voyons dans les dermatoses, ici une simple rougeur fugace; là, de petites élevures rosées; dans d'autres cas, de véritables papules; puis des élevures papuleuses beaucoup plus considérables, et tout cela sans autre sécrétion morbide.

En regard de ces inflammations fugaces, peut se dérouler un autre tableau. La rougeur de la peau existe, mais on voit à sa surface des myriades de vésicules appréciables, surtout à la loupe; chez un autre malade, les vésicules très distinctes à l'œil nu, puis des bulles, puis de véritables phlyctènes. Dans tous ces cas, il y a deux symptômes dominants; rougeur de la peau et sécrétion de sérosité limpide. — Se montre alors un autre ordre de maladies cutanées, qui se caractérise par la sécrétion purulente, avec vésicules, avec petites pustules confluentes, avec pustules et bulles à la fois; enfin, avec pustules franches.

Puis viennent se grouper des altérations où il n'y a plus que production épidermique; ici elle est farineuse, là ce sont des lames, ailleurs des squames, etc.

Nous pourrions multiplier ces tableaux; l'histoire des teignes, des lupus, des lèpres nous en fournirait les éléments. Ajoutons maintenant que toutes ces formes primitives peuvent, ainsi que nous l'avons démontré depuis quatre ans, se fondre entre elles pour donner naissance à des maladies de formes intermédiaires. Concluons de cette énumération si imparfaite que, si les dermatoses se présentent sous des formes si variées, quoique toujours régulières, c'est qu'elles ont toujours leur siége dans tel ou tel élément de la peau, et que l'anatomie de la peau ne sera connue que lorsqu'on pourra rattacher à chacun de ces éléments la forme morbide qui se présente à nous. C'est ce qu'il est impossible de faire quant à présent, malgré les travaux si importants de MM. Breschet et Roussel de Vauzème, et quoi qu'on en ait écrit à cet égard.

Quelle est la nature de ces formes si variées des maladies cutanées? Evidemment elle est inflammatoire. Que ces maladies se présentent, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, l'état inflammatoire de la peau s'offre constamment à notre observation d'une manière plus ou moins marquée, à quelques exceptions près, et qui sont fort peu communes.

Ces exceptions sont si rares qu'elles ne comportent que quelques variétés. Les teignes, ou *favus scutulata* et *lupinosa*, le *porrigo decalvans*, l'*herpès tonsurant*, dans lesquels, à première vue, l'état inflammatoire n'est pas prononcé, prennent les caractères de l'inflammation lorsqu'on sépare les productions ou sécrétions que la peau fait naître. Enlevez à l'aide d'un cataplasme tous les micodermas d'un favus, et le cuir chevelu sera d'un rouge vif. Cette rougeur, cet excès de sensibilité ne disparaîtront qu'après la guérison complète de la maladie, et c'est là le seul moyen de constater la guérison d'un favus. Dans le *porrigo decalvans* même, la partie dépourvue de cheveux a une teinte rosée qui contraste avec la pâleur du cuir chevelu.

Ainsi, à part quelques exceptions, toutes les maladies cutanées sont inflammatoires; et lorsque M. Rayer a créé son cadre nosologique de la peau, il a eu raison de prendre pour l'établir cette dénomination générale: *Inflammations distribuées d'après le nombre et la forme de leurs lésions élémentaires.*

Malheureusement cette forme inflammatoire ne nous apprend pas assez, quant à la maladie en elle-même; mais il est bon de constater le fait, et de prouver que « la peau, comme » les autres organes du corps, n'a rien qui diffère, n'a rien » qui lui soit propre; il n'y a là aucune anomalie à enregis- » trer dans sa forme morbide », et nous déduirons plus tard de ce fait des conséquences importantes pour la thérapeutique.

Pénétrons cependant plus avant, et demandons-nous quelle est la cause ou quelles sont les causes de toutes ces inflammations cutanées.

La répulsion qu'inspirèrent de prime abord les dermatoses, la pensée qu'elles étaient toutes contagieuses firent naître immédiatement l'idée d'un virus dartreux, comme la syphilis, comme la variole avaient conduit à admettre l'existence d'un v rus.

Plus tard, et après des observations plus exactes, on chercha à prouver qu'il y avait eu erreur sous ce rapport; que non-seulement la généralité des dermatoses n'était pas contagieuse, mais encore que la contagion n'était qu'une exception pour quelques-unes d'entre elles; enfin, on alla jusqu'à établir, dans ces derniers temps, que la gale seule était contagieuse; que les teignes faveuses ne se transmettaient pas par contact, qu'elles ne se transmettaient pas d'un individu à un autre.

Tel est aujourd'hui l'état général de l'opinion à cet égard, qu'à part la teigne, l'herpès tonsurant et la gale, les autres maladies cutanées ne seraient pas contagieuses.

Ainsi, comme on le voit, on est passé d'un extrême à un autre. Ni l'un ni l'autre ne saurait être le vrai; et, dès à présent, je suis à même de démontrer par des faits la « transmission directe, d'enfants à adultes et d'adultes à enfants, » de maladies autres que celles que je viens de citer. » Alibert, dont nous aurons souvent occasion d'invoquer l'opinion, et auquel on ne rend peut-être pas assez de justice aujourd'hui, Alibert a été un des plus sages appréciateurs des faits sous ce rapport.

Quoi qu'il en soit de la contagion, toujours est-il que de ce roulement d'opinions est restée la pensée que toutes les maladies de la peau provenaient presque constamment d'une cause interne, et que, pour les guérir complétement, il fallait détruire cette cause interne, cet agent caché qui avait fait irruption à tel ou tel âge de la vie. *De là l'origine de tous les médicaments dits dépuratifs.*

Mais cette cause, quelle est-elle? Interrogez les plus chauds partisans de ce système; ils vous répondront: Je l'ignore; cependant ils emploieront des dépuratifs. Ainsi imbus de la pensée d'une cause secrète, ils n'hésitent pas à agir en aveugles, à détruire ce dont ils supposent l'existence et qu'ils ne connaissent pas. Singulière pratique que celle qui est dirigée par une idée préconçue, par la supposition d'un être imaginaire dont on ne saurait prouver l'existence! On objectera peut-être qu'on ne connaît pas plus l'essence de la cause syphilitique, et que cependant on ne saurait en nier l'existence. Mais quelle différence? La syphilis se reproduit par transmission, au moyen du contact et de l'inoculation. Rien de cela pour la généralité des dartres. La syphilis se transmet par hérédité; si quelques dartres se transmettent ainsi, combien d'enfants parfaitement sains provenant de parents dartreux, combien même d'enfants sains à côté d'enfants dartreux provenant du même lit! Enfin, combien d'individus dartreux qui n'ont eu ni père, ni mère dartreux, ni enfants dartreux? Interrogez nos malades sous le rapport de l'hérédité, et vous verrez qu'il en est un très grand nombre chez lesquels cette cause n'a eu aucune action.

Loin de moi la pensée de nier l'influence de l'hérédité sur les dartres, loin de moi la pensée de nier qu'il est des dartres qui se rattachent à des causes internes; ce que je tiens à combattre, c'est cette opinion erronée d'un « principe dartreux » qui domine toutes les dermatoses, et qu'il faut détruire sous » peine de voir renaître la maladie après qu'elle aura disparu » par quelque moyen que ce soit. »

C'est une pensée antimédicale, la plus nuisible au traitement rationnel des dermatoses. Elle conduit à l'*usage empirique* des mêmes moyens, qui détruisent la santé chez les uns, altèrent chez les autres les fonctions du canal digestif, et tendent à porter le trouble dans l'économie au lieu de contribuer à rétablir l'équilibre de ses fonctions.

Développons actuellement nos idées à cet égard. A part quelques individus privilégiés dont le développement des organes offre une harmonie rare, nous naissons tous avec des conditions d'organisation telles, qu'il existe une prédominance de tel ou tel système; de là des tempéraments.

Tous aussi nous héritons plus ou moins de l'organisation de nos pères; nous apportons en naissant le germe de leur faiblesse, le germe de leur force. Si donc chez un individu d'une saine constitution une affection dartreuse a pris naissance, si elle s'est étendue et perpétuée durant plusieurs années, si cet individu a eu ensuite plusieurs enfants, il leur transmet une peau modifiée dans ses propriétés vitales qui la rend plus propre qu'une autre à être le siége d'un développement de dermatoses; c'est de cette manière que nous concevons l'hérédité.

Il ne peut être en effet, à l'égard de ces maladies, autrement qu'à l'égard des autres affections héréditaires. L'enfant ne naît pas avec la phthisie; mais quand il a atteint l'époque de la vie où cette maladie se développe, alors elle apparaît avec tous les symptômes qui s'étaient montrés chez le père dont il est descendant, et s'il est placé dans de meilleures conditions hygiéniques, il peut en éviter le développement. Une mère atteinte d'une maladie organique du foie transmet à son enfant une prédisposition à cette maladie. L'enfant né de parents dont les intestins étaient mauvais, sera prédisposé aux affections intestinales. Dit-on que dans ces cas c'est un virus phthisique, un virus hépatique, un virus intestinal? Pourquoi dire alors qu'il existe un virus dartreux qui se transmet de père en fils?

L'influence née de l'organisation, et par conséquent héré-

ditaire, nous l'acceptons tout entière ; mais ce que nous n'admettons pas, c'est ce virus dartreux, identique pour tous les individus. D'ailleurs, voyez à quelle conséquence ce virus conduit. Il existe, comme vous l'avez vu, des formes variées des maladies de peau. Ces formes élémentaires sont très nettes, très tranchées. Si vous admettez qu'il existe un virus dartreux, il faudrait aussi supposer qu'à l'instar d'un véritable protée, il se montre sous cent formes différentes, et se transmet de génération en génération sous cent formes diverses.

En cela, il ferait exception à tous les autres virus. La vaccine, la variole se reproduisent et se transmettent de la même manière, et avec les mêmes symptômes. La syphilis se montre sur l'enfant nouveau-né toujours avec les mêmes caractères. Pourquoi donc, s'il existait un virus dartreux, ferait-il exception à tous les autres ?

En thèse générale, tenez grand compte de la prédisposition originelle, héréditaire ; soyez assuré que dans ce cas les affections dermateuses seront beaucoup plus rebelles au traitement, qu'elles nécessiteront l'emploi de médications internes souvent énergiques ; mais laissez de côté l'idée de virus qui n'est pas en rapport avec ce que l'on doit entendre par ce mot, et qui d'ailleurs n'a pas son antidote comme le virus syphilitique a le sien.

« Il y a donc des dermatoses héréditaires, en ce sens que » l'enfant apporte en naissant une prédisposition à avoir des » dartres, et dans quelques cas rares les dartres dont étaient » affectés les parents. » C'est donc là une première source de cause interne.

Une seconde cause d'affections de la peau, et qui a son point de départ du dedans, c'est la prédominance du tempérament; à leur tête il faut placer le *tempérament lymphatique*; de même que cette prédominance amène le scrofule, de même elle engendre des dermatoses, ou au moins elle y prédispose. Il résulte d'un relevé statistique que nous avons fait, que plus de la moitié des individus dartreux ont un tempérament lymphatique.

Chose remarquable, à tel tempérament semble se rattacher telle forme de dermatose.

Toutes les maladies cutanées sécrétantes sont presque toujours liées au tempérament lymphatique, et parmi ces affections sécrétantes il faut mettre celles qui fournissent du pus comme étant les plus communes, et comme se rattachant d'une manière plus directe à ce tempérament. Veuillez donc nous suivre un moment dans les citations d'exemples généraux à l'appui de ce fait.

Prenez l'enfant en bas âge, est-il gros, gras, et peu coloré, vous verrez durant les premiers mois de sa vie se montrer ce que l'on désigne sous le nom de croûtes de lait. Plus tard l'*impétigo* de la face et souvent même l'*impétigo général* ; ou bien encore l'*eczema impetigodes*. L'enfant grandit ; à quinze ou seize ans la peau devient-elle de nouveau malade, ce sera un ecthyma ; maladie purulente dont il sera atteint. Contracte-t-il la gale, celle-ci sera pustuleuse. Le rupia, le *lupus exedens*, l'acné pustuleux, le *lichen agrius*, presque toutes les maladies qui sécrètent du pus, seront liées avec ce tempérament.

Il ressort de ce fait une conséquence thérapeutique importante, à savoir qu'il est indispensable, dans ces sortes de cas, d'associer au traitement externe de la dermatose les modificateurs du système lymphatique.

Les affections lichénoïdes, le prurigo, sont en général liées avec le tempérament nerveux et sec.

Les dermatoses peuvent aussi se rattacher à des états particuliers d'appareils d'organes, dont il est important de tenir compte; et sous ce rapport, il faut signaler l'influence puissante de l'appareil digestif sur leur production et leur perpétration. Les formes variées de l'*herpès* doivent être indiquées à cet égard en première ligne. Rien n'est plus commun que de voir disparaître cette maladie en prescrivant au malade un régime propre à faire rentrer les voies digestives dans leur état normal. De là les succès du régime lacté dans certains cas; de là les avantages retirés de certaines eaux minérales, celles de Vichy, par exemple, lorsque les mauvaises conditions des fonctions du foie sont la source des maladies cutanées; les eaux de Bagnoles, de Bagnière-de-Bigorre, lorsque la cause première réside dans une gastralgie; des eaux de Spa, celles de Passy, lorsque les affections dartreuses sont liées à un état chlorotique et à une certaine atonie des voies digestives; des eaux de Barèges, de Cauterets, d'Enghien, qui sont aussi de puissants modificateurs des fonctions digestives, et même de la constitution.

Mais ces liaisons des affections dartreuses avec certaines conditions morbides de l'économie ne sont pas les seules que nous puissions citer. On a vu la suppression des hémorrhoïdes être suivies de l'apparition d'une dartre. Il est assez fréquent de voir apparaître des eczémas à l'époque critique des femmes, ou après la suppression prolongée des menstrues, etc.

Ainsi, en résumé, les affections de la peau provenant de causes internes sont communes; mais les causes internes sont loin d'être les mêmes, et par conséquent ce ne sont pas toujours les médicaments dits dépuratifs qui doivent être employés. En tirerez-vous cette induction, « qu'il suffira de détruire la cause interne pour guérir la maladie cutanée? » Gardez-vous bien d'une pareille conséquence. Malheureusement il n'en est pas le plus souvent ainsi; lorsque la maladie réside à la peau depuis longtemps, il semble qu'elle y ait pris domicile. Il faut agir sur elle directement; mais lorsque l'affection est récente, il suffit souvent d'agir directement sur la cause qui l'a produite pour opérer la guérison de l'affection extérieure.

Bon nombre de maladies cutanées proviennent de causes externes. Certains eczéma impétigo, eczéma lichénoïde ont leur principale source dans les professions exercées par les individus. Maçons, plâtriers, teinturiers, chapeliers, cordonniers, épiciers, fondeurs, etc., sont autant de professions qui font naître ces maladies.

L'eczéma des jambes se rattache le plus souvent ou à une ulcération plus ou moins ancienne, ou à une excoriation irritée par le grattage, ou au séjour des jambes dans l'eau chez les débardeurs, ou à l'état variqueux des veines de ce membre, etc.

Mais il y a plus, une maladie prédispose à une autre. L'individu qui a eu la gale est sujet au lichen, à l'eczéma lichénoïde, et à l'eczéma. Sur cent dartreux atteints d'eczéma, on en trouve près de la moitié qui ont eu précédemment la gale une ou plusieurs fois, tandis que pour le psoriasis, par exemple, la gale n'est plus que d'un cinquième comme antécédent.

Concluons donc de tous ces faits :

« 1° Que les maladies de la peau sont loin de devoir être » rattachées à un vice dartreux toujours identiques ;

» 2° Que si les dartres reconnaissent très fréquemment » pour cause un état interne, il en est un certain nombre » qui doivent être rattachées purement à des causes ex- » ternes;

» 3° Qu'enfin il est des affections dartreuses dont on ne » saurait assigner l'origine ou la cause. »

Voyons maintenant quelle est, en général, la marche, la durée et la terminaison des dartres.

En général toute maladie de la peau qui a une forme aiguë parcourt ses périodes, et se termine à l'instar des autres maladies; 1° lorsqu'elle n'est pas essentiellement liée à une cause interne qui se perpétue elle-même pendant sa durée ; 2° lorsqu'elle n'est pas enrayée par l'usage d'une méthode perturbatrice.

Cette catégorie de maladies cutanées qui peuvent avoir une solution heureuse, alors qu'on la respecte, est, il faut le dire, peu considérable. Elle serait beaucoup plus étendue si la peau n'était pas, de tous nos tissus et organes, celui qui est placé dans les plus mauvaises conditions pour obtenir la guérison spontanée des maladies qui l'affectent. On n'a pas assez appelé l'attention des médecins sur ce point de pathologie; permettez-moi de m'y arrêter quelques instants.

A part la muqueuse pulmonaire, tous nos organes sont à l'abri du contact de l'air atmosphérique; or, dans les affections catarrhales chroniques, nous cherchons à mettre nos organes dans une atmosphère toujours uniforme, afin de les préserver des variations de l'atmosphère, et souvent nous n'arrivons à la guérison que par ce moyen. On objectera que la peau est habituée au contact de l'air; mais elle ne l'est pas plus que la muqueuse pulmonaire; il existe ensuite une grande différence entre la peau saine et la peau enflammée. Dans ce dernier cas, la sensibilité de ce tissu est exaltée et l'impression beaucoup plus vive. Vous jugerez facilement de cette influence, en observant ce qui se passe à l'égard des maladies sécrétantes.

Mettez à nu la surface d'un eczéma qui aura été abritée de l'air pendant quelques heures, la peau va sécréter de la sérosité en abondance. L'air est donc pour une partie de la peau enflammée un excitant d'une grande puissance. Eh bien, réfléchissez à toutes les variations atmosphériques, à tous les changements de température, de sécheresse ou d'humidité de l'air, et vous apprécierez à sa juste valeur toute l'énergie d'une pareille cause d'entretien des dermatoses. Cette condition hygiénique est tellement puissante, qu'elle se manifeste de la manière la plus évidente sur le grand théâtre soumis à notre observation. Hier, et depuis plusieurs jours, tous nos malades restaient stationnaires; aujourd'hui et les jours suivants, il s'opérera une grande amélioration dans leur état, et *vice versâ*. Mais les conditions atmosphériques ont changé.

Une seconde condition qui tend à perpétuer les dermatoses se trouve dans les mouvements constitutionnels imprimés à la peau par les mouvements des membres. Dans l'extension comme dans la flexion, la peau est plus ou moins distendue ; elle est mise elle-même en mouvement; or la condition de repos pour un organe enflammé est une condition de guérison. Dans les phlegmasies membraneuses, où la sensibilité est très grande, le malade reste lui-même dans l'immobilité, afin de ne pas éveiller de douleur; c'est le cas des phlegmasies séreuses, soit des grandes cavités, soit des articulations. La toux provoque de la douleur dans la pleurésie; le malade reste couché sur le dos dans la péritonite. Le rhumatisant jette un cri à l'approche de la main qui tendra à opérer le déplacement du membre malade. Si l'on ne trouve pas dans la peau le même excès de sensibilité, l'influence de la mobilité a toujours un effet relatif; elle révèle l'irritation et contribue à entretenir l'état morbide.

Une autre cause bien plus puissante de la perpétuation des dermatoses se trouve dans le contact continuel des vêtements et dans les frottements qui en résultent. Tout ce que nous venons de dire s'applique ainsi d'une manière bien plus tranchée à cette nouvelle condition d'état morbide.

Un grand nombre de maladies de peau entraînent avec elles des démangeaisons; le besoin de se gratter est incessant ; parfois même les frictions et le grattage soulagent le malade ; l'irritation est dans ces cas sans cesse renaissante. Il est des professions où le contact du charbon, du poussier, du plâtre, du sucre, des épices, des teintures, etc., perpétuent les maladies qu'elles ont même souvent fait naître.

En résumé, on voit qu'en dehors des causes internes qui peuvent entretenir les maladies de la peau, les conditions sociales dans lesquelles nous sommes placés et les fonctions que la peau est appelée à remplir comme enveloppe, la mettent dans les plus mauvaises conditions, quant au traitement des maladies qui l'affectent.

Vous verrez dans nos salles bon nombre de malades chez lesquels ces affections se perpétuent sous l'influence de ces causes. Je donne en ce moment des soins à une dame qui n'a au dos du nez qu'un léger eczéma, et cependant livrée aux soins d'Alibert, de Biett, de M. Marjolin, depuis dix-huit ans, ayant parcouru d'ailleurs presque toutes les eaux minérales un peu actives, elle voit sa maladie presque toujours au même point. Citer ces noms, c'est assez vous dire qu'elle a mis en usage des remèdes internes et externes très nombreux et bien indiqués. Ce qui entretient sa maladie, c'est l'habitude, depuis longtemps contractée, d'avoir un mouchoir à la main, de s'essuyer dix fois par minute le nez et de se moucher. Elle le fait involontairement et sans s'en apercevoir. Imbue de cette idée que la peau doit se dégorger, elle presse le matin son nez en tous sens, elle le frotte, une sécrétion abondante a lieu, et il en résulte du soulagement; mais ce soulagement n'est que temporaire, et bientôt l'inflammation renaissant avec une force nouvelle, la démangeaison redevient plus incessante que jamais. Que penser après cela des données que vous trouverez dans les auteurs de dermatologie sur la durée des dartres dont les unes parcourent leurs périodes en deux ou trois septenaires, les autres en quatre, les autres en cinq ? Alibert, observateur plus sage, n'a jamais su fournir de pareilles indications.

J'aborde maintenant la partie la plus pénible des affections cutanées, c'est la question des récidives.

Nous n'hésitons pas à établir, comme l'expression générale d'une saine observation, qu'il est très fréquent de voir reparaître les affections cutanées malgré leur guérison aussi complète que possible. Toutefois, il faut poser des distinctions à cet égard. Toute maladie cutanée qui tient à une prédisposition héréditaire est sujette à récidive, et l'on conçoit, en effet, que l'individu porte en lui une cause incessante de la maladie que la moindre circonstance peut développer. Aussi l'icthiose, le psoriasis, l'eczéma lichénoïde, le lichen, sont-ils autant de maladies contre les récidives desquelles le médecin doit se mettre en garde.

Il est ensuite certaines affections qui se montrent de préférence à un renouvellement de saison, et principalement au printemps ou à l'automne.

C'est encore là une circonstance qui doit appeler toute l'attention du médecin, et quoique six, huit et dix mois se soient écoulés depuis la guérison, il sera très commun de voir la maladie reparaître si les précautions ne sont pas prises pour en prévenir le développement. Il en est des maladies de la peau comme de la pléthore générale, de l'état bilieux, du rhumatisme, de l'angine, etc. De même qu'une foule de personnes sont obligées de se faire saigner ou de prendre un éméto-cathartique soit au printemps soit à l'automne, de même l'état maladif de la peau se montre chez quelques individus à telle ou telle époque de l'année. On le prévient souvent par une prophylaxie bien dirigée.

Mais de toutes les causes les plus puissantes de récidive, la malpropreté et les professions chez les gens du peuple, l'observation peu scrupuleuse des règles de l'hygiène et des excès de tout genre chez les personnes du monde doivent être placés en première ligne.

Si nous consultons nos relevés statistiques concernant les récidives, nous arrivons à des chiffres effrayants; mais ils portent principalement sur les malades des hôpitaux, c'est-à-dire sur les ouvriers naturellement plus sujets aux récidives. Gardez-vous de croire cependant que de pareilles récidives ne puissent se montrer chez les personnes du monde : vous les verrez chez celles même qui occupent le premier rang dans la société.

Si vous envisagez les maladies de la peau sous le rapport de leur diagnostic, vous verrez qu'il n'en est pas de plus exact en fait de maladie. On peut dire que la pathologie cutanée est arrivée sous ce rapport à une précision qu'il est difficile d'acquérir dans d'autres branches de la pathologie. Cette certitude de diagnostic, on la doit à Plenck, et après lui à Willan, qui se sont efforcés de distinguer les maladies cutanées d'après les formes élémentaires de leurs altérations.

Plenck et Willan n'ont tenu compte que des formes simples; ce sont cependant, il faut le dire, les formes les moins communes. Nous avons établi, depuis quatre ans, les formes composées, nous vous les ferons connaître.

Voici, au surplus, la marche qu'il faut suivre. Apprendre avec soin la classification de Plenck ou de Willan, chercher dans chaque altération morbide sa forme élémentaire, et voir à quel genre elle appartient. Vous procéderez ainsi par voie d'exclusion, et vous ne commettrez jamais d'erreur.

Je sais bien que les mots vésicules, bulles, papules pustules, tubercules, squammes, etc., ne rendent pas toujours parfaitement compte de l'état de l'affection, que souvent ces formes élémentaires ont disparues au moment où l'on observe le malade. Cependant, si cette marche de diagnostic n'est pas toujours facile, ce n'est pas moins la méthode de classification la plus rigoureuse. Au surplus, nous nous en occuperons avec détails dans l'exposé des classifications.

Deux mots maintenant sur le pronostic des maladies cutanées. En général, les maladies de la peau de nos climats ne compromettent guère la vie d'un malade si l'on en excepte le pemphigus, l'eczéma général, le rupia, le pityriasis aigu et le scorbut. Encore bon nombre de ces affections ne deviennent-elles graves que par les accidents qui surgissent le plus souvent du côté de l'appareil digestif. Mais les maladies de la peau sont gênantes, incommodes, douloureuses et agissent sur le système nerveux et parfois aussi sur le moral d'une manière énergique. Ajoutons encore que lorsqu'elles siégent sur la figure ou sur les mains, elles impriment alors le stigmate de la répulsion générale. Elles portent souvent une atteinte au moral, parce qu'aux souffrances physiques déjà presque intolérables pour quelques-unes d'entre elles, vont se joindre tout un avenir, toute une existence brisée et détruite par l'impossibilité de suivre telle ou telle carrière, de contracter une union, de remplir des fonctions publiques, etc. Cette démoralisation a eu parfois une fin funeste, car on vu le suicide abréger l'existence de plusieurs de ces

malheureux, qui ne connaissent ni repos moral ni repos physique, et qui ne peuvent trouver qu'au sein de la famille et de la religion un adoucissement à leurs maux.

Telles sont les données que j'ai tenu à vous soumettre avant de vous tracer quelques préceptes généraux de thérapeutique, qui n'en peuvent être que la conséquence.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 28 avril 1845. — Présidence de M. BATAILLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *Correspondance.* — Envoi de deux brochures italiennes par M. Biagini de Pistoie, l'une traitant d'une forme spéciale de fièvre puerpérale, et l'autre traitant d'un cancer extraordinaire du cerveau.

— *M. Cerise* a la parole pour combattre les doctrines renfermées dans le travail de M. Bourdin; savoir : que le suicide étant le fait d'une aliénation mentale, n'est point un acte libre ni coupable. Cette doctrine est contraire à l'observation clinique, à la psychologie, à la morale et au sens commun général. On a cité des faits de suicide héréditaire, de suicide sans motif ou pour le plus frivole prétexte; aucun médecin ne nie ces faits, le vulgaire même ne les ignore pas. Ces faits sont évidemment du ressort de la pathologie mentale; ils étaient donc inutiles à rapporter. Est-ce agir avec une rigueur logique, que de tirer des conclusions absolues d'un certain nombre de faits rangés symétriquement? Ne serait-il pas facile de combattre avec une pareille méthode, et d'édifier une doctrine contraire aussi absolue et qui par conséquent serait sans valeur? Comparer le suicide avec le fou, aller dans les maisons de fous chercher des exemples, ce n'est pas agir sagement; car, ainsi que l'a dit Esquirol, Il ne se passe rien dans ces maisons qui ne soit l'image de ce qui se passe dans le monde. Faut-il donc en conclure que tout l'univers est fou? Quelques faits isolés sont-ils d'un si grand poids en face des 39 mille suicides qui ont été recueillis depuis 1830, et qui ne sont pas prouvés appartenir tous à l'aliénation mentale? A l'appui de son opinion, M. Cerise raconte plusieurs faits dans lesquels le suicide était un acte parfaitement libre; cependant, dit-il, peut-être trouvera-t-on qu'ils sont encore parfaitement les conséquences d'une aliénation, en appelant *symptômes précurseurs* les troubles qui agitent le futur suicide, et *paroxysme* l'acte lui-même, ainsi qu'on l'a fait pour Caton. Mais qui sera satisfait d'une pareille argumentation? Pour démontrer la thèse, on a invoqué ce raisonnement. On a dit : L'instinct de la conservation est tellement puissant, qu'il n'y a qu'un fou qui puisse se suicider. Mais l'étude du cœur humain n'a-t-elle pas démontré que certaines épreuves sont au-dessus de nos forces, le besoin du soulagement dans l'angoisse, du repos dans l'anxiété, de l'insensibilité dans la souffrance? Se tuer pour ne plus souffrir quand on ne croit à rien, est un acte raisonnable et instinctif à la fois.

La passion, dit-on, conduit au suicide, comme elle conduit à la monomanie; mais l'entraînement des passions ne conduit-il pas au bien comme au mal; les égarements du jeu, de la volupté sont donc des aliénations.

La doctrine de M. Bourdin est applicable à l'homicide. On devra le considérer comme une monomanie, car c'est toujours un entraînement qui pousse l'homicide *aigu* ou sans préméditation, et alors il est également exempt de liberté morale. Pour l'homicide *chronique* ou avec préméditation, on l'excuse en citant les luttes intérieures, les hésitations du coupable, toutes les preuves apportées à l'appui de la doctrine du suicide.

M. Belhomme soutenant la doctrine avancée par l'auteur du mémoire, démontre d'abord que le suicide a été considéré différemment suivant les siècles et suivant les idées dominantes. Les philosophies antiques l'ont approuvé; plus tard, sous l'influence des idées chrétiennes, le suicide a été condamné et l'est encore aujourd'hui. A cet égard la religion et la morale sont dans le droit et la justice, mais cette manière de voir doit-elle enchaîner la vérité scientifique? Telle n'est pas l'opinion personnelle de M. Belhomme. Le suicide est une maladie, et il le prouve par les considérations suivantes : que Esquirol et Falret le regardent comme tel; c'est une maladie déplorable, mais c'est tout ce qu'on peut lui reprocher : le suicide étant instinctif et irrésistible; qu'il est héréditaire, qu'il naît sous l'influence de maladies diverses, délire aigu, manie, hypochondrie, etc.; qu'il nécessite une prédisposition organique; qu'il est toujours le résultat du délire des passions poussées jusqu'aux dernières limites; que le suicide est souvent précédé de l'homicide; que certains auteurs ont cherché et trouvé des lésions cadavériques nombreuses (consistance moindre du cerveau, injections diverses); que le suicide se termine souvent par des crises; que l'on a proposé divers traitements; enfin, il se résume en disant : le suicide n'est pas un acte criminel, puisqu'il n'est pas libre; qu'il faut regarder le suicide non libre comme étant la règle, et le suicide avec liberté d'action comme étant l'exception. Enfin, au point de vue moral, il est bon d'entraver le suicide; mais lorsqu'il est consommé, il n'y a plus qu'à plaindre et non à blâmer ni à sévir, attendu que le suicide n'est pas dans le cas de l'homicide; le premier ne fait de mal qu'à lui, le second en fait à la société.

M. Bourdin ne croit pas que l'argumentation de M. Cerise ait détruit son travail, attendu qu'il ne s'est pas appuyé sur des théories fallacieuses ou sur quelques faits isolés, mais bien sur un grand nombre d'observations recueillies de part et d'autre et dans tous les journaux. M. Cerise, au contraire, ne s'est servi que de quelques faits isolés, peu nombreux, peu concluants et dont il n'aurait pas dû tirer les conclusions qu'il en a tirées. Les faits actuels ne suffisent pas toujours pour remonter à l'origine du suicide, il faut souvent aller la chercher chez les ascendants.

Pour contester la théorie de l'état morbide chez le suicidé, il faudrait posséder des observations suivies : or, c'est ce qui n'a pas lieu, car tous les renseignements meurent avec le suicidé; mais ceux qui ont survécu et qui ont essayé de se donner la mort de nouveau, prouvent bien qu'ils étaient sous le poids d'une idée délirante.

Quant à l'homicide, M. Bourdin s'est clairement expliqué. Ici les fous sont l'exception. C'est dans leur éducation faussée, dans leur désir effréné des jouissances matérielles qu'il faut chercher l'origine de leurs crimes.

M. Cerise a protesté au nom de la morale, mais c'est aussi à ce titre que M. Bourdin a écrit. C'est pour défendre le suicidé et surtout sa famille contre les injustices sociales. En un mot, son travail, dit-il, s'appuie sur des faits et non des hypothèses.

M. Cerise, reprenant la parole, s'étonne de l'argumentation soutenue par MM. Belhomme et Bourdin; car, ainsi qu'eux, il a admis qu'il y avait des suicides par aliénation mentale; cette opinion, il n'est pas seul à la défendre; elle a été admise par tous les philosophes et les théologiens; elle est conforme aux notions les plus vulgaires de la science psychologique. Mais ce qu'il conteste, c'est que la généralité des suicides soient l'effet d'une aliénation, comme l'admettent MM. Bourdin et Belhomme. Il n'a pas contesté le pouvoir de l'hérédité et de la prédisposition; mais alors le suicide est réellement le fait d'une aliénation mentale. En face de faits contradictoires qui dominent également la question, il pense qu'il est impossible de tirer des conclusions absolues, et c'est là le tort de ces deux messieurs, qui ont colligé tous les faits de suicide où l'aliénation a été évidente, dans les maisons de fous; lorsqu'ils pourront prouver la fausseté des faits innombrables qui viennent à l'appui de la doctrine opposée à la leur, alors seulement ils pourront tirer des conclusions absolues. Ils ont nié la valeur des faits allégués par M. Cerise; et cependant il n'a pas nié la valeur des leurs; ils ont été exposés par lui en dehors de toute préoccupation. Si ces messieurs contestent la manière de les envisager, alors il n'est plus de discussion possible. Il se rejette en cela simplement dans l'opinion commune, qui les réprouve, qui les condamne.

Ils ont cité Esquirol, Falret, des autorités respectables sans doute; mais ces écrivains ont-ils été bien compris; ne leur ont-ils pas fait dire plus qu'ils n'ont dit; n'a-t-on pas poussé à l'extrême leur théorie des passions? Peut-on comparer la mort que se donne l'homme amoureux qui ne peut posséder celle qu'il aime, avec un acte de folie réelle? Le suicide, pour un homme sans croyance, sans ressources et sans espérance, est la seule voie pour sortir de cet état malheureux; mais y a-t-il là réellement folie? Quant aux conséquences que la législation imprime aux suicides, sont-elles aussi fatales que le dit M. Bourdin? Non. Dans toute l'Europe aujourd'hui, grâce aux idées généreuses de la France, on a adouci la pénalité; et sous ce point de vue le mémoire ne vient nullement en aide à la morale.

Tous les raisonnements faits par eux, que l'individu qui se suicide est en proie à une série de mouvements passionnels, s'appliquent à l'homicide et ne l'excusent pas; ils reculent, il est vrai, devant cette terrible conséquence : mais d'autres la tireront. En somme, jusqu'à ce qu'on ait bien noté tous les cas de suicide, qu'on les ait pesés, il est impossible aujourd'hui de tirer des conclusions générales.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, de Noyon, n.-m.

Endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés. — Le docteur Drechslee, pendant le service intérimaire qu'il a fait en 1842 dans la salle d'accouchement de la Charité de Berlin, a employé avec un grand succès le traitement suivant dans des cas d'endurcissement du tissu cellulaire. Il faisait mettre la malade deux fois par jour dans un bain contenant 4 grammes de potasse caustique, et c'est surtout à ce moyen qu'il fait la plus grande part d'influence de la guérison. Après le bain, on faisait des frictions avec l'onguent mercuriel. A l'intérieur il administrait 1 centigramme de calomel trois fois par jour. Une ou deux sangsues étaient appliquées sur la poitrine s'il se manifestait quelques symptômes de congestion sanguine dans la cavité thoracique.

De l'eau de chaux dans la cystite chronique. — Le docteur V. Velsen a remarqué un singulier effet de cet agent chez un homme de quatre-vingt-quatre ans, affecté de cystite chronique. Lorsque ce malade faisait usage de l'eau de chaux mêlée avec du lait réchauffé, son urine acquérait aussitôt une odeur insupportable, et prenait une teinte violet-foncé qui colorait fortement le vase de nuit. Lorsqu'il cessait quelques jours seulement l'usage de cette eau, l'urine perdait les propriétés que nous venons d'indiquer. Il est fâcheux que l'on n'ait point fait l'analyse de cette urine.

Dixième liste de souscription pour un confrère malade.
(Voir le n° du 13 courant.)

Total des souscriptions précédentes,	467 fr.
MM. les Doct. Sorlin,	5
Un professeur de la Faculté,	20
Un anonyme,	5
Total,	497 fr.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 62. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES YEUX.

De l'iritis. (Suite du numéro du 17 mai.)

Il nous reste quelques mots encore à ajouter sur l'iritis aiguë franche avant de passer à l'étude de l'iritis spécifique et de l'iritis chronique. Ces quelques mots auront trait au pronostic de la maladie qui, ainsi qu'on le pressent, par ce que nous avons dit déjà, doit offrir une sérieuse importance.

Le pronostic de l'iritis est, en effet, toujours grave, et bien plus surtout, si l'on abandonne l'affection à elle-même, ceci est digne d'être remarqué quand, pas opposition, on voit certaines des autres inflammations de l'œil arriver à la guérison même quand on a négligé de les traiter. Nous sommes en droit d'établir ce pronostic pour l'iritis, puisque l'observation nous apprend que quand elle parcourt ses diverses périodes, elle fait naître des accidents et laisse après elle des traces indélébiles qui troublent ou abolissent la vision. Il n'est certes pas difficile de comprendre qu'une maladie amenant le resserrement de la pupille, son immobilité, de l'opacité doive nécessairement déranger ou anéantir la fonction, si l'on ne fait rien pour la combattre. Il va sans dire que selon l'intensité, la durée et les autres conditions communes à presque toutes les inflammations, ces troubles pourront être plus ou moins marqués.

La durée de l'iritis est assez longue; il est rare, et nous ne savons trop si l'on en a pu observer qui ait duré moins d'un mois quand on l'a abandonnée à elle-même. On peut même ajouter que la maladie est longue quand elle est traitée convenablement.

Ainsi, le pronostic de l'iritis est sérieux, grave; mais il ne faut pas oublier qu'ici cette gravité ne s'entend que de la fonction de l'organe, et non de la vie du malade.

De cette gravité du pronostic, on tire la conséquence naturelle d'un traitement énergique et d'une étude attentive de la maladie. Il faut, en effet, avoir recours à des moyens actifs contre l'iritis, et l'on peut dire que ce ne sont pas les traitements énergiques qui font défaut au praticien; il y en a eu une infinité de précouisés; malheureusement on n'a pas toujours différencié suffisamment cette inflammation des autres phlegmasies de l'œil; d'autre part, on s'est souvent fait illusion sur les causes prétendues spécifiques qui la régissaient, et l'on a été conduit ainsi à l'attaquer par une foule de remèdes qui, disons-le, n'ont pas toujours eu beaucoup de prise sur elle.

D'abord l'iritis n'est que peu modifiée par tout ce qui tient à la médication topique; les collyres, les pommades portées directement sur l'œil, n'ont presque aucune influence sur sa marche. S'il existe en même temps que l'iritis un peu de rougeur dans l'œil, une légère conjonctivite, les collyres astringents au sulfate de zinc, au nitrate d'argent surtout, ont une certaine efficacité; mais contre la conjonctivite seulement; car pour l'iritis ils sont inutiles, et parfois nuisibles. Il n'en est pas de même des collyres stupéfiants, tels que ceux dans dans lesquels entrent le laudanum, la belladone, la jusquiame; de ceux enfin agissant sur toute l'économie et non sur le lieu même où ils sont appliqués, comme ceux que nous venons de nommer, au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, etc.

Les raisons de l'inutilité des uns et de l'efficacité des autres se conçoivent aisément. Qu'on songe à la position de l'iris dans l'œil; n'est-il pas clair que les topiques qui agissent directement ne pouvant être placés sur la partie malade, ne produiront rien, puisqu'ils n'ont point d'action générale? Dans les autres inflammations, au contraire, ils seront directement appliqués sur le siége du mal; ils rendront de grands services. Ici donc, c'est aux topiques, dont l'action se fait sentir au moyen de l'absorption, qu'on devra avoir recours, aux émollients, à la pommade mercurielle belladonée, opiacée; en un mot, aux médications indirectes.

Les révulsifs sont aussi des moyens fort utiles, et qu'on aurait tort de négliger dans le traitement de l'iritis. Les vésicatoires, l'emplâtre stibié, les sétons, les cautères pourront être employés avec avantage, tous ces médicaments déplacent l'action nerveuse vasculaire, et produisent ainsi une révulsion profitable. Parmi eux cependant il est encore un choix qu'il faut savoir faire; ainsi, les vésicatoires sur le front, aux régions temporales, l'emplâtre stibié, vaudront mieux que le séton ou le cautère, parce que ces derniers n'agissent guère qu'au bout d'un certain temps, tandis que l'action des premiers est plus rapide. Nous sommes fort éloigné d'avancer qu'ils ne soient pas utiles, nous voulons dire seulement qu'ils ne sont pas nécessaires. C'est donc aux vésicatoires et à l'emplâtre stibié qu'on devra donner la préférence.

Mais, de quelques bons effets que soit suivi l'emploi de cette médication, ce ne sont pas là des moyens suffisamment énergiques pour combattre l'iritis aiguë. Dans les remèdes internes seuls nous trouverons ce que nous connaissons de plus efficace contre cette inflammation.

Cette médication se compose de deux ordres de moyens: les antiphlogistiques et les mercuriaux.

Si le sujet affecté d'iritis est robuste et non affaibli par quelque cause, il faut, selon sa constitution, pratiquer une, deux, trois, quatre et même cinq saignées générales; c'est là, sans contredit, un excellent remède. Si, au contraire, la constitution s'oppose à l'emploi de ces énergiques moyens, c'est aux saignées locales qu'on devra recourir; des sangsues seront appliquées derrière les oreilles, aux tempes; des ventouses dans le dos, le long de la colonne vertébrale; on retirera constamment de bons effets de ce premier genre de traitement.

Lorsque le malade sera faiblement constitué, débile, on comprend l'impossibilité de ce genre de médication; on se trouve alors les mains liées, et il faut faire usage du second ordre de moyens, c'est-à-dire administrer le calomel à doses fractionnées.

Le calomel est un médicament employé depuis fort longtemps contre la maladie qui nous occupe, seulement il l'a été dans des vues fort différentes, et il est bon de s'expliquer sur ce point.

Souvent on le faisait prendre et on le fait prendre encore aux malades dans le but d'obtenir un effet purgatif; pour nous, il y a quinze ans que nous l'employons, et, après l'avoir essayé de toutes les façons, notre conviction est, d'abord, qu'il ne produit presque aucun effet sur l'iritis, quand il est administré comme purgation. Du reste, toutes les fois que nous l'avons employé, en évitant la salivation, nous n'avons obtenu que des résultats peu concluants. Il est, au contraire d'une efficacité positive dès que son effet sur la bouche se manifeste. C'est là une de ces vérités évidentes que l'observation de chaque jour vient confirmer; on a pu voir, dans les salles du service, et cela fréquemment, des malades prendre le calomel depuis quatre, cinq, six jours, sans en tirer aucun profit; la maladie n'était point modifiée; la salivation survenait-elle, le jour même l'œil éprouvait un mieux facile à constater.

Aussi, dans le traitement de l'iritis, avons-nous cherché à amener promptement la salivation, et, aujourd'hui, quand on est appelé auprès d'un sujet atteint de cette maladie, ne faut-il pas s'en tenir à la médication antiphlogistique seule, il faut y associer l'emploi du calomel. Pour nous, notre confiance est plus grande encore dans l'efficacité du calomel, que dans celle des saignées; nous avons expérimenté séparément les deux remèdes; nous avons vu que les saignées étaient un excellent moyen, mais qui ne réussissait pas toujours; le calomel seul, donné pendant quatre ou cinq jours et amenant la salivation, produisait constamment un mieux appréciable.

Il y a pourtant un inconvénient qu'il ne faut pas se dissimuler, il est des individus chez lesquels on ne peut pas parvenir à amener la salivation; nous avons vu des malades prendre pendant quinze jours le calomel sans pouvoir rien produire du côté de la bouche. On conçoit que, chez ces individus réfractaires au sel mercuriel, le but est complètement manqué, puisque, pendant tout le temps de l'administration du médicament, l'iritis suit sa marche; aussi nous a-t-il paru convenable d'associer le traitement antiphlogistique avec le calomel, d'autant plus qu'il nous a semblé que les sangsues favorisaient le développement de la salivation, et que, d'ailleurs, si l'on a affaire à un malade chez lequel cette salivation ne doive point survenir, on a au moins dans l'emploi des saignées un moyen assez efficace de combattre l'iritis. Or, rien ne peut faire présumer que le malade sera ou non rebelle à l'action du proto-chlorure.

La salivation a, elle aussi, il faut l'avouer, des inconvénients qui la rendent difficile à supporter pour beaucoup de malades. Quand, dans la pratique privée, dans une famille, on prévient du résultat de la médication qu'on veut employer, on rencontre souvent une opposition impossible à vaincre et dont il est facile de se rendre compte.

Lorsqu'une erreur de diagnostic ou toute autre cause a fait que, dans cette famille, la même maladie a été guérie par des remèdes différents et moins désagréables, les raisonnements échouent pour prouver que le moyen proposé est le plus efficace, et comme, d'ailleurs, les gens du monde ne se doutent pas de la gravité de la maladie, il s'ensuit que l'emploi du calomel est repoussé et que beaucoup de praticiens même redoutent d'en faire usage. Nous n'en disons pas moins qu'à l'heure présente, il n'est pas de médicament meilleur contre l'iritis.

Et d'ailleurs la salivation a-t-elle vraiment les dangers qu'on

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Agitation à l'Institut. — Transfiguration des candidats. — Les dîners hebdomadaires. — Grande question. — Le magnétisme expliqué.

L'agitation commence à se montrer à l'Institut. Le fauteuil de M. Breschet sera vigoureusement disputé, et tout annonce que nous allons assister à une de ces luttes mémorables, luttes clandestines ou ouvertes, qui viennent passionner de temps à autre le docte aréopage du palais Mazarin. Encore que la candidature ne soit pas officiellement ouverte, encore que la section n'ait pas déclaré qu'il y a lieu à remplacer le défunt, déclaration que le règlement aussi bien que les convenances ne permettent de faire qu'un mois après le décès d'un académicien, les observateurs peuvent remarquer déjà certaines menées, certaines allées et venues, certains mouvements très significatifs et qui tous ont une raison, un but, une portée. Que de métamorphoses sur le *facies* surtout! Celui-ci dont la figure est rude, âpre et Dantonnienne, sourit et batifole aujourd'hui comme un marquis de l'ancien régime. Il est charmant à voir pendant les séances, courant de fauteuil en fauteil, disant un mot à l'un, souriant à l'autre, donnant une poignée de mains à celui-ci, faisant un petit compliment à celui-là, gracieux avec tous, mais ne restant pas une minute à la même place. Evidemment il est sous l'influence de la *Papillonne* de Fourier. Celui-là dont le visage inanimé ferait douter s'il y a des muscles sous cette peau immobile et froide, a tout à coup retrouvé la contractilité; sa physionomie s'est illuminée d'une animation toute particulière, et véritablement il est beaucoup plus gentil comme ça. Il est des figures qui devraient toujours être à l'état de candidat. On en cite un autre, esprit positif et de l'école des intérêts matériels, qui a doublé ses dîners hebdomadaires. Il a eu peur que quelques estomacs peu reconnaissants, de ces estomacs qu'il faut bourrer de bienfaits pour se les rendre propices, oubliassent, le lundi, les dîners digérés du mardi précédent. Les voix chancelantes et douteuses sont gardées pour le dimanche, jour du saumon et des morilles; les adhérents et les amis, gens à toute épreuve, sont réservés pour le mardi, jour où on sert le bœuf. Il en est un autre qui a fait bien du chemin pour tâcher d'arriver au fauteuil académique. L'attention, les soins pieux et tendres dont il a entouré les derniers moments de Breschet, seraient dignes du prix Montyon. Il fallait voir avec quelle touchante sollicitude il épiait les ravages qu'un mal incurable produisait sur cet organisme. Un jour, jour néfaste, après un attentif examen, il acquit la triste certitude que la mort allait prochainement frapper cette grande victime. Sa douleur ne connut plus de bornes; dans son désespoir, il foula aux pieds les insignes d'une position éminente, et, le cœur tout contristé, il veut porter au ministère de l'instruction publique sa démission d'une place que son chagrin ne lui permettait plus d'occuper. Aujourd'hui que l'impitoyable mort a brisé des liens si chers, l'amitié lui impose de nouveaux devoirs, et je me rends garant qu'il saura les remplir. Ces devoirs sont de succéder à son ami, et d'empêcher par-là que son héritage scientifique tombe en des mains indignes. Il fait tout ce qu'il faut pour cela, et même dans une des dernières séances il était curieux de voir jusqu'où le culte du cœur peut pousser l'ingéniosité.

M. Gaudichaud venait de lire sa troisième ou quatrième protestation contre les théories de M. de Mirbel sur le développement des tiges des monocotylés. M. de Mirbel, après cette lecture, avait répondu quelques mots. Il s'agissait, pour un candidat, de dire un mot à chacun des deux adversaires qui pût lui faire croire qu'il partageait son avis. Pour cela, que fit-il? Il s'approcha d'abord des pièces d'anatomie végétale déposées par M. Gaudichaud, les examina, ou fit tout comme, avec la plus grande attention; et puis, allant vers ce savant et réformateur botaniste: — Mais je ne conçois pas, lui dit-il, qu'après l'inspection de vos pièces, il puisse y avoir une opinion différente de la vôtre. C'est clair comme l'insertion du grand pectoral. J'ai besoin d'aller dire ma conviction à M. de Mirbel. — Et le voilà, se dirigeant vers le fauteuil du doyen des botanistes français: — Après mûr examen, lui dit-il, je ne peux m'empêcher de voir que votre adversaire se fait une complète illusion; il est battu avec ses propres armes; c'est aussi évident que le trajet de l'artère crurale. — Ce petit compliment aux deux botanistes dissidents fut très bien accueilli, et pourra porter ses fruits, dit-on.

Nous n'en sommes encore qu'au prologue du drame qui se prépare, et vous voyez que ce prologue promet. Quand donc verrons-nous la franchise, la justice et la vérité être les seuls agents des élections académiques? Pourquoi l'intrigue, ce moyen perfide et odieux, trouve-t-il accès jusque dans l'auguste sanctuaire des sciences? Pourquoi..... Mais je ne veux pas aborder toutes ces questions qui viennent en foule, et sur lesquelles d'ailleurs j'aurai tant d'occasion de revenir.

Pour terminer l'exposé de l'etat actuel des choses à l'Institut, relativement à la place vacante, je dirai qu'une question préliminaire se présente qui avait été déja longuement débattue quand il s'agit de remplacer Larrey: Fera-t-on entrer à l'Institut un chirurgien spécialiste, l'inventeur ou le premier applicateur de quelque grande méthode chirurgicale, par exemple; ou bien, le fauteuil ne sera-t-il donné qu'à quelque représentant de la science générale, à quelque chirurgien encyclopédiste, comme on est convenu de les nommer? Les esprits sont fort divisés sur ce point. Les uns soutiennent la spécialité avec enthousiasme, avec une chaleur d'affection qui paraît aller jusqu'à la reconnaissance; les autres la repoussent avec vivacité; ce qui faisait dire à quelqu'un que je connais que ce n'est pas seulement à la Chambre que la question des canaux est embarrassante. Mais rien n'est encore décidé à ce sujet, qui paraît destiné à diviser l'Académie en deux camps. L'occasion ne manquera pas de revenir sur tout cela.

— Plus rien de nouveau dans le monde médical, et l'occasion est propice de parler d'un livre que j'ai depuis quelque temps sur mon bureau, et dont voici le titre:

Le magnétisme animal expliqué, ou *leçons analytiques sur la nature essentielle du magnétisme, sur ses effets, son histoire, ses applications, les diverses manières de le pratiquer, etc.*; par Alphonse TESTE.

lui attribue, quand elle est sagement et prudemment gouvernée, il faut du moins, si elle en a, qu'ils soient bien rares. Depuis quinze ans, nous l'avons provoquée chez cent à cent cinquante, deux cents sujets peut-être, et chez pas un seul elle n'est devenue grave. Cet ébranlement des dents, ces nécroses, ces gangrènes dont on parle, nous en avons observé, sans doute, mais en ville; cela peut arriver, mais ce doit être excessivement peu fréquent quand on surveille la salivation.

Ainsi l'on doit, dès qu'elle est survenue, faire cesser l'usage du calomel, si elle est modérée, prescrire l'usage d'un gargarisme légèrement aluminé; si elle est plus intense, frotter les points malades avec de l'alun en poudre trois, quatre à cinq fois par jour, et on l'a voit peu à peu diminuer et disparaître.

Pour résumer le traitement de l'iritis aiguë franche, nous dirons donc qu'il faut : recourir aux émissions sanguines générales ou locales, selon la force du malade, d'abord; puis administrer le calomel, à la dose de trois, quatre, cinq, six décigrammes, associé à l'opium pour modérer son action sur l'intestin; faire appliquer des vésicatoires ou des ventouses s'il se développe dans l'œil quelque produit morbide, et prescrire l'alun en gargarismes ou en poudre en supprimant le calomel contre la salivation.

Il nous reste à examiner la valeur des autres médications, et nous arriverons immédiatement à l'iritis spécifique.

PAJOT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de mars;
par M. Jules BOUTEILLER, interne provisoire.

(Suite du numéro 50.)

Diagnostic des affections de la colonne vertébrale.

Quand on jette un coup d'œil sur l'ordre suivant lequel se sont successivement développées les diverses applications de la plessimétrie, on est surpris qu'une de celles qui devaient porter le plus de fruits soit venue une des dernières; nous voulons parler de la plessimétrie de la colonne vertébrale. En effet, chaque jour, dans le service de M. Piorry, la percussion plessimétrique du rachis exécutée avec soin fournit des données utiles pour le diagnostic et le traitement. Quelques exemples pris au hasard démontreront cette vérité jusqu'à l'évidence.

Depuis longtemps une jeune fille de quinze ans, atteinte du mal de Pott, occupe le lit n° 11 de la salle Sainte-Geneviève. Lors de son entrée, on percuta la colonne vertébrale; et on trouva à la région dorsale un développement notable des corps vertébraux. Le diamètre transversal était, au point le plus large, de 6 centimètres environ; à ce point existait en même temps une gibbosité. On prescrivit l'usage du proto-iodure de potassium et du phosphate de chaux. Quelque temps après, la malade, interrogée sur son état, répondit qu'elle allait beaucoup mieux, et que ses jambes étaient moins faibles. Si l'on s'en était rapporté à ces simples renseignements, on aurait continué aveuglément les moyens employés jusque-là; mais heureusement on ne s'en tint pas là; on se livra à une nouvelle exploration plessimétrique, et au lieu de l'amélioration que l'on se serait cru en droit d'attendre d'après les déclarations de la malade, on trouva une augmentation d'étendue assez considérable dans le diamètre transversal de la colonne. De nombreux cautères furent appliqués en conséquence de chaque côté, et et entretenus conjointement au traitement interne. Un mois après, la percussion plessimétrique fit reconnaître que la tumeur avait diminué d'une manière notable, sans cependant qu'elle fût revenue tout à fait à l'état où elle était à l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le diagnostic et le pronostic sont, comme on le voit, basés ici principalement sur les signes fournis par la percussion. Chose remarquable, pendant que la percussion révélait ainsi à de certains intervalles des changements notables dans l'étendue de la gibbosité, à chaque exploration on retrouva exactement, à moins d'un millimètre près, le même diamètre aux parties saines de la colonne vertébrale, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous du siége de la maladie; ce dont on put s'assurer par les dessins pris sur un linge, et que l'on avait conservés avec la date des époques où ils avaient été pris.

Un homme couché dans la salle Saint-Raphaël, présentait une déviation de la colonne vertébrale. En haut, le corps des vertèbres était porté à droite; en bas, au contraire, il était porté à gauche. On n'aurait pu arriver à la connaissance de ce fait, si l'on se fût borné à passer le doigt sur le trajet des apophyses épineuses, comme on était dans l'usage de le faire jusqu'ici. M. Piorry engagea ce malade à chercher par un effort à redresser la colonne vertébrale, et, percutant pendant cet effort, il constata qu'elle se redressait presque totalement. Cela prouve l'influence de l'action musculaire sur la direction des os, et sur celle des os thoraciques en particulier. L'anatomie et la physiologie viendront en aide pour indiquer le genre de mouvements que devra exécuter le malade affecté de déviation et ceux qu'il devra éviter de faire, pendant que la plessimétrie constatera les effets obtenus.

Il doit être bien entendu que l'effort musculaire ne peut guérir que les déviations au début; or, au début, il n'y a que la plessimétrie qui puisse les faire reconnaître. On le voit, nous tournons dans un cercle, et à chaque point de ce cercle nous avons besoin de la plessimétrie pour nous guider. On s'occupe trop, selon M. Piorry, et de la plessimétrie rachidienne et de l'influence des contractions spontanées volontaires sur les déviations débutantes; cependant, hâtons-nous de le dire, M. Piorry est loin de dire que l'orthopédie soit à négliger. Il ne peut, dit-il, avoir un instant cette pensée quand, dans ce même hôpital, un de ses confrères, M. Bouvier, a si bien démontré les bons résultats de l'orthopédie, quand enfin il a été plusieurs fois, en ville, témoin des succès de ce praticien. Toujours est-il que la percussion est un des principaux guides de l'orthopédiste, qui doit se demander dans quel sens il dirigera les forces mécaniques. La palpation, assez utile aux régions cervicale et lombaire, ne peut évidemment fournir d'indications suffisantes à cet égard à la région dorsale.

La plessimétrie rachidienne a ses règles spéciales. Ainsi, il faut, avant tout, marquer sur la peau ou sur un linge la ligne des apophyses épineuses. Quant au diamètre transversal de la colonne qu'indique la matité osseuse, on ne doit pas oublier qu'il comprend, outre le corps vertébral, les apophyses articulaires, mais non pas les apophyses transverses.

De l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

M. Piorry ne partage pas l'avis des praticiens qui dans la fièvre typhoïde soumettent les malades à une diète sévère et prolongée, quelquefois pendant quinze jours, et même un mois entier. Ils donnent bien, il est vrai, quelques bouillons de poulet, un peu de crème de riz, et quelques cuillerez de panade; encore n'est-ce qu'en tremblant qu'ils le font. Six des malades, actuellement atteints de fièvre typhoïde dans les salles Saint-Raphaël et Sainte Geneviève, ont été mis à un régime bien différent, et on n'a eu qu'à s'en louer. Jamais dans ce service un seul malade n'est mort d'indigestion. Il est probable que ceux que l'on a prétendu avoir succombé aux conséquences de l'alimentation avaient quelque chose du côté des poumons.

Quelles indications croyait-on remplir en prescrivant une diète sévère? Les uns voulaient favoriser ainsi la coction de la maladie, les autres l'action du principe vital. Les uns redoutaient la putridité, les autres l'irritation, quelques-uns craignaient d'éveiller l'incitabilité, d'autres enfin agissaient ainsi pour ne pas corrompre les humeurs. Ces craintes ne sont plus de notre temps. Aujourd'hui que l'on sait que dans la fièvre typhoïde l'intestin est le siége d'ulcérations, on a émis la crainte de voir l'alimentation amener le ramollissement des tissus ulcérés, et par suite la perforation de l'intestin. Ce qui doit rassurer entièrement à cet égard, c'est l'observation faite par les chirurgiens, a savoir : que les plaies guérissent mal sous l'influence d'une abstinence prolongée.

Il reste à parler maintenant de l'effet direct des aliments sur les plaques ulcérées, et à réfuter ce qu'on lui a attribué de nuisible. M. Piorry pense que de bons aliments, tels que du vermicelle, des potages, de la viande, etc., dans lesquels entrent de la gélatine et de l'osmazome, sont de meilleurs toniques que la bile et autres sucs du tube digestif. Il est un cas cependant où les aliments ne seraient pas digérés et pourraient par conséquent nuire à l'ulcération, altérés qu'ils seraient par les sucs de la digestion, c'est celui où l'intestin renferme beaucoup de gaz. Pour cette raison, et à cause aussi de la distension que ces gaz exercent sur les parois amincies de l'intestin, il faut, avant de donner des aliments dans ce cas, purger le malade et appliquer de la glace sur le ventre.

En résumé, quand les malades ont faim, ne craignez pas de les nourrir. S'il y a sur la langue et dans la bouche des endroits putrides et épais qui causent l'inappétence, il faut les enlever par la crème de tartre et le grattage, comme cela a été spécifié dans un précédent article. On rappelle ainsi l'appétit, qu'il ne faut pas craindre de satisfaire. De nombreux faits cliniques, ajoute M. Piorry, tant à l'hôpital qu'en ville, pourraient être cités à l'appui de ces principes, que nous appliquons ici d'une manière générale dans les affections aiguës et en particulier dans la fièvre typhoïde. L'homme malade, comme l'homme bien portant, a besoin d'aliments pour vivre. Si on lui en refuse, sa convalescence sera beaucoup plus longue.

Pneumonite.

Le 11 mars est entré, dans la salle Saint-Raphaël, un boulanger dans la force de l'âge et d'une bonne constitution. Trois jours auparavant il commit l'imprudence de boire une assez grande quantité d'eau froide, lorsque, sortant de son travail, il était encore en sueur. Bientôt il sentit qu'il avait la bouche mauvaise; ce qui, pour M. Piorry, reconnaît souvent pour cause l'accélération des mouvements respiratoires, la bouche étant ouverte.

Le 9 et le 10, il fut en proie à un malaise général. Le jour de son entrée à la Pitié, il sentit un frisson suivi de chaleur; à deux heures du soir il commença à tousser et à rendre des crachats sanguinolents.

Il est évident que la maladie du poumon n'a été ici qu'un effet, et que le point de départ a été une altération du sang. Voici ce qui se passe dans ce cas. Quand on est en sueur, le sérum est moins abondant dans le sang; et le premier effet d'un refroidissement quelconque est de faire pour ainsi dire coaguler la fibrine, qui, si l'on aime mieux s'exprimer ainsi, n'est plus en dissolution parfaite. L'inspection du sérum du sang avant que la couenne se soit formée, le démontre d'une manière péremptoire; car ce sérum est opalin, trouble, et contient des molécules en suspension. De cet état de la fibrine résulte la stase du sang dans le poumon, et comme dernier phénomène la pneumonite.

Chez le malade qui nous occupe, la pneumonite n'était encore qu'à son début. Voici les symptômes que l'on a trouvés le 12 : peu de fièvre; crachats pathognomoniques offrant une teinte lie-de-vin; toux modérée, respiration un peu sourde, avec souffle et quelques bulles de râle crépitant fin. La percussion donnait en avant une égalité de son quand on la pratiquait légèrement, mais de la matité à gauche quant on percutait profondément. M. Piorry a conclu de là que la pneumonite devait siéger ou au milieu du poumon, ou en arrière. En effet, quand le malade fut assis on trouva, en arrière et à gauche, de la matité par la percussion légère comme par la percussion profonde. Il ne restait plus dès lors de doute sur le point affecté; la pneumonite siégeait en arrière à gauche, et à la superficie du poumon.

Quelques mots à cette occasion sur la plessimétrie du thorax. Il est bon de la pratiquer en se plaçant alternativement de chaque côté du malade. En voici la raison : Supposons le médecin placé à droite du malade et percutant les deux côtés du thorax, il n'obtiendra pas du côté droit le degré réel de

---

Il faut une certaine résolution pour oser parler de cet ouvrage. Dès sa première page, je lis : « Quant aux incrédules systématiques qui, » après s'être inconsidérément prononcés contre le magnétisme, n'ont » pas assez de courage pour revenir sur leurs pas et se contentent de » fermer les yeux en criant au charlatanisme, je ne leur demande » qu'une chose, c'est de me laisser tranquille. Esprits vains, bornés » et faux, qu'ont-ils à démêler avec nos vérités? » Or, tout homme qui doute des faits magnétiques ou qui n'a aucune raison suffisante pour y croire, est, pour les magnétologistes, un incrédule systématique; c'est convenu, et de plus un esprit vain, borné et faux, cela va sans dire. Comme je ne peux me soustraire à cette double et quadruple inculpation, mieux me vaudrait assurément de laisser l'auteur tranquille, comme il paraît le désirer plus ou moins sincèrement. Mais, voyez ma charité ! je me suis dit : Comme, en général, et en particulier chez les magnétiseurs, on ne fait pas un livre pour qu'il reste enfoui dans les cases d'un libraire, vu que l'auteur de celui-ci a eu l'extrême obligeance de m'en faire remettre un exemplaire, envoi qui s'adressait probablement moins au lecteur silencieux qu'au journaliste, considérant après tout que ce livre est assurément, très littérairement écrit, et qu'assurément l'auteur est un homme d'esprit, eh bien ! je ne le prendrai pas au mot, et je m'exposerai bravement aux foudres de ce Jupiter du mesmérisme. Cependant, ménagez vos carreaux, monsieur Teste, car je ne ferai pas montre de toute mon impiété.

Je parle de colères olympiennes, je vais incontinent en fournir un échantillon : « Mais les médecins ! ah ! si vous aviez fait comme moi » l'analyse de leur science, que leurs négations ou leurs affirmations » diminueraient de valeur à vos yeux ! Comme observateurs, le moin- » dre de nos romanciers les surpasse; comme savants, ils n'ont que » des préjugés; comme philosophes ! Ah ! comme philosophes, ils » font pitié ! » Ce coup de canon à la Paixhans est parti de la page 121. N'en êtes vous pas tous morts, mes chers confrères? Pour moi, j'ai eu beaucoup de peine à en revenir, et ce n'est qu'à coups de corroborants que j'ai repris assez de forces pour dire à l'auteur que ce passage ainsi que quelques autres font tache dans son livre, que ce n'est pas là du style scientifique, qu'une conviction sincère et éclairée n'a pas besoin de ces allures juvénalesques, que tout cela est si démesurément injurieux contre la science médicale et contre ses ministres qu'on ne peut y attacher aucune espèce d'importance, et qu'on s'expose à perdre tout crédit et toute autorité en blessant d'une manière si patente les droits de la justice et de la vérité.

Je le regrette d'autant plus que cet ouvrage sort véritablement de la ligne de ces productions vulgaires enfantées par une crédulité aveugle ou par une charlatanerie intéressée. L'auteur n'annonce pas de moindres prétentions que d'établir une doctrine, un système, une philosophie du magnétitme animal, c'est-à-dire que d'un bond il l'élève à l'état de science; que de ce quelque chose que pour mon compte je ne puis autrement désigner, de ce quelque chose dont les faits sont contestés par le plus grand nombre, douteux pour beaucoup, réels seulement pour une petite portion d'adeptes, peu nombreux d'ailleurs pour tous, M. Teste fait un ensemble de connaissances tout aussi sérieux et plausible, je ne dirai pas que la médecine, mais que la physique ou la chimie, une science en un mot qui possède ses faits à elle, sa méthode, ses lois ou principes généraux. Grand Dieu, quelle assurance et quelle conviction !

Je ne demande pas tout cela au magnétisme; aussi je laisserai M. Teste crier librement dans l'espace de la spéculation et de la philosophie. Tout cela est fort ingénieux, fort adroitement construit, très spirituellement enchaîné; mais en vérité tout cela ne prouve rien, et

> Le moindre grain de mil
> Ferait mieux mon affaire.

Ce grain de mil c'est un simple petit fait, un seul, mais réel, authentique, patent, et dans des conditions telles que la négation ou le doute soient impossibles qu'ils le sont en présence d'un fait produit par la pile électrique ou par le verre à réactifs. L'explication viendra plus tard.... si elle peut. Mais je n'en suis pas encore à cette question des faits, et tout à l'heure j'aurai à dire mon opinion sur ceux que contient cet ouvrage.

L'histoire du magnétisme que M. Teste fait en deux chapitres est facile à résumer : le magnétisme a existé de tout temps; dans l'Inde, en Egypte, en Grèce, tous les mystères, toutes les cérémonies religeuses, toute la science médicale n'étaient que le fait et le résultat des pratiques magnétiques; Moïse, Jésus-Christ, Mahomet, n'étaient que des magnétiseurs. Ici je dois prévenir M. Teste qu'il a été devancé dans cette opinion par un homme bien plus hardi que lui sur ce sujet, par M. Ricard, qui fait remonter le magnétisme jusqu'à Dieu le père, à qui il fait créer le monde par d'immenses *passes* sur le chaos. Les magiciens de tous les pays, sorciers, devins, oracles, pythonisses; les cruautés, brigandages, absurdités et excentricités de toutes les sectes, magnétisme; les croisades, magnétisme; la réforme, magnétisme; Napoléon, magnétisme; O'Connel, magnétisme, etc., etc.; car comme M. Teste le dit quelque part avec raison, l'histoire du magnétisme est l'histoire du genre humain. C'est aussi l'histoire de la physiologie, que dis-je, c'est la physiologie transcendante, M. Teste l'assure. Nous sommes, par exemple, nous autres vulgaires et profanes, fort embarrassés d'expliquer les sympathies morales ou organiques. Pour le magnétisme ce n'est qu'un jeu. En voici un cas que l'histoire de la science ne vous aura peut-êtrepas appris :

« *L'alphabet sympathique* supposait une réciprocité d'affection et de dévouement si rares au temps où nous vivons, que cette seule circonstance suffirait — c'est M. Teste qui parle — pour expliquer la désuetude dans laquelle est tombée la pratique dont il s'agit. Deux amis qui voulaient s'entendre à toutes les distances imaginables — vous allez voir que les télégraphes électriques ne sont rien en comparaison — échangeaient stoïquement quelques parties de leur chair. Sur chacun de ces deux lambeaux de forme égale qui se remplaçaient mutuellement sur le bras droit des deux amis, où certaines lois (très positives) de la vie organique ne tardaient pas à les faire adhérer, on traçait en rond les lettres de l'alphabet. Lorsqu'une des deux personnes touchait avec un stylet ces caractères magiques, l'autre en était instruite par une piqûre aux endroits où se trouvaient les lettres désignées. »

O monsieur Jobert (de Lamballe) qui après tant de travail et de persévérance aviez cru trouver la loi du rétablissement de la sensibi-

sonoréité. S'il passe à gauche, ce sera à gauche qu'il perdra de la sonoréité. Cela tient à la différence de la position du bras, étendu dans un cas, fléchi dans l'autre, et aussi à ce que la colonne vertébrale (pour la percussion en arrière) se trouve du côté où est le médecin dans la direction de la main qui percute. Dans les cas où l'on ne peut pas alternativement occuper les deux côtés du lit, comme on le fait dans les hôpitaux, il faut de toute nécessité placer le malade *directement* devant soi.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été guéri par les saignées réitérées, jointes à l'usage des boissons à hautes doses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 7 mai 1845.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le secrétaire lit une lettre de M. Guépratte, qui fait hommage à la Société de deux brochures, et qui demande le titre de correspondant. M. Malgaigne est chargé d'en rendre compte.

— *M. Robert* présente une petite fiole contenant une quantité notable de sérosité qui s'est écoulée du nez d'un malade affecté d'une fracture de la base du crâne, laquelle a porté sur la partie du sphénoïde appelée selle turcique. Cette sérosité, qui sort ordinairement par l'oreille, s'est écoulée ici par le nez. M. Robert, qui promet des détails circonstanciés sur ce fait intéressant, admet que la sérosité venue du nez doit être une partie du liquide céphalo-rachidien. Ce chirurgien semble donc abandonner la première opinion qu'il avait émise sur la source du liquide sortant par le conduit auditif externe à la suite de certaines fractures du rocher.

M. Robert note que, même après la mort, il s'est encore écoulé de la sérosité par le nez du sujet dont il est question. A l'autopsie, la masse encéphalique a été trouvée d'une siccité remarquable.

M. Bérard demande à M. Robert si, sur le point correspondant à la fracture du sphénoïde, il y avait rupture de l'arachnoïde viscérale.

M. Robert répond qu'il y avait une large déchirure et de l'arachnoïde viscérale et de l'arachnoïde pariétale; par conséquent, communication facile entre le liquide céphalo-rachidien et la fracture.

M. Bérard établit qu'à la rigueur, la solution de continuité de l'arachnoïde viscérale n'est pas nécessaire pour expliquer le passage du liquide céphalo-rachidien dans l'interstice laissé par une division osseuse; car l'arachnoïde viscérale fournit des tractus à certains nerfs qui traversent les os de la base du crâne. Or, entre ces tractus et la pulpe nerveuse, se trouve du liquide céphalo-rachidien; il peut donc s'échapper quand l'os qui renferme cette portion de nerf est brisé.

M. Chassaignac, qui avait déjà cherché à établir que le liquide sorti par l'oreille à la suite des fractures du rocher, provenait des sinus veineux qui sont si nombreux à la base du crâne, persiste dans son opinion. Il lève l'objection relative à la nature du liquide qui n'a pas les propriétés du sérum du sang, en admettant une modification de ce sérum par la fêlure qui le soumet à une espèce de filtration. Quant à l'objection portant sur la quantité du liquide, M. Chassaignac fait observer que les sinus étant très nombreux et quelquefois très larges, la fracture peut abondamment puiser dans le sang qu'ils contiennent.

M. Laugier trouve la communication de M. Robert prématurée. La discussion aurait été plus fructueuse en présence des pièces et si tous les détails du fait dont M. Robert a entretenu la Société avaient été fournis. Malgré ce qui a pu être dit par ce dernier, M. Laugier persiste dans sa première opinion, telle qu'il l'a exposée et défendue dans une précédente séance.

M. Laugier reproduit les arguments favorables à son opinion, qui veut que le liquide issu du crâne après les fractures de la base soit fourni par le sang extravasé par le fait de la solution de continuité. Dans l'observation de M. Robert, il n'y avait pas de sang infiltré sous la dure-mère entre elle et les os, mais il y en avait en quantité sous l'arachnoïde viscérale, et cette arachnoïde était divisée avec l'arachnoïde pariétale, ce qui est suffisant pour l'explication de M. Laugier. Ce chirurgien cherche à établir que c'est à la suite de simples fêlures que le liquide en question est filtré, tandis qu'on ne l'observe pas après les fractures avec notable écartement des fragments osseux. M. Laugier insiste aussi sur l'issue de ce liquide comme signe pronostique; il le considère comme indiquant toujours une terminaison funeste.

M. Chassaignac se déclare moins pessimiste que M. Laugier, car il a observé l'issue de ce liquide par l'oreille dans des cas qui ne se sont pas terminés par la mort.

M. Malgaigne déclare qu'il n'a pas d'opinion arrêtée sur la source de ce liquide; ce qui le frappe, c'est sa grande quantité relativement au sang épanché qui est considéré par M. Laugier comme fournissant ce liquide. M. Laugier a déjà admis que c'est dans les fêlures seulement que le liquide est produit, et non dans les grandes fractures avec écartement des fragments osseux. Le même chirurgien avait cependant comparé la production de cette espèce de sérosité à celle qui est exhalée par les grandes plaies, par exemple, celles des amputations. M. Malgaigne trouve dans ces deux derniers faits une contradiction; car les grandes fractures pourraient plutôt être comparées aux larges plaies, que les simples fêlures aux mêmes surfaces traumatiques.

— *M. Guerin*, aide d'anatomie à la Faculté, présente des pièces qui offrent des exemples remarquables d'épanchements sanguins entre le périoste et les os. M. Guerin doit fournir à la Société une note touchant cette lésion du squelette.

Séance levée à cinq heures.

REVUE GENÉRALE.

Considérations pratiques sur la grenouillette et ses diverses méthodes de traitement. — Tel est le titre d'un excellent mémoire que M. le docteur Amédée Forget a fait paraître le mois dernier dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et qui se recommande doublement à l'attention des praticiens; d'abord en ce qu'il renferme une appréciation fort impartiale des diverses méthodes de traitement successivement mises en usage contre la grenouillette, et parce qu'ensuite, et c'est là surtout son côté vraiment original, il expose un mode opératoire nouveau avec des modifications importantes qui nous ont paru de nature à le faire généralement adopter par les chirurgiens. Nous insisterons donc plus particulièrement sur cette seconde partie du travail dont l'utilité pratique est pour nous évidente. Citons d'abord un fait qui, mieux que toutes les théories les plus habiles donnera la mesure d'intérêt et le degré de valeur que présente le mémoire en question.

Observation. — Mademoiselle D*** portait depuis un an une grenouillette volumineuse et déjà opérée sans succès par incision et cautérisation à l'aide du nitrate d'argent. M. Forget fit l'application du procédé conseillé dans ces derniers temps par M. Jobert, en ayant soin de disséquer la membrane muqueuse le plus loin qu'il pût au delà des limites de la tumeur. Après avoir ensuite longitudinalement incisé le kyste salivaire, ce qui lui donna deux lambeaux, il divisa le centre de chacun de ces derniers et obtint de la sorte quatre lambeaux triangulaires, libres et flottants dans toute leur étendue de la base au sommet. Ces lambeaux furent renversés de dedans en dehors et fixés, à l'aide de plusieurs points de suture, très loin du centre de la tumeur aux bords de la portion de la membrane muqueuse préalablement avivée; ainsi le kyste salivaire se trouve largement ouvert, le doigt pouvait y être introduit sans peine.

Le lendemain un gonflement considérable des lambeaux masque l'ouverture du kyste. Les jours suivants on introduit dans cette ouverture une sonde de femme afin de détruire quelques adhérences qui s'établissent entre les bases des lambeaux, qui se sont mises en contact par suite de la tuméfaction, et plusieurs cautérisations sont faites avec le nitrate d'argent sur toute l'étendue du tissu muqueux ainsi tuméfié, avec le soin toutefois de ne pas toucher le point central correspondant à l'ouverture du kyste, où chaque jour le bec de la sonde est de nouveau introduit. Cinq semaines après l'opération, qui fut faite le 1er octobre, M. Forget présenta la malade à la clinique de M. Jobert, qui reconnut n'avoir pas encore obtenu par son procédé un résultat aussi concluant. Il restait un orifice nettement limité par le tissu légèrement tendu à sa circonférence, et par cet orifice la salive coulait incessamment dans la bouche. La guérison s'est chaque jour consolidée, et dernièrement les membres de la Société médicale du Temple ont pu constater l'existence d'un petit canal qui, chez cette femme, fonctionne sans cesse et remplace avantageusement l'orifice naturel du conduit de Warthon. Cette observation, que nous sommes obligé de donner très en raccourcis, démontre les avantages du procédé suivi par l'auteur. D'abord il ouvre très largement le kyste salivaire, les quatre lambeaux qu'il forme lui permettant de mieux maintenir l'orifice béant qu'avec deux lambeaux seulement, ainsi que le fait M. Jobert dans les diverses descriptions qu'il a données de sa méthode. On conçoit, en effet, ainsi que le fait d'ailleurs remarquer M. Forget, que les deux lambeaux résultant de l'incision simple du kyste, ne représentent que les deux côtés d'une boutonnière, et que retenus à leur extrémité ils se prêtent moins bien au renversement qu'il importe beaucoup de rendre le plus complet possible pour éviter l'oblitération consécutive du kyste par le fait de l'inflammation des lambeaux.

Nous ferons encore remarquer l'heureuse idée qu'a eue l'auteur d'associer dans le même but, la cautérisation et l'interposition d'une sonde entre les bases correspondantes des lambeaux : cette cautérisation, dit M. Forget, a non-seulement eu pour effet de réprimer l'exubérance des tissus; mais encore elle a fait naître et entretenu dans l'épaisseur des lambeaux et à leur surface, une inflammation suppurative bientôt suivie d'un travail de cicatrisation qui, s'effectuant de leur base que le caustique avait toujours respectée aux divers points de leur circonférence sur lesquels le caustique porta exclusivement, donna lieu à une rétraction cicatricielle dans le même sens, qui contribua puissamment à maintenir écartés les bords de l'ouverture circonscrite par les lambeaux.

En résumé, l'auteur pense que si des insuccès ont marqué les premiers essais de la méthode imaginée par M. Jobert, c'est que les indications qui suivent n'avaient pas été suffisamment comprises; savoir : 1° formation de quatre lambeaux dans la paroi externe du kyste, au lieu de deux seulement; 2° dissection en nappe de la membrane muqueuse dans une assez grande étendue au delà des limites de la tumeur, afin de reporter les lambeaux le plus loin possible du centre de cette dernière; 3° cautérisation des lambeaux dans la direction indiquée plus haut; 4° enfin l'interposition d'une sonde entre la base de ceux-ci, en vue de s'opposer à la formation d'adhérences qu'il est ainsi facile de détruire. Avec ces données que l'auteur a eu le bon esprit d'étayer sur l'autorité d'un fait dont le résultat est aujourd'hui sanctionné par le temps, la méthode opératoire dont il s'agit acquiert une plus grande valeur; et si de nouveaux faits aussi publiquement constatés viennent à se produire, nous ne doutons pas qu'elle ne remplace avantageusement les procédés généralement suivis jusqu'à ce jour, sans en excepter le double bouton de Dupuytren.

Action de l'acide phosphorique pur et non pur sur l'économie animale. — On lit dans le *Journal de Pharmacie* la note suivante, due aux docteurs Weigel et Krus, à Cassel : L'acide phosphorique pur n'a très probablement pas d'action irritante sur l'estomac de l'homme, lorsqu'on le donne à la dose ordinaire. Au moins essayé sur l'estomac des lapins, il ne laisse pas de traces de cautérisation. Si par contre on donne la même dose d'acide phosphorique contenant un dixième d'acide phosphoreux, les animaux périssent en quelques heures, et la muqueuse de l'estomac présente les traces d'une inflammation gangréneuse probablement due à l'action de l'hydrogène phosphoré, ou à la suroxydation de l'acide phosphoreux qui a lieu dans ce cas.

L'acide phosphorique contenant une minime quantité d'acide arsénique est aussi un poison violent. Il est donc très important, lorsqu'on emploie l'acide phosphorique, de bien s'assurer qu'il ne contient pas d'arsenic, et même en se servant pour le préparer de phosphore pur, de dissoudre ce corps simple dans une quantité suffisante d'acide nitrique suroxydé, pour neutraliser tout l'acide phosphoreux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelles recherches sur la rage humaine. — Nous avons reçu du docteur Bellenger, de Senlis, un travail sur la rage humaine, dont nous analyserons succinctement les principaux points. Ce travail est divisé en trois parties. La première est une sorte de revue chronologique et bibliographique à l'aide de laquelle M. Bellenger cherche à prouver que la plupart des auteurs qui ont écrit sur la rage ont considéré comme imaginaire l'existence d'un virus rabiéique, n'ont point cru à la contagion de la rage, et se sont accordés à regarder cette malade comme spontanée ou comme le résultat d'une émotion morale vive, d'une frayeur. C'est, du reste, la conviction de l'auteur de ces mémoires; aussi a-t-il pris pour épigraphe la phrase suivante : « On n'a jamais vu un idiot, un crétin, un lymphatique bien insouciant, bien lourd, un sanguin pur, ni un seul enfant de deux à trois ans pris de la rage. M. Bellenger résume en cinq propositions les opinions auxquelles il est arrivé sur ce sujet, tant par l'observation directe des faits que par la lecture et la méditation des ouvrages des médecins qui ont écrit sur la rage humaine.

Première proposition. Tous les lystographes anciens ou modernes reconnaissent deux sortes de rage humaine; l'une, dite spontanée; l'autre, dite traumatique. Entre les symptômes de l'une et de l'autre espèce, pas de différence; même terminaison prompte et funeste. La cause est donc la même dans les deux cas.

Deuxième proposition. Point de rage spontanée sans terreur. Or, si dans un seul cas (et il y en a mille), la terreur suffit seule au développement de cette affection, où est la nécessité d'un virus rabiéique.

Troisième proposition. Une cause matérielle, comme un virus, et une cause morale, comme la terreur, ne peuvent évidemment produire des effets absolument identiques.

Quatrième proposition. Chez les sujets prédisposés, c'est-à-dire dont le tempérament, quel qu'il soit, se trouve asssocié à l'élément nerveux, la terreur ne manque jamais de donner lieu à la rage spontanée. Le prétendu virus rabien n'engendre pas toujours la rage dite communiquée. Le virus n'est funeste qu'aux adultes nerveux, bilieux, mélancoliques, aux jeunes gens et à certains enfants, de cinq à quinze ans, vifs, spirituels, crédules et timides, partant, très nerveux et susceptibles d'éprouver la terreur.

Cinquième proposition. Cette proposition n'est autre chose que la phrase que nous avons dite avoir été prise pour épigraphe par l'auteur. Donc, ajoute-t-il comme corollaire, la terreur est, chez l'homme prédisposé, l'unique et véritable cause de la rage, maladie à laquelle M. Bellenger applique cette épithète : *opprobrium medicorum*.

M. Bellenger fait suivre ces propositions de la description détaillée de dix faits dont l'authenticité, dit-il, ne peut être révoquée en doute, et à l'aide desquels il cherche à démontrer que, dans les cas de rage dite communiquée, la terreur seule a agi comme cause déterminante de la terrible affection dont il s'occupe. Nous ne donnerons l'analyse que d'un seul de ces faits, l'auteur se proposant de les publier *in extenso* dans un ouvrage spécial sur la rage humaine et son traitement, ouvrage dont la publication doit être prochaine, et dont nous publierons l'analyse.

Voici l'un de ces faits. Le 27 janvier 1780, dans l'espace de quelques heures, seize personnes d'âge et de sexe différents sont mordues par un chien enragé, dans le voisinage de Senlis. Aucun des blessés ne fut cautérisé; tous furent soumis au même traitement; trois seulement

---

lité dans les lambeaux autoplastiques, vous ne connaissiez donc pas l'alphabet sympathique, et ses expériences et ses explications! O science acquise par le labeur et la méditation, qu'es-tu auprès de la science magnétologique!.... Mais je continue.

« Un fait très extraordinaire confirma, dit Thouret, la doctrine des sympathies. Un habitant de Bruxelles s'étant fait faire un nez artificiel par la méthode de Taliacot, il s'en était retourné ainsi réparé dans ses traits au lieu de son séjour ordinaire, où il continua de vivre assez bien portant, l'opération ayant réussi. Mais tout à coup, dit-on, la partie factice qu'il s'était procurée devint froide, pâle, livide, se pourrit, et tomba. On ne savait à quelle cause attribuer ce changement imprévu, dont on ne voyait aucune raison plausible; mais on apprit bientôt que le jour même de la chute du nez factice à Bruxelles, un crocheteur de Bologne qui, pour de l'argent, avait fourni une portion de peau prise à son bras, était mort dans cette ville, où avait été pratiquée l'opération. Peu de temps après, plusieurs faits du même genre furent recueillis et publiés, » etc.

La chose fit beaucoup de bruit, comme vous pensez bien, et Voltaire qui avait le privilège de rire de tout, même des sympathies magnétiques, s'émancipa dans les vers suivants, que je puis bien reproduire, puisque M. Teste n'a pas craint de le faire :

> Ainsi Taliacotius,
> Grand Esculape d'Etrurie,
> Répara tous les nez perdus,
> Par une admirable industrie.
> Il vous prenait adroitement
> Un morceau du cul d'un pauvre homme,
> L'appliquait au nez proprement;
> Enfin, il arrivait qu'en somme,
> Tout juste à la mort du prêteur,
> Tombait le nez de l'emprunteur;
> Et souvent dans la même bière,
> Par justice et par bon accord,
> On remettait, au gré du mort,
> Le nez auprès de son derrière.

Je signalerai dans l'ouvrage de M. Teste une étude sérieuse et approfondie des doctrines et de l'influence de Van-Helmont. Inutile de dire que, pour l'auteur, Van-Helmont est un de ces rares génies et de ces sublimes intelligences dont l'avare nature ne dote que de loin en loin l'humanité. Mais, à part le point de vue et quelque exagération dans l'interprétation critique, les appréciations de M. Teste sur cet homme extraordinaire dénotent une intelligence complète de la littérature et de la philosophie médicale de cette époque. Mais pourquoi donc ne pas dire simplement les choses comme elles sont? J'admets que Van-Helmont ait été un homme de génie; mais pour ne citer qu'un passage de ses écrits, à qui fera-t-on croire qu'un homme qui a écrit ce qu'on va lire ait eu l'intelligence parfaitement intègre :

« En l'année 1610, dit Van Helmont (*Ortus medicinæ*, pag. 269, trad. de M. Brierre de Boismont), après une longue contemplation qui m'avait fatigué et pendant laquelle je m'efforçais d'acquérir quelque connaissance de mon esprit, je m'endormis. Bientôt je fus enlevé en dehors de la raison, et il me sembla que j'étais dans une salle obscure : à main gauche, je vis une table et sur cette table une bouteille contenant une liqueur qui me parla en ces termes : Veux-tu des honneurs, des richesses?

» Je fus tout stupéfait d'entendre ces paroles. Je me promenai, cherchant en moi-même ce que cela pouvait signifier. A main droite, je vis dans la muraille une fente par laquelle pénétra une lumière dont l'éclat me fit oublier la voix de la liqueur et changea le cours de mes pensées, car je vis des choses qui surpassent tout ce que l'on peut dire. Cette lumère ne dura qu'un instant. Tout désolé, je retournai à ma bouteille, et je l'emportai avec moi. Je voulais goûter la liqueur qu'elle contenait. Je parvins à grand'peine à la déboucher; j'éprouvai un sentiment d'horreur et je m'éveillai. Mais il me resta un désir très vif de connaître l'âme, et ce désir dura vingt-trois bonnes années, c'est-à-dire jusqu'en 1633, où j'eus une vision pendant laquelle je vis mon âme elle-même. C'était une lumière d'une homogénéité parfaite, composée de substance spirituelle, cristalline et brillante. Elle était contenue dans son enveloppe comme un pois dans sa cosse, et j'entendis une voix qui me dit : Voilà ce que tu as vu par la fente de la muraille. C'est intellectuellement dans l'âme que cette vision s'est opérée; celui qui verrait son âme par les yeux du corps en deviendrait aveugle. »

De bonne foi, monsieur Teste, si quelque grand personnage de notre époque venait vous raconter de pareilles billevesées, ne penseriez-vous pas aussitôt aux douches de Charenton?

Mais, que dis-je? M. Teste a vu des choses tout aussi ébouriffantes que l'âme de Van Helmont dans une cosse de pois. Les faits que renferme ce livre, d'une lecture fort attachante d'ailleurs et que je recommande à mes confrères qui veulent se procurer une très agréable distraction, ces faits sont d'un ordre tout aussi surnaturel et bien dignes d'être connus. J'y reviendrai prochainement.

Jean RAIMOND.

P. S. Je ne suis pas mécontent du chemin qu'a fait mon idée depuis mardi dernier. De Paris et des départements me sont arrivés des encouragements et des adhésions qui me font un devoir d'abandonner à la gravité des colonnes supérieures de ce journal le développement d'un projet qui me paraît devoir être généralement bien accueilli par le corps médical. Sympathique à tout ce qui est utile et généreux, l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* accordera à ce projet son influence et ses colonnes. Un tel appui m'honore et j'en suis rempli de reconnaissance; il doit être aussi un encouragement et une excitation pour tous nos confrères sincèrement dévoués aux intérêts moraux et matériels de notre science et de notre profession. M. Fabre veut serrer le premier lien de notre union confraternelle, sachons tous profiter d'une si belle occasion.

Très prochainement la *Gazette des Hôpitaux*, en développant et en expliquant le projet d'un congrès médical, de sa nature et de son but, donnera les éclaircissements qui m'ont été demandés par quelques honorables correspondants.

furent atteints de la rage, et ces trois individus ne faisaient point partie de ceux qui avaient été mordus les premiers. Les trois malades sont ceux que les médecins de cette époque ont reconnus doués d'un tempérament *nervoso-bilieux* au plus haut degré.

Le premier qui mourut était une femme éminemment nerveuse, d'un caractère sombre et mélancolique; elle succomba le lendemain.

Le second blessé enlevé par la rage, d'un tempérament nervoso-bilieux également, petit, maigre, délicat, triste, inquiet, se regarda comme perdu dès le premier moment de son accident. Il succomba huit jours après avoir été mordu.

Le troisième, âgé de douze ans, vif, gai, spirituel, nerveux, séjourna pendant neuf jours à l'hôpital. Le 18 mars, il en sort, se portant à merveille; il apprend, en rentrant chez ses parents, la mort des deux sujets précédents. Le 24 mars, il tombe malade et meurt le 3 avril suivant.

Aux treize autres blessés, d'un caractère insouciant et tranquille, lymphatiques, il n'arriva absolument rien. Que conclure de là, dit M. Bellenger, sinon que la terreur a seule produit la rage chez les trois malheureux qui ont succombé?

Note sur une amputation sus-malléolaire; par M. L. Boyer.

En présentant à l'Académie, dans la séance du 20 mai 1845, un enfant sur lequel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire, et qui marche maintenant à l'aide du membre artificiel de M. Martin, M. Lucien Boyer a fait remarquer que ce fait en lui-même ne diffère pas de plusieurs autres qui ont déjà été mis sous les yeux de l'Académie, en particulier par M. Blandin. Mais les avantages de cette opération étant encore litigieux pour plusieurs personnes, cette circonstance a paru à M. Lucien Boyer justifier la présentation de ce nouvel opéré.

La cicatrisation de la plaie est complète, comme on a pu s'en assurer, et ne présente aucune tendance à s'ulcérer; il n'existe qu'une légère conicité due à la rétraction consécutive des muscles du mollet. L'enfant n'éprouve aucune douleur, marche librement et jouit de tous les mouvements de l'articulation du genou pour monter et descendre les escaliers, se mettre à genoux, se relever, etc.

Cette liberté de flexion du genou paraît à M. L. Boyer l'avantage le plus évident de l'amputation au-dessus des malléoles. Tout en la considérant comme moins grave que l'amputation au lieu d'élection, il avoue que cette différence n'est peut être pas susceptible d'une démonstration mathématique.

C'est seulement depuis que M. Martin a eu perfectionné l'appareil destiné à l'amputation sus-malléolaire, que ce progrès a été réalisé. Tous les appareils antérieurs, en effet, ou faisaient porter le poids du corps sur l'extrémité du moignon, ce qui l'exposait à une ulcération rapide, ou supprimaient les mouvements du genou dans la marche et ne permettaient la flexion qu'au moyen d'un ressort à mouvement alternatif que l'opéré était obligé de faire fonctionner lui-même avec la main.

C'est cette imperfection de l'appareil, comme on peut en juger par la lecture des anciens auteurs, et même des auteurs classiques plus modernes qui a été l'unique cause de la condamnation qu'ils avaient portée sur l'amputation sus-malléolaire, jugement qui doit être revisé aujourd'hui que la mécanique est parvenue à fournir à la chirurgie un auxillaire si utile dans une foule de cas et en particulier dans celui-ci.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur un extrait antiphthisique; par M. Retschy, pharmacien à Illen, et par M. le docteur Weber, médecin à Driburg.

C'est en 1831 que M. le docteur Lachmann jeune communiqua la formule de cet extrait antiphthisique (*Liquor coriario-quercinus inspinatus*) au propriétaire d'une pharmacie de Brunswick dans laquelle M. Retschy travaillait comme élève.

Cet extrait se prépare de la manière suivante: Le liquide limpide et d'un jaune de vin foncé qui se produit pendant le tannage des peaux de veau (lorsque les peaux restent placées pendant plusieurs semaines dans la fosse, avec une infusion de tan) est recueilli, et, après filtration, il est évaporé à une douce chaleur, au bain de vapeur, dans un vase de porcelaine ou dans une bassine d'étain, jusqu'à consistance d'extrait.

M. le docteur Lachmann emploie cet extrait sous la forme suivante:

Extrait antiphthisique,	8 à 12 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise,	30 grammes.

M. et F. dissondre S. A.

Nota. On peut remplacer l'hydrolat de laurier-cerise par l'eau distillée simple.

On donne ce soluté à la dose de 30 à 50 gouttes, trois fois par jour.

Quand les sujets sont affectés de constipation à la suite de l'administration de ce soluté, il convient de le suspendre pendant quelque temps, en le remplaçant par les pilules ci-après :

Extrait antiphthisique,	12 grammes.
Poudre de rhubarbe,	4 à 6 grammes.
Poudre de réglisse,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de 10 centigrammes.

M. Weber prescrit cet extrait à la dose de 1 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, à l'état de solution dans l'eau, ou associé à l'hydrolat de laurier-cerise ou à l'opium.

L'extrait antiphthisique réprime d'une manière notable, non-seulement les sécrétions exagérées de la muqueuse pulmonaire, mais encore les diarrhées copieuses et les sueurs profuses; toutefois, les deux derniers symptômes cèdent moins complétement que le premier à l'influence de cet agent.

Suivant le même praticien, si cet extrait n'est pas capable de guérir entièrement une phthisie confirmée, il peut cependant imposer des bornes sûres au progrès de la consomption, et, dans tous les cas, il constitue véritablement une acquisition nouvelle et précieuse pour notre arsenal thérapeutique.

Quant aux cas spéciaux dans lesquels ce médicament doit être employé, l'expérience a fait reconnaître à M. Weber qu'il ne convient pas dans la phthisie aiguë, mais qu'on peut le donner avec les avantages les plus signalés lorsque cette affection affecte une marche chronique, surtout lorsque les symptômes de colliquation commencent à se montrer.

M. Retschy déclare qu'il a vu employer ce médicament avec le plus grand succès, tant sur lui même que sur d'autres individus.

*Nouveaux usages thérapeutiques de l'*Arnica montana; par M. le docteur Szerlecki.

Entre autres usages de l'arnica, dont plusieurs sont bien connus, et que, pour cette raison, nous croyons ne pas devoir mentionner ici, M. le docteur Szerlecki en signale trois nouveaux qui nous paraissent mériter d'être portés à la connaissance de nos lecteurs. Ce sont les suivants :

1° M. Szerlecki emploie avec un succès constant la teinture alcoolique chargée d'arnica (préparée avec le suc fraîchement exprimée de la plante) et diluée avec quatre parties d'eau et quelquefois plus, en application topique sur les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses.

2° M. le docteur Liedbeck (d'Upsal) prescrit avec le plus grand avantage, contre les varices des femmes enceintes, l'arnica à l'intérieur. Il fait infuser 1 gramme de fleurs de cette plante dans 250 grammes d'eau, et il ajoute, pour assurer la conservation de cet infusé, quelques grammes d'alcool. Il fait prendre une cuillerée à bouche de cette infusion, quatre fois par jour. On observe, comme effet ordinaire de cette médication, la diminution des fortes douleurs qu'occasionnent les varices, et la disparition graduelle des tumeurs variqueuses elles-mêmes.

3° Enfin M. le doctenr Thielmann (de Saint-Pétersbourg), recommande l'arnica contre le tremblement des doreurs et l'amblyopie amaurotique.

Ce médecin fait préparer une infusion de 12 grammes de fleurs d'arnica dans 200 grammes d'eau, et il en fait prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Pilules de capsique ferrugineuses; par M. le docteur Schneider.

Ethiops minéral,	15 grammes.
Poudre de colombo,	4 grammes.
Poudre de cannelle,	4 grammes.
Capsique annuel,	1 grammes.
Extrait de camomille,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de dix centigrammes, et roulées dans la poudre de cannelle.

Ces pilules, que l'on administre à la dose de dix, trois fois par jour, sont employées depuis quarante ans par M. Schneider, dans les cas de chlorose, et ce praticien affirme qu'il ne les a jamais vu rester inefficaces.

— Sont nommés chirurgiens sous-aides, les chirurgiens sous-aides auxiliaires désignés ci-après : MM. Vergand, Vallois, Piedallu, Henriquel, David, Bretet, Bories, Salomon, Fontez, Brunet, Letertre-Vallier, Esnaud. (Ordonn. du 22 avril.)

(*Anc.*) Lamoureux, chirurgien-major de 1er classe au 2e lanciers, nommé au 1er d'artillerie; (*Choix*) Mutel, *idem* au 52e de ligne, nommé au 2e du génie, en rempl. de M. Chaumas, passé au 13e d'artillerie. (Déc. du 12 avril.)

Sont nommés à la 1re classe de leurs grades : (*Anc.*) Campmas, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôp. de Guagno; (*Choix*) Villaret, chir.-major de 2e classe au 7e dragons; (*Anc.*) Infroit, *idem* au 5e lanciers; (*Choix*) Bax, *idem* au 18e de ligne; (*Anc.*) Edme *dit* Maurice, chir. a.-m. de 2e classe au 19e de ligne; (*Choix*) Duplessy, *idem* au 49e de ligne; (*Choix*) Camus, *idem* au 2e chasseurs. (Déc. du 30 avril.)

Sont mis à la retraite : MM. Viollet, chirurg.-major de 1re classe au 1er d'artillerie, et Segond, *idem* au 13e d'artillerie

Bonnet-Maisimbert, méd. ord. de 2e classe à l'hôpital de Besançon, passe à l'hospice de Grenoble, en rempl. de M. Loyer, nommé à Besançon. — Bertan, chir.-major de 2e classe au 62e de ligne, passe au 24e léger, eu rempl. de M. Cuvellier, nommé au 62e. — Laurans, *id.* au 3e bat. d'infant. légère d'Afrique, passe au 39e de ligne, en rempl. de M. Périer, nommé au 2e lanciers. — Morel, *idem* au 6e léger, passe au 60 de ligne, en rempl. de M. Clever, nommé au 52e de la même arme. — Tenturier, *idem* au 19e léger, passe au 17e de la même arme. — Lesage, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpit. de Bastia, passe en Algérie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 MAI 1845. (18e ANNÉE.) N°. 63. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Contracture des membres par accès. Douleurs atroces. Apyrexie. Cas rare. Observation recueillie par M. HÉRARD, interne du service.

Le 26 janvier 1845, est entré à la Charité le nommé Tastavin (Joseph), âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. Cet homme raconte qu'il a été atteint plus de dix fois déjà de l'affection qui le force aujourd'hui à entrer à l'hôpital.

Deux fois entre autres une raideur tétanique envahit tous ses muscles, et il fut forcé de rester immobile sur son lit, dans l'impossibilité de parler, et n'ayant pour répondre aux questions que le mouvement des paupières qui fût conservé. La profession ne semble avoir été pour rien dans la production des accès. Ce malade a été tour à tour soldat, terrassier, domestique, ouvrier travaillant le caoutchouc, apprenti orfèvre, et il s'est vu successivement contraint par la maladie d'interrompre ses diverses occupations. Ce qu'il a remarqué toutefois, et ce que des auteurs avaient noté déjà, c'est que le froid et surtout le froid humide avait sur la réapparition de ses contractures une influence incontestable. C'est toujours en hiver, et souvent après avoir plongé les mains dans l'eau froide qu'elles se sont déclarées. Cette fois encore, c'est pendant le froid du mois de janvier qu'il a commencé à en ressentir les premières atteintes.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital il se plaignit de courbature légère avec inappétence, douleurs vagues dans les membres. L'avant veille de son arrivée, les mains avaient éprouvé déjà un commencement de contracture portée assez loin pour qu'il ne pût pas manger seul. Bientôt survinrent des crampes et des douleurs générales d'abord, mais qui finirent par se concentrer aux deux mains et aux poignets.

Le 26 janvier, il vint à l'hôpital à pied, et au moment de son entrée les douleurs étaient peu vives. Vers quatre heures du soir il fut pris d'un violent accès ; il se tordait sur son lit; la face présentait l'expression d'une douleur horrible; le malade poussait des cris ; il ne pouvait garder un seul instant la même attitude : tantôt couché, tantôt assis; le plus souvent il était placé en travers sur son lit, la tête et les bras pendants. Les doigts sont fléchis avec force comme si le poing était fermé convulsivement ; les mains sont violemment étendues sur l'avant-bras, lui-même contracturé à un moindre degré. Si l'on essaie d'imprimer à ces parties le plus léger mouvement, on exaspère les douleurs du malade.

Les épaules lui semblent surchargées d'un poids énorme ; elles sont le point de départ d'élancements qui s'irradient jusqu'à l'extrémité des doigts. Les mains et les avant-bras sont le siége d'un empâtement comme œdémateux accompagné d'une rougeur diffuse.

Les membres pelviens ne présentent rien d'anormal. Il n'existe aucune douleur le long du rachis; les mouvements du cou, des mâchoires, du tronc, sont complétement libres ; l'intelligence est très nette; il n'y a pas de céphalalgie ; l'apyrexie est complète et l'appétit conservé. — Cataplasmes laudanisés ; deux pilules d'extrait aqueux d'opium de 5 centigr, chacune.

Le 27, le malade a souffert toute la nuit; la contracture a envahi le pied gauche, qui a l'aspect d'un pied-bot-équin compliqué de varus ; les jumeaux sont contracturés. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine, et en marchant sur l'extrémité des orteils, que le malade peut faire quelques pas. Toutefois, les douleurs du pied sont moins vives que celles des mains. Comme la veille, l'intelligence est parfaitement conservée ; il n'y a ni fièvre, ni céphalalgie ; l'appétit est vif. — 1 décigr. d'opium en deux pilules.

Le 28, même état que la veille. — Même médication.

Le 29, la contracture s'est propagée aux membres inférieurs; elle a envahi les muscles des parois abdominales ; les muscles droits se dessinent comme deux cordes fortement tendues. Le malade se plaint d'une forte constriction de la poitrine ; il y a de la gêne dans la déglutition, de la difficulté à uriner et de la constipation; les paupières, légèrement abaissées, sont agitées d'un frémissement particulier. Le pouls donne 70 pulsations peu développées. — Saignées; ventouses à la région lombaire; lavement purgatif.

Le 30, le malade n'a retiré des émissions sanguines qu'un faible soulagement; les contractures persistent au même degré. La douleur, un peu moins aiguë, présente par moments de violentes exacerbations. Quand l'accès arrive, le malade ressent dans tout le corps un fourmillement incommode, suivi bientôt d'une sensation de chaleur cuisante, portée si loin à la paume des mains, qu'il dit qu'il lui semble tenir des charbons ardents. La poitrine est resserrée, et la suffocation paraît imminente ; puis, après dix minutes environ d'angoisses inexprimables, la crise cesse et le malade éprouve un peu de soulagement jusqu'au retour d'un nouvel accès, la contracture persiste. La constipation a résisté au lavement purgatif. — Saignée ; le sang de la dernière était couenneux ; ventouses à la région lombaire ; purgatif drastique.

Le 31, les symptômes se sont amendés rapidement; les douleurs ont notablement diminué ; les mains commencent à pouvoir s'ouvrir, et l'on observe sur la face latérale des doigts de véritables eschares, résultat d'une pression forte et prolongée. Le malade dit avoir remarqué un fait semblable à la suite d'attaques précédentes; et de plus, la chute de tous les ongles après la terminaison de la maladie. L'amélioration constatée aux membres supérieurs existe également aux membres abdominaux; le ventre est redevenu souple ; le malade a dormi paisiblement pendant plusieurs heures. Il demande avec instance des aliments. — Ventouses ; purgatif.

Le 3 février, les contractures ont cessé complétement ; les mouvements des extrémités sont faciles ; il n'y a plus du tout de douleurs; elles ont fait place à des picotements et à des fourmillements dans les mains et les avant-bras, qui diminuent d'ailleurs chaque jour. Le malade mange deux portions avec un appétit vorace.

Tout semble terminé ; cependant le malade dit qu'il ne se croit pas guéri parfaitement.

Le 8, il a ressenti de la raideur dans les doigts, des élancements dans tout le corps, quelques palpitations fibrillaires aux paupières, et il a acquis l'expérience de l'infaillibilité de ces signes précurseurs.

Le 9, les contractures ont reparu aux mains et aux poignets ; des douleurs vives se sont de nouveau fait sentir à la partie antérieure et externe des avant-bras et aux articulations radio-carpiennes ; les doigts sont raides, immobiles, à demi-fléchis et placés sur le même rang ; 78 pulsations peu développées. — Saignée.

Dans la nuit du 10 au 11, les contractures et les douleurs sont devenues presque générales ; les mains sont fermées convulsivement, les poignets entraînés en arrière et tuméfiés, les coudes rigides, les orteils rétractés et les talons relevés ; il y a de la constriction à la poitrine, de la difficulté dans la parole, de la gêne dans la déglutition; les muscles de l'abdomen sont tendus et très sensibles à la pression ; constipation, dysurie ; les paupières sont presque complétement closes et agitées de petits frémissements convulsifs ; un peu de trismus, 120 pulsations, peau chaude, face injectée et exprimant une souffrance vive. — Saignée ; le sang est couenneux. M. Rodier, qui a bien voulu l'analyser, a trouvé une proportion considérable de fibrine.

Le 12, le malade se trouve beaucoup mieux ; les douleurs ont presque entièrement cessé ; la main droite seule est encore contracturée ; difficulté d'uriner ; pouls à 75-80 ; œdème des avant-bras et rougeur diffuse. — Potion avec un décigramme d'extrait gommeux d'opium ; lavement purgatif.

Le 13, à part une légère rigidité dans les doigts, et la constipation qui persiste, tous les accidents ont disparu. Le malade demande quatre portions d'aliments. Il se trouve très bien ; sa face est bonne : il ne conserve plus qu'un peu de faiblesse dans les membres et quelques élancements. Il reste jusqu'au 27 février dans cet état, lorsque pendant la visite de ce jour, il est pris subitement d'une oppression considérable avec des douleurs aiguës dans les mains ; il éprouve une sensation de brûlure à la plante des pieds ; il y a un commencement de contracture aux doigts et aux poignets ; le pouls est à 90.

On lui administre sur-le-champ un julep avec 1 décigramme d'extrait gommeux d'opium, et peu de temps après les symptômes disparaissent. On lui continue l'usage des opiacés pendant quelques jours. Il quitte l'hôpital le 20 mars, paraissant guéri.

— La science ne possède encore qu'un petit nombre d'observations de contracture des extrémités. Dance paraît avoir le premier bien décrit cette affection, entrevue déjà par quelques auteurs du siècle précédent ; il lui donne le nom de tétanos intermittent, expression que peignaient convenablement les deux phénomènes essentiels de la maladie : rigidité musculaire et périodicité des attaques.

Depuis lors, étudiée chez les enfants et les adultes, elle a reçu les dénominations successives de nouvelle maladie convulsive des enfants (Tonnelé), rétraction musculaire de courte durée (Delaberge), rétraction musculaire spasmodique (Murdoch), convulsion tonique partielle (Compendium de médecine, *Gazette des Hôpitaux*, 1837, nos 56, 57), contracture essentielle idiopathique (Tessier et Hermel), contracture des extrémités (Rilliet et Barthez).

L'histoire de cette singulière affection est cependant loin

FEUILLETON.

SUR L'EFFICACITÉ DE LA DILATATION PERMANENTE BRUSQUE POUR LA GUÉRISON DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Par le docteur LE ROY D'ÉTIOLLES.

Ce n'est pas une méthode universelle que je prétends recommander dans cette note. Il n'y en a pas une seule qui soit applicable à tous les rétrécissements, et même il y a des rétrécissements qui ne peuvent être effacés complétement par aucune. Le mode de traitement le plus inoffensif et le plus commode est la dilatation temporaire faite pendant une demi-heure ou une heure chaque jour; elle permet aux malades de continuer de vaquer à leurs affaires, elle ne les prive même pas de leurs plaisirs. Mais tous les rétrécissements ne cèdent pas à la dilatation temporaire; parfois, une ou deux bougies de grosseur croissante passent avec facilité ; puis, arrivé à un certain degré d'élargissement, le tissu résiste, et l'on ne peut plus avancer dans la dilatation. Les rétrécissements se comportent souvent ainsi lorsqu'ils sont formés d'un tissu fibreux, lorsqu'ils se sont reproduits après un grand nombre de cautérisations, lorsqu'ils font éprouver au moment du passage des bougies cette sensation de sécheresse qui les fait nommer calleux. Il faut alors assouplir, étendre et résoudre par une pression plus soutenue le tissu qui les forme; il faut que l'excitation persistante produite par la présence d'un corps étranger amène, sinon la suppuration de ce tissu induré, au moins une exsudation muqueuse qui le ramollit et le dégorge. Quelle doit être la durée du séjour des sondes pour obtenir ce résultat? Voilà ce qu'il est impossible de préciser, parce que cette durée varie suivant les individus et les rétrécissements. Il y a de ces rétrécissements qui, après vingt-quatre, trente-six heures de séjour d'une petite sonde, deviennent souples et peuvent céder ensuite à la dilatation temporaire ; il y en a d'autres, au contraire, qui ne s'effacent qu'après vingt à trente jours. Cette différence ne me semble pas avoir assez fixé l'attention. Il est evident qu'il y aurait dommage pour le malade si on lui faisait acheter par trente jours de séquestration à la chambre, au lit, et par les fatigues, les incommodités, les souffrances d'une sonde en permanence pendant le même temps, un résultat qui pourrait être obtenu en deux ou trois jours.

La dilatation permanente rapide est donc préférable toutes les fois qu'elle pourra être applicable; elle devra être tentée lorsque les angusties se montreront rebelles à la dilatation temporaire, sauf à prolonger la durée des sondes suivant la marche et les résultats du traitement. Il y a des circonstances dans lesquelles la dilatation permanente brusque convient plus particulièrement et presque exclusivement : par exemple, lorsqu'il y a simultanément stricture et calcul vésical. Il faut se hâter alors, car l'irritation causée par la sonde venant à se joindre à celle produite par la pierre, la présence de ce second corps étranger ne pourrait être, dans un grand nombre de cas, supportée au delà de trois ou quatre jours.

Une autre circonstance dans laquelle la dilatation est plus particulièrement convenable est la brièveté du temps que le malade peut consacrer à son traitement. Ce motif de détermination, tout futile qu'il paraît, a plus d'influence et se représente plus souvent qu'on ne l'imagine. Plusieurs des malades auxquels j'en ai fait l'application, pressés par leurs affaires, ne se seraient pas décidés à entreprendre un traitement et auraient peut-être laissé aggraver le mal si je ne leur avais offert la perspective, et presque donné l'assurance, ordinairement justifiée, que ce traitement pouvait être accompli dans un espace de temps assez court. Citons quelques exemples.

— Un médecin habitant l'une des villes du nord de la France me fut amené, il y a quelques années, par le docteur Caffe : il urinait avec une très grande difficulté et des efforts qui causaient à l'anus une telle douleur que l'on croyait à l'existence d'une fissure. Je reconnus un rétrécissement très fort à 15 1/2 centimètres; il n'admettait que un demi-millimètre. Certaines circonstances exigeaient impérieusement le retour du malade, qui ne pouvait demeurer à Paris plus de six jours. Je lui dis que je n'osais lui promettre complète guérison dans un aussi court espace de temps, mais que du moins j'étais certain d'apporter une grande amélioration à son état. Je fis donc succéder les bougies l'une à l'autre dans l'espace d'une heure jusqu'à ce je pusse passer une petite sonde que je fixai à demeure. Après douze heures j'en mis une plus forte, puis, six heures après, une autre. Le troisième jour, j'introduisais sans difficulté 7 1/2 millimètres. Je laissai séjourner celle-ci vingt-quatre heures, puis je donnai un jour de repos. Le cinquième et le sixième jour, introduction facile des bougies 5 1/2, 6, 7 1/2 millimètres. Le malade quitte Paris, urinant à plein canal. Il a continué quelques jours encore l'introduction des grosses bougies pendant une demi-heure.

— M. D..., de Bordeaux, quarante-quatre ans, a eu cinq à six gonorrhées ; la première, à dix-huit ans, a duré quatorze à quinze mois ; les autres, traitées dès le début par le copahu, ont duré moins longtemps. A trente-huit ans le jet a diminué ; à quarante ans, rétention d'urine, traitement par la cautérisation fait à Lima par M. Douglas, ancien chirurgien de la marine française ; trois applications des caustiques. Rétablissement du jet pendant trois mois. Le malade passait lui-même des sondes de 5 millimètres ; il n'a jamais été au-delà. Six mois après, retour à Bordeaux, excès de femmes, de chasse au marais ; rétention d'urine. Cathétérisme par le docteur Chaumet et le père du malade, qui est médecin; rétablissement de la miction. M. D..... recommence à mettre des bougies, mais chaque semaine il perd du terrain et finit par ne plus pouvoir rien passer ; toutefois, pour faire couler l'urine, il lui suffisait d'appuyer le bout de la bougie contre l'obstacle. Au mois de juin 1842, M. D... vint à Paris pour se confier à mes soins. Angustie à 16 centimètres qui serre fortement la bougie et donne à la main une sensation de sécheresse et de grattement ; à la bougie de 1 1/2 millimètre je fais succéder 2, puis 2 1/2 ; mais je ne puis aller au delà. Le lendemain et le surlendemain même résistance ; le malade, pressé de reprendre la mer pour retourner au Pérou, n'ayant que peu de temps à rester à Paris, je propose la sonde à demeure et la dilatation brusque, c'est-à-dire en augmentant d'un millimètre environ toutes les huit à dix heures. Le troisième jour l'urètre admet librement 8 millimètres; deux jours de repos, puis introduction quotidienne pendant un quart d'heure des bougies de 6 et 7 1/2 millimè-

encore d'être complète, et le malade qui fait le sujet de cette observation nous en a paru offrir un cas remarquable. Les symptômes qu'il a présentés n'ont pas, du reste, différé sensiblement de ceux que l'on trouve décrits dans les auteurs cités plus haut. Nous noterons seulement que presque tous les écrivains qui ont traité de cette maladie, ont observé la flexion des mains sur l'avant-bras; tandis que dans notre observation, il y avait extension forcée, et cela est d'autant plus surprenant que la contracture semblait n'avoir envahi que les muscles fléchisseurs des membres. De plus, nous appellerons aussi l'attention sur l'œdématie avec rougeur diffuse, et sur la couenne du caillot et l'augmentation de fibrine constatée par l'analyse.

Il faut remarquer aussi la marche qu'a suivie l'affection; on a pu voir que les contractures s'étaient reproduites trois fois en l'espace de six semaines, à des intervalles irréguliers, et que, de plus, elles avaient offert, à plusieurs heures de la journée, des exacerbations évidentes. La nature et le siége de la maladie sont, sans contredit, les questions les plus difficiles à résoudre. Il semble qu'on doive séparer les contracture des extrémités, du tétanos, de la fièvre tétanique pernicieuse, du rhumatisme musculaire, de l'acrodynie, toutes maladies dans lesquelles on a essayé de les faire rentrer. La lecture attentive des faits ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Le tétanos est certainement l'affection avec laquelle elles ont le plus de rapport; mais elles en diffèrent essentiellement, comme Dance l'avait remarqué, par leur terminaison spontanée et presque toujours favorable. Comme le tétanos, il est probable que les contractures sont sous la dépendance d'un état morbide de la moelle, et si les extrémités paraissent plus fortement atteintes que les régions supérieures des membres, c'est que c'est là un phénomène commun aux maladies des centres nerveux; l'engourdissement, les crampes et les fourmillements se font aussi longtemps sentir avant tout autre symptôme dans certains états pathologiques de la moelle et du cerveau.

Resterait à indiquer quel genre d'altération de la moelle produit les contractures; il est probable que ces altérations sont peu appréciables, fugitives comme les accès, et dès lors on est conduit à l'idée d'une affection nerveuse qui se rapprocherait de la chorée, par exemple. Il ne faut pas se dissimuler qu'il est difficile ainsi de s'expliquer tous les phénomènes, la couenne du sang, entre autres, et malheureusement le traitement est peu propre ici à éclairer la question.

Si les opiacés ont paru faire avorter le troisième accès, ils ont été évidemment peu efficaces dans les deux premiers; d'ailleurs, on ne doit point oublier qu'on ne saurait apporter une trop grande réserve quand il s'agit d'apprécier l'action des médicaments dans les maladies périodiques, à symptômes fugaces.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Des anévrismes des os. — Tumeur anévrismale du condyle interne du fémur. — Ligature de l'artère fémorale. (Suite du numéro du 15 mai.)

Les détails que nous avons donnés sur l'anatomie pathologique (*voir* le numéro 57 de la *Gazette des Hôpitaux*) font facilement comprendre que les divers topiques appliqués sur la tumeur seraient sans aucun effet pour en procurer la guérison. Il faut de toute nécessité recourir à une opération. Les opérations qui ont été proposées contre cette affection sont :

1° La *résection*, bornée à la portion de l'os altérée;

2° L'*amputation*;

3° La *ligature de l'artère* dont les branches versent le sang dans la tumeur.

Quand on étudie avec soin, dit M. Roux, les cas les plus avérés des tumeurs fongueuses sanguines des os dont l'histoire est déposée dans les annales de la science, on voit qu'il s'en trouve bien peu dans lesquels l'ablation de la tumeur elle-même eût été praticable, sans de grands risques, et avec quelque espoir de succès; c'est seulement à la tête et sur quelques parties du tronc qu'on pourrait songer à user d'une telle ressource. L'auteur rapporte ensuite l'observation très curieuse d'une malade à qui un chirurgien de Genève pratiqua l'ablation d'une partie des parois du crâne devenues anévrismatiques : la malade succomba quelques jours après cette ablation. C'est le seul cas que nous possédions d'une résection bornée à la partie altérée de l'os.

Plusieurs fois, au contraire, lorsque la tumeur était située sur l'un des membres, on a pratiqué l'amputation, et c'est peut-être encore l'unique opération convenable, lorsque la destruction du tissu osseux est portée à un certain point, comme par exemple dans le cas observé par Scarpa, où l'extrémité articulaire du tibia se trouvait complétement séparée de la diaphyse.

L'analogie qui existe entre les anévrismes osseux et les anévrismes proprement dits, suggéra à Dupuytren l'heureuse idée d'appliquer aux premiers le traitement que l'on emploie pour les seconds, c'est-à-dire la ligature. Ce fut en 1819 que cette opération fut pratiquée pour la première fois par ce chirurgien dans le cas qui nous occupe. Plus tard, en 1826, M. Lallemand y eut également recours. M. Roux vient de publier deux cas nouveaux.

Le malade opéré par Dupuytren est présenté comme ayant été guéri; cependant il est dit dans l'observation qu'il sortit de l'hôpital conservant encore de la tuméfaction, sans battements à la vérité. Puis, l'auteur ajoute que longtemps après cette première opération la tumeur reprit un volume considérable et nécessita l'amputation qui fut pratiquée en 1826, plus de six ans par conséquent après la ligature de l'artère fémorale.

Il est à regretter que l'on n'ait point indiqué si la tumeur qui existait encore lors de la sortie du malade de l'hôpital, avait fini par disparaître entièrement. L'époque de la récidive aurait dû également être indiquée d'une manière moins vague. Nous saurions alors à quoi nous en tenir sur la durée de cette terminaison qui ne fut que temporaire.

Dans le cas qui appartient à M. Lallemand, il y eut aussi, dit l'auteur, une guérison; mais nous exprimerons à l'occasion de ce fait les mêmes regrets que nous avons manifestés en parlant du cas de Dupuytren. En effet, il serait bon que pour des faits aussi importants on ne se bornât pas simplement à affirmer la guérison; il faudrait dire si la tumeur a disparu complétement ou incomplétement; si le tissu osseux qui avait été refoulé excentriquement par la tumeur anévrismale est revenu peu à peu sur lui-même; si la perte de substance qu'avait éprouvée le tibia a été réparée par des productions osseuses nouvelles; si le membre a recouvré complétement ses mouvements normaux; enfin combien il a fallu de temps pour que tous ces changements s'accomplissent.

Dans l'un des deux faits publiés par M. Roux, nous voyons que ce chirurgien lia l'artère brachiale pour une tumeur pulsative de l'extrémité inférieure du radius; mais les progrès du mal ne furent arrêtés que pendant quelques semaines, et l'on fut obligé de recourir à l'amputation. Dans ce cas, l'insuccès s'explique aisément, car il y avait une combinaison de l'anévrisme osseux avec une dégénérescence cancéreuse.

Dans sa seconde opération, M. Roux fut plus heureux; immédiatement après la ligature de l'artère fémorale, la tumeur, qui occupait l'extrémité supérieure du tibia, s'affaissa et ne présenta plus de battements. Pendant les jours suivants il ne se manifesta aucun accident, la tuméfaction continua à décroître, et cinq mois après l'opération l'état du malade était des plus satisfaisants. Voici les détails consignés dans le mémoire de M. Roux :

« Lorsque le malade a quitté Paris pour retourner dans sa famille, quinze jours ou trois semaines après sa sortie de l'hôpital, il s'en fallait bien peu que toute trace, je ne dirai pas seulement de la maladie de l'os, mais du changement de volume et de forme que le tibia avait éprouvé dans sa partie supérieure par le fait de cette maladie, eût disparu complétement. Là où le mal avait existé, l'os paraissait un peu irrégulièrement configuré; il était encore un peu plus volumineux que dans l'état naturel, et peut-être restera-t-il tel indéfiniment; mais aucun point de sa surface n'était mou, ni dépressible au doigt; il n'y avait pas l'ombre de pulsation : partout il avait sa dureté normale. S'il différait à la vue de l'os du côté opposé, c'était à un bien faible degré. Cependant l'articulation du genou conservait quelque peu de raideur; elle ne jouissait pas encore de toute la liberté de ses mouvements, surtout l'extension de la jambe sur la cuisse ne se faisait pas encore complétement. Le malade avait donc quelque chose à espérer du temps, sous ce dernier rapport, bien qu'il fût déjà dans la possibilité de reprendre ses travaux. »

On trouverait encore dans les auteurs plusieurs exemples de ligatures pratiquées pour des tumeurs pulsatives que l'on croyait être des anévrismes osseux; mais les progrès de la maladie ou l'anatomie pathologique ayant démontré qu'il s'agissait de tumeurs cancéreuses, je ne crois pas devoir mentionner ici ces opérations.

En résumé, sur trois cas dans lesquels la ligature a été pratiquée pour des anévrismes osseux non compliqués de cancer, nous avons trois guérisons dont une temporaire.

Ces résultats, bien que n'étant pas complétement satisfaisants, doivent engager cependant les chirurgiens à pratiquer la ligature de l'artère principale du membre avant de recourir à l'amputation pour une semblable affection.

M. Roux, qui admet que ces tumeurs sont formées par un tissu érectile, cherche à expliquer comment la ligature de l'artère principale qui échoue le plus souvent lorsqu'on l'applique aux tumeurs érectiles développées dans les parties molles, réussit pour les tumeurs pulsatives des os. Il applique aux os l'explication très ingénieuse qu'il a donnée des réussites que l'on observe après la ligature de l'artère carotide pour les tumeurs érectiles de l'orbite. Ainsi, dit M. Roux, dans les os, la circulation n'a pas, à beaucoup près, l'activité qu'elle présente dans les parties molles; les parties tant soit peu distinctes les unes des autres de l'appareil circulatoire d'un os, n'ont entre elles que de bien faibles communications, et ces communications n'ont lieu que par des vaisseaux d'une excessive ténuité; de même que cet appareil, pris dans son ensemble, dépend à peine, pour la circulation, des parties molles qui l'environnent. Il y a donc quelques chances pour qu'après la ligature de l'artère principale d'un membre, dont l'un des grands os est le siége d'une tumeur fongueuse sanguine, le sang ne soit rapporté dans cette tumeur, ni très promptement, ni avec beaucoup de force, ni en quantité considérable, et conséquemment pour que par cette ligature on obtienne une guérison complète de la maladie.

Cette explication repose sur cette donnée anatomique, à savoir que les anévrismes osseux sont constitués par un tissu érectile; or, nous avons vu que l'on ne saurait admettre l'existence de ce tissu que dans la première période. Dans la seconde, nous pensons que les choses doivent se passer comme dans les anévrismes proprement dits, c'est-à-dire, que le sang se coagule dans la poche anévrismale; que les vaisseaux qui venaient s'y aboucher sont oblitérés dans une certaine étendue; que la résorption s'empare des caillots, et que la poche revient graduellement sur elle-même; de même que l'on voit l'orbite se rétrécir peu à peu après l'extraction du globe oculaire.

On comprend d'ailleurs que ce retrait doit être ici beaucoup plus lent que lorsqu'il s'agit ici d'un anévrisme développé au sein des parties molles; car l'enveloppe osseuse ne peut se rétrécir aussi promptement qu'une poche formée par les membranes artérielles et le tissu cellulaire.

Est-il besoin de dire que cette opération sera pratiquée avec d'autant plus de chances de succès, que l'anévrisme sera plus récent et moins volumineux; que la perte de substance éprouvée par l'os sera moins considérable.

Ajoutons que si les battements reparaissaient après la ligature, on pourrait, à l'exemple de Dupuytren, appliquer avec avantage un compresseur sur l'artère principale du membre immédiatement au-dessus de la tumeur, comprimer la poche elle-même en même temps qu'on ferait à sa surface des applications froides et astringentes.

Tel est le tableau que nous avons pu tracer des anévrismes osseux d'après les faits consignés dans les annales de la science; mais, il faut l'avouer, ces faits sont peu nombreux, quel-

---

tres; jet aussi abondant, aussi plein qu'à aucune époque de la vie. Après quinze jours employés à ses affaires, M. D..... vient me voir, j'explore l'urètre, 7 millimètres passent d'emblée; point de tendance à la reproduction. J'ai appris récemment que la guérison s'est maintenue.

— M. L..., docteur en médecine à Milan, vint me trouver, au mois de février 1843, par le conseil de M. le professeur Cantoni, pour recevoir mes soins à l'occasion d'une grande difficulté d'uriner dont il était affecté depuis plusieurs années, laquelle était causée par des rétrécissements qui avaient résisté à deux tentatives de traitement.

M. L... désirait prolonger son séjour à Paris le moins possible. Aussi, dès que j'eus acquis la certitude de la résistance de l'obstacle à une prompte dilatation temporaire, je me déterminai à employer la dilatation permanente rapide. Une circonstance encore m'y décidait; c'est qu'il y avait deux angusties, et l'une d'elles était située à treize centimètres, c'est-à-dire dans la portion spongieuse de l'urètre, et que celles-là demandent plus souvent pour s'effacer une pression continue. Le second obstacle, plus étroit que le premier, admettait seulement un millimètre et demi. Une bougie de ce calibre y séjourna d'abord une demi-heure, puis une sonde de deux millimètres succéda et demeura vingt-quatre heures. Le second jour, je passai trois millimètres et demi; le quatrième, quatre, cinq; le cinquième, six, six et demi; le sixième, sept, sept et demi. Celle-ci resta vingt-quatre heures. Après deux jours de repos, pendant lesquels des bains de deux à trois heures furent pris, je complétai et affermis la cure par la dilatation temporaire; des bougies de cinq, six, sept millimètres et demi furent introduites, quatre jours de suite, un quart d'heure chacune; elles étaient libres dans le canal, et les rétrécissements ne paraissaient avoir aucune tendance à se reproduire.

— M. P..., cinquante-quatre ans. Urétrite à vingt-deux ans, guérie, après deux mois, par des injections. A 40 ans, le volume du jet de l'urine a diminué. La progression décroissante a été très lente, puisqu'elle a mis quinze ans à rétrécir l'urètre, au point de menacer de l'oblitérer. Le malade urinait gros comme un fil et avec beaucoup d'efforts. L'appréhension de la sonde et des bougies éloignait M. P... de se faire traiter. Cédant pourtant aux instances de M. Rouget Saint-Pierre, son médecin, il vint se confier à mes soins. Pour franchir l'angustie, située à quinze centimètres et demi, je fus obligé de descendre jusqu'à la bougie d'un demi-millimètre, suivie bientôt de 1, 1 1/2, 2 millimètres; mais nous fûmes arrêté à ce point, et, après six séances, nous n'avions point fait de progrès; ce que voyant, je mis en usage la dilatation permanente rapide. Le cinquième jour, l'élargissement était complet.

— M. R..., de Paris, quarante-trois ans. Première gonorrhée à l'âge de vingt ans, qui dure dix-huit mois. Injections pendant les derniers six mois; point de diminution du jet de l'urine. A vingt-quatre ans, seconde gonorrhée, qui dure sept mois. Six ans après, diminution du jet; augmentation graduelle de trente-deux à quarante-deux ans; suppression du jet, l'urine ne coule plus que goutte à goutte : il faut un quart d'heure pour vider la vessie. M. Vosseur, médecin du malade, l'engage à me consulter. Rétrécissement à 15 1/2 centimètres, admettant une bougie capillaire. Peu de jours nous étant accordés pour le traitement, nous adoptons la dilatation permanente brusque. Après une succession de bougies de 1, 1 1/2, 2 1/2 millimètres, pour laquelle nous employons deux heures, je passe une petite sonde que je fixe pendant douze heures; après quoi les sondes sont changées et augmentées de volume de dix en dix heures. Le troisième jour, l'urètre admettait 7 millimètres. Après trente heures de repos, introduction temporaire chaque jour des grosses bougies. La guérison se soutient depuis trois ans.

— M. de La V... Rétrécissement très fort à 15 1/2 centimètres. Une seule gonorrhée à vingt et un ans. Point d'injections. Diminution du jet après cinq ans, croissante pendant cinq autres années; jet comme un fil. Suppression momentanée de l'écoulement de l'urine; elle cède à des bains.

M. le docteur Guillot, de Rennes, m'adresse le malade. Rétrécissement très fort à 15 1/2 centimètres, admettant 1/2 millimètre seulement; élargissement jusqu'à 3 millimètres; puis arrêt dans la dilatation. Après plusieurs jours d'essais répétés et infructueux pour aller au delà, emploi de la dilatation permanente coup sur coup, légère cystite le second jour qui force de suspendre. Reprise après deux jours de repos. Le septième jour, admission facile de sept millimètres. Maintien de l'élargissement par la dilatation temporaire quotidienne pendant cinq jours. Guérison.

— M. M..., attaché au Théâtre-Italien, quarante et un ans. Bubon à dix-huit ans; première gonorrhée à vingt ans; puis, pendant six ans, chaudepisse chaque année. Point d'injections. A vingt-sept ans, diminution du jet de l'urine. A vingt-huit ans, rétention complète qui dure douze heures; seconde attaque de rétention quelques mois après. A vingt-neuf ans, M. M..... part pour le Mexique : dans le trajet de la Vera-Cruz à Mexico, troisième rétention; cathétérisme pratiqué avec une sonde d'argent par le docteur Binazi, qui vide la vessie. A trente-deux ans, étant à New-York, nouvelle rétention d'urine; cathétérisme évacuatif par le docteur Naudet. Retour en Italie; traitement au moyen des bougies fait par le docteur Chicheri, de Milan. Dilatation jusqu'à la bougie n° 5 seulement (4 millimètres). Etat stationnaire pendant deux ans, puis diminution graduelle du jet, qui est réduit presque à rien.

M. M..., étant dans cet état, vient me consulter. Je reconnais à 15 centimètres un rétrécissement dans lequel une bougie de 1 millimètre est serrée. Il se laisse distendre par la dilatation temporaire jusqu'à 2 millimètres, puis il résiste. Emploi de la dilatation permanente coup sur coup, comme il a été dit plus haut. Dilatation complète le sixième jour. La guérison se maintient depuis plusieurs années.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le docteur Plauk, de Moscou, a observé une épidémie de parotidites à la Maison des orphelins de cette ville. Trois cents enfants ont été atteints; les deux sexes figurent dans ce nombre en proportion égale. La maladie semblait plutôt le résultat d'une altération particulière de l'air, que de l'abaissement de la température; elle n'atteignait pas les enfants au-dessous de sept ans; elle était surtout fréquente à l'âge de la puberté. Il ne paraît point que sous d'autres rapports cette épidémie ait différé de celles dont la science possède déjà l'histoire.

ques-uns même incomplets sous plusieurs rapports. Aussi, après les avoir rassemblés, analysés et comparés les uns aux autres dans le but d'éclairer le diagnostic si obscur de cette affection, nous reste-t-il encore beaucoup à désirer! N'importe, pour compléter l'histoire d'une maladie imparfaitement connue, comme celle des tumeurs anévrismales des os, deux tâches sont à remplir ; la première consiste à rassembler les faits déjà connus, et la deuxième à en recueillir de nouveaux en les étudiant sous tous les points de vue.

La première tâche, relativement aux anévrismes osseux, nous l'avons remplie le mieux qu'il nous a été possible. Quant à la seconde, elle ne peut être, à cause de la rareté de cette lésion du tissu osseux, que l'œuvre du temps et de plusieurs observateurs. Sans vouloir nous borner ici à signaler cette lacune de la science, nous venons dès aujourd'hui ajouter aux faits connus un fait récent que nous rapporterons dans un prochain numéro, avec tous les détails qu'il comporte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai. — Présidence de M. Caventou.

M. Boullay lit, au milieu du bruit des conversations particulières, plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales dont les conclusions sont adoptées.

— *M. Aug. Bérard*, après avoir répondu en peu de mots aux observations présentées par M. Bussy, dans la dernière séance, sur les pièces d'anatomie artificielle de MM. Cartaux et Chailly, donne une nouvelle lecture des conclusions de son rapport, qui sont adoptées.

— *M. P. Dubois.* J'ai l'intention de présenter quelques considérations à l'Académie sur un point de pratique encore litigieux et sur lequel j'ose espérer pouvoir jeter quelques lumières. Il s'agit du bec-de-lièvre et de l'époque de la vie à laquelle il convient de l'opérer. Les considérations que j'ai à faire valoir étant basées sur des faits qui ont été soumis à mon observation, je dois, avant tout, en indiquer les principales circonstances. Néanmoins, qu'il me soit permis de rappeler à l'Académie que des objections très graves, qui ont entraîné la conviction d'un très grand nombre de praticiens, ont été faites à l'opération du bec-de-lièvre pratiquée sur les très jeunes enfants. Les faits que j'ai observés affaiblissent et renversent même la plupart de ces objections, ainsi que l'Académie pourra s'en convaincre en me prêtant sa bienveillante attention, et en examinant les trois petits enfants que j'ai fait amener dans la salle du conseil.

Il y a quatre ans à-peu-près qu'un jeune médecin me fit appeler pour examiner un enfant nouveau-né atteint de bec-de lièvre simple, à gauche. Mon confrère désirait que l'opération fût immédiatement pratiquée ; il connaissait cependant et je lui rappelai l'opinion de mon père, dont il avait été l'élève, opinion entièrement contraire à l'opération sur les nouveau-nés. Il insista, et comme je souffrais alors d'un abcès phlegmoneux au bras, l'opération fut confiée à M. Jobert, et pratiquée le lendemain avec toute l'habileté qu'on connaît à notre collègue. Elle réussit parfaitement, l'enfant pouvait opérer la succion quelques jours après et la guérison fut parfaite. Malheureusement six mois après, une maladie tout à fait indépendante de l'opération, fit succomber ce petit enfant.

Quelques mois après, une sage-femme qui avait été élève à la Maternité, me fit appeler pour un enfant qui venait de naître avec un bec-de-lièvre simple, situé à gauche. Encouragé par le fait précédent, je l'opérai le lendemain de sa naissance, et j'obtins une guérison parfaite. Mais des circonstances de fortune ne permirent pas, comme je le conseillais, de donner une nourrice à cet enfant qui, faible et débile, succomba quelques mois après par suite de nourriture insuffisante ou donnée sans intelligence.

Un peu plus tard, j'opérai un enfant né de la veille, portant un bec-de-lièvre simple, situé encore à gauche ; succès immédiat et guérison parfaite.

Le 8 du mois dernier, j'ai reçu un enfant portant un bec-de-lièvre simple, situé toujours à gauche. Opération immédiate; succès.

Quinze jours après, M. le docteur Sestier réclama mes conseils pour un enfant né de quinze jours avec un bec-de-lièvre situé à gauche, compliqué, celui-ci, d'un léger écartement du voile du palais. Opération ; succès.

Il y a quelques jours, un enfant naquit à la Maternité avec un bec-de-lièvre simple situé à gauche. Opération cinq jours après la naissance ; la cicatrisation s'opère avec rapidité.

Ces trois derniers enfants sont ceux que j'ai fait conduire à l'Académie, et sur lesquels on peut voir les résultats remarquables de l'opération.

Enfin, un jeune médecin distingué qui a été chef de clinique dans mon service, M. le docteur Depaul, a pratiqué cette opération en ville sur un nouveau-né, et le succès a été rapide et complet.

Voilà, Messieurs, les faits racontés brièvement, mais d'une manière suffisante pour apprécier les résultats. Je crois qu'il n'est pas téméraire d'en conclure que l'opération du bec-de-lièvre peut être faite avec succès chez les enfants nouveau-nés, et que ces faits, qui d'ailleurs ne sont pas rares, ne doivent pas être regardés, ainsi qu'on l'a prétendu, comme d'heureuses exceptions.

Que l'Académie me permette maintenant d'entrer dans quelques détails.

J'ai employé dans toutes mes opérations le procédé ordinaire, c'est-à-dire que j'ai ravivé les bords de la solution de continuité; j'ai implanté des épingles à insectes et j'ai fait la suture entortillée. Je dirai que ces épingles à insectes ont un inconvénient, celui d'être trop longues eu égard à leur ténuité. Je n'ai pas employé le procédé de M. Malgaigne, qui n'est que celui de M. Clémot, de Rochefort. Il est très probable que M. Malgaigne ne le connaissait pas, et qu'il a cru de très bonne foi l'avoir inventé. Je ne l'ai pas employé, non pas que je veuille faire son procès ; il peut être utile dans d'autres circonstances. Mais chez les enfants, à qui il est si important d'épargner la douleur, je n'en ferais pas usage, surtout pour des cas simples comme ceux auxquels j'ai eu affaire.

Je n'ai pas employé le bandage unissant, et en cela j'ai suivi la pratique de mon père. Je n'ai pas eu recours non plus au secours d'une main étrangère pour maintenir les sutures. Ces moyens sont impraticables chez les enfants nouveau-nés.

La douleur a été vive, mais passagère ; les enfants, et c'est une circonstance favorable, n'en ont ni la prévision, ni le souvenir. Le pansement a eu lieu plusieurs fois pendant le sommeil.

Les enfants ont rendu peu de sang, excepté un seul. Chez deux malades du sang a été avalé, l'un l'a vomi, chez l'autre il a suivi le canal digestif sans occasionner aucun accident. Je note ce fait à dessein, car cette circonstance que les enfants pouvaient avaler du sang a été signalée comme une contre-indication à l'opération.

Le pansement a été facile et peu douloureux....

M. Aug. Bérard. Pourrais-je demander à M. Dubois ce qu'il entend par pansement ?

M. P. Dubois. Je veux dire que j'ai changé les fils. J'ai retiré les épingles à une époque un peu plus éloignée que chez l'adulte, le troisième ou le quatrième jour. J'ai agi ainsi à cause de l'absence du bandage unissant.

J'ai changé les fils vingt ou vingt-quatre heures après l'opération.

Après avoir retiré les épingles, je n'ai pas employé d'agglutinatifs d'aucune sorte.

Chez aucun de ces enfants les épingles n'ont coupé les tissus, comme on a pu le craindre en pensant à la mollesse des tissus à cet âge ; mais cette mollesse est compensée par leur grande vascularité, qui les rend insécables.

Tous ces enfants ont été alimentés comme ils l'étaient avant et par des moyens qui exigeaient des efforts de succion. Ceci est important, car la plus sérieuse objection qui ait été faite à l'opération chez les jeunes enfants, a consisté précisément à faire valoir la difficulté, l'impossibilité même de l'alimentation. Les partisans de l'opération n'ont pas été même exempts d'exagération à cet égard en soutenant que les nouveau-nés pouvaient supporter facilement deux et trois jours d'abstinence. C'est là, Messieurs, une très grande erreur. Cela n'est vrai que pour les enfants malades ; mais l'opération du bec-de-lièvre n'altère en rien leur santé, et je crois que le défaut d'alimentation a été pour beaucoup dans les insuccès obtenus. Quant à mes opérés, deux ont été nourris au biberon, tous les autres par une nourrice, et cela immédiatement après l'opération, pour tous, excepté un seul qui n'a pris le sein que dans la journée.

Une autre objection a été puisée dans les cris et les pleurs de ces jeunes enfants opérés. Mais on s'est beaucoup exagéré cet inconvénient ; en général, les enfants crient peu, et si les aiguilles et les fils ont été bien placés, les cris ne dérangent rien à l'appareil. Un de mes opérés a poussé des cris excessifs, si excessifs que j'ai eu regret d'avoir fait l'opération, et que j'ai éprouvé la crainte de la voir totalement manquer ; c'est celui de tous mes opérés qui a eu la cicatrice la plus belle.

On a dit qu'on ne gagnait rien à opérer les enfants si jeunes, et que la cicatrisation s'opérait aussi bien à un âge plus avancé. Tout ce que je puis dire, et ce dont l'Académie peut se convaincre, c'est que les cicatrices que j'ai obtenues sont les plus belles possibles, et qu'il y a lieu d'espérer que la trace s'en effacera de plus en plus.

On a dit : Mais par cette opération vous augmentez les chances de mort, déjà si grandes à cet âge. Je ne veux pas combattre la gravité de cette objection. Cependant il faut distinguer. Dans des cas de bec-de-lièvre double et compliqué d'écartement des os, sur des enfants faibles et maladifs, non il ne faut pas opérer ; je m'en abstiendrai toujours. Je ne conseille l'opération, et je désire que cela soit bien entendu, que dans des cas de difformité simple, et sur des enfants robustes et en plein état de santé.

Aucun accident n'a suivi l'opération et n'est venu entraver la guérison.

Un motif qu'on peut faire valoir en faveur de l'opération chez les enfants, c'est la facilité que l'on procure pour leur éducation.

Une autre considération qui n'aurait pas dû échapper à des médecins, c'est, Messieurs, que c'est un très grand malheur pour quelques familles que la venue d'un enfant avec un bec-de-lièvre, que c'est un grand chagrin pour une mère, chagrin incessamment renouvelé par la vue d'autres enfants exempts de cette difformité. De sorte, à mon sens, que si l'opération peut changer ces dispositions du cœur et de l'esprit, cette opération peut et doit être pratiquée.

Je termine en faisant remarquer que c'est une chose rare que trois opérations de bec-de-lièvre dans un espace de temps si rapproché. Par une coïncidence singulière, nous avons eu en mai une série de difformités nombreuses et variées.

M. Dubois les énumère, mais nous ne pouvons le suivre.

Messieurs, par une série de faits j'ai montré le succès de l'opération du bec-de-lièvre chez les enfants nouveau-nés ; j'ai fait voir qu'elle avait été exempte d'accidents ; j'ai combattu les objections qu'on lui avait faites ; je crois donc que les opinions généralement reçues sur ce sujet peuvent être modifiées, sinon abandonnées.

Témoignages de satisfaction.

(Nous avons vu les enfants présentés par M. P. Dubois. Sur deux, la cicatrice est complète et très belle en effet, à peine reste-t-il une petite encochure peu sensible. Sur le troisième, l'opération était trop récente, et les tissus encore trop tuméfiés pour qu'on pût apprécier le résultat définitif, mais tout fait croire qu'il sera semblable à celui des deux autres.

M. Husson. Je croyais avoir entendu M. Dubois annoncer qu'il donnerait une explication de la fréquence du bec-de-lièvre sur le côté gauche de la lèvre.

M. Dubois répond qu'il n'a rien annoncé de semblable, et qu'il ne pourrait donner aucune explication plausible de ce fait singulier.

M. Roux commence par remercier M. Dubois de cette intéressante communication. Mais il ne voudrait pas que par l'influence de ses paroles on érigeât en précepte général l'opération du bec-de-lièvre chez les enfants nouveau-nés. Quant à la cause de la fréquence du bec-de-lièvre sur le côté gauche de la lèvre, il la trouve dans l'inégalité des forces native, organique et primordiale départies au côté gauche du corps. Les considérations et les faits de M. Dubois ne sont relatifs qu'à des cas de bec-de-lièvre simple et dégagé de toute complication ; il est important de noter cela. Dans de telles circonstances, M. Roux est aujourd'hui un peu plus d'accord avec M. Dubois qu'il ne l'était auparavant. Il a toujours témoigné beaucoup d'appréhension contre l'opération sur de très jeunes enfants. Il a été témoin de faits très fâcheux : un jour, c'est un enfant qu'on trouve mort dans son lit le lendemain de l'opération ; un autre jour, pendant l'opération, c'est une longue syncope qui fait croire que l'enfant est mort ; dans une autre circonstance, le petit opéré ne pouvait plus prendre d'aliments. Mais peut-être, ajoute M. Roux, ces cas n'étaient-ils pas tout à fait exempts de complication, et dans ces cas, en thèse générale, il y a danger d'opérer.

M. Roux voit cependant un grand avantage à opérer les jeunes enfants qui sont atteints en même temps d'écartement de la voûte palatine, c'est que le rapprochement des lèvres facilite singulièrement l'adhésion de la voute palatine, en avant seulement ; car la solution de continuité persiste en arrière et nécessitera plus tard l'opération de la staphyloraphie.

M. Roux termine en disant qu'il est fort difficile d'élever aucun précepte général relatif au bec-de-lièvre, que c'est une difformité présentant de grandes variétés dont chacune mérite un examen particulier.

M. P. Dubois insiste de nouveau sur la distinction qu'il a établie entre les cas simples et les cas compliqués ; les premiers seuls sont opérables chez les jeunes enfants, et sur une interpellation de M. Roux il ajoute qu'il n'a pas détruit chez ses jeunes opérés les adhérences qui existent entre les bords des solutions de continuité de la lèvre avec les gencives ; il croit ce préliminaire inutile.

La discussion s'éteint et la séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mai 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. le secrétaire perpétuel communique à l'Académie la lettre suivante qui lui est adressée par M. Aubert Roche.

L'Académie des sciences aura sans doute eu connaissance de la nouvelle ordonnance, en date du 22 mai, qui abolit les quarantaines pour les provenances du Maroc, de la Grèce, et de Tunis. Dans les mémoires que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, ce qui regardait ces différents pays n'était que secondaire ; je m'occupais surtout de la Turquie, de la Syrie et de l'Egypte, où les intérêts français se trouvent principalement lésés par suite de l'abolition des quarantaines pour les provenances de ces contrées, par l'Autriche et l'Angleterre. J'ai démontré comment ces puissances se substituaient à la France dans le commerce de l'Orient, et lui enlevaient les avantages de sa position géographique. Sans nul doute l'ordonnance qui vient d'être rendue est un progrès ; mais dans le rapport au roi qui la précède, je ne sais quel mauvais génie a pu conseiller M. le ministre du commerce ; il semble vouloir endormir l'opinion publique par cette concession. Je crois donc devoir signaler à l'Académie le passage suivant, et l'avertir que le ministre s'appuie sur elle pour gagner du temps.

Voici ce passage :

« Les questions relatives à l'origine et à la propagation de la peste
» sont, même parmi les hommes qui ont fait des sciences médicales
» l'étude de toute leur vie, l'objet d'opinions très diverses, l'Académie
» des sciences et l'Académie de médecine ont nommé des commissions
» pour rechercher les faits et préparer la solution de ces questions dé-
» licates ; elles examinent, et la lenteur de leur travail en révèle toute
» l'importance et toute la difficulté ; or, quand ces corps savants déli-
» bèrent encore, quand ils hésitent, l'administration a-t-elle le droit
» de trancher de telles questions ? »

Je ne sais trop comment les Académies apprécieront ces paroles, mais elles me semblent trop ironiques ; car le ministre ne les a pas consultées pour abolir les quarataines de la Grèce, du Maroc et de Tunis, modifier celles de Tripoli, tandis qu'il attend leur opinion pour celles de la Turquie, de la Syrie et de l'Egypte ! Il n'ignore pas que la commission de l'Académie des Sciences n'a encore rien fait et qu'elle ne fera rien. Si donc M. le ministre attend après cette décision, il peut attendre encore bien des années. Il y a plus de quatre ans que la commission est nommée.

Quoi qu'il en soit, M. le secrétaire perpétuel, les paroles insérées au *Moniteur* mettent l'Académie en demeure de se prononcer. Je vous prierai donc de vouloir bien demander à la commission si elle fera son rapport ; il est de son devoir d'arriver à une conclusion, et si elle ne le peut, de se déclarer incompétente. S'il ne s'agissait que d'une question scientifique, je n'insisterais pas ainsi ; mais il s'agit d'intérêts nationaux lésés et tenus en suspens. Le silence favorise l'Autriche et l'Angleterre. L'Académie des sciences doit réclamer une prompte solution si elle ne se rend indirectement complice des dommages causés à notre pays. Sa considération lui ordonne même d'agir ainsi, puisque le ministre du commerce se sert officiellement d'elle comme d'un bouclier.

Après avoir donné communication de cette lettre, M. Arago, secrétaire perpétuel, interpelle la commission, qui garde le silence. M. Flourens vient au secours de la commission, en déclarant que la commission ne sait pas seulement où sont les pièces. Ce qui excite le rire de toute l'assemblée.

REVUE GÉNÉRALE.

Tumeur fongueuse de la jambe. — Le *Medical Times* de décembre 1844, contient le fait suivant, fort intéressant sous divers rapports : Ch. Russel, âgé de vingt-sept ans, papetier, est entré le 29 juillet 1844 à King's College hospital. Ce malade s'est toujours bien porté ; il a toujours mené une vie régulière. Il y a quatre ans qu'il s'est aperçu d'une petite tumeur du volume d'une noisette placée à la partie inférieure externe de la jambe, à 3 pouces des malléoles. La petite tumeur fit d'abord des progrès insensibles, de sorte que le malade n'y faisait point attention. Depuis deux mois les progrès du mal sont plus rapides ; cette tumeur est molle, insensible. Une compression est faite avec un bandage roulé, appliqué depuis le bas de la jambe jusqu'en haut. Le malade se livre à ses occupations ; mais depuis trois jours la tumeur avait beaucoup grossi ; elle était devenue violacée, ulcérée à sa surface, et sur le point entamé il s'est élevé une fongosité saignant facilement. Un bandage roulé, des compresses mouillées sont appliquées ; on conseille le repos.

Quelques jours après le malade ayant marché toute la journée, la tumeur saigna abondamment, et c'est alors qu'il est entré dans le service de M. Partridge.

Au moment de son entrée, il est pâle, affaibli par les pertes de sang ; en enlevant l'appareil, on voit la tumeur saigner de nouveau. Un bandage légèrement compressif, de l'eau de Goulard, sont employés ; le membre est placé dans une position élevée ; le malade ne souffre point ; les ganglions de l'aine ne sont point engorgés ; la tumeur est molle, élastique, et le fongus élevé sur elle offre le volume du poing ; elle est mobile, non douloureuse, et la santé du malade n'est pas altérée. Ces considérations décident M. Partridge à en pratiquer l'extirpation plutôt que de faire l'amputation de la jambe. Le 31 juillet il procéda à cette opération : la tumeur est circonscrite par deux incisions demi-elliptiques ; elle est ensuite séparée, disséquée avec soin ; on voit alors qu'elle adhère au périoste du péroné, et qu'une portion de cette masse s'est glissée entre les muscles péroniers, qu'il a fallu diviser pour pouvoir l'extirper en entier. Pendant cette dissection l'artère péronière est blessée ; ce vaisseau est immédiatement lié. La plaie produite par cette opération, à cause de sa largeur, ne peut pas être réunie par première intention. Les bords sont rapprochés à l'aide de bandelettes de linge mouillé placées autour du membre, à partir de la cheville jusqu'au genou.

Le 1er août le malade passe une bonne nuit ; l'appétit est bon. — Diminution dans la quantité des aliments ; pendant quelques jours, pansement à l'eau.

Le 5, le fil de l'artère tombe ; les granulations se développent. (Même pansement jusqu'au 21 août.) — On continue le même pansement ; alors la plaie est cicatrisée à la circonférence. (Les pansements ordinaires sont remplacés par des bandelettes.) — Le malade sortit le 27 novembre parfaitement guéri.

Tumeurs verruqueuses développées sur les cicatrices. — Le docteur John Macpherson a inséré dans *The London medical Gazette* un travail sur ce sujet, dont les *Annales de Chirurgie* publient l'extrait suivant :

Les tumeurs formées sur les cicatrices ne sont pas chose rare chez les habitants du Bengale ; ordinairement, elles se forment sur des cicatrices de brûlures, sur les cautérisations avec le fer rouge faites sur la région de la rate dans le but de diminuer le volume de cet organe ; enfin, on les observe sur les cicatrices qui succèdent aux coups de verge si fréquemment employés dans l'armée anglaise comme punition disciplinaire. Ces productions ont quelque chose de mauvaise nature, localement, sans pourtant infectionner l'économie. On peut diviser leur marche en plusieurs périodes.

1° Une portion ou la totalité de la cicatrice se gonfle ; ce gonflement est mou, non douloureux.

2° Les tumeurs augmentent, s'endurcissent, forment alors une ou plusieurs verrues molles à l'extérieur, mais cartilagineuses dans leur épaisseur. Si on les coupe, alors elles sont d'une couleur blanche, dense comme fibreuse ; elles commencent à devenir douloureuses.

3° A ce moment, ces productions se vascularisent, se ramollissent dans leur centre, deviennent douloureuses, et ont de la tendance à se réunir les unes aux autres et former une seule masse.

4° L'ulcération commence, elles prennent alors le caractère squirrheux ; dans le principe, les malades s'en occupent très peu ; c'est à la longue, vers la troisième période, qu'ils commencent à s'en occuper et qu'ils consultent un médecin. L'enlèvement de ces productions est préférable à la cautérisation.

Obs. — Un condamné porte sur l'épaule droite de petites tumeurs qu'il attribue aux coups qu'il a reçus sept ou huit ans auparavant. Ces productions sont dures au toucher ; leur sommet est aplati, elles sont douloureuses. On les enlève avec le bistouri ; la plaie guérit facilement En les examinant, on voit qu'elles sont dures, fibreuses, non vasculaires ; elles offrent les caractères du squirrhe au premier degré.

Une vieille femme porte sur une ancienne cicatrice de brûlure au bras gauche, une tumeur verruqueuse ayant près de quatre pouces de longueur; elle est formée par trois tumeurs réunies, et quelques points de leur surface sont vasculaires; elles commencent à s'ulcérer.

Tétanos consécutif à une luxation du pouce.— Dans un mémoire intéressant sur les luxations des phalangee des doigts, M. Malgaigne a cité le fait suivant, dû au docteur Wanderbuch :

Le 16 novembre 1825, M. S..., garde à pied du corps du roi, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, tomba sur la main droite de telle manière que la presque totalité de la première phalange du pouce fit saillie à travers les parties molles de la face dorsale, la réduction des parties luxées fut incontinent faite; mais on appliqua ensuite un bandage si serré que l'éminence thénar et les parties circonvoisines ne tardèrent pas à s'engorger et à s'abcéder.

Le 21, le blessé se promenant par un temps froid et humide, éprouve tout à coup de l'engourdissement dans la main et l'avant-bras. Bientôt une roideur tétanique s'empare du cou, s'étend à tout le rachis et aux membres inférieurs; cet état dure toute la nuit, et se dissipe le lendemain matin.

Le 22, au soir, retour des mêmes phénomènes, qui cessent comme la première fois, et des accès tout semblables se répètent tous les jours jusqu'au 27, où le malade entra à l'hôpital de Thionville.

L'examen de la plaie fit reconnaître, 1° un déchirement assez considérable des parties molles de la face palmaire du pouce, avec rupture des tendons; et malgré la première tentative de réduction, issue de la phalange à travers la plaie; 2° un reste d'inflammation à l'éminence thénar, et entre le pouce et l'index deux petites ouvertures attestant que cette partie s'était abcédée.

La main du malade ayant été plongée dans un bain émollient, la phalange est ensuite réduite et maintenue dans sa position normale à l'aide d'un bandage compressif dont l'action s'étend à tout l'avant-bras, et qui est de temps à autre arrosée d'uue décoction émolliente.

Je ne décrirai pas les nombreux accès de tétanos qui tourmentèrent le malade jusqu'au 7 décembre, et qui, à partir de ce jour, diminuèrent sensiblement d'intensité et de durée, pour disparaître enfin le 14. La plaie pendant tout ce temps marchait, bien que lentement, à la cicatrisation, et celle-ci fut complète le 16, deux jours après la dernière secousse tétanique.

Là encore, malgré la gravité de la luxation, c'est bien moins à elle qu'il faut imputer les accidents qu'au bandage trop serré et à l'imprudence du malade.

Tumeur encéphaloïde. — Les *Annales de la chirurgie* contiennent l'observation suivante extraite du journal anglais *The Lancet* : Un enfant de neuf ans, de parents bien portants, eut, il y a deux ans (en 1842), une attaque de rhumatisme aigu aux extrémités intérieures; aussitôt guéri de son mal dont la durée a été de six semaines, il fut envoyé à l'école, où il reçut, en jouant avec un camarade, un coup à la cuisse.

Vers la fin de 1843, sa mère s'aperçut qu'il avait de la peine à marcher et qu'il traînait la jsmbe droite. Au mois d'août suivant, le jeune malade se plaignit de douleurs dans la cuisse; ses parents consultèrent alors un médecin. En examinant le membre avec soin, on a reconnu au côté externe de la cuisse une tumeur du volume d'un œuf, adhérente à l'os placée à trois pouces de l'articulation iléo-fémorale. Dans le commencement, les progrès du mal furent insensibles; plus tard ils turent rapides, la tumeur devint douloureuse. Le jeune malade est obligé de garder le lit; son membre est très volumineux, il mesure 2 pieds 8 pouces de circontérence. Deux jours avant la mort du malade, les eschares se forment sur la tumeur, se détachent, et donnent issue à du sang et de la matière cérébriforme. Au commencement de la maladie, on emploie un traitement antiphlogistique, des sangsues, des cataplasmes. On croyait alors que le mal se terminerait par un abcès; plus tard, on reconuut qu'on avait affaire à une affection de mauvaise nature : des toniques, des opiacés ont été prescrits sans résultat. On avait posé la question de savoir s'il serait convenable d'amputer le membre.

L'autopsie, taite 36 heures après la mort, démontre que la tumeur occupe toute la cuisse depuis le genou et la partie supérieure de la jambe, et est tormée par une masse sanguinolente semblable à celle qui s'écoulait par les eschares pulpeuses et rougeâtres; près des os, sa consistance est cartilagineuse, mêlée de spicules osseuses. Le témur était brisé près du condyle; dans cet endroit il avait subi une dilatation, un évasement, et sa substance s'était ramollie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des articulations ; par M. BONNET, de Lyon. Deux volumes in-8° et atlas in-4°.

A l'époque actuelle, la tendance des esprits n'est rien moins qu'une tendance à la généralisation. La science se divise, se morcelle; chaque organe, chaque appareil d'organes, devient le sujet de mémoires, de travaux, de monographies plus ou moins volumineuses. Cette direction vers les spécialités, envisagée au point de vue purement scientifique, n'est certainement point un mal, en ce sens que les recherches qui en sont le résultat sont nécessairement plus complètes, plus approfondies, plus fécondes en conséquences pratiques, fondées qu'elles sont sur l'étude des altérations pathologiques dont chacune des parties de l'économie peut être le siége. Comment se fait-il donc, se demande M. Bonnet, qu'au milieu de cette tendance générale à la *spécialisation*, les maladies articulaires, les arthropathies, n'aient encore fait le sujet d'aucun traité d'ensemble ? Ce n'est point la rareté des sujets d'études, ce n'est point à l'étendue de la question que l'on doit s'en prendre, mais bien plutôt à l'insuffisance des recherches dont elles ont été le sujet, et au peu d'efficacité des moyens thérapeutiques dirigés contre elles. M. Bonnet a pensé qu'en profitant des travaux des anciens, et en y joignant ceux des contemporains, ainsi que ses propres recherches, le sujet était assez éclairé et la thérapeutique assez puissante pour lui permettre de composer un Traité des maladies articulaires aussi complet que ceux qui ont été publiés jusqu'à présent sur les lésions les mieux étudiées d'un organe ou d'un appareil organique.

L'ouvrage de M. Bonnet comprend trois grandes divisions, que nous allons successivement examiner. La première partie est toute consacrée aux générélités du sujet : l'anatomie pathologique générale des maladies articulaires, considérées dans leurs parties molles, leurs parties osseuses, les produits morbides, dont les états pathologiques variés qui les affectent déterminent la sécrétion, l'étiologie générale et le diagnostic de ces maladies sont d'abord examinés; puis vient la thérapeutique envisagée également au point de vue général, et l'appréciation des méthodes de traitement conseillées pour les combattre. Dans ce dernier chapitre, l'auteur passe successivement en revue les traitements locaux, émissions sanguines, révulsifs extérieurs, cautérisations; les moyens mécaniques, l'immobilisation des membres, la compression. Enfin, ceux empruntés aux agents de l'hygiène, les bains, les douches, les eaux minérales, les alcalis, les préparations iodurées, tous agents qui constituent le traitement général, terminent cette première partie, dans laquelle l'auteur fait preuve d'une vaste érudition, d'une longue expérience, et à la tois d'un remarquable esprit philosophique.

Dans la deuxième partie, l'auteur a tracé l'histoire des diverses espèces de maladies articulaires, considérées indépendamment des articulations qu'elles peuvent affecter, l'entorse, les plaies et contusions de l'articulation, l'arthrite aiguë et chronique, les hydarthroses, les tumeurs fongueuses, les abcès des articulations, l'enkylose. On remarquera dans cette partie du livre de M. Bonnet deux chapitres consacrés à l'histoire générale du rhumatisme articulaire aigu et chronique, à leur symptomatologie, à leur traitement, chapitres détaillés formant une monographie complète, et contenant des recherches précieuses et d'utiles enseignements. Nous citerons, entr'autres, un paragraphe tout original, et pour lequel l'auteur a été forcé de négliger les documents incomplets fournis par les auteurs les plus modernes, nous voulons parler de celui qui est relatif à l'anstomie pathologique des articulations dans le rhumatisme articulaire aigu. Disons en passant que pour l'auteur, ce sont les synoviales dans lesquelles existent spécialement les lésions anatomiques dans le rhumatisme aigu; le tissu fibreux ne lui paraît jamais pouvoir être affecté primitivement. Enfin nous ne passerons point sous silence la description de la goutte, confondue à tort par quelques auteurs avec le rhumatisme chronique, et que M. Bonnet croit avec raison devoir en séparer, principalement en raison de la différence des caractères anatomiques, et des productions particulières que contiennent les articulations des goutteux.

La troisième partie comprend l'étude des caractères spéciaux des maladies de chaque articulation en particulier. Dans cette division, la plus immédiatement pratique de son livre, M. Bonnet examine chaque articulation suivaot son importance et la fréquence des maladies qui peuvent l'atteindre : le genou d'abord, la hanche, l'articulation tibio-tarsienne, scapulo-humérale, huméro-cubitale; il termine par celles du poignet et de la colonne vertébrale. Pour chacune de ces articulations, il passe en revue chacune des altérations particulières, dont il a donné, dans la deuxième partie, l'histoire générale et détaillée : contusions, plaies, inflammation, etc.; et de plus, les luxations avec leurs variétés, et les moyens de les réduire. L'auteur s'est surtout étendu avec le plus grand soin sur le diagnostic de certaines de ces maladies, diagnostic encore malheureusement trop souvent obscur, et sur lequel la connaissance la plus approfondie des rapports anatomiques lui ont permis de jeter quelquefois du jour.

Un atlas de seize planches accompagne l'ouvrage de M. Bonnet. L'auteur y a fait représenter de nombreuses pièces d'anatomie pathologiques, parmi lesquelles quelques-unes montrent tout le parti que l'on peut tirer de l'emploi des injections forcées dans les articulations après la mort, d'après la méthode pour la première fois indiquée par M. Bonnet. Le livre dont nous venons de rendre compte comble heureusement une lacune qui existait dans la pathologie. C'est un titre de plus que vient d'ajouter M. Bonnet aux titres nombreux que ses remarquables travaux lui avaient acquis déjà à la considération de tous les hommes qui s'occupent sérieusement de l'exercice de l'art médical.

Y.....

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 MAI 1845. (18e ANNEE.) N°. 64. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Daupbine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 30 MAI 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Blandin vient de rétablir les narines, chez une femme, suivant un mode ingénieux, qui se rapporte au procédé imaginé par M. Velpeau et décrit à la page 295 du tome III de sa *Médecine opératoire*.

Une femme avait eu le nez dévoré par un lupus. Il y a trois ans environ, M. Blandin combla le vide de la face avec la peau du front. Ce qui en résulta n'est pas magnifique; mais, en vérité, quand on se représente le hideux aspect d'un visage sans nez, on doit s'en contenter et même s'en applaudir. Au bout de quelque temps, les narines se fermèrent, complétement du côté droit, incomplétement du côté gauche, c'est-à-dire que de ce côté un étroit pertuis subsistait. M. Blandin, cherchant à se rendre compte de cette différence entre les deux narines, reconnut que, à gauche, la peau de la lèvre se continuait avec la muqueuse du plancher des fosses nasales, et que la présence du tégument sain en ce point avait empêché l'occlusion totale de la narine. De là le procédé qui a été employé.

Puisque la peau avait empêché l'occlusion complète d'un côté, il fallait se servir d'elle pour l'empêcher tout à fait des deux côtés. On a commencé par le côté gauche. Deux incisions parallèles, dans le sens de l'ouverture naturelle de la narine, ont été faites à partir du pertuis, et un petit lambeau longitudinal a été disséqué, puis relevé d'arrière en avant.

De cette manière, le bord antérieur de la narine s'est trouvé doublé d'un lambeau de peau. La narine est donc garantie en avant comme elle l'était déjà en arrière par la portion de tégument que nous avons dit se continuer de la lèvre à la muqueuse du plancher nasal. Le lambeau a été maintenu en place à l'aide d'une mèche. Huit jours après, l'opération a été faite du côté opposé. Ici il n'y avait point de pertuis; l'occlusion était complète. Deux incisions parallèles ont été pratiquées comme de l'autre côté; la portion de peau circonscrite par ces deux inclsions a été coupée par le milieu. Il en est résulté une espèce d'H allongé. Chaque moitié de cet H a été disséquée, l'antérieure d'arrière en avant, la postérieure en sens contraire; puis les deux petits lambeaux ont été relevés l'un en avant, l'autre en arrière, et maintenus au moyen d'une mèche.

L'air sort avec force par les deux narines, et le résultat est parfait. M. Blandin continuera longtemps l'emploi des mèches, et fera porter ensuite des canules d'argent jusqu'à ce qu'il puisse penser que la tendance des narines à revenir sur elles-mêmes n'existe plns.

— Une opération de bec-de-lièvre très compliqué vient d'être faite, dans le service chirurgical de l'hôpital des Cliniques, sur un enfant de deux mois, par M. Nélaton. Le bec-de-lièvre était double, avec division de la voûte palatine et du voile du palais; de plus, les os inter-maxillaires réunis entre enx, séparés des os maxillaires, constituaient un tubercule long de vingt millimètres, haut de douze, supporté par un pédicule et légèrement mobile lorsqu'on le pressait. La portion des lèvres correspondante à ce tubercule était représentée par un petit lobule arrondi, rosé, ayant le volume de la moitié d'une petite noisette, et adhérent, immédiatement au-dessous de la sous-cloison nasale, à la face antérieure du tubercule inter-maxillaire. Celui-ci était donc en grande partie directement exposé à l'air, et sa muqueuse avait pris, aussi bien en avant qu'en arrière, l'aspect du tissu cutané des lèvres. Pédiculé supérieurement, comme nous l'avons dit, il offrait un bord arrondi qui se continuait insensiblement avec ses bords latéraux, lesquels portaient chacun, chose singulière, un follicule dentaire surmonté d'une petite dent, qui était l'incisive latérale. Ce qui était encore très remarquable, c'est que les os maxillaires s'étant rapprochés avaient pris en grande partie la place des os inter-maxillaires, d'où il résultait que le tubercule osseux précité se trouvait forcément rejeté sur un plan antérieur aux lèvres elles-mêmes. En repoussant ce tubercule en arrière avec les doigts, on était arrêté par les os maxillaires. Les orifices des narines se continuaient sans séparation avec la fente palatine. Quant à la voûte de ce nom, elle n'était plus représentée de chaque côté que par une crête longitudinale peu considérable qui suivait la face interne des os maxillaires et se continuait en arrière avec chaque moitié du voile du palais. La cloison des fosses nasales était très épaisse; son bord inférieur était arrondi; elle s'était abaissée entre les os maxillaires, d'où est résulté un affaissement très prononcé du nez. En outre, elle dépassait en avant le bord alvéolaire et s'avançait jusqu'au niveau des lèvres, où elle donnait insertion au tubercule inter-maxillaire, dont la situation sur un plan très antérieur s'explique ainsi par deux raisons: le rapprochement des os maxillaires et cet allongement de la cloison.

Nous avons décrit ce vice de conformation avec détail, à cause de l'intérêt qu'il présente, et nous sommes heureux d'avoir pu nous aider de notes très précises qui nous ont été fournies par M. Robin, interne de M. Nélaton.

En présence de pareilles dispositions anatomiques, il était impossible de penser à refouler le tubercule inter-maxillaire, même en enlevant, comme l'a proposé M. Blandin, une portion triangulaire à base inférieure de la cloison du nez. Le peu d'écartement des os maxillaires relativement à la largeur de ce tubercule, était un empêchement absolu au refoulement. Ajoutons que, chaque os inter-maxillaire portant une dent sur son bord latéral, on s'est demandé comment cette dent aurait trouvé sa place s'il eût été possible de mettre le tubercule inter-maxillaire en rapport avec les os maxillaires. A la vérité, rien n'aurait été plus facile que d'exciser le follicule dentaire.

On aurait pu faire la place nécessaire au tubercule inter-maxillaire en excisant une partie des os maxillaires; mais alors restait la difficulté provenant de la forte saillie de ce tubercule en avant, saillie qui aurait nécessité l'excision d'une portion de la cloison nasale à la manière de M. Blandin. Il était donc beaucoup plus simple d'exciser ce tubercule: c'est aussi ce qui a été fait. Le lobule labial a été préalablement disséqué, et on l'a conservé. L'opération a été simple. Il s'est écoulé environ soixante grammes de sang. L'enfant en a perdu davantage, car il a eu, le soir, une selle formée presque entièrement de caillots. Nous ferons connaître les résultats de l'opération. N'oublions pas de dire que, nonobstant les difficultés que ce vice de conformation a dû apporter à l'alimentation, la santé de l'enfant était parfaite.

— Un cas bien remarquable s'est présenté dans le service de M. Briquet, à l'hôpital Cochin. C'est celui d'une femme de trente-huit ans, d'un embonpoint énorme, ayant fait une fausse-couche au deuxième ou troisième mois, à la suite de laquelle elle a éprouvé une métrorrhagie abondante et prolongée. A son entrée à l'hôpital, l'écoulement de sang était remplacé par celui d'un liquide séro-sanguinolent fétide. La malade était arrivée au dernier degré de l'anémie: stupeur; parole difficile; susurrus continu dans les artères carotides; pouls très petit, à plus de 100; soif vive; douleurs dans le bas-ventre. On remarquait une singulière tendance de la malade à se laisser aller du côté gauche; c'était au point que l'on fut obligé de barrer le lit de ce côté afin de l'empêcher de tomber. On prescrivit des boissons astringentes. On fit des injections froides. L'hémorrhagie s'arrêta; mais la malade, épuisée, succomba. On trouva au centre de l'hémisphère droit du cerveau, un foyer apoplectique autour duquel la substance cérébrale était ramollie dans une assez grande étendue. Ainsi s'explique la tendance à tomber du côté gauche que nous avons notée. Mais ce n'est point là ce qu'il y avait d'essentiel dans l'observation; il fallait savoir quelle circonstance avait produit cette métrorrhagie qui avait épuisé la malade.

L'utérus avait le volume ordinaire. Il renfermait un corps de la forme et de la grosseur du testicule, recouvert d'une membrane ressemblant à la tunique albuginée. Ce corps tenait à l'utérus par des adhérences d'apparence charnue. Il était comme ulcéré à sa partie antérieure. On l'incisa: il était spongieux. En le pressant, on en faisait sortir du sang. A n'en pas douter, c'était le placenta. La surface interne de l'utérus était piquetée de rouge. Les taches s'étendaient à la profondeur d'un millimètre environ. Maintenant par quel mécanisme l'hémorrhagie s'est-elle opérée? Le sang, continuant à se porter vers l'utérus et à passer dans le placenta, malgré l'expulsion du produit, a-t-il trouvé une issue à travers cette solution de continuité du placenta, qui ne nous paraît être autre chose que la plaie résulta nt de la brusque séparation du cordon ombilical? ou bien le placenta retenu, agissant à la façon d'un polype, a-t-il déterminé une exhalation sanguine? Nous pencherions plutôt vers la première opinion, avec M. Richard, interne, qui a rapporté le cas et montré les pièces à la Société anatomique. Quant à l'apoplexie, on peut y voir un phénomène secondaire, lié à la liquéfaction du sang, suite de l'hémorrhagie.

— Un typhoïque du service de M. Rayer a eu un écoulement de sang par l'oreille, un *érysipèle* et une éruption très confluente de sudamina. La substance cérébrale était fortement injectée; la pie-mère gorgée de sang. Nous ne parlons pas des lésions intestinales. Dans notre opinion, l'écoulement de sang par l'oreille est, pour ainsi parler, une epistaxis typhoïde auriculaire, et l'érysipèle est de même nature que les pétéchies: c'est le même phénomène sur une plus large surface. Tout cela dépend de l'altération du sang. Celui-ci, en partie défibriné, traverse ses vaisseaux et infiltre la peau ou s'exhale à la surface des muqueuses. Si l'infiltration est multiple et par petites places, vous avez des taches; si elle a lieu sur un seul point de la peau et abondamment, vous avez quelque chose comme un érysipèle, qui n'est qu'une vaste pétéchie. Si la sérosité du sang défibriné se sépare des globules, et que l'infiltration s'opère dans ces conditions, au lieu de taches vous aurez des sudamina. Taches, *érysipèles*, sudamina, épistaxis, *otite hemorrhagique*, hémorrhagies intestinales: formes diverses d'un phénomène unique.

— La médecine des vieillards est difficile. On se trompe dans le traitement; on se trompe pour le pronostic. Un vieillard est atteint de pneumonie; vous le saignez une, deux, trois fois. Le pouls tombe. Vous croyez l'avoir guéri; il meurt au bout de deux jours. L'état du pouls exprimait l'épuisement du dynamisme, et non pas la résolution de la phlegmasie. Il faut y prendre garde. Un cas de ce genre s'est présenté dernièrement dans le service de M. Rayer; mais un praticien aussi expérimenté ne pouvait s'y laisser tromper, et çà été pour lui une occasion d'éclairer sur ces fallacieuses apparences les médecins qui se perfectionnent en suivant ses visites.

— On est très préoccupé, à l'hôpital de la Charité, d'une femme qui présente un cas insolite. Elle se dit enceinte depuis trois ans et demi, et elle fait sur ce thème des histoires qu'il est fort inutile de reproduire. Elle a le ventre très volumineux, régulièrement arrondi, sonore à gauche, mat du côté droit, autant du moins que nous avons pu en juger, car elle se plaint et se remue dès que l'on palpe ou que l'on percute son abdomen. Celui-ci, spontanément et plus encore lorsqu'on le touche, est agité de mouvements énormes, et très douloureux si l'on en croit la physionomie de cette femme pendant qu'ils ont lieu. Il semble qu'un objet volumineux se transporte subitement d'un côté à l'autre de l'abdomen. Ces mouvements ont été beaucoup plus violents. La malade dit qu'auparavant l'*enfant* (car elle ne doute pas qu'elle ne porte un enfant vivant) tournait sur lui même, ce qui la faisait souffrir plus qu'elle ne souffre aujourd'hui.

Souvent, lorsque les mouvements du ventre vont se produire, la malade commence par contracter subitement les muscles de la partie inférieure du tronc, et alors on est porté à supposer une simulation; mais d'autres fois il nous a paru bien positivement que les mouvements se passent uniquement dans le ventre. Ce ne sont point des mouvements *successifs* et *partiels*, comme ceux dont nous avons parlé à propos de la clinique dn professeur Dubois. Ce sont, nous le répétons, des mouvements de totalité dans lesquels il semble y avoir une locomotion rapide d'un corps intra-abdominal d'un côté à l'autre. Plusieurs personnes exercées ont touché cette femme, et ont reconnu à n'en pas douter que l'utérus est vide. Voici maintenant, parmi les détails que la malade fournit confusément, ceux qui peuvent être utiles: Il y a trois ans et demi environ, elle se crut enceinte; elle eut ses règles jusqu'au quatrième ou cinquième mois, puis elle cessa d'être menstruée. Au neuvième mois, elle éprouva tous les phénomènes de la parturition, sauf l'expulsion de l'enfant. A partir de ce moment, elle sentit dans son ventre les mouvements que nous avons decrits, et la menstruation se rétablit. Neuf mois après ce semblant de parturition, elle éprouva encore une fois les douleurs de l'enfantement, et elle expulsa ce qu'elle appelle des *morceaux de la poche* (elle a eu un enfant). Ce phénomène s'est reproduit une troisième et une quatrième fois, et toujours à neuf mois d'intervalle. Suivant elle, il ne doit pas manquer de se reproduire au terme de la cinquième *neuvaine*, selon son expression. En voilà assez pour faire connaître ce cas extraordinaire.

Que peut avoir cette femme? Son moral n'est pas très sain; mais le moral ne peut rien sur le volume du ventre. Il ne paraît pas non plus qu'elle soit hystérique, car elle n'a éprouvé aucun des symptômes de l'hystérie. Y aurait-il eu une grossesse extra-utérine, et ces mouvements seraient-ils le résultat de l'action musculaire sollicitée par l'irritation que le cadavre du fœtus déterminerait dans le ventre? Voilà une hypothèse dont la démonstration est impossible. Notons que l'idée d'une simulation de la part de cette femme est contredite par sa volonté formelle de quitter l'hôpital si on ne la débarrasse promptement. Elle gémit d'être éloignée de sa famille. D'ailleurs on peut simuler le mouvement et la douleur, mais on ne simule pas le volume. Il y aura probablement lieu à ce que nous revenions sur ce cas étrange.

— Un fait curieux et extrêmement rare, puisqu'un praticien tel que M. Andral ne l'a jamais observé, s'est présenté dans le service de M. Cruveilhier. Un individu qui a succombé avec un épanchement pleurétique du côté gauche, offrait ceci de particulier qu'il y avait deux poches, l'une supérieure renfermant de la sérosité, au milieu de laquelle nageait le poumon; l'autre inférieure dont la paroi supérieure était constituée par la base du poumon, et qui contenait du pus en

grande quantité. Le poumon du côté opposé était œdémateux. Si, dans ce cas, on avait pratiqué la paracenthèse du thorax, on n'aurait vidé que l'une des poches. C'est ce qui arriva sur un enfant, à M. Cruveilhier, de qui nous tenons le fait. Un épanchement existait; ce professeur pratiqua l'empyème. Il resta de la matité supérieurement. M. Cruveilhier diagnostiqua une seconde poche, et, plusieurs mois après, le cas ayant eu une issue funeste, ce diagnostic fut confirmé anatomiquement.

— Il y a, dans le service de M. Vidal (de Cassis), à l'hôpital du Midi, un homme qui, à la suite d'une saignée, a été affecté de phlébite, et à la suite de cette phlébite, de tous les accidents de l'infection purulente. Il ne peut être douteux que cet homme n'ait été *infecté*. S'il n'avait eu des abcès que dans le membre qui a été saigné (le droit), on n'aurait aucune preuve en faveur de l'existence de l'infection, et il n'y aurait même pas lieu d'en parler. Mais il a eu des abcès dans diverses parties du corps; il a eu notamment une arthrite purulente de l'articulation scapulo-humérale gauche. Le malade a offert de la stupeur, la fuliginosité des dents et la sécheresse de la langue. Il a éprouvé des douleurs pleurétiques extrêmement vives avec dyspnée intense. M. Vidal a eu recours à la méthode évacuante. C'est là assurément un des cas les plus remarquables que l'on puisse citer. Il ne doit pas être perdu pour les chirurgiens, qui, M. Sédillot l'a dit avec beaucoup de raison, sont trop pessimistes et comme paralysés dans le traitement de l'infection purulente. Le professeur de Strasbourg croit qu'en agissant convenablement sur la plaie, et en cherchant par les évacuants à expulser l'élément toxique, on pourrait quelquefois enrayer la pyohémie. Il rapporte un cas dans lequel on peut penser qu'il a su obtenir un résultat si désirable (*Annales de la Chirurgie*, 1842).

— M. Vidal continue à pratiquer le débridement du testicule dans les cas d'orchite que nous avons spécifiés d'après lui, toujours avec le même résultat. Un malade de son service, qui souffrait extrêmement et n'avait pas de sommeil depuis plusieurs jours, nous a dit avoir été soulagé immédiatement par cette opération, qui, nous aimons à la répéter, n'a jamais eu les suites que l'on avait redoutées, et, au contraire, n'a donné lieu à aucun accident en aucun cas.

— M. Gerdy a établi une classe d'abcès qui se forment autour des os malades et qu'il appelle circonvoisins ou abcès de voisinage. Ces abcès se distinguent essentiellement de ceux que ce professeur appelle *assifluants* et dans lesquels la collection est en communication plus ou moins directe, d'une manière plus ou moins éloignée avec un os altéré. Mais les abcès circonvoisins ne se rencontrent pas seulement dans les maladies des os, et M. Gerdy en fait une classe générale. Ainsi, dernièrement, à la suite de l'introduction simple d'une bougie dans l'urètre, il s'est formé, chez un homme de son service, un abcès au périnée, sans communication avec l'urètre, comme on s'en est assuré en poussant dans ce canal un liquide coloré. Cet abcès (qui a amené la mort du malade) était un abcès circonvoisin. De même, un abcès de ce genre s'est formé près de l'anus chez un individu qui avait été opéré d'une hydrocèle par l'injection. On s'est assuré qu'il n'y avait pas eu de liquide irritant infiltré dans le tissu cellulaire des bourses. L'abcès de la marge de l'anus était isolé. Entre lui et la piqûre du trois-quarts les tissus étaient sains.

Cette classe des abcès circonvoisins, envisagés d'une manière générale, est très importante et mériterait un travail spécial qui pourrait présenter un grand intérêt.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer ce que nous avions à dire de la cautérisation du col utérin au moyen du fer rouge. X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons sur les maladies de l'encéphale.

(Suite du n° du 22 mai.)

Des expériences nombreuses qui ont été faites autrefois par M. Flourens et plus récemment par M. Longet, ainsi que de quelques faits pathologiques rapportés par divers auteurs, on est en droit de conclure que parmi les tubercules quadrijumeaux, les fonctions des tubercules *nates* se rapportent à l'exercice de la vision. M. Magendie avait d'abord nié cette influence, mais plus tard de nouvelles expériences et quelques observations pathologiques le déterminèrent à admettre cette opinion. Les usages des tubercules *testes*, malgré toutes les investigations de ces habiles physiologistes, sont restés entièrement méconnus. Il est cependant fort probable qu'ils sont le siége de fonctions spéciales de même que les précédents, et il faut espérer que plus tard, malgré la difficulté d'opérer sur des organes aussi peu volumineux et aussi profondément situés, la pathologie aidant, on parviendra à découvrir le rôle qu'ils jouent. Dans un tel état de choses, si l'on avait à localiser les névroses des différentes parties des centres nerveux, il serait bien difficile de dire au juste quelles espèces de névroses doivent être localisées dans les tubercules quadrijumeaux. Ce qui nous paraît le plus probable, c'est que certaines affections dites nerveuses de la vue et des mouvements des yeux, pourraient bien avoir quelquefois pour point de départ une névrose de ces tubercules.

Des opinions nombreuses et souvent contradictoires ont été tour à tour émises sur les fonctions du cervelet, que l'on a totalement méconnues, jusqu'au moment où la physiologie expérimentale est intervenue comme moyen d'investigation. On sait aujourd'hui, d'une manière à peu près positive, que le cervelet n'est point doué de sensibilité proprement dite; cependant dans les maladies qui affectent cet organe, s'il se manifeste des céphalalgies plus ou moins violentes, nous pensons qu'elles doivent être expliquées par la réaction sympathique sur les nerfs sensitifs voisins plutôt que par le développement anormal d'une sensibilité qui n'existait pas à l'état physiologique, ainsi que le prouve M. Longet, dont l'opinion est du reste empruntée à Bichat. L'action du cervelet sur les sens et les phénomènes intellectuels est nulle.

M. Flourens est le premier qui ait fait des expériences concluantes, et qui ait reconnu dans le cervelet le pouvoir coordinateur des mouvements. Nous avons également étudié cette question par la voie expérimentale, et nous avons été autorisé à dire que ce pouvoir n'est pas aussi étendu que M. Flourens l'avait admis. Le cervelet nous paraît évidemment n'avoir d'action que sur les conducteurs des mouvements de locomotion. Toutes les fois qu'on lèse le cervelet chez les animaux, on détermine des lésions, des troubles dans leurs mouvements, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est l'agitation, le désordre de ces mouvements, qui font ressembler ces animaux à des individus ivres. Si on l'irrite un peu plus profondément sans le détruire entièrement, on détermine des phénomènes vraiment analogues aux phénomènes épileptiques; quelquefois même la bouche se remplit d'eau (1).

Si l'on détruit en grande partie le cervelet, surtout par la cautérisation, qui vaut mieux que les autres moyens, car elle ne donne pas lieu à des hémorrhagies, on est étonné de voir les animaux ne pouvoir plus se tenir en équilibre ni marcher sans tomber. Du reste, tous les mouvements ne sont pas rendus désordonnés par la lésion du cervelet; c'est ainsi que la circulation, la respiration, la déglutition, en un mot, tous les mouvements instinctifs, s'exécutent encore parfaitement bien.

M. Flourens avait donc exagéré le rôle du cervelet en le regardant comme le coordinateur de tous les mouvements; et, pour être plus exact, comme nous l'avons déjà avancé précédemment, on ne doit le regarder que comme le conducteur de tous les mouvements de locomotion, de transport d'un lieu à un autre, de station, etc., et de toutes les différentes allures dont cette classe de mouvements se compose.

En résumé, Rolandeau et Reil plaçaient dans le cervelet la source de tous les mouvements, cet organe réagissant sur ceux de la locomotion à la manière d'une pile voltaïque. Pour M. Flourens, il n'en est que le coordonnateur, tandis que, selon nous, il est le siége de cette faculté qu'ont les animaux de se maintenir en équilibre et d'exécuter les divers actes de la locomotion. Nous avons démontré, du reste, dans le Traité de l'encéphalite, que le cerveau coordonnait certains mouvements, ceux de la parole en particulier.

Le cervelet n'a-t-il que cette fonction? n'est-il pas le siége de l'amour physique, comme le prétendait Gall? C'est ce qui n'est pas encore démontré, tant s'en faut; cependant les arguments présentés par Gall en faveur de son hypothèse sont, il est vrai, assez en rapport avec la bonne observation. Mais cet observateur avait négligé, pour arriver à la connaissance exacte de cette question, les moyens les plus propres à le conduire à la découverte de la vérité; nous voulons parler des expériences sur les animaux vivants. Pour nous qui, du vivant de Gall, avons combattu cette partie de sa doctrine, nous devons déclarer que rien de ce que nous avons observé, depuis nos premières recherches, ne nous autorise à changer d'opinion. Les observations cliniques tendent plutôt à infirmer qu'à confirmer les expériences physiologiques; mais il faut avouer qu'elles laissent beaucoup à désirer.

Il est bien certain, pour en revenir à la méthode que Gall a suivie, que les personnes dont la nuque est très développée, sont très disposées aux plaisirs de l'amour; et chez les animaux, les taureaux, les étalons le plus portés à la copulation sont aussi ceux dont la nuque est plus large. Mais il n'y a pas que le cervelet qui soit en rapport avec cette partie de la tête; en sorte que cet argument n'est pas d'une grande valeur. En outre, les observations dans lesquelles on a vu l'érection et même l'éjaculation survenir dans le cours de certaines maladies du cervelet, telles surtout que les épanchements et les contusions profondes, ne prouvent absolument rien, vu que ces phénomènes (l'éjaculation et l'érection) devraient être entièrement paralysés, si réellement le cervelet était l'organe où siége le principe des fonctions génératrices. Cependant, est-ce à dire, pour cela, que ces fonctions ne sont pas influencées par le cervelet? C'est, certes, ce que personne ne voudrait affirmer actuellement d'une manière positive. Il peut être possible qu'une partie restreinte du cervelet préside seule à ces phénomènes; et il serait bien étrange, de même qu'il est aussi peu probable, qu'une masse aussi considérable que le cervelet soit tout entière destinée à un seul ordre de phénomènes communs à tous les animaux, ceux de la génération.

Mais les phénomènes de la locomotion, de la marche, sont-ils bien réellement influencés par le cervelet; ou n'y a-t-il qu'une portion de cet organe destinée à la coordination des divers mouvements de locomotion, tandis qu'une autre partie de ce centre nerveux serait réellement, ainsi que Gall l'avait prétendu, chargée de présider aux instincts et aux phénomènes de la génération? Et, outre cela, le cervelet ne présiderait-il pas à d'autres fonctions par quelques autres parties?... Ce sont autant de questions insolubles dans l'état actuel de la science, et jusqu'à ce que nous ayons des faits cliniques, des expériences sur les animaux qui nous donnent des renseignements positifs à cet égard, nous nous en tiendrons à l'opinion que nous avons émise précédemment; car, en vérité, rien ne prouve, loin de là, que le cervelet soit le siége du principe de l'amour physique.

Nous devons nous occuper maintenant des fonctions du cerveau lui-même. Celui-ci se compose, comme vous le savez, de parties différentes, parmi lesquelles les masses circonvolutionnaires, les corps striés, les couches optiques sont les plus importants à étudier.

Saucerotte pensait que les corps striés, en vertu d'un entrecroisement dans le sens antéro-postérieur, présidaient aux mouvements des membres abdominaux. Cette opinion fut accréditée par MM. Foville, Pinel-Granchamp, qui eurent occasion d'observer quelques faits pathologiques presque confirmatifs, et par M. Serres, qui dit avoir, dans ses expériences sur les animaux, constamment obtenu le même résultat. L'action croisée se montrerait également d'un côté à l'autre; en sorte que, le corps strié droit étant détruit, soit artificiellement, soit par une lésion pathologique, le membre abdominal gauche doit être paralysé. Dans un ouvrage, nous avons émis sur les rapports qui existent entre le siége du mouvement des membres et celui des lésions cérébrales, une opinion d'après laquelle les corps striés paraîtraient influencer chez l'homme les mouvements des membres inférieurs; mais nous sommes loin d'attacher à cette opinion plus d'importance qu'elle n'en mérite.

M. Magendie avait également émis une opinion sur les fonctions des corps striés. Il faisait résider dans ces organes une force qui portait irrésistiblement les animaux à reculer, tandis que le cervelet était le siége d'une autre force contraire. Dans de telles conditions, si l'on enlevait les corps striés, le cervelet conservant toute son action qui ne se trouvait plus contrebalancée, l'animal s'élançait en avant avec une grande rapidité. M. Magendie renonça bientôt à cette opinion, et MM. Lafargue et Longet vinrent démontrer par des expériences nouvelles: d'abord que l'influence des corps striés sur les membres pelviens n'était pas saisissable; puis que les animaux, à la suite de l'ablation de ces corps, n'étaient pas irrésistiblement entraînés en avant, à moins que pendant l'expérience on ne divisât les nerfs optiques et quelques parties sensibles, ce qui, en plongeant les animaux dans une cécité complète, les effrayait beaucoup. En définitive, [illegible] point encore fixé d'une manière positive sur [illegible] corps striés. L'opinion de Willis, qui fait [illegible] centre de toutes les sensations et de tous le[illegible] encore moins vraie que les précédentes.

Quant aux fonctions des couches opti[illegible] pas non plus très bien déterminées. Il p[illegible] dent qu'elles n'ont, malgré leur dénom[illegible] fluence sur le sens de la vue, dont le pri[illegible] tier, comme nous l'avons dit plus haut, d[illegible] *nates*. On doit plutôt les considérer comme des ce[illegible] nervation locomotrice *croisée*, ainsi que le démontrent les expériences de M. Longet et celles qui nous sont propres, que comme présidant aux mouvements spéciaux des membres thoraciques, par opposition aux fonctions qui ont été attribuées aux corps striés par Saucerotte, MM. Foville, Pinel-Grandchamp et Serres. Ces auteurs ont également, dans ce cas, cherché à appuyer leur manière de voir par quelques observations qui nous paraissent loin d'être concluantes. Cependant les lésions pathologiques et les vivisections sont assez en opposition, quant aux résultats; en effet, une lésion pathologique, telle qu'une hémorrhagie, détermine la paralysie, et les vivisections occasionnent, la plupart du temps, ce que nous avons vu être aussi le résultat de la section [illegible] doncules cérébraux, c'est-à-dire un mouvement de manége du côté opposé. Du reste, chez les animaux exécutant le mouvement de manége à la suite de la lésion d'une couche optique, M. Longet n'a jamais vu que la faiblesse du membre antérieur fût plus grande que celle du postérieur. Nous ajouterons que les couches optiques sont insensibles aux a[illegible] elles peuvent être dilacérées sans qu'il n'y [illegible] contr[illegible] dans les muscles, ni apparence de douleur. [illegible]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — [illegible]

LEÇONS SUR LES MALADIES D[illegible]

De l'iritis. (Suite du numéro du 2[illegible] mai.)

Au n° 17 de la salle Sainte-Vierge est couché u[illegible] affecté d'une iritis qui, bien que n'étant pas franch[illegible] guë, peut cependant servir à reconnaître les caractères principaux de cette inflammation. Ce malade éprouve, en effet, des douleurs des tête fixées au côté correspondant à l'[illegible] lade: ces douleurs ont quelque chose de névralgique; il y [illegible] de la photophobie et de l'épipbora qui ne sont pas en [illegible] avec l'intensité du mal; la pupille est déformée et immobile; la coloration de l'iris est modifiée: ce sont là les principaux signes sur lesquels nous avons insisté.

Après avoir fait connaître notre thérapeutique de l'iritis, il nous faut dire un mot des autres médications qui ont été successivement employées.

En dehors des émissions sanguines et du calomel, des moyens de toutes sortes ont été proposés contre l'iritis, et surtout des médicaments dits spécifiques dont nous apprécierons bientôt la valeur. On a voulu d'abord administrer contre l'iritis l'huile de térébenthine; on en a fait prendre à la dose de 30, 40, 50 grammes par jour; c'est véritablement un remède atroce, contre lequel l'estomac se révolte avec énergie, et qui produit chez presque tous les malades des vomissements, de la diarrhée, des coliques, en un mot, une perturbation extrême et même dangereuse; elle peut réussir sans doute à cause de la vivacité de la révulsion qu'elle opère; mais nous ne savons, en vérité, s'il ne vaudrait pas mieux être affecté d'une iritis que de s'exposer à une révolution générale aussi considérable, et qui secoue aussi violemment tout l'organisme.

(1) M. Bouillaud a répété les expériences dont il est question devant ses élèves. Sur un premier pigeon, les deux lobes du cervelet ont été cautérisés, l'animal est devenu chancelant comme s'il eût été ivre; quelquefois, à force de mouvements, il finissait par s'équilibrer et restait un instant en place, puis il faisait encore d'autres mouvements pour chercher encore à s'équilibrer ou conserver son équilibration. Sur un second pigeon, on a cautérisé plus profondément, et l'animal a été dans l'impossibilité de se tenir debout, il s'agitait violemment, se portait un peu en arrière, tombait sur le dos, et, en un mot, tous ces mouvements, désordonnés et très fréquents par instants, tandis que dans d'autres ils étaient nuls, ressemblaient assez aux attaques d'épilepsie.

Pour notre compte, nous ne voudrions pas conseiller de prendre un tel médicament.

Les purgatifs répétés ont été vantés aussi ; nous les avons essayés, et nous n'en avons pas été satisfait. La révulsion qu'ils occasionnent ne nous a pas paru assez constamment avantageuse pour nous décider à en faire usage. Le mieux qui suit leur emploi nous a toujours semblé se faire trop attendre. D'ailleurs, comme leur action prolongée n'est pas non plus innocente, nous croyons qu'on fera sagement de les prescrire seulement alors qu'il ne sera pas possible de recourir à une autre médication.

Quant aux boissons astringentes conseillées par quelques personnes, le cachou, la gomme kine, le simarouba, elles n'ont véritablement point d'efficacité,

En définitive, nous pouvons affirmer qu'à part les émissions sanguines et le calomel, jusqu'à présent aucune médication ne s'est montrée à nous douée d'effet réellement salutaire ; et comme, après tout, le sel mercuriel n'a pour inconvénient que la salivation, facile à gouverner à son gré, à modérer dès qu'on le juge convenable, nous avouons nous en tenir là jusqu'à ce qu'on ait trouvé quelque chose de mieux.

Ici se borne ce que nous voulions dire du traitement de l'iritis aiguë franche ; il est nécessaire maintenant de nous occuper des iritis spécifiques, bien que déjà nous ayons dit quels étaient nos motifs pour ne pas les admettre, à l'exception d'une seule. Ces iritis, dites spécifiques, ont besoin d'être étudiées ; d'abord, parce qu'on en a beaucoup parlé ; puis afin de ne pas tomber dans une confusion dangereuse en combattant seulement par des médications qui soient destinées à attaquer le prétendu principe de la maladie.

Ces iritis spécifiques ont d'ailleurs été considérées de deux manières différentes. Les médecins français ne les admettent pas dans le sens où les Allemands les ont envisagées dans ces derniers temps. Pour ces derniers, quand un individu s'offre à eux avec des symptômes d'iritis qui représentent à leur point de vue l'infection syphilitique, ils jugent la maladie de l'œil spécifique ; si un autre offre les caractères qu'ils attribuent à l'iritis rhumatismale, ou scrofuleuse, ou scorbutique, [illegible]ur eux encore l'iritis est spécifique, alors même que le sujet n'aurait jamais été atteint de syphilis, de rhumatisme, de [illegible] ou de scorbut.

[illegible]us, sur le terrain où nous nous sommes placés en [illegible]tte histoire de l'iritis, nous n'avons point à [illegible] manière d'apprécier les symptômes de la ma[illegible] individu voit les maladies modifiées [illegible]onstitution, et ce fait ne constitue pas [illegible] en effet, un sujet robuste et sanguin ne [illegible] les caractères qu'on observera chez un [illegible]e et [illegible]bilité, et ainsi pour la constitution scrofuleu[illegible] pour toutes les maladies non de l'œil, mais de tous les o[illegible].

Ceux qui o[illegible]é les doctrines contraires à celles que nous professons, ont [illegible]né à chaque espèce d'iritis qu'ils appellent spécifique, d[illegible]ctères matériels auxquels ils prétendent les distinguer ; [illegible]si que l'iritis rhumatismale se reconnaîtrait à une [illegible]hobie et à un larmoiement considérables ; dans cette [illegible], l'anneau rayonné autour de la cornée serait très distin[illegible]ouleur serait plus forte le matin que le soir ; la pupille [illegible] ovoïde de haut en bas. L'iritis syphilitique se reconnaî[illegible] une teinte toute particulière ; l'iris présenterait un[illegible]ur jaunâtre, cuivrée, la rougeur serait disséminée, [illegible]eurs nocturnes ; la pupille serait déformée de man[illegible]résenter une pointe en dadans et en haut. Dans l'iritis [illegible]uleuse, le spasme des paupières est considérable, la pho[illegible]bie et l'épiphora marqués ; la pupille présente un ovoïde [illegible]t la pointe est en dehors et en haut. L'iritis arthri[illegible]ue [illegible]ractérisée enfin, selon ces oculistes, par le brillant de l'[illegible]lat de l'iris, qui paraît lavé, séreux, recouvert [illegible] d'écume ; la pupille présente son ovoïde en travers. [illegible]l y aurait encore des signes pour différencier les [illegible] congestionnelle, nerveuse, laiteuse, scorbuti[illegible] grand nombre d'autres encore ; car on comprend [illegible]ans cette voie il n'y a aucune raison pour s'arrêter, [illegible]ourrait encore créer des iritis de toutes sortes ; par [illegible]des iritis pleurétiques, pneumoniques, péritonéales, [illegible] dire, il n'y a de réel que l'iritis syphilitique.

[illegible]octrines fussent venues d'hommes considérables en [illegible] on conçoit qu'ils auraient dû commencer par dé[illegible]airement que le rhumatisme dépendait d'un vice [illegible] avant d'admettre la spécificité de l'iritis modifiée [illegible]ar ce vice ; or c'est ce qui n'a pas été fait, et même aujourd'hui beaucoup de médecins haut placés n'admettent le rhu[illegible]que comme une inflammation de certains tissus. Aujourd'hui encore, ils sont peu nombreux les médecins qui [illegible]aissent les scrofules comme un vice particulier, spécifique, en dehors de la constitution de l'individu. Si donc les médecins ne croient pas en général qu'il y ait de virus spécifique dans chacune de ces maladies, que deviennent les iritis spécifiques nées sous leur influence ?

Evidemment ceci nous ramène aux doctrines des médecins français qui pensent que l'iritis peut être modifiée par la constitution ou par les maladies actuelles ou antécédentes, mais sans avoir pour cela aucun caractère de spécificité.

Car si l'on supposait un caractère spécifique à l'iritis par cette raison que la constitution la modifie, il faudrait admettre que toutes les maladies sont spécifiques, puisqu'il n'en est aucune qui ne revête quelques signes différents chez les sujets de constitution différente.

D'ailleurs, nous l'avons dit déjà, nous avons trouvé les caractères que les Allemands assignent à l'iritis goutteuse chez des individus qui n'avaient jamais été affectés de la goutte ; ces iritis ne sont pas très rares dans les hôpitaux, où nous avons vu à peine deux ou trois goutteux depuis quinze ans. Il faut dire absolument la même chose du rhumatisme ; nous avons observé des iritis rhumatismales chez des individus qui n'avaient jamais eu une apparence de rhumatisme.

Nous disons qu'il n'en est pas de même de l'iritis syphilitique. Quand il s'agit d'une iritis de cette espèce, on a environ une chance sur deux de rencontrer juste, en accusant le malade qui porte les caractères de cette iritis d'avoir contracté la maladie vénérienne ; puis, comme beaucoup de sujets n'avouent pas ces sortes de maladies, quand bien même ils la nieraient, ce ne serait point toujours une raison pour accepter leur dire. En outre, nous admettons l'iritis sypbilitique comme spécifique, parce qu'ici il est démontré que la maladie a sa source dans un virus particulier venu de l'intérieur : aussi disons-nous que nous admettons la spécificité de cette iritis toutes les fois que le sujet aura contracté la syphilis, ou qu'il y aura de fortes raisons pour le soupçonner.

Mais de ce que nous croyons à l'iritis syphilitique comme maladie spécifique, s'ensuit il nécessairement que les caractères qu'on lui a assignés soient bons ? Nous ne le pensons pas. Nous avons vu des iritis franches présenter ces caractères, et nous avons observé des iritis sypbilitiques où ils manquaient. Ainsi la forme de la pupille qu'on a voulu donner comme un signe de cette iritis est une illusion, et en y réfléchissant cela est même singulier de croire que la syphilis imprimera à l'inflammation de l'iris une marche telle que la pupille devra invariablement affecter plutôt une forme qu'une autre.

Nous n'hésitons pas à le dire, et l'observation nous y autorise, la pupille peut présenter à la même période de l'iritis cinq, six, dix formes différentes peut-être ; plus encore nous ajouterons qu'il est impossible de voir toute espèce de forme prise par la pupille dans la même iritis et chez le même sujet.

Les autres caractères qui ont trait à la coloration dans l'iritis sypbilitique, ne sont pas, comme les précédents, dépourvus d'une certaine valeur. On le sait, pour la peau elle-même, la syphilis amène une teinte cuivrée spéciale que tous les praticiens reconnaissent. Souvent nous avons examiné si elle ne se rencontrait pas dans l'iritis aiguë, et nous ne l'avons pas trouvée ; mais il y a encore une difficulté provenant de la couleur rousse naturelle de l'iris chez certains sujets, susceptible d'affecter dans l'iritis une teinte cuivrée qui peut faire l'objet d'une méprise. Il faut ajouter encore que l'iritis chronique présente en général une coloration plus cuivrée que dans les autres cas. Quoi qu'il en soit donc, il est vrai que la coloration de l'iritis spécifique présente quelque chose de particulier.

Quant aux autres caractères assignés aux diverses iritis prétendues spécifiques, il n'y a vraiment pas lieu de s'y arrêter.

La photophobie et l'épiphora intense de l'iritis rhumatismale n'existent qu'à cause d'une complication de kératite ou d'un peu de rétinite, et non comme conséquence du rhumatisme.

Le blépharospasme, l'épiphora et la photophobie de l'iritis scrofuleuse, sont aussi des signes d'ulcérations de la cornée et non pas d'iritis ; car dans l'iritis dégagée de complication on ne rencontre pas ces symptômes.

Il résulte de tout ceci que nous n'admettons d'iritis spécifique que l'iritis syphilitique, et que par conséquent nous ne croyons pas qu'il faille employer de médication spécifique contre toutes les autres.

On verra bientôt d'ailleurs que les médicaments employés dans ce but par les oculistes sont fort éloignés d'être de véritables spécifiques. Nous examinerons la première fois la valeur de ces différentes médications, et nous passerons à l'iritis chronique.

PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 1er avril 1845. — Présidence de M. SÉGALAS.

M. Foy fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Homolle, et, après avoir analysé avec éloges les travaux adressés par ce médecin, il propose son admission.

Le scrutin, auquel on procède immédiatement, ayant donné un résultat conforme à ces conclusions, M. Homolle est nommé membre de la Société médicale du Temple.

— *M. Morel-Lavallée* fait un rapport sur un aufre candidat, M. le docteur Mandl, et analyse rapidement son Traité d'anatomie générale microscopique. Il insiste surtout sur ce qui lui a paru neuf et frappant dans cet ouvrage, savoir : 1° la différence établie par M. Mandl entre les mots *structure* et *texture*, dont le premier signifierait la disposition anatomique des organes, et le second leur organisation intime et élémentaire ; 2° l'opinion que les fluides sécrétés par les glandes ne sont autre chose que ces glandes elles-mêmes fondues et tombées en déliquium, opinion toute nouvelle à laquelle M. Mandl prévoit beaucoup de contradicteurs, mais de la vérité de laquelle il est convaincu, parce que ses observations microscopiques lui ont toujours montré les glandes et les liquides qu'elles fournissent absolument formés des mêmes éléments ; 3° des recherches sur les vaisseaux lymphatiques, et sur la formation des cicatrices des tendons. Le rapporteur termine en proposant l'admission du candidat.

M. Forget demande plus d'explications sur la fonte des glandes. Est-ce là une idée jetée simplement au milieu du livre, ou une opinion régulièrement conçue et développée ?

M. Morel-Lavallée répond que ce n'est point une idée jetée comme au hasard, mais bien un des faits auxquels M. Mandl tient le plus dans son ouvrage, et qu'il soutient avec une conviction appuyée sur une observation positive.

M. Forget. Mais comment est-il arrivé à un résultat si nouveau, si extraordinaire, si complétement en dehors de toutes les idées reçues en physiologie ? A-t-il vu une glande se fondre en liquide ? Des détails à cet égard sont évidemment nécessaires.

M. Félix Legros fait remarquer que l'opinion dont il s'agit est en contradiction avec le fait bien établi que les glandes augmentent de volume à mesure que leur sécrétion devient plus active.

M. Richelot ajoute que dans beaucoup de cas où certains fluides sont sécrétés pour ainsi dire instantanément et en grande abondance, il faudrait nécessairement admettre que les glandes puisent avec la même activité dans le sang les matériaux indispensables à leur réparation ; il y aurait donc là un double travail de décomposition et de réorganisation qui s'opérerait avec une rapidité vraiment extraordinaire.

M. Morel-Lavallée répond qu'il ne s'est pas chargé de soutenir l'opinion de M. Mandl, mais seulement de l'exposer.

Après cette discussion, on procède au scrutin, dont le résultat est la nomination de M. Mandl comme membre titulaire.

— *M. Deleau* présente un appareil propre à mettre en contact avec la totalité de la membrane muqueuse urétrale des corps médicamenteux de consistance de pommade ou d'emplâtre, et à exécuter de véritables pansements du canal. Cet appareil consiste dans une sonde droite ou courbe à volonté, ouverte à ses deux extrémités, et dans laquelle on fait pénétrer par l'ouverture postérieure une sorte de gaîne en tissu imperméable ou en peau d'anguille, fixée par un bout à une rondelle percée elle-même à son centre. On remplit cette gaîne du mélange qu'on veut employer, puis on dirige la sonde dans l'urètre. A mesure qu'elle pénètre, elle repousse au-devant d'elle la gaîne, qui se trouve ainsi retournée ; de telle sorte que sa face interne, c'est-à-dire celle qui contient le médicament, devient externe, et s'applique successivement à toute l'étendue des parois du canal. On retire la sonde, et on laisse la gaîne en place autant de temps qu'on veut faire agir le médicament. Le malade peut uriner à travers cette gaîne comme par une sonde de gomme élastique.

M. Delcroix demande dans quel but M. Deleau a imaginé son appareil, dans quelles circonstances il l'emploie, et quels avantages il en a retirés.

M. Deleau répond qu'il a eu en vue de remplir, d'une manière commode et sûre, une indication importante dans les affections chroniques de l'urètre, et qui consiste à mettre certains médicaments en contact avec la muqueuse malade. C'est cette médication que se proposait autrefois Daran avec ses bougies, et plus récemment M. Jobert en incorporant l'alun à des bougies de cire. Le moyen qu'il propose n'est pas d'ailleurs seulement applicable à l'urètre, et son emploi peut encore être étendu utilement à certaines cavités, telles que le rectum et le vagin.

M. Blatin ne croit pas ce moyen supérieur aux bougies fondantes imaginées par un pharmacien de Paris, malheureusement dans un but trop évident de spéculation, mais qui n'en sont pas moins bonnes par elles-mêmes, et dont il a retiré plusieurs fois des résultats favorables. Ces bougies ont l'avantage de ne pas exiger l'emploi d'une sonde.

M. Delcroix pense que l'un et l'autre moyen sont à rejeter, parce qu'ils agissent sur tout l'urètre à la fois, tandis que le plus souvent il n'y a qu'un point malade, et que tout le reste du canal qui est sain se trouve soumis inutilement à l'action du médicament.

MM. Géry et *Ed. Louis* font observer que, d'après ce raisonnement, il faudrait proscrire aussi les injections qui agissent également d'une manière générale.

— *M. Dreyfus* met sous les yeux de la Société un ver assez rare, et dont plusieurs médecins, dit-il, ont même nié l'existence sur le vivant. Ce ver, décrit par Bremser, est le *tricocéphale*. Il est long d'un pouce et demi environ. La tête, plus effilée que le reste du corps, présente, lorsqu'on l'examine au microscope, une sorte de houppe chevelue d'où le ver tire son nom. Il occupe particulièrement le cœcum. Celui que M. Dreyfus présente a été rendu sous l'influence de quelques doses de calomel, par un enfant qui avait éprouvé pendant douze heures des symptômes cataleptiformes. Il était vivant au moment de sa sortie. Sa tête était plongée dans les matières fécales, tandis que le reste du corps s'agitait à leur surface.

Le Secrétaire-Général, Edouard LOUIS.

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement abortif de l'urétrite chez la femme. — Le journal de chirurgie contient un mémoire de M. Cullerier sur ce sujet, mémoire dont nous allons présenter une courte analyse. Suivant l'auteur, les injections d'azotate d'argent dans le traitement de la bennorrhagie de l'homme n'ont et ne peuvent avoir de succès qu'à la condition de désorganiser la partie la plus superficielle de la muqueuse, lorsque l'affection est à son début ; conséquemment la dose de sel doit être assez forte pour rendre la solution non pas irritante, mais véritablement caustique. Des expériences faites à l'hôpital de l'Oursine sur l'emploi de ces injections dans la vaginite aiguë n'ont pas été suivies de succès, non plus que des cautérisations directes sur la muqueuse vaginale faites soit avec la solution, soit avec le crayon d'azotate d'argent. Au contraire, M. Cullerier observa que l'écoulement durait chez ces malades plus longtemps et était plus abondant ; pour lui, il reste constant, d'après les faits qu'il a observés, que la non-réussite de ces médications tient à ce que, même en prenant les plus grandes précautions, on laisse toujours intacte une partie tant soit peu étendue de la surface muqueuse enflammée. Ce qui lui donne cette conviction, c'est que lorsqu'on a affaire à une inflammation circonscrite et limitée, les succès sont incontestables.

Dans l'urétrite de la femme, la brièveté du canal empêche l'usage des injections. M. Cullerier les remplace par l'emploi du caustique solide. Le doigt, introduit préalablement dans le vagin, ramène d'arrière en avant le pus que contient le canal, et l'exprime en comprimant l'urètre ; puis un crayon de nitrate d'argent est introduit dans l'urètre, et promené lentement à deux ou trois reprises dans toute sa longueur. Les douleurs sont quelquefois très violentes, durent douze ou quinze heures surtout lorsque la malade laisse échapper ses urines. Le lendemain ou le surlendemain, la pression exercée sur l'urètre dans le même sens fait sortir de l urètre l'épithélium soit en lambeaux, suit entier, désorganisé par le caustique, et au-dessous duquel on voit la muqueuse plus rouge que dans l'état normal. Si la sécrétion purulente n'est pas complétement tarie, on pratique une second cautérisation, mais plus superficielle, qui suffit ordinairement.

Un des numéros de la *Gazette des Hôpitaux* de cette année, contient deux faits de ce genre recueillis dans le service de M. Cullerier, à Lourcine, par le docteur Foucart. Nous extrayons du mémoire actuel de M. Cullerier le fait suivant, très curieux, et le plus remarquable des sept cas recueillis par ce chirurgien dans le travail dont nous donnons l'analyse :

Madame X..., âgée de trente-six ans, brune, grande et forte, habituellement bien portante, bien réglée, n'ayant jamais eu d'enfants, contracta au mois de novembre dernier, étant à la campagne, un écoulement avec douleurs très vives au passage de l'urine.

Effrayée des conséquences que pouvait avoir pour elle une maladie qu'elle communiquerait, elle revint en toute hâte à Paris, et se confia à mes soins. Je l'examinai, et je trouvai une métrite donnant lieu à un écoulement d'un jaune verdâtre abondant. L'orifice de l'urètre et toute la vulve sont le siége d'une rougeur assez intense ; le vagin est sain. Je cautérisai de suite très énergiquement tout le canal ; et, eu égard à la rougeur de la vulve, je fis faire six fois par jour des lotions avec une dissolution de 20 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Cette dame souffrit horriblement, et elle perdait quelques gouttes de sang après chaque émission des urines. Un bain et une potion opiacée qu'elle prit le soir et dans la nuit calmèrent un peu ces douleurs. Trois jours après l'eschare tient encore solidement ; il n'y a pas d'écoulement purulent, mais la malade voit toujours un peu de sang mêlé aux dernières gouttes d'urine. Dans cet état, elle se livre à un coït qui a été très douloureux. Le sixième jour, l'eschare tombe sous la pression du doigt. La muqueuse sous jacente paraît saine ; il n'y a pas la moindre sécrétion purulente, mais toujours quelques gouttes d'urines sanguinolentes et une douleur profonde, non plus pendant, mais après l'emission de l'urine. La malade, répugnant à une nouvelle cautérisation, continue seulement le copahu pendant une huitaine de jours. Depuis lors rien n'a reparu, mais la malade a gardé pendant six semaines au moins de la douleur après chaque mixtion.

Elle a acquis la certitude que le coït auquel elle s'était livrée pendant le traitement n'avait pas été contagieux.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de médecine opératoire ; par J. Lisfranc.
(Première livraison.)

L'auteur commence par démontrer que la médecine opératoire n'est pas seulement l'art de pratiquer les opérations, mais bien encore la science qui traite des maladies qu'on doit opérer, de celles qui font renoncer à l'action de l'instrument tranchant, ou bien qui exigent qu'on en retarde l'emploi ; il dit que cette science est aussi basée sur l'anatomie descriptive, sur l'anatomie chirurgicale, sur l'organogénie, sur l'anatomie pathologique, et sur la physiologie ; qu'elle doit s'occuper très spécialement des complications locales et générales auxquelles les malheureux opérés sont si fréquemment en proie, qu'elle ne peut négliger enfin aucun des moyens propres à les conduire à la guérison. D'après ce court exposé, on voit le vaste et heureux plan que M. Lisfranc s'est tracé ; on comprend aisément qu'il embrasse ainsi toutes les branches de la science, et qu'il proclame hautement la valeur de l'unité de l'art de guérir.

Après avoir jeté de belles considérations sur l'anatomie descriptive, sur l'anatomie chirurgicale, sur l'organogénie, sur l'anatomie générale, sur l'anatomie pathologique et sur la physiologie, appliquées à la médecine opératoire, M. Lisfranc s'occupe de la manœuvre des opérations sur le cadavre et sur les animaux vivants. Parmi les sages conseils que sa longue expérience donne aux élèves, se distingue le suivant. Il veut qu'on renonce à la mauvaise habitude de suivre trop tard les cours de médecine opératoire, parce que alors il est impossible de lui consacrer assez de temps ; d'ailleurs une grande partie des opérations auxquelles le jeune chirurgien a assisté dans les hôpitaux, sont presque complétement perdues pour lui sous le rapport du manuel ; il a vu des résultats ; il a méconnu les fins à l'aide desquelles on y est parvenu ; il ressemble à un homme qui, considérant un tableau avec attention, aperçoit un ensemble qui flatte ses yeux, qui satisfait son esprit, mais dont il ne peut apprécier les détails et encore moins le travail, auquel il est parfaitement étranger. Ne sait-on pas, ajoute M. Lisfranc, que l'anatomie chirurgicale est toujours démontrée avant l'opération ? L'étude de la médecine opératoire devient donc l'étude de l'anatomie, et l'on apprécie d'autant mieux cette dernière qu'on en connaît les applications.

M. Lisfranc démontre par un grand nombre de faits combien le domaine de la médecine opératoire a été rétréci dans le cours du siècle où nous vivons, et combien la thérapeutique ordinaire a acquis d'importance et de supériorité dans des cas nombreux où l'on mettait en usage l'instrument tranchant. Si la chirurgie, dit-il, est brillante quand elle opère, elle l'est encore bien davantage lorsque, sans faire couler le sang et sans mutilations, elle obtient la guérison des malades.

Comme tous les chirurgiens cliniques, M. Lisfranc recommande d'interroger soigneusement les viscères dans la pratique, surtout des grandes opérations ; mais il signale à l'attention du praticien quelques cas d'engorgements latents que rien ne peut indiquer, et qui convertissent trop souvent quelques jours de triomphe en un jour de deuil ; ainsi l'opérateur doit être fort prudent, lorsqu'interrogé par la famille il indique les résultats possibles d'une opération.

Si les bornes de cet article nous le permettaient, nous exposerions les considérations nouvelles émises par M. Lisfranc sur l'introduction de l'air dans les veines, sur le séjour du pus phlegmoneux dans l'épaisseur des tissus, sur les hémostatiques administrés à l'intérieur dans les cas traumatiques, et lorsque le sang est fourni alors par exhalation, ou par de très petits vaisseaux ; ces moyens importants ont été oubliés par les chirurgiens, ainsi que la privation si utile des boissons, imaginée par M. Gensoul dans le cas qui nous occupe.

On lira avec un très vif intérêt, dans le fascicule que nous avons sous les yeux, les systèmes nouveaux de déligations chirurgicales de MM. Mayor de Lausanne et Rigal de Gaillac ; ils sont décrits avec une exactitude remarquable.

Les articles dans lesquels l'auteur traite de la réunion des plaies, du régime des opérés, des saignées pratiquées après les opérations, suffiraient seuls pour fournir la preuve incontestable de l'alliance heureuse de la médecine à la chirurgie.

L'auteur émet, sur les fièvres qui peuvent compliquer les plaies et les grands fracas osseux, des considérations qui nous paraissent dégagées de toute espèce d'idées préconçues, d'esprit de système, de doctrines exclusives, si nuisibles aux intérêts de la science et de l'humanité.

Parlerai-je de la lucidité avec laquelle les manœuvres opératoires sont décrites par M. Lisfranc ? En généralisant le système linéaire, en imaginant celui des angles, qui sont tous deux appliqués avec soin a la médecine opératoire, M. Lisfranc a introduit dans les descriptions une exactitude et une précision presque géométriques. Il en a déjà fourni la preuve dans les nombreux mémoires qu'il a publiés ; on la trouvera peut-être encore plus complète dans les articles Compression des artères avec les mains seules, Ligatures immédiate et médiate des artères, Bandelettes agglutinatives, etc.

Est-il besoin de dire, d'après ce qui précède, que M. Lisfranc fait un bon ouvrage, et que cet ouvrage médico-chirurgical, fruit de sa longue expérience, sera très utile aux chirurgiens, aux élèves et même aux médecins?

Dr A. Foucart.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur les pilules de chélidoine purgatives ; par M. le docteur Rath, de Coblentz.

Ce médicament, qui, en raison de sa forme, convient beaucoup au plus grand nombre des malades, possède, outre sa vertu doucement purgative, une action spéciale sur les voies biliaires. Il excite d'une manière uniforme la sécrétion de la membrane muqueuse intestinale sans provoquer ni douleur, ni nausée, ni irritation intestinale, et il agit avec une promptitude véritablement remarquable. Voici sa composition :

Extrait de chélidoine,	75 centigrammes.
Extrait de rhubarbe,	75
Calomel préparé à la vapeur,	15
Résine de jalap,	40
Poudre de rhubarbe,	Q. ss.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en quinze pilules bien égales et roulées dans la poudre d'iris de Florence.

On donne cinq de ces pilules toutes les deux heures, jusqu'à ce que l'effet désiré ait été obtenu.

Lorsqu'on fait usage pour la première fois de ces pilules, il est rare qu'il se passe plus d'une heure et demie avant que l'action purgative ne se manifeste, surtout si, à ce moment, on prend un peu de soupe. Les selles surviennent avec tant de facilité que le malade n'éprouve qu'un léger mouvement dans l'abdomen à l'instant de l'évacuation, et ce n'est pas seulement chez les individus forts qu'il en est ainsi, mais il en est de même chez les sujets irritables et doués d'une excessive sensibilité.

On a reconnu, en variant plusieurs fois la composition de ces pilules, qu'elles étaient redevables de leur action à l'extrait de chélidoine.

Lorsqu'on les administre à des individus jeunes et très sensibles à l'action des cathartiques, on se borne à en donner trois ou quatre seulement par chaque prise, et il est rare que l'on soit obligé de faire prendre une seconde ou une troisième dose.

Si l'on remplace, dans ces pilules, l'extrait de rhubarbe par une augmentation proportionnelle de la dose de l'extrait de chélidoine, l'effet paraît être encore plus doux et plus prompt. La formule se transforme alors en la suivante :

Extratt de chélidnine,	1 gramme.
Calomel préparé à la vapeur,	10 centigrammes.
Résine de jalap,	30
Poudre de réglisse,	Q. s.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en dix pilules bien égales et roulées dans la poudre d'iris de Florence.

On les administre comme les précédentes, avec lesquelles on peut les alterner quelquefois.

Suivant M. Rath, ces pilules conviennent spécialement dans les affections bilieuses, et prises au début de la maladie, elles peuvent remplacer les vomitifs.

Elles sont non moins bien indiquées dans les maladies hémorrhoïdales et arthritiques, où il est urgent de combattre la constipation, tout en agissant sur le système de la veine-porte, et en excitant une révulsion sur le canal digestif. Elles enlèvent, dans les cas de ce genre, les douleurs de tête qui résultent de la diminution des évacuations alvines. On peut alors les donner tous les deux jours, le matin à jeun, à dose croissante ou décroissante, suivant les circonstances.

Leur effet est tout aussi favorable dans l'hypochondrie, l'hystérie et la mélancolie.

Dans tous les cas, il paraît que la rapidité de leur action a une grande part à l'avantage de leur administration ; tandis que les autres purgatifs, avant de produire des évacuations, occasionnent du malaise, de l'inappéteuce, des nausées, etc.

Emploi thérapeutique de la levure de bière ; par M. le Dr Szerlecki.

M. Szerlecki, s'appuyant sur des observations tirées de sa pratique particulière, cite la levure de bière comme le moyen le plus simple et le plus efficace que la thérapeutique possède pour combattre les accidents déterminés par les brûlures.

Ce médecin fait étendre la levure en couche sur de la toile, et il en recouvre les surfaces brûlées. Il fait renouveler ces applications aussitôt que la levure commence à se dessécher.

Suivant lui, l'action de cette médication est d'autant plus assurée, qu'on y a plus promptement recours après la brûlure.

NOUVELLES.

Le 28 mai dernier, M. le professeur Pierry a fait, à la Pitié, des expériences fort curieuses sur l'état de la rate pendant le frisson, chez l'homme sain. Ces expériences avaient été sollicitées par M. le docteur Eisenmann, qui écrivit à M. Piorry, du fort de Rosenberg, en Bavière. Nous en donnerons prochainement la relation, pour répondre à ce médecin laborieux.

— L'antagonisme est à la mode. Il nous faudra bien, de par ses adeptes, choisir à Strasbourg entre nos fièvres intermittentes et nos affections tuberculeuses. Par respect pour l'état actuel de la science, nous ne pouvons plus les conserver à la fois. L'antagonisme passe le Rhin ; soyez sans inquiétudes sur sa destinée ; le docteur Schwelch vient de découvrir un antagonisme entre le foie et les glandes salivaires (*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, no 32, 1845). La surexcitation de l'un de ces organes diminue ou suspend la sécrétion de l'autre. Quelle bonne fortune que l'introduction dans la science d'un mot qui semble exprimer une idée ! Vous verrez que bientôt nous compterons les antagooismes par centaines.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— M. le docteur de Lacaille, chirurgien de la marine royale, chargé par le gouvernement d'examiner les établissements hydrothérapiques de l'Allemagne, et de faire un rapport sur les traitements qui y sont suivis, ainsi que sur les résultats obtenus, a passé par notre ville, après avoir commencé sa tournée par l'établissement de Gleisweiler, près Landau, fondé et dirigé par M. le docteur Schneider. — M. de Lacaille est le neveu du célèbre mathématicien et astronome, auteur du *Voyage au cap de Bonne-Espérance*.

— MM. Gasc, inspecteur-général du service de santé des armées, et Thiriaux, inspecteur-adjoint, sont arrivés à Strasbourg, le 18 mai, chargés d'inspecter les divers services médicaux de la 5e division militaire.

— *Errata du no du 27 mai* (clinique de M. Piorry). — Page 2, colonne 2, ligne 27, *au lieu de* on s'occupe trop, *lisez* on s'occupe trop peu ; page 2, colonne 3, ligne 7, *au lieu de* [illegible], *lisez* topiques.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 65. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Dangers et difficultés de la version, provenant de la contraction brusque de l'utérus sur le col de l'enfant.

Une femme ayant eu six enfants spontanément, dont trois avant terme, entra à la Clinique au mois d'avril dernier. Elle était parvenue, cette fois, au terme normal de sa grossesse; ses règles avaient paru pour la dernière fois en juillet. Le jour de son entrée, la rupture des membranes avait eu lieu spontanément dans la matinée; elle fut amenée dans les salles d'accouchement le soir à dix heures. La dilatation était alors complète. On reconnut au premier examen une présentation de l'épaule droite avec procidence du cordon. L'anse de cordon qui faisait issue n'offrait plus de battements; tout faisait présumer que l'enfant était mort. On se mit, en conséquence, en devoir de faire la version.

Cette opération ne présenta d'abord aucune difficulté; mais le tronc une fois sorti, on éprouva des difficultés que rien n'avait semblé devoir faire appréhender. La tête restait comme engagée, et résistait aux tractions. Voilà un exemple d'une de ces difficultés que l'on ne prévoit pas assez souvent quand on fait la version, et qu'il n'est cependant pas très rare de rencontrer.

Il est des cas, en effet, où, bien que la version semble devoir être facile, l'utérus ne se contractant pas, il arrive tout à coup que son col se contracte, avant que l'opération soit terminée, sur la portion de l'enfant qui reste à sortir, et s'il arrive que cette portion soit plus volumineuse que celle qui vient d'être extraite, la contraction s'oppose énergiquement à sa sortie. C'est précisément ce qui a lieu dans le cas de la version par les pieds. Tandis que les extrémités inférieures et le tronc présentent dans leur ensemble une forme conique qui en facilite l'extraction en maintenant le col graduellement dilaté et offrant de toutes part un point d'appui résistant aux contractions; le col de l'enfant offre un hiatus brusque dont le défaut de résistance permet au col de l'utérus de revenir avec force sur lui-même, et de se refermer au-devant de la tête. De là un obstacle invincible à l'achèvement de l'issue de l'enfant tant que dure cette contraction.

C'est là ce qui était arrivé dans ce cas; et c'est un accident que l'on doit toujours redouter quand on fait la version. Que faut-il faire dans cette circonstance? On devra bien se garder d'insister sur les efforts de traction, et de chercher à surmonter par la violence la résistance que le col oppose à la sortie de la tête; car ces efforts n'auraient d'autre effet que de solliciter une résistance plus grande encore de la part de l'utérus. Il faut faire ce qu'a fait, dans le cas dont il s'agit, la personne aux soins de laquelle cet accouchement était confié; il faut cesser immédiatement tout effort de traction, attendre et profiter du relâchement spontané du col, aussitôt qu'on peut s'en apercevoir, pour terminer l'extraction.

On conçoit qu'une manœuvre qui peut assez fréquemment entraîner, un pareil accident, est loin d'être aussi simple et aussi innocente qu'on le croit trop souvent. Ici les suites n'en ont pas été fâcheuses, l'enfant étant mort; mais dans les cas où l'enfant serait vivant, il en deviendrait infailliblement victime.

— Un second cas de même nature, mais plus grave, comme on en va juger, s'est présenté presque en même temps. Celui-ci s'est passé en ville; mais les élèves de la Maternité ont pu en voir les suites. Voici le fait tel que l'a rapporté M. P. Dubois à la Clinique:

Une femme fut apportée à la Maternité dans les circonstances suivantes: elle accoucha d'un enfant le mardi; la sage-femme qui l'assistait croit reconnaître, après l'accouchement, que l'utérus reste encore distendu; elle soupçonne un second enfant; elle tire sur le cordon, extrait le placenta, et va prier un accoucheur de venir à son aide. L'accoucheur s'assure effectivement de la présence d'un second enfant; mais les contractions n'ayant plus lieu, il jugea convenable d'attendre.

Le mercredi se passe sans qu'il survienne de contractions; le jeudi, la sage-femme se décide à tenter quelques tractions sur les pieds; elle amène les extrémités au dehors; mais le tronc une fois sorti, elle éprouve de la résistance; elle fait appeler de nouveau l'accoucheur. Celui-ci fait des tractions sans réserve, et tire si bien qu'il arrache le tronc et que la tête reste dans l'utérus. Ce fut alors qu'on prit le parti d'envoyer cette femme à la Maternité. Lorsqu'on l'examina, on fut frappé de la difficulté extrême que l'on éprouvait à distinguer le col d'avec les parties de l'enfant. Que devait-on faire dans cette circonstance? Quelle était l'indication la plus urgente? Fallait-il attendre et donner du seigle ergoté? On le pouvait: mais la femme était dans un état qui ne permettait pas de renvoyer. On essaya d'appliquer le forceps; mais il fut impossible de l'introduire. On se décida à recourir au céphalotribe. L'opération n'eut aucun résultat fâcheux pour la mère.

Accouchements avant terme et fausses-couches.

Une femme accouchée quatre fois spontanément avant terme, est entrée à la Clinique enceinte pour la cinquième fois. Elle a accouché, cette fois, vingt jours avant le terme présumé de sa grossesse. L'accouchement s'est fait en trois heures, preuve que les voies étaient parfaitement préparées au moment où le travail a commencé. L'œuf n'avait point à lutter ici, en effet, contre les obstacles que le col oppose à sa sortie lorsque son expulsion est déterminée par des circonstances accidentelles.

Il y a dans la grossesse, dit M. Dubois, deux évolutions spontanées, celle de l'organe gestateur et celle de l'œuf. Dans l'état physiologique, ces deux évolutions marchent toujours d'une manière harmonique; elles se suivent l'une l'autre parallèlement, si bien que lorsque l'œuf est arrivé au terme de son développement, l'utérus est prêt à entrer en contraction, et apte à en produire l'expulsion. Mais cette harmonie peut être troublée quelquefois par des circonstances particulières, dépendant soit de l'individu, soit de l'état local de l'utérus. Il est probable, en effet, que dans ce cas-ci l'évolution de l'utérus a été beaucoup plus rapide que celle du fœtus, d'où l'établissement du travail avant que celui-ci eût acquis son développement normal. Telle est l'explication des accouchements prématurés qui ont eu lieu chez cette femme à chaque grossesse.

Un mot à cette occasion sur les fausses-couches, dont les élèves n'ont, en général que très peu l'occasion d'observer des exemples à la Clinique:

Les avortements ne se font pas comme les accouchements à terme; les motifs qui font qu'il n'en est point ainsi sont faciles à concevoir. L'état matériel, à une époque qui n'est pas encore celle de l'accouchement normal, en est déjà une raison suffisante. Le col, en effet, n'est point encore préparé; il n'a pas subi la série des modifications à travers lesquelles il doit passer avant de se dilater pour laisser passer le produit de la conception; l'utérus lui même n'a pas acquis encore toute l'énergie de contraction qu'il aurait eu plus tard. Malgré ces conditions défavorables au travail d'expulsion, en général on laisse faire une fausse-couche, et on a raison; mais il est des circonstances cependant où l'on doit intervenir. En voici un exemple:

Je fus appelé récemment pour voir une femme bien constituée, forte, bien portante, qui croyait être au deuxième mois de sa grossesse. Elle se sentit un jour fatiguée, éprouva une perte et se mit au lit. Je la trouvai éprouvant des douleurs et perdant une assez grande quantité de sang, sans être trop affaiblie cependant. On me demanda si je pensais que la fausse-couche fût imminente. Les règles manquaient depuis deux

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La Cour des Comptes et l'Institut. — Le congrès de Reims. — Un nouveau parasite de l'oreille. — Nouvelle infortune des singes. — L'Académie belge et l'Académie de Paris. — Les orateurs de l'Académie. — M. P. Dubois. — M. Roux.

L'irritation et la colère règnent à cette heure à l'Académie des sciences. Je me hâte de dire que ce n'est pas à l'occasion de l'élection prochaine, car à cette nouvelle je voyais déjà bien des visages se décomposer. C'est M. le ministre des finances qui suscite toute cette agitation. Que peut avoir à démêler, je vous le demande, la finance avec la science? Bien des choses, et le représentatif, ce système qui, la charte le dit, est le système de la liberté, n'est qu'un tyran farouche à l'endroit du budget. Or, le budget exige que toutes les dépenses soient contrôlées par la Cour des Comptes. Un article important avait jusqu'ici échappé aux additions de MM. les référendaires, c'était l'emploi des fonds de la riche dotation Montyon dont l'Institut usait sans autre contrôle que celui de la commission administrative qu'il nommait lui-même parmi ses membres. Or, pour M. le ministre, les plus grands géomètres ne valent pas le plus petit commis en fait d'administration de fonds, et certaines libéralités de la science si libérale toujours, quelques imprévoyances dans les distributions, quelques mécomptes dans les arrangements des prix ont éveillé sa susceptibilité. Il exige donc que les détails de l'administration intérieure de l'Institut passent sous les yeux de la Cour des Comptes.

Cette mesure a fort offusqué l'Académie des sciences surtout, qui veut chercher à se soustraire aux exigences de messieurs du budget. Elle s'est occupée déjà de cette affaire en comité secret; mais rien n'a transpiré, si ce n'est sa colère, de ses délibérations intérieures.

— On voit avec peine que dans le programme des questions qui doivent être soumises au prochain congrès scientifique dont la réunion doit avoir lieu cette année à Reims, les questions d'organisation médicale aient été complétement passées sous silence. Nouvel argument qu'on peut faire valoir pour la nécessité d'un congrès spécial où ces questions puissent être mûrement et dignement examinées.

— Monsieur Berger vient de doter notre pauvre organisme humain d'un nouveau parasite. Nous en avions sur le nez, dans la bouche, dans le foie, dans le sang, un peu partout, mais non pas dans l'oreille, et le besoin s'en faisait généralement sentir. Le microscope de M. Berger vient à propos remplir cette lacune; il vient de découvrir un gentil petit animal qui a des mains, des yeux, une poitrine, des côtes et une queue, et qui vit, le gourmand, dans le cerumen des oreilles. Quand l'oreille vous picote et vous démange, savez-vous ce que c'est? Le tardigrade — c'est un tardigrade — se cramponne alors à votre muqueuse pour se livrer à ......, je n'ose le dire; mais ce parasite ne me paraît qu'un libertin. Aussi, depuis la découverte de M. Berger, quand je sens un léger prurit dans la conque de l'oreille, j'introduis incontinent le doigt auriculaire, et je secoue mon tardigrade d'une rude façon. Les mœurs avant tout.

— Que diable les singes ont-ils donc fait à M. le docteur Turenne, et peut-on porter un nom aussi vaillant pour n'être redoutable qu'à de petits êtres si gentils et si inoffensifs? Il a tenté d'abord de leur inoculer la syphilis, ce qui m'a semblé bien barbare. Mais heureusement dame nature a posé son *veto;* elle n'a voulu donner cette horrible virulence qu'au chef-d'œuvre de la création, ce qui, sans mes sentiments de chrétien, m'aurait toujours semblé peu providentiel. Voici maintenant que M. Turenne veut leur inoculer la variole; j'espère encore pour ces pauvres singes que l'expérience ratera. A quoi bon? Les expériences sur l'inoculation n'ont-elles pas été faites pendant un demi siècle sur la plus grande échelle possible? et sur l'homme même? Que peuvent nous apprendre des expériences nouvelles sur des espèces éloignées de la nôtre, sur une peau épaisse et velue et dans des conditions si différentes?

— L'Académie de médecine belge a mis en pratique depuis sa création une mesure que nous demandons depuis longtemps et vainement encore pour sa sœur aînée de Paris. Tous les rapports faits à cette académie sont imprimés, distribués à chaque membre, et discutés d'après un ordre du jour fixé d'avance. Cette mesure est la seule utile et rationnelle pour que les discussions aient toute l'ampleur et toute la dignité désirables. Il devrait en être de même pour toute communication importante qui serait faite à l'Académie par ses membres. Croit-on, par exemple, que l'importante question soumise mardi dernier à l'attention de l'Académie par M. P. Dubois, n'eût pas exigé une discussion plus large et mieux étudiée que le discours confus de M. Roux? L'importance scientifique de l'Académie gagnerait beaucoup, nous le croyons, à l'adoption d'une mesure qui tendrait à fixer un ordre du jour d'avance et à mettre les orateurs en mesure de bien connaître les opinions sur lesquelles la discussion peut s'engager. Je reviendrai sur ce sujet avec insistance, parce que je crois la question réellement importante.

— Les travaux de l'Académie de médecine peuvent être envisagés sous un autre rapport encore que sous celui du fond et de leur valeur scientifique et pratique. Qui empêche qu'on ne les examine au point de vue de la forme? Pourquoi ne m'occuperais-je pas ici de la valeur littéraire et oratoire des académiciens qui se montrent le plus fréquemment à la tribune, et pourquoi n'essaierais-je pas de caractériser l'influence, que j'appellerais volontiers parlementaire, que les orateurs habituels exercent sur la compagnie? Je ne vois aucun motif sérieux de m'abstenir; aussi, dès aujourd'hui, à l'occasion des discussions qui surgiront dans cette enceinte académique où l'on parle tant, je dirai comment on y parle, et je tenterai de caractériser la manière de chaque orateur en particulier. Ne croyez pas que ce soit là une bien longue tâche que je m'impose, et que je trouve dans ces appréciations une mine féconde à exploiter. Non, certes; car encore que l'Académie se compose de cent trente-sept membres, plus d'un grand tiers n'y vient jamais qui par vieillesse, qui par paresse, qui par indifférence, qui par dépit, et des deux autres tiers un quart à peine prend part aux discussions; de sorte que toute la besogne oratoire roule à peu près sur une vingtaine de langues académiciennes, tout au plus. Il est vrai qu'il en est qui fonctionnent bien pour quatre et même pour six; mais c'est par charité pure, croyez-le, et pour éviter à des larynx moins fermes des efforts compromettants. Je vais donc commencer, à l'occasion de la dernière séance, l'examen des orateurs qui ont pris part à la discussion. Mon début n'est pas riche pour la quantité, car deux orateurs seulement, M. P. Dubois et M. Roux, ont pris la parole mardi dernier. Voyons si la qualité nous dédommagera du nombre.

M. P. Dubois est un orateur écouté, avantage rare dans cette académie, que l'on dirait composée de ces anciens Athéniens toujours prêts à demander: « Et la grenouille, que fit-elle? » Cette faveur, M. Dubois la doit à des qualités réelles, fort estimées en cet endroit, et partout d'ailleurs très estimables. Ces qualités sont surtout une grande modération, une convenance parfaite, une excessive réserve dans la contradiction, une mesure extrême dans la critique. Rien de plus doux, de plus inoffensif, de plus onctueux que sa parole. S'il a le *malheur* de différer d'opinion avec un collègue, loin d'abaisser son adversaire, loin d'amoindrir ses objections, il élève l'un, il grossit les autres, et de cette façon, qui ne manque ni d'adresse, ni de tact, il donne plus de valeur à sa réfutation tout en donnant plus d'importance à l'attaque qu'il repousse. Ce qu'il cherche surtout c'est que la pointe critique ne pénètre pas trop avant, et qu'aussitôt la plus légère blessure faite il puisse la couvrir d'une couche de baume résolutif et anodin.

Ce caractère, ce tempérament de l'orateur imprime à son éloquence quelque chose de bénin, comme d'antiphlogistique; aussi, au lieu de se présenter menaçante et armée du bistouri ou du fer rouge, comme nous pourrons en rencontrer chez certains orateurs, la phrase de M. Dubois procède avec lenteur, avec calme; elle se plaît dans les doux ambages, les prudentes circonlocutions, les périphrases circonspectes. Si elle s'échauffe, c'est pour se ramollir et s'étendre à la façon de ces onguents précieux dont l'émolliente enveloppe garantit la plaie de

mois, ce qui n'était jamais arrivé; il y avait tous les signes probables de la grossesse. Je déclarai, en conséquence, qu'une fausse-couche aurait très probablement lieu. La perte se modéra; cinq jours se passèrent ainsi. Inquiet de voir cette femme dans cet état, les parents m'appelèrent de nouveau, et me demandèrent si je ne croyais pas qu'on pût y mettre un terme. Les pertes étaient diminuées; les douleurs avaient complètement cessé; je pensai effectivement que le moment d'agir était venu. Je le répète; en général, on doit laisser les fausses-couches se faire naturellement; mais ici il y avait des raisons particulières d'agir, et voici pourquoi: Les liquides qui s'écoulaient per le vagin avaient une odeur putride; la malade était depuis quelque temps en proie à des accidents nerveux; elle éprouvait des spasmes violents et elle avait de la fièvre. Une expectation plus prolongée ne pouvait donc qu'être pernicieuse. Mais que fallait-il faire? Le corps était engagé dans l'orifice, qui était dilaté environ comme une pièce de 1 franc. J'introduisis un spéculum à quatre valves; c'est celui qui était préférable dans cette circonstance, où il fallait permettre au col de se dilater suffisamment dans le spéculum. Je remarquai qu'en ouvrant le spéculum, l'orifice du cou s'entr'ouvrait davantage. Je pus voir alors distinctement le corps, qui avait environ le volume d'un œuf de pigeon; j'introduisis une longue pince à l'aide de laquelle je le saisis et en fis l'extraction.

Cette femme a offert une circonstance remarquable; elle était, ainsi que je l'ai dit, forte, très bien constituée et d'une très bonne santé. Elle avait eu déjà un enfant, et son premier accouchement avait prouvé que l'utérus n'avait pas, chez elle, le degré d'énergie suffisant pour le travail de l'accouchement; il fallut recourir au seigle ergoté. Lorsqu'elle devint enceinte pour la seconde fois, elle pressentit elle-même qu'elle n'aurait pas la force d'énergie organique nécessaire pour arriver à terme, et l'événement prouva qu'elle avait eu raison de penser ainsi. L'œuf, en effet, une fois engagé dans l'orifice, la matrice avait cessé de se contracter, et ce fut là la cause qui rendit l'intervention de l'art nécessaire.

Les faits de ce genre ne sont pas très rares, et il est utile que les jeunes praticiens soient prévenus qu'ils en pourront rencontrer de semblables. Il ne faut pas oublier, dans cette circonstance, qu'un œuf qui est devenu corps étranger, une fois introduit dans le col, la matrice ne se contractant plus, il en résulte des spasmes, des malaises et des accidents nerveux plus ou moins graves qui nécessitent l'intervention de l'art.

Hémiplégie faciale spontanée chez un nouveau-né.

M. P. Dubois a présenté à la Clinique un enfant nouveau-né affecté d'hémiplégie faciale gauche. Cette sorte de paralysie n'est pas très rare, comme on le sait, à la suite des accouchements terminés par le forceps; il n'est presque pas d'années où l'on ne puisse en voir quelques exemple dans les établissements où il se fait un grand nombre d'accouchements. Les phénomènes de cette paralysie sont tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans la paralysie faciale des adultes; ils consistent dans la constriction des muscles du côté opposé à la paralysie, dans un mouvement particulier d'expansion et de resserrement alternatifs de la narine saine pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, tandis que l'autre narine reste immobile. Enfin l'œil du côté paralysé reste largement ouvert parce que le muscle releveur reste intact et que l'orbiculaire paralysé ne se contracte pas pour clore les paupières. La paralysie résulte dans ce cas de la compression que l'une des branches du forceps exerce sur le tronc du nerf facial, à son point d'émergence ou sur quelques-uns de ses filets principaux. Ce phénomène, disons-nous, n'est pas rare à la suite des accouchements qui ont nécessité l'application du forceps, mais ce qui est beaucoup plus rare, c'est de voir cette paralysie être spontanée chez un enfant nouveau-né. Tel est le cas de celui-ci. L'accouchement s'est fait spontanément, sans l'intervention d'aucune manœuvre. Quelle peut donc être ici la cause de la paralysie? On l'ignore. Voici, suivant M. Dubois, la seule circonstance qui pourrait, jusqu'à un certain point, rendre cause du phénomène dans ce cas-ci. D'après les renseignements qui ont été recueillis sur la mère (elle n'a point accouché à la Clinique), il paraît qu'elle porte une tumeur osseuse sur le côté gauche du bassin; on n'en connaît pas exactement les limites, mais tout porte à croire qu'elle fait saillie dans l'intérieur de la cavité. La question serait donc, d'après la connaissance de cette particularité, de savoir jusqu'à quel point cette saillie osseuse a pu exercer une compression sur la face de l'enfant et produire un effet semblable à celui du forceps. Malheureusement il y a une circonstance qui tendrait à infirmer cette hypothèse, c'est que c'est sur le côté gauche du bassin de la mère que siége la tumeur, et c'est le côté gauche de la face de l'enfant qui est paralysé. Or, d'après la position dans laquelle se présentait l'enfant, le côté gauche de la face devait se trouver en rapport avec la partie antérieure droite du bassin. On peut admettre encore, il est vrai, que pendant son mouvement de rotation la tête a pu se trouver un instant en rapport avec cette tumeur. M. Dubois ne donne d'ailleurs cette explication qu'avec réserve, d'autant plus qu'il ne serait pas impossible encore, que ce phénomène fût le résultat d'une tout autre cause inhérente à l'enfant lui-même, une tumeur intra-crânienne, par exemple, qui comprimerait directement le nerf; mais comme il n'y a à cet égard aucun autre signe qui puisse servir d'indication, entre les deux hypothèses la première reste la plus probable.

Quoi qu'il en soit, ce fait prouve toujours une chose, c'est que l'hémiplégie faciale peut se montrer spontanément chez des nouveau-nés, et qu'on ne doit pas la considérer comme ne pouvant être produite exclusivement que par la compression mécanique du forceps, puisque dans ce cas aucune manœuvre de cette nature n'a été employée.

Présentation par la face. — Accouchement naturel.

Une femme est accouchée naturellement d'un enfant qui se présentait par la face. Le menton était dirigée en arrière, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite et le front en avant et à gauche, derrière la cavité cotyloïde. L'accouchement a eu lieu lentement; il a fallu un mouvement de révolution considérable pour que le menton qui devait sortir le premier, parvînt derrière l'arcade pubienne.

M. Dubois a fait à cette occasion quelques remarques sur la possibilité de l'accouchement naturel dans cette position. Il le considère non seulement comme possible, ainsi que le prouve d'ailleurs ce fait, mais même comme rentrant dans la règle. Toute la différence, c'est que les cas d'exception sont plus multipliés ici que dans les présentations du sommet. Une circonstance remarquable que présentent encore les accouchements par la face, c'est que leur durée n'est jamais la durée moyenne; elle est toujours ou plus lente ou plus rapide; plus souvent plus lente toutefois que celle des autres accouchements.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Diagnostic différentiel de la pneumonie.

(Suite et fin.)

Nous avons, dans un précédent article, exposé les signes que fournit la percussion dans la pleurésie et la pleurodynie. Nous avons dit que parfaite et normale dans la pleurodynie, la résonnance disparaissait chez les pleurétiques dans les points occupés par le liquide de l'épanchement, dans les points déclives le plus souvent. Il n'en est pas de même dans la pneumonie.

Cette phlegmasie du parenchyme peut affecter indifféremment tous les points du poumon. Au premier degré, la consistance de l'organe n'est point notablement chargée; son tissu est rouge, engoué; son poids spécifique est à peu près le même que dans l'état normal. Il ne présente pas de conditions très différentes sous certains rapports, de celles qu'il offre à l'état physiologique. Si l'on percute à cette période de la maladie, le son reste clair, et l'on ne constate aucune modification dans la sonoréité du thorax. Si l'affection n'est point arrêtée dans sa marche, ou que malgré le traitement on n'ait pu parvenir à s'en rendre maitre, la percussion donne alors des signes très importants; dans les points correspondant à la portion malade du poumon (souvent c'est celui où le malade accuse de la douleur), la percussion donne un son mat, mais cependant moins obscur que celui que l'on produit dans la pleurésie avec épanchement. Si le poumon enfin passe à l'état d'hépatisation grise, le son devient encore plus obscur, et ressemble tout à fait à celui que l'on obtiendrait en frappant sur une masse musculaire épaisse (*tanquam percussi femoris.*) C'est la partie moyenne et postérieure du poumon qui est le plus souvent le siége du travail inflammatoire le plus intense.

Dans la bronchite, la percussion ne fait constater aucun changement dans la résonnance du thorax. Elle est la même qu'à l'état de santé parfaite. Il y a bien quelquefois un peu d'épaississement de la membrane muqueuse des bronches. Mais jamais la modification du son déterminée par cet épaississement n'est assez considérable pour faire croire à l'existence d'un épanchement pleurétique ou d'une inflammation parenchymateuse.

Signes tirés de l'auscultation. — Lorsque chez un individu bien portant vous appliquez l'oreille sur les parois thoraciques, vous entendez un bruit désigné sous le nom de murmure vésiculaire ou bruit respiratoire, murmure doux, moelleux, et dont on ne peut donner la définition. Il faut l'avoir entendu. Vous le connaissez tous. Nous avons dit qu'il fallait appliquer l'oreille sur les parois du thorax. Nous préférons de beaucoup, et tous les praticiens partagent cette manière de voir, l'auscultation directe ou immédiate à celle que pratiquait Laënnec au moyen du cylindre interposé entre l'oreille et la cage thoracique. Les bruits qui se passent dans la cavité de la poitrine sont plus nets et plus facilement perceptibles.

Si l'on pratique l'auscultation chez un sujet atteint de pleurodynie, on n'entend rien autre chose que le murmure vésiculaire normal, offrant sa douceur, son velouté physiologique, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Dans la pleurésie, à la première période, même résultat, même bruit vésiculaire normal. Mais l'épanchement se produit-il, de grands changement surviennent. Le murmure respiratoire devient rude, et cette rudesse va en augmentant de

---

tout contact irritant. Ne demandez à cet orateur ni la chaleur du prosélytisme, ni les lyriques inspirations du sectaire, ni l'animation du révolutionnaire, ni l'enthousiasme du réformateur; mais si vous vous plaisez au doux et monotone murmure d'un filet d'eau limpide roulant sur de petits cailloux bien blancs et bien polis, l'eloquence dont je parle vous en fournira la bucolique image.

Cette éloquence si prudente, si cauteleuse, manque, il faut le dire, et en raison même de ses qualités, manque de spontanéité. Les improvisations les plus incontestables de M. Dubois ne ressemblent jamais à des improvisations; sa période correcte, élégante et nombreuse est toujours en costume de bal, et tous ses discours se développent si bien léchés et si proprets qu'on dirait qu'incontinent ils sortent d'une boîte. Ce serait une erreur de le croire; c'est là le caractère spécifique du talent de M. Dubois, et tel on l'entend à l'académie, tel on le retrouve dans ses leçons cliniques, aux interrogations d'un examen, dans une simple conversation particulière. M. Dubois est un artiste de langage, il y veut de l'ordre, de la mesure, de l'harmonie, du nombre; c'est chez lui, on le sent, une étude constante, étude qui quelquefois ne dissimule pas assez ses recherches et ses efforts.

Ce soin extrême que M. Dubois prend de la forme ne nuit en rien d'ailleurs à la valeur et à l'importance des idées. Tout ce que dit M. Dubois est empreint de convenance et de bon sens, c'est incontestablement un homme de fortes études et d'intelligence distinguée; il n'abuse pas de la parole à l'Académie, il ne la prend que sur des sujets qui lui sont familiers et sur lesquels il peut intéresser ou instruire son auditoire, conditions que ne recherchent pas toujours grand nombre de ses collègues. Son geste est sobre et sa mimique contenue et digne. Aussi M. Dubois a-t-il acquis une certaine influence à l'Académie, qu'il a déjà eu l'honneur de présider. Cependant cette influence s'est brisée à la défense de certains principes dont je ne veux pas rappeler ici le souvenir, mais que ceux qui connaissent la réserve et la prudence de M. Dubois ont été fort étonnés de lui voir embrasser avec une chaleur si en dehors de sa température habituelle.

M. Roux est l'antipode de M. P. Dubois, et j'aurais couru après le contraste que je ne l'aurais pas si bien trouvé, contraste néanmoins qui n'est que dans la forme et nullement dans le caractère et l'intention; car M. Roux est tout aussi académique, tout aussi parfaitement poli, tout aussi plein d'égards et de convenances que son honorable collègue. Mais autant le discours de M. Dubois paraît compassé, harmonique et symétrique, autant l'oraison de M. Roux se montre capricieuse, imprévue, prime sautière, courant et sautillant de point en point, peu soucieuse de l'ordre, faisant bon marché de l'enchaînement et de l'ordre logique des idées, se livrant à des bonds incroyables suivis de retours inattendus, passant avec une facilité prodigieuse des sommités de la question à ses détails les plus infimes; véritable voltige de la parole qui prend, quitte, reprend et abandonne une idée, deux idées, trois idées qui se mêlent, se croisent, se brouillent et s'enchevêtrent à tel point que je défie l'esprit le plus subtil et l'attention la plus robuste de suivre cette éblouissante et vertigineuse manœuvre. Et remarquez que la forme plastique que M. Roux donne à ses idées, c'est-à-dire sa phrase, prend des dimensions et des proportions d'une taille gigantesque; c'est une abondance de substantifs, un luxe d'épithètes, une richesse de synonymie, une largesse d'incidences à dérouter le plus habile sténographe. Figurez-vous une lanière de caoutchouc qui, tirée par les deux bouts, s'étend, s'étend, s'allonge, s'allonge jusqu'à prendre une longueur phénoménale. Voulez-vous un exemple? En voici un pris dans la première phrase du dernier discours de M. Roux:

« J'aurais voulu ne prendre la parole, vu l'heure avancée, qu'à la » prochaine séance sur l'intéressante et remarquable communication » que vient de nous faire notre très honorable collègue M. Dubois; » mais puisque l'Académie paraît désireuse de m'entendre et de connaître mon avis, mon opinion, mon sentiment sur la question qui » vient de lui être exposée avec tout le talent, la lucidité, la méthode » que l'Académie est habituée à rencontrer dans tout ce que lui présente M. Dubois, je vais lui dire mes idées avec toute la clarté, la » brièveté, la concision dont je suis susceptible, et je puis ajouter » aussi avec toute la franchise et la sincérité nécessaires dans une » question pratique de cette importance, importance qui se tire moins » de la gravité de l'opération en elle même, car il ne s'agit que d'une » simple suture, mais de ses conséquences, de ses résultats sur de très » jeunes enfants; question qui, comme on vient de le rappeler, a divisé et divise encore les chirurgiens les plus expérimentés, et que, » pour mon compte, j'ai résolu dans un sens opposé à celui de M. » Dubois dont je craindrais, je l'avoue, de voir l'opinion prendre trop » d'influence et passer à l'état de principe général, de règle de conduite; ce qui ne me paraîtrait ni sage, ni prudent, ni légitime, même » après l'argumentation riche, solide, brillante de notre honorable » collègue, qui s'est étayé, il est vrai, de faits assez nombreux et assez » remarquables pour produire une certaine impression, mais non pas, » je le répète, pour servir de formule à un principe de pratique clair, » évident, incontestable et à l'abri de tout reproche, comme le doit » être tout principe général; circonstances que je ne puis admettre » ici, comme je vais tâcher de le prouver en quelques mots, en priant » l'Académie de m'écouter avec sa bienveillance accoutumée à laquelle » je suis si sensible. »

Ouf!..., et ne sentez-vous pas le besoin de respirer amplement et largement? Eh bien! voilà la manière habituelle du chirurgien de l'Hôtel-Dieu qui, pour le désespoir des journalistes, se mêle volontiers aux discussions de l'Académie, qui y prend une part fort active, sans compter les mémoires et les communications de son propre cru. M. Roux, en effet, est des célébrités de notre époque, une de celles qui montrent le plus de zèle et d'ardeur pour les devoirs académiques. L'animation des séances lui plaît, le distrait et l'amuse; bien différent de l'un de ses célèbres prédécesseurs, de Desault, qui ne fréquentait pas l'Académie de chirurgie et qui répondit à quelqu'un qui lui en faisait reproche: « Mon esprit est comme les substances salines, qui ne cristallisent qu'en repos. » L'esprit de M. Roux paraît avoir besoin de mouvement pour produire; les physiciens n'ont-ils pas dit qu'une légère agitation était nécessaire à la cristallisation de certains corps?

La part d'influence dont M. Roux jouit à l'Académie et qui lui a valu aussi les honneurs de la présidence, il ne la doit pas, on le comprend, à sa puissance oratoire, mais à sa grande et légitime réputation chirurgicale, à son zèle, à l'honnêteté, à la probité de sa vie scientifique. L'histoire dira avec reconnaissance que, loin de cacher ses revers, M. Roux les a fait connaître avec empressement afin d'y faire trouver une leçon et un enseignement. Plusieurs fois, en pleine académie, et non sans émotion, M. Roux a raconté quelque fatal écart, quelque dangereuse et mortelle erreur de son histouri ordinairement si habile, et donné ainsi l'exemple d'un courage bien rare et très louable.

Voilà pour les deux seuls orateurs qu'il nous a été donné d'entendre mardi dernier. Je désire que ces petites appréciations, qui pourront donner à mes confrères éloignés de Paris quelques traits de la physionomie des académiciens dont le nom figure le plus souvent dans les comptes-rendus, soient lues sans colère et sans dépit, car elles sont écrites sans fiel et sans mauvaise passion aucune. Il est des académiciens qui, une fois par hasard, où pour remplir quelque devoir de rapporteur, se trouvent forcés de prendre la parole, et par défaut d'habitude ou par timidité, on voit qu'ils la manient d'une manière inexpérimentée; pour ceux-là, indulgence complète et même encouragements. Il serait injuste et cruel de se montrer à leur égard sévère. Mais cette même tolérance, la trouverai-je sous le bec de ma plume à l'égard des académiciens qui semblent vouloir monopoliser les discussions à leur profit, qui parlent sur tout et à propos de tout, qui n'ont d'autre plaisir que de dire noir quand les autres disent blanc; à l'égard de ceux qui, sans aucun motif tant soit peu légitime, visent ouvertement à la réputation littéraire et oratoire; à l'égard de ceux qui ne montent à la tribune que pour emboucher la trompette au profit de leur réputation?

Je n'en crois rien.

Jean Raimond.

plus en plus jusqu'à se transformer en un véritable souffle bronchique d'autant plus fort, que l'épanchement est plus considérable. Nous fixons votre attention sur ce point. On a dit que le souffle bronchique ne pouvait exister que dans l'hépatisation du poumon ; on s'explique dans cette dernière circonstance, en disant : les petites bronches étant devenues imperméables à l'air, ce fluide ne peut pénétrer que dans les grosses ramifications bronchiques, et c'est là ce qui produit le souffle. Si cette explication du souffle pneumonique est vraie, il n'est pas moins certain que dans la pleurésie le souffle bronchique existe aussi, et alors comment distinguer le souffle pleurétique du souffle pneumonique? C'est à l'aide d'autres caractères que l'on arrive à établir ce diagnostic différentiel.

Dans la pneumonie, le murmure vésiculaire est toujours mêlé d'un râle plus ou moins abondant, auquel on donne le nom de râle crépitant, à cause de la ressemblance qu'il offre avec le bruit que produit le sel projeté sur des charbons ardents. Dans la bronchite, le bruit respiratoire n'est à aucune période, le même qu'à l'état normal. Au début, il est accompagné d'un bruit particulier que l'on désigne sous le nom de ronchus, râle sonore ou râle sibilant, suivant son intensité, sa *gravité*, son acuité. Laënnec a comparé ces râles de la bronchite tantôt au ronflement d'une corde de basse sur laquelle on promène l'archet, tantôt au gazouillement des oiseaux, etc.

Le râle le plus caractéristique de la pneumonie est celui que l'on entend au premier degré de cette affection ; c'est le seul qui mette hors de doute l'existence de l'inflammation du parenchyme, le râle crépitant par excellence. Il est toujours à bulles très fines. Lorsque les bulles sont plus volumineuses, plus grosses, sensation que l'oreille apprécie très facilement, le râle est dit sous-crépitant. Le râle crépitant fin est donc caractéristique; il n'existe dans aucune autre affection, sauf peut être quelques cas rares de congestion pulmonaire; mais alors on a d'autres moyens d'établir la différence de ces deux états morbides. A une époque plus avancée de la pneumonie, le râle cesse complétement dans quelques points, et devient plus rare dans ceux où il persiste. Il n'y a plus de bruit respiratoire : le murmure vésiculaire disparaît complétement; il est remplacé par le souffle tubaire ou bronchique dont nous venons de parler il y a quelques instants. Ce qui distingue le souffle péripneumonique du souffle pleurétique, c'est que, dans l'immense majorité des cas, le point du poumon atteint d'hépatisation est entouré dans une plus ou moins grande étendue d'un travail phlegmasique moins avancé ; dans les endroits où la pneumonie n'est encore qu'au premier degré, on entend le râle crépitant tout autour du point où existe le souffle bronchique.

Dans certains cas de pleurésie, avant qu'il n'y ait encore suffusion séreuse, on perçoit un bruit particulier, une sorte de frottement plus ou moins sec, comme produit par le contact de deux surfaces rugueuses, ou par le froissement d'un morceau de taffetas neuf. C'est ce que l'on désigne sous le nom de bruit de frottement pleurétique. Il indique le premier degré de la pleurésie, la pleurésie sèche.

Dans la bronchite enfin, outre les râles sibilant et sonore grave, il en existe une autre espèce qui a quelque analogie avec le râle crépitant à grosses bulles; c'est un râle humide à grosses bulles, que l'on désigne sous le nom de râle muqueux et qui se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration. Toutes ces variétés appartiennent à des degrés différents de la maladie, à des modifications différentes de la muqueuse bronchique. Sec à une période où il n'y a pas encore d'exhalation à la surface de la membrane, il devient humide lorsque cette exhalation est produite.

Souvent il ne suffit pas, pour établir un diagnostic positif, d'écouter les bruits qui se font entendre dans la poitrine pendant l'inspiration et l'expiration. Il est souvent nécessaire, lorsque l'on ausculte le malade, de le faire parler, et d'apprécier les différences qui peuvent exister entre les modifications que présente la résonnance de la voix dans les diverses maladies que nous examinons. Dans la pleurodynie, où, comme nous l'avons déjà dit, les parois seules du thorax sont le siége de la douleur, il n'y a point de modification dans la résonnance de la voix. Elle prend seulement des caractères particuliers dans la pleurésie et dans la pneumonie. Dans la pleurésie, lorsque le malade parle haut, on entend dans le point correspondant au souffle un retentissement éclatant de la voix, avec un tremblotement particulier qui lui donne quelque ressemblance avec le bêlement d'une chèvre; d'où le nom qu'on a donné à ce phénomène, égophonie. Dans la pneumonie, dans le point correspondant au souffle, il y a retentissement de la voix, mais sans tremblotement; il semble que le malade parle dans l'oreille même de celui qui écoute. Cependant, il ne faudrait pas être trop absolu dans la valeur que l'on attacherait à l'égophonie. Il nous est arrivé plus d'une fois d'observer des malades atteints de pneumonies au second degré, sans épanchement, chez lesquels on entendait bien distinctement un retentissement broncho-égophonique de la voix. Nous ne terminerons pas ce qui est relatif à l'auscultation de la voix sans dire que le plus souvent aussi l'égophonie ne se fait entendre que dans un seul côté, tandis que la bronchophonie existe fréquemment à droite et à gauche en même temps.

Phénomènes généraux. — On peut tirer d'utiles enseignements de l'observation des phénomènes généraux, l'état du pouls, la chaleur de la peau, etc. Le pouls est plus ou moins fort, plus ou moins fréquent suivant l'intensité de l'inflammation. Il en est de même de la chaleur de la peau, dont la température est presque toujours proportionnée à la force de la phlegmasie et à son étendue. Pinel avait plus de confiance dans la chaleur de la peau que dans les autres phénomènes réactionnels, et dans les signes tirés de l'état du pouls. Le pouls peut être jusqu'à un certain point trompeur; il peut être fort, sans que cette force soit l'expression et la manifestation de la force et de la vigueur de la constitution du sujet, non plus que de l'intensité, de la profondeur, de l'étendue, de l'acuité de la maladie. La chaleur de la peau accompagne presque toujours, suivant Pinel, l'état phlegmasique, principalement celui dont nous nous occupons ici, et qui peut véritablement être regardé comme un type de travail inflammatoire.

En dehors de l'état du pouls et de celui de la peau, l'appareil digestif n'est pas sans devoir être interrogé. La langue est ordinairement sèche, rouge à la pointe et sur ses bords, quelquefois blanche ou d'un blanc jaunâtre vers sa base et sa partie moyenne. Cette rougeur de la langue est commune à toutes les inflammations parvenues à un certain degré d'intensité. Les excrétions ont subi des modifications notables, mais qui appartiennent également à tous les états inflammatoires un peu étendus et d'une certaine intensité, sans être plus spécialement propres à la pneumonie. Les urines sont peu abondantes, d'une couleur rouge-brique-foncée, le plus souvent sans trouble et sans dépôt au fond du vase, lorsqu'elles viennent à être rendues.

Qu'entend-on par phénomène général? Peut-être aurions-nous dû commencer par agiter cette question avant de vous parler du pouls, de la chaleur, etc. Il semble, qu'on nous permette cette manière de dire, que lorsqu'il existe une inflammation violente dans un organe important de l'économie, lorsque par le fait de l'affection phlegmasique, l'état de l'organe se trouve sérieusement compromis, il semble que la nature déploie plus de force de réaction contre la maladie, et que les phénomènes généraux soient plus violents. Ce n'est pas là une loi, mot dont on a singulièrement abusé depuis quelques années, c'est un fait d'observation fréquente, ce qui ne veut pas dire qu'il ne comporte pas d'exceptions. L'observation des phénomènes généraux est souvent des plus utiles dans la détermination du diagnostic différentiel des maladies que nous venons d'examiner.

Les muscles de la poitrine ne constituant point un appareil d'organes essentiel à la vie et dont la moindre lésion pathologique doive se traduire à l'extérieur par des symptômes réactionnels très intenses, on concevra facilement que leur inflammation, si tant est même qu'elle existe dans la pleurodynie, ne s'accompagne pas de grande fréquence du pouls, de grande chaleur de la peau. Y a-t-il donc pleurodynie, le pouls reste à l'état normal, la température du sujet n'augmente pas sensiblement, malgré l'intensité de la douleur.

Les phénomènes généraux peuvent varier aux diverses périodes de la pleurésie. C'est surtout au début, pendant la période la plus franche d'acuité qu'ils sont prononcés. Le pouls est alors fréquent, s'élève souvent jusqu'au-dessus de cent pulsations par minute; il est dur, résistant. Lorsque l'on dirige contre la pleurésie un traitement énergique, la fréquence et la force du pouls cèdent assez promptement. Il est rare qu'ils persistent plus de deux ou trois jours, puis le sujet reprend, à peu de chose près, l'état apparent de la santé, quant à ces phénomènes généraux. Pendant cette diminution, cette cessation même des phénomènes réactionnels, les symptômes locaux sont extrêmement marqués; la matité est des plus prononcées ; absence complète de respiration ; au niveau de la partie supérieure du liquide de l'épanchement, retentissement éclatant de la voix avec tremblotement égophonique; souffle bronchique.

C'est une particularité bien essentielle à noter que la coïncidence de deux états si opposés en apparence, la diminution des symptômes généraux, l'augmentation des phénomènes locaux : c'est une circonstance qui ne se retrouve que dans la pleurésie. Si dans la péripneumonie les phénomènes locaux étaient aussi graves, s'il y avait une matité aussi étendue, une absence aussi complète de murmure vésiculaire, un souffle aussi prononcé, les phénomènes généraux seraient excessivement graves, et ne pourraient laisser aucun doute sur le diagnostic. Dans la pleurésie avec épanchement, il n'y a pas la moindre proportion entre les phénomènes généraux et les phénomènes locaux sous le rapport de l'intensité, de l'étendue de la maladie. Dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, au contraire, les rapports proportionnels entre ces deux états sont immenses et ne permettent pas la moindre erreur.

Pour ce qui est de l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches, les symptômes varient aussi suivant les circonstances diverses. Lorsqu'elle est récente, très intense, il y a des phénomènes généraux très prononcés. Lorsqu'elle occupe une grande étendue de la poitrine, les deux côtés presque en entier, lorqu'elle est capillaire, c'est-à dire qu'outre les grosses bronches, elle a encore envahi les dernières ramifications, et c'est là la forme la plus grave, le pouls est excessivement fréquent, la chaleur forte, la peau sudorale. Mais là encore, les phénomènes locaux sont tout à fait différents de ceux des maladies précédentes, et ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit de l'observateur. Nous vous recommandons de faire toujours, lorsque vous examinez un malade, la plus grande attention à l'état général du sujet. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé d'entendre annoncer une hépatisation des plus étendue, une pneumonie des plus graves, d'après la matité, le souffle, l'absence du bruit respiratoire, chez les sujets qui n'avaient autre chose qu'un épanchement pleurétique, et l'on sait combien est grande la différence du pronostic entre ces affections.

Docteur A. FOUCART.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 14 mai 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le vice-secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, dont la rédaction est adoptée.

— *M. Chassaignac* a la parole pour lire une observation de fracture de la base du crâne, avec écoulement de liquide séreux par l'oreille; il développe à la suite de cette observation la nouvelle théorie de la production de ce liquide, qu'il a fait connaître dans une des précédentes séances. La Société décide que la discussion de ce travail aura lieu dans la séance prochaine.

— *M. Malgaigne* fait un rapport verbal sur deux brochures envoyées à la Société par M. Guépratte, pour la candidature à une place de membre correspondant. Conformément aux conclusions du rapporteur, des remerciments sont votés. Mais il sera écrit à M. Guépratte pour lui donner connaissance de l'article du règlement relatif aux conditions d'admission des membres correspondants (l'envoi d'un travail inédit).

— *M. Robert* met sous les yeux de la Société le crâne d'un sujet qui pendant la vie a rendu par le nez une quantité notable de liquide céphalo-rachidien; il montre les différentes fractures de la base de ce crâne qui rendent compte de ce singulier phénomène, et promet de donner l'observation complète de ce fait dans la séance prochaine.

— Le même membre fait voir un autre crâne non moins curieux par les accidents qui compliquent les fractures dont dont il est affecté. L'une d'elles, en effet, siége à la voûte, et à travers l'écartement de ses fragments, on constate l'issue d'une portion de la dure-mère et de la substance du cerveau; l'autre siége à la base sur la surface orbitaire, et à travers la fente qu'elle représente, on voit une portion du tissu graisseux de l'orbite faire saillie dans l'intérieur de la cavité du crâne.

Le sujet auquel a appartenu cette tête a survécu quarante-huit heures à sa blessure, et M. Robert a pu, pendant sa vie, expérimenter l'emploi du diapason, qui ne lui a fourni aucun indice de la présence de la fracture.

M. Bérard met sous les yeux de la Société une pièce de 5 fr. qui, avalée par mégarde par un jeune homme de dix-sept ans, a été rendue au bout de douze jours par l'anus, sans avoir déterminé aucun accident, ni par son séjour dans l'intestin, ni par son expulsion. M. Bérard avait recommandé au malade de se nourrir d'aliments farineux pris en grande quantité, dans le but de produire des matières stercorales abondantes qui distendraient l'intestin en même temps qu'elles pousseraient le corps étranger au dehors.

M. Chassaignac fait observer qu'un purgatif doux produit un effet au moins aussi avantageux, en sollicitant les contractions du canal intestinal tout entier.

M. Guersant dit que dans la majorité des cas les corps étrangers de l'intestin mettent beaucoup moins de temps à être rendus par les voies naturelles que dans le cas dont il vient d'être question. Il cite à ce sujet l'observation d'un homme qui ayant avalé une épingle en mangeant du vermicel, et qui s'étant borné à boire abondamment de l'eau de gomme, rendit le lendemain par l'anus le corps étranger qu'il avait avalé.

M. Lenoir appelle l'attention de la Société sur les erreurs de diagnostic, auxquelles ces corps étrangers introduits dans les voies digestives souvent à l'insu des malades, peuvent donner lieu. Il dit avoir vu il y a quelques années à la consultation de l'hôpital des Cliniques, une jeune fille qui pendant deux ans avait couru tous les hôpitaux de Paris pour être soulagée de douleurs d'estomac qu'on rapportait alors à l'existence d'une gastrite, et chez laquelle un examen attentif de la région épigastrique fit reconnaître la présence d'une aiguille placée sous la peau. et dont l'extraction fut suivie d'une guérison complète.

M. Chassaignac rapporte à ce même propos l'observation d'une dame qui, à la suite de la disparition d'une névralgie sus orbitaire à laquelle elle était depuis longtemps sujette, fut tout d'un coup prise de douleurs très vives dans une des cuisses. Un médecin appelé crut voir dans ce cas une métastase de la névralgie, et traita pendant trois mois la douleur de cuisse par les moyens tant internes qu'externes affectés à la cure de la sciatique. Un jour que la malade était au bain, elle s'aperçut de la présence d'un corps dur qui comprimait douloureusement la peau de la cuisse; une petite incision faite sur le corps donna issue à une grosse épingle, cause de la douleur.

— *M. Deguise* fils présente un malade qui offre un gonflement considérable de l'articulation du coude droit, suite d'une chute faite il y a six mois, et qui s'oppose au mouvement d'extension de l'avant-bras. Il prie la Société de vouloir bien examiner cette maladie, et il demande qu'on en établisse le diagnostic et le traitement.

M. Huguier pense qu'il s'agit ici d'une hydarthrose. Il fonde son opinion sur l'existence de deux tumeurs qui sont placées sur les côtés du tendon du triceps brachial, et qui communiquent entre elles par l'intermédiaire de l'articulation.

M. Bérard partage cette opinion, bien qu'il n'ait pu faire refluer le liquide d'une des tumeurs dans l'autre. Il proposerait comme moyen de traitement les résolutifs. Et à défaut de succès obtenus, par exemple, il aurait recours à la ponction simple, et enfin à la ponction suivie d'une injection d'iode dans la synoviale.

M. Robert a déja rencontré un cas semblable à celui-ci, et les résolutifs ont été sans action sur la maladie ; il proposerait donc d'employer de prime abord la ponction simple, et de la faire suivre de la compression méthodiquement appliquée sur l'articulation. Quant à l'injection iodée, il ne partage pas l'opinion de M. Bérard sur son innocuité ; il craindrait, en la mettant en usage, de produire l'ankylose de la jointure.

M. Guersant dit qu'il possède des faits qui lui démontrent que de larges vésicatoires ont souvent réussi sur de pareilles hydarthroses, quand elles ne dataient encore que de six à sept mois; et comme dans le cas présant, la maladie ne remonte pas à une époque plus éloignée, il est d'avis qu'on emploie d'abord ce moyen thérapeutique.

M. Malgaigne croit que l'émétique à haute dose employé d'après la formule de M. Gimelle, est un précieux moyen de résolution dont il faudrait faire usage ici, avant d'avoir recours aux autres moyens plus actifs qui ont été proposés.

Séance levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré; par A. LACOUR, D.-M., ancien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Materuité de Lyon Paris, Germer-Baillière ; 1844. In-8° de 60 pages.

Le mémoire de M. Lacour est une histoire complète et très intéressante de l'accouchement prématuré artificiel. L'auteur commence par établir la moralité de cette opération, dont le but ne peut avoir rien de commun avec l'avortement provoqué dans une intention criminelle, et aborde ensuite l'histoire de ses progrès en France et à l'étranger. Il démontre que l'on ne saurait, sans une partialité que l'orgueil national peut expliquer, mais non excuser, attribuer à Puzos, comme l'a fait M. Dezeimeris, la première idée de cette opération; ce célèbre accoucheur n'a fait en réalité que préconiser une modification de l'accouchement forcé pour le cas d'hémorrhagie grave. L'origine de l'accouchement provoqué avant terme remonte au moins à l'année 1756. A cette époque, dans une réunion dont Denman nous a conservé le souvenir, les praticiens les plus considérés de Londres décidèrent que cette pratique était avantageuse et approuvée par la morale. Macaulay le premier justifia par l'exécution la décision de ses compatriotes, et son exemple, imité par un grand nombre d'accoucheurs anglais, le fut aussi bientôt en Allemagne. La France a été beaucoup plus lente à entrer dans cette voie, et l'idée de faire accoucher certaines femmes avant terme n'y a rencontré pendant longtemps que des adversaires. Baude-

locque et son école l'avaient proscrite d'une manière pour ainsi dire absolue, et l'école de Paris lui serait peut-être encore hostile si celle de Strasbourg n'eût pris l'initiative. M. Lacour, dans cet exposé historique, ne se borne pas à raconter sèchement les faits dans leurs rapports chronologiques, mais il met en évidence toutes les raisons qui ont conduit les uns à repousser l'opération, les autres à l'admettre; cette discussion, très bien démontrée, montre, entr'autres choses, que les disciples d'une école ont souvent tort de jurer sur la parole du maître; car si en France des accoucheurs, d'ailleurs très distingués, ont pu retarder les progrès de l'art en s'opposant à une méthode adoptée dans d'autres pays, c'est qu'ils s'étaient trop facilement contentés des arguments fournis par Baudelocque, et probablement ce grand praticien eût lui-même changé d'opinion en face des faits qui se sont multipliés depuis un quart de siècle.

L'accouchement prématuré peut être provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin, dans ceux de maladies graves de la femme, et peut-être dans ceux de mort du fœtus. Pour le premier cas, les accoucheurs sont généralement d'accord aujourd'hui pour opérer dans la limite de deux pouces trois quarts à trois pouces un quart, mesure du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Il est plus difficile de décider jusqu'à quel point les maladies graves de la femme exigent l'emploi de l'opération; sa nécessité est soumise alors à des circonstances que le tact médical peut seul apprécier. Au lieu de la regarder comme le spécifique des grossesses laborieuses, M. Lacour, adoptant l'opinion du professeur Stoltz, pense qu'on ne doit y voir qu'un remède extrême pour les cas où il n'y pas d'autre moyen de sauver la mère et ceux dans lesquels l'enfant est en danger de succomber. Son application doit être encore plus rare dans les cas de mort du fœtus, et dans ceux presque toujours illusoires de grossesse tardive. Quant aux primiparités, aux grossesses doubles et aux présentations vicieuses, l'accoucheur doit agir avec précaution ou réserve, suivant que ces circonstances contre-indiquent l'accouchement prématuré, ou qu'elles le rendent seulement plus difficile. Les procédés opératoires peuvent se rattacher à deux ordres de tentatives; les unes, indirectes ou générales, agissent sur l'économie entière et appellent immédiatement l'action de l'utérus; les autres amènent l'expulsion du fœtus en excitant directement les contractions de la matrice. Après avoir décrit ces divers moyens et discuté leurs avantages ou leurs inconvénients, M. Lacour admet que l'habitude ou l'habileté de l'opérateur doivent être prises en considération dans le choix de chacun d'eux. Enfin, en étudiant par la statistique les suites de l'opération et en les comparant avec celles de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, il montre que, toutes choses égales d'ailleurs, une supériorité incontestable de succès reste à l'accouchement prématuré, mais que chacune de ces opérations a ses indications spéciales qui ne permettent pas de les remplacer l'une par l'autre.

On doit savoir gré à l'auteur d'avoir autant insisté sur les différentes parties de son sujet, puisque, comme il le dit, il avait à défendre une opération de la plus haute importance qui, outre les difficultés que rencontre toute grande innovation chirurgicale, offre encore celle de blesser en apparence, par une sorte de solidarité avec l'avortement, la religion, la morale et les lois; une opération qui, pour passer dans la pratique, avait besoin de la sanction de tous, et que le temps seul peut donner.

Ce simple aperçu est très insuffisant pour donner une idée complète du mémoire de M. Lacour, qui n'est pas moins remarquable par la correction, la clarté, l'élégance même du style, que par l'interprétation sage des faits et la solidité des raisonnements. L'excellent esprit de l'auteur, sa profonde instruction font également honneur à l'école de Lyon où il a fait la plus grande partie de ses études, et à celle de Strasbourg où il est allé, comme à la source du progrès, s'inspirer des doctrines du professeur Stolz, dont l'enseignement est si universellement et si justement apprécié. B....., de Lyon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement des épanchements sanguins de la bourse muqueuse succédant à une chute sur le genou. — M. le docteur Agnély, professeur de pathologie externe à l'école de médecine de Dijon, nous a dernièrement adressé quelques réflexions sur le traitement de cette affection, contre laquelle il conseille l'emploi des injections irritantes de teinture d'iode. Ces réflexions accompagnent le fait suivant, que nous citerons en abrégeant quelques détails.

Un homme de trente-trois ans, valet de chambre, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, fit, au mois de novembre 1842, une chute de trois pieds de haut environ sur les deux genoux et sur les mains. Le genou droit sans doute avait supporté le premier choc; car lui seul fit éprouver à l'instant même une vive douleur, et pendant le cours des trois mois qui suivirent l'accident, fut le siége d'une sensation pénible, bien que peu intense, mais continue. Durant tout ce laps de temps, le malade, d'ailleurs intelligent, n'eut jamais la pensée de regarder, de toucher ce point du corps si obstinément endolori... Ce ne fut que le 10 février suivant, qu'éprouvant, au lieu de cette douleur, une gêne à fléchir la jambe, il regarda et s'aperçut pour la première fois que son genou était fortement gonflé.

Après cet exposé des commémoratifs, la partie malade fut mise à nu; sur le point culminant de la face antérieure, existait une tuméfaction considérable, assez régulièrement arrondie, exactement circonscrite, indolente au toucher, d'une molle résistance, et obéissant en masse aux mouvements imprimés à la rotule. Cette tumeur était recouverte d'une peau dure, sèche, ridée et presque calleuse dans sa couche épidermique (ce genou sert souvent au corps de point d'appui dans l'action de cirer et frotter un parquet), sans changement bien notable, soit dans sa coloration, soit dans sa caloricité. Un examen attentif n'y découvrait qu'une obscure fluctuation; d'ailleurs, l'articulation tibio-fémorale, comparée à celle du côté sain, ne laissait voir aucun changement physique, aucune altération fonctionnelle, sauf la gêne indiquée dans le mouvement de flexion. A première vue, la bourse muqueuse anté-rotulienne, pathologiquement développée, me parut constituer cette tumeur.

L'examen direct et minutieux nous fit supposer qu'elle contenait du pus, du sang ou de la sérosité pure.

Le commémoratif pouvait à la fois autoriser ces trois suppositions; l'examen direct et manuel me fit penser que c'était du sang, sauf les modifications apportées par le temps et la persistance d'une irritation locale dans la manière de l'épanchement sanguin. Je rassurai le malade, et crus pouvoir lui promettre une prompte guérison. Comme traitement préliminaire, je prescrivis quarante-huit heures de repos, topiques émollients, limonade et diète.

Le troisième jour, je plongeai dans la tumeur un trois-quarts à hydrocèle; la canule donna issue à un fluide dense, couleur chocolat, et mêlé de quelques petits grumeaux d'un noir foncé, le tout remplissant à moitié un verre ordinaire. Je m'assurai du libre jeu de la rotule, du défaut de douleur à la pression en divers sens, de l'épaisseur des parois de cette cavité, et immédiatement j'injectai une solution de teinture d'iode étendue au cinquième; je malaxai la tumeur artificiellement reproduite; j'évacuai en grande partie le liquide injecté, et condamnai à l'immobilité le genou, recouvert de compresses trempées dans du gros vin tiédi. Vingt-quatre heures après, la tumeur avait récupéré son premier volume; mais la nouvelle tumeur différait de l'ancienne par la rougeur et la chaleur modérée de ses enveloppes; par un certain degré de douleur, par plus de mollesse. — Même pansement; repos; limonade et diète.

Les quatrième en cinquième jours, la tumeur était affaissée, l'inflammation presque éteinte. Dès lors, alimentation; bandage roulé étendu du pied sur la jambe et sur le genou, y maintenant avec une certaine pression des compresses trempées dans une solution d'hydrochlorate ammoniacal. Vers le 3 mars, le malade avait repris ses occupations.

Quelques mois après je revis ce malade; la peau du genou droit est souple, comme celle du côté opposé. Le malade n'a plus souffert depuis l'opération qui lui a été pratiquée. « Combien de semaines n'eût-il pas fallu, ajoute l'auteur, pour obtenir ce résultat par l'emploi successif des résolutifs, des vésicants, de la compression, ou par l'incision et une suppuration consécutive? »

Sur l'emploi du colchique dans la coqueluche; par M. le docteur Fischer, de Tambach.

Malgré le grand nombre des médicaments qui ont été déjà recommandés contre la coqueluche, M. Fischer croit devoir conseiller aux praticiens l'emploi du colchique dans cette maladie comme un moyen qui paraît l'emporter sur tous les autres. Il fait prendre cette substance de la manière suivante:

Vin de semences de colchique, 12 grammes.
Laudanum liquide de Sydenham, 2 gouttes.

M. S. A.

On en donne de dix à trente gouttes, toutes les trois ou quatre heures, dans une tisane appropriée.

M. Fischer a vu, sous l'influence de cette médication, les accès s'éloigner de plus en plus, la toux perdre de son intensité, et la maladie passer promptement à son troisième stade. Toutefois, il ne croit pas prudent d'y recourir chez les enfants encore à la mamelle.

Il n'est pas besoin de dire qu'on doit suspendre le traitement s'il vient à se manifester des symptômes de pneumonie, de rhumatisme sthénique, etc.

NOUVELLES.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce a présenté à la Chambre des Députés un projet de loi ainsi conçu:

« Art 1er. Les contraventions aux ordonnances royales, portant règlement d'administration publique pour la vente, l'achat et le transport des substances vénéneuses, seront passibles d'une amende de 100 fr. à 3000 fr., et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, sauf l'application de l'art. 463 du Code pénal.

» Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des substances vendues ou transportées en contravention.

» Art. 2. Les art. 34 et 35 de la loi du 28 germinal an 11 seront abrogés du jour de la date de l'ordonnance qui aura statué sur la vente des substances vénéneuses. »

— Samedi 31 mai, la Société médicale du dixième arrondissement s'est réunie pour l'élection des membres du bureau:

Ont été nommés,

MM. Villeneuve, président.
A. Bérard et Sorlin, vice-présidents;
Gillette, secrétaire-général;
Blatin et Homolle, secrétaires.
Vosseur, trésorier;

Les séances auront lieu le premier samedi de chaque mois, à huit heures du soir, dans une des salles de la mairie, à partir de samedi prochain 7 du courant.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 66. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

De l'opération du bec-de-lièvre, de son opportunité et de l'époque à laquelle on doit la pratiquer.

Nous avons dit que dans tous les cas où l'on mettait en usage l'ancien procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, il restait après la guérison une sorte d'encochure, de dépression à la partie inférieure de la solution de continuité. Chez tous ceux que nous avons opérés, nous l'avons observée.

Au moment où nous vous entretenons de cette opération, nous avons dans nos salles, où il est entré pour une autre affection, un enfant qui a été opéré il y a plusieurs années par M. Roux, auquel on ne peut refuser une grande habileté comme chirurgien, et qui présente cette dépression très marquée. Nous avons dit encore que le seul moyen d'éviter cette brèche, c'est de faire usage du procédé de M. Malgaigne. Voici en quoi il diffère de l'ancienne méthode.

Dans l'ancienne méthode, on rafraîchit avec les ciseaux ou le bistouri, et de bas en haut, les lèvres de la solution de continuité, puis on les affronte le plus exactement possible, à l'aide d'aiguilles et de la suture. Nous avons dit encore que les bords de la division rafraîchie forment avec le bord libre de la lèvre un angle d'autant plus obtus qu'on en aura retranché davantage, et que de leur rapprochement naîtra un angle obtus à base inférieure, que contribuent à former la perte de substance et la rétraction naturelle de la cicatrice, qui tire vers la narine le sommet de l'angle du bord labial. Voici le raisonnement que fit M. Malgaigne : Il faut changer les conditions de l'opération pour la mettre en rapport avec la difformité à corriger. Au lieu d'accroître donc la déperdition de substance qui constitue le bec de-lièvre et rend sa guérison complète si difficile, il faut garder le plus de tissu possible, et en emprunter même, si besoin est, aux parties voisines. En un mot, disait M. Malgaigne, l'avivement du bec-de-lièvre ne peut se faire qu'à la condition de retrancher de la peau quelques petites portions. C'est l'utilisation de ces portions jusqu'à présent inutiles et perdues qui constitue la nouvelle méthode.

Le procédé de M. Malgaigne est de la plus grande simplicité. Au lieu de rafraîchir les bords de la solution de continuité de bas en haut, il les ravive de haut en bas, laissant adhérents par un petit pédicule les lambeaux qu'il a détachés du bord qu'il veut rendre saignant. Une fois l'avivement fait, il réunit la plaie avec des aiguilles à suture, comme dans le procédé ordinaire; mais de plus, au moyen des deux petits lambeaux rapportés par l'angle inférieur de chaque bord labial, lambeaux qu'il taille et affronte à son gré, il comble la petite dépression dont nous avons parlé, et peut même constituer un lobule médian à la lèvre supérieure, lorsque, par hasard, la division se trouve située au milieu de la lèvre.

Il n'est pas besoin d'insister plus longuement sur l'utilité de la nouvelle méthode opératoire de M. Malgaigne, et la description que nous en avons faite suffira pour en faire apprécier tous les avantages.

M. Malgaigne a présenté plusieurs sujets traités de cette manière, et chez lesquels il a obtenu un succès complet. Depuis la publication du travail où il donne la description de ce procédé, nous avons opéré quatre sujets de cette manière, et chez tous nous avons obtenu une réussite parfaite; un des faits que nous rappelons a été rapporté dans le Journal de chirurgie de l'an dernier. L'opération faite ainsi, a bien un petit inconvénient : c'est d'être plus longue; mais cette durée est peu considérable, et ce petit désavantage se trouve largement compensé par la beauté du résultat que l'on obtient. Nous avons cependant cru devoir adopter une légère modification dans l'exécution du mode opératoire, modification qui a été proposée par un de nos collègues des hôpitaux. M. Malgaigne rafraîchit les bords avec des ciseaux, en se plaçant derrière le malade. Nous nous servons, nous, du bistouri, ce qui a l'avantage de nous permettre de rester devant le malade; de plus, nous trouvons plus commode la manœuvre du bistouri dans cette circonstance que celle des ciseaux. Le bistouri est tenu en plume à écrire, et l'angle inférieur du bord de la division est maintenu avec une pince. Pour la réunion, nous la pratiquons comme nous venons de le dire plus haut, à l'aide d'épingles maintenues par des fils; mais là n'est pas toute l'opération. Il y a des soins consécutifs à prendre, et qui sont tellement importants que leur omission peut rendre inutile tout ce que l'on a fait jusque-là.

Les soins consécutifs à l'opération varient pour les nouveau nés et pour les sujets plus âgés.

Chez les nouveau-nés, il faut, autant que possible, éviter d'appliquer des bandages compliqués et gênants qui les tourmentent lorsque les épingles sont placées. Tout au plus pensons-nous que l'on peut se servir d'une longue bandelette de sparadrap, large d'un centimètre et demi environ, que l'on applique de cette manière. Le milieu de la bandelette est appliqué en arrière et un peu vers le sommet de la tête, sur le bonnet de l'enfant, tandis que les deux chefs en sont ramenés en avant, passent obliquement sur les joues et viennent se croiser sur la lèvre supérieure, au-dessous du nez. On a, de cette manière, un bandage solide, qui maintient l'adhésion obtenue par la nature et rapproche les joues sans fatiguer l'enfant. Le procédé ordinaire, qui consiste à appliquer sur la région parotidienne, de chaque côté, une petite pelote ramenée en avant par un bandage et soutenant les joues, fatigue beaucoup les sujets et les gêne à un très haut degré. Lorsque le bec de lièvre est simple, sans complication, dans de bonnes conditions, il est préférable de ne rien mettre de semblable, la bandelette de sparadrap elle-même, quoique de beaucoup préférable à cause de sa simplicité, peut souvent être nuisible. La peau de l'enfant est d'une finesse extrême et d'une grande sensibilité. On a vu quelquefois des érysipèles survenir par suite de l'emploi de cette bandelette, et constituer une complication fâcheuse. Lorsque l'on a fait l'opération à un enfant nouveau-né, il faut veiller attentivement sur lui. Au moindre cri, la mère ou la nourrice doit placer un doigt sur la suture, rapprocher les joues avec deux autres doigts, en les ramenant en avant, et conserver cette position jusqu'à ce que les cris aient cessé. Nous avons dit plus haut et nous n'y reviendrons que pour mémoire, que, pendant quelques jours, on doit se garder de faire teter l'enfant et se contenter de lui faire couler dans la bouche de l'eau sucré, blanchie avec quelques gouttes de lait. On évitera l'emploi du biberon, ou du moins l'on ne se servira que du biberon en métal, à col coupé en bec de flûte, afin que l'enfant ne puisse pas exécuter de mouvements de succion.

On ne devra enlever les épingles que vers le troisième jour. Peut-être quelquefois fera-t-on bien d'en laisser une jusqu'au quatrième jour; mais il faut surveiller la plaie et prendre garde de laisser couper les tissus par les épingles. Pour rendre plus difficile, du reste, la section de la lèvre par les épingles, le chirurgien devra toujours enfoncer ces épingles plutôt plus que moins, et saisir plutôt une trop grande épaisseur de la lèvre qu'une trop faible étendue. Nous ne craignons jamais de nous trop rapprocher de la face postérieure ou buccale de la lèvre, et nous avons toujours la crainte de nous trouver trop près de la face antérieure. D'ailleurs, cette précaution d'embrasser une grande épaisseur de la lèvre favorise la réunion de la plaie tant en arrière qu'en avant, et rend la cicatrice plus résistante. On devra cependant employer les bandelettes, si, après deux ou trois jours, on s'aperçevait que, chez le nouveau-né, la réunion ne s'opère pas complètement.

Chez les sujets qui ont passé la première période de l'enfance et atteint l'âge de huit ou dix ans, nous ne redoutons point, comme chez le nouveau-né, l'emploi des bandages contentifs et des pelotes. Nous employons la suture ordinaire et le bandage de J.-L. Petit. Cependant, lorsque l'écartement n'est pas très considérable, nous nous bornons à la suture sans bandage contentif. M. Malgaigne agit souvent de la même manière, et dit s'en être souvent applaudi.

Restent les enfants de deux à trois ou quatre ans. Nous avons observé qu'en général on a moins de succès à cette période de la vie qu'aux deux époques extrêmes de l'enfance dont nous avons parlé. Nous en avons déjà donné les motifs. L'enfant est plus fort, ses muscles se contractent plus fortement, il crie à l'approche du chirurgien et dès que l'on veut examiner son appareil. Il crie pour tout, et presque continuellement. Les précautions à prendre sont les mêmes que celles que l'on met en usage pour les autres âges; mais nous conseillerons cependant de mettre de chaque côté la pelote et la bande à deux globes dont nous rejetons l'emploi chez le nouveau-né.

L'enfant que nous allons opérer est un enfant de trois ans. Chez lui, ce qui nous a décidé à opérer maintenant plutôt que d'attendre, c'est que la solution de continuité est peu considérable, que l'opération ne sera point difficile ni longue. Pour le bec-de-lièvre, comme pour toutes les opérations, il est quelques précautions préliminaires à prendre, comme de s'enquérir si l'enfant a été vacciné, s'il a eu la rougeole et la scarlatine, etc. Il faut examiner leurs divers appareils; si l'enfant tousse, s'il a un rhume, même un simple coryza, il faudra remettre l'opération, car les secousses de la toux pourraient très bien nuire à la réunion ou favoriser la rupture de la cicatrice.

— Huit jours après l'opération (le 15 mai) l'enfant a été présenté de nouveau par M. Guersant aux personnes qui suivent sa clinique, dans un état de guérison parfaite. Le résultat obtenu était on ne peut plus satisfaisant.

Le lendemain de la leçon que nous avons publiée dans le numéro du 13 de ce mois, le professeur a présenté également un enfant de cinq mois, opéré du bec-de-lièvre simple dix jours après sa naissance, par le procédé de M. Malgaigne, et chez lequel l'opération a été couronnée d'un plein succès.

Nous ne terminerons pas enfin sans dire que depuis l'opération dont nous venons de rendre compte, M. Guersant a opéré, par le même procédé, un enfant de huit jours, affecté d'un bec de-lièvre très compliqué. Nous croyons en avoir assez dit ici sur cette difformité et son traitement, pour nous dispenser d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet.

Gangrène de la vulve.

Au n° 25 de la salle Ste Thérèse, nous avons eu une fille de deux ans environ, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique; elle est dans un état assez bon de santé générale. A l'époque où on nous l'apporta, il y a huit jours environ, elle présentait à la vulve une tache noirâtre de la largeur de quatre centimètres environ transversalement. Elle occupait la face interne des grandes lèvres, passait au-dessus et au-dessous du clitoris, qu'elle n'intéressait nullement; elle n'occupait pas non plus l'orifice du vagin. Pour nous, c'était une gangrène de la vulve. Nous n'avons pu reconnaître aucune cause, soit interne, soit externe. Parmi les causes externes, la plus fréquente est sans contredit la vulvite intense : elle n'en avait pas. Elle était assez bien nourrie, et ne présentait aucune condition de santé générale favorable au développement de cette mortification. Les parents nous affirmèrent que la maladie faisait tous les jours des progrès, et que la tache s'agrandissait sensiblement et d'une manière rapide. Cette circonstance nous a paru grave, et nous a engagé à agir vivement. Nous avons pansé la partie gangrenée avec le suc de citron, dont on imbibait des plumasseaux de charpie.

Quand nous vîmes l'enfant, le lendemain, la tache s'était encore agrandie d'un demi-centimètre au moins; elle gagnait principalement en hauteur, et s'avançait sur le mont de Vénus. D'après une marche aussi rapide dans l'espace de vingt-quatre heures à peine, nous nous crûmes non-seulement autorisé à employer tous les moyens possibles, mais forcés de les employer. Dans des cas de cette nature, les agents thérapeutiques internes sont secondaires. La gangrène, pour nous, dépend d'une cause interne, et nécessite conséquemment aussi une médication interne.

Comme médication externe, nous nous sommes servi du cautère actuel, du fer rougi à blanc. Tout autour de l'eschare, nous avons tracé un sillon qui, sans être très profond, n'était pas cependant tout superficiel, et nous avons circonscrit la maladie. Comme médication interne, nous avons prescrit les toniques, le vin et l'extrait de quinquina; pour nourriture, un peu de bouillon. Malgré cet appareil de moyens énergiques, la gangrène avait encore marché, et le lendemain de la cautérisation, l'eschare avait franchi le cercle dans lequel nous avions cherché à l'enfermer. Une nouvelle application a été faite du cautère actuel, mais plus profonde; on a continué l'emploi des toniques à l'intérieur.

Depuis ce moment, la dégénérescence gangréneuse s'est arrêtée; les pansements ont été faits avec l'eau chlorurée; puis le travail éliminatoire s'est fait, et l'eschare s'est détachée assez promptement, laissant au-dessous d'elle une surface vermeille couverte de bourgeons charnus. La plaie a pris un très bon aspect; l'état général s'est soutenu. L'enfant a pris pendant assez longtemps du sirop de quinquina; aujourd'hui la guérison est presque complète.

Nous avons cru devoir attirer votre attention sur ce fait, parce que la gangrène de la vulve n'est pas chose rare chez les petites filles, où elle succède presque toujours à une vulvite intense. Ceux qui la verraient pour la première fois auraient peine à croire qu'on pût la limiter aussi rapidement avec le cautère actuel, et que dans un aussi court espace de temps la plaie qui résulte de la chute de l'eschare pût guérir sans difformité et sans perte de substance très étendue.

Hydarthrose. Ponction sous-cutanée.

Nous avons à la salle St Côme un enfant de neuf à dix ans, malade depuis près d'un an, qui est arrivé il y a déjà assez longtemps dans nos salles pour une hydarthrose. Nous avons successivement employé contre elle les révulsifs cutanés, les larges vésicatoires, qui n'ont amené aucun résultat. Nous avons voulu essayer l'emploi de l'émétique à haute dose suivant les préceptes de M. Gimelle. Pendant les premiers jours, nous avons vu diminuer le volume de l'articulation d'une manière sensible; mais cette amélioration ne se soutint pas : nous avons dû cesser l'usage du tartre stibié et appliquer des cautères, mais sans succès. La maladie a continué à marcher

avec une intensité de plus en plus grande, des douleurs très vives. En même temps l'état général de l'enfant devient mauvais, la santé se détériore; il maigrit; tout nous fait craindre une dégénérescence de l'article. Nous pensons, d'après cela, qu'il nous sera à peu près impossible de conserver ce membre au jeune malade.

Il est manifeste qu'il y a du liquide dans l'articulation du genou. La fluctuation remonte. et se fait sentir à dix ou douze centimètres au dessus de l'articulation, sous les muscles de la région antérieure de la cuisse. Nous avons voulu faire une tentative de ponction sous-cutanée. A une première opération, bien que nous soyons manifestement arrivé dans le point fluctuant, nous avons en vain aspiré avec la pompe, nous n'avons pu obtenir aucun résultat. Ceci n'est pas rare, et peut tenir à plusieurs causes; il arrive souvent que ces plaies contiennent un pus concret, tuberculeux, dont un flocon vient se placer à l'ouverture de la canule. Dans ce cas, le liquide ne peut être aspiré au dehors. D'autres fois, l'insuccès tient à une autre cause; c'est que l'on a introduit le trois-quarts dans un tissu qui, au toucher, a toute l'apparence de la fluctuation, mais qui ne renferme pas de liquide. Le tissu est, en général, mollasse, rougeâtre, fluctuant. Incertain sur la nature de la cause qui nous avait empêché d'attirer au dehors aucune portion de liquide, nous avons fait une autre ponction, en dehors cette fois, et nous avons été plus heureux; car nous avons retiré du foyer un liquide sanieux, purulent. L'aspect sanieux du pus que nous avons extrait est un caractère précieux sur lequel nous ne saurions trop appeler votre attention. et qui indique de la façon la plus claire qu'il y a là maladie de la cavité articulaire. Cette certitude de la lésion locale, l'état d'affaiblissement général du sujet, nous font une loi de pratiquer cette amputation dans le plus bref délai possible.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Du traitement des maladies de la peau en général.

Le médecin appelé à donner des soins à un individu affecté de maladie cutanée, doit avant tout porter le diagnostic de la dermatose. Les antécédents et l'état actuel de santé sont destinés à asseoir les bases du traitement; mais le diagnostic doit être porté *de visu*.

Cette manière de procéder a l'avantage de pouvoir diriger le mode d'interrogation d'après la connaissance acquise par le médecin que telle ou telle forme d'affection cutanée se lie le plus souvent avec tel ou tel état interne.

La dartre connue, il faut, dans ce genre de maladie plus que dans tout autre peut-être, interroger tous les antécédents et explorer successivement tous les appareils d'organes. Par les antécédents, vous remontez à l'origine de la famille, aux maladies dont a été atteint le sujet, et vous recherchez s'il peut exister quelque corrélation de l'affection cutanée avec elles. Par l'exploration de l'état de santé de tous les appareils d'organes. non-seulement vous jugez de suite si la maladie de la peau a quelque rapport avec un état morbide interne; mais encore vous appréciez quels pourront être vos moyens d'action, soit comme agents dérivatifs sur ces appareils, soit comme prescription d'une médication générale à employer. Puis fixez votre attention sur le tempérament et la constitution du malade, sur ses habitudes, sa profession, les conditions hygiéniques dans lesquelles il se place ordinairement. Alors de deux choses l'une, ou la maladie est récente, ou elle est ancienne, et par maladies anciennes je comprends celles qui existent depuis plusieurs mois, jusqu'à plusieurs années.

Ici se présente en premier lieu la considération de l'*âge*. J'établierai sous ce rapport quatre catégories: maladies de l'*enfance*, maladies de l'*adolescence*, maladies de l'*âge fait*, et maladies de la *vieillesse*.

En thèse générale, toute maladie de l'enfance *doit être respectée*. Non pas cependant qu'il faille rester à toujours spectateur oisif de l'affection, mais bien en ce que 1° le médecin ne doit chercher à guérir une pareille maladie que lorsqu'elle a en général atteint et parcouru ses périodes d'accroissement; 2° qu'il ne doit la traiter que partiellement, peu à peu, une fractions, de manière à ne pas supprimer trop rapidement par sorte d'excrétion naturelle.

Les maladies cutanées de cet âge sont presque toujours sécrétantes et avec la forme aiguë, le *favus*, l'*herpès tonsurant* et le *porrigo decalvans* exceptés. Sans être humoriste, il faut reconnaître que la nature semble établir au dehors un mouvement fluxionnaire favorable à la santé générale; et cela est si vrai, qu'on a vu surgir de la suppression trop brusque de ces affections cutanées les maladies plus graves qui ont mis en danger la vie des enfants, si même elles ne les ont pas conduits au tombeau. Ce sont surtout des affections cérébrales qui se montrent alors et qui marchent avec une rapidité effrayante. Si vous étiez consultés pour une rétrocession de ce genre, n'hésitez pas à appliquer un sinapisme, un vésicatoire sur le point même où siégeait la maladie cutanée, et à faire tous vos efforts pour la rappeler.

Mais entre une maladie qui est dans son maximum de sécrétion et celle qui tend à décroître, il y a une différence immense. La maladie qui décroît tend à devenir chronique; c'est à cette période qu'il faut l'attaquer, mais d'une manière peu énergique, parce que dans l'enfance la vitalité est extrême, l'exubérance comme la répercussion marchent à pas de géant. Aussi supprimez peu à peu, graduellement, en gagnant du terrain. et vous guérirez alors avec sécurité.

Toutefois on observe dans l'enfance bon nombre de maladies cutanées, à l'égard desquelles le médecin doit rester spectateur intelligent pendant toute leur durée. Telles sont les maladies dites éruptives ou exanthémateuses, les érythèmes, le strophulus, etc.

Les préceptes que nous venons de tracer pour l'enfance peuvent être reproduits à l'égard de la vieillesse. A cet âge les affections cutanées ont la forme chronique; il est rare, lorsqu'elles sécrètent, qu'elles ne soient pas liées avec quelque état morbide d'un organe interne. Si vous supprimez la sécrétion, craignez d'augmenter dans une proportion considérable l'affection qui porte sur des parties dont les fonctions se rattachent plus étroitement à l'équilibre de la santé générale. Nous citerons plus loin des exemples qui démontrent toute l'importance de ce précepte.

Les maladies de l'adolescence demandent moins de réserve. Il faut même, en général, chercher à les guérir aussi complétement et aussi rapidement que possible, surtout quand elles ont une tendance à prendre la forme chronique. Trop de médecins opposent à cette pratique la crainte de la répercussion. Combien de fois n'ai-je pas eu à traiter des cas de ce genre, dans lesquels la temporisation des médecins avait rendu difficile une guérison parfaite? N'oubliez pas qu'à cette époque de la vie la marche des maladies de la peau est déjà beaucoup plus lente; que les organes internes sont moins impressionnables. On compte trop en général sur les effets de l'établissement de la menstruation, et c'est en temporisant qu'une jeune fille arrive à l'âge du mariage avec le stigmate d'une affection cutanée. Sa peau en a déjà été le siége pendant un temps fort long; elle devient mère, et c'est alors qu'elle transmet à ses enfants une prédisposition dartreuse.

Quel avantage y a-t-il donc à conserver ainsi des affections chroniques antérieures à une époque de la vie où l'accroissement ne se fait plus que d'une manière assez lente? Evidemment aucun, et on a tout à craindre pour l'avenir par la perpétuation des dartres. Réfléchissez ensuite aux conséquences de la présence d'une dartre au cuir chevelu, par exemple. Quelle qu'en soit la forme, elle finit par modifier, altérer complétement le développement des cheveux, sans pour cela être ce qu'on appelle une teigne, et une jeune fille se voit bientôt condamnée à suppléer toute sa vie à sa parure naturelle.

J'insisterai sur ce point de tout mon pouvoir, parce que j'ai vu trop d'exemples de ces fâcheux résultats, parce que je sais combien ces idées sont encore en faveur auprès d'un grand nombre de médecins, et parce qu'enfin elles sont acceptées avec empressement par les dames. Elles sont tellement accréditées, que plus tard, et en regard même de l'infirmité que causent ces maladies, la mère, peinée de voir ses enfants ainsi maltraités, n'en accuse que la nature et la force même des événements, sans avoir la pensée de se plaindre du médecin qu'elle a consulté.

Certes, il est quelques affections dartreuses que la menstruation guérit, ou qui disparaissent par la révolution opérée, soit par le mariage, soit par une grossesse. Mais, outre que ces cas sont peu communs, il est très fréquent de voir les dartres reparaître après l'allaitement terminé.

J'ai eu dans mes salles une jeune fille de dix-huit ans qui depuis dix mois était affectée d'un impétigo ulcéreux du nez, lié à un tempérament lymphatique assez prononcé. Le médecin qui lui avait donné des soins espérait une modification heureuse de l'apparition des règles, qui ne s'étalent pas encore établies Nous les avons déterminées au moyen du sirop d'iodure de fer, et, deux mois après que la menstruation fut parfaite, la maladie ne s'était pas améliorée dans une proportion plus considérable, qu'elle l'avait fait en son absence, sous l'influence du traitement.

Les maladies de la peau qui se développent après la maturité complète, c'est-à dire depuis vingt-cinq ans jusqu'à la vieillesse, laissent au médecin une grande latitude dans l'emploi des moyens.

Il se présente d'abord une première catégorie qui se compose d'affections nées dans la période précédente de la vie, et qui tend sans cesse à décroître avec l'âge. A leur tête, il faut placer le *lupus tuberculeux* et le *lupus excedens*. Il est d'observation que la maladie abandonnée à elle-même disparaît souvent vers l'âge de trente à trente-cinq ans, mais elle laisse des déformations du nez et des cicatrices qui sont indélébiles; d'où il suit que, tout en indiquant au malade les conditions favorables dans lesquelles il est placé, le médecin doit cependant chercher à devancer cette époque heureuse de la vie. Quelques psoriasis sont aussi dans ce cas, mais ce sont des exceptions; j'ai eu dans mes salles un malade qui peut être rangé dans cette catégorie. Quatre fois depuis dix ans il a été affecté de psoriasis, et la maladie, dans ses récidives, a pris des formes de moins en moins étendues; encore une fois, c'est en général le contraire.

Je n'ai pas la prétention de tracer ici les moyens curatifs des maladies cutanées, je ne veux que fournir des préceptes généraux à cet égard.

Toute maladie de la peau qui apparaît avec une forme aiguë doit être traitée par des émollients jusqu'à ce qu'elle ait atteint son maximum d'intensité, et, quand elle ne sera pas liée à un état général quelconque, elle guérira par l'emploi des résolutifs que l'on fera succéder aux antiphlogistiques.

Si l'affection est liée à une cause interne, il faut s'attacher à la combattre, et, quand on l'a détruite, modifier la peau malade par des agents externes.

Dans la recherche de la cause interne doivent être successivement placés la constitution, le tempérament, l'état de l'estomac, des intestins, du foie et des organes thoraciques. Les modificateurs de la constitution et du tempérament sont: l'eau et le régime lacté, l'iode et ses préparations, le teinture de cantharides, le fer et ses préparations, le soufre et ses composés.

Comme agents médicamenteux et modificateurs généraux de l'économie, dont on ne peut se rendre compte, mais dont l'efficacité est puissante dans bon nombre de maladies cutanées, nous citerons les préparations arsenicales, antimoniales, mercurielles.

L'expérience seule apprend à reconnaître les maladies rebelles qui cèdent plus facilement à l'une ou à l'autre de ces médications. Il faut y joindre les préparations connues sous le nom de dépuratifs, soit en tisane, soit en sirop, soit en rob. Puis nous placerons les eaux minérales dont l'efficacité ne saurait être contestée, surtout dans les maladies chroniques, car elles exaspèrent presque toujours les maladies de forme aiguë, ou celles qui se développent chez les personnes très irritables.

Après avoir fait la part des remèdes internes, il nous faut aussi faire celle des médicaments externes; les émollients locaux et généraux, les bains médicinaux, les lotions, les applications aqueuses composées, les pommades, les caustiques, tels sont les agents dont l'énumération détaillée aurait trop d'étendue. Ce qu'il est important de savoir et d'exprimer d'une manière générale, c'est qu'il est des maladies de la peau que tous les corps gras, fût-ce même de l'axonge, exaspèrent; celles-là demandent des agents aqueux il en est d'autres, au contraire, que ces derniers ne font qu'irriter.

Rien n'est plus important ensuite que de savoir associer tel genre de pommades avec tel genre de bains. Il est, sous ce rapport, des faits d'observation et de pratique fort remarquables. Ainsi les pommades au goudron, au bichloro-iodure de mercure, à l'iodure de soufre, s'associent très bien avec les bains de sublimé; celles à l'oxyde de zinc, au calomel, avec les bains amidonnés ou gélatineux; celles sulfureuses, avec les bains de même nature; celles iodées, avec les bains iodés; celles au goudron, avec les bains alcalins; etc., etc.

Une source puissante de guérison des maladies cutanées se trouve dans l'emploi modéré des purgatifs ou dérivatifs. Toute maladie sécrétante de la peau sera combattue avec avantage par ce moyen. Je purge deux fois la semaine tous les malades qui sont dans ce cas, mais je le fais avec modération et sans porter de perturbation sur l'estomac et sur les intestins. Je ne le fais surtout *que lorsque ces organes sont sains*. Cette dérivation me permet d'employer des médicaments détersifs à l'extérieur, en suppléant à la sécrétion cutanée.

Une circonstance sur laquelle l'attention du médecin doit toujours être portée, c'est le fait de savoir si la peau saine remplit parfaitement ses fonctions. Nombre de personnes, nées dans les climats chauds, viennent habiter une zone tempérée ou froide; il est rare qu'elles ne soient pas atteintes de maladies de peau par la suppression de la sueur sous une latitude moins élevée. De là l'indication des bains de vapeur, des frictions sèches, des frictions et des lavages à l'eau froide.

Enfin, et c'est là la base d'un traitement efficace des maladies de la peau, il n'y a pas de guérison possible sans une hygiène bien entendue. Repos, diminution des aliments, absence de vin pur et de liqueurs alcooliques, viandes noires ou blanches selon les cas, exercice modéré sans fatigue, telles sont les conditions d'une saine thérapeutique. Trop de personnes négligent l'observation scrupuleuse de ces conditions et trop peu de médecins en font la prescription absolue. Il semble que la peau malade ne doive pas exiger toutes les conditions demandées pour la guérison des maladies des autres organes; c'est une erreur grave, et qui conduit souvent à l'incurabilité. Je ne terminerai pas cet exposé rapide, sans appeler votre attention sur les cas où les affections dartreuses devront être respectées chez l'adulte.

Règle générale: toutes les fois qu'une dartre sécrétante existe chez un individu dont les organes de la respiration sont malades, craignez d'en opérer la guérison et surtout la suppression. Ceci doit principalement s'entendre de trois catégories d'individus: ceux qui sont menacés de phtisie, ceux qui sont habituellement catarrheux et ceux qui sont asthmatiques.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir un eczéma simple d'une partie de la jambe se supprimer sous l'influence tout accidentelle, chez les sujets affectés d'emphysème pulmonaire seul ou lié à une affection du cœur, et même chez des personnes généralement bien portantes, mais dont la respiration est courte. Eh bien! dans l'espace de trente à quarante heures, la mort survient; elle survient par une congestion pulmonaire, qui ne saurait être enrayée quoi qu'on fasse, malgré les révulsifs de tout genre; et quant à la saignée, elle ne fait que hâter le terme de la vie dans ces sortes de cas.

Mettez-vous donc en garde contre les malades qui viendront vous consulter et qui se trouveraient dans ce cas. Soyez très réservé à leur égard, quant aux moyens que vous pourriez employer dans le but de diminuer et de faire disparaître l'affection dartreuse. C'est alors surtout qu'il ne faut pas craindre d'établir un exutoire pour remplacer la sécrétion qui s'était naturellement formée.

Telles sont les notions générales que j'ai voulu vous donner avant d'aborder l'histoire de chacune des maladies cutanées; il fallait vous exposer nos doctrines, Rappelez constamment votre attention sur ces préceptes, vous diriger dans l'étude du diagnostic, et surtout dans l'application des nombreux moyens que la thérapeutique nous fournit pour la guérison des dartres, tel est le but que nous allons chercher à atteindre dans nos leçons suivantes. Observez vos malades, voyez leurs maladies, non point seulement comme des affections locales; recherchez-en, autant que possible, la cause; appréciez les cas dans lesquels vous nous verrez employer des modificateurs généraux; soyez, en un mot, médecins dans cette spécialité comme vous l'êtes pour toutes les autres maladies, et vous vous trouverez plus tard en état de diriger avec méthode et avec sagacité le traitement d'une dartre comme celui de toute autre affection. Pour nous, qu'une observation de tous les jours sur un vaste théâtre a mis à même de juger de l'influence des médicaments en raison des maladies et des sujets, nous ferons tous nos efforts pour vous initier, dans le plus court délai possible, à ce que l'expérience a pu nous faire acquérir dans le traitement des affections cutanées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin. — Présidence de M. Caventou.

M. Lagneau lit un rapport sur un mémoire de M. de Castelnau, relatif à l'inoculation considérée comme moyen de diagnostic des maladies syphilitiques.

Autant qu'il nous a été possible d'entendre au milieu du bruit des conversations particulières, M. Lagneau, partageant les idées de l'auteur du mémoire, proscrit l'inoculation comme dangereuse et n'ayant pas d'ailleurs toute la valeur diagnostique qu'on lui a donnée. Il propose d'adresser des remercîments à l'auteur et d'insérer son travail dans le Bulletin.

M. Londe. Quoique membre de la commission, j'ai plusieurs objections à faire à ce rapport; puis-je les présenter?

M. Dubois (d'Amiens). Avez-vous eu connaissance du rapport, et l'avez-vous signé?

M. Londe. Ni l'un ni l'autre; mais je ne vois pas que cette circonstance puisse m'empêcher de prendre la parole.

M. Moreau. Ce serait, à mon sens, une grande irrégularité; les objections de M. Londe auraient dû être faites dans le sein de la commission.

M. Gerdy. Il faut rendre les choses faciles et praticables; exiger que les commissions se réunissent et discutent les rapports avant de les lire en séance, cela n'est pas possible, ou bien vous n'aurez pas de rapports. Tout le monde sait bien que les rapports sont presque toujours l'œuvre individuelle du rapporteur. Je fais partie depuis deux ans d'une commission relative aux membres correspondants nationaux, qui ne s'est réunie qu'une ou deux fois.....

M. Mérat. C'est une erreur, monsieur Gerdy, vous n'y êtes pas venu.

M. Gerdy. Je vous demande pardon, je m'y suis rendu toutes les fois que j'ai été convoqué. Je répète qu'il ne faut pas se montrer trop exigeant à l'égard des commissaires, si l'on veut avoir des rapports, et que les dispositions du règlement à cet égard doivent être regardées souvent comme des fictions parlementaires.

M. Dubois (d'Amiens). D'après les principes de M. Gerdy, il serait beaucoup plus simple de ne nommer qu'un seul commissaire. S'il est des questions dans lesquelles l'Académie puisse se montrer large et tolérante à l'égard du règlement, il en est d'autres aussi où l'Académie ne doit pas s'engager sur la parole d'un seul rapporteur; celle qui est traitée dans le rapport de M. Lagneau est de ce nombre. M. Lagneau attaque toute une doctrine, tout un procédé de diagnostic, et nous apprenons que les membres de la commission n'ont pas eu connaissance du rapport, non seulement M. Londe, mais aussi M. Martin-Solon. L'Académie ne peut pas accepter un tel état de choses, et je propose le renvoi du rapport à la commission avant toute discussion.

M. Adelon appuie cette proposition, qui est adoptée après quelques autres remarques.

M. Moreau propose d'adjoindre M. Gerdy à la commission.

M. Gerdy s'y refuse ainsi que M. Cloquet, et la commission restera telle quelle.

— *M. Jolly* lit un rapport général sur la pellagre, et un projet de réponse à la lettre officielle de M. le ministre de l'instruction publique, sur l'importance et l'opportunité de la publication des documents qui lui ont été transmis sur cette maladie par le conseil central de salubrité de la Gironde.

M. le rapporteur examine successivement les documents reçus par la commission et relatifs à la pellagre observée à Paris d'abord, et la première fois par M. Th. Roussel à l'hôpital Saint-Louis, puis par M. Devergie, les faits relatifs à la pellagre des Landes et du bassin d'Arcachon; il expose les opinions diverses des médecins sur la nature, les causes et le traitement de cette affection, dont il donne une description générale, et il termine par le projet de réponse suivant à adresser à M. le ministre:

« Les documents transmis au gouvernement par le conseil central de salubrité de la Gironde, sur lesquels l'Académie est appelée à donner son avis, établissent d'une manière positive qu'il existe dans les Landes une maladie endémique qui présente tous les caractères de la pellagre de la Lombardie.

» Ces documents et les deux pièces iconographiques qui y sont jointes sont d'une très grande valeur pour la science et d'une haute importance pour l'administration, en ce qu'ils révèlent l'existence, donnent la description exacte et représentent le tableau fidèle d'une maladie qui était restée généralement inconnue en France jusqu'à ce jour.

» Si on y ajoute les faits qui ont signalé la pellagre dans les environs de Paris et dans quelques autres contrées du midi de la France, ils acquièrent le plus haut degré d'intérêt en ce qu'ils témoignent de l'imminence des progrès de cette maladie dans d'autres localités que celles où les médecins de la Gironde en ont les premiers constaté la présence.

» Par conséquent l'Académie pense qu'il y a à la fois utilité et opportunité de donner à ces documents une prompte et complète publicité.

» Quant aux observations qui nous ont été communiquées sur le même sujet par MM. Gibert et Devergie, médecins de l'hôpital Saint-Louis, si la commission n'a pu les comprendre dans les conclusions qu'elle vient d'avoir l'honneur de vous soumettre, elles n'en sont pas moins dignes de l'intérêt de l'Académie, dignes de toute l'attention des praticiens, et nous avons l'honneur de vous proposer:

» 1° De les renvoyer au comité de publication;

» 2° D'adresser à leurs auteurs un juste témoignage de remercîment pour cette importante communication;

» 3° De les engager à vouloir bien faire part à l'Académie des faits de pellagre qui pourraient se présenter ultérieurement dans leur service respectif. »

M. Rochoux ne trouve aucune ressemblance, comme le rapport semble le dire, entre la pellagre et la lèpre. Les signes de celle-ci au début sont de petites macules entourées d'une aréole d'une insensibilité telle qu'on peut piquer, tordre les parties qui la présentent sans que le malade en ait conscience; cette insensibilité s'étend de proche en proche, avec ou sans gonflement des parties, et il arrive une époque où un doigt, un pied, la main, un membre tout entier se détache et tombe, et, chose remarquable, cette chute se fait sans hémorrhagie.

Quant à l'influence du soleil, le soleil ne fait de mal qu'aux mauvaises peaux; que deviendraient les Africains? La peau est entièrement altérée quand le soleil porte sur elle son influence.

La pellagre ne paraît pas héréditaire, la lèpre l'est toujours.

M. Husson trouve essentiel qu'on recommande aux observateurs d'envoyer des dessins.

M. Bousquet. M. Brierre de Boismont me fait savoir qu'il possède trois dessins de pellagre qu'il offrira à l'Académie dans la prochaine séance.

M. Gauthier de Claubry a vu la pellagre dans le Valais, dans les Landes en 1809, dans les Asturies; partout il l'a vue sévir sur les individus les plus misérables.

M. Jolly. L'observation de M. Gaulthier de Claubry est intéressante, car les médecins des Landes ne font remonter l'invasion de la pellagre qu'en 1818, et il l'aurait vue en 1809.

M. Prus aurait voulu que le rapport indiquât à l'administration une marche à suivre, des conseils et des préceptes pour arrêter la propagation du mal; il regrette cette lacune.

M. Jolly répond que la commission n'avait à s'occuper exclusivement que de savoir s'il y avait utilité à imprimer les documents.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juin 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Chambert adresse des recherches sur les sels et la densité des urines. Par des procédés nouveaux d'évaporation et de combustion des matériaux de l'urine, l'auteur est arrivé aux résultats suivants:

1° L'urine des repas est plus dense et plus chargée de sels que celle du matin; 2° les principes inorganiques sont en raison directe de la quantité de sels introduits avec les aliments; 3° les sels sont d'autant plus abondants dans l'urine du sang qu'ils sont en plus grande quantité dans l'urine du repas; 4° il n'existe pas de rapports entre les sels et la densité.

— *M. Sardaillon* envoie des pièces d'anatomie artificielle destinées à faciliter l'étude des accouchements.

— *M. Lassaigne* adresse de nouvelles observations sur l'action que la salive exerce sur les granules de fécule à la température du corps des animaux mammifères, et sur l'état dans lequel se trouve l'amidon dans les graines céréales après leur mastication. Voici les conclusions de ce travail:

1° L'amidon ou fécule, dans l'état d'agrégation où il existe dans les aliments qui en contiennent, n'est point altéré par la salive à la température du corps des animaux mammifères.

2° Dans l'acte de la mastication des graines céréales amylacées, l'amidon n'est point désagrégé par les dents des animaux, comme quelques physiologistes l'avaient supposé, et conséquemment ce principe ne peut être transformé en dextrine dans la série des actions organiques qui précède la digestion stomacale et intestinale.

3° Dans le cheval, sur lequel l'expérience a été faite, la métamorphose de l'amidon en dextrine ne peut avoir lieu non seulement parce que dans l'avoine mâchée et déglutie les globules d'amidon sont intacts, mais parce que, fussent-ils même déchirés et broyés par les dents molaires, la salive de cet animal ne pourrait réagir sur leur substance intérieure ainsi que le fait la salive humaine.

4° La salive humaine n'a aucune action sur l'amidon cru et en granules, à la température de + 38° centigr.; agit même à la température de + 18° à + 20° sur l'amidon désagrégé; qu'elle convertit, en moins de douze heures, son amidon partie en *dextrine* partie en *glucose*, en conservant aux téguments déchirés qui formaient son enveloppe, la propriété de se colorer encore en bleu-violet par l'iode.

5° Chez l'homme qui se nourrit d'aliments féculents cuits ou fermentés et cuits, l'amidon renfermé dans ceux-ci doit éprouver de la part de la salive sécrétée pendant leur mastication, une partie des effets rapportés dans le paragraphe qui précède, indépendamment de l'action dissolvante que ce liquide a sur les autres principes naturellement solubles dans l'eau.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de médecine pratique; par le docteur Fiévée de Jumont.

Ce livre se compose de quatre mémoires tout à fait distincts, isolés, dans lesquels l'auteur s'est attaché à traiter au point de vue pratique quatre points importants de la pathologie médicale, il n'a eu pour but, comme il le dit du reste dans sa préface, que de réunir en corps quelques réflexions suggérées par vingt ans d'une pratique médicale non interrompue, et de chercher, en les soumettant à la publicité, à apporter lui aussi le tribut de son expérience.

Le premier travail est consacré à la fièvre typhoïde et à son traitement. Pour l'auteur, qui n'est d'aucune école, d'aucun système exclusif, la fièvre typhoïde ne présente rien d'essentiel; elle n'est qu'un symptôme, l'expression d'un phénomène, et peut affecter trois formes différentes, qui semblent, jusqu'à un certain point, correspondre à trois époques différentes de l'année. Dans l'été, elle semble être sous l'influence du système bilieux; en automne, sous celle du système muqueux; au printemps, elle est commandée par un système mixte compliqué de conditions nerveuses qui provoquent les accidents nerveux. Chacune de ces trois formes est examinée par l'auteur dans sa marche et sa symptomatologie, mais succinctement, et seulement avec les développements nécessaires pour établir une doctrine thérapeutique convenable. Plus humoriste que solidiste en cette occasion, c'est principalement sur les émollients, les délayants, les purgatifs salins que l'auteur conseille en général d'insister. La saignée modérée qu'il met quelquefois en usage, n'est pas prescrite dans un but antiphlogistique, mais dans la vue de soustraire à l'économie le sang toxique veineux qui pourrait produire des stases hyperémiques nuisibles, et d'enlever des éléments qui réclament une oxygénation impossible dans les conditions où se trouve l'organisme. Empêcher les matières intestinales de séjourner dans le canal alimentaire, c'est, pour M. Fiévée, prévenir les causes incessantes de morbificité que la chimie morte peut enfanter; c'est curer un conduit consignataire d'éléments morbides et mortels. Dans la période adynamique, les toniques et les révulsifs cutanés trouveront un heureux emploi.

On lira avec non moins d'intérêt que le premier mémoire, le second, dans lequel M. Fiévée examine la valeur de la saignée en général comme moyen thérapeutique, ses équivalents, et les émissions sanguines chez les vieillards comme condition de santé, travail complet qui échappe à l'analyse, et dans lequel cette puissante médication est envisagée sous tous ses points de vue dans les divers âges de la vie. Nous nous contenterons de signaler une des conclusions de ce chapitre, dans laquelle l'auteur déclare donner chez le vieillard, en général, la préférence à la phlébotomie sur toutes les autres émissions sanguines, la saignée veineuse ayant l'avantage d'enlever à l'économie le sang noir non hématosé dont est gorgée l'économie à cette période de la vie, et qui détermine souvent les congestions et les asphyxies.

Des considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus forment le sujet du troisième mémoire de M. Fiévée. Après avoir passé en revue les principales causes des nombreuses affections de l'utérus, parmi lesquelles il range en première ligne la funeste habitude qu'ont les femmes de se comprimer la taille à l'aide de corsets qui en font de véritables poupées, l'auteur donne d'utiles préceptes sur les diverses médications que réclament ces affections, suivant les causes qui les ont produites, leur siége et leur nature; dans le plus grand nombre des cas, M. Fiévée conseille le traitement topique, le plus rationnel selon lui, mais souvent secondé par une médication interne, si l'état de la malade semble le réclamer.

Enfin, dans la quatrième et dernière partie de son travail, M. Fiévée étudie les préparations de colchique sous le point de vue de leur action spécifique contre les affections goutteuses, et conclut en disant: Les préparations de colchique doivent être placées au premier rang des remèdes héroïques contre la goutte. Les praticiens trouveront de précieux détails sur les diverses formes sous lesquelles on peut administrer cette substance énergique, et sur les circonstances qui réclament l'emploi de telle de ces préparations plutôt que de telle autre.

Il est à espérer que le succès que l'on peut assurer à cette publication d'un praticien expérimenté et consciencieux, l'engageront à la faire suivre de travaux encore inédits qu'il garde en portefeuille, et dont un des principaux mérites est d'avoir pour base des faits nombreux attentivement observés sous toutes leurs faces, travaux qui, nous le répétons, sont d'autant plus utiles, qu'ils sont éminemment pratiques.

Y...

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveau caustique formé de safran et d'acide sulfurique. — Dans une série d'expériences auxquelles il se livre depuis long temps sur l'action de différents caustiques potentiels, M. Velpeau s'est arrêté dernièrement à l'acide sulfurique solidifié à l'aide du safran, qui a paru donner des résultats dignes d'attention. Pour concréter l'acide sulfurique sous forme de pâte ductile ou plutôt de pommade un peu consistante, non susceptible de fuser au delà des limites qu'on lui a tracées, il a fallu passer par une foule d'essais et de tâtonnements; il s'agissait de trouver un corps ou des corps qui, associés au liquide minéral, concréteraient celui-ci à l'état humide sans lui enlever ses qualités caustiques. L'amiante, le charbon, la farine, différentes autres substances ont échoué. On s'est enfin arrêté au safran, qu'on incorpore aisément, en quantité suffisante pour faire une pommade de consistance convenable. Le safran étant carbonisé par l'acide, il en résulte une pâte d'un beau noir qui rappelle l'encre de chine, ou plutôt le cirage dont se servent certains bottiers. Cette pâte est versée dans un petit pot de faïence; le chirurgien en prend avec une spatule et l'étale sur la région malade comme du cérat un peu ferme; il en fait une couche épaisse de deux à quatre millimètres, plus ou moins; on arrondit les bords, ou circonscrit les limites dans la périphérie même de la maladie, et on la laisse ainsi à l'air quelque temps, jusqu'à ce qu'elle sèche; une croûte se forme bientôt; on la couvre alors d'une compresse et d'une bande. Le caustique restant dans le pot ne peut resservir longtemps, l'acide sulfurique attirant avec avidité l'humidité atmosphérique; mais celui qu'on applique sur les chairs forme une croûte dure, sonnant comme du charbon, parfaitement sèche et propre, bornée dans les limites de l'application et d'une profondeur égale à l'épaisseur de la couche appliquée.

Cette eschare a commencé à se détacher du huitième au dixième jour, chez un sujet où l'application avait été fort restreinte; chez un autre, où l'on avait appliqué à la fois plus de cent grammes de la pommade caustique, on a remarqué avec satisfaction, qu'aucun phénomène de résorption n'avait eu lieu, et qu'en outre le caustique avait eu pour effet d'enlever complétement cette odeur repoussante que le cancer exhalait jusque-là et qui infectait le malade et les personnes qui l'avoisinaient. Nous dirons même que la puanteur du cancer se trouvait chez ce malade remplacée par une sorte d'odeur qui n'avait rien d'ingrat, et que quelques personnes ont trouvée agréable. Nous ne saurions dire par quel travail chimique l'acide sulfurique exhale ici une pareille odeur; mais on peut affirmer qu'elle est moins désagréable que l'odeur du chlore, qui n'agit qu'à distance. L'acide sulfurique, en effet, prévient le dégagement des gaz fétides, tandis que le chlore n'opère qu'en leur présence, et toujours incomplétement dans les hôpitaux, sans compter d'ailleurs les inconvénients de la présence du chlore dans l'atmosphère.

En attendant que de nouveaux faits nous permettent de mieux apprécier la bonté du nouvel agent, nous devons appeler l'attention sur trois conditions importantes, savoir: 1° la circonscription exacte de son action sur la limite tracée par la pommade; 2° le prompt détachement de l'eschare; 3° l'absence de résorption sérieuse.

Extirpation complète des deux maxillaires supérieurs. — On ne possédait pas encore jusqu'ici d'exemple détaillé de cette opération, que M. Heyfelder paraît avoir pratiquée le premier. Il trouve l'enlèvement des deux os maxillaires plus facile à exécuter que celui d'un seul de ces os. Voici l'observation et le manuel opératoire du chirurgien d'Erlangen.

André Schmidt, âgé de vingt-cinq ans, fut affecté dans la voûte palatine d'une tumeur qui, en moins d'une année, eut envahi les deux os maxillaires supérieurs, refoulé le nez en haut, comprimé la langue et rendu difficile la déglutition, la respiration, ainsi que la parole. L'extirpation des deux maxillaires fut résolue et pratiquée le 23 juillet 1844.

L'opérateur fit deux incisions depuis les angles externes des yeux jusqu'aux angles de la bouche, et après avoir disséqué tous les téguments de la partie moyenne de la face, il les renversa sur le front; passant alors une scie de Jeffray par la fente sphéno-maxillaire gauche, il sépara l'os de la mâchoire d'avec le zygomatique; il en fit autant à droite; puis, avec la scie à chaînes passée par les fosses nasales, il sépara l'os maxillaire des os propres du nez, de l'unguis et de l'ethmoïde; le vomer fut coupé avec des ciseaux forts. On n'eut plus besoin alors que de faire culbuter la totalité de la mâchoire supérieure par une pression de haut en bas, et l'opération se trouva terminée. Elle avait duré trois quarts d'heure, et il avait fallu l'interrompre trois fois, le malade s'étant évanoui. La compression et la torsion suffirent pour arrêter l'hémorrhagie, qui était peu forte. La double incision, s'étendant de chaque angle externe de l'œil jusqu'à l'angle correspondant de la bouche, fut réunie par vingt-six points de suture et recouverte par des fomentations froides. On ne se servit pas de bandelettes agglutinatives. La réaction fut peu intense, et le malade put avaler facilement des bouillons.

Le quatrième jour, les plaies étaient presque cicatrisées; il n'y avait un peu de suppuration superficielle qu'à quelques points de suture.

Le malade a quitté l'hôpital le 25 août. Il n'était pas aussi défiguré qu'on pourrait le croire au premier abord, les cicatrices linéaires des deux côtés des joues étaient peu visibles. Dans l'intérieur de la bouche, il se trouvait sur la ligne médiane une fente de 13 lignes sur 3 de large. Le reste se trouvait comblé par le tissu inodulaire, dur sur les côtés, un peu pâteux sur le milieu. Le voile du palais et la luette sont à leur place. La déglutition est facile; la parole moins embarrassée qu'avant l'opération.

La pièce enlevée, comprenant les deux maxillaires supérieurs, était composée d'une masse de tissu lardacé riche en vaisseaux. Le microscope y faisait découvrir des cellules et des corps cannelés entremêlés de fibres.

De l'apoplexie nerveuse. — M. le professeur Gintrac, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, se pose cette question: Existe-t-il une apoplexie nerveuse? Question que d'après des faits peu nombreux, mais positifs, empruntés aux auteurs les plus recommandables, d'après surtout un fait qui lui est propre, il croit pouvoir résoudre affirmativement. En voici l'exposé succinct et qui sera lu avec intérêt.

Un architecte, ingénieur-voyer, âgé de quarante-six ans, petit, robuste, très actif, intelligent, toujours occupé des travaux de sa profession, était né d'un père atteint d'aliénation mentale. Depuis deux ans il était sujet à des maux de tête qui passaient par la distraction que lui donnaient ses travaux en plein air, mais qui augmentaient dans un lieu fermé et chaud. On s'aperçut quelque temps après qu'il devenait triste, silencieux, qu'il ne s'exprimait plus avec la même aisance; on reconnut bientôt que, soit en parlant, soit en écrivant, il omettait des syllabes, des mots, même des membres de phrases. Son caractère subit des changements notables. Du reste, les diverses fonctions s'exécutaient d'une manière normale.

Malgré l'emploi des demi-bains simples et sulfureux, des pédiluves sinapisés, des affusions froides sur la tête, des sangsues à l'anus, des purgatifs, des exutoires, des frictions stibiées, d'un séton à la nuque, la maladie fit des progrès successifs.

Un an plus tard il fut pris de quelques mouvements spasmodiques et d'une perte subite de connaissance. Plusieurs médecins considérèrent cet état comme une attaque d'apoplexie, et pratiquèrent une forte saignée suivie de vésicatoires et de sinapismes, qui n'apportèrent aucun changement à la position fâcheuse du malade. Cette position s'aggrava de plus en plus, et le malade mourut le sixième jour.

L'examen cadavérique fait avec la plus minutieuse attention, ne ré-

véla aucune altération sensible dans toutes les parties du l'encéphale. Tous les autres organes étaient sains, de sorte que M. Gintrac fut contraint de ne voir là qu'une lésion essentiellement vitale, d'admettre enfin une apoplexie nerveuse. Les phénomènes apoplectiques, dit-il, ne se manifestèrent qu après deux ans d un état de souffrance cérébrale, d'irritation nerveuse, de trouble mental. La céphalalgie, la perte de la mémoire des mots, l humeur inquiète, l'insensibilité étaient les indices positifs de la surexcitation graduellement accumulée dans l'encéphale, et arrivée au point d'occasionner un éclat mortel. Cette surexcitation, du reste, il ne la croit pas étrangère à l'hérédité.

Métrorrhagie guérie par des injections de sabine. — Le docteur Hessing fut consulté par une femme de Linschoten pour une métrorrhagie passive datant de deux ans; le sang sortait en caillots et avait une odeur fétide. Cette femme, âgée de quarante-huit ans, ayant eu dix enfants, était d'ailleurs d'une bonne constitution; ses règles avaient cessé depuis six ans. Après l'emploi de divers moyens, M. Heissing eut recours à une décoction de sabine à la dose de deux onces pour une colature de huit onces. Il fit faire quatre injections par jour, et après chaque injection on en imbibait une éponge que l'on portait le plus haut possible dans le vagin. La perte des caillots hémorrhagiques augmenta d'abord, puis elle diminua, et se changea en un simple écoulement de sang liquide, qui disparut lui-même à son tour trois semaines après le commencement du traitement. La malade se plaignit alors, au moindre changement de température, tantôt de constriction dans la poitrine, tantôt d'un sentiment de pesanteur dans le globe de l'œil. Un jour, le docteur Hessing, appelé en toute hâte, trouva cette femme prise d'un saignement considérable à l'œil gauche. En levant le mouchoir, il vit en effet un filet de sang de la grosseur d'une plume de corbeau; il constata, par un examen attentif, que l'hémorrhagie provenait des points lacrymaux. Au bout d'un quart d'heure, le saignement cessa de lui-même. Depuis cette époque, cette femme a eu toutes les six semaines une hémorrhagie semblable par les points lacrymaux, et à chaque fois elle s'en est trouvée notablement mieux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde; par M. le docteur C.-A.-W. Richter, de Woldegk (Mecklenburg).

M. Richter a été conduit par le hasard à l'emploi de la médication suivante, qu'il recommande contre les affections typhoïdes. Cette médication, qu'une expérience de cinq ans lui a permis de modifier et de perfectionner, en est arrivée à ce point, dit-il, que les dix-sept derniers malades qu'il a eu à traiter, et parmi lesquels plusieurs se trouvaient dans un état excessivement grave, ont tous été rendus à la santé.

Dès le commencement de la maladie, ce médecin prescrit l'hydrochlore (ou chlore liquide) à l'intérieur, à la dose de 2 à 4 grammes toutes les deux heures, étendu dans un peu d'eau distillée et avec addition d'une petite quantité de sirop de sucre. Il fait continuer ce moyen pendant le premier stade, c'est-à-dire pendant cinq ou six jours; car le plus ordinairement, ou l'on n'a pas recours au médecin pendant les premiers jours de la maladie, ou du moins le praticien n'a d'abord à s'occuper que de combattre certains symptômes concomitants, par exemple, un état gastrique, etc.

Au début du second stade, lorsque les symptômes nerveux prennent un nouveau degré d'intensité, que la diarrhée se manifeste, M. Richter, outre l'hydrochlore qu'il fait continuer, donne, vers les heures du soir ou de la nuit où les paroxysmes ont lieu, et cela jusqu'au moment de la rémission, 10 à 15 centigrammes de carbonate d'ammoniaque pyro-huileux, et il réitère cette dose de deux en deux heures.

Ce traitement a un double résultat immédiat sur l'état des sujets: 1° le paroxysme atteint rarement le degré d'intensité et de gravité auquel il parvient ordinairement; le malade tombe le plus souvent, vers le milieu de l'accès, dans un sommeil calme et rarement troublé par du délire, et au réveil il se sent plus fort, et sa physionomie présente une meilleure expression. Pendant la durée de ce sommeil, vers la fin du paroxysme, il survient une légère transpiration, et l'urine laisse déposer un sédiment plus abondant; la matière des selles montre une coloration bilieuse.

2° Le second stade de la fièvre typhoïde est considérablement abrégé, et, pour ainsi dire, il est presque entièrement supprimé, parce que le malade passe presque de suite du premier au troisième stade.

On ne doit pas du reste, négliger pendant le cours de ce traitement, les symptômes graves intercurrents; ainsi, M. Richter recourt aux applications froides contre la céphalalgie, aux ventouses, et quelquefois même aux émissions sanguines générales dans les cas d'engouement hypostatique des poumons, au tannin contre les diarrhées excessives, etc.

Note sur certains cas d'emploi de l'ipécacuanha; par M. le docteur Schwoerer, de Fribourg.

Outre les cas d'emploi ordinaires de l'ipécacuanha, M. le docteur Schwoerer s'en sert encore dans les circonstances suivantes:

1° Contre la toux dite *stomacale* qui se montre surtout en été, pendant la récolte des foins, et qui est déterminée par l'ingestion de l'eau froide. Il prescrit alors cinq centigrammes de poudre d'ipécacuanha en infusion dans trente grammes d'eau, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure;

2° Dans les diarrhées qui surviennent dans le courant de l'été, par l'abus de boissons froides, qui sont accompagnées de ténesme et se présentent avec tous les caractères du catarrhe intestinal. Dans les cas de ce genre, ce praticien a recours à la formule suivante:

Poudre d'ipécacuanha,	20 à 25 centigrammes.
Eau bouillante,	150 grammes.

F. infuser pendant quinze minutes, passer et ajouter à la colature

Sirop diacode,	10 grammes.

M. S. A.

A prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.

3° Dans les maladies aiguës, notamment au début des fièvres gastrico-nerveuses et typhoïdes, des fièvres puerpérales, etc.

4° Dans la fièvre d'irritation chez les enfants, occasionnée par la dentition difficile.

Dans ces cas, M. Schwoerer prescrit 5 centigrammes d'ipécacuanha pour 150 grammes d'eau bouillante, et il y fait ajouter une petite proportion de nitrate de potasse.

5° Dans les cas d'abcès profondément situés, et au commencement de la résorption purulente. Dans ces cas, ce clinicien associe, avec un avantage marqué, l'acide phosphorique à l'ipécacuanha, comme on le voit par la formule ci-après:

Poudre d'ipécacuanha,	15 à 30 centigrammes.
Eau bouillante,	150 grammes.

Faire infuser, passer et ajouter à la colature:

Acide phosphorique,	4 à 14 grammes.

M. S. A.

On donne cette potion par cuillerées à bouche de temps en temps.

Emploi de la gomme arabique pour l'extraction des corps étrangers introduits entre les paupières et le globe de l'œil.

L'expérience a fait reconnaître à l'auteur anonyme de cet article qu'il n'existe pas de moyen meilleur et plus sûr, pour retirer des yeux les corps étrangers qui s'y sont introduits, que l'emploi de la gomme arabique en solution aqueuse.

L'application de ce soluté ne détermine aucune sensation désagréable: mais elle enlève instantanément la douleur et la pression en enveloppant les particules de poussière ou de fétu, en les ramollissant et en les entraînant hors de l'œil, pourvu que ces corps étrangers ne soient pas fixés dans la conjonctive.

Il est probable que le blanc d'œuf, qu'on peut se procurer presque partout, beaucoup plus facilement que le mucilage de gomme, donnerait des résultats semblables.

Pour cette application, le malade doit renverser la tête en arrière, de telle sorte qu'on puisse instiller largement le mucilage de gomme entre les paupières, ou l'y faire tomber avec un barbe de plume, sans cependant toucher l'œil avec cette dernière.

NOUVELLES.

Nous apprenons avec plaisir, et nous nous empressons d'annoncer que l'idée d'un congrès médical, émise dans ce journal, a trouvé un honorable accueil dans plusieurs sociétés de médecine de Paris, et qu'en province, dans plusieurs grandes cités, comme Bordeaux, Lyon, Toulouse, on n'attend que le signal pour faire acte d'adhésion et de sympathie.

A Paris, la Société médico-pratique, la Société médicale du Temple, la Société médicale d'émulation ont déjà nommé des commissions pour s'occuper de ce sujet. A la première de ces sociétés, le rapport est terminé, et sera lu dans la séance de lundi prochain, 9 courant. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui se fera à cet égard, et dans un de nos numéros de la semaine prochaine nous examinerons la question avec tous les développements convenables.

— Nous nous occuperons aussi très prochainement de la question de médecine judiciaire soulevée par le procès intenté à M le dr Seutin, de Bruxelles, et qui s'est terminé par la condamnation de cet honorable chirurgien.

On sait que M. Sentin, appelé comme témoin d'un duel duel auquel il a assisté comme médecin, s'est refusé à témoigner devant la justice des faits qu'il n'avait appris, a-t-il prétendu, qu'en sa qualité de médecin.

Cette affaire, beaucoup plus complexe que celle de M. le dr Saint-Pair, de la Guadeloupe, dont nous avons entretenu nos lecteurs, a eu un grand retentissement à Bruxelles, et a donné lieu à un arrêt en forme dont il importe d'apprécier les considérants.

Onzième liste de souscription pour un confrère malade.
(Voir le n° du 24 mai.)

Total des souscriptions précédentes,	497 fr.
MM. les Doct. Wolff,	5
Un anonyme,	1
Lagneau,	10
Furnari,	5
Cazenave,	5
Callin,	5
Lefoulon,	5
Chassaignac,	20
Civiale,	10
Arnal,	5
Espiaud,	5
Devergie,	20
Macloughlin,	5
Total,	598 fr.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 67. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 6 JUIN 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

On nous demande nos remarques sur la cautérisation actuelle du col utérin, et nous nous empressons d'accéder à cette flatteuse exigence.

Une longue série de caustiques solides ou liquides ont été préconisés et abandonnés dans le traitement des ulcérations du col utérin. Nous ne les citerons même pas. Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le caustique de Vienne sont seuls employés dans la pratique générale.

Le premier convient dans les ulcérations superficielles, caractérisées par l'absence de l'épithélium et une légère granulation. On l'applique en crayon ou en solution avec un pinceau. Les chirurgiens croient avoir remarqué qu'il rapproche les époques menstruelles, comme s'il avait pour effet de congestionner l'utérus.

Le nitrate acide de mercure jouit d'une sorte de popularité. On dirait un spécifique. Beaucoup de praticiens ne connaissent pas d'autre caustique pour les ulcérations du col utérin, et ne se laissent pas décourager alors même que des applications réitérées de ce modificateur sont restées inefficaces. Il faut bien savoir pourtant qu'il n'attaque pas les tissus assez profondément pour réussir lorsque l'altération s'est beaucoup étendue suivant l'épaisseur de la partie. Son application n'est pas douloureuse dans le moment où elle a lieu ; mais, souvent, on peut même dire généralement, dans les vingt quatre heures qui suivent, l'opérée éprouve des coliques, des maux de reins et des élancements dans le col. On a observé quelquefois le ptyalisme, accident qui est prévenu sûrement par une injection aqueuse au moyen de laquelle on entraîne les portions non combinées du caustique ; mais cette injection peut affaiblir l'action de celui-ci. Nous ne parlons pas de la saveur métallique perçue par quelques malades, premier effet de l'absorption. Notons bien que, dans un très grand nombre de cas, la cautérisation avec le nitrate acide de mercure donne les résultats les plus avantageux.

Le caustique de Vienne est plus énergique que le sel mercuriel; mais on lui reproche d'être d'une application difficile, de pouvoir, en se liquéfiant, se répandre sur les parois du vagin, d'agir à une profondeur qu'il est impossible de calculer d'avance, de produire des eschares qui ne se détachent qu'au bout d'un long temps, et qui laissent après elles des tissus peu modifiés.

Tels sont les caustiques employés communément. M. Jobert (de Lamballe), dans un grand nombre de cas, leur substitue le cautère actuel. Il n'a pas imaginé cette méthode, mais, en réalité, ce qu'on en avait dit est peu important et n'avait produit aucune impression. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire de défendre M. Jobert à cet égard, puisqu'on ne l'attaque pas encore. Sa méthode, quoiqu'il s'en occupe depuis 1830, n'en est pas à la période de convoitise. Plus tard on fera valoir une phrase de Celse, ce passage dubitatif de Percy : « Ne pourrait-on pas, dans certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus, faire usage du feu, soit pour dessécher, soit pour brûler ; » enfin un cas, cité par Boivin et Dugès, et dans lequel Larrey proposa la cautérisation avec le fer rouge pour remédier à une ulcération cancéreuse. Toujours est-il que, jusqu'ici, la cautérisation du col utérin par le fer rouge était sur le papier à l'état de point d'interrogation.

Nous avons vu cautériser au fer rouge un grand nombre de femmes à l'hôpital Saint-Louis ; nous pouvons affirmer que pas une n'a exprimé la plainte la plus légère, et que toutes celles que nous avons interrogées nous ont dit et répété que l'opération ne leur avait causé aucune espèce de douleur.

Ce résultat serait expliqué, dit-on, par l'anatomie. Les recherches les plus minutieuses faites par M. Jobert, et après lui par d'autres anatomistes, n'ont pu démontrer la présence de filets nerveux dans le museau de tanche. La portion d'utérus comprise dans le vagin ne reçoit pas de nerfs, et il en est ainsi dans toutes les espèces animales que M. Jobert a étudiées à ce point de vue. Les nerfs de la matrice, fournis les uns par le tri-splanchnique, les autres par le plexus sacro-lombaire, se portent sur la partie du col *située au dessus du vagin* où ils forment un entrecroisement auquel convient parfaitement le nom de plexus utérin qui lui a été donné par M. Jobert, et d'où partent des filets *ascendants* ou *utérins*, des filets *descendants* ou *vaginaux*. Ainsi filets *utérins*, pour toute la portion de l'utérus qui est au-dessus de l'insertion vaginale ; filets *vaginaux*, qui s'épuisent dans le vagin ; mais pas de filets pour la portion intra-vaginale du col ; partant, dit on, point de sensibilité dans cette portion. On explique de cette manière que la cautérisation avec le fer rouge ne donne lieu à aucune douleur. (Il en est de même, bien entendu, de la cautérisation potentielle.)

Mais que de mystères dans la sensibilité ! Voilà une portion du col utérin qui n'accuse aucune impression ; on la coupe, on la brûle, pas de douleur ; l'inflammation va s'en emparer, les élancements les plus douloureux s'y feront sentir. Il en est de même du péritoine. Pincez-le, cautérisez le, pas un cri ne sera poussé par l'animal sur lequel vous expérimenterez ; qu'une inflammation s'y développe, aussitôt les douleurs les plus atroces vont éclater !

Ne nous étonnons pas que la portion intra-vaginale du col soit insensible aux irritants physiques ou chimiques les plus énergiques. Il fallait que la sensibilité élective qui ouvre à l'agent fécondant les voies profondes de la génération, ne fût pas troublée par les vicissitudes de la sensibilité tactile. Mais tout en constatant l'insensibilité de cette portion du col aux irritants physiques ou chimiques, comme nous sommes obligé d'y admettre une sensibilité morbide qui, pour parler le langage de Bichat, marque le passage de la sensibilité organique à l'état de sensibilité animale, n'acceptons que dans une certaine mesure les données de l'anatomie. Disons, avec M. Jobert, que l'on ne voit pas de filets nerveux dans le museau de tanche ; mais bornons-nous à cette déclaration, et ne concluons pas que l'élément nerveux n'y est pas présent. Cet élément n'existe pas seulement sous la forme visible de filets, et il peut, que disons-nous, il doit y avoir des émanations nerveuses imperceptibles de la portion sus-vaginale du col dans la portion intra-vaginale.

L'opération est pratiquée à l'aide de tiges de fer terminées par un bout renflé, et d'un spéculum *en ivoire*, c'est-a dire mauvais conducteur du calorique. On absterge le museau de tanche avec des pinceaux de charpie, et l'on applique le fer chauffé à blanc sur la surface malade, en l'y maintenant plus ou moins longtemps, selon qu'il est nécessaire d'agir plus ou moins profondément.

Il faut que le fer soit chauffé à blanc, pour que la destruction soit prompte, et pour qu'en le retirant on n'arrache pas l'eschare qui vient d'être produite. Ensuite on doit éviter soigneusement qu'aucun pli du vagin ne soit compris dans le spéculum, attendu qu'il serait brûlé, ou tout au moins fortement affecté par la chaleur.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent la cautérisation, les malades n'éprouvent d'autres symptômes que l'augmentation à peu près constante de l'écoulement, dont la matière reste la même où se modifie, et devient parfois sanguinolente.

Plus de cinq cents cautérisations au fer rouge ont été pratiquées par M. Jobert, et dans aucun cas, il faut que cela soit bien entendu, il n'y a eu d'accident.

L'élimination de l'eschare est plus ou moins prompte suivant que le tissu du col est ramolli, infiltré de liquides ou dense. Communément elle a lieu du quatrième au septième jour. Elle laisse à découvert une surface rouge qui est, en général, dans de bonnes conditions pour la cicatrisation. Celle-ci se fait de la circonférence au centre ; mais non pas toujours régulièrement. Ainsi, quelquefois, des points sont cicatrisés et séparés l'un de l'autre par des plaques encore ulcérées ; puis, les points se multiplient, s'étendent, et la cicatrice devient complète. Il faut se garder de troubler ce travail par une nouvelle cautérisation au fer rouge. On peut seulement toucher les points encore ulcérés avec le nitrate acide de mercure. D'autres fois, au lieu de points ce sont des lignes, et l'on a la disposition étoilée.

Rarement une cautérisation suffit. On peut y revenir tous les huit jours. Quand on a dû la réitérer, il reste au centre du museau de tanche une dépression infundibuliforme.

Des femmes, impatientes de guérir, ont trompé M. Jobert en lui disant qu'elles étaient éloignées de leur époque menstruelle, tandis qu'elles devaient avoir leurs règles le jour même, le lendemain ou le surlendemain ; il les a cautérisées, et l'éruption a eu lieu comme de coutume. M. Jobert ne recommande pas moins, avec raison, de s'abstenir à l'approche des règles.

Quant aux cas dans lesquels la cautérisation au fer rouge est applicable, on peut dire que ce sont tous ceux dans lesquels on emploie les caustiques potentiels (sauf les ulcérations superficielles), et ceux dans lesquels on a préconisé l'excision du museau de tanche. S'il faut exprimer toute notre pensée, nous croyons que la cautérisation actuelle aura pour résultat de faire disparaître de la pratique cette dernière opération, et assurément nous ne la regretterons pas.....

La cautérisation au fer rouge a contre elle l'effroi qu'elle inspire aux gens du monde. C'est au médecin consciencieux à dissiper des craintes que rien ne justifie en invoquant l'autorité toute puissante des faits.

— Un cas embarrassant s'est présenté à la Charité. Une femme, à l'âge de vingt deux ans, s'est trouvée affectée d'une hernie crurale droite, à la suite d'un accouchement laborieux. Elle n'a jamais porté de bandage. La hernie sortait souvent, et alors la malade éprouvait un malaise général, une douleur assez vive dans la région iliaque correspondante, et même dans tout l'abdomen, puis des vomissements bilieux, des hoquets, des palpitations ; les selles étaient supprimées.

Le 21 mai, cette femme, qui est infirmière à la Charité, est prise de vomissements liquides verdâtres qui continuent jusqu'au 24. Elle entre dans le service de M. Rayer. Abattement ; faiblesse ; altération des traits. La région iliaque droite est douloureuse, surtout près de l'aine. Le ventre n'est pas ballonné ; il est sensible à la pression. Dans la toux, les téguments sont soulevés au dessous de l'arcade crurale droite. On sent, à ce niveau, du côté interne, mais vaguement, une tumeur pouvant égaler le bout du doigt, dure, et donnant l'idée d'un ganglion profond. Les vomissements, auxquels se joignent des hoquets et des palpitations, persistent jusqu'au 27 ; la constipation est opiniâtre. Mais, ce dernier jour, une selle liquide verdâtre assez copieuse a lieu, et le lendemain 28, dès le matin, les vomissements et le hoquet cessent. A partir de ce moment le danger s'évanouit, et le rétablissement s'opère graduellement.

On a fait une application de sangsues, pratiqué une saignée, donné des bains, des lavements, et une fois l'huile de croton tiglium.

Nous avons dit que ce cas était embarrassant, et, en effet, la tumeur que l'on sentait vaguement au-dessous de l'arcade crurale était-elle une hernie ? Pouvait-on, sur cet indice, pratiquer une opération ? M. Rayer surveillait attentivement l'état de la malade et se tenait prêt à réclamer le secours de la chirurgie s'il y avait eu menace imminente de péritonite. Evidemment, le cas échéant, c'est sur l'aine droite qu'il aurait fallu opérer, quitte à devoir prolonger l'incision supérieurement.

— Un fait extrêmement curieux existe dans le service de M. le professeur Bérard, à l'hôpital de la Pitié. C'est celui d'une femme âgée de quarante et un ans, qui, à la suite d'une couche laborieuse il y a vingt-deux mois (le travail dura trois jours, et l'enfant fut expulsé privé de vie), s'aperçut qu'elle rendait ses urines involontairement. On crut à une fistule vésico-vaginale. Nous n'entrerons pas dans plus de détails sur ce cas, M. Trifet, interne de M. Bérard, devant publier l'observation. Nous nous bornerons à dire que la fistule semble utéro-urétérine et non vésico vaginale, comme on l'avait cru tout d'abord, ou vésico-utérine, comme on l'avait supposé un instant à l'hôpital.

— M. Baudens a modifié d'une manière générale le traitement des fractures. Les lecteurs de ce journal connaissent ses appareils. Un fait récent lui a fourni l'occasion d'employer un moyen auquel il avait déjà eu recours avec succès. Il s'agit d'une fracture de l'humérus au-dessus de l'insertion des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond.

Un coussin légèrement conique, placé entre le bras et la poitrine, a pour effet de repousser les fragments en dehors ; il est maintenu à l'aide d'un bandage imitant celui de Desault, mais plus simple. Pour empêcher le fragment inférieur de se porter en haut, et pour paralyser l'action musculaire, un poids d'un kilogramme a été suspendu au pli du coude, préalablement garni d'une serviette. Le cal paraît solide. Il n'y a pas la moindre difformité. Le malade est sorti tous les jours. La pression exercée par le poids ne le gêne aucunement.

— M. Baudens opère le phimosis par le procédé que suivent les juifs d'Alger pour la circoncision. La peau est attirée en avant du gland et fixée transversalement par une pince qui garantit celui-ci, puis excisée en avant des pinces. Reste la muqueuse sur le gland. On l'incise, puis on la renverse en guise d'ourlet sur la peau du prépuce. Pour la maintenir, on se sert d'une compresse fendue crucialement, dans l'ouverture de laquelle on passe le gland. Cette compresse refoule la muqueuse en arrière et assure son adhésion avec le tégument externe.

— Un homme est tombé étant ivre, et a éprouvé diverses lésions, notamment une fracture du crâne avec compression par un épanchement de sang. On l'a transporté dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques. Après avoir présenté une résolution générale, il a été pris de mouvements convulsifs des membres et d'agitation. La méningite se mêlait à la compression et dominait la scène. Mais ce n'est point là ce qui nous importe. Le moignon de l'épaule était déformé, la tête de l'humérus abaissée et portée en dedans ; les mou-

vements du bras étaient faciles. Une traction dirigée en dehors et en haut ramenait la tête de l'humérus à sa place, et rendait sa forme au moignon de l'épaule. On crut à une luxation scapulo humérale. A l'examen microscopique du membre, on trouva une fracture de l'acromion dont le fragment fixe avait été pris pour le sommet de cette apophyse. La mensuration faite de ce fragment à l'épicondyle, avait donné un allongement de deux centimètres. Le fragment mobile était entraîné avec la tête humérale.

— M. le professeur Sédillot nous écrit que ce n'est plus une fois qu'il a vu l'infection purulente rétrograder sous l'influence d'un traitement approprié. Il possède aujourd'hui un assez grand nombre de ces cas heureux. Il fut appelé, il y a deux mois, auprès d'une personne de distinction blessée par un fusil qui avait éclaté dans sa main. Le premier métacarpien de la main gauche et une portion du trapèze avaient été détachés, presqu'entièrement séparés, et un médecin du pays avait achevé l'amputation. Dix jours après, au moment de l'arrivée de M. Sédillot dans le milieu de la nuit, le malade présentait : délire depuis trois jours, frissons violents, ballonnement du ventre, phlébite de la main et de l'avant bras, qui étaient gonflés, œdémateux ; les veines formaient des cordons noueux et durs jusqu'au pli du coude; 55 inspirations par minute ; pouls petit, fréquent, irrégulier.

M. Sédillot cautérisa la plaie et les parties environnantes avec le fer rouge (cautérisation ponctuée) ; il prescrivit des brachiluves aromatiques aiguisés d'alcool camphré ; les pansements furent faits avec le styrax ; on oignit le membre avec de l'axonge ; eau pure pour boisson ; purgatifs réitérés. Grâce à ce traitement, les accidents se calmèrent insensiblement, et le malade fut rendu à sa famille, que l'on avait préparée à une mort déclarée inévitable. Les observateurs *exacts*, qui rejettent une observation pour peu que l'on ait omis d'y indiquer la couleur des cheveux, regarderont celle-ci comme non avenue; mais les praticiens en feront leur profit.

— On connaît l'opinion dernièrement émise à l'Académie, par M. le professeur Dubois, sur le bec-de-lièvre. Il établit une distinction tranchée entre le bec de-lièvre simple et le bec de-lièvre compliqué. Il pense que le premier doit être opéré chez les jeunes enfants. Il n'admet pas que l'opération doive être faite immédiatement quand il s'agit du second. L'opinion d'un médecin aussi compétent ne peut être traitée légèrement, et nous ne la combattons pas. Toutefois on a vu dans notre dernier article, que M. Nélaton avait opéré un enfant âgé seulement de trois mois d'un bec-de-lièvre compliqué au plus haut degré, puisque à la double bifidité labiale se joignaient la saillie de l'os intermaxillaire, la division de la voûte palatine et celle du voile du palais.

M. Sédillot a pratiqué, le mois dernier, avec un plein succès, deux opérations semblables sur de très jeunes enfants. Il a enlevé l'os intermaxillaire par les mêmes considérations qui ont décidé M. Nélaton à faire cette excision. Mais il pense qu'il est préférable d'exécuter l'opération en plusieurs jours. Ainsi, on réunit un des côtés du bec-de lièvre, on résèque l'os intermaxillaire, et plus tard on réunit l'autre côté.

— Deux malades du service de M. Vidal (de Cassis), auxquels ce chirurgien administrait l'iodure de potassium, ont éprouvé des douleurs dans les oreilles et de la surdité. Il faut voir dans cet accident l'effet de l'irritation de la muqueuse de l'arrière gorge communiquée à l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache. Quant à l'irritation de la muqueuse de l'arrière-gorge, c'est le même phénomène que la conjonctivite et la rhinite consécutives à l'usage de l'iodure de potassium. Il ne serait pas impossible que la membrane de la caisse fut affectée primitivement.

— L'extirpation des kystes palpébraux est une petite opération assez délicate. Voici ce que nous avons vu arriver dernièrement. Un kyste était situé très haut dans l'épaisseur de la paupière supérieure. L'œil était très saillant. Il était impossible de faire l'opération par la face conjonctivale. Une incision fut pratiquée, et la dissection commencée. La muqueuse fut entamée. Heureusement l'érigne avait éloigné la paupière de l'œil, et celui-ci ne fut pas atteint par la pointe de l'instrument. Il n'en est résulté d'ailleurs aucun inconvénient. Mais ce petit accident donna un moment de crainte et gâta l'opération. Il ne serait pas arrivé si, moins confiant en lui-même, le chirurgien avait éloigné la paupière de l'œil en la saisissant avec deux pinces, ou glissé au dessous d'elle un corps lisse et creux propre à garantir le globe oculaire.

X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES YEUX.

De l'iritis. (Suite du numéro du 31 mai.)

Nous devons examiner aujourd'hui les médications dites spécifiques qu'on oppose aux iritis ainsi qualifiées. On pressent que nous avons peu de confiance en ces médications, par cela même que nous n'admettons pas les iritis spécifiques.

Contre l'iritis appelée rhumatismale, quelques oculistes ont vanté comme traitement spécial les émissions sanguines d'abord, puis les préparations de colchique ; mais, nous le demandons, les émissions sanguines peuvent-elles donc passer pour un remède spécifique, et est-il si généralement adopté par les médecins, qu'on doive traiter par ces moyens les maladies dont la spécificité est reconnue : est-ce par les émissions sanguines, par exemple, que la majorité des praticiens s'accorde à combattre la syphilis? Nous n'ignorons pas que cette méthode a été proposée; mais toujours est-il que ce n'est pas celle qui est suivie aujourd'hui.

En proposant les préparations de colchique, les oculistes se sont montrés plus conséquents avec leurs principes. Ce médicament a passé pour un spécifique contre le rhumatisme, et il était naturel d'y songer contre l'iritis rhumatismale; aussi ne l'avons-nous pas rejeté tout d'abord, et avant de l'avoir expérimenté. Nous avons vu que les préparations de colchique étaient des médicaments fort infidèles, et que la teinture, donnée à la dose de 1, 2, 3, 8 grammes, purgeait quelquefois à la première de ces doses, et d'autres fois qu'il en fallait une beaucoup plus considérable, soit que cela tînt à la préparation, fraîche dans certains cas, détériorée dans d'autres, ou à l'action du médicament lui-même sur les diverses individualités.

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé dépourvu d'action spéciale sur l'iritis. Nous l'avons appliqué à toutes les variétés de la maladie ; à l'iritis aiguë, subaiguë, et toujours il nous a paru avoir une action infiniment moins marquée que le calomel employé dans des conditions semblables.

En Angleterre, Carmichaël a proposé l'usage de la térébenthine. Nous avons exposé déjà les raisons qui nous faisaient rejeter ce médicament; nous n'y reviendrons pas. En définitive, nous concluons que, de tout ce qu'on a proposé comme médication spécifique dans l'iritis rhumatismale, rien n'est à conserver.

Dans l'iritis qu'on a appelée scrofuleuse, il va sans dire qu'on a dû préconiser l'emploi de l'iode. C'est un médicament dont souvent on a obtenu de bons effets dans les scrofules; on l'a donc prescrit, comme l'on devait s'y attendre; mais l'on n'a pas réfléchi d'abord que l'on administrait un médicament dont l'action était lente, tandis que la maladie marchait vite, et qu'il était impossible d'obtenir une action plus prompte en augmentant les doses, parce que l'iode à haute dose devient un poison violent, qu'il fallait donc, par conséquent, se borner à des quantités faibles dont l'effet ne pourrait être assez rapide pour influer sur la maladie. On sait d'ailleurs qu'on n'obtient des résultats avantageux, chez les scrofuleux, qu'à la condition de continuer longtemps l'usage des préparations iodées. Il s'agit de modifier une constitution; des mois, des années sont nécessaires. L'iritis aiguë parcourt ses périodes en quelques jours; que fera l'iode?

En topique, en collyre, nous n'hésitons pas à dire que c'est un mauvais médicament. Les préparations de cette espèce sont plutôt nuisibles qu'utiles; c'est à peine si nous les avons trouvées passables dans quelques cas d'iritis anciennes.

En somme, l'iode ne convient pas dans l'iritis; et d'ailleurs, l'iritis rhumatismale ou scrofuleuse cède comme les autres aux émissions sanguines et à l'emploi du calomel. Mais cela empêche-t il de modifier la constitution chez les scrofuleux; cela contre-indique t-il l'usage de l'iode même? Nullement.

Quant au quinquina, à l'acétate d'ammoniaque, il est à peine nécessaire de les nommer; ils ne jouissent d'aucune vertu spécifique.

Il est une remarque qui ne doit pas être oubliée, et qui ne manque pas de singularité. Les topiques sont généralement rejetés du traitement de l'iritis rhumatismale par les élèves de l'école allemande : ils les croient dangereux; jamais ils ne les prescrivent dans cette forme de la maladie, et c'est par suite d'une idée théorique assez bizarre. Comme, disent-ils, le rhumatisme est produit par le froid humide, il faut éviter de mettre aucun liquide en contact avec l'œil malade.

Notre expérience propre est contraire à cette théorie; les médicaments liquides peuvent être employés avec avantage en applications sur l'œil affecté d'iritis. Mais quand nous disons que les médicaments liquides sont utiles, il faut ajouter que certains d'entre eux seulement auront de l'efficacité. Il est évident qu'ils ne pourront agir que par voie indirecte; tous les collyres n'ayant d'action qu'appliqués immédiatement sur le siége du mal, ne conviendront donc pas dans l'iritis. Ce seront ceux dont l'effet a lieu au moyen de l'absorption, dont l'emploi pourra être suivi d'heureux résultats.

Ainsi, dans l'iritis, quelle que soit sa forme, les collyres et les pommades dans lesquelles entrent la belladone, l'opium, la jusquiame, le mercure, pourront être employés. Leur application devra être faite sur la tempe, sur le front, puisqu'ils n'agissent pas directement ; ce sera par la voie circulatoire que quelques-uns de leurs principes parviendront jusqu'au mal lui même. L'eau de laitue avec l'opium, la belladone en collyre, les cataplasmes laudanisés arrosés d'extrait de saturne, sont autant de moyens qu'on ne doit pas négliger. Dans l'iritis chronique, on a conseillé des sachets camphrés ou renfermant des herbes aromatiques, placés au-devant de l'œil ; ils peuvent être utiles.

Lorsque l'iritis se trouve compliquée de kératite ou de conjonctivite, on se trouve bien de recommander l'usage des collyres propres à ces dernières, et il se passe même alors un phénomène très remarquable qu'il faut connaître. Quand l'iritis est dégagée de toute complication, nous l'avons dit, l'action de ces collyres est nulle ; quand, au contraire, une kératite ou une conjonctivite existe en même temps que l'inflammation de l'iris, non-seulement par leur emploi on éteint la phlegmasie de la cornée ou de la conjonctive, mais on diminue aussi l'iritis.

Parmi tous les médicaments que nous venons de recommander, il en est un dont l'action est toute spéciale dans l'iritis, et dont l'effet sur la membrane à l'état physiologique a été heureusement et naturellement mise à profit dans son inflammation, nous voulons parler de la belladone. Comme à l'état normal, ce médicament a la propriété singulière de dilater la pupille ; comme, d'un autre côté, dans l'iritis la pupille est contractée, on a été conduit à conseiller la belladone dans l'iritis. C'est, en effet, un moyen qui peut rendre de grands services ; mais son administration exige des précautions dans le détail desquelles on nous saura gré d'entrer.

La belladone ne convient pas à toutes les iritis, ni à toutes les périodes de la maladie. En y réfléchissant, d'ailleurs, la théorie fait entrevoir la vérité de notre assertion. En appliquant la belladone au traitement de l'iritis, on a pour but d'opérer la dilatation de la pupille ; il s'ensuit que l'iris doit nécessairement être tiraillé par l'effet même du médicament; or, deux circonstances contre-indiquent formellement l'usage de ce remède. La première contre indication est l'inflammation vive de l'iris, car les tiraillements que provoquerait la belladone auraient pour résultat d'augmenter encore l'état phlegmasique de la membrane ; son action serait donc nuisible. La seconde considération qui doit faire ajourner son emploi dans l'inflammation aiguë, se trouve dans la perte de contractilité qu'éprouvent les tissus fortement enflammés ; il est facile de s'en convaincre en examinant ce qui se passe dans le rhumatisme, par exemple : or, si l'on applique la belladone dans le cas de phlegmasie aiguë de l'iris, il arrivera l'un de ces deux résultats : ou elle n'aura pas d'action, ou elle sera nuisible; il est donc important d'en reporter l'emploi à un autre temps de la maladie.

Mais vers la troisième période de l'inflammation de l'iris, alors que la phlegmasie tombe et s'éteint, que la pupille reste contractée, elle peut agir efficacement en la dilatant. A cette époque encore, il est quelque précautions à prendre pour en régler l'emploi et le rendre le plus avantageux possible, mais nous en reparlerons bientôt à propos de l'iritis chronique. Il ne faudrait pas croire, cependant, à une action sur la pupille aussi vive que dans l'état de santé; la belladone la dilate sans doute, mais son effet, même à la période de l'iritis que nous supposons, est très peu prononcé. Lorsque l'œil est sain, tout le monde sait combien est marquée la dilatation opérée par ce moyen ; mais l'on peut se convaincre, chez le malade sur lequel nous l'employons actuellement dans nos salles et dont la pupille est fort resserrée, combien peu son action est puissante sur l'iris enflammé.

Les révulsifs sont les seuls moyens curatifs de l'iritis qui nous restent à examiner, les sétons, les cautères, les vésicatoires, les ventouses sur les membres inférieurs doivent être regardés comme des moyens accessoires qu'il ne faut pas dédaigner.

Tel est l'ensemble des médications mises en usage contre l'iritis aiguë, nous pouvons passer maintenant à l'étude de l'iritis chronique.

L'iritis chronique est, sans contredit, ce qu'il y a de plus obscur dans les ophthalmies, elle n'a guère été étudiée que comme succédant à l'iritis aiguë, et cependant il est fréquent d'observer des sujets chez lesquels la maladie semble avoir débuté d'emblée par la forme chronique.

Ainsi, il est des malades chez lesquels on voit la pupille déformée, anguleuse, ovalaire, privée d'une partie ou de la totalité de sa mobilité, on aperçoit dans l'ouverture pupillaire de petits filaments, de petits rayons sous forme de fils qui tiennent à l'iris, d'une part, et vont s'attacher sur le devant de la capsule du cristallin, ou bien on voit de petits flocons, quelque chose de nuageux, et cependant les malades n'ont jamais rien éprouvé d'aigu dans l'œil affecté.

C'est évidemment une inflammation très lente qui amène de pareils résultats. Il nous a semblé que ce qu'on entend par les corps voltigeants était souvent produits par cet état que nous décrivons. Les mouches, les fils, reconnaîtraient la même cause. Chez ces sujets, on trouve ordinairement l'iris d'une couleur qui n'est pas naturelle, la membrane paraît lavée, fanée et cela est surtout remarquable et tout à fait évident quand la maladie siége d'un côté seulement. Nous avons pu voir, chez quelques uns de nos malades, un léger anneau rouge très pâle ; pour nous, il y a iritis, mais ces affections ont souvent été rangées dans la catégorie des amauroses.

En général, on pourra donc reconnaître l'iritis chronique aux caractères suivants : Déformation, immobilité de la pupille, coloration qui ne paraît pas naturelle, quelque chose de nébuleux dans l'œil, des filaments ou des flocons, etc,

Au point de vue thérapeutique, l'iritis aiguë nous a paru assez satisfaisante; nous verrons bientôt que l'iritis chronique est plus sérieuse et plus rebelle aux diverses médications.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Calculs vésicaux chez un homme de soixante-cinq ans. Taille périneale. Remarques cliniques faites sur cette matière.

(Premier article)

Il est entré à l'Hôtel-Dieu, et a été reçu dans la clinique chirurgicale un homme d'une soixantaine d'années, affecté de calculs vésicaux. M. Roux n'eut pas beaucoup de peine à reconnaître l'existence de corps étrangers dans la vessie, et pensa au moyen le plus convenable d'en débarrasser le malade; il choisit la taille après réflexion, et la proposa au malade, qui finit par l'accepter. Voici les remarques auxquelles se livre le professeur à propos de ce cas important.

Dans l'intérêt du malade, dit-il, et en même temps pour votre instruction particulière, j'ai cru devoir recourir à la taille plutôt qu'à la lithotritie pour débarrasser ce calculeux de son infirmité. A la rigueur, on aurait pu très bien le soumettre au second moyen; mais nous avons cru y voir quelques raisons particulières militantes en faveur du premier. Le calcul dont il s'agit, autant que j'ai pu le reconnaître, n'est pas volumineux; il paraît ne pas dépasser le volume d'une amande revêtue de sa verte écorce; cette circonstance serait plutôt favorable à la lithotritie; mais le calcul semble très dur, à en juger par l'acuité et l'éclat du son qu'il produit, lorsqu'on le percute avec une sonde métallique, circonstance qui rendrait peut-être difficile et douloureuse l'application des instruments lithotriteurs, et par conséquent militerait en faveur de la taille; d'ailleurs, on a des raisons pour croire que la vessie n'est pas dans un état tout à fait normal; les sondes qu'on y introduit révèlent une sensibilité assez vive; et quand on les extrait, malgré toutes les précautions employées dans la ma-

nœuvre ; il sort toujours plus ou moins de sang de l'urètre. Cet état particulier des voies urinaires ferait craindre que la lithotritie ne pût pas être employée sans danger, d'autant plus que très rarement une seule séance suffit pour débarrasser la vessie de tous les fragments de calculs broyés, et souvent on voit les vessies les mieux conditionnées s'affecter plus ou moins de catarrhe à la suite de plusieurs séances de lithotritie, surtout chez les vieillards. Somme toute, quoique j'admette que la lithotritie pourrait être appliquée avec quelques probabilités de succès dans le cas actuel, nous croyons devoir donner la préférence à la taille pour les raisons indiquées, et parce que par ce moyen on débarrasse ordinairement le malade de sa pierre dans l'espace de une ou deux minutes, lorsque les choses se passent d'une manière simple, comme on espère ici, au lieu d'y employer des séances répétées plus ou moins longues, qui exposeraient facilement le sujet à contracter un catarrhe vésical dont les conséquences peuvent être très graves.

Quant au succès de ces deux opérations comparées entre elles, on ne peut encore rien dire d'exact à l'état actuel de la science et je crois que les relevés statistiques qu'on a présentés à cet égard ne suffisent pas pour en tirer une conclusion rigoureuse. En effet, ceux qui se disent les inventeurs de la lithotritie se louent infiniment de ses résultats, et la mettent au dessus de la taille même comme méthode ordinaire ; au contraire les partisans de celle-ci, les chirurgiens qui ont taillé les calculeux pendant longues années, et qui après ont aussi pratiqué quelquefois la lithotritie, ne se croient pas du tout autorisés par leur expérience à abandonner la première pour la seconde, et continuent à employer celle-là comme méthode ordinaire. Il est probable que des deux côtés il y ait de l'exagération, que le mérite se trouve dans une espèce de juste milieu ; mais je crois que jusqu'ici les faits, surtout du côté de la lithotritie, ne sont pas encore assez multipliés pour conclure d'une manière rigoureuse. Au reste, il est assez difficile d'établir une comparaison précise entre ces deux opérations ; car justement les cas où la lithotritie ne semble pas indiquée, paraissent convenir à la taille, *et vice versa.*

A l'époque où la taille fut introduite (et cela remonte à des temps bien anciens), on la regardait comme la seule opération apte à débarrasser la vessie des calculs ; on ne connaissait pas d'autres moyens alors. De mon temps, quand j'ai commencé à traiter les calculeux, j'eus recours naturellement à la taille, ne connaissant non plus d'autre moyen efficace contre cette affection. Je l'ai pratiquée pendant vingt ans environ avec des succès variables ; puis, lorsque la lithotritie parut sur l'horizon chirurgical, il y eut bien quelques chirurgiens qui s'en montrèrent partisans ; mais l'immense majorité des praticiens resta fidèle pendant cinq ou six ans encore à l'ancienne méthode, qui fut par conséquent jusque là dominante ; j'en fis autant ; de sorte que pendant vingt-cinq ou vingt six ans je pratiquai presque exclusivement la taille. J'eus occasion de la faire quatre cents ou cinq cents fois au moins ; j'eus de beaux résultats, comme j'eus des revers ; mais franchement je ne tins pas un compte trop exact des uns et des autres ; je sais, et on sait généralement, que la taille réussit ordinairement mieux chez les enfants que chez les adultes ; que, chez ces derniers, elle réussit quatre ou cinq fois sur six ; mais des rapports bien exacts, je crois qu'on n'en a pas. La même incertitude, et même une incertitude plus grande pour moi, règne sur les résultats de la lithotritie. Depuis qu'elle a pris faveur dans le monde chirurgical, je l'ai pratiquée un certain nombre de fois, mais sans pouvoir rien formuler sur son utilité et ses inconvénients, et sans pouvoir établir une comparaison bien fondée entre elle et la taille. Il est pourtant resté, dans mon esprit, au milieu d'une telle incertitude, cette idée que la taille donne d'assez bons résultats dans les mains d'un chirurgien tant soit peu habile, pour être autorisé à la pratiquer toujours dans les cas qui lui sont favorables et dans de bonnes conditions.

Nous allons donc pratiquer la taille sur notre malade, et la taille dite latéralisée. Il y a quelques années, la taille hypogastrique avait pris beaucoup de faveur pour les cas de calculs volumineux et même comme méthode ordinaire. On n'entendait parler que de calculeux opérés par cette méthode avec plein succès. Cependant on revint bientôt de cette espèce d'engouement, les succès ont bien vite fait place aux plus grands revers. Je pense que cette méthode est désormais jugée, et que tout en la regardant comme indiquée et applicable dans certains cas exceptionnels, elle ne pourra jamais primer sur la méthode dite périnéale. Il n'y aurait que quelques jeunes chirurgiens qui pourraient se laisser séduire, faute d'une expérience assez étendue, pour pouvoir porter un jugement sévère sur la matière, mais je ne crois pas que cela arrive aux praticiens vieillis dans la pratique de l'art.

C'est la taille générale qu'on pratique ordinairement. Il y a plusieurs méthodes qui se rattachent à cette opération, et dont plusieurs sont tombées désormais dans l'oubli ; ainsi on ne pratique plus, que je sache, la taille recto-vésicale imaginée par Vacca, et modifiée par Sanson. On a aussi abandonnée celle dite de Celse, ou latérale, quoique certains chirurgiens employent cette méthode telle qu'elle a été modifiée par Dupuytren, qui lui substitua la taille bilatérale, et qui peut être encore utile dans certains cas exceptionnels, par exemple, de calculs très volumineux.

Il ne faut donc pas confondre la méthode latérale avec les méthodes latéralisées ; ces deux mots ont une signification bien différente.

La méthode latérale fut introduite surtout par Ledran et autres, et consiste à pénétrer dans la vessie par son bas-fond ; les inconvénients de cette méthode sont nombreux, je ne vous les nommerai pas ici ; elle fut, avec raison, mise de côté. La méthode latéralisée se pratique en faisant une incision aux parties molles, plus oblique que dans la précédente, incision qu'on peut latéraliser plus ou moins, selon les différents procédés qui se rattachent à cette méthode. Le mot *latéralisée* donc est bon et restera dans la science. Par cette méthode on pénètre dans la vessie à travers son col et la prostate, ce qui constitue une autre différence capitale entre elle et la méthode latérale. L'incision aux téguments doit être faite sur une ligne à peu près moyenne entre l'anus et la tubérosité de l'ischion ; il y a à éviter l'intestin rectum à droite (car ordinairement on opère sur la partie gauche de la région périnéale), et la honteuse interne à gauche près de l'ischion, de même que l'artère transverse du périnée, etc. On marche donc entre deux écueils, et pourtant il serait, à mon avis, moins fâcheux de léser une desdites artères que le rectum, qu'il faut à tout prix épargner. Pour cela, il faut d'abord, avant d'opérer, faire vider le rectum par un ou deux lavements, et puis diriger l'incision de manière à se rapprocher plutôt de l'ischion que de l'intestin. Du reste, avec un peu d'attention, on peut facilement éviter cet accident. Dans le grand nombre de tailles que j'ai pratiqué, il m'est arrivé une seule fois de léser l'intestin, et, de plus, il s'agissait d'un jeune sujet et d'une des premières opérations que je faisais de ce genre.

Les méthodes et les procédés peuvent varier indéfiniment, pour ainsi dire, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la vessie ; une fois qu'on a pénétré dans cet organe, il n'y a plus de différence dans la manœuvre. Quant à la méthode latéralisée, elle comporte plusieurs procédés pour la manière de diviser le col de la vessie et la prostate. Ces procédés, par un véritable travers d'esprit des chirurgiens, sont devenus très nombreux, et pourtant cette partie de l'opération, quoique importante, ne méritait pas d'occuper si sérieusement leur intelligence. Pour moi, je suis indifférent à me servir du lithotome caché ou du gorgeret tranchant ; celui-ci abrége un peu l'opération, sans présenter aucun danger dans les mains d'un opérateur habile ; celui là rend cette partie de l'opération méthodique, plus régulière, mais un peu plus longue. J'emploierai ce dernier, afin que vous puissiez mieux suivre la manœuvre ; d'ailleurs, c'est l'instrument qu'on emploie maintenant le plus communément.

Voici comment on procède dans le manuel de cette opération. Le malade, après avoir eu le rectum vidé à l'aide de lavements, et avoir été convenablement préparé, est placé sur le lit de manière que son derrière soit sur les bords ; on lui lie les mains et les pieds ensemble à l'aide d'une bande qui passe en 8 de chiffre autour du poignet et du cou-de-pied ; ensuite on introduit le cathéter dans la vessie. A cet égard, je vous dirai qu'il arrive quelquefois qu'on ne peut pas l'introduire après avoir lié les mains et les pieds, et qu'on est obligé de délier ces parties pour procéder à cette opération. Quelle en est la cause ? Je ne saurais pas trop vous le dire. Peut-être cela dépend-il de ce que les muscles de l'abdomen se trouvent dans un certain état de contraction, et de ce que le malade se roidit lorsqu'il a les poings et les pieds liés. Toujours est-il que c'est un fait incontestable, et que je ne m'étonnerais pas de le voir se reproduire sur notre malade.

Le cathéter introduit dans la vessie, est confié à un aide intelligent qui doit le tenir de manière à en faire proéminer un peu la convexité vers le côté gauche où doit se pratiquer l'incision. On incise alors obliquement, comme nous l'avons déjà dit, la peau et toutes les parties molles du périnée, en ayant bien la précaution de se rapprocher un peu de la tubérosité de l'ischion ; on cherche ensuite avec l'ongle du doigt indicateur introduit par la plaie le bord tranchant du cathéter, et, sur la face dorsale du doigt, on glisse à plat un bistouri pointu qu'on fait pénétrer jusqu'à la cannelure du cathéter même ; on lui substitue après un lithotome caché convenablement disposé, on s'assure bien qu'il soit dans la cannelure mentionnée, et alors, par un mouvement de bascule imprimé au cathéter, on l'engage hardiment dans la vessie ; on ôte le cathéter, et on retire le lithotome ouvert de manière à lui faire suivre parfaitement la direction de la plaie extérieure : c'est dans ce temps de l'opération qu'on coupe le col de la vessie et la prostate dans l'étendue qu'on désire. Arrivé à ce point, on n'a plus qu'à introduire le gorgeret et à faire glisser sur lui les tenettes pour extraire les calculs.

Voilà en peu de mots comment on procède dans l'opération de la taille, et comment nous procéderons dans notre cas particulier.

C'est effectivement ainsi que l'opérateur a procédé, comme nous le dirons dans un prochain article, où nous continuerons les remarques que M. Roux a faites à propos de cette importante opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Propriété remarquable de l'huile de croton tiglium.— Le docteur E. Boudet a eu occasion d'observer fréquemment un phénomène qui accompagne dans certains cas l'usage de l'huile de croton tiglium employée en frictions. Très souvent ce médicament appliqué sur la peau du cou, d'un membre, fait naître une éruption confluente de vésicules, non-seulement sur la partie même qui a été frictionnée, mais encore, et presque aussitôt sur la peau du scrotum, du pénis et du périnée, Il s'est assuré que dans ces circonstances les malades n'avaient pas porté leurs doigts imprégnés d'huile sur les organes génitaux, et qu'ainsi le transport de l'irritation spécifique due à l'usage externe du croton ne pouvait être attribuée qu'aux vaisseaux absorbants de la peau. L'auteur a vu plusieurs fois l'usage de quelques gouttes, 8 à 10, d'huile de croton appliquée sur la nuque, au-devant du cou, sur la main, le poignet, le bras, être suivi de cette irritation remarquable du scrotum. Son frère, M. Félix Boudet, a observé la même particularité chez trois ou quatre jeunes gens, quand il faisait des essais sur l'action des principes actifs de l'huile de croton. M. E. Boudet ne croit pas que cette propriété singulière qu'a l'éruption crotonique de se produire dans des parties du corps fort éloignées de celles où l'huile a été appliquée, ait été mentionnée jusqu'ici par aucun auteur. Ce fait est d'autant plus remarquable, que les cantharides, la pommade stibiée, la pommade ammoniacale ne jouissent pas ordinairement de propriétés analogues. Au moins pour son compte, il n'a jamais eu ni vu de faits de ce genre, quoiqu'il ait eu l'occasion de voir appliquer bien souvent ces topiques irritants.

Ce qui est à noter aussi, c'est que, quoique absorbée (car c'est évidemment par voie d'absorption que le médicament est transporté de la nuque au scrotum), l'huile de croton n'agit pas ordinairement sur le tube digestif en produisant des coliques et de la diarrhée. Et cependant, si cet agent caustique passe dans le torrent circulatoire, il doit, comme le sang, son véhicule, exciter aussi sûrement la muqueuse intestinale que la périphérie cutanée. Il y aurait donc affinité marquée, exclusive, de l'huile de croton absorbée pour la peau fine et délicate des bourses.

Cette particularité, fort remarquable au point de vue physiologique, rend l'usage des semences du croton moins commode et moins simple.

Accouchement de jumeaux; cas difficile. — Au mois de novembre 1841, je fus appelé, dit le docteur Hedrich, chez la femme d'un cordonnier, primipare, dont l'accouchement, au dire d'une sage-femme et d'un jeune médecin qui m'avait précédé, présentait des circonstances insolites et des difficultés extraordinaires.

Je trouvai en effet, à mon arrivée, un premier jumeau qui s'était présenté par les genoux, dont le tronc était au dehors et la tête encore retenue dans les organes maternels. L'obstacle à l'expulsion de cette dernière partie n'était autre que la descente prématurée de la tête du second jumeau. Une application de forceps avait été tentée sans succès. La matrice était tombée dans une inertie presque complète ; la femme était très épuisée ; et quant à l'enfant dont le tronc pendait au dehors, l'état du cordon qui était froid et qui ne battait plus, ne laissait plus d'espoir de le sauver. J'introduisis d'abord la main gauche dans le vagin, en la faisant glisser au-dessous du cou du côté gauche du bassin ; mais je ne pus pénétrer bien loin à cause de l'étroitesse de l'espace, et me portant de l'autre côté je parvins jusqu'au détroit supérieur, sur lequel était déjà fortement appuyée la tête du second jumeau ; je la contournai du côté de la symphise sacro-iliaque et de la concavité du sacrum, ce que permirent sans peine et le petit volume de la tête et l'ampleur un peu plus qu'ordinaire du bassin. Au milieu des contractions utérines que cette manœuvre excita, je réussis à embrasser l'occiput, et saisissant les côtés du crâne dont les os minces cédaient à la compression, j'entraînai pendant une douleur la tête jusque dans l'excavation. Quelques contractions la poussèrent ensuite jusqu'à la vulve, qu'elle ne tarda pas à franchir ; et en même temps que le tronc de ce second jumeau, fut expulsée la tête du premier. Celui-ci était mort ; l'autre dans un état d'asphyxie, qui fut promptement dissipé. Il n'y avait qu'une seule poche, et les deux fœtus, dont toutes les membranes étaient communes, nageaient dans les mêmes eaux.

Empoisonnement par l'acide oxalique. — La *Gazette médicale* de Londres contient une observation de cette espèce, publiée par le docteur Letherby. Une fille de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, avala, dans un accès de jalousie une forte dose d'acide oxalique. Le lendemain matin, elle fut trouvée morte dans sa chambre. L'examen de l'estomac fut fait avec beaucoup de soin, et l'on reconnut que sa surface interne était généralement blanche ; mais ses membranes étaient si ramollies qu'on pouvait à peine les manier sans les déchirer. Vers le côté gauche du viscère, les tissus avaient une consistance pulpeuse et plusieurs perforations. Le liquide renfermé dans l'estomac pesait 180 grammes. Il était noir, fortement acide, et l'analyse permit d'y reconnaître 12 grammes d'acide oxalique. On avait douté, ajoute M. Letherby, de l'action corrosive de l'acide oxalique sur l'estomac. M. Christison ne mentionne, je crois, qu'un seul cas dans lequel ce viscère ait été trouvé perforé, et M. Taylor affirme que, dans ses expériences sur les animaux, ainsi que dans les autopsies qu'il a pratiquées chez l'homme, il n'a jamais vu se produire la perforation de l'estomac. L'observation précédente montre que la perforation peut avoir lieu, et ce fait ne manque pas d'importance en médecine légale.

Les conclusions de l'auteur, dit à ce propos le *Journal de Pharmacie*, sont loin d'être aussi solidement appuyées qu'il le pense. En effet : 1° il est extraordinaire que l'estomac, enflammé par l'acide oxalique au point de s'être perforé, n'ait plus offert, à l'ouverture, de rougeur dans les points les plus malades ; 2° rien ne prouve que le ramollissement et la destruction des membranes gastriques ne se soient pas produits, en grande partie après la mort, par suite de cette dissolution chimique parfaitement décrite par M. Carswell.

Présentation de l'épaule avec sortie du bras ; évolution spontanée. — La présentation de l'épaule avec sortie du bras, constitue un cas malheureusement assez fréquent, et a fait le sujet de nombreux articles dans les journaux de médecine. On a vanté le seigle ergoté en pareille occurrence pour venir en aide à la nature épuisée. D'autres fois, celle ci se suffit à elle-même pour opérer l'évolution, comme on le voit dans une observation de M. Godefroy, professeur d'accouchements à l'Ecole de Rennes, et rapporté par le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du mois d'août 1844. C'est aussi dans cette catégorie que rentre le cas suivant dû au docteur Gamberini :

Une jeune femme primipare, se sentant près d'accoucher, fit appeler la commère du village. La première partie du fœtus qui se présenta fut le bras droit ; la matrone le prenant pour un des membres abdominaux, fit des tractions qui aggravèrent encore le cas, et ne s'aperçut de son erreur que lorsque l'épaule elle-même se fut présentée. Un chirurgien qui fut appelé fit inutilement quelques tentatives de version et après avoir prescrit de l'huile de ricin, se retira en promettant de venir le lendemain. Dans l'intervalle, la malade fut prise de convulsions éclamptiques ; elle poussait des cris affreux ; les contractions utérines revinrent de plus en plus fréquentes et expulsives. La femme que nous avons citée était depuis plusieurs heures spectatrice de cette scène, lorsque tout à coup elle vit le bras pendant remonter ; bientôt elle ne vit plus que la main livide du fœtus à l'entrée du vagin, et puis de nouvelles contractions utérines firent graduellement sortir au dehors la tête de l'enfant que de légères tractions achevèrent d'amener au dehors. Cet enfant était vivant, mais ne tarda pas à mourir. Ce sont là les seuls détails que la femme présente à l'accouchement ait pu fournir à l'auteur.

Cette évolution spontanée mérite de fixer l'attention des médecins, d'autant plus qu'elle n'est pas aussi rare qu'on le croirait au premier abord, ainsi que le témoignent les cas qui existent dans la science.

Sommeil durant parfois de deux à sept jours chez une femme bien portante. — On lit dans le *Medicinische Zeitung* un fait curieux observé par M. le professeur d'Outrepont, chez une femme qui n'avait d'ailleurs aucun symptôme de catalepsie.

Madame S..., âgée de trente-cinq ans, mariée depuis six ans et mère de quatre enfants, est sujette, depuis son mariage, à un sommeil qui se prolonge de deux à sept jours, ordinairement cinq jours et demi. Ce sommeil arrive subitement, tantôt le jour, tantôt la nuit. Dans cet état, la femme a néanmoins, toutes les vingt-quatre heures, un réveil incomplet ; elle a la bouche sèche et sort la langue entre les lèvres, signes instinctifs du besoin de boire ; on lui présente des aliments liquides, elle les avale sans connaissance et retombe dans le sommeil. Les intervalles entre ce sommeil prolongé sont deux à vingt jours, et pendant ce temps elle ne dort pas du tout, ou bien elle n'a qu'un sommeil court et agité.

Les longs sommeils de cette femme n'ont jamais apporté d'entraves à la menstruation, à la grossesse, à l'accouchement, aux lochies. Toutefois elle n'a pas de selles ni d'urines pendant son sommeil, et elle n'en éprouve pas le besoin immédiatement après. Ce sommeil n'est pas réparateur ; le réveil est accompagné de fatigue. Il a toujours lieu spontanément ; c'est inutilement qu'on cherche à le produire. On a beau employer les irritants, écarter les paupières, l'œil se dirige en haut, et l'action brusque de la lumière ne fait pas contracter les pu-

pilles. Les fonctions respiratoires et circulatoires, ainsi que la chaleur animale, sont à l'état normal pendant le temps du sommeil et dans les intervalles.

Empoisonnement par le carbonate de plomb. — Un homme de peine, de vingt ans environ, tourmenté par rapports aigres et par une chaleur incommode de l'estomac, voulant se débarrasser de ces accidents, déroba à son maître un morceau de blanc de Krennitz qu'il prit pour de la craie et en avala une vingtaine de grammes environ.

Quelques heures après, il éprouva une sensation de brûlure à l'épigastre et des vomissements violents qui persistèrent plusieurs heures. M. Schubert, docteur de Dramhourg, appelé vingt-quatre heures après l'empoisonnement, trouva cet homme en proie à de violentes douleurs abdominales; la face était vultueuse, les yeux brillaient et faisaient saillie hors des orbites; la langue était sèche et rouge; soif inextinguible; le ventre, ballonné, était très douloureusement affecté par une pression superficielle, tandis qu'une pression forte soulageait singulièrement le malade, qui appuyait sans cesse fortement son ventre contre une table.

Les vomissements avaient cessé depuis plusieurs heures, et il n'y avait pas de selles; M. Schubert fit prendre sur-le-champ et en une seule fois au malade une potion composée de sulfate de magnésie, 24 grammes; eau commune, 250 grammes, et alcoolé d'opium, 1 gramme. Il lui administra ensuite plusieurs autres doses du même sel dans une émulsion huileuse. Les accidents se calmèrent aussitôt et la guérison fut rapide.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations nouvelles sur la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie, et application de cette méthode à la cure du catarrhe vésical chronique; par M. Debeney.

La cautérisation des muqueuses, comme méthode de traitement de leurs inflammations, produit des résultats tellement merveilleux, tellement incontestés, qu'il n'est plus désormais permis d'élever le moindre doute à cet égard. L'ophthalmie purulente, la kératite ulcéreuse, la stomatite, l'angine pharyngée, la balanite etc., reconnaissent comme méthode générale de traitement la cautérisation directe. On sait comment, dans ces derniers temps, tirant d'un injuste oubli les idées de Carmichaël, M. Debeney fut conduit à conseiller les injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme. Les succès qu'il obtint de cette médication ont été publiés il y a près de deux ans dans les journaux de médecine, et ont fait le sujet d'un long mémoire dont nous avons rendu compte à cette époque.

Poussant plus loin encore les analogies, M. Debeney fut conduit à penser que dans certains cas de cystite chronique et de catarrhe vésical, les injections caustiques de solution de nitrate d'argent pourraient amener d'heureux résultats, en modifiant la vitalité de la muqueuse affectée d'inflammation chronique. La théorie devait être soumise à l'expérience clinique. Dans la brochure dont nous rendons compte aujourd'hui, M. Debeney rapporte quatre observations de ce genre couronnées de succès.

La première est relative à un sujet affecté d'un écoulement blennorrhagique très ancien, d'un catarrhe vésical, de pertes séminales involontaires. La seconde à un homme chez lequel existait avec le catarrhe vésical une blennorrhagie qui datait de trois ans, et une fistule urinaire. Chez un seul (Observation quatrième) il n'y avait qu'un catarrhe vésical chronique, sans complication, lequel fut guéri dans l'espace d'une dizaine de jours. Des faits qu'il cite, M. Debeney se croit en droit de tirer cette conclusion : Que la cautérisation de la muqueuse vésicale par la solution de nitrate d'argent ne présente pas de dangers réels, et guérit souvent l'inflammation chronique de cette membrane. Ce fait, de l'innocuité des injections de nitrate d'argent dans la vessie, que quelques théoriciens de cabinet ont cru pouvoir révoquer en doute, avait été, du reste, déjà signalé par MM. Lallemand, Serre (de Montpellier); depuis lors, des faits publiés dans divers journaux par MM. Daniel (de Cette), et Baumgartner (de Genève), sont venus à l'appui de ces assertions. Nous devons cependant dire que M. Debeney est le premier qui ait mis dans la solution une aussi forte dose de nitrate d'argent, dont on ne peut s'effrayer, lorsque l'on se rappelle les effets produits par l'application directe du nitrate d'argent solide sur la muqueuse conjonctivale, pharyngienne, et sur celle de l'urètre de la femme.

La seconde partie de la brochure de M. Debeney contient quelques lignes de réponse aux attaques vives et quelquefois un peu amères dirigées contre ses travaux, réponse digne et dans laquelle M. Debeney est toujours resté, bien que sur le pied d'une énergique défense, dans les limites d'une polémique convenable.

A propos du travail de M. Debeney, nous devons dire deux mots d'une brochure que nous recevons de Bordeaux, et dans laquelle M. Vénot, chirurgien de l'*hôpital* des Vénériens de cette ville nous attaque trop vivement pour que nous la laissions sans réponse. M. Vénot reproche à la *Gazette des Hôpitaux* d'avoir fermé despotiquement la discussion relative aux injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie, après avoir permis à l'un de ses rédacteurs de soulever une polémique dans laquelle il s'est trouvé, lui, M. Vénot, entraîné presque malgré lui. Nous ferons observer à M. Vénot que la première publication sur ce sujet a été de son fait. Si, après avoir inséré les arguments des deux parties avec impartialité (et M. Vénot ayant eu la dernière réplique nous semble moins que tout autre en droit de se plaindre), si nous avons refusé d'ouvrir plus longtemps nos colonnes à une polémique de ce genre, c'est que notre journal est une arène scientifique où doivent s'agiter seulement des questions scientifiques pratiques et dans des formes convenables. Voilà la seule réponse que nous ayons à faire au reproche de M. Vénot.

Quant à la brochure en elle-même, dont ces reproches forment le prologue et l'épilogue, nous n'en parlerons point; les termes dans lesquels elle est conçue ne nous paraissent rien moins que parlementaires. *Tu te fâches, donc tu as tort*, disait dernièrement M. Vénot à l'un de ses adversaires contre lesquels ses attaques sont aujourd'hui les plus vives. Si le mot est vrai, M. Vénot serait loin d'avoir raison dans cette polémique; car ses répliques ne sont point faites avec ce ton de modération convenable qui doit régner dans une discussion de ce genre, et nous pourrions lui dire, retournant une de ses expressions, que s'il n'est point, comme M. Debeney, chirurgien militaire, à coup sûr il ne peut se flatter d'être un chirurgien civil. Y...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du lycopode dans le traitement des ulcères invétérés des pieds; par M. Foerster, de Luckau.

M. Foerster prescrit, dans les cas d'ulcères invétérés des pieds, l'application de la poudre de lycopode. Cette médication, à laquelle il doit déjà de beaux succès, est dirigée par lui de la manière suivante :

Si, comme il arrive souvent, l'ulcère est très étendu, douloureux et compliqué d'une sécrétion de sanie putride, il commence par le nettoyer à l'aide de lotions avec une eau de savon tiède, puis il étend sur toute la surface ulcérée de la teinture alcoolique de myrrhe. Il en résulte ordinairement une très vive douleur, mais qui ne tarde pas à se calmer sous l'influence du lycopode avec lequel on saupoudre l'ulcère. On panse ensuite avec l'onguent rosat.

On renouvelle deux ou trois fois par jour ce pansement, et chaque fois on enlève le lycopode de la précédente application au moyen de lotions savonneuses.

Mais, lorsque l'ulcère est sec et offre beaucoup de tendance à l'inflammation, on doit s'abstenir de recourir à la teinture de myrrhe. On saupoudre de suite la plaie avec le lycopode, puis on panse avec la pommade comme il a été dit, et enfin on recouvre le tout d'un cataplasme émollient.

M. Foerster assure qu'à l'aide de ce mode de traitement, il a guéri, non-seulement beaucoup d'ulcères des pieds, mais encore deux cancers cutanés du sein.

On favorise l'action de cette médication en administrant deux fois par semaine de légers purgatifs avec le séné et le sulfate de magnésie. Il convient aussi de faire observer un régime diététique analeptique non irritant.

Note sur les indications spéciales du phettandre aquatique; par M. le docteur Rothe, de Gulirau.

M. Rothe, après une longue expérimentation du phellandre aquatique, affirme que c'est un moyen très précieux dans les cas de toux chronique due à une augmentation de l'irritabilité de la membrane muqueuse des voies aériennes, compliquée d'une sécrétion de mucus plus ou moins abondante.

Ce médecin a retiré des avantages remarquables de l'emploi du même moyen, dans beaucoup de cas de toux catarrhale entretenue par une prédisposition à la dégénérescence tuberculeuse.

Il faut reconnaître, dit-il, que ce médicament contient des principes narcotiques doux, qui calment comme l'opium, sans donner lieu aux effets consécutifs désagréables qui accompagnent l'administration de ce dernier.

M. Rothe pose en principe qu'il est particulièrement indiqué chez les sujets débiles et à système nerveux très irritable. Plusieurs fois, il l'a prescrit avec le plus grand succès, chez des femmes hystériques, pour arrêter rapidement une toux d'irritation très fatigante et véritablement inquiétante, qui avait duré des mois entiers en résistant opiniâtrément à tous les autres moyens employés.

Toutefois, lorsqu'il existe des lésions organiques des poumons, des ulcères, des tubercules, on ne peut en attendre qu'un secours palliatif, comme de tous les autres agents thérapeutiques qui ont été conseillés jusqu'ici.

On doit observer, d'ailleurs, que, si ce médicament est des plus convenables pour la pratique des pauvres, en raison de la modicité de son prix, il a un inconvénient réel, celui de déplaire au plus grand nombre des malades par son odeur désagréable.

M. Rothe le prescrit aux indigents sous forme pulvérulente, à la dose de 50 à 75 centigrammes, trois fois par jour, seul ou associé à 25 ou 50 centigrammes de chlorhydrate d'ammoniaque, ou encore à parties égales de poudre de réglisse composée (*Pharmacopée de Prusse*). Aux gens riches, il l'administre ordinairement sous forme pilulaire, de la manière suivante :

Poudre de semences de phellandre,	12 grammes.
Extrait de chardon bénit,	8
Chlorhydrate d'ammoniaque purifié,	4

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de 10 centigrammes; roulées dans la poudre de lycopode, et qui doivent être renfermées dans un flacon.

On fait prendre six à huit de ces pilules, quatre fois par jour.

Suivant M. Rothe, l'infusion est moins active.

NOUVELLES.

La Société de médecine du département de la Seine a nommé une commission composée de MM. Sandras, Prus, Roche, Bérard (Auguste) et Aubert-Roche, pour s'occuper de l'organisation du congrès médical.

En conséquence, la commission de la Société de médecine du département de la Seine, invite les Sociétés médicales à nommer des commissions, et les commissions déjà nommées à se réunir afin de s'entendre : 1° sur l'appel collectif qui doit être adressé aux Sociétés des départements; 2° sur la convocation et sur l'organisation d'un congrès.

La réunion aura lieu chez le docteur Richelot, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10, samedi 14 juin, à huit heures du soir.

— M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé aux mêmes fonctions à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Breschet, décédé.

— M. le docteur Giraud (Joseph-François), a été nommé médecin des prisons de Marseille, en remplacement de M. Segaud, décédé.

— M. Provençal, membre titulaire de la Société de médecine pratique de Montpellier, professeur de zoologie à la Faculté des sciences, est mort à Montpellier, le 8 avril dernier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 68. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 9 JUIN 1845.

RÉFORME MÉDICALE.

De l'opportunité et de l'utilité d'un congrès médical.

L'idée d'un congrès médical, émise par un de nos collaborateurs, est accueillie avec une faveur assez marquée pour que la *Gazette des Hôpitaux*, dévouée à tous les intérêts de la profession, ne tarde pas plus longtemps de manifester son opinion sur la convenance, sur l'utilité de cette idée comme aussi sur la possibilité de sa réalisation. La presse, à qui appartient aujourd'hui toute généreuse initiative, doit encourager et soutenir une idée émise par la presse ; aussi espérons-nous que si, comme à ce journal, la proposition d'un congrès paraît aux autres journaux opportune, utile et réalisable, la presse médicale tout entière unira ses efforts aux nôtres pour encourager le zèle des uns, inciter l'indifférence des autres, et paralyser peut être le mauvais vouloir d'un petit nombre.

Cette proposition est elle opportune?

Quoique depuis plus de vingt ans les médecins aient été souvent bercés d'un espoir toujours déçu relatif à une loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine, il est certain que peu s'en est fallu cette année que M. de Salvandy, en reprenant le portefeuille de l'instruction publique, ne portât *ex abrupto* aux Chambres un projet de loi sur la matière. Quels que soient les motifs qui ont fait différer cette présentation, le désir de M. de Salvandy, une de ses ambitions, assure-t-on, est de marquer son passage au pouvoir par des modifications importantes aux institutions médicales; animé pour la science et pour la profession de bonnes intentions, il cherche, il aspire à leur donner toute satisfaction : de sorte qu'à moins d'événements politiques qui vinssent ébranler ou détruire le cabinet actuel, le ministère de M. de Salvandy sera probablement signalé par quelque initiative à cet égard.

Nous avons dit et nous croyons sincèrement que les intentions de ce ministre sont excellentes; mais les intentions suffisent-elles? Peut-on espérer et croire que quelle que soit l'intelligence, quel que soit le zèle d'un homme d'Etat, il ait été placé dans des circonstances telles qu'il ait pu acquérir une connaissance suffisante de tous les besoins d'un corps comme le corps médical, des modifications à apporter à des institutions aussi complexes que les institutions médicales? Nous ne pouvons le penser. De toutes les professions et institutions, notre profession et nos institutions sont celles dont on s'occupe le moins dans le monde, et sur lesquelles des hommes fort instruits d'ailleurs, n'ont que des idées fort erronées. Rien n'est moins rare aujourd'hui qu'une instruction générale, suffisante sur les questions de commerce, de douane, d'industrie ; mais des notions quelconques sur l'organisation médicale, vainement on les chercherait dans la société la plus instruite. Dans les chambres, même ignorance de la matière; vous trouverez cent députés capables de parler raisonnablement sur les juges de paix ou les gardes champêtres, mais sur les médecins, à part deux ou trois confrères qui ont peut-être étudié le sujet, il n'est pas un député qui ne se trouvât fort embarrassé à propos d'une question d'organisation médicale.

C'est cependant au milieu de cette société ignorante de nos souffrances, de nos besoins et de nos vœux, au milieu de législateurs qui n'en connaissent pas davantage, qu'un projet de loi peut inopinément tomber, présenté par des ministres bien intentionnés, c'est convenu, mais qui ne sauront de ce qui nous concerne que ce que quelques personnes auront bien voulu leur en apprendre.

Il y a là un grand danger, un danger imminent, et, certes, tout moyen qui pourrait le conjurer serait en ce moment très opportun.

Ce moyen, peut-on espérer de le trouver dans un congrès médical?

Oui, si ce congrès est fortement, harmoniquement institué, si son organisation première est faite avec intelligence et réflexion, s'il ne se propose qu'un but, s'il n'avoue qu'une intention, d'être utile à la corporation tout entière.

Refuser à un congrès, réunissant toutes ces conditions, la possibilité d'être utile, c'est refuser au principe de l'association toute sa puissance et toute sa fécondité. De quoi s'agit-il? D'examiner en commun nos affaires, de nous dévoiler les uns aux autres nos blessures, de discuter ensemble nos moyens de traitement; en un mot, il s'agit d'une consultation sur une grande échelle. Chercher le siége, l'étendue, les causes et la nature du mal, proposer les remèdes et pousser le pouvoir à leur application, voilà le congrès qui ne doit vouloir rien de moins, rien de plus.

Une telle expérience n'a jamais été tentée. On vous objectera qu'en 1825, des réunions ayant ce même but eurent lieu à Paris, parmi les médecins de Paris. Ce n'était là qu'un essai partiel, incomplet, qui ne pouvait mener à rien, et qui, en effet, fut stérile. Sans injustice et sans déraison, les médecins de Paris ne peuvent se priver des lumières de nos confrères des départements. S'il est des souffrances qui se font sentir sur la corporation tout entière, il en est d'autres qui n'atteignent que les médecins des petites villes et des campagnes, et il faut que ces médecins aient au congrès leurs représentants qui soient parfaitement instruits de tous les besoins à satisfaire, de toutes les améliorations à demander.

On vous dira encore : L'Académie de médecine a consacré de longues séances à la discussion du rapport célèbre de M. Double, et les efforts de cette compagnie savante n'ont produit aucun résultat. Cela est vrai; mais quelle que soit l'importance de cette Société, quelle que soit la valeur des hommes qui la composent, nous dirons que le corps médical tout entier, ou représenté par ses délégués les plus dignes, réunira une masse plus considérable de lumières que quelque académie que ce puisse être ; que l'Académie ne représente que ce qu'on pourrait appeler l'aristocratie de notre ordre, tandis que dans un congrès, noblesse et tiers-état réunissant leurs lumières se confondront nécessairement et forcément dans un sentiment commun et dans de communes intentions.

Où, quand, par qui le corps médical a-t-il été consulté sur ses besoins et sur les améliorations qu'il demande? De quelles précautions le pouvoir s'est-il entouré pour connaître notre position réelle? A qui a-t-il demandé des conseils et des lumières? Que chacun interroge l'histoire de nos vingt dernières années, et qu'il réponde si dans les essais timides et incomplets qui ont été tentés, si dans les modifications partielles et contestables d'ailleurs qui ont été provoquées et obtenues, on peut reconnaître une de ces grandes conceptions générales et organisatrices s'adressant à tous les griefs, à toutes les souffrances, un de ces grands systèmes réparateurs qui tient compte des besoins moraux, intellectuels et matériels d'une classe aussi nombreuse et aussi honorable de la société.

Pouvez vous espérer que ce que le pouvoir n'a pas fait jusqu'ici il ait le désir ou la possibilité de le faire? Ce serait une immense erreur, une amère déception. Veuillez jeter les yeux sur ce sol si mouvant et si tourmenté de la politique intérieure ou extérieure, et voyez s'il reste aux ministres les mieux intentionnés assez de temps et de liberté d'esprit pour s'occuper honorablement et dignement d'une corporation qui ne donne d'ailleurs ni inquiétude ni ombrage, qui paye l'impôt sans murmurer et qui subit en silence son labeur quotidien. Ah! si nos intérêts touchaient à ceux de quelque haut baron de la finance, s'ils se rattachaient encore à quelque ligne de chemin de fer, s'ils avaient au moins le plus petit contact avec la betterave ou la graine de sésame, nul doute alors sur les intentions, les sympathies et l'empressement du pouvoir. Mais il ne s'agit que d'une très honorable et très utile corporation qui ne dit mot, qui vit, souffre et se plaint isolée ; le pouvoir qui ne l'entend pas se plaindre, le pouvoir qui de sa nature est optimiste, peut croire et croit peut-être que tout est pour le mieux autour de nous.

C'est notre très grande faute. Qu'avons-nous fait nous-mêmes pour secouer ce manteau de plomb qui nous écrase? Où et quand avons-nous fait entendre notre voix, cette grand

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le concours du Bureau central. — Grande agitation. — Les impôts directs et indirects. — Proportion arithmétique dans les concours. — Incident dramatique de celui-ci. — L'ingénue, le ténor et le père noble. — Pointe d'un couplet. — Les extrêmes se touchent, l'église et le théâtre — Neuvaine en faveur d'une candidature. — O intrigue ! — Les sauvages ioways. — Un grand médecin et sorcier. — Les médecins en Algérie.

Un concours a lieu dans ce moment pour plusieurs places de médecin vacantes au Bureau central des hôpitaux de Paris. Ces places, on le sait, sont extrêmement recherchées, et les concours pour les obtenir sont remplis d'animation. Un si grand nombre de concurrents s'y présente, que l'Administration des hôpitaux, dans un but d'économie que pour mon compte je trouve peu digne de louanges, a institué des épreuves éliminatoires. L'élimination est à juste titre l'épouvantail des pauvres candidats qui s'ingénient de toute façon pour ne pas subir ce cruel et humiliant ostracisme. Aussi cette institution a-t-elle eu le résultat que l'on pouvait prévoir. Autrefois les sollicitations, la faveur et l'intrigue ne s'agitaient qu'en vue de la nomination, et cette agitation était déjà énorme. Aujourd'hui cette agitation s'exerce sur deux aliments au lieu d'un seul, ne pas être éliminé d'abord, être nommé ensuite, et la chose a pris des dimensions exorbitantes. Tout candidat de concours ne peut se présenter qu'avec un budget, qui, comme celui de l'Etat, offre deux sources de produits : bonnes épreuves, titres antérieurs, c'est ce que j'appelle les impôts directs; chaudes recommandations, amis puissants et dévoués, les mille moyens enfin que peut employer la sollicitation active et habile, et c'est ce que je nomme les impôts indirects. Malheur au candidat qui ne peut puiser ses recettes qu'à une seule de ces sources! et encore même, s'il fallait choisir entre les directs et les indirects, je ne sais trop, et j'en rougis, quel conseil je donnerais. Néanmoins il est rare, convenons-en, qu'un candidat tout à fait inférieur arrive à nomination par les seules ressources de la faveur et c'est là le seul bien que dans l'état actuel des choses, puisse produire le concours. Mais la faveur possède la puissance d'élever par enchantement toutes les infériorités relatives au niveau des supériorités les plus incontestables, elle efface les nuances et détruit les distinctions qui ne tiennent qu'au mérite propre, de manière qu'au jour du vote elle puisse peser de tout son poids dans la balance. Un homme, qui après avoir été longtemps candidat a été souvent juge, a une manière originale d'exprimer son opinion à cet égard : Je suppose, dit-il, que pour être nommé il faille atteindre le chiffre 30 ; on ne mettra en ligne que ceux qui, par leur valeur directe et personnelle représentent au moins le chiffre 10. Un des candidats vaudra 15, mais il n'aura que 5 de protection, il échouera ; un autre vaudra 20, mais il n'aura encore que 5 de protection, il échouera ; un troisième vaudra 15, et il aura 15 de protection, il sera nommé le premier ; un quatrième ne vaudra que 10, mais il aura 10 de protection, il sera nommé le second ; de sorte qu'en thèse générale on peut établir la proportion suivante :

Grand mérite	— la faveur	:: 0
Mérite ordinaire	+ 15 de faveur	:: 30
Médiocrité	+ 20 de faveur	:: 30

Dans le concours actuel, les candidats m'ont bien l'air d'avoir reconnu la justesse de cette proportion, aussi ont-ils mis en campagne parents, amis, adhérents, protecteurs qui vont, viennent s'agitent, et si bien, que les pauvres juges ne savent plus à qui entendre. C'est l'histoire ordinaire de tous les concours; mais celui-ci présente quelque chose de particulier et de dramatique : dramatique est bien le mot, comme on va voir. Un des juges est lié par liens d'étroite parenté avec l'auteur dramatique le plus fécond qui jamais ait vécu. On sent tout ce qu'une pareille protection peut avoir d'influence ; aussi est-ce parmi certains candidats une émulation extrême, à qui pourra l'utiliser à son profit. L'auteur dont je parle est accablé de sollicitations; nous y perdrons au moins un opéra-comique et deux ou trois vaudevilles. Le monde théâtral est en émoi pour ce concours du Bureau central, tel candidat s'est fait recommander par une charmante ingénue de vaudeville, tel autre par une jolie gazouilleuse d'opéra-comique, celui-ci a eu recours au ténor, celui-là au père noble ; il en est un qui, à défaut d'autre protecteur, a imploré jusqu'au souffleur du Gymnase :

> Et le souffleur oyant cela
> Croyant encore souffler, siffla.

Tant y a que c'est une grande question dans ce moment de savoir qui l'emportera ou du Grand-Opéra, ou du Théâtre-Français, ou de l'Opéra Comique, ou du Vaudeville; car les candidats dont je parle ont des protecteurs ou des protectrices dans chacun de ces théâtres. — Intéressez vous à mon protégé, dit l'ingénue, c'est un jeune homme charmant et qui polke à ravir. — Parlez pour mon candidat, dit le père noble, c'est une intelligence distinguée qui, dans les salons, a donné la réplique à Rachel d'une façon brillante. — Prenez nous ouïs, dit Laguegeole, il cultive le calembour et le couplet d'une façon chicarde. Ecoutez cette pointe sur un de ses compétiteurs :

> Dans la leçon que si fort vous vantez,
> Qu'a dit X...... à son docte auditoire?
> Parla-t-il de pratique ou de dogme, ou d'histoire?
> Non mon cher, il parla du nez.

Cette pointe a pénétré jusqu'à la rate de l'auteur en question; il a ri, et il s'en souviendra probablement dans quelque couplet d'un prochain vaudeville.

Les extrêmes se touchent, et surtout à un concours. Pendant que quelques candidats fréquentent les coulisses et les boudoirs de ces dames qui sentent le fagot, on en voit d'autres courir les sacristies et les saints lieux, ne hanter que de pieux personnages, ne solliciter que de religieuses et mystiques recommandations, et tous parfumés de l'encens des saints temples, provoquer des neuvaines en l'honneur du Sacré-Cœur de Marie. Ceci est historique, je pourrais dire la chapelle, le couvent, les religieuses et les prêtres où, quand, par qui et pour qui a été faite une neuvaine en faveur d'une candidature. Et comme le miracle ne réussit pas une première fois, je ne jurerais pas que les intercessions à la Vierge ne durassent encore.

L'intrigue, on doit le voir, est ma bête noire et, de quelque manteau qu'elle s'affuble, elle m'inspire une égale aversion. Dans ma petite sphère d'action, je la signale partout où je la vois; mais si Dieu m'avait donné puissance et génie je provoquerais contre l'intrigue un armement général, je rallierais autour de moi tous les cœurs honnêtes, purs et sincères, et je leur dirais : Ecrasons l'infâme, cette infâme intrigue qui ternit, flétrit et affaisse les plus belles facultés, les sentiments les plus nobles, qui remplace le talent par l'adresse, le courage par la ruse, la loyauté et la franchise par ce quelque chose d'odieux et d'infernal qu'on décore du nom d'habileté. Ce qui doit indigner surtout, c'est de voir l'intrigue s'exercer par et autour de jeunes hommes jusque dans les concours de l'internat et apprendre ainsi à cet âge et dès les premiers pas dans la vie sérieuse, à cet âge où tout devrait être loyal et généreux, que les moyens honnêtes et moraux ne suffisent pas pour le succès. Mais, je le dis avec conviction, les plus coupables ne sont pas les intrigants ; ce sont les intrigués, ceux qui ne ferment pas austèrement leur porte à toutes ces sollicitations indignes et immorales qui grossissent tous les jours. Quand il n'y aura plus de corruptibles, il n'y aura plus de corrupteurs, et si, à Paris, cinq ou six juges de concours seulement voulaient donner l'exemple, c'en serait bientôt fait de cette vilaine et perfide bête qu'on appelle l'intrigue. Ecrasons l'infâme, mes amis!

— J'ai vu les sauvages ioways, ils sont charmants; ils m'ont l'air de très braves gens, méritant très peu l'atroce réputation qu'on leur a faite à l'endroit de la scalpe et de l'anthropophagie. Mais leur musique est abominable; cet art n'est pas en progrès dans les montagne

voix de la famille médicale ? Jamais et nulle part. Souffrance et égoïsme, isolement et faiblesse, voilà jusqu'ici quel a été notre lot. Seules, de temps à autre, quelques sentinelles avancées de la presse poussaient le cri d'alarme ; quelques voix généreuses leur répondaient, mais c'était tout, et nous retombions aussitôt dans notre inertie et dans notre découragement.

Aujourd'hui le feu sacré du dévouement semble se rallumer. Les nombreuses sociétés de médecine de Paris luttent de zèle et d'empressement pour féconder l'idée d'un congrès médical, heureusement éclose dans ce journal. Nous ne doutons pas que les Sociétés de province et les médecins épars, car nous avons reçu déjà grand nombre d'adhésions individuelles, ne répondent à l'appel qui va leur être adressé par les hommes honorables qui se mettent à la tête de ce grand mouvement, autour d'eux vont se grouper des hommes jeunes, actifs et intelligents qui prêteront leur concours à la commission organisatrice, et toute cette animation doit remplir de joie et d'espérance les partisans sincères et dévoués d'une réforme si urgente.

Oui, nous n'avons qu'à le vouloir avec un peu d'énergie, avec ensemble et constance, et nous obtiendrons cette réforme si désirable et depuis si longtemps attendue. L'institution d'un congrès médical nous paraît plus que tout autre moyen, propre à hâter le moment de cette réforme. Il n'est pas possible que le gouvernement reste plus longtemps indifférent à nos souffrances quand il en connaîtra l'expression unanime, il n'est pas possible qu'il n'entende pas nos désirs et nos vœux formulés avec le calme et la dignité de la raison et du bon droit. Les discussions solennelles d'un congrès imposant par le nombre de ses membres et plus encore par leurs lumières, discussions reproduites par la presse médicale, ces grands débats où prendront part nos confrères de toutes les provinces, ces séances dans lesquelles notre grande corporation se trouvera affectueusement réunie, où à côté des célébrités médicales parisiennes nous verrons les célébrités des départements, les Bretonneau de Tours, les Barbier d'Amiens, les Viguerie de Toulouse, les Chauffard d'Avignon, les Gintrac de Bordeaux, les Cauvière de Marseille, les Goyrand d'Aix, les Guépin de Nantes, les Pointe de Lyon, les Ranque d'Orléans, les Flaubert de Rouen et tant d'autres renommées départementales qui sont l'honneur et la gloire de notre profession ; ces réunions où les professeurs de Montpellier et de Strasbourg pourront venir plaider la cause de leurs élèves et exposer les besoins de leur enseignement ; ces meetings où le plus humble praticien de village pourra porter ses idées et ses vues à l'égal des plus éminentes renommées de notre ordre ; oui, c'est notre conviction, ce spectacle peut avoir sa grandeur, peut porter surtout son enseignement et conduire au but que nous désirons tous.

Le pouvoir y apprendra ce que certainement il ignore et ce dont par nul autre moyen il ne peut avoir connaissance ; il y trouvera l'occasion de mettre à profit ses bonnes intentions à notre égard, intentions qui à leur sincérité pourront joindre une connaissance suffisante de la matière.

Ceux qui avec un empressement louable, ont voulu profiter de ces bonnes dispositions du ministre pour porter aux Chambres un projet de loi qui ne pouvait avoir l'assentiment général, trouveront l'occasion aussi de développer leurs idées et de les modifier peut-être par la discussion.

Car, il nous semble important de le dire d'avance, le congrès ne doit inquiéter personne, ne porter ombrage à personne, il ne peut, ne doit être un acte d'opposition contre qui que ce soit. Nous devons tous nous y présenter animés d'un même esprit d'union et de concorde, avec l'intention sincère de faire renaître parmi nous l'esprit d'association et de confraternité, avec dévouement pour l'amélioration de tous. Aussi, loin de voir ce congrès avec déplaisir et inquiétude, nous croyons que quelques confrères haut placés feraient acte d'esprit, de convenance et de bon sens en se plaçant à la tête du mouvement qui se prépare. Nul, à cette époque, et quelque puissant qu'il soit, ne peut avoir la prétention de lutter contre l'opinion publique. C'est un avis que nous donnons.

Le congrès est opportun; il sera utile; est il réalisable ? Oui, et c'est ce que nous prouverons dans un prochain article.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Névralgie sciatique. Plaie pénétrante de poitrine. Procidence du rectum.

Névralgie sciatique goutteuse. Guérison par l'application de sinapismes sur les points douloureux.

Le 30 janvier, le nommé M... (Arsène), âgé de quarante-quatre ans, tisserand, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 4, pour une névralgie sciatique qui dure depuis deux mois. Cet homme est grand, fort, maigre, bien développé. Il est affecté depuis dix ans d'une goutte de forme régulière et périodique, se fixant sur les petites articulations des pieds et des mains, et d'hémorrhoïdes revenant à peu près tous les mois avec régularité. Il n'a jamais eu de dyspepsie ou de colique néphrétique.

C'est pour la première fois qu'il est atteint de sciatique. Depuis deux mois il n'a pas discontinué de souffrir en arrière de la cuisse gauche, et il marche avec assez de peine; les douleurs sont exaspérées par les mouvements du membre, où il ressent des tiraillements douloureux quand il appuie le pied à terre. Les irradiations douloureuses sont nettement dessinées sur le trajet du nerf depuis sa sortie du bassin jusqu'au jarret. Il faut noter que les fluxions hémorrhoïdales et goutteuses n'ont pas été suspendues depuis le début de l'affection actuelle.

M. Malgaigne ordonne l'application de sinapismes sur le trajet douloureux. Après la première application, au bout d'une heure, déjà les douleurs deviennent beaucoup moins vives, sauf immédiatement au-dessous de l'échancrure, où le topique n'avait pas été placé.

Le deuxième jour, nouveau sinapisme large de quatre travers de doigts, dans toute la longueur de la cuisse, et qui amène encore une grande amélioration dans l'intensité des douleurs névralgiques.

Le troisième jour, un sinapisme est encore appliqué.

Le quatrième jour, il n'y a plus de douleurs, même à la pression, dans toute l'étendue du nerf sciatique; seulement le malade se plaint d'éprouver un peu de rigidité dans les tendons du jarret. — On lui donne un bain.

Le sixième jours, de nouvelles douleurs surviennent pendant la nuit, non plus en arrière de la cuisse, mais à la partie externe ne la jambe jusqu'au cou de pied. — Sinapisme sur tout le trajet de la douleur, qui disparaît et n'existe plus le lendemain.

Enfin, le huitième jour, la pression ne détermine aucun endolorissement dans les points où la névralgie sciatique est ordinairement le plus accessible; le malade pose le pied à terre et marche avec assez ee facilité, se plaignant néanmoins encore de quelques contractions involontaires dans les muscles, et de tiraillements dans les tendons du jarret. On ne lui donne sa sortie que quelques jours après, pour s'assurer que la névralgie a bien entièrement disparu.

Plaie pénétrante de poitrine. Emphysème sous-cutané. Pleuro-pneumonie consécutive. Guerison.

Le nommé D..., cordonnier, âgé de trente-six ans, est amené à l'hôpital Saint-Antoine le 10 février à onze heures du soir, ayant dans la région précordiale plusieurs plaies qu'il vient de se porter (cinq heures auparavant) avec un couteau.

Ces plaies, au nombre de quatre, situées en dedans du mamelon gauche, entre les quatrième et cinquième côtes, ont un centimètre et demi d'étendue ; deux sont transversales : ce sont les plus internes ; les deux autres sont verticalement dirigées, l'une a deux centimètres, l'autre à quatre centimètres en dedans du mamelon. Cette dernière seule est pénétrante. Il s'en échappe, dans les efforts de toux provoqués, quelques bulles d'air mêlées au sang vermeil qui s'écoule en nappe et en petite quantité ; et il y a déjà dans la peau, autour des lèvres de la plaie, jusque dans l'aisselle, une infiltration d'air assez marquée.

Une cicatrice résultant d'une plaie de même nature que D... s'était portée dix mois auparavant, se remarque un peu au-dessous de la pointe du cœur.

La région de la poitrine, siége de ces plaies, se présente sous la forme d'une tumeur assez circonscrite et arrondie, rouge, crépitant sous les doigts, peu douloureuse à la pression, mais dont la douleur s'éveille assez fortement par les mouvements convulsifs d'une toux sèche et fatigante. Les battements du cœur sont sensibles à la main ; on les entend parfaitement nets à la pointe de cet organe ; ils sont plus voilés à sa base. La percussion ne fait rien connaître d'anormal, si ce n'est une légère diminution de son au sommet, en avant et en arrière de la poitrine. Dans ces points, l'expansion pulmonaire ne s'entend pas, et est remplacée par un bruit de conque. Il n'y a pas de réaction fébrile. — Saignée du bras de 4 palettes ; 40 sangsues à la région précordiale.

Le 11 février, le malane a passé une bonne nuit ; il est fort calme, sans fièvre; la respiration n'est pas difficile ; il n'y a qu'un peu de toux sèche; l'emphysème a peu augmenté. On constate, par l'exploration de la poitrine, les mêmes signes que la veille. M. Piedagnel, qui se livre à l'examen du malade, fait remarquer l'existence du bruit de conque très prononcé qu'on entend au lieu de l'expansion respiratoire, dans plusieurs points du côté gauche de la poitrine, signe qui, suivant ce deruier médecin, caractérise une congestion pulmonaire. — Cataplasme sur la poitrine; hoisson gommeuse; diète.

Le 12 février, rien de nouveau ; sommeil la nuit ; respiration un peu fréquente et entrecoupée par la toux ; douleur à la région précordiale dans la grande inspiration ; décubitus sur le côté opposé ; résonnance normale de la poitrine; persistance du bruit de conque; absence de fièvre; appétit; constipation. — Julep gommeux diacodé ; tisanes héchiques; lavement laxatif ; une portion.

Les jours suivants le malade va bien et mange trois portions sans vin. Cependant la respiration n'est pas encore parfaitement libre; le bruit de conque n'a pas disparu ; l'emphysème persiste.

Le 18, la douleur sous le mamelon gauche devient tout d'un coup plus intense; la dyspnée augmente, ainsi que la toux, mais sans expectoration ; il y a un peu de matité et faiblesse du bruit respiratoire masqué par l'emphysème, en bas et en arrière de la base de la poitrine : on n'entend pas d'égophonie, ni de râle crépitant. — Vésicatoire.

Le 19, les symptômes d'une pleuro-pneumonie légère se manifestent. En outre des symptômes notés précédemment, il est survenu du mouvement fébrile, sans frisson initial, et une expectoration peu abondante de crachats vitrés et teints de sang ; enfin du ronchus crépitant dans une petite étendue de la partie inférieure du poumon. L'épanchement du liquide dans la cavité pleurale n'occupe d'abord qu'une très faible étendue, mais bientôt il augmente, tandis qu'en même temps les symptômes de l'inflammation du parenchyme pulmonaire s'effacent en grande partie. Le bruit de conque disparaît; l'enphysème sous-cutané commence à se dissiper ; la plaie de la région précordiale est entièrement cicatrisée; il n'y a aucun épanchement d'air dans la cavité de la plèvre. — 10 sangsues sur le point douloureux; vésicatoire en arrière de la poitrine ; julep kermétisé, 0,3.

Le 24, l'épanchement disparaît à son tour, mais le mouvement fébrile continue avec la dyspnée ; l'oppression augmente; il y a du souffle bronchique plus caractérisé, des crachats colorés en jaune, de l'anorexie ; soif, malaise, insomnie. — Saignée de 3 palettes ; potion avec 09,30 de tartre stibié, et 15 grammes de sirop ; 3 pots de tisane de gomme sucrée.

Les 25 et 26, même état. — Nouvelle saignée du bras; même dose de tartre stibié.

Les jours suivants, le tartre stibié est porté à 0,50. La pneumonie entre franchement en résolution ; la respiration se fait de mieux en mieux dans toute la poitrine; il reste cependant un peu de douleur dans la région précordiale, dans les brusques mouvements respiratoires. Le malade est parfailement rétabli dans les premiers jours du mois de mars. Cependant il a été gardé assez longtemps encore, en cas de récidive. Il est sorti en très bon état.

Procidence du rectum. Excision des plis de l'anus et cautérisation. Guérison.

La nommée Marie G..., âgée de quarante-sept ans, entre le 12 mars dernier, salle Sainte-Marthe, n° 10, se plaignant de douleurs dans la région des reins, avec pesanteur au fondement, et d'un écoulement involontaire des matières fécales, lorsqu'elle se tient debout un peu longtemps.

Elle est encore réglée, et exerce la profession de coutu-

Rocheuses, c'est certain. J'en dirai autant de la mimique et de la danse ; et comme, les luxueux qu'ils sont, ils mêlent ces trois arts dans leurs divertissements, l'ensemble produit un triple effet disgracieux, pénible et en somme fort peu divertissant. Celui de ces sauvages qui m'intéressait le plus, ce n'était ni le *nuage blanc*, ni la *pluie qui marche*, ni le *petit loup*, mais bien *se-bon-ty yah*, ce qui se prononce les *pieds ampoulés*, et ce qui veut dire grand médecin et sorcier. J'ai confraternellement serré la main de ce confrère, ce qui ne m'a pas rendu sorcier, mais ce qui a paru faire grand plaisir à ce brave médecin des sauvages. J'aurais bien voulu converser avec lui de notre science et de notre art ; mais, des langues européennes, il ne connaît que cette exclamation : *ah*, ou *ha*, ou *hah*, et cela m'a paru insuffisant pour entamer une dissertation de philosophie médicale.

— A propos de médecins-sorciers, je signalerai un livre intéressant récemment publié par M. Furnari, sous le titre de *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*. J'y ai lu avec beaucoup d'intérêt le chapitre relatif à la médecine et aux médecins chez les Arabes actuels. Il est curieux de voir à quel degré d'infimité sont tombés à cet égard les descendants des Rhazès, des Avicenne et des Aboul-Cassen. Les médecins sont nombreux en Afrique, et il y en a de plusieurs espèces. Les marabouts d'abord qui forment la première classe. « Médecins par droit divin, la science leur est encore plus inutile qu'aux autres pour obtenir du crédit sur les populations fanatiques. En cumulant les deux professions, les marabouts ne laissent pas de réaliser des bénéfices que la seule médecine de l'âme ne leur rapporterait pas. »

Vient ensuite le *thébib*, médecin par droit de légitimité, « car le plus souvent il a hérité de ses pères sa profession, sa clientèle, ses méthodes de traitement et ses procédés opératoires.... En général, les thébib n'ont que des connaissances théoriques confuses et bornées sur l'anatomie et la physiologie ; ils confondent sous le même nom, *aroug*, les vaisseaux vasculaires et les nerfs, les muscles et les tendons. Quelques thébib maures possèdent la traduction espagnole de Dioscoride ; mais ils s'amusent plutôt à regarder les planches qu'à méditer le texte. On voit également des livres d'anatomie et de physiologie avec planches explicatives ; ces planches sont très grossières ; l'ostéologie est la seule chose reconnaissable ; la circulation du sang ou plutôt l'enlacement des divers vaisseaux y est *magiquement* représentée. Ces livres, qui n'apprennent rien à ceux qui les consultent, agissent merveilleusement sur l'imagination des malades ; aussi quand un malade vient consulter un taleb ou un marabout, ceux-ci ouvrent un grand livre, ordinairement rongé par les vers, et le malade est déjà à moitié guéri, car il a beaucoup de confiance dans ce qui est écrit, et pour lui, ce qui est écrit vient de Dieu. »

Il y a encore le barbier, guérisseur de troisième ordre, la *kaqla*, ou sage-femme, le *mdaoui*, ou possesseur de remèdes secrets ; le sécrétiste juif, le *çana*, instrumentateur ou bandagiste, qui cumule en même temps la profession de vétérinaire ; « et enfin, comme si la liste des charlatans indigènes n'était pas assez riche, il faut y ajouter la plupart des renégats européens et des déserteurs de notre armée, qui, abusant de l'ignorance et de la crédulité des peuplades nomades, se disent thébib, et leur administrent des poudres inertes et des pierres pilées pour guérir une foule de maux. »

Voulez-vous prendre une idée de la matière médicale de ces médecins divers, écoutez encore M. Furnari : « Les défenses d'un sanglier, réduites en poudre et prises dans un breuvage, guérissent la fièvra. Le cerveau du chacal donne à l'enfant qui en a mangé la méfiance et la ruse nécessaires à un guerrier maraudeur. Les frictions de la corne de bœuf calcinée et *vinaigrée* guérissent la lèpre. Le fiel de la vache noire est un prophylactique contre les ophthalmies. Le scorpion écrasé et appliqué sur une plaie guérit de sa propre piqûre. La chair de lion fortifie le corps et guérit la paralysie. La corne de sabot d'âne réduite en cendres serait un bon remède contre les affections strumeuses. Les chairs de pie, d'hirondelle, d'oie, de vipère et d'oiseaux de proie auraient la propriété de *fortifier* et d'éclaircir la vue. La tête de l'hyène rend fou l'homme à qui on en fait prendre en aliments, et lancée au milieu d'un troupeau, elle produit le vertige chez les bœufs, les moutons et les chevaux ; » etc., etc.

La lecture de ce livre, dont je regrette, mais ce n'est pas dans mes attributions, de pouvoir faire connaître de plus longs extraits, est fort intéressante et instructive. Malgré l'état de décadence dans lequel se trouve aujourd'hui la médecine arabe, M. Furnari est revenu d'Afrique avec l'intention d'étudier cette langue arabe si négligée par les médecins modernes, et dont la chaire du Collége de France, dans les premiers temps de sa fondation, fut successivement occupée par plusieurs générations de médecins. Il s'est mis à l'œuvre avec un grand courage, et son succès est assez rapide pour que la science espère de ses efforts une bonne traduction ou quelque belle trouvaille dans les riches manuscrits arabes que renferment nos bibliothèques. Les amis des sciences ne peuvent qu'encourager un zèle si louable et qui affaiblira, au moins pour ce qui concerne M. Furnari, le reproche d'étroitesse de vue, d'instruction générale insuffisante, adressée aux médecins qui cultivent la spécialité.

— La dernière séance de l'Académie de médecine s'est passée sans discussion, et ne me donne par conséquent aucun motif de continuer ma petite revue des orateurs qui florissent dans cette enceinte. MM. Gerdy, Rochoux et Moreaux ont bien pris la parole, mais pour si peu de chose que ce serait taquinerie de ma part de ne pas attendre une occasion meilleure. Je les retrouverai, soyez-en sûr, et bientôt, car des langues académiciennes je n'en connais pas qui aient plus en horreur le repos et le silence.

Jean RAIMOND.

rière. Malgré se travaux sédentaires, elle n'a jamais été affectée de constipation, ni d'hémorrhoïdes, ni d'abaissement de la matrice. Elle attribue les symptômes qu'elle éprouve aujourd'hui aux fatigues nombreuses qu'elle a supportées il y a trois ans, pendant tout l'hiver, pour soigner et veiller une personne malade; du moins, c'est à la suite de ces fatigues qu'elle a commencé à s'apercevoir de l'écoulement, peut marqué du reste, de matières fécales liquides quand elle marchait; cela n'arrivait jamais lorsqu'elle était assise. En même temps, la muqueuse rectale sortait au-dehors sous forme de bourrelet, dans les efforts pour aller à la garderobe, sans qu'elle éprouvât de douleur ou perdît de sang au passage des matières. Ce bourrelet rentrait spontanément chaque fois. Ce relâchement augmentant peu à peu, la femme G... se vit obligée, il y a un an, de réclamer les soins d'un médecin. D'après les renseignements qu'elle nous donne à ce sujet, il paraît qu'après une petite incision pratiquée à l'anus, on lui a fait porter des mèches, en même temps qu'on lui faisait prendre des lavements et des pilules purgatives. Ce traitement ne procura que peu ou même point d'amélioration. Après cela, elle entra dans divers services de chirurgie à la Pitié et à la Charité, où on lui fit appliquer des sangsues et des ventouses scarifiées sur les lombes, à plusieurs reprises, et prendre des quarts de lavement au ratanhia; mais il ne paraît point que l'on ait combattu directement la procidence de l'intestin, qui, du reste, ne se montrait que dans les efforts d'expulsion des matières fécales, et sur laquelle cette malade n'attirait pas suffisamment l'attention. Elle sortit donc dans le même état, et peu après elle fut adressée à M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Antoine.

A son entrée, elle se plaignait surtout, comme il a été eit, de douleurs dans les reins, avec écoulement involontaire des matières fécales et pesanteur à l'anus; mais en l'examinant aussitôt, il fut facile de reconnaître que ces symptômes appartenaient à une chute du rectum qui s'opérait par les efforts que l'on faisait faire à cette malade. Au premier effort un peu soutenu, il sortit par l'anus une tumeur de forme cylindrique, d'une coloration rougeâtre, d'un aspect muqueux, présentant plusieurs circulaires, terminée par une fente dirigée d'avant en arrière, et dont les bords étaient un peu écartés. Cette tumeur, formée évidemment par la procidence de la muqueuse intestinale, se produisait de la longueur de 3 à 4 centimètres environ; elle rentrait aussitôt que les efforts discontinuaient, et avec la plus grande facilité.

Dès les premiers temps de son séjour à l'hôpital, cette femme vit venir ses règles, qui parurent comme d'habitude; après leur cessation, deux bains entiers lui furent prescrits, et le 27 mars, l'opération fut pratiquée par M. Malgaigne, suivant la modification qu'il a apportée au procédé de Dupuytren. La muqueuse étant sortie, et celle-ci pincée sur les bords de l'anus au moyen des deux dents d'airignes d'une pince à disséquer, quatre excisions furent pratiquées avec des ciseaux courbes immédiatement au-dessus du sphincter; une d'entre elles donna lieu à un peu d'écoulement sanguin. M. Malgaigne termina l'opération par l'application rapide du cautère actuel à l'entrée de l'anus.

La malade n'éprouvait plus de douleurs un moment après la cautérisation. Toute la journée fut sans accident. Le lendemain, on lui donne des œufs et des potages au riz pour aliments. Le quatrième jour, elle n'a pas encore eu de selles, et elle sent quelques coliques; on lui administre un lavement huileux, qui lui facilite l'expulsion des garderobes; elle a éprouvé un peu de douleur à leur passage, mais la muqueuse n'est nullement sortie au dehors. Huit jours après l'opération, la malade marchait et se tenait longtemps debout, sans perdre par l'anus; les selles étaient naturelles, l'intestin ne s'échappait nullement dans la défécation.

Elle sort peu de temps après parfaitement guérie. J. D.

HOTEL-DIEU. — M. Chassaignac.

Gangrène de l'S iliaque du colon par étranglement d'une hernie inguinale.

Le nommé Morel (Simon-Antoine), menuisier, âgé de soixante dix ans, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le dimanche 23 février. Au moment de son entrée, on s'aperçut de suite qu'il portait deux tumeurs que l'on prit pour deux hernies inguinales; celle du côté droit était peu volumineuse, indolente, sans dureté ni gonflement extrêmes. L'autre était beaucoup plus considérable, quant à son volume; elle était douloureuse au toucher, dure, surtout dans le point le plus rapproché du sac; la peau correspondant à la tumeur offrait une coloration d'un rouge un peu violacé.

Le malade, interrogé avec le plus grand soin, déclara que sa double hernie, habituellement maintenue par un bandage, n'était nullement douloureuse, et rentrait facilement quand par hasard elle était sortie pendant la suppression momentanée du bandage. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, celle du côté gauche sortit, et le malade ne put, malgré tous ses efforts, faire rentrer la tumeur.

Le matin du 23 février, il fut pris de coliques violentes, d'une très vive douleur à l'hypogastre et de vomissements. Néanmoins les selles ne furent pas interrompues, et les matières vomies n'exhalaient point l'odeur excrémentitielle.

Une partie de ces accidents pouvait être attribuée à un étranglement herniaire; aussi s'efforça-t-on d'opérer la réduction de la tumeur. Un taxis méthodique et prolongé fut essayé à diverses reprises, mais sans succès et sans la moindre diminution dans le volume de la tumeur. Le malade fut alors placé dans un bain tiède pendant une heure, puis reporté dans son lit; la partie douloureuse fut couverte de cataplasmes. Sous l'influence de ces moyens, elle se ramollit notablement et à tel point que, dans la soirée, de nouvelles tentatives de taxis furent couronnées enfin de succès, et qu'il fut possible de faire rentrer la hernie, bien qu'avec de vives douleurs.

Loin de cesser après la réduction, les accidents parurent au contraire s'aggraver considérablement; le malade continua à vomir à des intervalles plus rapprochés, et les douleurs devinrent de plus en plus intenses. Les matières vomies étaient verdâtres, puis noirâtres, et devenaient de plus en plus semblables aux matières fécales que rendait le malade. Les selles devinrent nombreuses, formées de matières noires très liquides, et dans lesquelles on découvrit à plusieurs reprises un mélange intime de sang liquide qui leur communiquait une teinte roussâtre. Ce symptôme de déjections alvines abondantes, écartant désormais toute idée d'un étranglement herniaire, on porta pour diagnostic: *Gangrène de l'intestin.*

Le ventre était dur, fortement contracté, très sensible au moindre contact. Les douleurs étaient plus vives dans le point correspondant à la hernie que l'on venait de réduire, que dans tout autre point des parois abdominales. Dans la crainte qu'il ne se développât une péritonite partielle, une application de sangsues fut faite sur le point douloureux, puis des cataplasmes émollients furent continués, et l'on prescrivit la potion anti-émétique de Rivière.

Sous l'influence de cette thérapeutique, les vomissements parurent se calmer pendant la nuit du 23 au 24 février; mais les selles continuèrent nombreuses et fétides, sans odeur gangréneuse bien distincte cependant.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, persistance des mêmes phénomènes; vomissements nombreux et abondants, n'exhalant aucune odeur gangréneuse; même fétidité des selles, toujours liquides, noirâtres; douleurs extrêmement violentes; le malade se plaint continuellement; abattement et sentiment de faiblesse extrême. — Bain; cataplasmes émollients; gomme sucrée; diète.

Le 25 février, les vomissements continuent; douleurs excessives quand on veut palper l'abdomen; intelligence obtuse, face grippée; les yeux sont enfoncés dans l'orbite; la respiration était gênée, anxieuse; tout annonçait une fin prochaine. Le malade succomba en effet dans la soirée.

Autopsie 36 heures après la mort.

L'ouverture du corps fit constater les dispositions les plus curieuses et les plus inattendues que nous allons décrire.

Du côté droit, où l'on avait senti une petite tumeur que, d'après son aspect, sa consistance et les dires du malade, on avait prise pour une hernie, on trouva un paquet graisseux, lobulé, ressemblant à une masse épiploïque, et placée au devant de l'anneau inguinal. L'anneau lui-même, de ce côté, était complétement obturé en avant. A l'orifice interne du canal inguinal, on ne trouva plus que les vestiges d'une ouverture traversée de part en part, et comme cloisonnée dans toute son étendue par des fibres transversales, adhérences anciennes bien organisées, et appartenant au péritoine.

Cette disposition fit présumer à M. Chassaignac qu'à une époque assez reculée le malade avait été affecté d'une épiplocèle du côté droit; qu'il portait habituellement un bandage sur sa hernie mal réduite, et que par suite de la pression continuelle du bandage, l'oblitération de l'anneau par des fausses membranes organisables était survenue, en même temps que l'atrophie du pédicule de la tumeur épiploïque. Dès lors, la portion étranglée d'épiploon, restée au dehors, apparaissait comme une tumeur graisseuse parfaitement indépendante.

Du côté gauche, le canal inguinal était large, dilaté, traversé par un sac herniaire volumineux; la portion de la membrane séreuse péritonéale qui tapissait le sac était rouge, injectée. Du reste, on ne trouva aucune trace d'inflammation dans la cavité abdominale. L'intestin qui probablement avait formé la hernie, celui du moins qui se trouvait immédiatement au-devant de l'ouverture supérieure du canal inguinal, était l'S iliaque du colon. Cette portion du gros intestin présentait à la partie supérieure et postérieure une tache gangréneuse, blanchâtre, de la largeur d'une pièce de deux francs. A sa partie inférieure une portion de l'intestin, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres, présentait de profondes altérations, un amincissement considérable, une couleur grisâtre, à bords bien nettement tranchés, et se détachant sans transition sur la couleur noire qu'offrait le reste de l'intestin. Les parties gangrénées étaient encore fortement adhérentes aux portions saines; la vie y était suspendue; mais on n'y voyait encore aucun commencement de travail éliminatoire.

La gangrène paraissait avoir envahi les parois intestinales de dedans en dehors; car la muqueuse était complétement mortifiée, tandis que la séreuse avait à peine changé de couleur. Le gros intestin offrait dans deux ou trois points des rétrécissements considérables dus au gonflement de sa membrane muqueuse, dont les replis faisaient à l'intérieur une saillie semblable à des bourrelets. L'épaisseur des tuniques était de plus d'un demi centimètre; le tissu en était induré et hypertrophié à la fois. La muqueuse de l'intestin grêle était aussi légèrement hypertrophiée; tout l'intérieur de l'intestin était rempli de matières liquides et noires, semblables à celles que le malade rendait par les selles.

— Le fait que nous venons de rapporter offre de l'intérêt sous plus d'un rapport. Nous allons examiner brièvement les quelques points qui nous paraissent devoir fixer l'attention.

Et d'abord, la présence de l'S iliaque du colon dans les cas de hernie inguinale n'est pas un fait fréquent. Dans un bien plus grand nombre de cas, elle est formée par l'intestin grêle, puis par l'épiploon, enfin par l'arc du colon. Sans être d'une excessive rareté, les observations de hernies inguinales formées par cette portion du gros intestin sont assez peu communes, pour que les auteurs qui en rencontrent des exemples croient devoir les mentionner. Du reste, sous le rapport de la symptomatologie, elle ne présente rien de particulier, ni qui la distingue des autres hernies inguinales. Nous rappellerons cependant, en passant, un signe indiqué par M. Bérard aîné. Ce chirurgien présenta en 1827 à la Société anatomique une observation de hernie inguinale étranglée, contenant l'S iliaque du colon, et donna comme signe presque pathognomonique de l'étranglement de cette partie du canal intestinal, l'impossibilité d'introduire dans le rectum plus de quelques onces de liquide, ajoutant qu'il ignorait si ce signe avait déjà été indiqué par les auteurs qui se sont le plus spécialement occupés de la symptomatologie des hernies. Ce fait est consigné dans les Bulletins de la Société anatomique, 1827, page 56.

Quant à la gangrène qui survint dans la portion intestinale qui avait été comprise dans la hernie, il est hors de doute qu'elle ait été déterminée par la compression que l'étranglement lui a fait subir pendant les trois jours que le malade est resté sans que la réduction pût en être opérée. Il n'est pas nécessaire pour que la gangrène ait lieu, que la réduction soit tout à fait impossible. Il suffit que l'anse intestinale ait été comprimée pendant un temps assez long pour que la circulation y ait été empêchée par cette compression; si plus tard l'étranglement cesse, si la hernie est réduite, l'effet étant produit, on constatera la mortification gangréneuse par l'examen anatomique des parties, C'est ce qui est arrivé dans ce cas. Pendant la vie, sous l'influence du traitement antiphlogistique, la réduction de la tumeur devint possible. L'absence des matières fécales dans les matières rejetées par le vomissement, l'odeur non excrémentitielle de ces matières, et plus encore la persistance des selles qui, même, étaient abondantes, prouvaient encore d'une manière plus incontestable que l'étranglement n'existait plus. Mais la compression avait été tellement forte et si longtemps prolongée, que la muqueuse intestinale était sphacélée; la mortification gangréneuse commençait à s'étendre aux tuniques externes, qui présentaient des traces non douteuses de l'altération. D'après l'intensité des désordres, M. Chassaignac fut porté à penser que la mortification gangréneuse avait dû commencer par les tuniques internes, sur lesquelles elle était beaucoup plus avancée.

Une disposition curieuse et sur laquelle nous devons insister, est celle qui fut rencontrée dans la région inguinale du côté droit. On trouva, avons nous dit, un petit paquet graisseux, lobulé, ressemblant beaucoup à de l'épiploon et placé au-devant de l'anneau inguinal, qui était obturé et cloisonné par des fibres transversales parfaitement organisées. Cette circonstance fit voir que le malade en avait imposé au chirurgien en prétendant que cette tumeur rentrait et pouvait être maintenue par un bandage. La grosseur dont nous parlons était peu volumineuse, comme lobulée, et présentait l'aspect d'une masse épiploïque. M. Chassaignac fut porté à penser que, à une époque éloignée, le malade avait présenté une épiplocèle; que, par des circonstances particulières, la masse graisseuse n'avait pu rentrer en entier, et que peu à peu la portion comprise dans la longueur du canal inguinal s'était atrophiée par suite de la compression, s'était réduite à un même pédicule, tandis que l'anneau et le canal s'oblitéraient sous l'influence du bandage herniaire que portait le malade. Peut être le bandage avait-il été appliqué sur la hernie incomplétement réduite, et cette circonstance constituait-elle la seule particularité du cas.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, s'il en a été ainsi, la masse épiploïque n'aura pas été comprimée subitement et tout d'un coup, mais progressivement. Une compression subite et complète aurait déterminé un étranglement dont la conséquence infaillible eût été la gangrène. Les cas de ce genre, sans être très communs, ne sont cependant pas sans exemple; le docteur Macferlane, auquel on doit un excellent mémoire sur la hernie épiploïque, a décrit les causes principales desquelles peut être le résultat l'irréductibilité de la hernie épiploïque. Le passage suivant, que nous croyons devoir extraire de ce travail, vient à l'appui de l'opinion de M. Chassaignac dans le cas actuel.

Au nombre des causes qui peuvent produire l'irréductibilité de l'épiploon, on doit mentionner l'accroissement de volume déterminé dans cet organe par suite de l'engorgement de ses vaisseaux. Lorsque l'ouverture qui livre passage à la hernie, sans être assez étroite pour déterminer l'étranglement, l'est cependant assez pour exercer sur l'épiploon un certain degré de pression le tissu lâche et cellulaire de l'épiploon s'engorge à la longue et se tuméfie. La raison de ce phénomène morbide, c'est que le retour du sang veineux est empêché ou du moins considérablement gêné dans ce tissu, tandis que le sang y arrive librement par les artères.

Cet état de l'épiploon peut persister pendant bien longtemps sans qu'il se produise aucun changement manifeste dans la structure de l'épiploon ou dans ses rapports avec les parties voisines. Toutefois, au bout d'un certain temps, soit par suite de la constriction prolongée exercée sur les parties, soit par suite d'une violence extérieure, la portion d'épiploon comprise dans la hernie commence à contracter des adhérences, s'altère dans sa texture ou bien il se fait dans le sac herniaire un épanchement de sérosité.

La partie de l'épiploon qui passe à travers le collet du sac peut se transformer fréquemment en un cordon lisse et dur, tandis que la portion qui reste dans le sac demeure susceptible d'être étalée. C'est là, d'après Pott, l'obstacle le plus fréquent à la réduction de l'épiplocele Le pédicule resserré qui se forme par suite de la pression qu'exerce l'ouverture herniaire et l'état noueux de l'épiploon renfermé dans le sac, doivent rendre la réduction toujours difficile et souvent impraticable.

Le retour de l'épiploon déplacé peut être empêché par suite d'un accroissement de volume qui le rend disproportionné au diamètre de l'ouverture à travers laquelle il doit passer. Bien que l'épiploon puisse rester dans un sac herniaire pendant des mois et même pendant des années sans changer de texture n

d'aspect, cependant la position anormale dans laquelle il se trouve, la pression et les contusions auxquelles il est exposé de la part des objets extérieurs, la gêne prolongée de sa circulation veineuse, et, plus encore que tout cela, les retours fréquents d'inflammation auxquels il est exposé, le convertissent peu à peu en une masse dure, épaisse et irrégulière, qui perd tous les caractères que présente l'épiploon dans son état normal. M. Macferlane a rapporté un cas de ce genre, relatif à une épiplocèle irréductible depuis quinze ans.

L'induration des parties malades est quelquefois telle, que celles-ci ressemblent au tissu squirrheux. L'induration peut être ou n'être pas accompagnée d'adhérences de l'épiploon avec le sac herniaire.

Enfin, une dernière cause d'irréductibilité de l'épiplocèle, consiste dans l'inflammation graisseuse de l'épiploon, sans qu'il y ait aucune autre altération morbide. Cet état graisseux anormal de l'épiploon peut survenir d'une manière tout à fait indépendante. Quand il tient à un état d'obésité générale, il arrive quelquefois que, si une cause quelconque fait maigrir le malade, la tumeur diminue, la graisse que renferme la hernie se trouvant activement et rapidement résorbée.

Telle était, dans le cas actuel et suivant M. Chassaignac, la nature de la tumeur inguinale droite, qui consiste, comme nous l'avons dit, en une portion non réduite de l'épiploon. Cependant, nous devons mentionner, avant de passer outre, la possibilité d'une tumeur graisseuse d'un aspect analogue, située sur le cordon spermatique, et pouvant être prise pour une épiplocèle, suivant Boyer. Ces tumeurs se développent le plus souvent dans le tissu cellulaire du périnée, aux environs de l'anneau inguinal, par lequel elles s'échappent. Pelletan, dans sa Clinique chirurgicale, a rapporté plusieurs exemples de cette espèce, qu'il désignait sous le nom de hernies graisseuses. Le diagnostic différentiel de l'épiplocèle et de la tumeur graisseuse est sans importance, la conduite du chirurgien devant être la même dans les deux cas. Du reste, quoique contraires à l'état naturel, les tumeurs graisseuses du péritoine ne donnant lieu à aucun accident, peuvent à peine être considérées comme une maladie. X.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 21 mai 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, dont la rédaction est mise aux voix et adoptée.

— *M. Guersant* présente à la Société un enfant de deux ans qui porte dans le grand angle de l'œil et sur le côté gauche du dos du nez une tumeur allongée, aplatie, molle et pulsatile, mais sans changement bien manifeste de couleur à la peau qui la recouvre. D'après les renseignements pris par M. Guersant, cette tumeur date des premiers jours de la naissance de l'enfant, et plus vraisemblablement est congéniale. Ce chirurgien ajoute qu'elle augmente de volume depuis huit jours qu'elle est soumise à son observation; il demande, en la présentant à la Société, l'avis de ses collègues sur son diagnostic et son traitement. Diverses opinions sont successivement produites.

M. Robert trouve que cette tumeur présente de l'analogie avec celle que portait dans la même région un enfant montré il y a quelques mois à la Société par M. Huguier; pour lui donc, le malade que présente M. Guersant est comme celui qui fut alors présenté par M. Huguier, affecté d'une encéphalocèle congéniale.

M. Denonvilliers émet un avis différent, fondant son diagnostic: 1° sur l'absence du double mouvement de soulèvement qui appartient aux encéphalocèles; 2° sur l'impossibilité de réduire la tumeur; 3° sur l'absence d'accidents de coma que produirait la compression d'une hernie du cerveau. Il rejette l'idée émise par M. Robert, et croit plutôt qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile veineuse, mêlée de tissu fibreux. Il conseille, pour éclairer davantage le diagnostic de faire une ponction exploratrice dans la tumeur, et dans le cas où cette ponction confirmerait le diagnostic qu'il porte, il traiterait la tumeur érectile par l'application de plusieurs petits sétons, méthode qui a été employée avec succès par M. Bérard.

M. Maisonneuve est frappé du défaut de coloration que présente la tumeur, et qui cependant est un des caractères constants des tumeurs érectiles; il lui trouve aussi une consistance plus grande que celle qui appartient à ces mêmes tumeurs, aussi est-il porté à la croire fibreuse, et propose-t-il de l'enlever avec le bistouri si l'on se décide à y toucher.

M. Marjolin fils a examiné avec soin la tumeur du jeune enfant sujet de la discussion, et n'a pas été frappé comme M. Maisonneuve de l'absence de coloration de la peau qui la recouvre: il partage l'opinion émise par M. Denonvilliers sur sa nature érectile; mais il croit qu'au lieu de chercher à l'enflammer par de petits sétons il vaudrait mieux en faire l'extirpation avec l'instrument tranchant. Il étaye son opinion de celle qu'il a recueillie de la bouche même des chirurgiens les plus éminents de l'Allemagne, qui considèrent l'extirpation des tumeurs érectiles en général comme sans danger et comme ne donnant jamais lieu à des hémorrhagies inquiétantes.

MM. Huguier, Danyau et *Bérard* donnent aussi leur opinion, et partagent l'avis émis par M. Denonvilliers sur la nature érectile de la tumeur et sur le traitement par les sétons multiples qu'il convient de lui appliquer.

— *M. Chassaignac* présente une jeune fille de dix-huit à vingt ans, qui porte sur l'arcade surcilière du côté droit une énorme tumeur de consistance osseuse, sans changement de couleur à la peau, sans douleur, et qui ne produit en se développant, qu'une exophthalmie très prononcée et une difformité grave de la face. Il demande l'avis de ses collègues sur la nature de cette tumeur et sur le traitement qu'elle réclame.

M. Huguier croit qu'il s'agit ici d'une maladie du sinus frontal, sans pouvoir dire d'avance si cette maladie est un polype, un abcès ou une collection d'hydatides. Il discute la question de savoir si une exostose soit locale, soit générale de l'os frontal pourrait se présenter avec les caractères de la tumeur soumise à l'examen de la Société et résout cette question par la négative. Il conseille donc tant comme moyen de diagnostic que comme moyen de traitement de faire une perforation du sinus frontal qu'on élargirait ensuite si la nature de la maladie l'exigeait.

M. Maisonneuve combat les opinions de M. Huguier; il ne croit pas à l'existence d'une tumeur quelconque renfermée dans le sinus frontal; car un liquide ou un polype qui auraient fait prendre à ce sinus un tel développement aussi considérable que celui qu'on lui trouve aujourd'hui auraient amenés ses parois, et cet amincissement se traduirait dans quelques points par l'existence de la crépitation particulière aux tumeurs contenues dans les os. Il ne croit pas non plus à l'impossibilité de rencontrer des exostoses circonscrites à l'os frontal; car il connaît un malade qui en porte un pareil depuis longtemps sur ces os. Il rejette donc l'idée d'une maladie du sinus, et se rattache à celle d'une tumeur soit osseuse, soit graduellement développée à la surface du frontal droit.

M. Bérard partage l'opinion de M. Maisonneuve. La tumeur existe, il est vrai, au niveau du sinus frontal droit; mais elle n'offre pas les caractères propres aux tumeurs des sinus. Il cite, à l'appui de son opinion, l'observation d'une femme de son service qui portait une pareille exostose au-devant de laquelle se trouvait un kyste, et qu'il opéra. La malade conserva son exostose.

M. Chassaignac expose le procédé opératoire qu'il se propose d'employer pour enlever cette tumeur osseuse.

M. Guersant est d'avis qu'il faut se borner dans ce cas à explorer la maladie pour établir un diagnostic certain: si, comme tout porte à le croire, on a affaire à une exostose du frontal, il croit qu'il est prudent de s'abstenir de toute opération sanglante.

Séance levée à cinq heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'altération du lait d'une nourrice à la suite d'une contrariété; observation recueillie par M. KRUMMACHER, chirurgien.

Une mère-nourrice, après s'être mise en colère à l'occasion d'un vol dont elle avait été victime, présenta le sein à son enfant âgé de huit mois. A ce moment, elle était encore tremblante par suite de l'émotion qu'elle venait d'éprouver. L'enfant refusa d'abord de prendre le sein; mais, forcé par le besoin il finit par teter. Bientôt après, il survint un vomissement, et le lait ingéré fut rejeté. Au bout de quelques heures, l'enfant teta l'autre sein, et, en peu de temps, on vit survenir de violentes convulsions qui ne tardèrent pas à être suivies de la mort.

Un traitement prompt et énergique fut vainement mis en usage; rien ne put conjurer la terminaison fatale.

Emploi du poivre long dans l'amaurose commençante; par M. le docteur BUTTERLEIN, de Schwiebus.

M. Butterlein, consulté par une jeune femme âgée de vingt-neuf ans, et chez laquelle il diagnostiqua un commencement d'amaurose, prescrivit l'emploi du poivre long tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, il commença l'administration de ce médicament par quinze centigrammes de la poudre chaque jour il alla en augmentant graduellement jusqu'à la dose de deux grammes. En même temps il fit instiller matin et soir entre les paupières quelques gouttes d'un infusé chargé de la même substance.

Après avoir continué ce traitement pendant cinq semaines, la malade se trouva complétement rétablie.

NOUVELLES.

Nous sommes heureux de signaler un nouvel exemple de l'esprit d'association qui, depuis quelque temps, se manifeste parmi les médecins, et que nous avons si souvent cherché à encourager. Les médecins de Besançon viennent de former une société dont le but est « de propager et de cultiver les connaissances relatives aux sciences médicales, et en même temps d'établir entre les hommes de l'art des rapports habituels qui leur soient profitables et resserrent les liens qui les unissent. » Nous recevons en même temps que cette nouvelle un exemplaire des statuts de la nouvelle Société, dont nous ne saurions trop approuver le bon esprit et les sages tendances. Nous prêtons avec plaisir à cette nouvelle Société comme nous l'avons fait aux autres, l'appui de notre influence et la publicité que nous n'avons jamais refusés aux louables efforts des hommes de progrès pour améliorer la position morale et matérielle des médecins en France.

— La Société de médecine de Besançon, propose un prix de 200 fr. soit en argent, soit en une médaille d'or de cette valeur, à décerner, s'il y a lieu, dans la séance de novembre 1846 « au meilleur relevé statistique des maladies observées, pendant le cours de l'année 1845, dans l'étendue de l'un des arrondissements administratifs du Doubs, de la Haute-Saône ou du Jura, accompagné de détails symptomatologiques et thérapeutiques, et suivi de considérations théoriques et pratiques déduites des faits observés. »

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 1er juillet 1846, terme de rigueur, à M. Tourner, secrétaire-général de la société. Ils ne seront point signés, mais revêtus d'une devise répétée sur un billet cacheté portant la signature et l'adresse de l'auteur.

Les membres résidants de la Société ne seront point admis au concours.

— A la suite de la démission d'un des membres de l'intendance sanitaire de Marseille, le corps tout entier a décidé qu'il résignerait les fonctions qui lui sont confiées. Cette délibération a été prise à la suite du rapport de sa commission nommée pour l'examen de l'ordonnance Duchâtel, et relative à la suppression ou du moins à la diminution de la durée des quarantaines pour les provenances de Tunis.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 JUIN 1845. (18e ANNEE.) N°. 69. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 11 JUIN 1845.

QUESTION DE JURISPRUDENCE MÉDICALE.

L'affaire de jurisprudence médicale dont les tribunaux de Bruxelles ont eu à s'occuper et qui a eu un si grand retentissement, se réduit à ceci, lorsqu'on l'envisage sous ses rapports les plus simples :

Dans un duel où la présence et l'intervention d'un médecin ont été réclamées, le médecin exerce-t-il un acte de son ministère ? Doit-il témoigner des faits qui ont été les préliminaires et qui ont constitué l'acte même du duel ? Le secret ne lui est-il pas imposé sur les faits relatifs à la blessure ?

Les circonstances qui ont donné lieu à la discussion de ces questions peuvent être rappelées en peu de mots. Les témoins d'un duel qui devait avoir lieu entre deux habitants de Bruxelles, réclamèrent la présence de M. le docteur Seutin en cas de blessure. Cet honorable confrère se rendit à cette invitation. Présent à tous les préliminaires, il assista au duel et fut par conséquent témoin de tout ce qui se passa avant, pendant et après. Les acteurs de cette rencontre furent cités devant les tribunaux ; M. Seutin fut appelé en témoignage, et, interpellé sur les faits dont il avait été témoin, il refusa de répondre à toutes les questions qui lui furent posées, se retranchant sur l'article 378 du Code pénal qui impose au médecin l'obligation du secret. Ce système triompha devant les premiers juges ; mais, sur l'appel du ministère public, l'affaire, portée devant une juridiction supérieure, reçut une solution différente, et M. Seutin fut condamné à l'amende comme ayant refusé son témoignage.

Il importe de donner ici le texte même de l'arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles, qui exposera mieux que de longs développements le caractère et la nature de cet incident judiciaire :

« Attendu que le comte Goblet d'Alviella, le baron d'Hooghworst, le vicomte Walckiers, le comte d'Ansembourg et le baron de Knyff, avouent l'existence du duel, objet des poursuites dirigées contre eux ;

» Attendu que de l'ensemble des éléments du procès, des déclarations des prévenus et de celles du docteur Seutin, il résulte que le docteur Seutin a assisté à toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné le combat ;

» Attendu que, requis par M. le substitut du procureur général de répondre à cinq questions relatives au duel, et qui sont :

» 1° Avez-vous été présent à des pourparlers qui ont eu lieu pour obtenir un arrangement et prévenir le duel ?

» 2° Avez vous été présent au duel ; quelles en ont été les circonstances ?

» 3° Avez-vous vu l'un des prévenus Goblet et d'Hooghworst infliger une blessure à l'autre ? Quelle a été cette blessure ?

» 4° Avez-vous pansé une blessure ?

» 5° Quels ont été la nature et les caractères de cette blessure ?

» Le docteur Seutin pour ne pas obtempérer à la demande du ministère public, prétend que, s'il a vu les faits relatifs au duel, c'est en qualité de médecin, et qu'il avait promis de garder sur ce duel le secret qui, selon lui, lui était commandé par sa profession et légitimé par l'art. 378 du Code d'instruction criminelle ;

» Attendu que, sauf les exceptions que la loi établit, la loi ordonne à toute personne citée en justice comme témoin, de déclarer ce qu'elle sait relativement à un crime ou à un délit ;

» Attendu que, s'il est permis à un médecin de ne pas déposer en justice, c'est lorsqu'il s'agit de choses d'une nature secrète, et dont il n'a eu connaissance qu'en raison de sa profession ;

» Attendu que les trois premières questions posées par le ministère public ne sont pas relatives à l'exercice de la profession de médecin ;

» Attendu que les faits qui sont l'objet des quatrième et cinquième questions ne constituent pas un secret ;

» Attendu que la promesse que le docteur Seutin aurait faite de se taire, est interdite par l'art. 6 du Code civil, et qu'il doit son témoignage à la justice ;

» La Cour déclare le docteur Seutin non fondé dans son exception, lui ordonne de déposer, le condamne aux frais de l'incident. »

Malgré cet arrêt et malgré les instances de M. le président, M. Seutin refusa de répondre, et la Cour le condamna à cent francs d'amende.

Les faits étant connus — et nous les dégageons à dessein des plaidoiries pour et contre auxquelles cet incident a donné lieu — il s'agit d'examiner les prétentions de M. Seutin et les considérants de l'arrêt qui les condamne.

Comme on le voit, si M. Seutin, d'un côté, invoque le principe de l'obligation du secret, la Cour de Bruxelles, de l'autre côté, reconnaît aussi que ce principe existe ; seulement, entre les juges et notre honorable confrère belge, il y a eu dissidence sur l'application, ou plutôt sur l'interprétation de ce principe. Le médecin qui assiste à un duel exerce-t-il un acte de sa profession ? Oui, dit M. Seutin ; non, dit la Cour d'appel. On chercherait vainement dans un texte de loi clair et précis un appui pour l'une ou pour l'autre de ces interprétations. Cette question peut bien être tranchée par la justice, mais nous ne croyons pas qu'elle puisse être résolue autrement que par le sentiment et la conscience. C'est à chaque médecin placé dans ces circonstances qu'il appartient de la résoudre dans son for intérieur.

Si l'on ne consulte que les lumières naturelles et le bon sens, il paraît évident que le médecin appelé dans une affaire de duel, n'y assiste qu'en sa qualité de médecin et dans la prévision des soins qu'il pourra donner aux blessés. Si surtout l'obligation de ne rien divulguer de ce qui se passera lui est imposée par les parties, le médecin ne se trouve-t-il pas placé là dans les circonstances énumérées par l'art. 378, et n'est-il pas une de ces personnes qui *par état et par profession* sont devenues dépositaires d'un secret ?

Mais le duel est un délit, disent les juges ; l'art. 378 n'est pas applicable dans les cas où la justice doit intervenir alors même que le médecin n'aurait connu ces faits que par l'exercice de sa profession.

Ici encore, même indécision de la loi, et par conséquent même obligation de recourir aux seules impulsions de la conscience. Dans l'espèce on peut établir deux hypothèses :

Le duel s'est passé loyalement et selon toutes les règles de l'honneur ; le médecin est interpellé par la justice ; dans ce cas nous imiterions la conduite de M. Seutin, nous ne répondrions pas ;

Le duel n'a pas eu lieu selon les lois qui régissent le combat singulier, les chances n'ont pas été distribuées aux combattants d'une manière équitable, il y a eu assassinat ; nous avouons qu'ici, les principes absolus posés par M. Seutin ne nous paraissent pas très évidents, et que nous ne voyons aucun motif raisonnable pour soustraire le médecin, dans ce cas, à la commune loi qui veut que tout citoyen doive son témoignage à la justice.

Nous avons lu avec attention les développements étendus auxquels cette affaire a donné lieu devant la justice belge, et nous sommes obligé de reconnaître que, soit dans le réquisitoire du ministère public, soit dans les plaidoieries du défenseur, soit même dans les considérants de l'arrêt de la Cour, nous n'avons pas trouvé une solution nette et précise de la question embarrassante dont il s'agit ici.

Cette question du secret, envisagée même d'une manière générale, est fort complexe ; les droits et les devoirs du médecin à cet égard ne sont fixés, indiqués nulle part dans nos codes ; il y a là une lacune véritable sur laquelle nous appelons l'attention des médecins chargés d'indiquer les questions qui devront être soumises au congrès médical. Il y a urgence à fixer la jurisprudence à cet égard.

Dans l'état actuel des choses, nous le répétons, la question nous paraît être simplement une question de conscience.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Sur le traitement des fissures à l'anus.

Un homme est entré à l'hôpital, portant une fissure à l'anus. Cette fissure était accompagnée de boursouflement de la muqueuse rectale et d'élevures en crêtes de coq que l'on pouvait prendre, au premier abord, pour des hémorrhoïdes, mais qui n'étaient en réalité que la queue de la fissure ; le boursouflement était le résultat de l'irritation que la fissure entretenait dans ces parties.

FEUILLETON.

SUR L'EFFICACITÉ DE LA DILATATION PERMANENTE BRUSQUE POUR LA GUÉRISON DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Par le docteur LE ROY D'ÉTIOLLES.

(Suite du numéro 83.)

— M. ...., soixante et un ans, couvreur à Joigny (Yonne). Une seule gonorrhée à trente ans ; pas d'injections. A quarante-sept ans, diminution graduelle du jet de l'urine ; besoin de plus en plus fréquent d'uriner, se renouvelant tous les quarts d'heure. A cinquante-huit ans, catarrhe de vessie. Le 12 mars 1842, le malade vient à ma consultation du bureau central. Rétrécissement à 15 centimètres, admettant une bougie de 1 1/2 millimètre ; succession de bougies jusqu'à 3 millimètres. Après une heure, introduction d'une petite sonde, évacuation d'une énorme quantité d'urine mucoso-purulente. Sonde à demeure changée toutes les vingt-quatre heures. Le neuvième jour, dilatation complète ; la vessie se vide complétement sans la sonde : urine limpide. Départ du malade pour retourner à Joigny.

— M. ...., quarante ans. — Gonorrhée en 1828 qui dure sept mois, et qui, sous l'influence des moindres excès, se reproduit fréquemment. En 1839, retour plus violent de la blennorrhagie sans communication avec une femme. Le jet de l'urine, qui de 1828 à 1839 avait diminué, devient en spirale ; les besoins se reproduisent toutes les demi-heures ; l'urine coule parfois involontairement, et dans les efforts, des matières fécales s'échappent par l'anus. M. Pigeote (de Troyes, m'adresse le malade, dans cet état, au mois de décembre 1840. Je reconnais un rétrécissement à 15 1/2 centimètres, dans lequel une bougie de 1 millimètre pénètre difficilement. Après quatre jours de dilatation temporaire, je n'avais gagné que 1 millimètre. Le cinquième jour, fixation de la bougie, puis introduction d'une petite sonde de 2 millimètres laissée à demeure pendant douze heures ; augmentation du calibre des sondes de huit en huit heures ; dilatation complète le troisième jour. Après douze jours de suspension, les plus grosses bougies passent avec facilité.

— M. H...., trente ans, Anglais, capitaine de navire. — Gonorrhée à vingt et un ans, traitée par les injections. Diminution du jet à vingt-cinq ans ; menace de rétention d'urine. Le malade achète à Londres de grosses bougies métalliques ; il les introduit lorsque la difficulté d'uriner augmente. Il croit chaque fois pénétrer jusqu'à la vessie, mais en réalité il ne dépasse jamais l'obstacle. Consultation avec le docteur Bertin. Nous reconnaissons un rétrécissement très fort à 16 centimètres : une bougie de 1 1/2 millimètre s'y trouve serrée. La dilatation temporaire se faisant trop lentement, je détermine le malade à garder la chambre et à recourir à la dilatation permanente brusque. Le cinquième jour, les bougies de 7 millimètres passent librement. Pendant quelques jours, introduction pour un quart d'heure de chacune des bougies 6, 7-7 1/2 millimètres. Après une quinzaine consacrée au repos ou plutôt aux plaisirs de la capitale, les mêmes bougies passent librement ; il n'y a nulle tendance à la reproduction

— M. le comte de T..... urinait depuis dix ans par un jet de plus en plus petit, qui se supprima tout à fait au mois de juin 1842. M. le docteur Anfossi me fit appeler près du malade, que je trouvai en proie à de vives douleurs. L'obstacle à la sortie de l'urine était causé par un rétrécissement très fort, situé à la courbure ; il n'admettait pas au delà de 1 millimètre. Une bougie de ce diamètre ayant séjourné un quart d'heure, une autre, de 1 millimètre 1/2 lui succéda ; puis, une petite sonde de 2 millimètres qui resta deux heures. Deux numéros, 3. 4 millimètres furent introduits le second jour ; le troisième jour, la sonde étant sortie, M. de T... urina si bien, qu'il ne voulut pas s'astreindre à pousser plus loin le traitement. Je l'ai revu il y a peu de mois, et il continue d'être satisfait de son état.

Dans les observations qui précèdent on a pu voir la dilatation brusque permanente marcher avec une régularité presque complète. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Parfois la vessie est irritée par la présence de la sonde et la rapidité de la dilatation. L'urine devient ardente, sanguinolente ; les besoins sont fréquents ; un mouvement fébrile se manifeste ; il faut alors retirer la sonde et laisser quelques jours de repos. D'autres fois c'est un gonflement du testicule qui vient interrompre le traitement. Je citerai un exemple de chacune de ces causes de suspension.

— M. R...., trente-deux ans. — Plusieurs gonorrhées, la première à dix-sept ans ; dans le nombre il y en a qui ont duré six mois. Injection vineuse. En 1835, sans diminution préalable du jet d'urine, rétention soudaine que M. le docteur Deville fait cesser au moyen des bains et des sangsues. Depuis ce moment la miction est difficile et dure plusieurs minutes, parfois elle a lieu goutte à goutte. Malgré les instances de son médecin, le malade reste dans cet état pendant six ans.

En 1841, le 15 janvier, lendemain d'un bal, rétention complète d'urine qui durait depuis dix heures lorsque M. Deville conduit le malade chez moi. Nous reconnaissons à 16 centimètres un obstacle mou, fongueux, qui admet une bougie capillaire, puis successivement 1 1/2 et 2 millimètres. L'urine suit la sortie de cette dernière. Le lendemain et le surlendemain, même manœuvre, sans pouvoir passer à un calibre plus fort. Le soir du troisième jour, rétention d'urine. Une bougie capillaire fait sortir une partie de l'urine ; en renouvelant cette introduction, la vessie finit par se vider. Le 19 et le 20, les trois plus faibles numéros de bougies passent ; le n° 4 (2 millimètres) refuse. Le 21, rétention complète dans la nuit. M. R... essaie de passer des bougies ; il ne peut y réussir, et amène du sang. Le 22, je passe des bougies fines, et puis je parviens à faire arriver une petite sonde qui reste vingt-quatre heures en place ; douleur, besoin d'uriner toutes les cinq minutes, fièvre, enlèvement de la sonde, bain de trois heures : l'urine coule. Le 26, menace de rétention ; les bougies au-dessus de 1 millimètre refusent de passer, mais en une heure nous revenons à 2 millimètres : comme les accidents inflammatoires ont disparu, je reprends la dilatation permanente rapide, augmentant le calibre des sondes de huit en huit heures. Le 28, l'urètre admet sans difficulté 6 millimètres. Mais les besoins d'uriner deviennent de nouveau fréquents ; l'urine est teinte de sang par stries. Enlèvement de la sonde ; écoulement libre de l'urine. Le 25 et le 26, repos ; disparition complète de l'irritation vésicale. Le 27, reprise de la dilatation temporaire ; une bougie de 6 millimètres est admise, en peu de jours elle est portée à 8 millimètres.

— M. W..., ancien avoué. Blennorrhagie à l'âge de vingt et un ans, qui a duré quatre mois, guérie par les adoucissants sans injections. A vingt-deux ans, seconde blennorrhagie légère traitée de la même manière. Immédiatement après, le jet diminue, puis reste stationnaire pendant quinze ans. A trente-sept ans, diminution plus rapide. A trente-neuf ans, menaces de rétention d'urine. M. W. réclame mes soins en 1826. Dilatation temporaire marchant régulièrement jusqu'à 3 millim. ; arrivé à ce point, une orchite survient qui nous force d'interrompre le traitement pendant douze jours. Reprise de la dilatation temporaire qui marche avec une extrême lenteur, ou plutôt ne fait point de progrès, car, après dix séances, nous sommes toujours à 3 mill. 1/2 ; je me décide alors à faire la dilatation permanente brusque : une sonde de 3 millim. est laissée pendant vingt-quatre heures pour ramollir le tissu de la stricture, puis toutes les douze heures la sonde est augmentée d'un millim., en sorte que la dilatation est complète au bout de cinq jours. Après l'extraction de la dernière sonde et deux jours de repos, huit introductions de bougies, d'une demi-heure chacune, ont lieu pour assurer la dilatation.

J'ai revu M. W... dix ans après ce traitement : Il avait passé par précaution des bougies, mais seulement une fois par an, et non tous les mois comme je le lui avais recommandé. Voyant au surplus l'urètre se maintenir aussi libre, j'approuvai la suspension de l'introduction. J'ai appris qu'il y a peu de temps M. W... est mort aliéné.

Il arrive parfois que plusieurs cures par la dilatation permanente brusque sont nécessaires pour amener l'angustie à un degré d'élargissement

Le premier symptôme qui faisait présumer l'existence d'une fissure avant l'examen, c'était une douleur vive pendant la sortie des matières fécales, douleur qui devenait plus vive encore après la défécation, et qui persistait plus ou moins longtemps, quelquefois pendant plusieurs heures.

Ce n'est pas là sans doute un symptôme pathognomonique, mais c'est un signe propre à fixer l'attention et à faire soupçonner l'existence d'une fissure. Le malade était en outre en proie à une constipation très opiniâtre. On éprouvait une difficulté extrême à introduire le doigt dans l'anus; et une fois introduit, il était fortement pressé dans tous les sens par la contraction du sphincter. Cet examen suffisait pour convaincre qu'on avait effectivement affaire à une fissure. Cette tension est, en effet, un symptôme constant lorsqu'il existe des fissures au niveau de l'anneau du sphincter.

On a dit, et on répétera longtemps encore que les fissures syphilitiques n'offrent pas cette circonstance de la tension du sphincter, et que ce n'est point là, par conséquent, un caractère constant, puisqu'il manque dans ce cas. Oui, sans doute, il arrive souvent que les fissures syphilitiques ne soient point accompagnées de la tension du sphincter; mais cela tient à ce que ces fissures sont situées soit au-dessus, soit au-dessous de ce muscle. Mais toutes les fois qu'une fissure est placée au niveau du sphincter, quelle soit ou non d'origine syphilitique, elle est invariablement accompagnée de la tension de ce muscle.

On a cherché en outre à discuter la question de savoir si cette constriction du sphincter est primitive ou si elle n'est que consécutive à la fissure. Boyer pensait que la constriction spasmodique de l'anus précédait le développement des fissures les plus graves, et qu'elle devait en être considérée comme la principale cause prédisposante. Tout en reconnaissant que cet état de spasme de l'anus, lorsqu'il existe, peut disposer à la fissure, nous sommes bien plus porté à croire cependant qu'il est le plus souvent l'effet que la cause des fissures.

Ce spasme n'arrive, en effet, le plus souvent, que par suite de l'irritation continuelle qu'occasionne la fissure, et de l'inflammation qu'y détermine à la longue le passage réitéré des matières fécales. Quoi qu'il en soit, du reste, que cette tension soit primitive ou consécutive, peu importe, en définitive, pour le traitement; toujours est-il qu'il y a tension, et que c'est là le fait principal à prendre en considération dans le traitement, parce que c'est à cette tension surtout qu'il faut porter remède; c'est elle qu'il faut détruire. Sans doute nous savons bien qu'en principe il faut toujours s'enquérir, avant tout, des causes. Oui, mais il est des cas où les phénomènes consécutifs sont de nature à devoir fixer plus spécialement l'attention. Dans l'infection purulente, par exemple, personne ne contestera que la résorption purulente et son transport dans l'économie ne soit le fait principal qui fixe l'attention du praticien, bien que ce ne soit qu'un phénomène consécutif; et si l'on dirige le traitement contre la phlébite et non contre l'infection, c'est qu'on ne connaît aucun moyen à opposer à cette dernière, sans quoi il n'est pas douteux qu'on ne commençât par traiter l'infection.

Pour en revenir à notre sujet, en admettant que la tension ne soit que consécutive, il semblerait, au premier abord, qu'on dût la faire cesser par un traitement simple uniquement dirigé contre la fissure, et on comprendrait dès lors l'importance de cette distinction; mais il n'en est pas ainsi; les fissures ainsi compliquées ne cèdent jamais aux moyens simples, le retour des garderobes tendant incessamment à les reproduire, C'est pour cela qu'il faut toujours recourir à une opération dans ces sortes de fissures.

Nous n'ignorons pas qu'on a prétendu, dans ces derniers temps, qu'il n'était pas nécessaire d'opérer, qu'il suffisait de traiter la fissure par des topiques astringents ou d'une autre nature. Ainsi, on a proposé le ratanhia, l'opium, etc.; mais ce que nous venons de dire répond suffisamment à cette prétention, et l'expérience a démontré d'ailleurs que ces moyens étaient infidèles. La fissure se cicatrise souvent sans doute par l'usage de ces topiques; mais ce moyen ne s'attaquant pas à la contracture, la fissure ne tarde pas à reparaître; on n'a fait que pallier momentanément le mal; on voit survenir alors ce que l'on a appelé des fissures à répétition.

En résumé, dès qu'il existe une fissure avec contraction spasmodique du sphincter, que cette contraction soit primitive ou consécutive, peu importe, il faut opérer. Il y a pour cela deux méthodes, la méthode ancienne, celle de Boyer, qui consiste à couper le muscle à air libre, et la méthode sous-cutanée. La méthode de Boyer consiste à trancher du même coup muscle et muqueuse. On a appelé cette opération, *opération de la fissure;* mais à tort, car c'est une véritable ténotomie. A raison de cette circonstance, la méthode sous-cutanée lui est parfois applicable et de beaucoup préférable à l'ancienne méthode. Elle a surtout le très grand avantage d'être suivie d'une prompte cicatrisation, de guérir beaucoup plus vite, et elle est moins grave que l'ancienne méthode, en ce qu'elle met à l'abri d accidents souvent très fâcheux, dont cette dernière n'est pas toujours exempte, tels que ceux de la phlébite, par exemple. En un mot, elle a tous les avantages de l'opération de Boyer, sans en avoir les inconvénients.

Une question importante dans cette opération, c'est de savoir dans quel sens on doit débrider. Nous débridons toujours latéralement. En avant, on courrait le risque de léser la vessie; en arrière, on serait obligé de faire une section très profonde avant d'atteindre les fibres musculaires, à raison de la forme ellipsoïde qu'affecte le sphincter.

Mais le muscle une fois divisé, cela ne suffit pas, il faut maintenir les lèvres de la plaie écartées par des moyens dilatants, exciser les petites crêtes quand il en existe, et enfin traiter la fissure elle même. C'est alors que conviennent les onguents calmants appliqués au moyen de mèches introduites dans l'anus, et qui ont tout à la fois l'avantage d'agir comme moyen topique et comme moyen dilatant.

Sur l'amputation de Chopart.

Une femme couchée au n° 25 de la salle Saint-Paul, a subi récemment l'amputation partielle du pied, par le procédé de Chopart. La cicatrisation a marché avec une grande rapidité; la plaie est actuellement entièrement cicatrisée, et le résultat est aussi satisfaisant qu'on puisse le desirer, grâce à l'emploi des moyens et des précautions que nous allons indiquer tout à l'heure. L'amputation de Chopart, dit à cette occasion M. Blandin, a été l'objet de nombreuses critiques. Le reproche le plus sérieux qu'on lui a adressé, est d'entraîner à sa suite le renversement du talon en arrière, par suite du défaut d'équilibre entre le levier antérieur et le levier postérieur du pied, ce dernier devenant plus grand, et du défaut d'antagonisme de la part des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe. Ce reproche serait fondé sans doute si l'on ne prenait pas les précautions convenables pour prévenir cet accident. Mais, grâces aux précautions que nous allons indiquer, et que nous ne manquons jamais de prendre lorsque nous pratiquons cette opération, cet accident ne nous est jamais arrivé; nous sommes toujours parvenu, au contraire, à conserver au pied sa direction normale et la liberté de ses mouvements de flexion et d'extension. Voici quelles sont les précautions que nous employons pour atteindre ce résultat; elles sont relatives à l'opération et à ses suites:

1° *Pendant l'opération.* Tailler le lambeau dorsal plus long qu'on ne le fait communément, c'est-à-dire un peu en avant de la jointure, au lieu de diviser les chairs sur le niveau de l'articulation, comme beaucoup de chirurgiens en donnent le précepte. Se bien garder de couper les tendons trop longs, comme le font quelques chirurgiens, sous le prétexte qu'ils nuiraient à la cicatrisation; car non-seulement ils ne nuisent pas à la cicatrisation, mais leur conservation est de la plus grande utilité, ces tendons, ainsi que l'expérience nous l'a démontré, contractent des adhérences, soit avec la cicatrice, soit avec la tête de l'astragale et la facette du calcanéum dépouillées de leur cartilage, et c'est à cette circonstance heureuse, que l'on doit chercher à seconder, qu'est due la conservation de l'équilibre entre les puissances musculaires antagonistes du pied après l'amputation. Quant au lambeau inférieur, il doit être taillé amplement, ainsi qu'on le fait habituellement d'ailleurs, de manière à pouvoir être ramené au devant de l'articulation. Cela fait, avoir le soin d'appliquer des bandelettes agglutinatives très longues, de manière qu'elles puissent tout à la fois ramener le lambeau en haut et maintenir le talon en l'attirant d'arrière en avant. Ces bandelettes doivent être appliquées en grand nombre, afin que chacune d'elles ne tire pas trop fort, et qu'il y ait par leur concours une action résultante suffisante.

M. Sédillot, de Strasbourg, a proposé d'appliquer à cette opération la méthode ovalaire. J'avoue que je n'ai jamais bien compris l'espèce d'engouement que l'on a eu pour cette méthode, qui est réellement mauvaise, surtout dans le cas dont il s'agit. Ici, elle aurait en effet le grave inconvénient de ne pas ménager suffisamment les tendons des parties dorsale et plantaire du pied, tandis qu'elle ménagerait sans utilité les parties latérales. Or, d'après ce que nous venons de dire, le point essentiel de cette opération est précisément de ménager une étendue convenable aux lambeaux antérieur et postérieur.

2° *Après l'opération.* Il y a une précaution importante à prendre après l'opération et pendant toute la durée du traitement; elle consiste à appliquer le moignon sur un paillasson, et à le placer de manière que le talon arc-boute contre un plan résistant, et le fixer dans cette position avec des liens, afin qu'il ne puisse pas se rétracter. Les opérés, en général, redoutent ce support du pied sur un appui solide, et ils réclament avec instance qu'on fasse porter le pied à faux. Quelques chirurgiens ont la faiblesse de céder; il faut bien s'en garder; car de cette précaution dépend en grande partie le succès de l'opération. On comprend aisément, en effet, que ce n'est qu'à la condition de l'immobilité absolue du pied dans la position qui vient d'être indiquée, qu'on peut espérer de voir se former les adhérences tendineuses qui doivent maintenir l'équilibre et l'intégrité des mouvements du pied. Cette contention du pied doit, en outre, être maintenue pendant toute la durée du traitement, et jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète, et au delà même, c'est-à-dire jusqu'à ce que la cicatrice des téguments, ainsi que celle des muscles, ait acquis assez de consistance et de solidité pour s'opposer à la rétraction des muscles, et que l'équilibre soit parfaitement établi. Si l'on abandonnait trop vite cette contention, la cicatrice, trop molle encore, céderait aux contractions spontanées et involontaires des muscles, et le succès de l'opération serait compromis.

L'amputation de Chopart ainsi faite, et entourée des soins et des précautions que nous venons d'indiquer, est une opération excellente, et qui n'a, en réalité, aucun des inconvénients qu'on lui a reprochés. Elle est incomparablement pré-

---

durable. Ainsi dans une première application qui dure cinq à six jours, je suppose, l'on arrive à passer 8 millim., le lendemain de la sortie des sondes l'angustie s'est resserée au point de ne plus admettre que 3 ou 4 millim.; la dilatation temporaire, qui, d'ordinaire, peut compléter la cure, laisse les choses en l'état. La dilatation permanente est reprise; après trois ou quatre jours elle est portée sans difficulté à 8 millim., après la cessation, nouveau resserrement. mais cette fois moins considérable que la première: il était de 5 millim. par exemple, et maintenant il n'est que de 3. Troisième reprise de la dilatation suivie d'un resserrement moindre encore: 6 millim., 6 1/2 sont obtenus. Plusieurs fois, arrivé à ce point, j'ai vu que si l'on veut de nouveau reprendre la dilatation permanente, on ne gagne plus rien, en fit-on plusieurs applications; mais aussi le diamètre acquis est ordinairement durable. En voici deux exemples:

— M. S...., employé dans un ministère. Urétrite violente à l'âge de vingt-deux ans. Les bains, les injections astringentes sont impuissantes pour la faire cesser complétement. L'écoulement continue pendant dix ans avec des exacerbations causées par des fatigues même légères et les moindres écarts de régime; en même temps le volume du jet diminue graduellement jusqu'à se supprimer presque entièrement en 1834. M. S... appelle à son aide son médecin, M. Dujardin-Beaumetz, qui l'engage à réclamer mes soins. J'introduis une bougie de 2 millim. avec laquelle je reconnais successivement quatre rétrécissements dans la portion spongieuse, puis j'arrive en arrière du bulbe sur un cinquième qui refuse le passage. Après quelques tâtonnements je parviens à franchir l'angustie avec une bougie capillaire qui permet la sortie de l'urine; je la laisse trente heures, après quoi le tissu étant ramolli, je parviens, dans l'espace d'une heure, à faire entrer successivement trois bougies d'un volume croissant, puis une petite sonde. A celle-ci en succède une autre, après douze heures; puis une troisième, jusqu'à 7 millim. Dès le lendemain du jour de la sortie des sondes, la stricture principale, située à 15 centim., n'admet plus que 2 1/2 millim. M. S... vient à ma consultation, et nous parvenons, au moyen de la dilatation temporaire, à 4 millim. Là nous sommes arrêté. Trois cautérisations avec le porte-caustique de Ducamp ne produisent pas le moindre effet. Des scarifications pratiquées à deux reprises ne font faire aucun progrès. Retour à la dilatation permanente brusque. élargissement à 7 millim.; cessation. resserrement jusqu'à 5. La dilatation temporaire reprise porte le diamètre à 5 mill. 1/2; mais à ce degré ce n'est plus le rétrécissement de l'origine de la portion membraneuse qui s'oppose à la dilatation, c'est un de ceux qui sont situés dans la région spongieuse; or, comme je sais que la plupart des angusties de cette région sont réfractaires à tous les moyens énergiques, je m'en tiens à ce degré, conseillant l'introduction d'une bougie, pendant une heure tous les quinze jours. J'ai revu, il y a quatre ans, M. S....; le diamètre que nous avions obtenu a persisté. L'écoulement s'est supprimé.

— Le prince de V...., vingt-huit ans, Napolitain. — Gonorrhée à vingt-quatre ans, qui dure encore au point de baigner un mouchoir chaque jour. Rétention d'urine à vingt-six ans: cathétérisme forcé avec une sonde de gros calibre. Accidents inflammatoires, fièvres. Rétablissement de l'écoulement de l'urine pendant quelques mois Injections dans l'urètre; cautérisation. A vingt sept ans, diminution du jet; nouvelles menaces de rétention; accroissement de l'écoulement. Tentatives de cathétérisme par divers chirurgiens de Naples; impossibilité d'y parvenir M. de V... vient à Paris, Consultation avec le docteur Montalegri. Onze rétrécissements existent entre le méat urinaire et le bulbe; on peut les compter avec une petite bougie à boule qui éprouve un temps d'arrêt de centimètre en centimètre, mais en arrière du bulbe la bougie rencontre un obstacle qui donne la sensation d'un plan résistant et ne laisse rien passer. Après une demi-heure de tâtonnement avec des bougies de 1/2 millimètre diversement tortillées et contournées, je parviens à en faire pénétrer une que je fixe pendant vingt-quatre heures. Le lendemain une plus forte passe, puis une autre, puis une sonde; je fais alors la dilatation permanente coup sur coup, interrompue le troisième jour à cause de l'irritation qu'elle produit. Reprise après deux jours interrompue de nouveau. Reprise encore et poussée jusqu'à 7 millimètres. Repos. Retrait immédiat de 2 millimètres; le canal n'admet plus que 4 millimètres et demi. Dilatation temporaire qui porte à 5 1/2 millimètres la dilatation; impossibilité d'aller au delà. Reprise de la dilatation permanente pendant quelques jours jusqu'à 7 1/2 millimètres. Après quatre jours de repos, retour à 5 1/2 millimètres; dilatation temporaire douloureuse; troisième reprise de sonde à demeure pendant huit jours poussée jusqu'à 8 millimètres; dilatation plus durable et plus permanente. Après un mois de suspension, l'urètre admet d'emblée 6 millimètres; après trois autres mois, même calibre, point de tendance à une nouvelle rétraction. Toutefois, M. de V... devra chaque mois passer des bougies pendant une demi-heure deux ou trois jours de suite. L'écoulement a presque complètement disparu sous l'influence de la dilatation; quelques applications d'un mélange fait avec le copahu, le cachou et l'extrait de ratanhia porté dans les régions prostatiques avec une bougie à boule l'a supprimé tout à fait. M. le professeur Quadri, de Naples, dans une lettre écrite au mois de novembre 1844, m'apprend que le prince de V... continue depuis dix-huit mois d'accomplir parfaitement ses fonctions urinaires.

Trois règles essentielles doivent être suivies dans l'application de la dilatation permanente rapide: la première c'est d'attendre, pour passer de la première sonde à une plus grosse que le tissu formant relief soit amolli, assoupli par le contact des corps étrangers; or, cela n'a guère lieu qu'au bout de vingt-quatre heures: le volume du corps dilatant ne fait rien à ce travail préliminaire de la nature; une bougie fine le produirait Si l'on voulait grossir les sondes après quelques heures seulement, avant que le tissu se fût assoupli, il y aurait une réaction qui compromettrait le succès; tandis que si l'on attend vingt-quatre ou trente-six heures pour changer la première sonde, on peut ensuite augmenter rapidement le calibre de celles qui suivent.

La seconde règle est la suivante: suspendre le traitement et retirer les sondes dès que l'on voit survenir: besoins très fréquents d'uriner, miction douloureuse, urines muqueuses avec stries de sang, mouvement fébrile. Rarement ces symptômes apparaissent avant le quatrième ou le cinquième jour; mais à ce moment la dilatation est ordinairement accomplie, et l'extraction de la sonde, suivie de quelques bains, les fait disparaître immédiatement.

Troisième règle: lorsque la dilatation sera complète, lorsque la sonde de 7 1/2 ou 8 millimètres aura, comme la première, séjourné vingt-quatre heures, quelques jours de repos seront accordés au malade; après quoi il sera indispensable d'introduire, une demi-heure chaque jour, pendant une semaine environ, des bougies des trois derniers numéros pour assurer et consolider la dilatation; car il se fait, après l'extraction des sondes, un retrait plus ou moins considérable, auquel on obvie par quelques séances de dilatation temporaire.

Cette introduction quotidienne et temporaire de bougies est utile même après la dilatation *permanente lente.* On eût prévenu la reproduction de beaucoup de rétrécissements, si l'on eût mis en usage ce complément indispensable de toute méthode de traitement des angusties de l'urètre.

Parmi les faits relatifs à la dilatation permanente brusque, il y en a qui datent, comme l'on peut voir, de 1834 et de 1826, c'est-à-dire d'une époque antérieure aux applications de cette méthode par M. Lallemand; toutefois, je dois convenir que les mémoires à l'Institut, dans lesquels j'avais mentionné ces premiers résultats, n'ayant pas été imprimés, la publicité première appartient à M. Lallemand, de Montpellier, auquel je m'empresse de la rapporter. Un travail remarquable de M. Brondi sur le même sujet, a été inséré dans la *Gazette médicale* de 1835, p. 764.

— M. le docteur Bulloz, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon, vient de mourir dans cette ville, après quelques jours de maladie. M. Bulloz n'avait pas plus de cinquante ans. Il s'était surtout fait remarquer par son zèle à propager la vaccine, ce qui lui avait valu diverses récompenses du gouvernement et des Sociétés savantes.

férable à l'amputation sus-malléolaire, bien que j'aie fortement préconisé moi-même cette dernière opération, mais pour les cas seulement où le mal a envahi les os du tarse ; elle est préférable, même à mon avis, sauf quelques réserves cependant, à l'amputation tarso-métatarsienne de M. Lisfranc. Ce qu'il y a de certain, c'est que, sur environ quarante cas d'amputation partielle du pied par la méthode de Chopart, j'ai constamment obtenu d'heureux résultats, tandis qu'il n'en a pas toujours été de même par les autres procédés.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Pneumonie avec phénomènes ataxiques. Mort. Autopsie. Méningite aiguë concomitante.

Le 13 mai dernier fut couché au n° 15 de la salle Saint-Lazare un homme de cinquante-sept ans, d'une assez bonne santé habituelle, d'une constitution de force moyenne, d'un tempérament bilioso-nerveux, maigre. Cet homme est sorti, il y a huit jours environ, de l'hôpital Beaujon, où il était entré pour des ulcères variqueux aux jambes. Il dit ne pas se souvenir s'il a eu froid ces jours derniers après avoir eu chaud. Il y a cinq jours qu'il a commencé à tousser et à cracher ; il n'a jamais regardé ses crachats, et ne sait point s'ils contenaient du sang ; il dit avoir, depuis le commencement de sa maladie, une céphalalgie violente, et éprouva une forte douleur de côté. Voici l'état dans lequel il se présente au moment de la première visite du chef de service.

Le visage n'est pas très animé, peau de coloration un peu jaune, terreuse ; le malade se plaint de céphalalgie générale, plus forte cependant dans la région sus-orbitaire. Douleur vive dans la partie inférieure du côté droit ; résonnance assez bonne en avant, des deux côtés ; bonne à gauche en arrière ; à droite elle est assez pure au sommet. Dans les deux tiers inférieurs elle est obscure, presque mate même à la partie moyenne du poumon. A gauche, la respiration est assez bonne en avant et en arrière. A droite en avant, le murmure respiratoire est un peu rude, sans souffle cependant ; quelques bulles disséminées de râle crépitant à la base. En arrière, du même côté, respiration mêlée de râle crépitant fin dans le tiers supérieur ; plus bas et vers la partie moyenne, souffle bronchique parfaitement prononcé ; bronchophonie éclatante lorsque le malade parle.

Bruits du cœur normaux. Pouls à 120 ; respiration à 36 par minute. Le pouls est mou, dépressible, régulier. Langue sèche, grillée ; soif vive. Ventre un peu ballonnée, indolent à la pression. Pas de selles depuis hier. Urines rendues involontairement dans le lit. Délire presque continuel, peu bruyant ; le malade parle seul, et prononce des phrases sans suite. Cependant quand on l'interroge, et qu'on fixe son attention, il sort de son délire, et répond assez juste aux questions qu'on lui adresse. Il est assez tranquille ce matin. Pendant la nuit il a voulu se lever, et se promener dans la salle. Soubresauts des tendons presque continuels. Tremblement des membres supérieurs ; un peu de carphologie. Il paraît avoir l'habitude de boire lorsqu'il est en bonne santé.

On porte pour diagnostic : pneumonie occupant toute l'étendue du poumon droit en arrière, au second degré dans la moitié inférieure, avec phénomènes ataxiques. — Saignée de 300 grammes sur le-champ, répétée le soir. Ventouses scarifiées à la partie postérieure du côté droit de la poitrine. Cataplasme. Gomme sucrée. Diète.

Dans la soirée, les phénomènes locaux et généraux s'aggravent, et le malade succombe dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Les deux poumons présentent au sommet des adhérences anciennes bien organisées. Le poumon droit, fortement congestionné à la partie supérieure, présente, principalement vers la partie inférieure, une hépatisation rouge tirant dans quelques points sur les altérations du troisième degré. Le tissu pulmonaire est extrêmement dense et lourd. Des incisions faites dans ce tissu font écouler un liquide spumeux, rougeâtre ; dans les points correspondant au ramollissement gris, le liquide présente une apparence un peu purulente, jaunâtre. Le poumon du côté opposé n'est que congestionné, surtout à sa base et à son bord postérieur.

A l'ouverture du crâne on ne constate presque aucune injection des méninges de la convexité du cerveau. Injection légère de la base. La cavité de l'arachnoïde contient un liquide séro-purulent en assez grande quantité ; ce liquide est également infiltré dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance cérébrale coupée par tranches, n'offre rien de remarquable ; on ne constate dans aucun point ni ramollissement, ni injection anormale.

Les autres organes étaient dans un état normal.

— Ce cas a présenté des particularités très intéressantes sous le rapport des symptômes et de la complication de méningite dont l'autopsie nous a révélé l'existence. Nous examinerons d'abord les phénomènes locaux observés chez ce malade, et nous terminerons par quelques considérations sur ce que les auteurs ont nommé pneumonie ataxique.

Relativement à la douleur pleurétique qui s'est manifestée dès le début de la maladie, elle existait chez ce sujet, comme chez la plupart des individus affectés de pneumonie, à la partie inférieure du côté malade ; le point de côté, bien qu'il tienne à l'inflammation de la plèvre et du poumon, est souvent rapporté par les malades à une région située au-dessous du rebord des fausses côtes ; il est important d'être prévenu de cette circonstance pour ne point laisser détourner son attention du siége véritable de la maladie, dans les cas où les individus malades semblent l'accuser dans un des flancs plutôt que dans l'hypochondre.

Les symptômes locaux ont été des plus tranchés : la matité dans les points correspondant à l'hépatisation du poumon ; la crépitation, caractéristique du premier degré de l'inflammation parenchymateuse ; puis le souffle bronchique, la bronchophonie, rien n'a manqué au diagnostic. L'accélération des mouvements respiratoires, l'anxiété du malade étaient d'autant plus prononcées que la terminaison funeste devait plus rapidement arriver. L'expectoration fut le seul phénomène qui manqua, le malade n'ayant point examiné ses crachats avant d'entrer à l'hôpital, et ceux qu'il avait rendus depuis son entrée jusqu'à sa mort ayant été jetés avant la visite du lendemain. L'autopsie démontra la justesse du diagnostic qui fut, du reste, on doit l'avouer, des plus faciles à établir. Aussi n'est ce point sous ce rapport que l'observation précédente nous a paru digne de fixer l'attention, mais bien quant aux phénomènes généraux.

Dès le moment de son entrée, c'est-à-dire la veille de la première visite du médecin, le sujet offrait un tremblement presque continuel des membres supérieurs ; délire loquace, peu bruyant, avec incohérence des idées, marmottement ; soubresauts des tendons, causant quelque difficulté à compter le nombre des pulsations artérielles, et même de la carphologie. Le délire cependant n'était pas assez fort pour que l'on ne parvînt pas à en faire sortir le malade, en lui adressant à voix haute des questions auxquelles il répondait assez juste, mais lentement. Pour ce qui est du tremblement des membres supérieurs, on fut tenté de l'attribuer en partie à l'habitude de boire des liqueurs spiritueuses que le malade avouait avoir en bonne santé. Peut-être cette cause n'y était-elle pas en effet complétement étrangère, non plus qu'au délire, deux phénomènes qui se rencontrent assez fréquemment chez les ivrognes, et auxquels on a donné pour cette raison le nom de tremblement et de délire des ivrognes ; mais l'événement prouva d'une manière incontestable que c'était à une autre cause qu'on devait les rattacher.

Le délire n'est pas un accident très rare chez les pneumoniques. M. Grisolle, auquel nous emprunterons quelques-unes des considérations qui vont suivre, dit l'avoir observé chez ces malades dans une proportion qui peut varier entre un huitième et un onzième environ. Dans la plupart des cas, il constitue un pronostic fâcheux ; on l'observe plus souvent lorsque la pneumonie doit avoir une terminaison funeste. Le sexe paraît avoir une influence réelle sur la production de cet accident ; l'homme le présente beaucoup plus souvent que la femme, et c'est surtout aussi dans les périodes avancées de la vie que le délire se manifeste. Il est rare que l'on rencontre des phénomènes ataxiques au-dessous de quarante ans ; la période de cinquante à soixante est celle où on le constate le plus souvent. Sous ce rapport, le sujet dont nous avons publié l'observation rentre dans la loi commune, puisqu'il avait cinquante-sept ans passés. Quelques auteurs ont avancé, et les faits semblent venir à l'appui de cette assertion aussi bien que la théorie, que chez les sujets très âgés, chez les vieillards, par exemple, des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, il est rare de voir une pneumonie parcourir ses périodes sans qu'il survienne de dérangements dans les facultés intellectuelles.

Nous avons dit plus haut que le malade qui fait le sujet de cette observation avait l'habitude des liqueurs alcooliques ; l'abus des boissons spiritueuses, l'habitude de l'ivrognerie doit être en effet regardée comme une des causes prédisposantes au délire dans le cours des affections pulmonaires. C'est ce qui résulte des recherches de MM. Rayer et Briquet ; dans les cas de cette espèce, il arrive fréquemment que l'on ne trouve aucune lésion matérielle appréciable dans les centres nerveux après la mort. Cette circonstance a porté M. Grisolle à penser que, dans ces circonstances, le délire constituait une variété du *delirium tremens*. C'est, pour le dire en passant, chez ces malades que l'on se trouve bien, pendant le cours du traitement, de l'administration de petites doses de vin ; l'interruption brusque des liqueurs alcooliques chez des sujets dont l'économie s'était en quelque sorte habituée à leur usage, détermine fréquemment l'apparition du délire. Il résulte des travaux de MM. Blake et Ware, qu'un ivrogne ne peut être atteint d'une maladie quelconque sans être atteint du delirium tremens. Suivant M. Grisolle, l'abus des liqueurs alcooliques constitue la cause prédisposante ; tandis que la cause occasionnelle paraît être la brusque interruption de ce stimulant du système nerveux, interruption qui a généralement lieu lorsque ces individus sont atteints d'une affection grave.

Nous ne passerons pas sous silence l'influence des émotions morales vives sur la production des phénomènes nerveux dans la pneumonie. Quant à ce que l'on a dit, un peu légèrement peut-être, de la fréquence plus grande de ces phénomènes dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base, elle ne repose sur aucun document statistique sérieux. On a fait, dans quelques services, des relevés de faits dans lesquels le délire avait coïncidé avec la pneumonie du sommet. Personne, que nous sachions, n'a nié la possibilité de cette coïncidence. Mais de là ne résulte pas que cette coïncidence soit plus fréquente dans cette circonstance que dans toute autre. On l'observe plus fréquemment dans les cas de pneumonie double que dans ceux de pneumonie simple, et ce fait s'explique suffisamment par la gravité même de l'affection. L'auteur que nous avons cité a rencontré des symptômes ataxiques chez le quart au moins des sujets atteints de phlegmasie des deux poumons.

Il est une circonstance importante dans l'histoire de la pneumonie ataxique, c'est l'époque de l'apparition du délire. En général, cette époque varie beaucoup. Rarement le délire se montre en même temps que les premiers symptômes de la maladie pulmonaire. Plus rarement encore le délire précède l'apparition des signes de pneumonie. Ce n'est guère que du quatrième au seizième jour que le délire se manifeste, et plus tôt chez les ivrognes que chez les autres. Dans le cas actuel, il fut impossible de savoir à quelle époque précise apparut le délire ; mais sous ce rapport encore il rentre dans la loi commune, car au moment de son entrée il n'était malade que depuis quatre jours, et en supposant même que le trouble dans les fonctions intellectuelles ne remontât qu'au jour de son entrée, c'eût été bien peu de temps après l'invasion de la maladie qu'il aurait été noté pour la première fois. Ce qu'il y a de positif, c'est que c'est toujours, à de très rares exceptions près, pendant la période d'accroissement de la phlegmasie, ou lorsqu'elle est à son maximum de développement, que les accidents cérébraux se manifestent. A peine existe-t il un ou deux cas dans lesquels on les vit naître pendant la convalescence et tandis que l'inflammation parenchymateuse était en résolution.

Le délire peut être dans la pneumonie, comme dans toutes les maladies aiguës, de différentes espèces ; ses caractères varient suivant qu'on l'observe chez les ivrognes ou chez les malades ordinaires. Chez les ivrognes, il est ordinairement plus bruyant, il y a de l'agitation, des cris même, insomnie presque complète. Le malade dont nous avons raconté l'histoire a offert une partie de ces phénomènes ; bruyant pendant la nuit, il voulait à toute force se lever et se promener dans la salle ; mais pendant la journée que nous pûmes l'examiner, son délire ne consistait qu'en une sorte de marmottement continuel, et il répondait assez juste encore aux questions qu'on lui adressait. Chez lui aussi nous avons constaté un tremblement des membres, phénomène qui s'observe assez rarement en pareille circonstance. Chez les sujets habituellement sobres, le délire est ordinairement calme ; il y a de la loquacité, mais sans cris, sans agitation extrême. Dans quelques cas, rares à la vérité, le trouble des facultés intellectuelles ressemble au délire des maniaques, et l'on a amené quelquefois dans les maisons d'aliénés des sujets affectés d'une manie passagère développée pendant la résolution d'une pneumonie aiguë.

A l'autopsie des sujets qui succombent à une pneumonie ataxique, on ne rencontre pas toujours des lésions encéphaliques appréciables. Ce n'est guère, dit M. Grisolle, que dans le tiers des cas que l'on constate l'existence d'une méningite récente avec inflammation purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Le même auteur ne l'a rencontrée qu'une seule fois chez les ivrognes ; chez les autres il ne trouva qu'un piqueté rosé de la substance cérébrale, et chez quelques-uns, une infiltration assez considérable dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien et dans les ventricules latéraux. On trouve dans Prost (*Médecine éclairée par l'ouverture des corps*) un exemple de cette dernière lésion chez un individu qui succomba à une pneumonie ataxique après neuf jours de maladie. Voici le passage dans lequel cet auteur décrit l'état des organes contenus dans le crâne : « Les vaisseaux sanguins qui parcouraient les méninges et la substance du cerveau, très gorgés de sang ; entre l'arachnoïde et la dure-mère on trouvait près de deux cuillerées d'une liqueur séro-albumineuse. Les méninges un peu infiltrées, les ventricules contenaient chacun au moins une once de sérosité limpide. Tous les vaisseaux de la base du crâne fort remplis de sang ainsi que les sinus. »

Chez le sujet à propos duquel nous présentons ces quelques considérations, la méningite était des plus évidentes, et les méninges contenaient une assez grande quantité de pus, ainsi qu'on a pu le voir dans les détails de l'autopsie. Souvent, après quelques jours de délire, lorsque la maladie doit avoir une terminaison fatale, il survient un état comateux ; c'est surtout alors que l'on rencontre cette infiltration séreuse que nous avons mentionnée. Nous terminerons ce que nous avions à dire des symptômes de la pneumonie ataxique par deux mots sur les soubresauts des tendons observés chez notre sujet. Ce phénomène paraît être excessivement rare dans les maladies aiguës autres que la fièvre typhoïde.

Si nous examinons ce qui est relatif au traitement dans la forme de la pneumonie qui nous occupe, nous devons étudier séparément les cas où le délire est symptomatique d'une affection aiguë concomitante du cerveau et de ses enveloppes, et ceux où il n'est lié qu'à la pneumonie elle même, reconnaissant ou non comme cause prédisposante l'habitude des boissons spiritueuses.

Le délire est-il le résultat d'une méningite ou d'une méningo encéphalite, il est évident, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que les moyens thérapeutiques devront être ceux qui sont généralement mis en usage contre les phlegmasies cérébrales. Les émissions sanguines sont donc indiquées. Lorsque le délire n'est que le résultat de l'état fébrile, la médication devra être celle qui pourra le mieux combattre l'affection locale primitive qui produit l'état fébrile. Dans le cas actuel, quelle que fût celle de ces deux causes à laquelle on dût rapporter le trouble des fonctions cérébrales, c'était les émissions sanguines qu'il fallait employer, et c'est, en effet, à elles que l'on eut recours. Si le succès n'a pas couronné les efforts du médecin, c'est que l'affection pulmonaire était déjà parvenue à un degré où les ressources de l'art étaient impuissantes.

Lorsque le délire dépend de la suppression des boissons alcooliques et s'observe chez des ivrognes, une des premières indications est de donner aux malades des préparations opiacées, trente à quarante gouttes de laudanum de Sydenham dans un lavement. Il est également souvent utile de prescrire une petite quantité de vin, suivant les conseils de M. Chomel, et cette pratique amène fréquemment d'heureux résultats.

Enfin, il est une dernière forme de délire qu'on rencontre plus souvent dans la forme typhoïde de la pneumonie, et qui pourrait porter le nom de délire nerveux ; dans les cas de cette nature, M. Récamier dit avoir vu cesser les accidents cérébraux sous l'influence du musc administré à haute dose (1 gramme en 4 ou 5 pilules). Si, au bout de huit ou dix heures, le médicament n'a point agi, il ne faut plus rien en espérer, car ses effets sont ou prompts ou nuls. Nous devons dire que l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé sur la valeur de ce médicament. Y.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juin. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le docteur Théophile Roussel adresse la lettre suivante :

« L'attention de l'Académie vient d'être ramenée sur une question nouvelle pour la plupart des médecins français et des corps savants de notre pays ; je parle de la *pellagre* et de *son existence en France*.

» Les remercîments que l'Académie a votés dans la séance dernière aux médecins qui ont donné l'éveil sur ce sujet, l'invitation qu'elle leur a adressée de lui communiquer leurs observations ultérieures, m'imposaient le devoir de prendre la parole.

» Il y a trois ans, au retour d'un voyage en Italie, j'ai eu occasion de reconnaître et de signaler le premier fait de pellagre observé à Paris. Ce fait, publié dans le n° de juillet 1842 de la *Revue médicale*, a précédé d'un an les observations qui appartiennent à MM. Gibert et Devergie ; je regrette qu'il n'ait pas été connu de M. le rapporteur.

» Depuis trois ans, j'ai poursuivi sans relâche les études sur la pellagre, que j'avais entreprises et que j'annonçais à cette époque, et comme je crois être arrivé aujourd'hui, relativement à l'origine, aux causes, au domaine réel de cette maladie, à des résultats importants, dont plusieurs sont nouveaux, et dont la plupart sont très peu connus en France, j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie d'une *Thèse sur la pellagre*, que j'ai soutenue le 17 mai dernier devant la Faculté de médecine de Paris, et dans laquelle plusieurs de ces résultats se trouvent indiqués.

» J'y joins un exemplaire de l'observation de pellagre que j'ai publiée en 1842, et j'aurai l'honneur prochainement de lui offrir un ouvrage complet sur cette maladie.

» En attendant, et afin d'entretenir, autant qu'il est en moi, l'intérêt si légitime que commencent à inspirer des populations malheureuses qui ont paru jusqu'ici abandonnées de la science, je dois annoncer à l'Académie que des témoignages nombreux, des faits presque innombrables m'ont donné la certitude que la pellagre multiplie chaque jour ses victimes, non-seulement dans les départements de la Gironde et des Landes, mais encore dans presque tous nos départements pyrénéens, et en particulier dans ceux de l'Aude et de la Haute-Garonne. Les documents communiqués par M. Roussillhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary ; ceux que M. Miquel vient de publier, et les détails nouveaux que j'ai reçus de M. Calès, médecin distingué de Villefranche, montrent toute la gravité d'un fléau qui a exercé jusqu'ici ses ravages au milieu d'un profond silence, et dont je suis fermement convaincu que les efforts réunis de la médecine et de l'autorité publique peuvent arrêter la marche. J'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques recherches sur ce point dans une de ses prochaines séances. »

— *M. Brierre de Boismont* écrit aussi sur le même sujet, et envoie à l'Académie trois dessins représentant les diverses phases de la pellagre, et un cadre renfermant des fragments de peau de pellagreux.

M. Girardin demande que ces documents nouveaux soient renvoyés à une commission.

Le conseil avisera.

— *M. Huzard* écrit qu'ayant été prévenu que des vaches, près de Sénonches, présentaient le cow-pox, il s'est rendu sur les lieux et a constaté le fait. Malheureusement les pustules étaient déjà à l'état de dessication. Mais une servante, fille non vaccinée, qui trayait ces vaches, présentait plusieurs pustules aux mains et aux bras, à l'état de première période, pustules parfaitement caractéristiques de la vaccine. Il en a recueilli la sérosité qu'il envoie à l'Académie, afin que si le comité de vaccine le juge convenable, on puisse essayer la vaccination avec ce nouveau cow-pox. La fermière et ses enfants, tous vaccinés et qui ont aussi trait ces vaches, n'ont pas eu de pustules.

M. Bousquet annonce qu'il a déjà vacciné quelques enfants avec ce cow-pox, et qu'il rendra compte à l'Académie du résultat des expériences.

— *MM. Kergaradec* et *Balestrier* adressent l'observation d'une maladie dans laquelle une grande quantité d'animaux vivants ont été rendus par les urines. Le bocal renfermant ces animaux est aussi adressé à l'Académie.

— *M. Ferrus*, à l'occasion du procès-verbal, demande si M. Jolly, dans son rapport sur la pellagre, a signalé une complication fréquente de cette maladie avec l'aliénation mentale ; complication dont il a eu occasion de constater la fréquence en Italie, et sur laquelle les médecins de ces localités ont attiré son attention. On considère la pellagre comme héréditaire en Italie, et les soins hygiéniques comme très puissants pour la prévenir.

— *M. Lagneau* donne quelques explications sur le rapport qu'il a lu dans la dernière séance.

Après quelques observations de *MM. Londe* et *Rochoux*, la décision de l'Académie est maintenue.

— *M. Lecanu* lit un rapport officiel sur de nouvelles capsules gélatineuses présentées par un pharmacien. Les conclusions défavorables sont adoptées.

— *M. Pariset* lit un rapport relativement à la présentation d'une liste de candidats pour les places d'associés étrangers.

Sept de ces places sont vacantes, et l'Académie ayant décidé que trois candidats seraient présentés par chaque place, M. Pariset présente une liste de vingt et un candidats, dont il passe en revue les titres scientifiques.

Nous remarquons dans la première série les noms de Muller, Bradie, Burdach, Buffalini, Clarck, Lawrence, Marschal-Hall.

Une très longue et très confuse discussion s'engage à ce sujet. Les uns, comme MM. Bussi, Velpeau et Roux, trouvent que cette liste est incomplète, et qu'on n'y trouve pas des noms éminents comme ceux de Liebig, de Havren, de Salomon, de Chélius, etc. D'autres, comme MM. Gérardin et Delens, pensent que l'Académie ne pouvait mieux faire. Les uns demandent l'ajournement de ce rapport, les autres son adoption immédiate, et après plus d'une heure de discussion, l'Académie, consultée, vote l'ajournement à la prochaine séance.

— *M. Blandin* présente une malade sur laquelle il a enlevé très heureusement la moitié tout entière du maxillaire inférieure. M. Blandin fait remarquer, ce qui avait été déjà signalé dans une thèse fort intéressante de M. Amédée Forget, qu'une forte bride fibreuse s'est développée dans la cavité de la bouche, bride qui empêche le retrait de la joue et des parties molles, fait en quelque sorte l'office de l'os enlevé et ressemble au bord alvéolaire des enfants dont les dents ne sont pas encore développées.

La séance est levée avant cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acétate d'ammoniaque liquide dans l'hydropisie ; Par le docteur ROTHE, de Guhrau.

M. Rothe a employé l'acétate d'ammoniaque liquide d'une manière tout à fait empirique, dans un cas d'ascite, chez un homme d'une cinquantaine d'années ; cette hydropisie était survenue à la suite d'une maladie abdominale chronique, qu'on avait longtemps combattue sans aucun succès par les diurétiques les plus renommés, et que deux autres médecins avaient déclarée incurable.

M. Rothe a porté graduellement la dose du médicament jusqu'à soixante grammes dans les vingt-quatre heures. Après quinze jours d'emploi, la sécrétion urinaire s'augmenta considérablement, et le malade, qui était abandonné, revint complètement à la santé. Il n'y a pas eu de récidive depuis vingt ans que cette guérison a été obtenue.

Dans d'autres cas d'hydropisie observés plus tard, et où M. Rothe a prescrit des doses encore plus fortes, la vertu fortement diurétique de ce médicament a été confirmée par les résultats obtenus. S'il n'augmente pas également la transpiration, c'est que, comme on le sait, cette excrétion n'est pas facile à produire chez les sujets hydropiques.

Pour éviter les vomissements, il convient de ne passer que peu à peu des petites doses aux doses plus fortes.

Liniment stimulant ; par M. le docteur SASSE.

Huile d'olives choisie,	250 grammes ;
Racine d'alcanna,	8
F. bouillir, passer, puis ajouter à la colature	
Phosphore (préalablement dissous à la chaleur du bain marie, dans 30 grammes d'huile volatile de térébenthine),	40 centigr. ;
Huile volatile de cumin,	8 gouttes ;
Campbre,	2 grammes.

M. S. A.

Ce liniment, que M. le docteur Sasse considère comme pouvant remplacer l'arcane connu sous le nom d'*Huile contre la coqueluche du* docteur ROCHÉ, est employé en frictions, non-seulement contre la coqueluche, mais encore contre les rhumatismes fixes, ainsi que dans les cas d'affection catarrhale du méat auditif externe, et contre la cophose qui en résulte.

NOUVELLES.

La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine vient de compléter son conseil d'administration, pendant l'année 1845-46, ainsi qu'il suit :

Président, M. Hottot Augustin ; vice-président, M. Flon ; secrétaire, M. Alexandre Martin ; secrétaire-adjoint, M. Garnier Victor ; trésorier, M. Vuaflart ; conseillers, MM. Garnier Alphonse, Bourrière, Carle, Blondeau, Dubuisson et Duroziez ; commission permanente, MM. Louradour, Lehuby, Cabadé, Hauduc, Lepère Victor, Bissey et Abbadie.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 70. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 13 JUIN 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un jeune homme du service de M. Roux est affecté d'une rupture du tendon du triceps crural des deux côtés. Il n'existe pas beaucoup d'exemples de rupture de ce fort tendon, surtout de rupture double. M. Demarquay, dans un mémoire intéressant, n'a pu rassembler que quatorze observations de cette lésion; et sur ces quatorze cas, deux fois seulement elle eut lieu à droite et à gauche.

A ces faits, doivent être ajoutées une observation de M. Jobert et deux cas qui se trouvent, l'un dans une thèse hollandaise indiquée par Plouquet, l'autre dans une thèse allemande; ce qui porte le nombre des exemples connus de cette rupture à dix-sept (dix-huit avec celui de M. Roux).

Ruysch éprouva une extrême surprise en présence de cette lésion, jusqu'alors inouïe. « Si le lecteur, dit-il, croyait difficilement le fait que je rapporte, je l'avertirais que moi-même je ne l'ai vu qu'avec admiration, et que je le regarderais à peine comme croyable si je n'avais pu le constater. » Le second cas, chronologiquement, appartient à J. L. Petit; il est seulement indiqué. Un troisième, de Schlichting, est aussi écourté. Molinelli, Sancerotte, Boyer, Dupuytren, Sédillot, MM. Louis Martini, Malgaigne, Demeaux, et enfin Demarquay, ont successivement fait connaître les autres.

Le mécanisme de la rupture n'a pas toujours été bien exposé dans les observations que nous possédons. Les deux malades de Ruysch tombèrent sur les genoux, *les jambes fortement fléchies sur les cuisses;* celui de J.-L. Petit se rompit le tendon en voulant sauter un fossé. Schlichting laisse penser que la rupture chez la personne dont il parle (un vieux médecin) eut lieu à la suite d'*une chute légère sur le sol.* Dans le cas de Molinelli, il s'agit d'un homme fort gras qui *se laissa tomber sur le genou en descendant un escalier.* On dirait d'après cela que c'est la chute sur le genou qui détermina la rupture; mais quand le genou frappa le sol, la rupture était opérée. Si, à ce moment, elle n'eût pas été effectuée, elle n'aurait point eu lieu, le sol limitant nécessairement l'extension. L'observation de Sancerotte ne laisse rien à désirer quant au mécanisme de la lésion; elle se recommande d'ailleurs et par l'indication précise de ce mécanisme, et par la nature de la rupture, qui était double, et par le traitement bien entendu qui fut employé. Le sujet, doué d'un gros embonpoint, glissa sur les marches d'un escalier et tomba les deux jambes pliées sous lui; il se rompit incomplètement le tendon sus-rotulien gauche, complètement le droit. Le malade de Boyer perdit l'équilibre en patinant sur la glace et fut en danger de tomber à la renverse; *dans l'effort qu'il fit pour ramener le corps en avant, il se rompit le tendon des muscles extenseurs de la jambe droite.* Chez celui de Dupuytren, la rupture eut lieu par suite d'une forte et subite courbure du tronc en arrière. La princesse traitée par Sédillot, se rompit le tendon sus-rotulien en retirant son pied d'un trou où il s'était engagé. La jeune femme qui fait le sujet de la seconde observation du même auteur *luttait de vitesse avec d'autres personnes* lorsqu'elle éprouva tout à coup dans la cuisse droite une douleur vive qui la fit tomber. Ce fut en tombant en avant dans un escalier que le malade de M. Martini éprouva son accident. Dans le cas de M. Malgaigne il n'est pas possible de se rendre compte de la manière dont la chute eut lieu. Dans celui de M. Demeaux, observé à la Charité, dans le service de M. Velpeau, un homme tombant à quinze pieds de profondeur, sentit un craquement dans la cuisse gauche au-dessus du genou. Enfin le malade de M. Blandin sortait de chez lui par un temps de verglas et tenait un parapluie à la main pour se garantir de la neige; *à peine eut-il fait quelques pas que le pied venant à lui manquer il fit un violent effort et se laissa tomber sur le côté.*

Comme nous l'avons dit, dans plusieurs de ces observations le mécanisme de la chute n'est pas indiqué d'une manière suffisante, et la physiologie pathologique n'y trouve rien d'utile à cet égard. Il n'en est pas ainsi du cas de Sancerotte. Le mécanisme de la chute y est parfaitement indiqué: les jambes du patient étaient fortement fléchies et prises sous lui. Nous insistons là-dessus, et l'on va voir pourquoi.

Dans le fait récent de l'Hôtel Dieu, voici comment l'accident s'est produit. Le jeune homme descendait un escalier, il avait des bottes à talon assez élevé; retenu sur le bord d'un degré de l'escalier par son talon, pour éviter la chute du corps en avant, instinctivement il se renversa en arrière, et c'est dans cet effort violent que le tendon sus-rotulien se rompit des deux côtés. Le blessé a entendu distinctement un craquement du côté droit, il n'a rien entendu pour le côté gauche; mais il est possible que les deux bruits se soient confondus.

Nous touchons ici à une doctrine chirurgicale dont le fait qui précède, comme celui de Sancerotte et celui de Dupuytren semble infirmer la valeur. « C'est pendant la contraction du muscle dont il dépend, dit Delpech, qu'un tendon peut être rompu. Il paraît au contraire que c'est pendant l'action de leurs antagonistes ou d'une force étrangère opposée que les muscles se laissent déchirer. » (*Maladies réputées chirurgicales*, t. I, p. 184 et s.) — Un chirurgien distingué, M. Malgaigne, se fondant sur des expériences, soutient aussi que « lorsqu'une force soudaine tend à allonger les muscles au milieu d'une puissante contraction, c'est le tendon qui se rompt... Aussi, ajoute-t-il, la rupture musculaire n'a lieu que quand le muscle est tendu et allongé; *la rupture des tendons que quand le muscle est raccourci et contracté.* »

Or, nous ne pouvons pas comprendre par quoi le triceps crural fût raccourci et contracté chez le jeune homme de M. Roux, tandis que le tronc était fortement cambré en arrière pour éviter la chute en avant. Et le sujet de l'observation de Sancerotte comment tombe-t il? Il tombe les jambes fléchies sous lui, c'est-à-dire le triceps crural dans la plus grande extension possible. C'est aussi en se portant violemment en arrière, parce qu'il avait été sur le point de tomber en avant, que le malade de Dupuytren éprouva la rupture du tendon sus rotulien. Quelle que soit notre tendance à regarder la doctrine de Delpech comme opposée à la stricte analyse des faits et à l'induction, nous éviterons de conclure, attendu que, dans quelques cas, il semble bien qu'il y ait eu contraction du muscle au moment de la rupture du tendon, puisque dans celui de Boyer la lésion se serait opérée pendant l'effort que fit le sujet pour ramener le corps en avant. Ajoutons cependant qu'il est bien difficile de comprendre la rupture au point fixe; car pour redresser le tronc il a fallu que le muscle prît son point d'appui en bas La rupture n'aurait elle pas dû avoir lieu bien plutôt à l'insertion supérieure, c'est à-dire à la résistance?

Les symptômes, dans le cas du service de M. Roux, étaient de toute évidence: coup de hache en travers au dessus de la rotule, mobilité exagérée de cet os dans le sens transversal; impossibilité de la marche et même de la station, la continuité de la cuisse avec la jambe étant rompue.

Les deux membres ont été placés sur un plan incliné des pieds vers le bassin. Une attelle postérieure, maintenue par une bande, les a fixés dans l'extension permanente. A la faveur de cette position et de cette attelle, la rotule va pour ainsi dire au-devant du bout supérieur du tendon.

Le malade de Sancerotte se tint couché pendant plus de quarante jours, les cuisses fléchies presque à angle droit sur le corps, les jambes fortement tendues, et par conséquent les pieds très élevés.

Boyer se contenta de placer sous la jambe des coussins de balle d'avoine assez épais pour mettre le membre dans la plus grande extension possible.

M. Martini établit son malade sur un double plan incliné; le tronc, fortement soulevé, était assis plutôt que couché, et le membre pelvien était étendu sur une planche avec laquelle on fléchissait aisément la cuisse sur le bassin.

M. Velpeau fit appliquer un bandage dextriné depuis les orteils jusqu'au-dessus des trochanters.

Enfin, voici l'appareil employé par M. Blandin. Après avoir appliqué une bande dextrinée depuis les orteils jusqu'au genou, il releva fortement la rotule au moyen de compresses longuettes, et fit mettre le membre dans l'extension la plus complète, cherchant à affronter les deux fragments autant que possible. Le bandage fut terminé au niveau des trochanters. Une longue attelle placée sur la face postérieure du membre maintint l'extension pendant la dessiccation. La cuisse fut fléchie sur le tronc à l'aide d'un plan incliné.

La rupture du tendon sus-rotulien n'est pas une affection légère, car elle peut amener l'impuissance d'un membre. Sur les quatorze faits du mémoire de M. Demarquay, cinq fois seulement la terminaison fut heureuse. Pour les autres cas, elle fut défavorable ou n'est point indiquée, ce qui revient à peu près au même, comme chacun sait.

Il est probable que la même chose a lieu pour les ruptures du tendon extenseur de la jambe que pour les fractures de la rotule, et que les chances de claudication sont en raison de la longueur de la substance intermédiaire. Ensuite, celle-ci doit être plus ou moins résistante, selon les cas. Le malade de Molinelli tombait quand il voulait marcher sur un plan déclive. On pourrait, au premier abord, en accuser un excès de longueur du muscle, le cal tendineux s'étant étendu plus qu'il n'aurait convenu en hauteur. Mais avec un peu de réflexion, on voit qu'un tel résultat est impossible, la réparation ne pouvant excéder l'espace laissé libre par l'éloignement du bout supérieur du tendon. M. Demarquay accuse la *faiblesse de la contractilité.* Mais pourquoi le muscle aurait il perdu sa contractilité? C'est la résistance mécanique qui a diminué.

Nous pensons que l'on ne saurait être trop circonspect quand il s'agit de faire marcher un individu qui a éprouvé une fracture du tendon sus-rotulien consolidée depuis peu. Cet individu est dans le même état que celui qui vient d'être guéri d'une fracture de la rotule. S'il marche trop tôt et sans précaution, la substance intermédiaire s'étendra et s'affaiblira en proportion.

Lors donc que le malade est resté un temps suffisant dans le bandage et la position indiqués (trente, quarante ou cinquante jours, suivant son âge et sa force), on lui permet la marche au moyen de béquilles, le membre étant tenu dans l'extension. Ce n'est qu'après quelques jours, et en surveillant bien exactement l'état de la partie, qu'on autorise le malade à fléchir la jambe sur la cuisse. Tout mouvement de flexion de cette espèce est un effort extensif sur le cal. On ne saurait donc trop y prendre garde. A la vérité, on court le risque de l'ankylose; mais tout doit faire supposer que l'immobilité de l'article céderait à la longue aux onctions, aux douches et à la gymnastique appropriée. D'ailleurs on dit souvent ankylose quand il faudrait seulement dire roideur articulaire; et enfin mieux vaudrait, après tout, l'inflexibilité du levier que son brisement inopiné sous le plus léger effort, d'où résulterait l'impossibilité, ou tout au moins une extrême difficulté de la progression.

— Nous avons examiné, dans une salle de M. Roux, le moignon d'un homme qu'il a amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. L'amputation a été faite à deux lambeaux, un externe l'autre interne; celui-ci, qui comprend l'artère, taillé le dernier. Cette méthode est employée de préférence par l'habile chirurgien. Il est impossible de voir un moignon plus régulier. La cicatrice en occupe le centre et forme un croissant parfait d'avant en arrière. Un tel résultat, vraiment remarquable, est un argument en faveur de la méthode.

— Nous ne craindrons pas de revenir sur un fait lorsque nous croirons avoir quelque chose d'utile à ajouter à ce que nous en aurons dit. Le cas de métrorrhagie mortelle après un avortement au troisième mois, que nous avons succinctement rapporté, a causé quelque préoccupation dans le public médical. Nous avons dit que deux explications avaient été données sur le mécanisme de l'hémorrhagie. Les uns ont pensé qu'il y avait eu exhalation sanguine à travers la muqueuse utérine; les autres que l'hémorrhagie s'était faite à travers l'ouverture qu'offrait la face antérieure du placenta et qui marquait l'insertion du cordon. Une troisième opinion a été émise: on croit qu'il y a eu décollement du placenta, par conséquent déchirure des vaisseaux dans l'étendue de ce décollement. L'art, dans un cas pareil à celui de cette femme, peut intervenir souverainement, mais il doit se hâter. A l'époque où la malade fut transportée à l'hôpital, l'anémie était extrême; c'en était fait. Mais plus tôt le placenta aurait pu être extrait, et l'hémorrhagie aurait cessé.

— Chez deux femmes du service de M. Blandin, opérées de la cataracte par abaissement, il s'est développé une kératite interstitielle qui a déterminé une suffusion purulente dans l'épaisseur de la cornée. On reconnaît que c'est bien un petit abcès interstitiel, et non pas une collection dans la chambre antérieure, à ce que, quand on regarde de profil, on distingue d'abord la tache jaune, angulaire, qui donne la forme de l'abcès, et ensuite, derrière cette tache, l'espace intermédiaire à la cornée et à l'iris, c'est-à-dire la chambre antérieure. Jusqu'ici les lésions de la cornée avaient été à juste titre exclusivement reprochées à la méthode par extraction. Il y a, dans ces deux faits, pour les partisans absolus de l'abaissement, matière à réflexion. Au surplus, nous ne prétendons pas qu'ils puissent fournir un argument bien puissant aux fauteurs de la doctrine opposée, et ce n'est même qu'à titre de cas exceptionnels que nous les mentionnons.

— Une femme est entrée dans l'une des salles de M. Blandin avec une triple perforation de la cornée, suite de kératite ulcéreuse. L'iris faisait hernie à travers ces ouvertures, et constituait trois tumeurs noires, molles et volumineuses.

La cautérisation réitérée avec le nitrate d'argent en crayon a réprimé ces tumeurs, et aujourd'hui la malade, qui avait perdu absolument la vue de ce côté (le droit) commence à distinguer les objets. Cette femme dit avoir eu chaque année, depuis assez longtemps, à cette époque, des inflammations oculaires. Elle accuse la position courbée qu'elle est souvent obligée de prendre, et raconte qu'elle a été exposée à des courants d'air. Toutes ces circonstances expliquent la kératite, dont le triple staphylome n'a été que la conséquence. Le tempérament n'offre rien de particulier: il est sanguino-lymphatique.

— On a mis une double canule en argent à la femme dont

nous avons parlé dans notre avant-dernier article, et chez laquelle M. Blandin a rétabli les narines. On sait que cette femme, à la suite de la destruction du nez par un lupus, a été opérée de la rhinoplastie par le même chirurgien, assurément très compétent en matière d'autoplastie.

Décidément, nous avons été injuste envers ce nez artificiel. C'est, incomparablement, le plus régulier, le mieux réussi que nous ayons encore vu ; on pourrait même croire, quand on n'y regarde pas de très près et très attentivement, que cette malheureuse est venue au monde ainsi. En disant que ce produit tubériforme n'est pas *quelque chose de magnifique*, nous avions la faiblesse de nous représenter un vrai nez de belle venue. Donc il doit être déclaré que M. Blandin s'est approché de la nature, autant que la nature, qui semble tenir beaucoup à son monopole, peut se laisser approcher.

Au reste, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'est par un partisan outré de la rhinoplastie ; car nous avons connaissance d'un cas dans lequel il dissuada le malade de se faire opérer, par la raison qu'il avait les moyens de se procurer, chez un orfèvre, sans danger de la vie et sans douleur, un nez mieux conditionné que celui qu'il aurait pu devoir à la médecine opératoire.

La double canule, chez la femme en question, est maintenue au moyen d'un fil noué en arrière sur le bonnet, et soutenu latéralement par deux épingles.

— Il y a à la Charité, dans le service de M. Velpeau, un homme qui porte une énorme tumeur scrotale du côté gauche. Cette tumeur est ovoïde, rénitente, et donne l'idée d'un sac plein de liquide. Le testicule, très reconnaissable à sa forme et à la douleur qu'il fait éprouver quand on le presse, est comme un appendice à la partie inférieure. Cependant, en quelques points, surtout en haut, elle donne à la pression la sensation de quelque chose de mou et de noueux qui s'y trouverait inclus. Elle existe, d'ailleurs, chez un homme qui a été affecté d'une hernie, selon toute apparence, épiploïque.

M. Velpeau a fait sur ce cas une leçon très instructive. Il s'est demandé si c'était là une hydrocèle vaginale? Et sa réponse a été négative, par la seule raison que si la vaginale était pleine de liquide, le testicule ne serait pas ainsi isolé inférieurement. Qu'est ce donc que cette tumeur? Selon toute vraisemblance une hydrocèle du sac herniaire dans lequel est contenue une portion plus ou moins considérable d'épiploon. Il a fallu, bien entendu, que celui ci, par son adhérence au collet du sac, interceptât tout tout d'abord la communication entre le sac de la hernie et la cavité péritonéale.

— Pressé de matériaux, nous avons remis jusqu'à ce jour à parler d'un malheureux, auteur d'une double catastrophe dont les feuilles politiques ont à l'envi entretenu le public. Il s'agit de ce commissionnaire qui, poussé par la jalousie, tira un coup de pistolet sur sa femme, puis se tira lui même un second coup de pistolet sous le menton. Les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne étaient presque entièrement détruites. Une vaste plaie, contuse au plus haut degré, déchiquetée, à lambeaux pendants, existait à leur place. Le larynx était intact ; aussi le blessé put-il répondre à quelques questions, à la vérité très péniblement.

L'absence d'une grande partie du plancher buccal rendait très difficile la déglutition des liquides qui s'écoulaient à travers la perte de substance. Une ecchymose avait envahi la paupière supérieure droite, et l'œil de ce côté était plus saillant que l'autre (exorbitisme). Une ouverture étroite existait à la voute palatine à droite, marquant le trajet du projectile. La face du blessé, très caractérisée et d'un beau caractère, était impassible et sereine. On n'aurait jamais pu penser, à le voir ainsi, qu'il portât une aussi affreuse blessure, et qu'il eût passé par une épreuve aussi épouvantable. Il avait près de lui sa tabatière, dans laquelle il puisait de temps à autre. Il répondait du geste et du regard, froidement, indifféremment, mais avec intelligence. On éprouvait une étrange impression à se dire que cet homme avait pourtant un projectile dans le cerveau. Il passa six jours dans un état peu différent de celui que nous venons de décrire, et succomba sans avoir éprouvé de délire ni de paralysie.

A l'autopsie on trouva que le trou de la voûte palatine conduisait dans un trajet pratiqué à travers le cornet inférieur des fosses nasales, le plancher et la voûte de l'orbite, le lobule antérieur et le lobule sphénoïdal du cerveau, où il se terminait en un vaste cul-de-sac renfermant quelques esquilles et plein de pus comme tout le trajet. Dans l'orbite, au côté externe du nerf optique, se trouvait une chevrotine qui, autant qu'on peut croire, avait rebroussé chemin du lobule sphénoïdal dans ce point, à raison de son poids et des mouvements imprimés au blessé.

Dans le même service, à la salle des femmes, était couchée au même moment la femme de ce malheureux avec une large dénudation du frontal. Elle sortit de la Charité au bout de quelques jours et alla mourir à Beaujon. Son cas est curieux : nous le publierons quand nous aurons complété nos renseignements. X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons sur les maladies de l'encéphale.

(Suite du nº du 31 mai.)

Nous devons, enfin, maintenant pour compléter l'examen général des fonctions des centres nerveux, nous occuper un instant de celles des lobes du cerveau. Il est connu que ces lobes sont le siége des facultés intellectuelles, morales et affectives ; or ces facultés étant multipliées et parfaitement distinctes les unes des autres, le cerveau doit aussi nécessairement être composé de plusieurs organes distincts et agissant d'une manière différente. Le raisonnement et jusqu'à un certain point la voie expérimentale le prouvent suffisamment. D'ailleurs, la forme elle même du cerveau, le grand nombre des circonvolutions, etc., viennent aussi comme arguments anatomiques à l'appui de cette opinion. En outre, le cerveau se compose de deux substances différentes ; la substance blanche étant dévolue aux mouvements, tandis que les phénomènes de sensibilité, les facultés morales et intellectuelles ont leur siége spécial dans la substance grise. Cela est si vrai, que l'inflammation aiguë de cette substance s'accompagne constamment de délire plus ou moins violent, qui n'est que le précurseur de l'aliénation mentale, si l'inflammation se prolonge et passe à l'état chronique. L'expérimentation, du reste, confirme pleinement ces résultats cliniques ; car la cautérisation, la destruction superficielle de la couche corticale chez les animaux, les rend véritablement fous et délirants ; ils se sauvent en désespérés, ne sachant plus où ils vont, ni ce qu'ils font. Ce sont, au surplus, les résultats que nous avons obtenus dans les vivisections nombreuses que nous avons faites à ce sujet. Voici, du reste, ce que nous en disions dans notre Traité de l'encéphalite, publié en 1825 : « Si nous réfléchissons que le désordre de l'intelligence peut exister indépendamment de tout autre dérangement des fonctions cérébrales ; si nous réfléchissons de plus que ce désordre de l'intelligence paraît coïncider constamment avec une lésion de la substance corticale du cerveau, nous serons conduits à considérer comme très probable cette double opinion, savoir que la lésion de l'intelligence dépend de celle d'une partie distincte du cerveau dont la lésion produit celle de l'intelligence, c'est la substance corticale de cet organe. » Aujourd'hui, le problème des fonctions de la substance grise semble s'être singulièrement compliqué depuis les travaux de M. le docteur Baillarger. On doit se rappeler que ce médecin a découvert six couches distinctes qu'il a décrites séparément, et auxquelles il a reconnu des caractères anatomiques particuliers. Or il s'agirait maintenant de savoir à quels usages chacune de ces couches peut être destinée. Il se passera bien du temps avant qu'on arrive à la solution probable de cette importante question.

Mais sans cerveau est-on privé des facultés intellectuelles et morales? Oui, sans aucun doute. Les animaux ainsi mutilés ont-ils aussi perdu tout à fait les facultés de percevoir les sensations diverses de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du toucher? C est ce que l'on ne pourrait affirmer avec certitude. Cependant il est bien évident qu'ils perçoivent les sensations tactiles ; car si on leur irrite la patte, par exemple, ils les retirent intinctivement, il est vrai, mais néanmoins ils la retirent ; donc les sensations tactiles sont perçues. Il serait cependant assez probable que le cerveau ne jouât aucun rôle dans la perception brute et actuelle de toutes les autres sensations, et qu'il fût destiné seulement à les intellectualiser, si l'on peut dire, à les conserver, les composer, les rappeler, etc. De même la volonté siége évidemment dans le cerveau : ainsi, sans lobes cérébraux, les animaux se tiennent bien debout, font des mouvement automatiques ; mais ils n'ont aucun but, aucun motif, aucune volonté, aucune détermination. Une foule d'autres facultés, comme celle de la musique, vocale ou instrumentale, de même les aptitudes différentes, soit pour la peinture, le dessin, l'écriture, la parole, etc., toutes ces choses, toutes ces facultés, ont leur siége évident dans le cerveau. Mais quels sont les organes, quelles sont les parties qui leur sont spécialement dévolues? C'est ce que les phrénologistes ont cru pouvoir déterminer, et ce qui n'est encore aujourd'hui que doute, dissidence et controverse. Il faut le dire, ce sera de tout temps une question bien difficile à résoudre. En somme, tout animal privé de lobes cérébraux est privé aussi de toutes les facultés intellectuelles, et il ne lui reste plus que quelques petits instincts qui ne se traduisent que par un certain nombre de mouvements automatiques.

Les opinions de Gall, sur la localisation des facultés et des sensations, ont été vivement combattues, par M. Flourens surtout, qui a prétendu que le cerveau étant lésé dans un point de manière à détruire une sensation, toutes les autres étaient immédiatement détruites avec elle ; que, si on détruisait aussi une faculté, une volition, toutes les autres étaient également anéanties. Mais ces conclusions sont entièrement fausses, parce qu'elles sont trop absolues et exagérées. En effet, il n'est point du tout avéré que, lorsqu'une sensation est abolie, toutes les autres le soient. L'animal, après l'ablation d'une grande partie des lobes cérébraux, ne manifeste nullement qu'il entende, qu'il voie encore, etc., et, partant, si on lui pince la patte, il la retire ; si on le tourmente vivement, il crie ; si on le jette en l'air (quand c'est un pigeon) il a encore la sensation de la position où il se trouve, car *d'une manière toute spontanée* il ouvre ses ailes de façon à se soutenir et à s'opposer ainsi à sa chute imminente. Ce mouvement, qu'il soit instinctif ou autre, toujours est-il qu'il est spontané, et qu'il indique véritablement un certain travail intellectuel quel qu'il soit, nous dirions presque une volition qui l'a déterminé. Ce même animal, laissé en repos, reste stupide et immobile, semble ne plus prendre aucune détermination par lui-même, ne cherche plus à manger, quoi qu'il mange très bien quand on lui met des grains dans le bec ; eh bien! sans aucune espèce d'excitation venant du dehors, il lui arrive de temps en temps de cacher sa tête sous son aile lorsqu'il *veut* dormir, de la même façon qu'il le faisait quand ses lobules étaient intacts. Or, ce mouvement est-il instinctif, est-il le résultat d'une volition, d'une détermination spontanée de l'animal? Avouons que cela ressemble fort à un résultat de volition, succédant à une sensation interne peut être ; mais, quoi qu'il en soit, il reste évident pour nous qu'il a sa source dans une faculté restée à l'animal après la destruction plus ou moins complète des lobes du cerveau, faculté qui a donc ainsi survécu à l'abolition de la plupart des autres.

En admettant, avec M. Flourens, que la vue et l'ouïe ont leur source dans le cerveau, y ont-elles la même place que les facultés intellectuelles proprement dites ou les facultés par lesquelles nous arrivons à la connaissance des objets extérieurs, de leurs propriétés, de leurs usages, de leurs rapports? L'expérimentation prouve suffisamment qu'il n'en est rien. Nous avons, dans plusieurs expériences, enlevé diverses parties des lobes cérébraux, sans altérer les *sensations* de la vue et de l'ouïe, bien que cependant les animaux eussent aussi perdu une ou plusieurs facultés dites intellectuelles. Les faits que nous avons consignés dans un mémoire que nous avons lu à l'Institut à une époque déjà éloignée, ne laissent aucun doute à cet égard. Mais, demandera-t on, comment est-il possible d'entendre et de voir, si l'on ne peut apprécier les objets extérieurs? Un physiologiste ne saurait être embarrassé d'une telle question, s'il se rappelle que l'enfant, par exemple, a vu et entendu longtemps avant de *connaître* et les objets et les personnes qu'il a *vus* et *entendus*.

M. le docteur Calmeil, dans l'ouvrage qu'il a publié sur la paralysie générale des aliénés, y a consigné des faits réellement intéressants et qui nous paraissent suffisamment appuyer la doctrine que nous professons.

« Une femme atteinte de paralysie générale, qui la retenait immobile sur son fauteuil, finit par ne plus distinguer sa main droite de sa main gauche, son œil de son nez ; il fallut l'habiller, la coucher, la faire manger ; *elle voyait, elle sentait elle entendait*, mais elle avait *absolument perdu la faculté de penser* ; abolition de l'entendement, qui s'opéra d'une manière lente et presque insensible. »

« Un militaire avait *perdu la raison* à la suite d'événements politiques, et, presque immédiatement après le début de la folie, avait offert tous les signes de la paralysie générale... Il vint une époque où il lui fut *impossible de marcher*. Il se salissait avec ses déjections ; *il regardait d'un œil d'envie les aliments qui passaient devant lui, mais il ne parlait plus ; les facultés morales étaient anéanties.* Les trente derniers jours de son existence, il fallut lui enfoncer le bouillon et les potages très avant dans la bouche ; il ne lui restait pas même l'instinct. »

Peut-on, après de semblables faits, ne pas être persuadé? Selon l'opinion de M. Flourens, il faudrait donc que tous les points du cerveau agissent de la même manière et qu'un seul point pût tenir lieu de tous les lobes cérébraux ; or, nous avons prouvé que cela n'est pas. Que si, maintenant, à l'aide d'un moyen quelconque, on vient à supprimer les lobules antérieurs du cerveau sur un animal, il est constant qu'il perd un certain nombre de ses facultés, et qu'il en conserve un certain nombre d'autres. Après cette lésion, il conserve tous ses mouvements, il continue de voir, d'entendre, tandis qu'au contraire il ne reconnaît plus les objets qui l'environnent. « Le chien ne reconnaît plus son maître, ni les substances propres à satisfaire sa faim ; il ne mange plus ; pourtant il voit ces objets, mais il ne saisit plus les rapports sous lesquels ces objets peuvent lui être utiles ou nuisibles. L'idée, la notion d'aliments ou de qualité alimentaire, est, en quelque sorte une notion surajoutée à la sensation qui fait voir l'objet ; et cette notion, ce rapport, il cesse de les saisir, de les comprendre, une fois privé des lobules antérieurs, bien qu'il continue à voir. Or, cette faculté de trouver des rapports est essentiellement intellectuelle, et diffère évidemment des facultés sensitives. » Le chien dont nous parlons aboie encore, mais il aboie contre tout, aussi bien contre son maître que contre des étrangers. Agacé, irrité, il se met en colère, et se bat contre toute espèce d'objets, animés ou inanimés. Nous avons longtemps conservé un pigeon dont les lobes antérieurs avaient été cautérisés, et qui, dans certains instants, se jetait sans cause connue sur tout ce qui se présentait, et se battait avec un certain acharnement, tandis que dans d'autres moments il restait immobile et profondément stupide comme un idiot.

Les animaux (les chiens par exemple), dans un tel état, marchent pour ainsi dire automatiquement ; mais néanmoins, il leur reste encore la conscience du danger, d'une chute ; par exemple, ils ont encore des idées de hauteur ; et, mis sur un lieu élevé, sur une fenêtre, ils marcheront de çà et de là, mais se garderont bien de se jeter en bas. Ils voient, et cette sensation visuelle est suivie d'un certain travail intellectuel, d'une sorte de jugement qu'elle a réveillé ; cependant ils sont pour ainsi dire idiots, relativement à la connaissance, à l'appréciation des qualités de la plupart des objets. Il reste donc manifeste que si, en enlevant les lobules antérieurs, on détruit quelques facultés et on en laisse subsister d'autres, c'est que ces lobules ont des fonctions différentes et agissent différemment des autres parties du cerveau.

Donc, encore une fois, l'opinion de M. Flourens ne saurait être tenue pour vraie ; elle est, au contraire, en pleine contradiction avec les faits ; car ce que nous venons de dire des résultats obtenus sur les animaux est entièrement confirmé par les observations cliniques exactes, assez rares, il est vrai (des observations exactes de ce genre sont très peu nombreuses dans la science). Celles auxquelles nous faisons allusion ont été publiées par M. Calmeil, que nous avons précédemment cité. Les malades qui en font le sujet, et qui étaient tombés dans une espèce d'abrutissement analogue à celui que nous avons vu survenir chez les animaux privés des lobes antérieurs, ont offert des altérations plus ou moins profondes de la substance grise de ces lobes, accompagnées de changements morbides plus ou moins profonds des méninges.

Il résulte des faits précédents que nous sommes en droit de conclure :

1° Que les lobes cérébraux ne sont pas le siége de toutes les sensations externes, et que diverses parties de ces lobes peuvent être enlevées ou désorganisées sans que les sensations externes soient anéanties.

2° Que les sensations et les fonctions intellectuelles proprement dites sont essentiellement distinctes entre elles, bien que les unes et les autres concourent à un but commun.

3° Que la partie antérieure et frontale du cerveau est la

siége de plusieurs facultés intellectuelles ; que sa soustraction détermine un *état d'idiotisme* dont la perte de la connaissance distinctive des objets, des êtres extérieurs, est le caractère dominant, et qui coexiste avec la persistance des sensations externes.

Si maintenant nous descendons à l'examen de facultés plus spéciales, telles que celle de la parole, de la mémoire des mots, etc., nous verrons que la doctrine de M. Flourens est de plus en plus en défaut. En effet, l'abolition de la faculté de la parole a toujours son point de départ dans une lésion grave des lobes antérieurs. Bien entendu, nous supposons qu'il n'y a point de lésion des organes destinés à la phonation ou à l'articulation, ni aucune lésion dans les nerfs sensibles et moteurs qui vont s'y distribuer. Dans les cas d'intégrité de ces organes, il faut positivement aller chercher la lésion dans les centres nerveux. L'on est à peu près constamment sûr de la retrouver dans un point quelconque (nous ne disons pas déterminé, comme le voulait Gall) des lobules antérieurs. Mais ces troubles dans les fonctions de la parole sont-ils toujours les mêmes ? Ils peuvent être rapportés à plusieurs types principaux qui peuvent offrir d'ailleurs quelques modifications, subir des variantes, lesquelles, par leur reproduction identique chez différents sujets, et par leur forme particulière, peuvent être également classifiées, catégorisées. Or, très souvent, la faculté de la parole subit, et subit exclusivement, un de ces troubles types, est enrayée sous un de ces points de vue, et pourtant tous les autres phénomènes de cette fonction subsistent, ainsi que toutes les autres facultés, toutes les autres volitions, les autres sensations, qui s'exécutent à merveille. Jusque dans les détails, l'opinion de M. Flourens se trouve donc démentie par les faits : car non-seulement il n'est pas vrai qu'une faculté étant détruite, toutes les autres le soient ; mais il est même des cas où une faculté peut être partiellement abolie, sans l'être cependant de tous points, comme nous venons de le dire.

Ainsi les individus qui dans une parfaite intégrité des organes mécaniques destinés à la parole, avec une parfaite intégrité des nerfs moteurs ou sensitifs qui s'y distribuent, ont cependant perdu la faculté de s'en servir, ont perdu pour ainsi dire la mémoire de leur mécanisme, de leur mise en action, quoiqu'ils se rappellent très bien les mots, et que ces mots se forment dans leur cerveau d'une manière aussi nette et claire qu'à l'état normal ; ils ont seulement oublié la manière de les exprimer par les organes mécaniques de la parole. Mais donnez leur une plume, de l'encre et du papier, et ils écriront parfaitement bien ce qu'ils pensent, ce qu'ils désirent, en un mot ce qu'ils éprouvent ; tandis qu'il leur est impossible de l'exprimer au moyen de la voix articulée.

Il est d'autres individus qui n'ont pas, à la rigueur, complétement perdu la faculté de se servir de leurs organes mécaniques pour prononcer toute espèce de mots, mais qui ne peuvent les faire servir que pour un certain nombre de paroles qui reviennent incessamment pour exprimer toutes leurs idées, de manière qu'ils ne peuvent faire comprendre ce qu'ils pensent ; ils s'en aperçoivent bien et en sont très vivement contrariés, car ils *sentent* bien qu'ils disent tout autre chose que ce qu'ils pensent, mais ils ne peuvent faire autrement, et leurs organes sont toujours à prononcer les mêmes phrases, ou les mêmes mots, ou les mêmes syllabes, à propos des choses les plus différentes qu'ils veulent exprimer. Mais, en écrivant, ils s'expriment très bien ; preuve donc que tous les mots qui correspondent à toutes leurs idées sont encore formés dans leur encéphale.

Quelques-uns, dans les mêmes conditions que ceux-ci quant à la parole, n'ont de plus conservé dans leur cerveau que la mémoire des mots seulement qu'ils prononcent ; et si on les fait écrire, ils écrivent encore les mêmes mots qu'ils peuvent seuls prononcer. Il y a donc chez ceux-ci double lésion, et de la mémoire des mots, et de la mémoire du mécanisme de les prononcer, bien que cependant cette dernière lésion du mécanisme de la faculté de prononcer puisse être contestée. On ne sait pas, en effet, s'ils ne pourraient pas prononcer d'autres mots que ceux qu'ils prononcent, si une fois d'autres mots venaient à être formés dans leur encéphale.

D'autres, enfin, ont entièrement perdu la mémoire de tous les mots sans exception. Si on essaie de les faire écrire, ils n'écrivent rien, car ils ne se rappellent aucun mot ; aucun mot, du reste, n'est formé dans leur encéphale : aussi aucun mot n'est prononcé, ni ne peut être écrit. Ont-ils perdu, pour cela, la faculté de mettre en jeu leurs organes mécaniques et physiques de la prononciation ? Ils ne l'ont pas plus perdue peut-être que la faculté de faire aller leurs mains pour écrire ; mais comme ils ont perdu la mémoire de tous les mots, les organes destinés à les prononcer restent dans l'inaction, n'étant plus incités dans ce sens : il en est de même de la main qu'on essaie de faire écrire.

Nous ne prolongerons pas plus loin cet examen de la localisation des facultés ; car il reste déjà évident que ces facultés, à l'encontre de ce qu'a avancé M. Flourens, sont parfaitement distinctes les unes des autres, et qu'elles peuvent être localisées dans des parties distinctes et appréciables du cerveau. Ce n'est pas à dire, pour cela, que le problème que Gall croyait avoir résolu en assignant aux nombreuses facultés des points précis et déterminés, le soit et puisse réellement l'être. On peut seulement, quant à présent, dire d'une manière presque affirmative que les facultés intellectuelles dépendent des lobes antérieurs du cerveau ; tandis que les facultés instinctives ont leur siége dans les lobes postérieurs. Nous admettons donc comme vraies les bases de la doctrine de la localisation de Gall ; mais nous ne saurions admettre aussi les nombreuses divisions qui en découlent, car déjà, dans beaucoup de circonstances, les faits ont parlé contre ces détails. Espérons qu'un jour, les faits cliniques et l'expérimentation aidant, on parviendra aux résultats que ce savant physiologiste avait cru pouvoir réaliser, et que la science des localisations pourra être placée au rang des autres sciences.

Nota. — Notre intention était de mettre immédiatement après ces considérations générales, la classification des maladies du cerveau que M. le professeur Bouillaud a donnée dans ses leçons ; mais nous rédigerons plus tard un article complet sur ce sujet. Maintenant nous allons publier les leçons qui ont été faites sur la méningite, la paralysie générale, le ramollissement, etc.

S. H.

IMPERFORATION DE L'ANUS ET DU RECTUM ; OPÉRATION DE L'ANUS ARTIFICIEL ; GUÉRISON ;

Par M. le docteur BARADUC.

L'imperforation de l'anus est un vice de conformation qui paraît avoir été observé par un grand nombre de chirurgiens, mais peu fréquemment par chacun d'eux. La plupart se bornent à en mentionner l'existence, et à décrire le mode opératoire que quelques-uns ont employé.

Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître la gravité de cette affection et à établir une distinction basée sur l'épaisseur plus ou moins grande des tissus qui séparent l'intestin de la peau. Cependant, les exemples compris entre les deux types extrêmes variant à l'infini, depuis la simple occlusion de l'anus par une pellicule cutanée jusqu'au développement incomplet ou à l'absence totale de l'intestin, on conçoit que cette distinction ait dû être motivée plutôt par les résultats obtenus que par des caractères anatomiques aussi variables. Ainsi Dionis, après avoir conseillé aux chirurgiens de remédier à ce vice de conformation aussitôt qu'ils s'en aperçoivent, continue en ces termes : « Si cette membrane est mince, on la perce aisément ; mais si elle est épaisse et forte, comme je l'ai vu dans un sujet où la marque de l'anus ne paraissait presque point, on a plus de peine à y faire le trou nécessaire. »

Bell admet aussi la distinction précédente, et reconnaît avec Dionis la nécessité urgente de pratiquer l'opération. Il n'hésite pas à la faire lorsque quelques caractères décèlent le peu de profondeur de l'intestin ; « mais, observe-t-il, lorsqu'il n'y a aucune indication de ce genre, le cas devient beaucoup plus dangereux et difficile. » Cependant il conseille encore l'opération, quoique l'intestin soit profondément situé ; et il ajoute : « J'ai été assez heureux pour former un anus qui a rempli assez bien son objet pendant plusieurs années ; néanmoins il a été très difficile de conserver dans deux cas le passage suffisamment large et ouvert..... Jamais je n'ai éprouvé plus d'embarras et d'inquiétude que dans les deux cas que je viens de citer, quoique j'eusse fait d'abord une ouverture assez grande ; ce ne fut que par de grands soins, continués huit ou dix mois, que je prévins la nécessité de réitérer fréquemment l'opération. »

Il faut arriver à Lassus et à Boyer pour trouver une division plus satisfaisante des différentes formes d'imperforation de l'anus ; et, cependant, ces deux auteurs ne font que reproduire la classification donnée par Papendorf. Ainsi, ils admettent neuf formes, dont la première, consistant uniquement dans le rétrécissement de l'anus, devrait, dans une classification plus méthodique, ne point prendre rang parmi les imperforations. Les six autres formes sont : l'imperforation interne, l'orifice extérieur existant ; l'imperforation causée par une membrane ; l'imperforation sans aucune trace d'ouverture, l'anus étant fermé par la peau qui est dure et épaisse ; l'imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans la vessie, l'imperforation avec ouverture dans le vagin ; l'imperforation de l'anus avec oblitération du rectum ; l'imperforation sans intestin rectum ; l'imperforation de l'anus naturel accompagné d'un anus contre nature.

Nous ne nous occuperons seulement que de la quatrième forme, ou imperforation de l'anus avec oblitération du rectum, et nous ferons observer que cette quatrième forme devrait être elle-même divisée en deux genres, suivant que l'anus seul est fermé par la peau sans aucune trace d'ouverture, ou que l'imperforation de l'anus est compliquée de l'imperforation du rectum. Ce dernier genre nous semblerait établir un lien qui unirait la quatrième forme, telle que la donne Boyer, avec la septième, ou imperforation de l'anus avec oblitération du rectum.

Nous admettrons avec Boyer que, si le vice de conformation n'est pas borné à l'extérieur, l'opération peut n'être d'aucune utilité, et que la mort est inévitable ; mais nous restreindrons cette opinion aux trois circonstances suivantes : 1° à l'oblitération du rectum ; 2° à son absence ; 3° à sa terminaison en cul-de-sac libre et flottant dans la cavité du bassin ; mais nous ne partagerons point l'opinion de cet auteur dans le cas où le vice de conformation du rectum consiste dans la simple imperforation de ce conduit, ou dans sa terminaison en cul-de-sac adhérent à la paroi inférieure du bassin.

L'opinion de Boyer basée sur les observations de J.-L. Petit et de quelques autres auteurs, nous semble formulée d'une manière trop exclusive, ainsi que le prouve le fait que nous exposerons plus loin.

Dans les quelques lignes qu'il a consacrées à l'imperforation de l'anus, Delpech paraît ne parler de ce vice de conformation que d'après les auteurs qui l'ont précédé.

A l'article Monstruosités, publié par Ollivier, dans l'édition de 1739 du *Dictionnaire de Médecine*, cet auteur se borne à classer l'imperforation du rectum dans le second ordre des monstruosités, sous le titre : « Anomalies qui, sans être nécessairement mortelles, peuvent s'opposer au développement de la vie indépendante. » Sans doute, dans un article essentiellement tératologique, dans une classification toute philosophique, nous ne pouvions espérer trouver des détails importants sur le sujet qui nous occupe ; mais l'article Rectum, auquel renvoie l'article Anus du même dictionnaire, nous promettait quelque chose à glaner ; cependant toutes nos recherches furent vaines, alors nous abordons les Imperforations. Mais, le croira-t-on ! elles nous renvoient aux Monstruosités.

Nous aurions désiré rapprocher du fait que nous allons faire connaître quelques observations analogues pour motiver plus puissamment la nouvelle division qu'il nous semble exiger ; mais, nos recherches ayant été infructueuses, nous nous bornerons à livrer ce fait isolé à l'appréciation de nos confrères.

— Madame Desaygny, âgée de vingt-sept ans, mariée depuis un an, primipare, est accouchée le 16 juillet 1839, d'un enfant mâle.

Trois jours après sa naissance, l'enfant me fut apporté par la sage-femme et je pus constater que l'absence d'évacuation était occasionnée par une imperforation de l'anus. L'enfant avait eu plusieurs vomissements, et ses cris traduisaient de violentes coliques. Les muscles abdominaux se contractaient avec assez de force ; le ventre était peu douloureux à la pression.

Examiné pendant l'état de flexion des cuisses sur le ventre, l'enfant présentait la conformation suivante : Les fesses n'étaient point séparées l'une de l'autre par une rainure, ainsi que cela a lieu dans l'état naturel ; il n'existait même pas la plus légère trace du sillon qui s'étend ordinairement de la partie inférieure de la région sacrée au périnée. Les fesses réunies formaient un cône dont la partie la plus saillante correspondait au sillon qui naturellement sépare l'une de l'autre en deux saillies musculaires. La peau était d'une couleur légèrement rosée. La palpation laissa t reconnaître dans toute la région une résistance uniforme. Après cet examen, je fis avertir les parents de la nécessité urgente d'établir un anus artificiel. Je pratiquai cette opération en présence de M. le docteur Renaud et de madame Lebègue, sage-femme.

Après avoir reconnu la position du coccyx ou de la pointe du sacrum je cherchai à m'assurer de la position exacte des tubérosités de l'ischion, et je marquai un point situé à un centimètre en arrière d'une ligne qui passait au-devant de chacune de ces tubérosités, point central situé sur la ligne médiane, à la hauteur duquel je plongeai dans la peau un bistouri à lame étroite, lequel, après avoir divisé cette membrane d'arrière en avant, dans une étendue de trois centimètres, fut porté de nouveau dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'il divisa aussi dans une profondeur de deux centimètres et demi environ, à partir de la surface de la peau. Nulle trace d'intestin n'apparut ; alors je portai le doigt dans la plaie, au fond de laquelle je pus sentir à travers une couche mince de tissu cellulaire un corps arrondi et rénitent ; je glissai le long du doigt la lame du bistouri, que je plongeai dans le corps indiqué ; aussitôt un jet de méconium demi liquide se fit jour à l'extérieur.

L'évacuation fut peu abondante ; mais bientôt ayant de nouveau dirigé sur le petit doigt le bistouri dans la plaie, je parvins à agrandir l'incision du rectum, et un méconium épais et gluant commença à s'écouler lentement. Quelques injections en facilitèrent la sortie. Une mèche de charpie fut introduite et portée dans l'intestin jusqu'à quatre ou cinq centimètres de hauteur.

Ainsi une couche de tissu cellulaire de 20 à 25 millimètres d'épaisseur séparait la peau de l'extrémité inférieure de l'intestin rectum. Ce conduit terminé en cul-de-sac offrait une résistance qui indiquait assez ses connexions et son adhérence aux tissus voisins.

Après l'opération et pendant les premiers pansements qui l'ont suivie, l'introduction du doigt ne m'a point fourni une sensation capable de déceler l'existence des sphincters.

Chaque jour des injections à l'eau de guimauve furent faites pour faciliter l'issue du méconium, et des mèches furent introduites matin et soir.

Pendant les premiers pansements, l'enfant donnait quelques signes de douleur, mais il ne tardait pas à prendre le sein, et il restait calme, excepté lorsqu'on lui retirait le sein, et pendant le séjour de la mèche dans l'intestin.

Au bout de trois semaines, les mèches ne furent plus introduites qu'à des intervalles inégaux. L'ouverture se rétrécissant d'une manière sensible, une incision nouvelle, faite d'avant en arrière, dans la direction du coccyx, devint nécessaire.

Dix jours s'écoulèrent, pendant lesquels l'état général de l'enfant resta satisfaisant ; mais le rétrécissement de l'ouverture fit de nouveaux progrès ; alors je pratiquai une double incision transversale sur la partie moyenne des bords de l'incision première. Les pansements furent continués d'une manière irrégulière pendant une quinzaine de jours.

L'enfant fut transporté à la campagne ; là, les préjugés des parents firent supprimer l'usage des mèches et on leur substitua, très judicieusement d'ailleurs, des bouts de chandelles. Chaque jour l'enfant prenait des forces, et à mesure qu'il grandissait, l'ouverture se développait sous l'influence des efforts que nécessitait assez fréquemment une constipation opiniâtre.

Le jeune malade fut sevré à neuf mois ; à partir de cette époque, sa nourriture fut assez uniformément mauvaise.

A deux ans, l'enfant eut le bras gauche cassé. Pendant le traitement de la fracture les fonctions s'exécutèrent d'une manière satisfaisante. La guérison fut complète au bout de six semaines.

Depuis l'âge de quatre ans, l'enfant peut retenir ses matières ; il va à la garde-robe volontairement ; mais il est nécessaire que cette fonction soit exécutée immédiatement après que le besoin s'en est fait sentir.

Une ou deux garderobes seulement ont lieu dans les vingt-quatre heures.

Aujourd'hui l'enfant est âgé de cinq ans et dix mois ; il est fort et bien portant.

L'extrémité pelvienne affecte la forme ordinaire ; les fesses sont bien dessinées, d'une conformation normale ; la rainure qui les sépare est régulièrement mais peu profondément exprimée. L'orifice de l'anus, qui en forme la partie la plus profonde, offre, lorsque les fesses sont écartées, l'aspect d'un petit cratère dont l'évasement irrégulier se prolonge en arrière sous forme de gouttière, tandis qu'en avant il est comme taillé à pic et limité par quelques replis de la peau. Au fond du petit entonnoir, la muqueuse présente des plis plus marqués en avant qu'en arrière. Ces plis paraissent déterminés par la contraction des fibres de l'anneau musculaire qui constitue le sphincter du rectum et par quelques-unes des fibres du sphincter interne de l'anus. Les plis de la peau, situés au devant de l'ouverture anale, semblent correspondre à quelques fibres rudimentaires du sphincter externe.

Au devant de l'anus, de chaque côté du raphé, on remarque une petite ouverture infundibuliforme profonde d'un à deux centimètres, et terminée en cul-de-sac.

La profondeur de la vallée située entre les muscles fessiers me paraît avoir atteint les dimensions qu'elle présente aujourd'hui, sous l'influence des tractions exercées par le rectum sur la peau à laquelle il est uni par une cicatrice qui a pris le caractère d'une muqueuse.

La puissance de traction du rectum sur la peau a dû agir avec d'autant plus d'énergie, que l'enfant fut atteint d'une constipation assez opiniâtre. De cette constipation, il résulta nécessairement une accumulation de matières qui augmenta en largeur la capacité de l'intestin. La conséquence nécessaire de cette dilatation fut le raccourcissement du rectum.

Les muscles releveurs de l'anus ne restèrent probablement pas étrangers à la formation de cette vallée.

C'est uniquement au sphincter du rectum qu'est dûe la faculté dont jouit l'enfant de retenir ses matières.

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveau mode de réunion dans le bec-de-lièvre. — M. Furnari publie dans le *Journal de chirurgie* la note ci-dessous sur un mode particulier de réunion des plaies, usité chez les Arabes. Les Arabes désignent le bec-de-lièvre par une expression dont la signification littérale est *bec-de-chameau*. Comme les médecins européens, les threbib connaissent l'opération qui remédie à cette difformité. Comme eux, à l'aide du bistouri, ils avivent les deux bords de la solution de continuité ; comme eux aussi, quelques-uns se servent de la suture entortillée ; mais, dans la plupart des cas, ils ont recours à un procédé qui, quoique infiniment simple, nous semble très ingénieux. Ce procédé consiste à substituer au moyen de contention ordinaire, la suture, un insecte carnassier connu en entomologie sous le nom de *scarite pyracmon ;* cet animal, pourvu de deux mandibules terminées à leur extrémité libre par deux petits crochets, est placé sur la plaie, et cela de manière que les bords avivés et affrontés préalablement se trouvent entre les deux crochets dont l'effet, par l'effort constricteur de l'insecte, est de maintenir la réunion ; on place ainsi deux à trois scarites, selon l'étendue de la solution de continuité ; après cela, par un mouvement de rotation, on enlève le thorax en coupant la tête de l'insecte ; mais afin de prévenir l'écartement des mandibules, les thrębib recouvrent l'articulation de ces organes avec un peu de mastic très adhérent. Cette précaution est inutile, car les têtes, détachées du corps, conservent une contraction telle qu'il faut briser les crochets constricteurs pour les écarter.

Ce procédé nous a paru tellement ingénieux, que nous avons pensé qu'il pourrait être d'une grande utilité dans quelques cas d'autoplastie et surtout de blépharoplastie, où l'application de fils et d'aiguilles est souvent nuisible, soit à cause de l'étroitesse du lambeau, soit pour ne pas augmenter les chances de mortification. Préoccupé de ces avanta-

ges, nous nous sommes empressé de présenter à M. Charrière un de ces insectes, le chargeant de nous faire un instrument pouvant remplir les mêmes indications.

N'ayant que le volume de la tête de l'insecte, et étant à pression continue, cet instrument nous semble destiné à rendre quelques services dans les cas d'entropion, dans les fistules du périnée, et, bien plus, étant d'une application facile, il pourra servir dans les fistules recto et vésico-vaginales

Des lotions alcooliques dans la phthisie pulmonaire. — Beaucoup de personnes atteintes de phthisie commençante, caractérisée par la matité à la percussion, par de la pectoriloquie non douteuse sous la clavicule, par de l'hémoptysie, par des accès de fièvre, par la transpiration le matin, ont été, d'après le témoignage du docteur Marshall-Hall, soulagées et ramenées à toutes les apparences de la santé par des lotions d'un mélange d'une partie d'alcool et de trois parties d'eau faites sur la poitrine, tièdes d'abord, puis ensuite à la température ambiante On se sert pour les pratiquer d'un linge de la largeur d'une feuille de papier pliée en plusieurs doubles que l'on attache par dessous la chemise, de manière à ce qu'il recouvre toute la surface antérieure de la poitrine à partir de la clavicule. Cette sorte de compresse est imbibée avec le liquide alcoolique au moyen d'une petite éponge.

Cette opération, qui ne dure pas plus de cinq secondes, doit être répétée toutes les cinq minutes et n'être interrompue que pendant le sommeil. Il ne faut couvrir le malade que de vêtements légers, et encore laisser la compresse à découvert afin que l'évaporation se fasse rapidement. L'auteur ne vante pas ce moyen comme absolument infaillible; mais il n'hésite pas à affirmer qu'il s'oppose plus que tout autre à la production et au ramollissement des tubercules pulmonaires, et que beaucoup de malades, à sa connaissance, lui doivent évidemment d'avoir échappé aux suites funestes des progrès de cette redoutable affection.

Guérison d'une constipation opiniâtre.— Les journaux allemands contiennent l'observation suivante qui, pour être un cas rare, n'en est pas moins digne d'attention en ce qu'elle montre qu'il ne faut jamais omettre d'explorer attentivement le rectum des individus qui se plaignent de constipation rebelle aux divers moyens thérapeutiques.

Une femme de cinquante-neuf ans était depuis douze ans en proie à une constipation presque continuelle; elle devint telle dans les deux dernières années, que la malade ne prenait plus que des aliments liquides; elle était, en outre, affligée d'incontinence d'urine et de douleurs dans la région sacrée; sa maigreur était extrême. Les drastiques furent d'abord employés par l'auteur, mais ils n'amenèrent que quelques selles liquides légèrement colorées; le ventre commençait à se tuméfier, lorsque M. Ehrlich imagina d'explorer le rectum de la malade; il fut fort étonné de trouver qu'il y pouvait mouvoir librement son doigt sans toucher aux parois de l'intestin. Une sonde en argent le conduisit sur un corps dur et immobile Il se servit, à défaut d'autre instrument d'une vrille ordinaire à l'aide de laquelle il détacha de ce corps quelques parcelles d'une matière noirâtre, de même nature que celle des calculs biliaires; le même instrument, introduit plus avant dans le corps étranger, l'amena enfin au-dehors. C'était un calcul biliaire du volume d'une grosse noix. Sa sortie fut suivie d'une hémorrhagie qu'on eut quelque peine à arrêter. La malade s'évanouit; mais on maîtrisa ces accidents, et deux jours après elle eut une selle plus copieuse qu'aucune de celles qu'elle avait eues depuis plusieurs années. Cette femme a été en même temps débarrassée de son incontinence d'urine, et la guérison ne s'est pas démentie depuis.

FAITS DIVERS.

Deux cas de ramollissement putrilagineux du fond de l'utérus au terme de la grossesse; observations recueillies par M. le docteur PAVETTI.

I. Une femme, âgée de 37 ans, d'un tempérament nerveux et irritable, parvint au terme de sa première grossesse sans avoir éprouvé d'autre accident qu'un sentiment de brûlure qui se fit sentir dans le fond de l'utérus pendant le neuvième mois de la gestation.

Le travail de l'accouchement commença le matin; mais à partir de midi, les douleurs se ralentirent jusqu'à six heures du soir, moment où elles cessèrent tout à fait. Alors, on vit la malade devenir subitement en proie à de l'inquiétude et de l'agitation; son visage pâlit, son ventre changea de forme et son corps se couvrit de sueur. Le pouls était petit, les traits contractés, la vue troublée. L'orifice de l'utérus était fermé et il était impossible de faire arriver le doigt jusqu'au fœtus; mais, en palpant l'abdomen, on reconnut distinctement le tronc de l'enfant, ses fesses et son épine dorsale à une très petite distance de la main exploratrice.

Comme il ne paraissait exister aucun symptôme d'hémorrhagie ni de lésion de l'utérus on se borna à prescrire l'emploi de fomentations chaudes et l'administration d'une potion cordiale. Vers onze heures du soir la malade succomba.

Peu d'instants après la mort la gastrotomie fut pratiquée, et l'on reconnut que l'enfant était sorti de l'utérus par une déchirure due probablement aux efforts de contraction de l'organe : cette déchirure s'était opérée au fond de l'utérus, où il existait un ramollissement putrilagineux de forme irrégulièrement circulaire et du diamètre de dix-huit à vingt centimètres environ.

Sans doute, les contractions, au lieu d'exercer leur action sur le col de l'utérus, qui offrait quelque résistance, avaient porté sur la partie ramollie du fond de la matrice. Les membranes de l'amnios s'étaient rompues; l'enfant, bien conformé et à terme, paraissait avoir vécu jusqu'au moment de la rupture; le tronc était passé en totalité dans la cavité abdominale, et la tête seule était restée dans l'utérus. Le placenta, dont la teinte était verdâtre, adhérait encore, d'une manière normale, à son point d'insertion.

II. Une autre femme, âgée de trente-deux ans, très grasse, déjà mère de quatre enfants, et arrivée au terme de sa cinquième grossesse, pendant la durée de laquelle rien n'avait semblé annoncer un état morbide particulier, fut prise, le soir, des douleurs de l'enfantement. La marche du travail fut d'abord toute naturelle; mais, vers deux heures après minuit, les douleurs cessèrent tout à coup; la femme, en proie à de vives angoises, voulut se lever; le col utérin, qui s'était dilaté suivant la progression du travail, se trouva complétement fermé.

M. Pavetti reconnut aussitôt les mêmes symptômes que dans le cas précédent, moins la sensation du corps du fœtus à travers les parois abdominales qui offraient une grande épaisseur chez la femme dont il s'agit. A huit heures du matin tout présageait une fin prochaine; cependant la mort n'eut lieu que dans la soirée.

L'opération césarienne fut pratiquée presque immédiatement après, et fit reconnaître que le fœtus et la matrice étaient dans un état tout à fait semblable à celui qui a été décrit plus haut.

Cas d'accouchement prématuré provoqué par l'usage de l'ergot de seigle Observation recueillie par M. le docteur ALIPRANDI, professeur à Turin.

Une femme âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien conformée, parvenue à la moitié d'une troisième grossesse, fut prise d'une forte dyspnée, que l'on combattit au moyen de sept saignées.

Au septième mois, atteinte de nouveau de la dyspnée, elle entra à l'hospice de la Maternité de Turin. Trois saignées procurèrent du soulagement.

Quelque temps après survint encore une nouvelle recrudescence des mêmes accidents; mais, cette fois, avec complication de toux, d'expectoration sanguinolente et d'œdème des extrémités. Des vésicatoires et l'administration de l'extrait de laitue suffirent pour adoucir les angoisses et les accidents.

A commencement du neuvième mois il y eut une attaque soudaine avec lividité des lèvres, turgescence de la face, paroles interrompues, menace de suffocation, irrégularité du pouls. symptômes qui firent croire à l'existence d'un hydrothorax commençant On pratiqua une saignée, mais sans aucun succès. L'exploration, faite avec soin, porta à croire que le fœtus était mort, mais cependant qu'il était bien situé. Dès lors, on pensa qu'il y avait opportunité à solliciter l'accouchement.

La voie alvine fut préférée pour l'administration de l'agent médicamenteux, et on prescrivit quinze grammes d'ergot de seigle avec trois cents grammes de décoction de graine de lin, pour deux lavements.

Le premier de ces lavements, donné vers le milieu de la journée, provoqua, une heure après, quelques douleurs. Le second, administré deux heures plus tard, exerça une action intense, douloureuse et presque convulsive sur l'utérus. Un bain tiède, dans lequel fut plongée la malade, diminua l'agitation; les douleurs devinrent plus régulières. Après minuit, les membranes se rompirent et un fœtus mort, de huit mois, fut spontanément expulsé de la matrice.

Les signes extérieurs que le fœtus présentait démontrèrent qu'il était déjà mort avant l'emploi de l'ergot de seigle. D'ailleurs, ce médicament provoqua un travail qui augmenta par degrés et se modéra vers la fin, sans rupture précoce des membranes; de sorte qu'on ne peut lui attribuer la mort de l'enfant. La mère fut sauvée, et c'était le but que s'était proposé l'accoucheur, lequel opina, avec les praticiens spéciaux les plus prudents et les plus sages, que, dans les cas douteux, on doit préférer la vie de la mere à celle du fœtus, surtout quand il existe des indices presque assurés que le fœtus renfermé dans l'utérus est déjà mort. D'après cela, M. Aliprandi pense que dans le cas dont il s'agit, la prescription de l'ergot de seigle a été avantageuse et ne peut être l'objet d'aucun blâme.

NOUVELLES.

On annonce que M. Jobert n'a pas accepté la mutation de service de l'hôpital Saint-Louis à la place de Breschet à l'Hôtel-Dieu; ce refus serait motivé sur des retranchements que l'on aurait faits dans le nombre de lits de la salle des femmes, dont une partie aurait été ajoutée au service de M. Roux.

— La Société médico-pratique, dans sa séance du 9 juin, a nommé les membres suivants pour la représenter au Congrès médical :

MM. Bataille, Vinchon, Homolle, Henri Labarraque, Tessereau.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 JUIN 1845. (18e ANNEE.) N°. 71. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 16 JUIN 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

Une première réunion relative au congrès médical a eu lieu samedi dernier, à huit heures du soir, chez M. le docteur Richelot.

Cette réunion se composait des délégués de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société médico-pratique, de la Société médicale du Temple, des Sociétés médicales des 1er, 9e et 10e arrondissements de Paris.

Le premier soin de la réunion a été de constituer un bureau, et il fut décidé qu'on nommerait au scrutin, parmi les membres présents, un président, un vice président, un secrétaire et un vice-secrétaire.

Le scrutin amena les nominations suivantes :

Président : M. le professeur Moreau, délégué de la Société du 10e arrondissement ;

Vice président : M. Bataille, délégué de la Société médico-pratique ;

Secrétaire : M. Amédée Latour, délégué de la Société médicale du Temple ;

Vice secrétaire : M. Richelot, délégué de la Société du 1er arrondissement.

Les membres nommés à ces fonctions prennent place au bureau.

Sur la demande de M. le président, M. Richelot expose la nature et le but de cette réunion ; il dit qu'ils ne sont autres que de décider d'abord s'il y a convenance et opportunité à provoquer un congrès médical ; et, ce premier point résolu affirmativement, de nommer une commission chargée de présenter un projet d'organisation de ce congrès et le programme des questions qui devraient y être traitées. Ce projet et ce programme, lus, discutés et adoptés en assemblée générale des délégués des Sociétés médicales de Paris, seraient envoyés à toutes les Sociétés médicales de France, qui seraient invitées à y adhérer et à envoyer leurs délégués au congrès général. La commission indiquerait aussi le mode à suivre pour que pareilles communication et invitation fussent adressées aux médecins de Paris et des départements, ainsi qu'aux Sociétés de pharmacie.

Après une courte discussion, la réunion reconnaît à l'unanimité qu'il y a convenance et opportunité à provoquer un congrès médical

On s'occupe ensuite de la nomination de la commission d'organisation ; il est décidé que le bureau en fera partie, et qu'on lui adjoindra trois autres membres nommés au scrutin.

Le dépouillement de ce scrutin donne la majorité à M. Villeneuve, membre de l'Académie de médecine; M. Aubert-Roche, membre de la Société de médecine du département de la Seine, et M. Henri Blatin, membre de la Société médicale du 10e arrondissement.

Séance tenante, cette commission se constitue et nomme M. Amédée Latour son rapporteur.

La réunion décide que communication du résultat de cette séance sera faite à toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris, avec invitation, pour celles qui n'ont pas encore nommé des délégués, de vouloir bien le faire pour qu'ils puissent assister à la prochaine réunion générale, dont le lieu, le jour et l'heure seront ultérieurement fixés.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Tubercules pulmonaires. Difficulté du diagnostic.

Au n° 2 de la salle Saint-Bernard a été couchée une femme qui est entrée dans notre service il y a plus de deux mois. Elle nous a offert depuis le moment de son entrée des symptômes fort graves, entre autres un état fébrile continuel, et une odeur acide de l'haleine tout à fait remarquable. Cette propriété particulière de l'haleine nous a porté à croire qu'il y avait une affection de l'estomac. Mais il n'est pas probable que ce soit une inflammation. Il est excessivement rare de voir l'inflammation de l'estomac donner lieu à un état fébrile aussi opiniâtre. Là où il y a fièvre lente, avons nous dit il y a déjà plusieurs années, il y a presque toujours suppuration, soit primitive, soit secondaire; lorsque l'on a cherché en vain la cause à laquelle il est possible de rapporter une fièvre lente, on sera presque toujours conduit à supposer l'existence de tubercules : altération dont aucune douleur ne révèle l'existence; on sait, et nous n'avons pas besoin de vous le rappeler, que le travail de tuberculisation pulmonaire ne s'accompagne d'aucune espèce de douleur.

Lorsque cette malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, elle toussait un peu et depuis quelque temps déjà ; elle n'a pu cependant nous préciser l'époque du commencement de sa maladie. Elle était sujette aussi, à cette époque de son entrée, à la fièvre lente qu'elle nous présente maintenant ; et chaque jour, vers le milieu de la journée, elle était prise de frissons suivis de chaleur et de sueur. L'auscultation et la percussion faites avec le plus grand soin, ne permettaient de constater aucun signe d'affection pulmonaire appréciable. Depuis le moment de son entrée, cette femme est restée à peu près dans les mêmes conditions, bien que cependant les vomissements soient devenus moins fréquents et moins abondants. Nous avons ordonné une abstinence complète de boissons sucrées, les substances dans la composition desquelles entre le sucre étant sujettes à subir facilement la fermentation acide. Par la suppression complète des acides et des aliments sucrés solides ou liquides, nous sommes donc parvenu à rendre les vomissements plus rares; en même temps aussi, l'acidité de l'haleine a diminué. Mais la malade se plaignait toujours et se plaint encore d'une sensibilité assez vive à l'épigastre. D'un autre côté, les traits du visage ne présentaient point cette altération profonde et caractéristique que l'on rencontre dans certaines maladies aigues, dans la fièvre typhoïde, par exemple, lorsqu'elle a duré pendant un certain temps.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic n'était point facile à établir. Nous ne trouvions, après l'examen des organes, que des signes qui auraient pu en partie se rapporter à une inflammation de l'estomac. Mais la gastrite primitive est une affection excessivement rare, et nous ne pouvions réellement en supposer l'existence. Il y avait donc là diagnostic incomplet. Sans aucun doute, nous disions-nous, il y a chez cette malade autre chose qu'une affection aiguë de l'estomac. Depuis quelques jours cette malade a commencé à tousser et à cracher. Ce matin elle a toussé et craché devant nous pendant la visite. Les crachats qu'elle rend présentent une opacité remarquable, et cet aspect caractéristique nous a conduit à examiner de nouveau la poitrine, dans laquelle nous n'avions rien trouvé à une première exploration faite un mois auparavant. Cette nouvelle exploration nous a permis de constater les signes non équivoques d'une affection tuberculeuse, qui avait fait d immenses progrès dans un très court espace de temps.

Au sommet de la poitrine, du côté droit, à la partie antérieure, au-dessus et au dessous de la clavicule, nous avons trouvé une différence de son bien notable, tandis qu'à gauche la résonnance est bonne dans les points correspondants. A droite, le bruit respiratoire est très faible; dans la région sous-claviculaire on entend des bulles humides, bornées exclusivement à la portion supérieure de l'organe respiratoire. Dans le même point et du même côté, il y a un retentissement manifeste de la voix; circonstance qui ne doit point vous étonner. Vous savez tous qu'à l'état normal il y a toujours un peu de dilatation des bronches du côté droit, et un peu de bronchophonie, sans qu'il soit besoin qu'il y ait des circonstances pathologiques. Mais dans le cas actuel, il était impossible, vu la force de la bronchophonie et l'éclat du retentissement de la voix, de ne point rattacher ce phénomène à une disposition pathologique.

Ce n'est point d'après les caractères physiques seuls que

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les médecins et le pouvoir. — La succession de M. Breschet à l'Hôtel-Dieu. — Restrictions du Conseil des hôpitaux. — Les philanthropes. — Une scène au parvis Notre-Dame. — Séance du Conseil général des hôpitaux. — La commission des poisons a la Chambre des Députés. — Nécessité d'agir. — Les médecins en Bavière. — Contraste avec Paris. — Projets de voyage. — Les médecins à Paris le dimanche. — Séance de l'Académie de médecine.

C'est une singulière chose que notre organisation médicale! Et dans les petites comme dans les grandes choses, quand on considère le rôle infime et déplorable que joue le médecin, les entraves qu'il éprouve dans l'exercice de sa profession humanitaire, le peu de cas que font de ses services et de son expérience les hommes de haute position, on se sent pris d'un ardent désir de modifier un état de choses si peu en harmonie avec l'utilité que la société retire de notre art. Voici deux faits qui viennent de se passer coup sur coup à Paris, où même la position éminente qu occupent certains médecins ne les garantit pas des vexations et du mauvais vouloir de l'administration. Jugez ce que doit être en province le médecin vis à vis du pouvoir.

M. Breschet meurt laissant vacante une place de chirurgien à l'Hôtel-Dieu. Le Conseil des hôpitaux designe pour le remplacer M. Jobert (de Lamballe) qui accepte, croyant hériter des droits et prérogatives de son prédécesseur. Mais ce n'est pas ainsi que l'entend le Conseil. M. Breschet, avait à l'Hôtel-Dieu un des plus riches et de plus nombreux services chirurgicaux de Paris; son successeur est un homme jeune, actif, laborieux qui pourra tirer parti de ces richesses longtemps perdues pour la science et pour l'art, aussi, et comme première conséquence naturelle et logique de messieurs du Conseil, on prévient M. Jobert qu'on va retrancher une grande partie de son service et lui enlever la moitié de ses malades.

M. Breschet ne faisait jamais, ou qu'à de longs et rares intervalles, des leçons cliniques; M. Jobert, qui en fait a l'hôpital Saint-Louis où, malgré son éloignement, les élèves ne craignent pas de se rendre, sera bien mieux placé à l'Hôtel-Dieu pour faire profiter les jeunes gens de son savoir et de ses lumières. Autre conséquence logique du Conseil : M. Jobert ne pourra, sous aucun prétexte, faire aux élèves une clinique chirurgicale.

Il est une classe de maladies très nombreuses et très fréquentes que M. Jobert a étudiées, et pour lesquelles il emploie des moyens de traitement particuliers dont ses élèves racontent les succès ; ce sont les maladies de l'utérus : troisième conséquence logique du conseil : il est interdit à M. Jobert de visiter les femmes au spéculum devant les élèves.

M. Jobert ne pouvait pas, ne devait pas accepter ces restrictions absurdes ; aussi a-t-il refusé la succession de M. Breschet.

Le voilà à l'œuvre, ce Conseil général des hôpitaux composé de pairs de France, de députés, de banquiers, de préfets et de procureurs-généraux : gens très compétents pour juger des besoins de l'enseignement clinique, philantrophes singuliers, qui jettent des clameurs quand on ausculte un malade; qui s'offusquent du spéculum, et s'indignent contre les autopsies, lorsque tant d'autres abus devraient appeler une plus sérieuse attention; les malades ne reçoivent-ils donc jamais un bouillon aigre et gélatineux, du lait trempé et des viandes gâtées, et ne laisse-t-on pas éteindre leurs poêles dans les froids du mois d'avril !...

Ceci me rappelle une scène charmante qui figurera mieux ici que dans le grave journal, la *Revue indépendante*, où je l'ai lue. L'auteur, M. Ange Blaize, veut donner une idée du comment les choses se passent aux séances du Conseil général des hôpitaux.

La scène se passe au parvis Notre-Dame, dans la salle du conseil. Je cite :

« M. de Rambuteau est au fauteuil de la présidence ; sa tête est légèrement inclinée sur sa poitrine ; ses yeux, cachés sous d'épais sourcils, sont à demi fermés; il paraît sous le charme d'une délicieuse rêverie

Le secrétaire du Conseil, assis au bout d'une longue table couverte d'un tapis vert, lit un journal.

Un garçon de bureau entre et place devant le préfet un énorme dossier.

M. de Rambuteau, réveillé brusquement, s'incline et dit :

« Messieurs, la séance est ouverte. (Au secrétaire.) Lisez le dernier procès-verbal.

Le secrétaire. — Mais, monsieur le préfet, aucun membre du Conseil n'est présent.

M. de Rambuteau. — Ah bah ! (*Il prend son lorgnon et regarde*.) La séance était pourtant indiquée pour une heure, et il est deux heures moins un quart. Décidément, ces messieurs persistent à ne pas être exacts. (A part.) Deux heures moins un quart ! Ils n'arrivent pas. Toujours les attendre. Pour peu qu'ils tardent, je manquerai encore mon rendez-vous. Quelle négligence ! (Au secrétaire.) Vous, qui avez l'esprit inventif, trouvez donc le moyen de réunir le Conseil.

Le secrétaire. — Ce n'est pas chose aisée, M. le préfet, vous le savez bien et le ministre aussi : le vice est dans la loi au moins autant que dans les hommes. Mais essayez de persuader au Conseil qu'il ferait sagement de résigner les fonctions qu'il ne peut remplir, et de convaincre le ministère de la nécessité de refaire la loi. Celui-ci vous regardera comme un fou, et les autres comme un ennemi. Exciter la haine de quinze philanthropes ! Il ne vous resterait plus qu'à fuir, comme dit Juvénal, au-delà des Sarmates et de l'Océan glacé,

Ultra Sauromatas fugere hinc libet et glacialem
Oceanum.

M. de Rambuteau. — Comme vous y allez ! — (A part.) Monsieur mon secrétaire sait par cœur les satiriques. Aurait-il du goût pour la satire ? Ma foi, l'occasion est belle. Diable ! mais j'y pense. Si c'était lui qui remît au *Charivari* certaines notes *communiquées* ? Il ne faut pas s'y fier, tenons-nous ferme. — (Haut.) Les choses ne peuvent se passer de la sorte. Les fonctions du Conseil sont assez importantes pour qu'on les prenne au sérieux. Un bon citoyen se doit avant tout à la chose publique. Appelez les affaires qui sont à l'ordre du jour.

Le secrétaire. — Crédit demandé pour achat de linge : il manque dans les hôpitaux 76 201 draps de lit de diverses dimensions, 48,051 chemises, 71,904 taies d'oreillers.

M. de Rambuteau — Bon.

Le secrétaire. — Crédit demandé pour réparer les bains de la Charité.

M de Rambuteau. — Encore!

Le secrétaire. — Crédit demandé pour reconstruction du bâtiment *neuf* de Bicêtre, qui menace ruine.

M. de Rambuteau. — Ah ! feu M. de Talleyrand avait bien raison : rien ne coûte si cher que ce qui est gratuit. Vingt affaires qui demandent une prompte solution, et personne pour les examiner. A quoi songent donc messieurs du Conseil, de me laisser seul ici ? Une idée ! si j'en essayais ? J'ai vu que cela réussissait quelquefois à la Chambre. Faites l'appel nominal.

Le secrétaire. — Tout le monde est absent; il me semble que c'est inutile.

M. de Rambuteau. — Il vous semble? Le mot est joli. Faites l'appel nominal.

Le secrétaire. — M. le préfet de police ?

Le garçon de bureau. — S. M. est allée ce matin à Versailles, et M. le préfet de police l'accompagne.

Le secrétaire — M. Aubé?

Le garçon de bureau. — Il est au Conseil-d'État.

Le secrétaire. — M. le comte Lepelletier-d'Aulnay.

Le garçon de bureau. — Un accès de goutte le retient chez lui.

Le secrétaire. — M. Benjamin Delessert ?

Le garçon de bureau. — C'est aujourd'hui conseil de la banque de France.

nous avons établi le diagnostic. Si nous remontons aux antécédents, nous trouvons encore des preuves en faveur de cette opinion. Elle tousse, nous dit-elle, depuis plusieurs années; il y a six mois encore, il paraîtrait qu'elle était très grasse, et elle accompagne son récit d'un geste qui semble indiquer en effet que sa poitrine était très volumineuse. Il y a quelques mois, ses règles se supprimèrent tout d'un coup, sans cause connue, sans qu'elle eût fait aucune imprudence. Elle avait alors quarante ans, et aurait pu croire que la fonction menstruelle durerait encore pendant quelques années. A cette époque aussi, elle devint sujette à des maux de tête, sans que cependant ils affectassent aucunement le caractère périodique; ces maux de tête duraient plusieurs jours, et disparaissaient sans traitement.

Quatre mois après la suppression de ses règles, et à la suite d'une frayeur vive, elle fut prise de frissons suivis de chaleur, de sueurs; elle eut également des vomissements qui se sont répétés tous les jours pendant plusieurs mois, sans cependant la mettre dans une position assez fâcheuse pour l'empêcher de se livrer à ses occupations habituelles. Au bout de ces trois ou quatre mois, les accidents étaient devenus plus intenses, et la malade ne pouvait travailler que pendant fort peu de temps chaque jour. Enfin, il y a deux mois environ, elle s'aperçut pour la première fois de la présence du sang dans ses crachats. La matière de l'expectoration était peu abondante; elle ne rendait guère que trois ou quatre crachats dans les vingt-quatre heures, soit de sang pur, soit de sang mêlé de mucosités blanchâtres.

Un mot, en passant, sur la valeur du crachement de sang et sur l'appréciation de ce phénomène comme signe diagnostique. Autant une hémoptysie abondante est quelque chose de caractéristique et de grave, autant la présence de quelques stries de sang dans la matière expectorée constitue un caractère insignifiant. Lorsque la quantité de sang expectorée est assez abondante, il peut encore se présenter des circonstances différentes, suivant les cas. On pourra se demander si, chez les individus qui ont eu des crachements de sang passagers, il n'y a pas eu par hasard un ou deux petits tubercules qui, après s'être ramollis, avoir occasionné l'ulcération de quelques vaisseaux sanguins pulmonaires, se sont cicatrisés et guéris complétement. Sans être très communs, les exemples de ce genre ne sont cependant pas assez rares pour que chaque année l'on n'en rencontre pas quelques-uns chez des individus morts d'autres affections que la phthisie pulmonaire. Laënnec, dans son Traité de l'auscultation, a cité des faits de ce genre qu'il regardait comme authentiques et hors de toute discussion.

La malade dont nous racontons l'histoire est donc quelques hémoptysies, non assez abondantes pour indiquer d'une manière certaine et positive la présence de tubercules pulmonaires, mais cependant fournissant des indices d'une certaine valeur. Dans cette circonstance tirée des commémoratifs du sujet, nous trouvons donc, comme nous l'avions annoncé tout à l'heure, un phénomène qui vient à l'appui du diagnostic que nous avons porté, diagnostic du reste qui n'a plus besoin d'autres preuves que des signes directement perçus par l'observation, vu leur évidence et la netteté avec laquelle ils sont tranchés. Cette circonstance, de la présence incontestable des tubercules au sommet du poumon droit, nous a conduit à explorer avec grand soin la région supérieure du ventre, où la malade accuse de la douleur.

Depuis longtemps déjà, elle éprouve des douleurs épigastriques; comme il est d'observation que souvent la tuberculisation pulmonaire s'accompagne d'une dégénérescence du foie, consistant en une coloration grisâtre, une augmentation de densité et de résistance; que l'on a remarqué également que cette altération est plus commune chez la femme que chez l'homme, tout cela a dû nous conduire à faire un examen particulier de la région du foie et de l'épigastre. L'épigastre est plus sensible à la pression que les autres régions du ventre, et qu'il n'est à l'état normal. Interrogée si dans certains points de l'abdomen elle souffrait plus que dans d'autres, elle nous a montré les régions épigastrique et hypochondriaque droite. Nous avons constaté qu'il y avait une différence assez marquée entre les deux côtés. A gauche, les doigts profondément enfoncés, pénètrent sous le rebord des fausses côtes, lorsque l'on déprime les parois abdominales; à droite, à un pouce environ au-dessous du rebord des côtes, on se trouve arrêté par un obstacle qui empêche le tranchant de la main de pénétrer plus profondément. En embrassant avec la main la région du flanc droit, on sent que l'on soulève en même temps que le carré des lombes, une masse volumineuse. Dans cette circonstance, on fait déborder le foie d'une manière bien appréciable. Cet organe est sensible à la pression. Cet abaissement du foie au-dessous des limites dans lesquelles il se trouve habituellement, est caractéristique d'une hypertrophie considérable.

Si nous rapprochons tous ces caractères, il est difficile de ne pas voir dans les phénomènes nerveux du côté de l'estomac et du foie, des rapports semblables à ceux qui existent entre les symptômes de la poitrine et ceux qui affectent les voies digestives. Lorsque les tubercules sont peu nombreux, il est difficile, le plus souvent même impossible de constater aucun phénomène appréciable; on ne peut, quoi qu'on ait dit, reconnaître l'existence de ces productions morbides que lorsqu'elles sont assez nombreuses, qu'elles occupent une certaine étendue de poumon et qu'elles ont acquis un assez grand développement. Ici, la lésion de l'estomac a été, pendant quelque temps, la seule que l'on pût soupçonner, à tel point même que l'on a pris pour la maladie principale, ce qui n'était qu'une affection secondaire. Au lieu d'avoir les caractères ordinaires, cette affection a eu ici une forme insidieuse pendant une grande partie de son cours, et méritait, par cette raison même, une grande attention de votre part.

Paralysie d'origine rhumatismale.

Il y a quelques années, lorsque l'on avait affaire à une paralysie, quelle qu'elle fût, on en cherchait la cause dans le système nerveux. Lorsque la paralysie était partielle, on était entraîné à faire remonter la lésion jusqu'à la substance cérébrale. Cette manière était évidemment exagérée. Certainement, on ne peut nier que les branches nerveuses ne puissent subir des altérations pathologiques. L'observation directe a conduit à admettre que ces lésions des branches nerveuses pouvaient déterminer des paralysies; dans d'autres cas, cependant, comme dans la paralysie saturnine, par exemple, on ne constate aucune espèce de lésion, soit des centres nerveux, soit des branches. Lorsque l'on pratique l'ouverture des cadavres, la dissection la plus minutieuse et l'investigation la plus complète ne peut faire découvrir aucune lésion matérielle appréciable. Pour ne citer qu'un exemple, dans la maladie connue sous le nom de *colique du Poitou*, maladie dans laquelle l'affaiblissement des membres était tel, que, suivant l'expression d'un auteur célèbre, les sujets semblaient avoir des membres postiches, et qui n'était certainement pas une simple colique de plomb; dans la colique du Poitou, disons nous, l'anatomie pathologique était muette. Ainsi donc il reste prouvé, de la manière la plus positive, qu'il peut exister des paralysies partielles qui ne sont accompagnées d'aucune lésion appréciable du cerveau, de la moelle ou des branches nerveuses. Ce qui ne veut point dire qu'il n'y ait pas de désordres dans le système nerveux, mais seulement que ces désordres échappent à l'observateur.

Parmi ces paralysies bornées à une portion du système nerveux, il en est une qui est des plus fréquentes et qui s'observe très souvent; nous voulons parler de la paralysie de la face, considérée, il y a vingt ans, généralement comme le résultat d'une maladie du cerveau. Comme quelques-unes des paralysies dont nous venons de vous parler, la paralysie faciale est très fréquemment déterminée par une cause qui a son siége en dehors de l'encéphale et qui agit probablement sur le trajet de la branche nerveuse paralysée.

Nous avons en ce moment, au n° 31 de la salle Saint-Bernard, une femme chez laquelle une paralysie s'est produite sous l'influence d'un principe qui agit ordinairement sur le système fibreux, nous voulons parler du principe rhumatismal. Voici comment la maladie a marché. La femme dont nous voulons vous parler est âgée de 35 ans, d'une bonne santé, née de parents bien portants. Elle n'est point sujette aux affections rhumatismales; elle a eu six enfants; elle est accouchée, pour la dernière fois, au commencement de cette année. Il y a quatre mois environ, elle se fatigua à faire un grand dîner, elle est cuisinière; depuis quelque temps, elle avait quitté un gilet de flanelle qu'elle portait habituellement. Après s'être trouvée ainsi exposée à une chaleur longtemps prolongée, elle ouvrit la fenêtre de sa cuisine, comme elle avait l'habitude de le faire depuis cinq ans qu'elle était dans la même maison. Ce n'était donc point la première fois qu'elle subissait cette épreuve. Mais, cette fois, il n'y avait que peu de temps qu'elle était relevée de ses couches, et l'on sait que l'état puerpéral prédispose la femme aux affections rhumatismales. Dans la soirée de ce même jour, elle éprouva, dans l'épaule gauche et dans le coude du même côté, un peu de gêne, sans douleur bien manifeste encore. Le lendemain, en se réveillant, elle ressentit des douleurs très vives dans l'épaule gauche, douleurs qui allèrent en augmentant, à tel point, qu'au bout de trois jours, il était à peu près impossible à la malade de parvenir à passer ses vêtements.

Le même jour, dans la matinée, ayant voulu tenir un vase de la main gauche, elle éprouva une sensation douloureuse tellement intense, que ce vase lui échappa; elle demanda immédiatement à entrer à l'hôpital; au moment où elle fut reçue, les douleurs étaient très fortes, et il était impossible à cette femme de s'habiller; la pression sur l'épaule était douloureuse; le moindre mouvement de l'avant-bras déterminait ainsi de grandes souffrances dans l'articulation du coude principalement. Cependant, on n'observait dans aucune jointure ni gonflement ni rougeur de la peau; quant à l'épaule, cette circonstance doit peu surprendre; entourée comme elle l'est de parties molles épaisses, l'articulation de l'épaule ne présente que très rarement un gonflement appréciable. Tout semblait se réunir pour annoncer ici l'existence d'une affection rhumatismale. Nous prescrivîmes quelques applications de sangsues, puis un vésicatoire, à la surface duquel on répandit de la morphine; sous l'influence de cette médication, la douleur diminua sensiblement. Tout à coup et sans nouvelle cause appréciable, la douleur cesse; le bras perd sa contractilité, sa sensibilité; la malade pouvait à peine fléchir un peu les doigts. Voilà une affection dont il me semble difficile de ne point rapporter la cause déterminante au principe rhumatismal qui, selon nous, a produit la perte de la sensibilité et des mouvements. C'est une véritable paralysie rhumatismale. Elle était tellement complète, que l'on pouvait enfoncer des aiguilles dans le bras sans que la malade s'en aperçût.

Le secrétaire. — M. Dubois.

Le garçon de bureau. — Il est au Conseil général du commerce.

Le secrétaire. — M. Dupin aîné?

Le garçon de bureau. — Il porte la parole comme procureur-général à la Cour de cassation.

Le secrétaire. — M. Foucher?

Le garçon de bureau. — Il préside la chambre des notaires.

Le secrétaire. — M. Edmond Halphen?

Le garçon de bureau. — En sa qualité d'adjoint au maire, il fait des mariages à la mairie du 2e arrondissement.

Le secrétaire. — M. de Jouvencel?

Le garçon de bureau. — Il est à la Chambre des députés.

Le secrétaire. — M. le comte Hervé de Kergorlay?

Le garçon de bureau. — M. le comte est dans ses terres.

Le secrétaire. — M. le duc de Liancourt?

Le garçon de bureau. — Il est au Conseil général d'agriculture.

Le secrétaire. — M. le vicomte de Mortemart?

Le garçon de bureau. — Il est en Italie.

Le secrétaire. — M. Orfila?

Le garçon de bureau. — M. le doyen de la Faculté de médecine est au Conseil royal de l'instruction publique.

Le secrétaire. — M. Perignon?

Le garçon de bureau. — Il préside la Cour royale.

Le secrétaire. — M. le comte de Tascher?

Le garçon de bureau. — Il assiste à la séance de la Chambre des pairs.

M. de Rambuteau. — Est-ce là tout?

Le secrétaire. — Oui, monsieur le préfet.

M. de Rambuteau. — Alors vous dresserez un procès-verbal de carence, et vous y inscrirez les noms des absents. La séance est levée. (A part.) Il n'y a pas d'administration possible avec un Conseil composé de gens si occupés. Au reste, ce n'est pas tout à fait leur faute; on ne peut être à la fois, par exemple, au Conseil-d'Etat et au Conseil des hôpitaux. J'en parlerai à Duchâtel, ce soir, à l'Opéra. Que dira-t-il de mon appel nominal? Il est bien capable d'en rire, le gros homme. C'est égal, mon idée est neuve, si elle n'est pas consolante. »

Il y a, sans doute, dans ce tableau, comme dans toute comédie un peu d'exagération; mais on ne peut ne pas voir la vérité et la justesse des réflexions prêtées à M. de Rambuteau, qui joue ici le beau rôle, et ne pas répéter avec lui: Il est impossible d'administrer convenablement les affaires des hôpitaux avec des gens si occupés.

— Le second fait, qui indique le peu de considération et d'influence des médecins, s'est passé à la Chambre des députés. Un projet de loi y a été porté concernant la vente des poisons. Certes, voilà bien une question où l'intervention de la médecine est nécessaire, indispensable. Il y a, à la Chambre, sept ou huit médecins, et quelques-uns d'un grand nom dans la science; eh bien, le croirez-vous? Dans la commission chargée d'examiner ce projet de loi et d'en faire un rapport à la Chambre, vous ne trouverez pas un seul médecin!...

Comme par grâce, la Chambre a nommé, parmi les commissaires, un ancien pharmacien retiré des affaires.

Je vous le dis, et vous pouvez m'en croire, tant que notre corporation ne fera pas par elle-même tous ses efforts pour reprendre dans la société et dans la considération des hommes la place qu'elle doit y occuper, elle restera dans sa position humiliante et infime. A l'œuvre donc, chers et honorables confrères; le moment est opportun; Paris va vous donner l'exemple; ne restez pas indifférents aux incitations qui vont partir d'ici.

— En Bavière les choses se passent différemment qu'en France, et voici, par exemple, une disposition du gouvernement de ce pays, qui trouverait ici un grand nombre de récalcitrants. Là-bas, les médecins ne peuvent s'absenter de leur résidence sans permission, sous peine d'amende, de suspension, et même d'interdiction. Mais il faut dire que, dans ce pays, le médecin est considéré comme un fonctionnaire public, que le nombre en est limité, et que le droit d'exercice n'est accordé qu'au fur et à mesure des extinctions et des besoins de la population. Que de contrariétés susciterait ici l'ordonnance du roi de Bavière! Bientôt, en effet, les gros bonnets de notre ordre vont faire leurs préparatifs de départ, les uns pour des voyages plus ou moins éloignés, les autres pour aller respirer l'air pur des champs et se reposer de leurs fatigues sous les frais ombrages de quelque habitation champêtre. De ceux-ci c'est l'infiniment petit nombre. Une douzaine au plus vont se livrer aux plaisirs de la villégiature, et encore dans un rayon fort circonspect des barrières de Paris. Quelques myriamètres rapidement franchis peuvent les rapprocher à toute heure de leurs bosquets ou de leurs affaires. Mais, à moins de quelque gros client pour lequel un planton de service est toujours prêt à partir, je connais quelques confrères dont les clients, pendant l'été, ne peuvent être malades que de midi à trois heures. Le dimanche, par exemple, il faut mourir sans leur secours. Ce jour-là, d'ailleurs, petits et grands font même chose; les grands reçoivent dans leurs terres et les petits sont reçus; de sorte que depuis l'invention des chemins de fer rien n'est plus rare à Paris, le dimanche, que les médecins. Ceux qui restent ont chance ce jour-là de faire des affaires. Il y en a, dit on, qui n'en font que ce jour-là.

— Je n'ai encore rien ou que peu de chose à vous dire, cette semaine, de l'Académie de médecine. M. Pariset a lu un rapport sur les titres des candidats à la place d'associés étrangers, et l'on a trouvé généralement que le célèbre secrétaire perpétuel avait été, cette fois, trop avare de ce beau langage auquel il a habitué l'Académie. L'occasion était belle cependant au sujet des plus grands noms de la médecine contemporaine étrangère de se livrer à des appréciations, à des comparaisons, à des considérations de haute critique que M. Pariset manie avec tant d'habileté. Il a préféré une froide énumération empruntée à quelque catalogue de librairie, et franchement c'était bien maigre. Je souffrais pour M. Pariset, dont l'élégant esprit devait être bien mal à l'aise dans cette sèche kyrielle d'indications bibliographiques. Une prochaine revanche fera sans doute oublier ce malencontreux rapport.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Un emploi de chirurgien professeur d'anatomie descriptive générale et de physiologie élémentaire est vacant à l'hôpital d'instruction de Metz.

— Une décision ministérielle du 14 mai dernier porte que l'hôpital militaire de Rocroi sera transformé en un dépôt de premiers secours, et réuni comme tel à l'hôpital de Givet, dont il sera une succursale.

— Le concours pour le grade de chirurgien sous-aide et les examens des chirurgiens sous-aides et élèves dans les hôpitaux d'instruction auront lieu le 1er août prochain, et le concours pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève le 25 du même mois.

— MM. Rey, chirurgien aide-major de 2e classe au 53e de ligne, et Martenot, *idem* en Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur général, en date du 23 mai dernier.

— Un emploi de médecin professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale est vacant à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

— La Société médico-pratique de Paris propose pour sujet de prix à décerner en 1847, la question suivante:

« De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer par les faits la valeur de ce phénomène morbide, relativement à la mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Exposer le traitement. — La Société a en vue surtout, mais non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de Bright. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 fr. — Les mémoires écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis, avant le 31 décembre 1846, avec les formes académiques, à M. le docteur Richelot, secrétaire général.

— La médecine vétérinaire vient de faire une perte sensible dans la personne de M. C. Viborg, professeur et directeur de l'Ecole royale de médecine vétérinaire du Danemark, mort d'apoplexie, le 7 octobre dernier, à Copenhague.

Cette femme a été soumise à l'action des secousses galvaniques; mais alors la douleur est revenue, la sensibilité a reparu rapidement, en même temps que les mouvements se rétablissaient. Il y a eu là un phénomène inverse de celui qui s'était produit cinq ou six semaines auparavant. On voit, par l'observation dont nous venons de donner les détails, que le principe rhumatismal donne lieu à des névralgies ou à des paralysies, soit de sentiment, soit de mouvement. Sous le rapport de la nature de l'affection, le nom de goutte sciatique, employé par les anciens auteurs, indiquait assez bien l'influence souvent observée des causes rhumatismales. Nous aurons occasion de faire observer que la paralysie reconnaît souvent des causes beaucoup plus graves.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES YEUX.

De l'iritis. (Fin.)

Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire de l'iritis, à parler de la thérapeutique qui convient à la forme chronique de cette affection. L'iritis chronique, ainsi que nous l'avons dit, échappant assez souvent à l'observation, ou étant confondue avec quelques variétés de l'amaurose, demande cependant à être distinguée au moyen de quelques signes autres que les changements de coloration, l'aspect floconneux, les marbrures, etc. Quand on tourne l'œil du malade vers la lumière, on voit naître les troubles fonctionnels, la photophobie, l'épiphora; si l'on place, au contraire, les yeux dans l'obscurité, la pupille ne se dilate pas. Ce sont des symptômes qu'il ne faut pas oublier.

Les causes de l'iritis chronique sont peu connues encore; elle s'établit lentement, insensiblement, et souvent on ne s'en aperçoit que quand la maladie existe déjà depuis quelque temps; aussi n'a-t-on songé qu'à des causes constitutionnelles. Larrey en France, les Allemands et les Anglais ont pensé que l'iritis chronique était toujours occasionnée par l'infection syphilitique. Il est vrai de dire que nous avons pu souvent observer que les malades présentant cette affection avaient contracté la maladie vénérienne; nous devons ajouter cependant que, contrairement à l'opinion naturelle qu'on s'en ferait, les mercuriaux guérissent rarement les individus affectés d'iritis chronique. Nous avons soumis un grand nombre de malades à un traitement antisyphilitique, et nous n'avons pas vu souvent qu'il fût avantageux; mais faudrait-il conclure de ceci que la syphilis alors ne doit pas être regardée comme la cause de la maladie, nous ne le pensons pas.

Si l'on étudie avec soin la syphilis, on constate que fréquemment elle amène à sa suite des changements, des modifications particulières qui persisteront après le traitement, et qui survivront à la maladie parfaitement guérie. Ainsi, qu'on examine ce qui se passe dans l'urètre après l'existence d'une ou de plusieurs blennorrhagies; il survient un rétrécissement, la maladie a disparu depuis longtemps en laissant subsister des altérations que n'atteint point le traitement. Les bubons guéris n'empêcheront pas des engorgements, des adhérences de persister, et ces états pathologiques ne disparaîtront pas toujours, alors même que la syphilis aura été combattue avec succès.

Or, dans l'iritis, ce sont des phénomènes analogues qui se passent; des modifications anatomiques surviennent sous l'influence de la syphilis; cette dernière amène dans l'œil une inflammation; si elle dure pendant un certain temps, des flocons, des adhérences filamenteuses entre l'iris et la capsule naîtront et survivront à la maladie principale. Il faut donc retenir cette proposition : Alors qu'il serait démontré que l'infection syphilitique est la cause véritable d'une iritis, ce ne serait point une raison suffisante pour affirmer la guérison par les mercuriaux.

N'en est-il pas de même, du reste, pour certaines autres maladies des yeux; n'avons-nous pas vu, par exemple, combien la guérison de la kératite était loin de ramener toujours la fonction à l'état normal?

Parmi les sujets auxquels nous avons fait subir un traitement mercuriel pour des iritis syphilitiques, il en est qui ont guéri en conservant la vision intacte; mais ce n'étaient pas ceux dont l'iris avait éprouvé quelque altération, ou qui présentaient ces filaments, ces adhérences dont nous avons parlé.

Dans l'iritis chronique, le traitement que nous mettons en usage consiste dans l'emploi de sangsues à l'orbite, aux tempes, derrière l'apophyse mastoïde; quelquefois nous faisons pratiquer de petites saignées, nous administrons les purgatifs.

Les révulsifs sont aussi, dans l'iritis chronique, mieux indiqués encore que dans l'iritis aiguë; ce sont des moyens précieux et énergiques, et auxquels il convient surtout de recourir dans cette forme de la maladie. On appliquera avec avantage un petit vésicatoire volant sur le front au-dessus de l'œil malade; on prescrira des ventouses à la nuque, des sinapismes sur les membres inférieurs, les grandes ventouses de Junot; enfin, les cautères, les moxas, les sétons produiront des résultats utiles. Le cautère et le séton pourront être placés à la nuque, les moxas derrière les oreilles; mais nous recommandons d'une manière toute particulière le cautère dans la fossette sous-occipitale; il nous a toujours semblé plus avantageux que le séton même, et surtout dans la région que nous indiquons; il existe en ce point une masse cellulo-graisseuse qui se continue pour ainsi dire avec la dure-mère; l'exutoire est facile à dissimuler en cet endroit au moyen des cheveux, chez les femmes surtout; en un mot, son emploi est commode et efficace à la fois.

Il est encore un autre remède à employer concurremment avec ceux que nous venons de citer, et qui jouit de propriétés recommandables dans l'iritis chronique, nous voulons parler de la belladone. Nous avons dit plus haut que nous nous proposions de nous expliquer sur son emploi. Voici en effet comment on en retire tous les bons résultats que ce médicament est susceptible de donner dans l'iritis chronique.

Ce n'est point en employant la belladone d'une manière continue que son efficacité se manifeste; il faut, au contraire, en faire usage par saccades. Nous allons nous faire entendre.

Le but qu'on se propose par l'administration de la belladone, est d'agir directement sur la pupille en opérant sa dilatation. Or, la belladone est un agent dont l'action diminue et s'anéantit par l'usage, à moins qu'on n'augmente graduellement les doses, ce qui n'est pas sans inconvénient. Si donc, on donne la belladone d'une façon continue, son action se perd bientôt, et les tiraillements produits sur l'iris par son influence sur cette membrane, n'ont qu'une puissance peu prononcée, et nulle au bout d'un certain temps. Quand, au contraire, on se sert de la belladone à intervalles, une fois par semaine, par exemple, elle imprime à l'iris une secousse salutaire, la pupille se dilate, puis revient à son état primitif, et l'on parvient ainsi parfois à déchirer quelques adhérences produites par la maladie. Il n'est pas besoin d'insister longuement pour faire comprendre combien l'on réussira mieux à rompre ces adhérences par des tractions brusques, qu'on ne le ferait en agissant lentement; c'est un fait physique que l'expérience confirme à chaque instant.

Si l'irritation est encore vive, on ne doit pas hésiter à recourir aux collyres adoucissants, aux pommades opiacées mercurielles, et en se rappelant toujours que les modifications pathologiques amenées par l'iritis chronique, ne disparaissent pas toujours quand la maladie est guérie, et que c'est là surtout ce qui fait la gravité de cette affection.

A cela se borne ce que nous voulions dire des diverses inflammations de l'œil; les phlegmasies des autres membranes de l'organe sont tellement obscures que peu de praticiens sont d'accord à leur sujet, et que nous n'aurions que peu de choses vraiment utiles à en dire, nous aimons mieux résumer en quelques mots faciles à retenir ce que nous avons exposé du diagnostic et du traitement des inflammations des yeux.

En résumé général, les inflammations des yeux se divisent en inflammations des paupières, de la conjonctive, de la cornée et de l'iris.

Celles des paupières, en phlegmasies de la face interne et des bords.

Les inflammations de la face interne comprennent les conjonctivites muqueuse, granuleuse, glanduleuse; celles des bords, les folliculeuse, furfuracée, exulcéreuse. Nous renvoyons au résumé de leurs caractères publié l'an dernier.

La conjonctivite se divise en conjonctivite proprement dite, des nouveau-nés, blennorrhagique. La première, reconnaissable à une rougeur arborescente, violacée, mobile du blanc de l'œil, rougeur plus foncée du côté de la rainure oculo-palpébrale; la seconde, au boursouflement et à la purulence, matière jaunâtre ou verdâtre; la troisième, à peu près aux mêmes caractères que la précédente, mais débutant par la conjonctive oculaire, et l'autre par la conjonctive palpébrale.

La kératite se subdivise en générale, partielle, ulcéreuse, diffuse; elle est caractérisée par l'épiphora, la photophobie, la douleur, la rougeur rayonnée.

L'iritis, en aiguë, chronique, spécifique; l'anneau varié, la rougeur légère, la douleur de tête, la coloration de l'iris, la déformation de la pupille, la distinguent.

Pour ce qui regarde la thérapeutique, les blépharites muqueuses seront traitées par les émollients, les purgatifs, la saignée; les granuleuses, longues et difficiles à guérir, par le sulfate de zinc, de fer, le nitrate d'argent; les glanduleuses, plus rebelles que les premières, moins que les précédentes, par les pommades et collyres styptiques.

Les conjonctivites guériront par le nitrate d'argent; les purulentes demandent de fortes doses de ce médicament: elles sont dangereuses : la première l'est à peine.

Les kératites seront peu influencées par les collyres, les pommades; les saignées générales, locales conviennent; les révulsifs, sétons, cautères, vésicatoires au front, le calomel. La guérison marche moins vite que dans les conjonctivites.

Enfin, pour l'iritis, nous en avons traité trop récemment pour y revenir.

— M. Velpeau faisant en ce moment, à la Charité, une série de leçons sur les *maladies des femmes*, nous en commencerons très prochainement la publication. PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 28 mai 1845.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, dont la rédaction est adoptée.

— *M. Guersant* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. La Société, dit-il, se rappelle sans doute que je lui ai présenté dans la dernière séance un enfant de deux ans, qui portait sur le côté droit du nez une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon; que cette tumeur avait une couleur rosée comme celle des joues; qu'elle n'était ni mobile, ni réductible; qu'elle offrait au toucher une consistance pâteuse et des battements peu développés, mais isochrones à ceux du pouls; qu'elle devenait plus dure et plus tendue quand l'enfant criait; et qu'enfin, quoique datant de l'époque de la naissance, elle augmentait de volume depuis deux mois, du moins si l'on s'en rapporte aux renseignements fournis par les parents.

La Société se rappelle aussi que la majorité des membres qui examinèrent cette tumeur, pensa qu'elle était de nature érectile, et qu'il convenait d'en tenter la cure en passant de petits sétons dans son intérieur; comme je partageais cette double opinion, j'ai opéré dès le surlendemain, et j'ai introduit d'abord quatre sétons à la base de la tumeur. Cette opération a été suivie, au bout de quelques heures, de convulsions, de symptômes de méningite peu aiguë, et la mort est survenue trois jours après l'invasion des premiers accidents.

L'autopsie m'a fait voir que la tumeur était formée par du tissu cellulaire induré, qui constituait une couche assez épaisse à l'extérieur d'une poche lisse qui renfermait l'extrémité antérieure des deux lobes frontaux du cerveau, ayant chacun le volume d'un pois, et sortant de la cavité du crâne à travers la suture naso-frontale par une ouverture très étroite qui ne permettait à la tumeur ni de rentrer, ni de sortir, bien que les sétons fussent passés au-devant de la substance cérébrale qui faisait hernie. La méningite procédait de ce point; elle était caractérisée par une infiltration puriforme du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la base du cerveau, et principalement du point qui répondait à l'entrecroisement des nerfs optiques. Le ventricule latéral droit était distendu par une énorme quantité de sérosité transparente, et ses parois étaient amincies. Tous les autres organes étaient sains.

— *M. Vidal* fait le rapport suivant sur un travail envoyé par M. Lionet, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant.

Vous avez chargé MM. Nélaton, Danyau, R. Marjolin, et moi, de vous faire un rapport sur M. Lionet, docteur en médecine, résidant à Corbeil, qui vous demande le titre de correspondant de votre Société. Ce médecin joint à cette demande deux notes sur des sujets de chirurgie pratique. La première note est relative à un moyen de réduction des fractures des côtes. M. Lionet avoue que c'est un procédé empirique. Je ne le soumettrai donc à aucun raisonnement. Je l'exposerai comme M. Lionet. Ce chirurgien place le malade debout devant lui, et il applique sa poitrine contre la sienne; les poignets du chirurgien sont en même temps croisés sur la colonne vertébrale du malade pendant deux ou trois secondes, et celui-ci fait une forte inspiration. La douleur diminue considérablement, et le malade, ajoute M. Lionet, se dit quelquefois guéri. Une serviette serrée autour du corps et le repos complètent le traitement.

Selon M. Lionet la douleur est calmée, parce que par la dilatation latérale de la poitrine les portions de tissus pincées par les fragments se trouvent ainsi dégagées. Il n'est personne de vous qui ne sache que ce mode de réduction est soumis aux principes du bandage depuis longtemps connu, et que Boyer conseille; bandage qui consiste à agir par des compresses épaisses sur les deux extrémités de la côte fracturée, et cela quand les fragments ont de la tendance à se porter en dedans. L'explication de la douleur par le pincement des tissus, qui serait dû aux fragments; cette explication a été aussi proposée par un de vous, M. Malgaigne, qui l'a récemment bien exposée.

Quant à la deuxième note, elle est relative au diagnostic des fractures du col du fémur par l'auscultation. Mais au lieu d'examiner le malade dans la position horizontale, M. Lionet propose de le faire lever, de poser son pied du côté sain sur un tabouret, afin d'abandonner à son propre poids le membre malade. On applique l'oreille sur la racine du membre pendant qu'on meut son extrémité inférieure, et le chirurgien entend une crépitation des plus marquées.

Il est évident qu'il est des cas où ce procédé ne pourrait être employé sans inconvénient. Mais il faut convenir qu'il est préférable, pour la sûreté du diagnostic, à l'auscultation dans la position horizontale. Je ne me permettrai pas plus de développements sur les deux notes de M. Lionet. Ce médecin dit sa pensée très succinctement sur deux points de pratique chirurgicale, et cela sans ambition littéraire; il n'a qu'une ambition, celle de vous prouver qu'il est digne de faire partie de cette génération de travailleurs qui peuvent vous aider par leur correspondance à atteindre votre noble but, l'étude et les progrès de la chirurgie.

En conséquence, nous vous proposons d'admettre M. le docteur Lionet parmi vos membres correspondants.

M. Malgaigne rappelle que, dans ses expériences sur le cadavre, il avait trouvé que la pression conseillée par M. Lionet, inutile ou nuisible dans les fractures complètes, pouvait procurer une sorte de réduction des fractures incomplètes siégeant sur la table interne avec flexion en dedans de la table externe; et comme ces fractures incomplètes sont, dans son opinion, très communes, il s'explique ainsi les résultats obtenus par M. Lionet. Du reste il a eu occasion d'essayer ce procédé tout récemment sur deux malades, avec cette petite modification : il fit mettre les malades debout contre le mur, et, pressant sur le sternum tandis que le dos appuyait contre le mur, il leur fit faire un effort. Chez un de ces malades, où l'on ne sentait pas de crépitation, la douleur fut, en effet, calmée aussitôt; sur l'autre, où la crépitation était très sensible, la douleur demeura la même.

M. le président met aux voix les conclusions du rapport.

M. Lionet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre correspondant.

— *M. Denonvilliers* rapporteur d'un travail envoyé par M. Morel-Lavallée, demande que la Société accorde trois semaines aux membres de la commission pour se livrer aux recherches nécessitées par ce travail, et fonde sa demande sur ce que le mémoire de M. Morel n'a été remis à la commission que dans ces derniers temps. (Accordé.)

— *M. Monod* fait un rapport sur un ouvrage de M. le docteur Pauly de Landau, ayant pour titre : Recherches et expériences sur le domaine de la chirurgie. M. Monod donne une analyse étendue de ce livre, écrit en allemand, et propose l'admission de M. Pauly en qualité de membre correspondant.

La Société n'étant plus en nombre renvoie cette nomination à la séance prochaine.

Séance levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Emphysème traumatique spontané. — Le *Journal de chirurgie* contient un travail de M. Malgaigne sur la nature et la gravité de l'emphysème traumatique spontané, qui se déclare dans la région blessée ou dans son voisinage, presque immédiatement après le choc reçu et avant toute apparence de gangrène, d'ailleurs sans communication avec les voies aériennes. M. Velpeau paraît être à peu près le seul qui en ait parlé jusqu'à présent. Il l'a observé chez six malades dont trois ont succombé. La *Gazette des Hôpitaux* (1844, page 458) a publié récemment un fait de ce genre suivi de gangrène et de mort. Dès 1836, M. Martin de Bazas avait appelé l'attention sur ce sujet et publié deux cas d'emphysème traumatique spontané terminés par la mort. On en doit également une observation à M. Colson. Dans un cas où cet accident détermina la gangrène, M. Malgaigne vit cependant le malade guérir.

A côté de faits aussi graves, il en est d'autres où l'emphysème spontané se comporte de la manière la plus bénigne. M. Martin a rapporté un fait d'emphysème du membre supérieur, s'étendant jusqu'à la poitrine, et compliquant une plaie d'arme à feu de l'avant-bras, sans fracture. Sauf quelques contre-ouvertures qui furent jugées nécessaires, l'emphysème n'amena point d'accidents et se dissipa peu à peu. Ne pourrait-on pas soupçonner, dit M. Malgaigne, que dans ce cas l'emphysème venait de la poitrine même, ce qui expliquerait parfaitement son innocuité?

Au total, l'emphysème spontané dans les fractures est une complication des plus graves et qui, presque toujours exigera l'amputation primitive. Comment se produit il, d'où vient cette funeste influence; deux questions difficiles à résoudre. M. Malgaigne pense qu'il s'opère dans les tissus, sous l'influence du choc et de la stupeur, une altération spéciale qui attaque la vie, comme un froid excessif tue le germe dans l'œuf et la vitalité dans le caillot du sang, sans aucun changement appréciable à la vue. L'exhalation de gaz plus ou moins délétères en est le seul indice, et presque toujours cet indice annonce une gangrène imminente. Dans un cas de ce genre, dont M. Malgaigne rapporte l'histoire détaillée, et relatif à un sujet qui avait été atteint à la cuiss

par la chute d'une forte pièce de charpente . observation terminée par la gangrène et par la mort , on fit l'analyse des gaz infiltrés dans les parties qui étaient le siége de l'emphysème.

Il résulte de cette analyse que c'est de l'hydrogène carboné qui se développe aussi rapidement et si abondamment dans cette gangrène. Quant à l'air que l'on y rencontre, il préexiste dans les tissus, et peut-être aussi s'en introduit-il une partie dans les transvasements assez nombreux qu'on est obligé de faire, malgré toutes les précautions possibles.

Ici, ajoute M. Malgaigne, s'élèvent des questions diverses qui ne sauraient toutes être également résolues. Et d'abord, avions nous affaire à quelque ivrogne, comme dans deux cas rapportés par M. Simonin, de telle sorte qu'il eût fallu faire la part de l'influence alcoolique. Je fis prendre des renseignements par M. Davasse, mon interne; j'interrogeai moi-même scrupuleusement la femme du défunt, et une autre personne de sa famille: tout le monde s'accorda à dire qu'il était d'une sobriété remarquable. Depuis quatre ans qu'il était fixé à Paris, il ne s'était pas enivré une seule fois.

Maintenant ces gaz recueillis après la mort. étaient ils bien de même nature que ceux qui constituaient l'emphysème primitif avant la gangrène? Serait-ce aussi toujours la même espèce de gaz qui serait exhalée? Ou bien y en aurait il de diverses sortes correspondant aux divers degrés d'altération, et expliquant par leur nature même la bénignité ou la malignité de l'emphysème spontané? On voit tout de suite l'importance de ces questions, et l'intérêt qu'il y aurait à les résoudre; malheureusement je n'ai point songé à examiner le gaz exhalé pendant la vie, et il faut attendre des faits ultérieurs pour nous éclairer à cet égard.

Des sympathies qui existent entre le cerveau et les organes du bas-ventre. — Nous lisons dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* l'extrait suivant d'un journal anglais:

Dans l'opinion du docteur Amelung, un grand nombre de suicides dont la cause n'est pas appréciable, dépendent d'une lésion des organes du bas-ventre; telle est aussi, selon lui, la cause de la manie sans délire, folie morale des Anglais. *Melancolicos infra vehementius purgabis*, a dit Hippocrate. L'observation suivante de M. Amelung viendrait à l'appui de cet aphorisme.

Un homme âgé de trente quatre ans, bien portant, dans une position sociale heureuse d'un caractère habituellement égal, mais seulement impressionnable, apprend qu'un de ses amis vient de se pendre. Il ressent, à l'instant même, une vive secousse à l'épigastre et à l'abdomen; il est pris du désir d'en faire autant. Il comprenait bien tout ce que cette pensée avait de contraire à la morale, et cependant il ne pouvait s'en débarrasser; elle le persécutait au milieu de son sommeil, au milieu de son travail, au milieu de la société qu'il recherchait pour s'y soustraire, au milieu enfin des excès bachiques dans lesquels il était venu chercher un dernier refuge. Il s'adressa, en désespoir de cause, au docteur Amelung, qui sut capter sa confiance. Ce dernier lui trouva le pouls accéléré la langue couverte d'un enduit jaunâtre, la peau de la tête chaude L'appétit était irrégulier et capricieux; les garde-robes étaient rares; le sommeil court, troublé et interrompu.

Après avoir donné à son malade quelques conseils de diététique et de morale, l'auteur lui prescrivit un émeto-cathartique qui devait être répété D'abondantes évacuations en furent la suite, la langue se nettoya; le malade se sentit mieux physiquement et moralement Après quelques alternatives de mal et de mieux, il survint une diarrhée que M. Amelung chercha à favoriser par le tartrate acidule de potasse continué quelque temps. La guerison est complétement établie.

BIBLIOGRAPHIE.

Lettre sur la syphilis; par M. le docteur Ratier.

Pour M. Ratier, la syphilis est une maladie dont l'histoire ne présente aucune incertitude, une affection des plus facile à connaître, plus facile encore à traiter, et dont on a eu jusqu'à présent le plus grand tort de s'effrayer. La meilleure idée que nous puissions donner de la brochure de M. Ratier, ce sera la citation de quelques-unes des propositions dans lesquelles il résume sa nouvelle doctrine.

1° La syphilis est une affection simple de la peau et des muqueuses, tout à fait indépendante, ne se masquant point, facile à diagnostiquer pour ceux qui l'ont étudiée.

2° Elle est virulente et contagieuse.

3° Le chancre ou ulcère syphilitique est le seul symptôme de la syphilis primitive, qui est *une*.

4° La syphilis peut être inoculée indéfiniment.

5° L'inoculation de la matière virulente détermine, après une *incubation* plus ou moins prolongée, la production d'une pustule dont la rupture laisse un ulcère parfaitement reconnaissable, et qui a une marche, une durée, une terminaison caractéristiques. Abandonné à lui-même, cet ulcère a une durée de quarante jours. Il peut guérir sans laisser de traces.

6° L'infection constitutionnelle, mal désignée puisqu'elle *n'agit que très peu* sur la constitution et sur la santé générale, est une maladie spécifique de la peau et des membranes muqueuses. Elle ne vient qu'après le chancre, ou par transmission héréditaire; elle n'est pas contagieuse, et peut guérir parfaitement sans laisser de traces dans la constitution.

7° Cette affection constitutionnelle, à laquelle l'auteur donne le nom de syphilide papuleuse, est tellement caractéristique qu'il suffirait à M. Ratier de voir six pouces carrés de la peau d'un sujet malade pour dire: Cet homme a la vérole; *dans deux mois je l'aurai guéri, s'il veut suivre mes prescriptions, et il sera guéri solidement et sans retour*. Jamais l'auteur n'a vu mourir personne de la vérole, et à ses yeux une fracture simple de la jambe est un malheur beaucoup plus réel que l'inoculation quatre fois renouvelée de la syphilis, fût-elle suivie de l'infection générale.

Quant au traitement, l'auteur fait pour le cancer un pansement simple, lorsqu'il n'a pu par la cautérisation arrêter la pustule primitive; pour la vérole constitutionnelle, le traitement mercuriel est indispensable, et il préfère les composés solubles, dont l'absorption est la plus facile. Pour lui, les accidents qui surviennent quelquefois sont produits ou par une mauvaise administration du mercure, ou par sa trop grande quantité; les heureux effets attribués aux sudorifiques sont simplement le résultat de la cessation des composés mercuriels en excès. Les préparations d'or et d'iode n'ont, comme les sudorifiques, d'autre avantage que celui de faire suspendre les préparations dont le mercure forme la base, ou de réduire les préparations hydrargyrées solubles à l'état d'iodure insoluble, partant sans action.

On voit par cette simple analyse des principaux points de la lettre de M, Ratier, combien sont souvent hardies, les idées de notre confrère sur les maladies vénériennes, dont les formes si variées, si complexes, sont trop souvent le désespoir de la thérapeutique la plus rationnelle. La hardiesse même de ces doctrines sera cause, nous en sommes certain, que cette lettre trouvera beaucoup de lecteurs.

A. F.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Poudre dentifrice grise; par M. le professeur Carabelli.

Poudre très ténue d'os de seiche,	15 grammes.
Poudre très ténue d'yeux d'écrevisses,	15 grammes.
Poudre très ténue de cannelle,	12 grammes.
Poudre très ténue d'iris de Florence,	12 grammes.
Poudre très ténue de charbon de tilleul,	50 centigrammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Cette poudre n'est prescrite que pour les adultes. Chez les enfants, jusqu'à la seconde dentition, M. Carabelli ne conseille d'autre dentifrice que la magnésie pure, parce que, suivant lui, cette dernière substance est le corps qui convient le mieux en raison de la faiblesse de l'émail dentaire, et qui, de plus, est le mieux indiquée pour corriger l'acidité des sucs qui baignent la cavité buccale.

Formule d'un liniment antinévralgique; par M. le professeur Jung, de Bâle.

M. Jung emploie avec un grand succès, dans les cas de névralgie et d'irritation spinale le liniment suivant:

Extrait de belladone,	4 grammes.
Acétate de morphine,	30 centigrammes.
Liniment savonneux camphré,	60 grammes.

M. et F. S. A. une mixture parfaitement homogène.

On s'en sert en frictions sur la partie malade, plusieurs fois par jour.

Emploi topique de l'alun comme antiputride; par M. le docteur Pennypacher, de Philadelphie.

M. Pennypacher vante l'emploi de l'alun à l'extérieur, comme préférable à celui de l'hydrochlore, lorsqu'il s'agit de modifier la surface d'ulcères sordides et putrides.

Il l'emploie dans ce but sous la forme suivante:

Sulfate acide d'alumine et de potasse,	30 à 60 grammes;
Eau commune,	200 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 JUIN 1845. (18e ANNEE.) N°. 72. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De l'ictère et de sa nature inflammatoire.

Nous avons actellement dans nos salles deux malades entrées le même jour, et atteintes de la même affection, d'un ictère. Nous profiterons de cette circonstance pour exposer les résultats de notre observation et de notre expérience sur la nature de cette maladie.

Au n° 2 de la salle Saint-Antoine, est entrée, le 30 mai dernier, une femme âgée de trente ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique. Au moment de son admission dans notre service, voici les phénomènes qu'elle nous présenta à considérer :

Teinte ictérique très prononcée, surtout autour des lèvres et des yeux. Il semble que le corps ait été enduit d'une forte teinture de safran. Elle nous dit être malade depuis huit jours. A cette époque à peu près, elle fut prise d'un frisson violent, qui précéda de deux jours seulement l'apparition de la coloration ictérique. Depuis ce moment, l'appétit a tout à fait disparu ; peu de soif cependant, pas de nausées, pas de douleurs à l'épigastre; elle nous affirme également n'avoir pas eu de selles grises; il est plutôt probable qu'elle n'y aura point fait attention; aussi n'ajoutons-nous pas grande confiance à ses réponses sur ce point. Quant aux urines, il n'en est pas de même; elle a remarqué qu'elles étaient très foncées et fortement colorées en jaune. L'acide nitrique versé dans le vase qui les contenait, les a fait passer au jaune-verdâtre. Du côté de l'appareil respiratoire, nous n'avons rien noté.

Le premier jour, la circulation était normale. Le pouls était à 68 par minute. Les jours suivants, il tomba encore plus bas, et depuis ce temps il est resté à 64 environ, chiffre tout à fait normal. Peau de chaleur ordinaire. Rien de remarquable du côté des centres nerveux. Contrairement à l'opinion généralement reçue, nous avons pu nous convaincre que la malade ne voyait pas les objets colorés en jaune. Nous lui avons présenté un corps blanc, une feuille de papier, et elle nous a assuré la voir parfaitement blanche. Nous avons souvent eu occasion de répéter cette expérience, et jamais nous n'avons obtenu pour réponse l'assertion positive que les malades vissent les objets colorés en jaune.

A priori, et avant même que l'expérience fût venue nous démontrer nombre de fois que la vision était normale, j'avais pensé qu'il devait en être ainsi. les rapports étant conservés entre les couleurs des divers objets, et l'œil percevant ces rapports toujours les mêmes. L'erreur si commune dans laquelle sont tombés tant d'auteurs. provient certainement de la manière vicieuse dont est posée la question, et de l'opinion préconçue que l'on inspire au malade. Chez cette femme, la menstruation ne nous offrit rien de particulier à noter.

Voilà donc un sujet qui n'avait pas la moindre trace de mouvement fébrile, qui ne se plaignait que d'une très légère douleur dans la région épigastrique, qui n'avait ni soif vive, ni chaleur de la peau, ni fréquence du pouls; et cependant, chez cette femme, nous avons pensé qu'il existait une hépatite, malgré la réunion des circonstances qui auraient pu faire croire à d'autres observateurs que l'on avait affaire à un ictère essentiel.

Une saignée fut faite le lendemain de l'entrée ; et, phénomène remarquable tout à fait à l'appui de notre manière de voir, le sang fut couenneux; le caillot était recouvert d'une couenne épaisse, jaune, retroussée sur ses bords, évidemment inflammatoire. Pour nous, ce cas rentre dans la règle générale; toutes les fois qu'il y a ictère produit sous l'influence d'une cause subite, ou du moins rapide, c'est le résultat d'une inflammation, même lorsque le sujet malade ne présente aucun symptôme général, aucun phénomène fébrile.

— Au n° 11 de la salle Saint-Antoine, est couchée une jeune fille de vingt-deux ans, entrée également le 30 mai. C'est une femme d'une assez forte constitution, lymphatique, à traits prononcés, lèvres épaisses et développées; poitrine large et arrondie, volumineuse. Au moment de son entrée, la peau présente une teinte ictérique très prononcée, surtout au voisinage du nez, de la bouche ; les conjonctives oculaires sont également fortement teintes en jaune. La teinte ictérique s'étend, mais moins intense, sur la peau du corps entier. Il résulte de l'interrogatoire qu'on lui a fait subir, que depuis quelque temps déjà elle était indisposée, mais non assez pour être obligée de suspendre ses occupations. A la suite d'une vive contrariété, elle ressentit tout à coup une violente douleur dans la région de l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Pour nous, on le voit déjà, ce cas rentre dans la loi commune. Ce qu'il y a de plus important dans la thèse que nous voulons soutenir, c'est qu'il peut y avoir inflammation locale, et d'un organe volumineux, sans qu'il y ait aucun symptôme inflammatoire. Or, ici, nous n'avons observé que de la douleur ; et en cela ont consisté tous les phénomènes phlegmasiques locaux. La malade a éprouvé des nausées, des envies de vomir qui sont plus prononcées ce matin. La langue était à peu près normale ; pas de soif. Constipation; urines chargées de matière colorante foncée; peau de chaleur naturelle. Pouls à 84 88. Nous avons attribué cette fréquence du pouls à une inflammation légère de l'estomac. Chez cette femme comme chez la précédente, nous avons pu nous convaincre que la vision était parfaitement conservée sans altération ni perversion de fonction.

Cette femme était jeune, forte ; nous l'avons fait saigner; le sang n'a point été couenneux comme dans l'observation précédente, mais nous devons faire observer que le sang a mal coulé bavant le long du bras; condition défavorable à la production de la couenne. Hier soir, le pouls était à 96 ; ce matin il était tombé à 76; les douleurs épigastriques ont été plus fortes cette nuit, et se sont accompagnées de vomissements ; phénomènes que nous croyons pouvoir attribuer à ce que la malade aura été saisie par le froid, hier en sortant du bain. Après avoir détaillé ces deux observations, nous nous en servirons pour essayer de vous démontrer péremptoirement les quelques propositions suivantes :

Première proposition. — L'ictère est, dans la majorité des cas, le résultat et le signe d une altération du foie.

Qu'il nous soit permis de remonter un peu plus haut. Lorsque nous posâmes les premiers fondements de l'organicisme, nous considérions déjà l'ictère comme un symptôme d'une lésion du foie. Nous avons recueilli de nombreuses observations qui toutes confirmaient cette opinion.

Il restait donc certain, pour nous, que l'ictère était un symptôme ; mais il s'agissait de déterminer la cause qui produisait ce symptôme. Des nombreux faits que nous fûmes à même, par notre position à la Salpêtrière, de recueillir chez des vieilles femmes, nous arrivâmes à tirer cette conclusion : Chez les sujets âgés de plus de soixante ans, l'ictère est presque toujours le signe d'une lésion organique du foie. Lorsque des malades nous arrivent dans cette période de la vie, nous avons presque toujours, et *à priori*, la conviction que nous trouverons, à l'autopsie, une lésion chronique organique; le plus ordinairement alors, c'est une altération du tissu même du foie. Les altérations de cette espèce sont nombreuses; ce sont des tubercules, des kystes, des hydatides; ou bien des calculs biliaires engagés dans les conduits hépatique ou cholédoque, etc. Toutes ces altérations se rencontrent, et même assez fréquemment. Une fois cette première proposition démontrée, nous arrivons à une autre, plus importante selon nous, et qui nous est propre.

Deuxième proposition. — Chez les sujets jeunes ou adultes, l'ictère est le symptôme d'une inflammation du foie.

Toutes les fois que chez un sujet jeune, et qui a été soumis à l'action des causes qui peuvent produire une inflammation, il se manifeste un ictère, il est, pour nous, probable que nous avons affaire à une hépatite, même lorsqu'il n'y a ni douleur, ni réaction fébrile; en un mot, lorsque l'on ne peut constater aucun phénomène local ou général d'inflammation. Mais, me dira-t-on, vous n'admettez donc point l'ictère spasmodique? Dans les premiers temps, j'étais tellement exclusif, que je rejetais presque complètement l'existence de l'ictère spasmodique; cependant, il m'arriva un jour de rencontrer une disposition qui modifia mes opinions sur ce point. Chez un sujet qui avait succombé à une affection organique du foie, je trouvai un calcul volumineux engagé dans l'orifice du canal cystique, et qui l'oblitérait complètement. La vésicule biliaire était gonflée, dilatée, et on y distinguait parfaitement des fibres charnues bien développées. Il était évident que, sous l'influence des efforts qu'avait dû faire la vésicule pour pousser le calcul dans le canal cystique, et pour expulser au dehors la bile que le calcul empêchait de s'écouler, les fibres musculaires s'étaient hypertrophiées. Lorsque j'eus la conviction qu'il existait des fibres musculaires dans les parois de la vésicule. je commençai à concevoir la possibilité de l'ictère spasmodique. Du reste, il eût été difficile de ne point l'admettre dans quelques circonstances. Un individu se met en colère, et après un violent mouvement de fureur il devient jaune instantanément. Est il possible de supposer que dans un cas de cette nature il se soit développé une inflammation? L'espace de temps écoulé entre la cause et le résultat est évidemment trop court pour qu'un travail inflammatoire ait eu le temps de se produire. Nous sommes forcé, conséquemment d'admettre, mais dans de rares circonstances, un ictère spasmodique, un ictère résultant d'un trouble des fonctions nerveuses.

Presque toujours, disons-nous, l'ictère dépend d'une inflammation du foie. Mais cette inflammation ne s'accompagne pas de fièvre, dans l'immense majorité des cas. Il y a plus; le plus ordinairement, le pouls diminue de fréquence : la présence de la bile dans le sang donne lieu à ce phénomène particulier, que la circulation devient plus lente. Comment expliquer ce phénomène? Nous avons pensé que la bile pourrait bien exercer sur le cœur une action probablement semblable à celle qu'exerce la digitale. Dans cette circonstance, on conçoit aisément qu'il n'y ait point de soif vive ; puisque l'on ne constate pas de réaction fébrile, pas de chaleur de la peau. Ainsi, nous croyons avoir démontré que la réaction fébrile, caractérisée par l'accélération du pouls, la chaleur de la peau, l'augmentation de la soif, n'est pas nécessaire pour qu'il y ait inflammation du foie.

Il n'y a souvent point de douleur. Mais nous ferons remarquer que le foie est un organe très peu sensible. La douleur peut cependant exister, et elle existe en effet lorsque le péritoine qui recouvre le foie devient malade, s'enflamme. C'est alors, et alors seulement, que l'on peut observer une douleur fort étendue dans la région de l'hypochondre droit, douleur qui se propage jusque vers l'épigastre. Mais lorsqu'il y a inflammation pure et simple du parenchyme, la douleur est tout à fait nulle. Ainsi, la phlegmasie du foie peut exister sans réaction fébrile d'une part, sans douleur, sans symptôme local. Nous résumons notre pensée. Toutes les fois qu'il y a ictère apyrétique, et sans douleur, développé rapidement à la suite de l'action des causes qui déterminent le plus souvent une maladie aiguë, on est fondé à croire qu'il y a hépatite.

Chez celle de nos deux malades qui est couchée au n° 2 de la salle Saint-Antoine, il n'y a que peu ou point de douleur ; elle nous présente une suffusion jaune commençante. On avouera qu'il faut avoir une conviction bien profonde, aussi profonde que la nôtre, pour voir dans un cas pareil une véritable inflammation. Nous n'avons pas fait de la croûte couenneuse du sang le signe caractéristique de l'inflammation ; mais il est rare cependant qu'elle soit manifeste et d'une certaine consistance sans qu'il y ait un travail inflammatoire. Lorsque nous trouvons le sang dans ces conditions, nous sommes porté à penser que nous avons raison.

Comment se produit l'ictère? Comment se fait-il qu'un sujet devienne jaune, et que la coloration anormale s'étende à tous les tissus de l'économie? Deux hypothèses ont été émises : le sang contient les matériaux de la bile ; M. Chevreul a démontré de la manière la plus incontestable la présence dans le sang des éléments constitutifs de la bile. Dans la première hypothèse, voici ce qui se passerait. Si un sujet a le foie malade, et que l'organe ne puisse pas séparer du sang ces matériaux, ces éléments étrangers, ils viendront à s'accumuler dans le système circulatoire, et, suivant certains auteurs, cette accumulation suffira pour produire la coloration jaune. Voici une seconde opinion. Le foie a sécrété une quantité donnée de bile ; mais l'excrétion de cette bile ne peut avoir lieu, et elle se trouve portée dans le torrent circulatoire, à l'état de bile et non plus, comme dans la première explication, à l'état élémentaire.

M. Chevreul et les partisans de la première opinion peuvent s'appuyer de quelques expériences qui, jusqu'à un certain point, présentent une certaine analogie avec le fait qu'ils cherchent à expliquer. MM. Prévôt et Dumas ont pris des œufs de crapaud femelle, et les ont arrosés avec du sang chaud du crapaud mâle ; les œufs ont été fécondés. Ils ont conclu de là, et qui ne l'aurait point fait comme eux? que le sang contenait les éléments du sperme. Si le sang contient du sperme, pourquoi se comporterait il différemment à l'égard de la bile? Nous ferons observer d'abord que, malgré l'autorité de MM. Prévôt et Dumas, leur expérience mérite confirmation, et devra être répétée avec toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur. Nous croyons, nous, contrairement à cette manière de voir, que le sang ne peut contenir un liquide avec toutes ses propriétés que lorsque ce liquide a été sécrété, et nous nous rangeons à l'opinion de ceux qui pensent qu'il y a dans l'ictère absorption et passage dans le sang de la bile déjà sécrétée. Cette absorption et la coloration jaune dépendent donc d'un obstacle au cours de la bile.

Notre intention n'est point ici de faire une description complète et méthodique de l'ictère et de l'hépatite; nous ne voulons toucher que les points qui présentent quelque originalité, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Nous examinerons donc seulement quelques-uns des phénomènes qui accompagnent l'ictère.

Nous avons longuement insisté sur ce fait que les malades ne voyaient pas jaune. Ils ne penvent pas voir jaune, et que l'on nous permette ici de faire une courte digression de physiologie. Nous pensons que les couleurs et leurs nuances ne peuvent être appréciées et jugées que par la comparaison. C'est la comparaison d'une nuance avec une autre qui fait toute la différence. Lorsque l'on voit tous les objets d'une certaine façon, on les voit toujours normalement. Il n'y a personne de vous qui n'ait regardé la campagne à travers un verre coloré. Au moment où vous commencez l'expérience,

vous voyez tous les objets d'une teinte uniforme, de celle du verre coloré. Mais si vous continuez à regarder, les objets reprennent à vos yeux leur couleur naturelle, comme si vous n'aviez plus de verre coloré entre l'œil et le paysage; la cause en est toute simple, c'est que vous n'avez pas de point de comparaison, que tous les objets ont conservé leurs rapports habituels.

Admettons donc, si l'on veut, que tous les solides et les liquides de l'économie soient le siége d'une suffusion de matière colorante jaune, dans l'ictère; comme cette suffusion jaune ne s'est pas produite tout d'un coup, mais graduellement, le malade sera nécessairement habitué à cet état normal. Les objets environnants conservent leurs rapports mutuels; il n'est donc pas possible que le sujet aperçoive de différence entre cet état et le précédent. Pour que la vision fût possible, et encore ne durerait-elle qu'un instant, il faudrait que la suffusion ictérique fût instantanée, et jamais pareille chose n'arrive. Ces considérations, qui ne sont point en dehors de notre sujet, nous conduisent à dire que nous avons la certitude que chaque individu voit d'une manière différente. Chaque homme a son verre coloré, pour ainsi dire, et sans en avoir la conscience; les uns voient rosé, les autres bleuâtre, etc.; mais chaque objet, comparé aux objets environnants, a, pour les différents individus, les mêmes rapports avec ceux qui l'entourent. Nous dirons même plus, c'est que nous pensons que souvent les deux yeux ne voient pas de la même couleur, et que la réunion des deux nuances forme une nuance mixte qui est l'état normal.

Bien que cela sorte un peu de notre sujet, nous ne terminerons pas sans vous faire remarquer que ce que l'on appelle l'oreille fausse chez certains sujets ne tient aussi nullement à un vice dans l'organisation de l'oreille et dans la manière dont les sons viennent la frapper. Les sons par eux mêmes sont justes, et si l'individu les reproduisait tels qu'il les entend, il les reproduirait justes. L'oreille fausse n'est tout simplement qu'un jugement faux, qu'une comparaison fausse de sons justes, et l'impossibilité de rendre tels qu'on les entend les sons qui viennent frapper l'oreille.

D[r] A. FOUCART.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Des anévrismes des os. Tumeur anévrismale du condyle interne du fémur. Ligature de l'artère fémorale.

(Suite du numéro du 29 mai.)

Au n° 4 de la salle des hommes est couché le nommé Dugué Adolphe, âgé de vingt-deux ans, marbrier, originaire de Juvigny, département de l'Orne. D'un tempérament plutôt nerveux que sanguin, d'une constitution sèche et nullement lymphatique, ce malade a toujours joui d'une bonne santé, et n'a jamais, dans les années précédentes, observé de tumeurs analogues à celle qu'il porte actuellement; si ses souvenirs sont exacts, rien de semblable n'a été remarqué parmi les membres de sa famille. Quoique travaillant à genou et dans une cave un peu froide et humide, il n'a jamais été affecté de douleurs rhumatismales dans aucune articulation. Ajoutons encore qu'il affirme n'avoir jamais eu de maladies syphilitiques.

Il y a trois mois seulement, sans avoir reçu de coups, ni fait de chutes ou d'efforts, en un mot, sans aucune cause déterminante appréciable, ce jeune homme ressentit un peu de gêne dans les mouvements de flexion de la jambe droite sur la cuisse. Cette gêne, qui était surtout prononcée quand il descendait les degrés d'un escalier, ne tarda point à se changer en une douleur fixée dans le genou droit, non continue, rémittente, et plus forte la nuit que le jour; cette dernière circonstance troubla son sommeil et rendit impossible un repos parfait.

Vers la même époque une petite élévation parut à la partie inférieure du fémur droit, au niveau du condyle interne; cette tumeur se développa peu à peu, et sembla ensuite rester stationnaire. Le malade affirme du moins qu'elle n'a pas sensiblement augmenté depuis son origine.

Avec l'apparition de la tumeur survint une sensation d'engourdissement dans tout le membre, et le malade, homme assez intelligent, ressentit dans la tumeur des battements qui, dit il, correspondaient aux battements du cœur et étaient surtout très prononcés quand le membre étant dans l'extension, le genou reposait à plat sur son côté interne.

Quoiqu'il lui soit arrivé un grand nombre de fois et à des époques très différentes du développement de la tumeur, c'est à-dire, depuis son début jusqu'à ce jour, de porter la main sur la région douloureuse, il n'a jamais éprouvé la sensation d'un bruit semblable à celui que fait entendre une coque d'œuf que l'on brise en la comprimant. Notons aussi qu'il n'a jamais ressenti de douleurs lancinantes.

Depuis quelque temps la douleur est augmentée, et le sommeil complétement impossible. La marche devient de plus en plus pénible et est bientôt suivie du gonflement de la jambe et du pied; il ne peut plus marcher qu'en boitant et en éprouvant une fatigue extrême. Comme il avait déjà employé pour combattre cette affection plusieurs remèdes, tels que topiques émollients, sangsues, vésicatoires, etc....., sans en retirer aucun bénéfice, il se décida à venir chercher dans un hôpital les secours de la chirurgie.

Tels furent les renseignements que nous donna le malade.

Cet homme entre à l'hôpital des Cliniques le 3 mars 1845; on observe les symptômes suivants :

Le membre inférieur droit ne paraît point atrophié; sa face externe repose sur le lit. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse.

A la partie inférieure du fémur droit et au niveau du condyle interne de cet os, on voit une tumeur arrondie, aplatie de dedans en dehors, plus épaisse au centre qu'à la circonférence, et dont la forme peut être assez exactement comparée à celle d'une portion de sphère que l'on obtiendrait par une section faite sur un de ses rayons.

En haut, elle peut être limitée par sa forme et par un rebord saillant, dur, osseux, à concavité dirigée en bas, et que l'on sent facilement à travers les téguments; enfin les pulsations que l'on perçoit au-dessous de ce rebord et que l'on ne peut retrouver au dessus, servent encore à en apprécier les limites en ce sens. Il n'en est plus de même en bas, en avant et en arrière; en ces divers points, les limites sont très difficiles à établir. Cependant cette tumeur ne semble pas dépasser sensiblement le condyle; en avant seulement elle parait se prolonger un peu plus qu'en arrière.

La saillie que forme cette tumeur, relativement aux parties voisines, peut être évaluée à un centimètre et demi environ; en la mesurant soit de haut en bas, soit d'avant en arrière, on trouve huit centimètres. En passant sur la tumeur, la circonférence du membre malade donne trente-cinq centimètres; tandis que dans le point correspondant le membre sain ne fournit que trente quatre centimètres et demi. Du reste, le volume de cette tumeur est modifié, comme nous le verrons plus loin, par la compression, soit de la tumeur, soit de l'artère fémorale, et surtout des deux à la fois.

Sa surface est lisse, uniforme, régulière, sans bosselures, et ne présente *aucune trace de veines variqueuses.* La peau qui la recouvre conserve à peu près sa coloration normale; elle offre néanmoins une teinte légèrement rosée. Celle ci dépend-elle de la maladie ou des vésicatoires qui ont été appliqués antérieurement? Elle paraît être plutôt le résultat de ceux-ci qu'un indice d'inflammation cutanée. Les différentes positions que l'on donne au membre malade, les mouvements respiratoires n'influent en rien sur cette coloration.

La main appliquée sur cette tumeur perçoit des pulsations très prononcées, isochrones aux battements du cœur, manifestes à la vue, accompagnées, non pas d'un simple soulèvement, mais bien d'un mouvement d'expansion dans tous les sens, sur tous les points. Ces pulsations sont un peu en retard avec les battements de l'artère radiale, et plus faciles à percevoir pendant la flexion du membre que pendant son extension. On les fait cesser complétement en comprimant l'artère fémorale au niveau du pli de l'aîne, et alors la tumeur devient plus souple et moins volumineuse; si on la comprime en même temps, on la fait disparaître presque en totalité. Dès que l'on cesse la compression et de l'artère fémorale et de la tumeur, celle ci reprend aussitôt son volume primitif, et les battements reparaissent avec leur première intensité.

Par des pressions en sens inverse, on perçoit dans la tumeur une fluctuation manifeste; mais on ne sent sous le doigt *aucune trace de la lamelle de substance compacte, et on ne peut déterminer aucun bruit analogue au froissement d'un parchemin sec ou au brisement d'une écaille d'œuf.*

La tumeur a une consistance à peu près uniforme dans toute son étendue : elle est un peu molle et dépressible. Cette mollesse était plus prononcée quand le membre était dans la demi-flexion et quand on comprimait l'artère principale du membre. En aucun point elle ne donne au doigt qui la presse la sensation de la dureté du tissu osseux; cependant, là où n'existe pas le ligament latéral interne de l'articulation fémoro-tibiale, au-devant de ce ligament et vers le centre de la tumeur, si, à l'aide d'un ou de plusieurs doigts, ou même du pouce seul, on exerce une pression lente, forte et graduée, la peau fléchit d'abord, la substance sous-jacente cède et fuit peu à peu, et enfin on ne tarde pas à sentir une excavation qui semble creusée dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure du fémur, et dont les parois paraissent formées par le tissu spongieux de cet os. Dans cette manœuvre, on ne sent encore aucune crépitation, ni au fond, ni sur les bords de cette excavation.

Le malade ressent des douleurs assez vives, *non continues*, qui reviennent et disparaissent à des instants indéterminés du jour et surtout de la nuit; elles n'existent qu'au genou, et *seulement au niveau de la tumeur.* La compression de celle-ci ne les augmente pas sensiblement, mais détermine plutôt une sensation de pesanteur plus ou moins gênante, ou mieux d'un corps dur avec lequel on presserait fortement sur l'articulation du genou.

Quant aux mouvements dont jouit l'articulation du genou, le malade peut fléchir complétement et sans douleur la jambe sur la cuisse; le mouvement de rotation en dedans n'est aucunement gêné, comme on pourrait le supposer de prime abord, à cause des rapports intimes que présente la tumeur avec les tendons des muscles de la patte d'oie. Si l'on cherche à communiquer des mouvements au membre malade, on opère facilement la flexion de la jambe sur la cuisse; mais l'extension complète est impossible.

La rotule, le ligament rotulien, l'extrémité supérieure du péroné, le condyle externe du fémur, le tibia, et enfin le creux poplité, ne présentent rien d'anormal.

L'auscultation ne fait découvrir aucun bruit de souffle dans la tumeur.

L'appareil de la circulation ne présente aucune lésion appréciable. Le malade est sans fièvre, digère bien, et n'aurait rien à désirer si les douleurs qu'il ressent dans le genou ne l'empêchaient point de dormir et de marcher.

Par les investigations les plus minutieuses, par l'examen le plus attentif et souvent répété, M. Nélaton a toujours constaté l'existence de ces divers symptômes.

Comme M. le professeur Roux avait observé un certain nombre d'affections semblables ou analogues, et qu'il venait de présenter à l'Académie de médecine, il y avait peu de jours, un mémoire très intéressant sur ce sujet, M. Nélaton pensa que, dans l'intérêt du malade, il devait consulter ce praticien sur la nature de cette tumeur et le meilleur mode de traitement à lui appliquer.

Certes, dans un cas aussi rare et d'un diagnostic aussi obscur que celui qui nous occupe, on ne doit pas craindre d'user de tous les moyens pour s'éclairer. En pareil cas, il est bon, nous allons plus loin, il est nécessaire de se tenir sur ses gardes, de se méfier des formes variées, de la marche ambiguë que prennent quelquefois les maladies et cette classe d'affections en particulier, nous voulons parler des tumeurs. Aussi, consulter les vieux praticiens, mettre à profit l'expérience des maîtres, telle est la voie la plus sûre, la voie que doit suivre tout chirurgien instruit et prudent.

M. Roux vint donc voir le malade. Voici le diagnostic que porta ce professeur, après un examen minutieux :

« Tumeur fongueuse sanguine ou anévrismale correspon-
» dant au condyle interne du fémur, et n'ayant encore déter-
» miné qu'une destruction peu étendue du tissu osseux. »

On ne pouvait donc point soupçonner dans cette tumeur l'existence d'un élément malin ou cancéreux.

Quant à la conduite qui paraissait la plus convenable à tenir pour le moment, M. Roux était d'avis qu'il était bon de différer toute opération, d'observer tous les symptômes de cette maladie, d'en suivre la marche, d'en saisir les progrès. Alors on pourrait plus tard se décider à pratiquer soit la ligature de l'artère fémorale, soit l'amputation de la cuisse.

Avant d'examiner les diverses raisons qu'il y avait dans ce cas pour différer toute opération ou pour pratiquer immédiatement la ligature de l'artère fémorale, qu'il nous soit permis de signaler les considérations pratiques que fournit à M. Nélaton le fait précédent, et d'établir le diagnostic différentiel de l'affection que porte notre malade.

Toute tuméfaction fixée dans un point circonscrit de l'articulation du genou doit attirer vivement l'attention du chirurgien; car, le plus ordinairement, dans les affections de cette région, le gonflement occupe toute cette articulation, et chez notre malade, la tuméfaction et la déformation n'existent que dans un point de l'articulation. Cette circonstance, c'est-à-dire la circonscription du mal, est donc un symptôme très important et facile à constater à la première vue.

L'année dernière on a pu voir, dans les mêmes salles, un homme affecté d'une maladie de l'articulation du genou, maladie qui avait été méconnue par plusieurs médecins et qui avait été prise pour un engorgement des tissus fibreux, pour une tumeur blanche. L'altération siégeait à la partie interne du genou, au niveau du condyle interne du fémur, et n'existait qu'en ce point. Dans cas, ce dernier phénomène servit à établir le diagnostic; en effet, il n'existait point de tumeur blanche du genou, mais bien une tumeur cancéreuse de l'extrémité inférieure du fémur.

Le siége des tumeurs pulsatiles des os doit encore fixer l'attention; on les observe ordinairement, soit à l'extrémité supérieure du tibia, soit à l'extrémité inférieure du fémur, et rarement dans les autres os. Ce lieu d'élection des tumeurs pulsatiles est très remarquable; car si l'on réunissait tous les cas de la science, tumeurs pulsatiles anévrismales et cancéreuses, on en verrait quatre cinquièmes environ occuper l'extrémité supérieure du tibia. La disposition des parties ne peut également rendre compte de la prédilection des dégénérescences cancéreuses pour le condyle interne du fémur plus que pour tous les autres points du squelette. Ces faits, on ne les explique point, on se borne à les constater. Chez notre malade, c'est encore le condyle interne qui présente l'altération, et les parties voisines n'offrent aucune déformation.

Dès que M. Nélaton eût posé la main sur la région malade, il sentit des battements isochrones au pouls; puis, s'étant assuré que la tumeur faisait corps avec le fémur, qu'elle se réduisait en grande partie, et qu'elle ne présentait aucun bruit de souffle, il en porta immédiatement le diagnostic. En effet, parmi les tumeurs qui peuvent envahir l'extrémité articulaire inférieure du fémur, deux espèces seulement peuvent offrir l'ensemble des symptômes suivants :

Circonscription du mal; battements de la tumeur isochrones aux battements du cœur et accompagnés d'un mouvement d'expansion; son siége dans le tissu osseux; sa réduction presque partielle par la pression.

Il s'agissait donc, chez notre malade, ou d'une tumeur cancéreuse du fémur ou d'une tumeur anévrismale de cet os. Mais M. Nélaton ayant remarqué que, dans aucun cas avéré d'anévrisme osseux pur et simple, les observateurs n'avaient jamais signalé la présence du bruit de souffle dans la tumeur, tandis qu'ils l'avaient notée un grand nombre de fois dans les cancers encéphaloïdes des os, M. Nélaton, dis-je, fut porté à penser que la tumeur que portait ce malade était un anévrisme du condyle interne du fémur.

La réduction presque complète de la tumeur à la pression, ses mouvements d'expansion manifeste sur tous les points, l'absence de douleurs lancinantes et de veines variqueuses à son voisinage, et surtout sur la peau qui la recouvre, enfin l'état général, qui est satisfaisant, tous ces symptômes venaient encore l'affermir dans ce diagnostic.

Malgré cela, M. Nélaton se pose ces deux questions :

Cette tumeur sanguine, essentiellement artérielle, anévrismale en un mot, est-elle tout à fait simple? ou bien est-elle compliquée d'un état pathologique autre que celui du système vasculaire, d'un élément de nature maligne et encore profondément caché?

Dans l'état actuel de la science, et nous l'avons déjà dit ailleurs, il est impossible de reconnaître la combinaison des deux affections, c'est-à-dire de l'anévrisme osseux et du cancer des os.

Bien plus, dans un anévrisme osseux, en apparence le plus simple, des mieux caractérisés, le cancer peut s'y développer ou même y exister déjà, et ne pas tarder à déceler sa présence par des signes de plus en plus certains.

En réfléchissant à ce qui précède, ne serait-il pas permis

d'élever quelques doutes sur la nature de l'anévrisme osseux pur et simple? Ne serait-ce point un cancer non parvenu à son entier développement, à sa dernière période? N'avons-nous pas vu déjà que, des faits publiés par Scarpa, tendaient à démontrer que les poches anévrismales des os étaient précédées par la formation d'un tissu érectile osseux ; en d'autres termes, que le tissu érectile n'était qu'un anévrisme à sa première période!

Peut-être aussi nous arriverons plus tard à démontrer qu'un anévrisme osseux, parvenu à sa dernière période de développement, n'est qu'un cancer.

L'extrême rareté de l'anévrisme osseux pur et simple, sa coïncidence, au contraire, avec les dégénérescences cancéreuses, sa récidive, observée dans certains cas, les symptômes qui, pour ces deux affections, sont à peu de chose près les mêmes, voilà, certes, autant de raisons qui viennent à l'appui de cette hypothèse. Si cette dernière venait à être démontrée, la dégénérescence cancéreuse des os passerait donc par trois phases : le tissu érectile, la poche anévrismale, et, enfin, l'ostéosarcome.

Dès lors on conçoit aisément comment la ligature de l'artère principale du membre peut amener la guérison, dans tel cas d'anévrisme, et échouer dans tel autre cas. On conçoit également les formes si variées que peut présenter le cancer des os, la difficulté que l'on rencontre dans leur diagnostic et même dans leur étude, difficulté telle, que M. le professeur Roux, dans un mémoire récent sur les tumeurs fongueuses sanguines des os, ne craint pas de s'exprimer ainsi :

« Les tumeurs fongueuses sanguines ou anévrismales des » os, compliquées de dégénération encéphaloïde, touchent de » bien près à ces autres dégénérations des os, connues sous les » noms de spina-ventosa, d'ostéosarcome, qui ne paraissent » être que des formes différentes du cancer des os, maladies » assez imparfaitement décrites jusqu'à présent, et qui ne se » prêteront peut-être jamais à ce que leur véritable caractère » soit établi d'une manière exacte, tant elles offrent d'anomalies. »

Dans un prochain numéro, nous exposerons les raisons qui ont décidé M. Nélaton à pratiquer, chez ce malade, la ligature de l'artère fémorale, et, en même temps, nous en dirons les résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin. — Présidence de M. Caventou.

M. Gibert adresse une lettre pour réclamer contre une inexactitude commise, dit-il, par M. Théophile Roussel dans sa communication relative à la pellagre. Nous n'avons pas bien compris en quoi consistait cette inexactitude.

— *M. Aubert-Roche* écrit pour engager la commission de la peste à faire son rapport. Le ministre de l'agriculture et du commerce, vivement pressé à la Chambre des députés de modifier la législation qui régit les quarantaines, s'est retranché sur la commission de l'Académie, dont il veut attendre la décision. Il est donc de la plus grande urgence d'accélérer le rapport.

M. Rochoux. Le ministère semble vouloir entrer dans une voie plus libérale relativement aux quarantaines, et quelque minime que soit la concession qu'il a déjà faite, il faut la considérer comme un progrès. Encourageons les ministres dans ces dispositions, Messieurs, et que la commission fasse tous ses efforts pour hâter le travail dont elle est chargée.

M. Ferrus. La commission de la peste n'a besoin d'aucune incitation; elle connaît ses devoirs, elle saura les remplir sans tenir compte des réclamations qui pourraient lui être adressées de part ou d'autre.

— *M. Gerdy* lit, au bruit des conversations particulières, un rapport sur un mémoire de M. Roux, de Saint-Pétersbourg, relative à une observation de plaie du foie.

Conclusions: Remercîments à l'auteur; inscrire son nom parmi les candidats à la place de correspondant étranger; insertion de son mémoire dans le *Bulletin*.

—*M. Dupuy* rappelle de nouveau ses expériences sur l'effet rapidement toxique et mortel de l'injection d'une petite portion de matière cérébrale dans le système sanguin. Ces expériences lui font supposer qu'une petite portion de cerveau appliquée sur la lumière d'un vaisseau ouvert, arrêterait immédiatement l'hémorrhagie.

M. Castel se livre à des considérations de haute physiologie. Il invoque la hiérarchie des organes. Pour jouer le drame de la vie, dit-il, il y a des acteurs fort divers; il y a des Lekain, des Talma, des Contat, mais il y a aussi des doublures et des bouche-trous. Il faut toujours en revenir à la grande division de Bichat sur les deux ordres de vie et sur les organes qui y président, les uns d'une immense et incessante importance, les autres d'une utilité secondaire et intermittente.

Sur la proposition de M. Dubois (d'Amiens), la troisième conclusion est modifiée, le rapport et le mémoire sont renvoyés au comité de publication; les deux autres conclusions sont adoptées.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juin 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Aug. Bérard lit un mémoire sur l'anévrisme artérioso-veineux, comprenant la description de deux nouvelles espèces d'anévrisme faux consécutif.

L'une de ces espèces a été signalée en 1830 par M. Rodrigue. Elle consiste dans la production d'un sac anévrismatique placé sur l'artère et communiquant directement avec ce vaisseau par une ouverture qu'a produite l'instrument vulnérant. Du côté opposé au sac, l'artère présente une seconde plaie qui établit entre elle et la veine une communication immédiate, d'où résulte une varice anévrismale.

Ce fait, unique dans la science, a été observé à la cuisse, et a été produit par un coup de couteau qui a traversé de part en part l'artère fémorale et le côté correspondant de la veine.

La seconde espèce d'anévrisme découverte par M. A. Bérard consiste en une tumeur placée au-devant de la veine. Cette poche, formée aux dépens du tissu cellulaire, communique directement avec la veine, et celle-ci est abouchée avec l'artère par suite d'une seconde plaie opposée à la première. Il résulte de là que le sang artériel ne pénètre dans l'anévrisme faux consecutif qu'en traversant le calibre de la veine.

M. A. Bérard établit, en outre dans ce mémoire, et en s'appuyant sur un très grand nombre d'observations, que le seul traitement chirurgical rationnel à opposer à l'anévrisme artérioso-veineux consiste dans l'opération de la ligature pratiquée sur les bouts supérieur et inférieur de l'artère aussi près que possible du point où le vaisseau communique avec la veine.

— *M. Longet* adresse une note sur de nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide céphalo-rachidien et à l'influence des muscles cervicaux postérieurs, et du ligament sus-épineux sur la locomotion. Dans cette note, M. Longet se propose de relever une erreur et d'établir un fait nouveau.

C'est une opinion accréditée parmi les physiologistes, depuis une vingtaine d'années, que la soustraction du liquide céphalo-rachidien trouble singulièrement les fonctions locomotives. Pour pratiquer cette soustraction, le précepte qu'on donne est d'ouvrir la dure-mère et l'arachnoïde entre l'occipital et l'atlas après avoir incisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien. Une fois le liquide évacué, si vous abandonnez l'animal à lui-même, vous le verrez, dit-on, tébuchant à la manière d'un animal ivre.

Or, chez le cheval, le chien, le chat, le cabiais et le lapin, je me suis borné à inciser les muscles cervicaux postérieurs à leur insertion occipitale, ainsi que le ligament sus-épineux, sans diviser le ligament occipito-atloïdien, et par conséquent *sans donner écoulement au liquide céphalo-rachidien;* puis, tous ces animaux étant remis dans la station horizontale, c'est avec quelque étonnement que j'ai observé, chez eux, précisément le même trouble dans la locomotion, la même incertitude dans la démarche, que jusqu'à présent on avait toujours rapportés à la soustraction du liquide cérébro-spinal. — Une contre-épreuve était nécessaire; il fallait évacuer ce liquide, sans diviser les parties musculaires et ligamenteuses de la région postérieure du col; j'enlevai une seule lame vertébrale vers le milieu de la région dorsale; à la suite de cette opération préalable, un peu de faiblesse survint (à cause de la plaie musculaire) dans le train supérieur; mais elle ne fut en rien augmentée par la soustraction du liquide, et de plus les animaux ne présentèrent aucunement la titubation si caractéristique et si remarquable que j'avais observée dans l'autre série d'expériences où les seules parties molles de la nuque avaient été divisées.

Par conséquent, des expériences précédentes il résulte : 1° qu'on a accordé à tort au liquide céphalo-rachidien une influence des plus importantes sur l'exercice des fonctions locomotrices, et que cette influence paraît nulle; 2° que la section des muscles cervicaux postérieurs et du ligament sur épineux produit, chez les animaux, la démarche incertaine de l'ivresse, et que jusqu'ici les expérimentateurs ont rapporté à la soustraction du liquide céphalo-rachidien des effets qui dependent d'une tout autre cause, la simple division des parties molles de la nuque.

— *M. Boussingault* adresse un mémoire sur la graisse. Ces nouvelles recherches paraissent établir : 1° que les porcs âgés de huit mois, après avoir été élevés au régime normal de la porcherie, contiennent beaucoup plus de graisse qu'ils n'en ont reçu avec les aliments ; 2° que des porcs nourris pendant six mois avec des pommes de terre ne produisent pas plus de graisse que n'en renferment les tubercules ; 3° que dans l'engraissement des porcs (il a opéré sur neuf pièces) il y a beaucoup plus de graisse assimilée qu'il ne s'en trouve dans la ration ; 4° que les aliments qui, administrés seuls, n'ont pas la faculté de développer du gras, acquièrent cette faculté d'une manière étonnante aussitôt qu'on y joint de la graisse, bien que la graisse donnée seule produise l'inanition ; 5° que les rations engraissantes qui ne contiennent qu'une quantité minime de graisse sont toujours riches en principes azotés.

J'ai engraissé des oies, et, comme M. Persoz l'a vu le premier, j'ai reconnu que la graisse produite excède considérablement l'huile contenue dans le maïs. Ainsi, sur ce point, mes expériences confirment pleinement celles que M. Persoz a communiquées à l'Académie, et, comme un des commissaires nommés pour examiner ce travail, j'éprouve le besoin de voir proclamer bien haut cette concordance.

Voici comment j'ai constaté la rapide influence de la graisse toute formée dans l'engraissement. Des canards ont été gavés avec du riz qui ne contient que quelques millièmes de matières grasses. D'autres canards du même poids et d'origine semblable ont reçu la même dose de riz, mais dans cette ration j'avais ajouté du beurre. Les canards *au riz au maigre* sont restés à peu de chose près ce qu'ils étaient au commencement de l'expérience; les canards au riz au gras sont devenus en quelques jours de véritables boules de graisse.

Dans toutes mes observations, j'ai constamment vu la formation de la chair accompagner la production de la graisse.

— *M. Simon*, de Londres, adresse un travail sur le corps thyroïde et le thymus. En tous ces organes, dit-il, j'ai reconnu un appareil essentiellement sécrétoire, une structure vraiment glanduleuse. J'ai trouvé que cette structure s'arrange toujours pour lesdits organes sous la forme de cavités closes, où les produits spécifiques doivent être retenus pendant une période variable, et d'où ils ne peuvent échapper qu'en rentrant dans la circulation par la voie des vaisseaux lymphatiques.

Ainsi, l'utilité de ces organes ne peut pas être locale comme celle des glandes mucipares, ni extérieure comme celle des testicules, ni éliminative comme celle des reins. Mais des faits donnés, ainsi que de ceux qui sont fournis par l'anatomie comparée, on peut conclure, en définitive, que le but de ces organes doit être économique, que leurs fonctions doivent être en rapport avec certaines variations périodiques, ou dans la nutrition générale, ou dans celle d'organes particuliers.

— *M. Paul Bernard* adresse un nouveau mémoire sur le traitement des fistules lacrymales. Après avoir cherché à démontrer dans un précédent travail l'innocuité pour la vision de l'ablation de la glande lacrymale, l'auteur communique aujourd'hui le procédé qu'il suit avec succès, et qu'il croit avoir le premier proposé et appliqué dans le traitement des fistules lacrymales et des larmoiements chroniques. Ce procédé consiste dans la cautérisation directe des voies lacrymales, et combinée avec l'ablation de la glande lacrymale saine quand il y a larmoiement consécutif par suite de l'oblitération du sac ou des conduits lacrymaux.

— *M. Ch. Megs* lit un travail sur la cyanose des nouveau-nés, résultant de la non oblitération du trou de Botal. Pour remédier à cet accident, l'auteur propose de coucher l'enfant sur le côté droit, de manière que la valvule du trou de Botal prenne une position horizontale et empêche par là la communication entre les deux ventricules.

— *M. Amussat* lit un mémoire intitulé : « Recherches expérimen» tales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particu» lièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des « caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie trans» versale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la mé» decine légale. »

Avant d'arriver aux conclusions qui découlent des faits nouveaux établis dans ce mémoire, il me paraît utile d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet.

Ainsi, les expérimentateurs qui m'ont précédé ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines pour les mettre à découvert et être assurés de faire ce qu'ils désiraient.

Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable* pour placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

Conclusions. 1° Le caillot spontané obturateur des artères complétement divisées dans une grande plaie transversale, se forme très promptement et sous les yeux de l'expérimentateur.

2° Ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères.

3° La cavité centrale des caillots spontanés qui a beaucoup d'analogie avec le cratère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un autre mémoire, fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot.

4° Contrairement aux idées de Jones, de Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qui dépasse le niveau de la section des chairs.

5° Le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant, que l'artère et la cellulaire étaient plus tendues au moment de la section.

Or, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides, presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement.

6° En poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut être les utiliser pour la médecine légale. Ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux, et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artère au moment de la section.

7° Au contraire, lorsqu'on pratique la section des artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, il ne se forme pas de caillots aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou, si l'on en observe, ils sont très petits et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui meurent directement par hémorrhagie.

8° Les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer, puisqu'en les examinant avec attention on peut arriver à dire, mieux que par l'état des chairs, si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité, ou après la mort apparente ou réelle.

Comme on le voit, de hautes questions de physiologie et de médecine légale se rattachent à la dernière série de mes expériences, qui sont une conséquence toute simple de mes travaux sur le caillot spontané.

Du reste, je ne mentionne ces résultats qu'avec une grande réserve en attendant qu'ils aient été confirmés par d'autres expérimentateurs, et par des faits observés sur l'homme *avec ces données nouvelles;* car jusqu'à présent on a beaucoup trop négligé d'indiquer l'état des vaisseaux divisés dans les observations de médecine légale qui ont été publiées.

Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale feront le sujet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

Cuvier. — *Histoire de ses travaux*. (Deuxième édition.)
Par P. Flourens.

Buffon et Cuvier, voilà les deux noms qui dominent l'histoire naturelle. Ces deux noms unis par la gloire, le sont encore davantage par l'ordre et l'enchaînement de leurs travaux; l'un prévoit, l'autre démontre; les vues du premier deviennent les découvertes du second. « Et quelles découvertes, s'écrie M. Flourens, les âges du monde marqués, la succession des êtres prouvée, les temps antiques restitués, les populations éteintes du globe rendues à notre imagination étonnée. » C'est là ce que Buffon devine, ce qu'accomplit Cuvier; Buffon était le précurseur de Cuvier.

Ces deux savants résument une époque de splendeur dans les annales de l'esprit humain; avoir analysé les ouvrages de l'un, ce n'était avoir rempli que la moitié de sa tâche; aussi ce que M. Flourens avait fait pour Cuvier comme un tribut d'amitié et d'admiration offert à sa mémoire, l'a-t-il depuis entrepris pour Buffon dans l'intérêt de la science.

Dans ces deux nouveaux livres où il fallait parler de Buffon et de Cuvier, les deux hommes qui surent le plus de choses et qui surent le mieux les dire, M. Flourens s'est constamment tenu à la hauteur de son sujet : science et style, tout y est grand comme le génie qu'il met en scène.

Malgré sa vénération pour ses deux héros, il ne les élève point aux dépens de leurs devanciers, ni de leurs successeurs; — de pareils hommes n'ont pas de contemporains. — Il rend à Aristote, ce philosophe qu'on retrouve à la tête de toutes les connaissances humaines, l'honneur d'avoir posé les vrais principes de la zoologie; à Pallas, à Camper, à Vicq-d'Azyr, celui d'avoir jeté les fondements de l'anatomie comparée. Il dresse les statues de ces illustres naturalistes dans le temple de la postérité; mais pouvait-il ne pas voir que celles de Buffon et de Cuvier dominent toutes les autres, et semblent se partager la présidence de ce saint aréopage?

Chacun de ces livres de M. Flourens est un court mais brillant traité d'histoire naturelle, ce sera la préface indispensable des Œuvres qu'il analyse; pour comprendre Buffon et Cuvier, il faudra commencer ou finir par lire Flourens.

La *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte de l'*Histoire des idées et des travaux de Buffon;* essayons de donner un aperçu de l'*Histoire des travaux de Cuvier*.

Zoologie. — Dans ce chapitre, M. Flourens nous montre par quelle série de recherches et d'idées passa Cuvier pour arriver à sa belle classification zoologique, vaste et solide conception qui révèle toute la puissance d'analyse et de généralisation de son auteur. Cette classification aboutit au *règne animal*, qui fut bientôt traduit dans toutes les langues.

Anatomie comparée. — On voit ici Cuvier rassemblant tous les faits particuliers recueillis par Daubenton, Haller, Hunter, Monro, Camper, Pallas et Vicq d'Azir, et, joignant à ces faits ceux qu'il avait observés lui-même, en tirer les lois de corrélation et de subordination des organes, les lois de l'organisation. Il créait une science avec des éléments jusque là sans lien, et dont il ne devait les plus précieux qu'à lui-même.

Parmi ces faits, l'un des plus curieux est sans doute le suivant. Tant que la grenouille vit dans l'eau à l'état de têtard, elle a des bronchies comme un poisson; à sa métamorphose, où dès qu'elle doit respirer dans l'air, elle prend des poumons. Eh bien! Cuvier a trouvé ces deux appareils d'hématose réunis chez le même animal, tel que le protée, la sirène, etc., qui présentent ainsi au plus haut degré le caractère fondamental des amphibies, comme leurs habitudes.

En traitant ces questions élevées, M. Flourens regrette que Bichat, circonscrivant trop le champ de son observation, ait voulu établir la non-symétrie des organes de la vie organique. En effet, ce qui était presque vrai chez l'homme et les espèces les plus voisines, ne l'est plus du tout ailleurs. Ainsi le poumon est symétrique dans tous les oiseaux, dans la plupart des reptiles; les bronchies le sont dans les

poissons, dans les mollusques, etc. ; les trachées dans les insectes ; le foie est symétrique dans les oiseaux, etc. Et chez l'homme lui-même, Bichat ne pouvait le dissimuler, les appareils sécréteurs de l'urine du lait, des larmes, de la salive, du fluide séminal, ne sont-ils pas exactement symétriques? Si Bichat eût vu se multiplier ces exceptions chez les animaux, il se fût arrêté et n'eût point formulé la règle qu'elles détruisent. C'est qu'au point de vue de la science il est impossible de faire rien de grand, rien de complet, sans étudier la vie et ses instruments dans la série des êtres qu'elle anime.

Ossements fossiles. — L'ostéologie comparée conduit Cuvier à ses magnifiques recherches sur les ossements fossiles. On sait qu'e le peuple, les philosophes et les savants ont longtemps regardé les pierres chargées d'empreintes d'animaux comme des jeux de la nature. *Jeux de la nature*, c'est là un de ces exemples de la puissance d'un mot à cacher notre ignorance quand il a l'air de la satisfaire, en rendant plus ou moins les apparences de la chose. Sans ce mot, sans son prestige, le fait re'été sans explication et figurant parmi les inconnues aurait provoqué des recherches. Peut-être alors n'eût-il pas fallu attendre « qu'un potier de terre, qui ne savait ni le grec ni le latin, osât, vers la fin du seizième siècle, dire dans Paris et à la face de tous les docteurs, que les coquilles fossiles étaient de véritables coquilles déposées autrefois par la mer dans les lieux où elle se trouvait alors; que les animaux avaient donné aux pierres figurées toutes leurs différentes figures, et qu'il défiait hardiment toute l'école d'Aristote d'attaquer ses preuves. » (Fontenelle.)

Ce potier de terre, c'était Bernard de Palissy, qui s'est ainsi immortalisé par un premier pas, mais par un pas ferme, comme on v it, dans une carrière où personne n'est entré après lui pendant plus de cent ans, et qui devait mener à de si merveilleuses découvertes. On sait avec quels succès elle a été depuis parcourue par Cuvier; avec quel génie il reconstruit-a t les animaux de leurs débris épars. Il avait ainsi refait un squelette fossile. On retrouve le même squelette dont toutes les pièces sont restées assemblées dans sa gangue, et celui de Cuvier est exactement celui de la nature! L'infaillibilité d'une méthode a-t-elle jamais reçu une aussi éclatante confirmation? Cuvier était si sûr de son coup d'œil qu'il a souvent déterminé des espèces et des genres avec un seul tronçon, une seule facette d'os!

M. Flourens, suivant son auteur dans les phases de cette œuvre étonnante, nous fait assister à la résurrection des morts, de morts qui n'ont plus de représentants sur la terre et qui presque tous vous frappent, ceux-ci par leur grandeur colossale, comme ce lézard de soixante pieds de long et presque de la taille des baleines; ceux-là par leur conformation, comme cet autre lézard qui avait des ailes, etc. Quel imposant et solennel spectacle que ces débris qui se réveillent et se rejoignent à la voix de la science! N'est-ce pas l'image d'une véritable résurrection?

Ces dépouilles de la vieille nature ne sont point ensevelies indistinctement dans les mêmes couches; il y a comme un progrès dans l'organisation à mesure qu'on s'élève de la profondeur à la surface : en montant dans le sol, on monte dans l'échelle animale. Les zoophytes, les mollusques, les crustacés, les poissons paraissent les premiers; les reptiles viennent ensuite, et enfin les mammifères qui se sont déjà montrés deux fois sans que l'homme se rencontre, car lui n'appartient qu'à la génération actuelle.

Ce grand recensement des populations éteintes du globe, la profondeur inégale de leurs tombeaux révèlent les âges et les catastrophes du monde. On a dit, à un autre point de vue, que les annales et les révolutions de certaines nations étaient écrites avec du sang; celles du globe le sont avec des ossements. Dans chaque page, dans chaque mot de cette antique histoire imprimée par le temps dans une langue universelle quelle source de pensées!

Ces études sur les travaux de Cuvier, si attrayantes par le sujet, auquel nul médecin n'a le droit de rester étranger, rappellent par le style les travaux de Bichat sur la Vie et la Mort, le livre qui nous avait donné le plus de plaisir avant celui de M. Flourens.

A côté de ses travaux qui font avancer la science, M. Flourens en a publié trois qui l'ont mise à la portée des gens du monde, et ces trois ouvrages sur Buffon, sur Cuvier, sur les mœurs des animaux, sont devenus populaires dès leur apparition.

M. Flourens ne s'endort donc pas sur les lauriers académiques. C'est avec un légitime orgueil que les médecins comptent M. Flourens dans leurs rangs, et que je me compte, moi, parmi ses anciens élèves.

Dr MOREL-LAVALLÉE.

NOUVELLES.

Un médecin de Copenhague s'est amusé à rechercher l'influence qu'exerce sur nos facultés morales et intellectuelles l'usage de certaines substances. Quelques-uns des résultats qu'il signale sont déjà connus, d'autres sont nouveaux et des plus singuliers.

L'ammoniaque et ses préparations, le musc, le castoréum, le vin et l'éther, développent l'imagination et rendent la méditation plus facile : les huiles pyrogénées disposent à la mélancolie, à la mauvaise humeur, aux hallucinations. Une décoction de chanvre fait naître une intarissable gaîté, et c'est pour cela que les Indiens font entrer cette plante dans la composition de plusieurs boissons enivrantes. Le protoxyde d'azote provoque le rire, d'où lui est venu le nom de gaz exhilarant. L'usage de l'arsenic, à des doses infiniment petites, bien entendu, détermine la tristesse; celui de l'or, une bonne humeur; celui du mercure, une grande paresse.

Quant au chlorhydrate de morphine, il produirait une remarquable loquacité et une extrême facilité d'élocution.

— Le docteur Plank, de Moscou, a observé une épidémie de parotidites à la maison des Orphelins de cette ville. Trois cents enfants ont été atteints; les deux sexes figurent dans ce nombre en proportion égale. La maladie semblait plutôt le résultat d'une altération particulière de l'air, que de l'abaissement de la température; elle n'atteignait pas les enfants au-dessous de sept ans; elle était surtout fréquente à l'âge de puberté.

— La fortune qu'a laissée le docteur Abercrombie, dont nous avons dernièrement annoncé la mort, est si considérable, que chacune de ses sept filles a reçu 10,000 livres sterling. En outre ce médecin a légué une somme très considérable à l'église libre d'Écosse. Sa bibliothèque, composée de 10,000 volumes, a été donnée en cadeau, par la famille, au collége royal des Chirurgiens d'Edimbourg.

— La question de savoir si l'acide tartrique est un poison, a été controversée. Pommer et M. Orfila sont de cet avis, Coindet et M. Christison en jugeaient différemment. Un fait cité par Wats, dans le *Pharmaceutical journal*, vient lever tout doute à cet égard. Dans une boutique de drogues, à Edimbourg, 60 grammes d'acide tartrique furent délivrés par erreur à un malade, au lieu de 60 grammes de sel d'Epsom. L'acide dissous dans l'eau fut avalé, et le patient succomba avec tous les symptômes d'un empoisonnement. L'acide tartrique à haute dose est donc un poison qui peut déterminer la mort.

(*Gaz. méd. Belge.*)

— La Société de médecine pratique a été la première à agréer la proposition de nommer une commission pour assister au Congrès médical. Dans la séance du lundi 5 juin, et sur la proposition de M. Tanchou, elle a nommé pour la représenter :

MM. Moret,	MM. Duhamel,
Tanchou,	Masson,
Léger,	Serrurier.

Douzième liste de souscription pour un confrère malade.
(Voir le n° du 5 juin.)

Total des souscriptions précédentes,	598 fr.
MM. les Doct. Un anonyme,	10
Picard,	5
Aug. Picard,	5
Blanche,	5
Boys de Loury,	5
Pedelaborde,	10
Grisolle,	5
Lebreton,	10
Honoré,	5
Villette de Terzé,	5
Total,	663 fr.

La NEUVIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le tome troisième, qui contient la suite du Traité des maladies de l'appareil urinaire.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 JUIN 1845. (18e ANNEE.) N°. 73. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 20 JUIN 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les paralysies musculaires locales ont été peu étudiées et sont peu connues, à part celles de la face, qui comprennent les paralysies des muscles faciaux proprement dits et celles des muscles du globe de l'œil et des paupières. C'est souvent la paralysie d'un des muscles droits qui détermine le strabisme. C'est la paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure qui produit la blépharoptose. Quand nous disons que ces dernières paralysies sont connues, nous entendons parler de l'existence du fait; la physiologie pathologique de ces lésions est généralement ignorée. On accuse les nerf de la troisième paire; mais comment ce nerf est-il affecté ?

M. Rayer nous invita, il y a quelque temps, à examiner dans la salle des femmes, à la Charité, une jeune fille atteinte d'une paralysie musculaire partielle du tronc. Cette jeune fille, nommée Alexandrine Déflau, âgée de quinze ans, était malade depuis six semaines lorsque M. Rayer la reçut dans son service. L'épaule et le bras droits étaient engourdis; l'angle costal de l'omoplate correspondante faisait une forte saillie et était rapproché de la colonne vertébrale. Les mouvements de l'avant-bras et de la main étaient conservés; seulement, de temps à autre, la main ne pouvait saisir sûrement les objets. La malade accusait des picotements, des engourdissements dans le bras et la main, qui se faisaient sentir pendant un quart d'heure et se reproduisaient à de fréquents intervalles dans la même journée : durant ces crises la main devenait livide.

C'est surtout la position de l'omoplate qu'il importe de préciser. Son bord vertébral, ou interne, était oblique de bas en haut, d'arrière en avant, et de dedans en dehors. La saillie de son angle inférieur était de trois centimètres; de plus, cet angle s'élevait au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, tandis que le même angle de l'autre omoplate était au niveau de la septième. Des deux angles supérieurs, l'un, le supérieur et postérieur, porté en haut et en dehors, était éloigné de la colonne vertébrale d'environ quinze centimètres, tandis que l'intervalle entre le même angle de l'autre omoplate et le rachis, n'était que de huit centimètres; l'angle supérieur et externe était abaissé. L'omoplate avait donc subi un mouvement de bascule par lequel son angle supérieur externe était porté en dehors et en bas, tandis que son angle inférieur était porté en dedans et en haut. Aussi, observait-on que le moignon de l'épaule était un peu abaissé. Le muscle angulaire de l'omoplate était plus saillant sous la peau que celui du côté gauche. De même, la portion axillaire du grand pectoral paraissait tendue.

Les mouvements du bras et de l'épaule étaient parfaitement libres. Cette jeune fille pouvait élever le bras droit, le porter sur sa tête, le croiser sur sa poitrine, le diriger en avant aussi aisément que le gauche, et sans douleur.

Lorsque les bras étaient allongés et fixés en avant, la difformité disparaissait entièrement : les deux omoplates étaient à la même hauteur, l'angle inférieur ne faisait plus saillie. Il ne pouvait donc pas être question de contracture. M. Rayer diagnostiqua une paralysie incomplète du muscle grand dentelé.

Il prescrivit des frictions avec la pommade stibiée, et des vésicatoires volants; sous l'influence de ces moyens, la déformation disparaissait, mais pour se reproduire. On voulut essayer de moyens plus énergiques (les moxas, les cautères); la malade refusa de s'y soumettre.

Trois observations de la même affection existent dans la science.

La première qui ait été publiée appartient à M. Velpeau. Un jeune homme vigoureux fit une chute dans laquelle le creux de l'aisselle porta sur l'angle d'une commode. L'omoplate était saillante en arrière et en haut, et éloignée de la poitrine. La maladie, après six mois de durée, céda aux vésicatoires volants promenés autour de l'articulation. (*Anatomie chirurgicale*, 1re édition.)

Les deux autres faits sont rapportés, le premier par M. Gendrin (Abercrombie, *Maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, 1835), le second par M. Marchesseaux (*Archives générales de médecine*, 1840).

Comme on voit, les observations de paralysie du muscle grand dentelé sont peu nombreuses; mais il est probable que les faits se multiplieront quand l'attention aura été appelée sur cette affection.

Quelles sont les causes déterminantes de cette paralysie? Dans le cas récent du service de M. Rayer, on n'a pu recueillir aucun indice étiologique. Dans celui de M. Velpeau, la cause est précise; il y eut contusion du nerf thoracique postérieur. M. Gendrin se tait sur la cause. Le malade de M. Marchesseaux avait couché dans une chambre dont l'une des murailles, celle précisément contre laquelle son lit était appuyé, était traversée par un tuyau d'eau en mauvais état, et il avait éprouvé dans le membre malade des douleurs et une gêne qui lui firent quitter son logement.

Voilà pour les causes déterminantes. Mais la cause prochaine quelle est-elle? Qu'y a-t-il entre la paralysie musculaire et la cause déterminante? Il y a, à notre avis, une affection du cordon nerveux spécial qui se distribue au muscle grand dentelé. Car remarquez bien que ce muscle reçoit un nerf particulier qui est, dans la nomenclature de Charles Bell, le nerf respiratoire externe du tronc.

C'est l'affection du nerf facial, et non le rhumatisme qui, à la suite de l'action du froid, détermine la paralysie des muscles de la face; de même c'est l'affection du nerf thoracique postérieur ou nerf respiratoire externe du tronc qui détermine la paralysie du muscle grand dentelé. On n'a pas été frappé d'un fait qui est étrange pourtant. Pourquoi au milieu de tous ces muscles qui ont subi l'action de la même cause (quand c'est le froid humide qui a déterminé la maladie, comme dans le cas de M. Marchesseaux), pourquoi est-ce le muscle grand dentelé, et le muscle grand dentelé seul qui est affecté? N'est il pas rationnel de supposer que si l'affection est ainsi localisée, cela tient à ce qu'elle est dans le nerf, dont la distribution est pareillement exclusive? Ainsi le muscle ne serait affecté ici que comme il l'est dans la paralysie faciale dépendante de la septième paire, ou plutôt il ne le serait pas; c'est le nerf qui serait malade.

Au reste, cette théorie n'est pas neuve. Dugès et M. Martinet ont attribué les paralysies locales du mouvement suite de rhumatisme à des *névrites*, et M. Gendrin a parfaitement dit qu'elles *ne peuvent guère s'expliquer que par une maladie des nerfs qui se distribuent aux muscles affectés, encore inconnue dans sa nature.* On voit que pour M. Gendrin il n'est pas établi que la maladie soit une névrite. Nous ne serions pas éloigné de croire que le gonflement du névrilème général et de tous les canalicules névrilématiques qui enveloppent une par une les fibres nerveuses, produit la paralysie en comprimant la pulpe excitatrice du mouvement. Cette explication ferait rentrer la paralysie partielle dans ce que nous savons de la compression des centres nerveux; elle n'exclut pas, bien entendu, les autres altérations des nerfs d'où peut résulter leur défaut d'action et partant la paralysie des parties aux quelles ils se distribuent.

Nous venons de dire ce qui nous paraît supposable touchant la cause prochaine. Voici maintenant le mécanisme tel que nous le comprenons :

Le muscle grand dentelé étant paralysé, l'omoplate est tirée en dedans et en haut par le muscle rhomboïde, en haut par l'angulaire de l'omoplate, en bas par le muscle petit pectoral, et surtout par le poids du bras, qui agit ici comme dans la fracture de la clavicule. En même temps que l'angulaire tire l'omoplate en haut par l'angle interne et supérieur, il tend à la faire basculer de cet angle à l'angle supérieur externe, et on peut le regarder, sous ce rapport, comme concourant à déprimer le moignon de l'épaule. C'est au poids du bras que nous accorderions le plus d'influence sur le soulèvement de l'angle costo scapulaire. Dans le cas de M. Marchesseaux, le bord spinal de l'omoplate était extrêmement soulevé, si bien qu'il semblait tendre à devenir antéro-postérieur. Il faudra beaucoup plus de faits que nous n'en possédons, pour que tous les points relatifs à cette intéressante affection soient éclaircis.

L'observation de M. Gendrin prouve que la maladie peut être confondue avec une autre. Deux médecins avaient été consultés : l'un avait diagnostiqué un abcès par congestion (sessile); l'autre une déviation de la colonne vertébrale avec saillie des côtes.

Il y a un signe différentiel infaillible; c'est que, en imprimant certains mouvements au membre, on fait complètement disparaître la tumeur produite par le soulèvement de l'angle costo scapulaire et du bord spinal. Il suffit à M. Gendrin de porter le bras en haut et en arrière pour ramener le scapulum à sa place; la main, engagée sous l'os autant que possible, ne fit reconnaître aucune tumeur, aucune saillie des côtes. On a vu, dans le cas de M. Rayer, que la position vicieuse de l'angle costal de l'omoplate et la déviation générale de cet os disparaissaient lorsque les deux bras étaient allongés en avant.

Quant au traitement, ce doit être celui des affections rhumatiques des nerfs : les révulsifs réitérés paraissent efficaces; ils ont réussi dans le cas de M. Velpeau et dans celui de M. Gendrin.

— Une jeune fille âgée de quinze ans est entrée, il y a trois mois environ, dans le service de M. Piorry; son état était des plus graves. Affaiblie, cacochyme, presque paralysée des membres inférieurs, elle portait une tumeur énorme vers le milieu de la région dorso-vertébrale. Il n'était que trop évident que c'était là un abcès ossifluant sessile. M. Piorry détermina par la percussion plessimétrique l'étendue et la forme de la tumeur, qui fut trouvée ovalaire longitudinalement. Il prescrivit le traitement suivant, qui, déjà dans d'autres cas, lui a donné de bons résultats : 1° Repos; 2° alimentation succulente (autant que peut le permettre le régime des hôpitaux); 3° iodure de potassium et phosphate de chaux à l'intérieur; 4° enfin, cautères autour de la tumeur. Sous l'influence de ce traitement, la jeune malade, que l'on eût pu croire vouée à une fin très prochaine, a repris insensiblement des forces; aujourd'hui elle marche sans béquilles; la tumeur a diminué des deux tiers. M. Piorry l'a suivie dans sa diminution à l'aide du plessimètre. La possibilité de la marche sans moyens artificiels doit être attribuée à ce que, la tumeur ayant notablement diminué, la moelle épinière n'est plus comprimée.

Nous oserons dire, à cette occasion, que les chirurgiens ne connaissent pas tous les services qu'ils peuvent retirer de l'emploi du plessimètre. M. Piorry a diagnostiqué par ce moyen l'extension d'un goître dans la poitrine, et limité exactement la tumeur. L'iodure de potassium à haute dose fut administré, et l'on put constater de la même manière la réduction graduelle du goître de bas en haut, coïncidant avec la diminution des accidents de compression.

— Un enfant de douze ans a succombé ces jours derniers, dans le même service, aux suites d'un énorme épanchement séreux dans les ventricules latéraux du cerveaux. Ce malheureux était affecté coïncidemment d'une dégénérescence tuberculeuse de la quatrième vertèbre dorsale. La tumeur n'était pas ovalaire longitudinalement; elle était ovalaire transversalement, et il est à noter que la percussion l'avait fait reconnaître. Une seule vertèbre, la quatrième, comme nous l'avons dit, était malade, et de chaque côté de cette vertèbre existait un kyste purulent d'environ quatre centimètres. Il en résultait que l'étendue transversale de la vertèbre était augmentée de huit centimètres. Nous devons ces détails à un élève intelligent et studieux, M. Bouteillier.

— Une jeune femme couchée au n° 10 de la salle Sainte-Geneviève, est entrée à l'hôpital pour des tubercules du sommet des deux poumons. Une quinzaine de jours après son arrivée dans le service, on s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Cette tuméfaction fit de rapides progrès, et aujourd'hui il y a entre les épaules une tumeur considérable, surtout à droite, où l'on constate de la fluctuation. Supérieurement la tumeur donne un son tympanique, et inférieurement un son mat. En changeant la position de la malade, on déplace la matité. Par moments, on obtient un son hydraérique. On y entend la respiration. L'auscultation du poumon ne donne ni roncus, ni résonnance. On constate une respiration bronchique, mais on n'en peut rien inférer à cause du voisinage de la trachée.

La tumeur est-elle ossifluante, et, dans l'affirmative, d'où vient l'air qu'elle contient? Du poumon? On peut le croire; mais rien ne le prouve. Il est possible que le gaz se soit développé dans le foyer même. M. Piorry en a vu un exemple avec M. Blandin. N'est-il pas plus probable que le pus des tubercules pulmonaires s'est fait jour en arrière dans le tissu cellulaire? Ce cas a été observé plusieurs fois. Nous avons eu occasion de le voir dans le service de M. Velpeau. L'abcès existait au cou.

La malade de M. Piorry souffre horriblement à cause de la distension que la tumeur fait éprouver aux nerfs voisins. Il a été question de pratiquer une ouverture. C'est une indication bien délicate.... pourtant les souffrances sont cruelles et semblent légitimer une tentative hardie. On pourrait employer le procédé Reybard.

— Une jeune fille âgée de treize ans, placée dans l'un des services de l'hôpital Saint-Antoine, porte une tumeur très remarquable.

Cette tumeur est située au-dessous du rebord des fausses côtes du côté droit; elle a le volume d'un œuf de poule; elle est indolore, et la peau qui la recouvre n'a point changé de couleur. Mobile, elle se déplace avec les muscles abdominaux. On peut la circonscrire en arrière, et reconnaître qu'aucune ouverture n'existe entre elle et la cavité abdominale.

La tumeur est un peu élastique et en même temps fluctuante; mais la fluctuation n'est rendue évidente que par la percussion, qui donne d'ailleurs un son entièrement mat. Il y a plus; avec le doigt qui sert de plessimètre, et avec le doigt percuteur on sent un frémissement pareil à celui que

donnerait une lame métallique vibrant sous le doigt.

Les battements du cœur, transmis à travers le diaphragme, soulèvent la tumeur, qui n'est pas agitée de pulsations qui lui soient propres, ce dont on s'assure par l'auscultation. D'ailleurs, en l'isolant, on voit que les battements du cœur ne s'y communiquent plus.

La tumeur dont il s'agit n'est pas une hernie, puisqu'elle n'a pas de communication avec l'abdomen; ce n'est pas un anévrisme puisqu'on n'y entend pas de pulsations propres; ce n'est pas un abcès chaud puisqu'il n'y a pas d'inflammation; ce n'est pas un kyste séreux simple, ni un abcès froid, attendu que la fluctuation y est mêlée d'un frémissement tout à fait caractéristique. Dès lors que peut-elle être, sinon un kyste hydatique?

— Le diagnostic des tumeurs intra pariétales de l'abdomen est souvent très épineux. Ainsi, nous avons vu dans un service médical de la Charité une tumeur de la fosse iliaque droite qui fut prise pour une accumulation de matières dans dans le cœcum, et qui était un phlegmon intra-pariétal. Si l'on percutait avec quelque force on obtenait un son tympanique; si l'on percutait légèrement on avait un son mat. Dans le premier cas on percutait le cœcum, plein de gaz et non de matières fécales; dans le second on percutait le phlegmon. X.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Revue clinique.

Dans les salles de M. Jobert sont couchés plusieurs malades très intéressants, soit sous le rapport des affections dont ils sont atteints, soit sous le rapport des succès obtenus par certains moyens thérapeutiques inventés ou employés plus particulièrement par ce praticien, c'est à-dire, par ses appareils à fractures et par la cautérisation du col utérin par le fer rouge. Tout récemment encore (*voir* le numéro du 7 juin 1845 de la *Gazette des Hôpitaux*), l'auteur de la Revue clinique hebdomadaire a traité de la cautérisation du col utérin par le fer rouge dans un article très bien écrit, mais malheureusement trop court pour un sujet si vaste et si important.

Dans peu de jours, nous l'espérons, nous essaierons de compléter cet article en rapportant plusieurs observations remarquables à l'appui des propositions que cet auteur n'a pu qu'énoncer, comme l'exigeait une revue hebdomadaire, et en y joignant quelques considérations pratiques de M. Jobert.

Quant aux appareils à fractures de ce chirurgien, appareils d'une simplicité extrême, et employés indistinctement dans toute espèce de fracture avec ou sans déplacement, il nous sera facile d'en constater les résultats et de les apprécier à leur juste valeur; car nous comptons actuellement dans les salles une vingtaine de fractures environ.

Plusieurs opérations ont été pratiquées ces jours derniers par M. Jobert; nous allons en dire quelques mots.

Première observation. — *Imperforation ou occlusion congénitale et complète de la vulve. Adhérence des petites lèvres: Opération. Guérison.*

La nommée Louise Féron, âgée de treize mois, demeurant quai Valmy, n° 135, est apportée à l'hôpital Saint-Louis le 7 juin 1845. Cette enfant, d'une bonne constitution et bien conformée d'ailleurs, présente un vice de conformation congénital de la vulve; les parents s'en aperçurent peu de jours après sa naissance; mais comme leur petite fille jouissait d'une bonne santé, et que l'expulsion de l'urine, malgré cette difformité, se faisait librement, ils n'y firent aucune attention. Le 4 juin seulement, ayant remarqué que les urines coulaient moins abondamment que d'habitude, ils se décidèrent à venir à l'hôpital Saint-Louis consulter M. Jobert.

Les parties génitales présentaient alors la conformation suivante: les grandes lèvres n'offrent rien de particulier; mais en les écartant on voit de haut en bas, 1° le clitoris et son prépuce, qui sont bien conformés; 2° un orifice ou trou très petit, qui jusqu'alors avait livré passage à l'urine; 3° une membrane étendue de ce trou jusqu'à la fourchette ou commissure des grandes lèvres, et les réunissant par leur face interne; cette sorte de cloison, plus mince sur la ligne médiane que sur les parties latérales, paraît formée par la réunion des petites lèvres, et ferme complétement l'orifice externe du vagin. Lorsqu'on introduit, par l'orifice dont nous avons parlé, un stylet dirigé de haut en bas, on pénètre dans le vagin; si alors on le porte d'arrière en avant, on soulève la cloison que nous avons décrite.

Après avoir constaté cette disposition des parties, M. Jobert, au moyen d'une sonde cannelée, pratique une ouverture sur la ligne médiane et vers la partie inférieure de la cloison; prenant ensuite des ciseaux, il incise la membrane dans toute son étendue. Aussitôt que l'ouverture fut pratiquée, quelques gouttes d'urine s'écoulèrent de l'intérieur du vagin, et il s'échappa en même temps une certaine quantité de gaz.

L'opération terminée, il fut facile de reconnaître en haut l'orifice externe de l'urètre, et au-dessous l'ouverture antérieure du vagin.

Pour obtenir la cautérisation isolée des bords de l'incision, c'est-à dire de la partie interne des petites lèvres, M. Jobert recommande d'introduire dans le vagin une mèche de charpie enduite de cérat.

Les jours suivants il ne survient aucun accident.

Le 10 juin, on ramène l'enfant et l'on constate que les petites lèvres se présentent avec une conformation normale.

Le vice de conformation dont il s'agit a été observé assez fréquemment à la suite des inflammations des grandes ou des petites lèvres, à la suite des brûlures, des ulcérations, dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée, et qui ont fini par déterminer des adhérences entre ces parties; mais c'est alors l'occlusion dite accidentelle.

Quant à ce même vice de conformation dit congénital, on le remarque moins fréquemment surtout lorsqu'il est porté au point où nous l'avons observé chez cette petite fille. On conçoit aisément qu'avec une semblable disposition des parties on n'eût pas manqué, à l'âge de la puberté, de voir se développer tous les accidents qui résultent de la rétention des menstrues, accidents de plus en plus graves à mesure que le sang s'accumule dans le vagin, et qui peuvent avoir des suites funestes si l'on ne remédie à temps à ce vice de conformation. Il est donc heureux pour notre petite opérée qu'un léger trouble dans l'émission des urines ait décidé les parents à venir consulter M. Jobert.

Quant à la présence de gaz dans le vagin et derrière la membrane, on ne saurait trop s'en rendre compte. Mais on comprend aisément que quelques gouttes d'urine, pendant la miction, soient tombées de l'orifice externe de l'urètre derrière la cloison.

Si l'on recherche la cause de la gêne qu'a ressentie l'enfant dans l'émission des urines, après treize mois écoulés depuis sa naissance, on ne peut guère la trouver que dans les modifications qu'aurait éprouvées le petit trou de la cloison, soit dans ses rapports avec l'orifice externe de l'urètre, soit dans ses dimensions. Mais alors, à quoi seraient dues ces modifications? Serait-ce à l'augmentation de volume des parties déterminée par l'âge, par l'accroissement? Serait-ce à leur gonflement produit par une cause quelconque? Cette dernière explication nous paraît plus vraisemblable.

Quoi qu'il en soit, l'opération dans ce cas était indiquée et par le trouble survenu dans les fonctions urinaires, et par la nécessité qu'il y avait d'opérer quelques années plus tard. C'est ainsi que M. Jobert l'a compris.

Dans cette opération, qui est des plus simples, le chirurgien eût pu inciser la cloison en partant de son pertuis; mais afin de respecter complétement l'orifice externe de l'urètre, il a préféré rompre la membrane dans un point qui correspondait à la cavité du vagin, et dont les rapports avec les parties voisines étaient peu importants.

Relativement aux indications de cette opération, il peut se présenter dans la pratique quelques cas particuliers dans lesquels on pourrait différer d'opérer. Nous citerons le fait suivant que nous avons observé l'année dernière à l'hôpital des Enfants.

Deuxième observation. — *Occlusion accidentelle et incomplète de la vulve. Adhérence des grandes lèvres. Opération. Guérison.*

La nommée Beauvert, âgée de dix ans environ, entre dans les salles de M. Guersant fils, le 1er avril 1844. Quelques jours auparavant, cette jeune fille avait été affectée d'une vaste brûlure qui avait détruit la peau qui recouvre les fesses et les parties génitales externes. A son entrée, la peau des fesses était encore ulcérée dans une grande étendue, et celle des grandes lèvres s'était déjà cicatrisée; mais celles-ci avaient contracté une adhérence entre elles: une bride large d'un centimètre environ, assez épaisse, et située vers le milieu de la hauteur de la vulve, s'étendait de la face interne d'une grande lèvre à la partie correspondante de l'autre. Il était facile de passer un stylet ou une sonde cannelée derrière cette bride, qui par sa position ne gênait en rien l'émission des urines; à l'âge de la puberté, elle ne pouvait encore apporter aucun obstacle à l'écoulement des menstrues.

Ainsi, M. Guersant fit remarquer qu'il serait peut-être bon de différer l'opération jusqu'à l'époque du mariage, et qu'en agissant ainsi on aurait une garantie de plus pour la moralité. Néanmoins, M. Guersant se décida à pratiquer l'excision de la bride le 27 avril, et la jeune fille sortit de l'hôpital le 15 mai 1844, complétement guérie.

Dans ce cas, comme dans tous les autres, l'opération devait être pratiquée tôt ou tard; ce n'était donc plus qu'une question de temps. Reste alors au chirurgien le soin d'apprécier jusqu'à quel point l'obstacle mécanique apporté par cette bride à l'exercice normal des parties génitales doit être pris en considération.

Troisième observation. — *Cancer de la lèvre inférieure. Dégénérescence d'un ganglion sous-maxillaire. Opération. Erysipèle de la face.*

Au n° 46 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Remillieret (Jean), âgé de quarante-huit ans, jardinier. Cet homme, il y a neuf mois, s'endormit sur la terre; à son réveil, il trouva à la partie externe de sa lèvre inférieure un petit bouton ou tubercule de la grosseur d'une lentille environ. Sept mois s'écoulèrent sans que ce tubercule acquît un plus grand développement. Mais depuis deux mois, époque à laquelle le bouton fut irrité, on vit apparaître à la place qu'il occupait une petite ulcération qui ne fit que croître en étendue et en profondeur. Ce malade ne fit aucun traitement pour guérir cet ulcère, et vint à Paris pour se faire opérer. Il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, le 29 mai 1845, et présente l'état suivant:

La lèvre inférieure est détruite dans sa moitié droite et dans presque toute son épaisseur; l'ulcère qui la remplace offre une surface inégale, à bords taillés à pic, et présente l'aspect cancéreux. Le malade ressent dans cette partie des douleurs vives, lancinantes. Vers l'angle droit de la mâchoire inférieure se trouve un ganglion, du volume d'une aveline, dur et indolent.

L'état général du sujet est satisfaisant; la peau ne présente point une teinte jaune-paille; les autres régions du corps n'offrent aucun ganglion engorgé. On ne remarque enfin aucun trouble fonctionnel des appareils généraux.

Opération. — Le 3 juin, M. Jobert procède à l'opération de la manière suivante: Par une incision pratiquée parallèlement et au-dessous du bord inférieur et droit de la mâchoire, on divise la peau et le tissu sous-cutané, et l'on met à découvert le ganglion dégénéré. On rencontre l'artère faciale, et l'ayant comprimée on enlève avec soin le ganglion. Ceci fait, on s'occupe de la lèvre inférieure: avec des ciseaux, M. Jobert pratique deux incisions qui vont converger vers le menton et séparent des tissus sains toute la partie cancéreuse de la lèvre inférieure. On enfonce trois épingles dans les lèvres de la plaie, que l'on maintient rapprochées au moyen de la suture entortillée.

Le 5 juin, on enlève les deux épingles inférieures.

Le 6 juin, on ôte la dernière épingle qui avoisinait le bord libre de la lèvre. La réunion immédiate a été obtenue dans toute l'étendue de la plaie, sauf une ulcération superficielle qui existe vers sa partie inférieure.

Le 9 juin, le malade a éprouvé du frisson, de la céphalalgie, un malaise général, sans nausées ni vomissements. A la visite du soir, on trouve, autour de la plaie, de la rougeur et un peu de tuméfaction.

Le 10 juin, l'érysipèle s'est déclaré et occupe la moitié droite de la face; ni nausées, ni vomissements; constipation depuis sept jours; la région sous-maxillaire du côté correspondant est douloureuse, mais ne présente aucun ganglion engorgé. — *Prescription*: Purgatif; frictions avec la pommade au nitrate d'argent sur les parties enflammées; diète absolue.

Le 11 juin, l'érysipèle atteint les paupières et les régions auriculaire et parotidienne. — Même prescription.

Le 12 juin, toutes les parties précédemment affectées, les lèvres exceptées, ne sont plus douloureuses, ni tendues; mais l'érysipèle envahit le côté gauche du nez où l'on remarque de la douleur, de la rougeur et de la tension.

Le 13, l'érysipèle semble enrayé dans sa marche; l'amélioration continue, et le malade demande à manger; on lui accorde deux bouillons.

Malgré cette complication, la cicatrice n'a pas été détruite; pendant le cours de l'érysipèle, le malade n'a jamais éprouvé de nausées ou de vomissements; les régions sous-maxillaires ont offert de la douleur, mais jamais de ganglions engorgés. Les lèvres conservent encore un peu de rougeur et de tension, et l'on voit à leur surface quelques croûtes d'impétigo.

Cette dernière complication constitue, pour les auteurs qui ont écrit sur les maladies cutanées, cette variété d'impétigo qu'ils ont appelé *érysipélateux;* chez ce malade, l'érysipèle a précédé de quelques jours l'apparition des pustules d'impétigo, qui nous ont paru se développer sous l'influence des frictions faites avec la pommade au nitrate d'argent. Nous devons à l'obligeance de M. Emery la communication suivante: Ce praticien a plusieurs fois observé que les frictions avec la pommade au nitrate d'argent déterminaient souvent l'apparition des pustules d'impétigo; il nous a même fait voir deux malades qui sont encore couchées dans les salles, et qui en ont été affectées toutes deux à la suite de l'emploi de cette médication.

Le 14 juin, l'érysipèle ne fait aucun progrès. — Deux potages et deux bouillons.

Plusieurs autres malades, couchés dans la même salle, ont été également affectés d'érysipèle; nous nous bornerons à citer les deux faits suivants:

Quatrième observation. — *Ophthalmie intense. Emploi énergique des antiphlogistiques. Guérison. Erysipèle de la face.*

Au n° 32 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Blondin (Justin), âgé de vingt-deux ans, serrurier. Cet homme, d'une constitution assez faible, était occupé à battre sur l'enclume un morceau de fer chauffé au rouge; celui ci vint frapper directement le globe oculaire gauche, car les paupières ne purent se fermer assez promptement pour le protéger. Aussitôt on l'amène à l'hôpital Saint-Louis, où il est admis le 2 juin 1845.

Le 3 juin, à la visite du matin, il s'était déclaré déjà une ophthalmie des plus intenses: des troubles fonctionnels existaient même du côté de l'œil droit. Impossibilité d'entrouvrir les paupières, douleur vive. La photophobie était tellement prononcée que la petite quantité de rayons lumineux qui passait à travers les paupières était très douloureuse.

M. Jobert, en raison de l'intensité de l'ophthalmie, et malgré la faible constitution du sujet, résolut d'employer avec énergie la médication antiphlogistique. Aussi prescrivit-il, dans l'espace de cinq jours, cinq saignées abondantes et quatre-vingts sangsues qui furent appliquées sur les parties voisines de l'organe enflammé. On eut aussi recours aux purgatifs et aux cataplasmes émollients arrosés d'eau de laitue.

Le 8 juin, cinquième jour du traitement, tous les symptômes graves ont disparu, les paupières s'ouvrent facilement, douleur nulle, aucune photophobie; mais la conjonctive oculaire encore injectée et tuméfiée forme autour de la cornée transparente un bourrelet saillant d'un millimètre environ.

Le 10 juin, malaise général, céphalalgie, frissons, fièvre; pas de nausées, pas de vomissements.

Le 11 juin, la paupière supérieure gauche est tuméfiée et douloureuse; un érysipèle se déclare; cependant le globe oculaire ne présente ni douleur, ni photophobie. Frictions avec la pommade au nitrate d'argent.

Le 12 juin, l'érysipèle s'étend vers la moitié gauche de la face; pas de nausées, pas de vomissements, pas de ganglions engorgés. Même prescription.

Le 13 juin, l'érysipèle paraît limité: l'oreille, le nez, les lèvres n'en sont pas atteints.

Cinquième observation. — *Plaie contuse du pied. Gangrène. Erysipèle.*

Au n° 35 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Kério (Jean Baptiste), âgé de vingt-quatre ans, charretier. En conduisant une voiture, cet homme eut le pied droit engagé sous la roue. Le 10 juin, jour de l'accident, il entre à l'hôpital Saint-Louis. Les trois derniers orteils du pied droit ont été écrasés et présentent une plaie contuse.

Le 12 juin, les orteils offrent une coloration noirâtre et sont menacés de gangrène. Un érysipèle occupe la face dorsale du pied droit. Le malade n'éprouve ni nausées, ni vomissements; on n'observe aucune traînée rouge sur le membre inférieur correspondant. La région inguinale ne présente aucun ganglion tuméfié ou douloureux. — Frictions avec le nitrate d'argent.

Le 13 juin, les orteils sont complétement gangrénés; l'érysipèle ne s'est pas étendu à la jambe. — Même prescription.

Le 14 juin, la gangrène paraît se limiter et dépasse à peine les articulations métacarpo-phalangiennes des trois orteils. La face dorsale du pied présente encore un peu de rougeur et de tension.

Le 15 juin, il ne reste aucune trace de l'érysipèle.

— L'épidémie d'érysipèles qui a régné la semaine dernière et qui persiste encore aujourd'hui à l'Hôpital Saint-Louis, nous a offert quelques particularités remarquables. Ainsi, pendant que plusieurs malades de la salle des hommes ont été atteints d'érysipèle, la salle des femmes ne nous en a présenté aucun cas. Nous y comptons cependant plusieurs opérations graves qui ont été pratiquées cette semaine : amputation d'un bras, opération d'une fistule recto-vaginale, extirpation d'une tumeur fibreuse qui occupait tout un sein, etc. Chez nos malades les érysipèles n'ont offert aucune gravité; bien plus, on a pu voir dans la troisième observation que cette complication n'avait même pas détruit la cicatrice immédiate et encore peu solide qui réunissait les lèvres de la plaie.

Des prodromes, des symptômes généraux plus ou moins prononcés ont toujours précédé le développement de cette affection, qui chez aucun de nos malades ne s'est compliquée d'un *état bilieux*.

Enfin nous ferons remarquer que, malgré l'attention la plus grande, nous n'avons pu constater *aucune trace soit d'adénite, soit d'angéioleucite.*

Nous profitons de cette épidémie pour parler des érysipèles qui se sont montrés il y a quelque temps dans plusieurs hôpitaux de Paris.

On a dit que l'apparition des érysipèles à ce moment de l'année, paraissait tenir à un *état bilieux*. Si, par cette expression, on a voulu parler de l'état bilieux tel que le comprennent la plupart des praticiens, certes il y a eu de nombreuses exceptions. Ainsi, dans les salles de chirurgie de l'hôpital des Cliniques, où M. Nélaton n'avait pas observé d'érysipèles épidémiques depuis plus d'une année, on a vu, au mois de mars dernier, un grand nombre d'érysipèles se développer en même temps et chez les femmes et chez les hommes, à l'occasion des plaies les plus légères, et même sans plaies; en effet, nous en avons observé chez deux femmes, dont l'une affectée d'un kyste de l'ovaire, l'autre d'une amaurose, et chez un homme que l'on était sur le point d'opérer de la cataracte. Tous les malades atteints d'érysipèle éprouvèrent, à la vérité, des troubles fonctionnels de l'appareil digestif, mais ne présentèrent point l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux.

Il en fût ainsi des érysipèles que M. Jobert observa vers la même époque.

Enfin, M. le professeur Blandin, dans une leçon dont ce journal a publié le résumé (*voir* le n° du 8 mai 1845 de la *Gazette des Hôpitaux*), ne dit point que les érysipèles se compliquèrent d'état bilieux chez les malades couchés dans ses salles.

Nous allons maintenant faire connaître les idées que professe M. Jobert sur l'érysipèle.

Pour ce chirurgien, il n'existe point d'*érysipèles* purement *traumatiques*. Cette affection, qui survient chez les sujets atteints de maladies chirurgicales, est toujours indépendante de l'état local, des lésions traumatiques, des plaies, des ulcères, et paraît liée à une certaine disposition de l'économie, des localités ou des saisons, disposition qui, pour être inconnue, n'en existe pas moins. Voici, du reste, les faits que cite M. Jobert à l'appui de ce qu'il avance : jamais il n'a observé d'érysipèle sans *prodromes*, sans *symptômes généraux* plus ou moins intenses et analogues aux prodromes des fièvres éruptives; toujours les malades, quand on les interroge suffisamment, accusent, avant le début de l'érysipèle, quelques troubles fonctionnels, tels que malaise général, courbature, inappétence, soif, céphalalgie, frissons, fièvres; quelquefois nausées, vomissements, coliques, constipation ou diarrhée. De plus, quand une épidémie d'érysipèles vient à sévir, les malades qui ne présentent aucune lésion traumatique, aucune plaie, en sont aussi bien atteints que les autres.

Quant à l'adénite et à l'angéioleucite, que l'on a regardées comme l'élément principal et indispensable de tout érysipèle, M. Jobert pense que, dans certains cas, cette dernière affection peut exister avec ses caractères les plus tranchés et n'offrir cependant, soit à son début, soit pendant sa durée, aucune trace d'inflammation du système lymphatique.

Le traitement local auquel ce chirurgien donne la préférence consiste à faire des onctions avec la pommade au nitrate d'argent.

— L'espace nous manque pour parler des autres opérations qui ont été pratiquées : nous nous en occuperons prochainement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Fièvre intermittente rebelle déterminée par un déplacement en bas de la rate. Guérison de la fièvre par l'emploi d'un bandage. Observation et réflexions recueillies par M. BOUTEILLIER, interne provisoire.

Il est des faits cliniques sur lesquels on ne peut trop revenir; ce sont ceux qui suffisent pour juger une question théorique importante. Celui qui va nous occuper est dans ce cas; il offre d'autant plus d'intérêt qu'il est unique dans la science.

On n'a pas oublié que dans la Revue clinique du mois de février (1), nous avons donné la première partie d'une observation de fièvre intermittente causée par le déplacement de la rate. Ce cas avait déjà frappé l'attention; car quelques jours auparavant il avait été mentionné dans la Revue hebdomadaire de ce journal (n° du 8 mars). Voici en quelques mots le résumé de ce que nous en avons dit à cette époque :

Une femme âgée de trente-quatre ans, journalière, fut prise, il y a vingt-deux ans, sans cause miasmatique, d'accès de fièvre intermittente qui n'ont cédé depuis à aucun traitement. S'étant décidée enfin à entrer à l'hôpital, à l'examen de l'abdomen on trouva la rate déplacée, très mobile, occupant la partie supérieure de la fosse iliaque gauche; de telle sorte qu'avec la main il était facile de la ramener au-dessous des côtes, à sa place normale. Il est bon de se rappeler aussi qu'il n'y avait pas ou presque pas d'hypertrophie de la rate.

M. Piorry affirma alors que c'était le tiraillement du plexus splénique qui causait, dans ce cas, les accès de fièvre, et il annonça que l'emploi du sulfate de quinine n'amènerait aucune amélioration, mais qu'il serait nécessaire d'avoir recours à un bandage. Déjà cette malade avait plusieurs fois, pendant les vingt-deux années qu'a duré sa fièvre intermittente, pris du sulfate de quinine à des doses plus ou moins élevées.

Par un interrogatoire long et méthodique, on apprit une circonstance bien digne de remarque, c'est que pendant chacune de ses grossesses, cette femme n'a jamais eu d'accès, et cela par suite, sans aucun doute, du développement de l'utérus, qui reportait la rate en haut et la plaçait à peu près dans sa situation normale. Cette circonstance venant confirmer le diagnostic de M. Piorry, était bien de nature à encourager dans l'idée de mettre tout de suite en usage les moyens mécaniques; mais on préféra temporiser un peu; et afin qu'il ne restât plus le moindre doute dans les esprits, on commença par administrer le sulfate de quinine, qui fut porté même à des doses assez fortes.

Voici ce qui advint : La rate diminua sensiblement, ce qui prouve, pour le noter en passant, que le sulfate de quinine diminue le volume de la rate même à l'état normal. La malade fut en outre quelques jours sans avoir d'accès. Mais l'explication de cette suppression momentanée des accès est facile à donner, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence du sulfate de quinine; c'est que la malade resta couchée pendant tout ce temps, et que les plexus spléniques n'étaient point, par conséquent, tiraillés comme ils l'étaient habituellement dans la station verticale. En effet, c'était si bien là la cause réelle de cette cessation des accès, que du moment où la malade se leva, à peine fut-elle descendue dans les cours de l'hôpital, qu'elle fut prise d'un violent accès qui se répéta les jours suivants. L'expérience était concluante. Cependant, on ne voulut pas s'en tenir là; on la renouvela plusieurs fois, et toujours on obtint le même résultat.

Une autre remarque fut faite. A chaque tentative de marche des souffrances vives étaient ressenties dans le point occupé par la rate, et celle-ci grossissait en même temps qu'il y avait un accès, ce qui pourrait faire croire, à tort, que chaque accès, dans la fièvre intermittente, fait grossir la rate. Il n'en est rien; ce n'est ici qu'une exception apparente. Ce n'est point l'accès, dans ce cas non plus, mais bien la douleur, qui fait grossir la rate, douleur qui y amène la congestion. Voici l'ordre des phénomènes : Tiraillement du plexus splénique, douleur, congestion de la rate, et enfin l'accès de fièvre.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade qui nous occupe fut atteinte d'une variole qui parcourut normalement toutes ses phases; et nous n'en parlons ici que pour faire remarquer que tant que la fièvre *continue* dura, il n'y eut point d'accès, et que les accès recommencèrent aussitôt que la variole fut arrivée à la période apyrétique. Le type fébrile *continu* est incompatible avec le type fébrile *intermittent.*

Après la guérison complète de la variole, et lorsqu'il fut bien démontré que le sulfate de quinine ne pouvait rien dans ce cas particulier, on fit faire un bandage pour contenir la rate réduite. Voici la description de ce bandage, que M. Drapier, herniaire des hôpitaux, construisit d'une manière fort intelligente. La pièce principale de l'appareil est un arbre en acier de quelques centimètres seulement. L'une de ses extrémités est munie d'une noix dentelée et d'un claquet, ou petit ressort s'engageant à volonté entre l'une ou l'autre des dents de la noix, de manière à faire mouvoir une petite pelote dite pelote tournante. A l'autre extrémité de l'arbre est rivé un ressort circulaire faisant le tour du corps au-dessus des hanches. Ce ressort porte une courroie qui vient se boutonner sur la pelote. En serrant la courroie, on augmente la compression antéro-postérieure; et en faisant tourner la pelote, on augmente la compression de bas en haut. Il est inutile d'ajouter que tout l'appareil est recouvert d'une peau souple.

Après l'application du bandage, la malade se trouva de suite soulagée et demanda à sortir. On la retint cependant quelques jours encore à l'hôpital, et on l'engagea à marcher beaucoup chaque jour. Elle n'eut plus un seul accès. Nous l'avons revue depuis; elle nous disait encore dernièrement que ses accès n'avaient plus reparu depuis qu'elle porte ce bandage, et cependant elle exerce un état fort pénible; elle est journalière.

Chez cette femme, le sulfate de quinine avait toujours été sans résultat; le bandage a réussi sur le champ. Il est donc évident que c'était le déplacement de la rate qui causait les accès. Comment, dira-t-on, le déplacement de la rate peut-il causer tant de phénomènes généraux? Il est facile de s'en rendre compte si l'on réfléchit aux conséquences qu'entraîne ordinairement le déplacement des autres organes, tels que l'utérus, les testicules, les reins, etc. L'utérus vient-il à être déplacé, il survient aussitôt des douleurs de reins intenses, des tiraillements d'estomac, des douleurs utérines, quelquefois même des contractions, des douleurs dans le rectum, un sentiment de pesanteur dans le siége, de la difficulté à rester debout et de la fièvre à la moindre fatigue.

Le déplacement du testicule, quand il n'est pas soutenu par un suspensoir, ne laisse pas aussi que de déterminer des phénomènes généraux, tels que douleurs de reins, tiraillement des plexus spermatiques; en un mot, un ensemble de phénomènes qui a une grande analogie avec ceux que cause le déplacement de l'utérus.

M. Piorry a actuellement dans sa clientèle un exemple de déplacement du rein, reconnu à la plessimétrie, qui donnait dans le bas-ventre une matité dans une étendue ayant juste la forme du rein. Eh bien, ce malade éprouve des tiraillements à la moindre fatigue, de la fièvre et des accidents généraux, sans parler des troubles dans la sécrétion urinaire.

Dans ces trois cas de déplacement il y a, comme on le voit, des symptômes en rapport avec les souffrances ordinaires de chacun de ces organes. La même chose arrive pour la rate. Or, comme les souffrances ordinaires de la rate causent des accès de fièvre intermittente, son déplacement doit, de même que son hypertrophie, sa dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse, causer une fièvre d'accès. C'est, en effet, ce qui a lieu.

A côté de cette fièvre intermittente, symptôme d'un déplacement de la rate, il y a dans les salles de M. Piorry trois autres cas de fièvre intermittente, tous trois symptôme d'un état organo pathologique différent, l'un d'une contusion de la rate, l'autre d'une névralgie intercostale du côté gauche, le troisième d'une hypertrophie.

Dans cette dernière, la relation de cause à effet est des plus évidentes; car le malade a souffert dans la région splénique avant le premier accès.

Cette observation, féconde, comme on le voit, sous plusieurs rapports, vient sanctionner l'opinion suivante, que M. Piorry a émise le premier : A savoir, que la fièvre intermittente n'est pas une maladie, mais le symptôme des états organo-pathologiques de la rate, et quelquefois des nerfs qui y correspondent. Mais, dira-t-on, pourquoi la périodicité des accès de fièvre, s'ils sont dûs à une lésion permanente? De ce qu'on n'a pu jusqu'ici se rendre compte de ce phénomène, ce n'est pas toutefois une raison pour ne pas admettre la théorie de M. Piorry; car en physiologie et en pathologie, il y a bien des exemples d'effets périodiques dus à des causes permanentes, effets que l'on n'a jamais songé à nier.

(1) *Voir* le numéro du 20 mars.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 avril 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Puzin rapporte qu'il s'est bien trouvé dans une éruption de scarlatine, de la saignée pratiquée au troisième jour de la maladie.

M. Fouquier a traité un enfant chez lequel s'étaient développés de petits boutons varioliques : la rougeole survint le lendemain, et ce ne fut qu'après que cette éruption eut parcouru toutes ses phases, que la variole restée stationnaire parcourut les siens à son tour. Un autre fait digne d'être noté, ajoute M. Fouquier, c'est l'existence de la variole sur un enfant nouveau-né, la mère n'étant point atteinte de cette affection. Ce fait a été observé récemment dans nos salles. La mère avait été vaccinée, et aucun symptôme général ou local n'avait révélé aucun indice de cette maladie. Mais il y avait dans la salle plusieurs malades atteints de varioles. A quatre mois on pouvait reconnaître les cicatrices laissées après la desquammation des boutons.

M. Puzin fait observer que ces cicatrices ont été observées chez des enfants à l'époque de leur naissance; preuve qu'ils avaient été atteints de la maladie dans le sein de la mère.

M. Perthus se demande si dans le fait semblable rapporté par Mauriceau, tous les phénomènes morbides de cette maladie se sont passés dans la vie intra utérine du fœtus.

M. Puzin n'admet aucun doute à cet égard.

M. Serrurier rapporte qu'un homme de soixante ans qui habitait la campagne mourut de la variole communiquée par une nièce qu'il soignait atteinte de cette maladie. Il succomba le cinquième jour.

M. Puzin pense que la durée de l'incubation est plus longue, de quinze à dix-huit jours.

M. Fouquier fait observer qu'il n'y a rien là d'absolu, et que l'incubation peut varier suivant les sujets.

M. Puzin rappelle que les Arabes Rhasès et Albucasis attribuaient la variole à la contagion provenant d'une sorte de farcin dont sont atteints les chevaux aux jambes.

M. Serrurier dit que dans les livres de Moïse on lit la description de petites pustules suivies de desquammation, et que cette maladie pourrait bien être la variole.

M. Perthus parle d'un jeune homme d'origine norvégienne, chez lequel il a observé les symptômes de la lèpre. Après l'avoir fait plonger dans l'eau, de larges plaques se détachèrent, ainsi que des fragments de linge recouverts par ces plaques.

M. Fouquier dit que cette maladie est endémique dans quelques localités du département du Rhône.

Cette digression conduit M. Puzin à parler de la syphilis, à rappeler la fortune énorme (huit millions) gagnée par Bernard de Carpi, inventeur du traitement par le mercure. Comme l'efficacité de ce médicament avait été constatée dans le traitement des maladies de la peau, il avait été conduit à l'essayer contre cette affection, dont les premiers symptômes se manifestaient également sur les téguments. De nos jours encore, ajoute notre confrère, la peau est souvent compromise, surtout le mamelon chez les nourrices. A cette occasion, il rappelle que dans le village de Trombus, où les voisines ont l'habitude de donner le sein aux enfants de celles qui sont aux champs, une de ces femmes a infecté tout le village, enfants et nourrices : de là des plaintes réciproques, des récriminations, des demandes en dommages

et intérêts ; mais la confusion était telle, que la médecine et la justice ne purent reconnaître la première coupable.

M. Foucart demande si les symptômes étaient primitifs ou consécutifs.

M. Puzin répond qu'elle était constitutionnelle, et consistait en pustules et en ophthalmies.

M. Foucart fait observer que le fait qui résulterait de l'assertion de M. Puzin serait en contradiction avec les doctrines récemment professées, et confirmées par l'observation et l'expérimentation. Les accidents de la syphilis constitutionnelle ne peuvent se transmettre d'individu à individu, soit par inoculation naturelle, soit par inoculation artificielle. L'examen attentif des faits et l'expérimentation directe l'ont prouvé à Hunter à la fin du siècle dernier ; de nos jours à M. Ricord, qui a fondé la doctrine la plus satisfaisante de la maladie vénérienne. La vérole constitutionnelle ne peut se transmettre que des parents aux enfants par voie d'hérédité. Si l'enfant nouveau-né infecte sa nourrice, c'est qu'il présente le symptôme primitif caractéristique, le chancre, sur le point de la muqueuse buccale qui est en contact avec le mamelon. Or, pour qu'il ait un chancre, il faut qu'il l'ait contracté directement, ce qui ne peut avoir eu lieu que dans le cas où la mère étant elle-même atteinte de syphilis primitive, l'enfant aura contracté un chancre au passage pendant l'accouchement. Mais alors, ce ne sera point des accidents constitutionnels qu'il transmettra à la nourrice, mais bien des accidents primitifs, qui pourront plus tard amener une syphilis constitutionnelle. Si un enfant avait un chancre à la bouche, on concevrait qu'il pût le communiquer à toutes les femmes dont il prendrait le sein, et celles-ci à leurs nourrissons. Mais le fait n'est explicable que par le symptôme primitif.

Quant aux certificats que l'on réclame quelquefois des médecins à l'appui des demandes en dommages-intérêts, dans des circonstances analogues, on ne saurait trop recommander aux praticiens la plus grande défiance, la plus complète incrédulité, sous le rapport des renseignements fournis par les malades. Comme ils ont souvent grand intérêt à tromper, l'on ne devra jamais les croire que si l'observation directe vient confirmer leurs assertions. Je pourrais, ajoute M. Foucart, citer à l'appui de ce que j'avance un fait dont j'ai été témoin dans le courant de l'année dernière et que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*. Une femme vint à l'hôpital de Loursine, présentant des tubercules muqueux aux deux seins. Les mamelons étaient convertis en deux tumeurs formées par ces tubercules ulcérés. Les amygdales, la voûte palatine, le voile du palais étaient couverts de tubercules plats. La malade disait ne présenter ces symptômes que depuis six semaines, et soutenait qu'elle les avait contractés en nourrissant un enfant atteint de syphilis constitutionnelle dont le corps était couvert de croûtes et la langue de petites ulcérations. Elle demandait un certificat pour obtenir des parents une indemnité. M. Cullerier examina les parties génitales et découvrit sur les petites lèvres des chancres nombreux, les uns en voie de cicatrisation, les autres à leur maximum de développement. Il conclut de cet examen que les tubercules plats étaient le résultat d'une syphilis constitutionnelle succédant à des chancres contractés par le coït, et que si ces tubercules s'étaient montrés aux seins principalement, c'est que ces phénomènes apparaissent le plus souvent dans les endroits où une cause quelconque détermine une irritation vive. Loin d'accorder à la malade le certificat qu'elle demandait, on lui affirma si positivement que l'on ne croyait pas un mot de son récit, et que les faits s'étaient passés d'une tout autre manière, qu'elle finit par avouer qu'elle avait eu, avant d'être malade, des rapports avec un homme infecté.

M. Fouquier. Un enfant vint à terme, après quelques jours son corps se couvrit de pustules syphilitiques. La mère était saine et rien ne paraissait sur le corps du père, qui m'avoua avoir été malade six mois auparavant, mais parfaitement guéri. L'enfant succomba quelque temps après, ainsi que cela arrive fréquemment. J'avais appelé M. Cullerier et un autre praticien, afin qu'il ne pût rester aucun doute sur la nature de cette maladie.

M. Puzin. Un riche chapelier de Paris fut atteint d'une ulcération qui détruisit la luette et le voile du palais. Comme il se servait de solutions mercurielles pour enlever les poils noirâtres de ses peaux, je me demandai si ces préparations n'auraient point causé cette maladie. J'appelai MM. Boyte et Cullerier en consultation ; ils reconnurent la syphilis et administrèrent des mercuriaux ; mais pendant que je traitais le père, je fus consulté par la fille et constatai l'existence d'une exostose sternale. Il m'avoua avoir été malade et traité avant son mariage ; il fit appeler M. Giraudi, peut-être lui cacha-t-il ce qu'il m'avait confié ; il guérit, mais sa fille mourut.

— *M. Duperthuis* montre à la Société un enfant qui fut pris il y a deux ans d'une fièvre intermittente qui, ayant cédé au sulfate de quinine, fut suivie de dévoiement et enfin d'une toux opiniâtre avec aphonies fréquentes, crachats muqueux, sales, dyspnée, vomissements des matières alimentaires dans les quintes de toux, et cependant absence de sueurs, point d'amaigrissement, aucun signe stéthoscopique qui annonce la lésion du parenchyme pulmonaire. On s'est borné à lui établir un vésicatoire au bras et à lui faire porter des gilets de flanelle. M. Duperthuis avant de rien entreprendre a désiré consulter ses confrères.

M. Puzin pense qu'il existe une inflammation des extrémités des bronches, et qu'on se trouverait bien de la méthode rasorienne. Il conseille d'administrer de deux jours l'un, 20 à 30 centigrammes de tartre stibié dans 50 grammes d'une infusion pectorale.

M. Serrurier conseillerait l'application, sur la poitrine, de quelques ventouses scarifiées, et l'usage du sirop de digitale.

M. Terrier. La poitrine, percutée en arrière, fait entendre un son peu distinct ; l'expiration est plus marquée que l'inspiration ; les vésicules bronchiques sont peu développées ; on entend un craquement dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse du côté droit. Il est évident qu'on a affaire à une bronchite chronique.

M. Perthus recommande l'usage de la jusquiame. Il a si souvent, dans des cas à peu près semblables, retiré de bons effets de ce médicament, qu'il est tenté de le regarder comme spécifique.

— *M. Guillon* fait hommage de quatre brochures.

— *M. Guersant*. Je vous citerai un fait que je viens d'observer, et qui mérite de fixer l'attention des praticiens. C'est l'arrêt de développement d'un membre inférieur. Tout le monde sait qu'un côté du corps peut être affecté de paralysie chez un enfant, avec diminution du volume des membres atrophiés ; mais ici c'est un enfant très sain, chez lequel, à dix-huit mois ou deux ans, les parents observèrent une claudication ; cette claudication fait penser naturellement à la coxalgie, à la maladie du genou, ou à la maladie de la colonne vertébrale. Ce n'est réellement qu'avec la première de ces affections qu'en observant peu attentivement, on pourrait confondre la maladie dont nous parlons ; mais il n'y a aucun doute possible si on observe qu'en prenant les mesures, le raccourcissement est étendu à tout le membre malade ; que la rotation de la cuisse ne fait éprouver aucune douleur, et qu'on fait tourner facilement la cuisse en pressant sur le grand trochanter.

Il est bien important de s'assurer de la nature de la maladie, afin de ne point faire subir un traitement inutile ou nuisible. Dans ce cas, je m'en remets à la nature, en recommandant toutefois l'exercice et un régime tonique.

M. Puzin. J'ai vu un cas semblable. Un jeune homme avait une cuisse plus maigre, plus courte ; il s'est formé un abcès dans l'intérieur de la jambe ; les parents étaient scrofuleux. Je lui ai fait prendre cent douches d'eau de Barége. Le membre est devenu ensuite plus fort que celui du côté opposé ; il s'est allongé et couvert de villosités.

Suivant M. Guersant, les villosités ici ne prouvent point la force du membre, mais seulement qu'il y a moins de mouvement et par conséquent moins de frottement.

M. Guillon dit avoir vu de ces cas, et s'être bien trouvé de l'administration des bains de Barége, des douches, des onctions fortifiantes, et il prétend que ceux dont les membres étaient atrophiés ne sont restés dans cet état que parce qu'on n'a rien fait pour triompher du mal.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel*.

FAITS DIVERS.

Cas d'hypertrophie des papilles de la langue ; par M. le docteur STEINBECK, de Brandeburg.

M. Steinbeck, a observé un cas d'hypertrophie des papilles de la langue chez un militaire âgé de soixante ans, qui, malgré toutes les remontrances possibles, avait pris l'habitude de se gratter fortement la langue, tous les matins, avec une petite lame en baleine. Il survint, chez ce sujet, un état gastrique qui fut combattu heureusement par l'administration d'un émétique, suivie de l'emploi des résolutifs et des purgatifs.

Pendant la durée de cette affection, le malade avait cessé de se gratter la langue ; mais cependant, à sa grande frayeur, les papilles de cet organe, surtout vers la base, avaient acquis, dans l'espace de huit jours, un volume tel que la déglutition et l'émission des sons se trouvaient fortement embarrassés.

Après une application de sangsues au cou, on fit toucher de temps en temps les points malades avec une solution d'iodure de potassium, et, sous l'influence de cette médication, la guérison se trouva complète au bout de quinze jours.

Découverte de douves dans la veine-porte de l'homme ; par M. le docteur DUVAL.

En examinant le cadavre d'un homme de quarante-neuf ans, ouvrier couvreur, et sur la maladie duquel on ne put obtenir aucun renseignement précis, M. le docteur Duval, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Rennes, trouva, dans le tronc de la veine porte, une douve de la plus grande dimension, au milieu d'un peu de sang fluide. Il n'en trouva pas dans les branches abdominales ; mais il en rencontra deux ou trois autres, semblables à la première, dans le sinus et les divisions sus-hépatiques du même vaisseau.

M. Duval ayant ensuite examiné les branches de la veine porte jusque dans l'intérieur du foie, découvrit alors d'autres entozoaires de la même espèce ; en tout, il s'en trouva six.

Les veines n'avaient aucune communication avec les voies biliaires, et, ainsi que le foie, elles paraissaient être dans un état complètement normal.

Ces vers, qui avaient de vingt-cinq à trente deux millimètres de longueur, sur neuf à douze de largeur, avaient plus de trois fois les dimensions qui sont indiquées pour les distomes de l'homme, et égalaient au moins la taille de ceux que l'on rencontre dans les grands mammifères.

Cette observation est d'autant plus intéressante que la science ne possédait point encore de faits de ce genre ; car la douve, que l'on a trouvée dans le foie des bœufs, des chèvres, des cerfs, des gazelles, des chamois, des cochons, des chevaux, des lièvres, des kangourous, etc, et surtout dans le foie des moutons, animaux chez lesquels elle est très commune à certaines époques de l'année, n'avait point encore, jusqu'ici, été observée chez l'homme.

Un fils disséqué par son père. — L'autre jour, dit le Courrier des Etats-Unis, on a jugé devant la Marine-Court de New York, un procès en diffamation duquel il résulte un des faits les plus étranges qu'aient jamais eu à enregistrer les annales de la médecine. L'accusé avait déclaré publiquement qu'un certain médecin allemand, ayant perdu son fils, avait disséqué le cadavre de celui-ci, et exposé le squelette dans son bureau. Après l'audition des témoins, le président, dans son résumé, a très explicitement invité le jury à condamner le révélateur de ce fait, qui, suivant le juge, est une petite affaire de famille dont personne n'a le droit de se mêler. Mais le jury n'a pas été de cet avis, et il a rendu un verdict en faveur de l'accusé.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 74. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Leçon clinique sur les bons effets de la glace; recueillie par M. LONG, chirurgien sous-aide.

Nous avons déjà publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une série d'observations tendant à faire connaître les bons effets que depuis une dizaine d'années M. Baudens obtient de l'emploi de la glace dans les lésions traumatiques. Les faits qui suivent, puisés à la clinique chirurgicale de ce professeur, confirment en tous points la puissance de cet agent thérapeutique.

M. Baudens combat par les réfrigérants toutes les lésions traumatiques, quel que soit leur siége; contusion, plaie contuse, simple, compliquée des membres avec fracture, ou des cavités splanchniques avec lésion viscérale; phlébite traumatique des membres, etc., les réfrigérants, toujours les réfrigérants.

Sans doute l'eau froide n'est pas chose nouvelle en chirurgie; mais, ce qui n'était pas connu avant M. Baudens, c'est tout le parti qu'on peut tirer de l'eau froide et de la glace en particulier. Sans doute, pour combattre une entorse, depuis longtemps on s'est servi d'eau froide. On a, en effet, conseillé de plonger le pied une ou deux heures dans un baquet d'eau froide; mais ce qui n'avait pas encore été conseillé, c'est l'immersion du pied dans l'eau froide, pendant six, huit, et quelquefois même pendant douze à quinze jours sans discontinuer.

C'est pour l'avoir expérimenté sur lui-même, en 1830, par suite d'une entorse, que M. Baudens a été amené à connaître toute la puissance des réfrigérants; il avait remarqué que tant qu'il avait le pied dans l'eau froide il n'en souffrait pas, tandis que les douleurs se réveillaient, violentes, du moment que la chaleur revenait dans le pied soustrait au réfrigérant. Il s'endormait le pied dans l'eau, et les douleurs le tenaient éveillé sitôt que le pied était hors du liquide.

Ce fait important ne devait point être perdu. Voici comment M. Baudens, dans ses leçons cliniques, explique les effets des réfrigérants et la manière de s'en servir.

Le premier phénomène que fait naître une lésion traumatique, c'est la douleur; la douleur appelle l'afflux des liquides: de là tumeur, rougeur, chaleur, étranglements à divers degrés. A leur tour, ces phénomènes, une fois développés, entretiennent la douleur. Quant à l'inflammation, elle se termine, comme on le sait, par résolution, par suppuration ou par gangrène. Je ne parle pas de l'induration et de toutes ses transformations ou dégénérations. Comme vous le voyez, tout dérive de la douleur; c'est donc la douleur qu'il faut combattre; il faut, à tout prix, l'enrayer. Au double point de vue des souffrances, et surtout des accidents locaux qu'elle engendre, j'ajoute, dit M. Baudens, qu'il faut l'attaquer par des moyens abortifs dont on élèvera au besoin la puissance, même pendant toutes les périodes de la lésion, soit quand l'inflammation est développée, quand déjà elle a engendré le pus, soit à son début, alors qu'il est encore possible de la faire avorter.

Les moyens abortifs de l'inflammation sont, en première ligne, la glace, l'eau froide, les saignées du bras, le repos, les moyens diététiques, etc. Il est bien entendu qu'avant tout, il faut remplir les indications chirurgicales; ce sera l'extraction d'un corps étranger, la réduction d'une fracture, d'une luxation, la ligature d'un vaisseau, etc.

Si la douleur est modérée, si l'eau froide peut en triompher, on y aura recours; elle réussit spécialement pour combattre l'entorse, à cause de la facilité de placer le pied dans un baquet. Si l'eau froide est impuissante, si la partie lésée ne peut être plongée dans l'eau froide, il faut s'adresser à la glace, topique d'une application facile sur tous les points du corps. La quantité de glace est commandée par la gravité de la lésion.

Dans un cas de fracture des deux os de la jambe, avec issue des fragments à travers les téguments, il faudrait placer cinq à six gros glaçons sur la plaie et sur la jambe. On empêche les glaçons de glisser en posant sur la peau quelques brins de charpie, et on obtient ainsi un cataplasme à la glace qui doit être maintenu tout le temps exigé pour combattre la réaction inflammatoire. Dans le cas actuel, il faudrait l'employer au moins de cinq à huit jours sans discontinuer. La glace, du reste, fond doucement; des éponges placées à côté du membre reçoivent le liquide et l'empêchent de se répandre.

Mais ne doit-on pas redouter la congélation du membre ainsi entouré de glace, comme une bouteille de vin de Champagne? Cette crainte est nulle tant que l'élément inflammatoire subsiste, tant qu'il y a lutte, réaction vive. Nous avons constaté maintes fois dans des inflammations avec étranglement de la paume de la main et des gaînes tendineuses de l'avant-bras, ainsi que dans des cas de phlébite traumatique, que malgré la glace le membre reste chaud. La peau devient difficilement fraîche; le blessé ressent de la glace un grand sentiment de bien-être. L'excédant de calorique seul est enlevé par la glace au fur et à mesure que le foyer du mal le développe, sans que la congélation soit à redouter. Sans doute, si l'on continuait indéfiniment la glace alors même qu'elle a triomphé de la réaction locale, il y aurait danger. Voici à quel symptôme on reconnaîtra qu'il faut cesser les réfrigérants. La tuméfaction est tombée en partie, la plaie, s'il en existe, est en voie de cicatrisation; au bien-être ressenti par le contact de la glace sur le foyer phlogistique succède un sentiment de froid désagréable que le malade ne manque pas à faire connaître. Dès ce moment on applique la glace en moins grande quantité, puis on la supprime et on la remplace par une compresse trempée dans de l'eau froide, laquelle est plus tard elle-même supprimée et remplacée par une fomentation tiède résolutive de fleurs de sureau.

On a objecté que ce traitement est dangereux, qu'il expose à des catarrhes pulmonaires, etc. Cette objection tombe devant les faits. Tout récemment encore, un militaire atteint d'un catarrhe pulmonaire chronique compliqué d'hémoptysie assez fréquente et d'hépatisation du lobe supérieur de l'un des poumons, s'est présenté au Val-de-Grace, porteur d'une entorse des plus violentes du pied droit. Le pied a été plongé dans un baquet d'eau froide, sans discontinuer, pendant huit jours, le pied s'est flétri, l'inflammation ne s'est pas produite, il n'est rien survenu de fâcheux du côté du thorax. M. Baudens pense, du reste, que, dans ce cas, il faut apporter plus de surveillance dans l'emploi de la glace. Il n'a pas eu occasion d'employer les réfrigérants sur les femmes pendant l'époque des menstrues, mais il croit que cette époque ne serait pas une contre-indication, attendu que la glace n'a pour effet que de soustraire un excès de calorique local, et que dans les limites ainsi posées il n'y a pas de répercussion à redouter. Ce serait, du reste, à vérifier en usant de toute la prudence dont ne doit jamais se départir un praticien sage et consciencieux.

La manière simple dont M. Baudens use de la glace pour combattre toute inflammation par cause traumatique, est encore importante à noter au point de vue des pansements. M. Baudens ne fait pas de pansement; il rapproche les lèvres de la plaie par la position qu'il donne à la partie lésée, ou bien par un point de suture, puis il s'abstient de compresses fenêtrées, de cérat, d'onguent, de plumasseaux, de compresses, de bandes. Il met simplement sur la partie lésée quelques brins de charpie pour soutenir la glace, pour avoir le canevas d'un topique froid, et, chose digne de remarque, il obtient ainsi des guérisons beaucoup plus promptes que par la méthode des pansements ordinaires. Quant aux sangsues et aux cataplasmes, il les proscrit d'une manière absolue dans toute lésion traumatique aiguë. Les sangsues augmentent la douleur et par conséquent le fluxus, et cela est si vrai que les praticiens peuvent remarquer que presque toujours la tumé-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Nécessité d'une inspection morale des maisons d'aliénés. — Avertissement à cet égard. — Le budget de l'instruction publique. — Interpellations projetées. — L'allocation pour le traitement de l'inspecteur général des études. — Nouvelles académiques. — Les orateurs de l'Académie de médecine. — M. Castel. — Boîte aux lettres.

En dehors de l'inspection officielle des maisons d'aliénés, inspection dont M. Ferrus s'acquitte fort bien, il en est une autre, et celle-ci toute morale, dont le besoin est peut-être aussi urgent que l'autre. Si les hommes honorables qui dirigent ces établissements comprennent, en général, toute l'importance, toute la dignité, toute la gravité de leur ministère; si, en général encore, ils savent sacrifier leurs intérêts propres aux intérêts sacrés des malades et des familles, il est malheureusement vrai, et des faits graves qui me sont indiqués le prouvent, que l'inspection morale dont je parle pourrait signaler de fâcheuses exceptions. Dans l'intérêt même des établissements honnêtes, il serait bon que ces exceptions fussent connues. L'envie pourra bien me prendre quelque jour de dévoiler certaines manœuvres dont la publication couvrirait de confusion ceux qui s'en rendent coupables. Je me borne aujourd'hui à en donner l'avertissement. Je sais dans quel lieu on trafique d'un malade comme d'une balle de sucre ou de coton; je sais où l'on donne publiquement et cyniquement cent francs au médecin qui procure un malade, pour le premier mois, et vingt pour cent chaque mois pour toute la durée du séjour; je connais les médecins qui ont reçu et qui reçoivent ces primes; je connais ces sortes de courtiers à l'aliénation, déhontés pourvoyeurs de ces maisons de tripot; j'en connais les propriétaires; je sais où est retenu un individu qui, au bout de quelques jours d'un délire aigu, ne peut sortir depuis deux mois, et pour le prix de 500 francs tous les mois, sous le prétexte d'un rétrécissement de l'urètre dont on le traite. J'en dis assez pour faire voir que je suis suffisamment instruit de ce qui se passe, j'espère qu'on ne me forcera pas à être plus explicite.

— Si je suis bien instruit, la discussion du budget de l'instruction publique donnera lieu à des interpellations sur deux points qui nous touchent. Un de nos confrères, député, se propose de demander au ministre de ce département une sorte d'engagement formel de présenter un projet de loi sur l'organisation médicale à la session prochaine. Les intentions de cet honorable confrère sont sans doute fort louables; habitué à soutenir le pouvoir de son vote, il doit croire et il croit que tout ce qui sort des cartons ministériels est admirable. Nous le prions, cependant, de tenir compte un peu du retour de l'opinion publique qui se fait en ce moment vers des idées à base un peu plus large. Sans mettre en doute les bonnes intentions de l'administration, le corps médical semble penser que toute organisation médicale qui ne s'appuierait pas sur la manifestation faite par lui-même de ses besoins et de ses vœux, pourrait bien être incomplète, stérile, et peut-être dangereuse. Ce n'est pas à pousser le pouvoir vers une présentation de loi, mais à le retenir au contraire que nous devrions nous efforcer en ce moment. Cette pensée a été très heureusement et très habilement développée dans un mémoire que vient de m'adresser M. le docteur Camille Bernard (d'Apt); mémoire qui sera utilisé en temps et lieu. D'accord avec nous sur le principe d'un congrès médical, notre honorable collègue élève quelques doutes sur l'opportunité de sa convocation immédiate; c'est une question qui sera prochainement examinée avec soin, et dans laquelle les excellents avis de notre correspondant ne manqueront pas d'être mis à profit.

L'autre point dont il devrait être question à la Chambre des députés, est relatif à l'allocation nouvelle demandée pour le traitement de l'inspecteur générale des Ecoles de médecine. On assure qu'une opposition fort vive se prépare contre cet article du budget, et quelques personnes ne craignent pas d'affirmer que cette allocation sera refusée. Point d'argent, point d'inspecteur, cela va sans dire; de sorte que si cette prédiction se réalisait, je n'aurais pas si mal fait de ne pas me mettre en frais d'indignation contre la nomination de M. Donné.

— Les nouvelles académiques sont assez maigres, les candidats à l'Institut donnent de la besogne aux journalistes; chaque candidat va venir faire une lecture de circonstance et la chirurgie parisienne va se montrer dans ses plus beaux atours. Le premier, M. Auguste Bérard s'est intrépidement et en athlète qui sent sa force jeté dans la mêlée; puis est venu M. Amussat, dont l'ardeur pour le fauteuil académique ne se ralentit pas plus que son zèle et ses travaux; puis viendront à la file les nombreux compétiteurs que cette place fait éclore, MM. Jobert Blandin, Gerdy, etc., etc., sans compter M. Lallemand, dont les chances sont, dit-on, considérables.

Quant à l'Académie de médecine, elle est empêtrée dans la question des associés étrangers dont elle a pris le parti de s'occuper en comité secret. Ce secret, je ne le trahirai pas; car il n'a rien de fort amusant. Un petit bout de discussion a eu lieu mardi dernier, dans laquelle je rencontre un orateur fort habituel de cette enceinte. Je ne perdrai pas l'occasion de lui dire mon petit bonjour, et j'arrête donc par le bouton de son habit un académicien que vous connaissez tous, l'honorable M. Castel.

M. Castel est l'homme des temps anciens; tout en lui, figure, démarche, costume, langage, offre quelque chose de vénérable et d'antique que l'on ne voit pas sans curiosité, que l'on n'entend pas sans intérêt. Je comparerais volontiers cet honorable académicien à une de ces médailles précieuses que les amateurs collectionnent avec soin en raison même de la rouille dont le temps les a couvertes et des altérations que d'âge en âge elles subirent. Ce n'est pas leur valeur métallique qui en fait le prix, mais seulement leur rareté et leur antiquité. M. Castel se fait écouter par cela même qu'il parle de la science dans un langage que les générations actuelles connaissent à peine par tradition. Il y a cinquante ans que M. Castel s'est arrêté, et il aurait dormi pendant ce demi-siècle, que les événements contemporains de notre siècle ne lui occasionneraient au réveil ni plus de surprise, ni plus d'embarras, ni souvent plus de colère. Horace avait prévu M. Castel; il est dans toute la force du mot son

Laudator temporis acti.

Il en est resté pour l'anatomie à Winslow, pour la physiologie à Haller, pour la pathologie à Baglivi. Hors de là tout lui paraît déception, chimère, mensonge. Avec la même ardeur qu'il combattait Broussais, il a combattu M. Bouillaud, Charles Bell, M. Magendie, la statistique, etc., et il combattra ainsi tout ce qui lui paraît jeune et nouveau, tout ce qui n'exhale pas cette respectable odeur de vétusté qui a pour lui tant de charmes.

M. Castel est, à l'Académie, le défenseur obligé des antiques doctrines, l'adversaire non moins obligé des découvertes modernes. De celles-ci il n'en est pas qui ait trouvé grâce devant sa bonhomie fort malicieuse ou sa naïveté caustique; il s'en prend aussi bien à la théorie qu'au fait, au dogme comme à l'expérimentation, à la nomenclature comme à la thérapeutique. S'il éprouve une violente indignation contre les saignées coup sur coup, sa colère n'est pas moins vive contre le nom seul de fièvre typhoïde; s'il s'emporte contre la vivisection des lapins et des grenouilles, il ne fait pas plus de quartier à la théorie de la double fonction sensitive et motrice du système nerveux. L'anatomisme l'irrite, l'éclectisme l'impatiente, le numérisme le fait bondir; il ne se trouve satisfait et à l'aise que dans un pur et nébuleux vitalisme, où il peut faire jouer à son gré une *irritabilité* fantastique, une *sensibilité* relative et absolue, tout le cortége en un mot des propriétés vitales, brillants mais insaisissables personnages auxquels, avec une parfaite orthodoxie hippocratique, il fait jouer le drame plus insaisissable encore de la vie. Ne vantez pas devant cet impitoyable aristarque ni le microscope, ni le verre à réactifs, ni la fine et délicate dissection, ni tout cet appareil que la médecine emprunte aujourd'hui aux sciences physico-chimiques; M. Castel condamne tout cela comme des emprunts indignes et ruineux: c'est, dit-il, à leur

faction s'accroît malgré la saignée locale : c'est à la saignée du bras que M. Baudens a recours. Les cataplasmes tièdes, pour faciliter l'écoulement du sang, ont un poids incommode, sinon douloureux, et favorisent l'afflux du sang. On conçoit du reste que ces moyens sont opposés à ceux que préconise avec tant de raison le chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Hernies inguinales avec étranglement ; saignée du bras, application de glace et d'un spica sur le siége de la hernie ; réduction prompte et spontanée.

M. Grandjasse, lieutenant de gendarmerie en retraite, est porteur d'une hernie inguinale double, dont la production remonte à près de vingt ans. Depuis cette époque jusqu'au 17 février 1845, un bandage herniaire double a mis cet officier à l'abri de tout accident consécutif de cette infirmité.

Ce jour-là, dans un violent effort, l'intestin glisse sous la pelote qui comprime l'aine droite, et la hernie est reproduite de ce côté.

Des tentatives de réduction prolongées et vainement opérées par le malade, déterminèrent une vive inflammation des parties herniées avec tous les symptômes de l'étranglement.

A six heures du soir, M. Granjeasse se fait transporter au Val de-Grâce.

Les douleurs qu'il éprouve sont extrêmes, le ventre est dur, ballonné, une tumeur oblongue se dessine à la sortie du canal inguinal, son volume est celui d'un ovoïde assez considérable.

Un hoquet pénible, suivi de vomissements, tourmente le malade depuis près de deux heures. Le pouls est fréquent, petit, serré; le corps est couvert d'une transpiration froide, la face est pâle et exprime une angoisse pénible.

La réduction tentée à l'hôpital reste sans effet. Avant de recourir au débridement, M. Baudens veut essayer du moyen suivant dont l'emploi, jusqu'à ce jour, ne lui a pas encore fait défaut.

Un spica, posé de manière à refouler doucement l'anse herniée, de bas en haut et de dedans en dehors, est appliqué sur la région inguinale droite, de gros glaçons sont placés sur cet appareil, sur les côtés duquel des éponges sont fixées pour recevoir l'eau provenant de la fonte de la glace : le bassin est légèrement soulevé pour aider à la réduction de la hernie; les mains du malade, placées sur le spica, exercent une pression douce et continue, de bas en haut, de dehors en dedans.

Une saignée du bras, de 500 grammes, est pratiquée immédiatement pour amener une détente générale et arrêter les progrès de l'inflammation.

Sous cette médication, le malade éprouve un prompt soulagement, bientôt il s'endort, et, pendant le sommeil, la glace flétrit l'intestin congestionné, la tumeur s'affaisse sous l'empire de la compression, la réduction s'opère spontanément et tous les accidents cessent.

Le lendemain, en passant la main sous l'appareil, en faisant fléchir la cuisse du malade, nous constatons cet heureux résultat de la glace et de la compression; le malade n'éprouve plus aucune douleur, et, après quelques jours de repos et de compression avec le spica, il peut reprendre son bandage et sortir de l'hôpital.

— Mièze (Pierre), fusilier au 47e de ligne, fit, le 22 février, un effort pour soulever un fardeau; tout à coup il fut pris de douleurs vives et pongitives dans l'abdomen, et sentit en même temps se former une tumeur dans l'aine droite.

Immédiatement transporté au Val-de-Grâce, il présente une tuméfaction de l'aine droite, sur le trajet du canal inguinal, avec saillie prononcée au-devant de l'orifice externe de ce conduit. La douleur est si intense, que le malade ne peut supporter la plus légère pression. Le ventre est dur, ballonné, très sensible; des hoquets, des vomissements se succèdent fréquemment; la face est grippée, couverte de sueur froide; le malade est pressé par la soif, qu'il n'ose apaiser dans la crainte de provoquer des vomissements; le pouls est petit, fréquent.

L'existence d'une hernie est manifeste: après quelques tentatives de réduction, le chirurgien de garde s'arrête, dans la crainte d'aggraver les accidents; il place le malade dans un bain tiède, et lui pratique une saignée de 600 grammes. Une heure après, il y a un peu de détente, le hoquet persiste, mais il est plus rare et avec vomissements; le ventre est encore dur, la douleur est moins vive. La tumeur herniaire peut supporter le taxis; la main cherche en vain par des manœuvres douces et longtemps continuées, à refouler l'intestin, la hernie subsiste opiniâtrément.

Sur ces entrefaites, M. Baudens arrive, il s'assure à son tour de l'inefficacité du taxis, et soumet le malade à la compression du spica et à l'application de la glace.

Le lendemain, à sept heures du matin, le malade nous dit que les douleurs ont diminué peu à peu, qu'il s'est endormi et que son sommeil réparateur n'a été rompu qu'à l'heure de la visite.

Nous examinons l'état de la région, la hernie n'existe plus. La main, appuyée sur le canal inguinal, fait naître une douleur légère que l'on combat par une nouvelle application de glace. Le spica reste à demeure pendant quelques jours, après lesquels le malade reçoit un bandage herniaire et sort de l'hôpital.

— Lagrange (Estève), fusilier au 13e de ligne, est atteint depuis cinq ans d'une hernie inguinale bubonocèle. Jamais il n'a porté de bandage.

Le 22 avril, vers quatre heures du soir, ce militaire, employé aux fortifications de Paris, sentit, en soulevant une pierre, la hernie parcourir toute la longueur du canal; en même temps, il éprouva vers ce point une vive douleur qui, augmentant brusquement et s'irradiant dans tout l'abdomen, le contraignit de se faire porter à l'hôpital. Pendant le trajet du camp d'Ivry au Val de-Grâce, des vomissements se sont fréquemment produits, les secousses, des transports ont occasionné un surcroît de souffrances des plus vives.

Examen à l'hôpital. — Ventre dur, sensible; région inguinale droite tuméfiée par la présence d'une hernie occupant le trajet du canal, où est le siége principal de la douleur; pouls fréquent, petit; soif prononcée, hoquet pénible, absence de vomissements; facies altéré, empreint de souffrances.

Vainement le chirurgien de garde essaie-t-il de réduire la hernie, il est contraint d'arrêter des manœuvres que le malade ne peut endurer: il pratique, selon qu'il l'a vu faire par M. Baudens, une saignée de 600 grammes, applique un spica et des glaçons sur le siége du mal, et prescrit au malade, dont le siége est soulevé, le repos absolu.

Le lendemain matin, le malade dit, comme les autres, que la rémission des douleurs lui a permis de dormir; qu'éveillé depuis six heures, il n'éprouve plus rien. En soulevant l'appareil, on constate encore un triomphe de la glace aidée de la compression. Le malade est mis à un régime convenable; on lui applique, après quelques jours de repos, un bandage; puis il retourne à son corps.

Voici comment M. Baudens explique par sa méthode la réduction des hernies étranglées.

Il compare la hernie étranglée au paraphimosis. Dans un cas comme dans l'autre, il pense que si le chirurgien intervenait au moment où le traitement s'est opéré, avant que les parties étranglées eussent doublé de volume par la tuméfaction provenant de la stase du sang, il pense, disons-nous, et cela n'est pas douteux, que la réduction serait facile. Partant de ce point de vue et de ce parallèle, M. Baudens établit en fait que la difficulté de la réduction reconnaît pour cause essentielle, non la constriction de l'anneau, non le volume des parties étranglées, mais bien la congestion sanguine accidentelle de ces parties. Ce fait étant acquis, le remède devient facile à trouver, et l'indication chirurgicale précise. Saignée du bras pour dégorger les parties tuméfiées et pour faire tomber l'état spasmodique général; compression aidée de la glace pour flétrir les parties; position déclive du bassin; action douce et continue du spica, sur lequel le malade devra maintenir ses mains appliquées l'une sur l'autre en pressant doucement de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière. C'est aussi par la compression aidée de la glace que M. Baudens parvient constamment à flétrir le gland engorgé par l'étranglement, et qu'il en obtient la réduction sans recourir à aucune opération.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

*Nouvelle forme d'impétigo désignée sous le nom d'*impétigo purifluens. Observation recueillie par M. MARAIS, interne du service.

L'impétigo est, parmi les affections cutanées, une de celles qui s'offrent le plus fréquemment à l'observation. Aussi est-elle généralement bien décrite et bien connue. Willan et Bateman rangent cette maladie dans l'ordre des affections pustuleuses. Sa forme primitive consiste en effet dans le développement d'un certain nombre de pustules, dont la transformation plus ou moins rapide en croûtes verdâtres a motivé la dénomination de *dartre crustacée flavescente*, et plus tard celle de *mélitagre*, donnée par Alibert à cette affection.

Suivant la forme arrondie ou la diminution irrégulière des groupes pustuleux, suivant le degré d'inflammation de la peau, suivant l'étendue considérable qu'elle affecte et l'épaisseur des croûtes quelle développe, suivant enfin quelle amène une altération profonde, une destruction locale de la partie où elle siège, la maladie, dans la classification de Bateman, reçoit des dénominations différentes qui indiquent autant de variétés; d'où les noms 1° d'*impétigo figurata; 2° sparsa; 3° erysipelatodes; 4° scabida ou rugueuse; 5° rodens ou rongeant.* A ces cinq variétés, les auteurs français ont ajouté l'*impétigo larvalis*, impétigo de la face (*porrigo larvalis*, de Bateman), qui recouvre et masque le visage.

Dans toutes ces variétés, la maladie, après la rupture des pustules, passe assez promptement à l'état croûteux.

Dans la maladie qui fait le sujet de cette observation, M. Devergie considère comme une forme particulière qu'il n'a encore vue qu'une fois, et dont les auteurs n'ont pas fait encore mention, la variété dont nous allons tracer les caractères. Il a cru devoir lui donner l'épithète de *purifluens*, à cause de l'énorme quantité de pus qu'elle sécrète; aussi cette sécrétion morbide détruit-elle les caractères extérieurs qui sont généralement propres à l'impétigo, et qui se tirent d'une part de l'existence de pustules, d'une autre part de la concrétion de la matière purulente. L'affection, malgré son analogie de forme primitive avec les variétés ci dessus indiquées, présente des caractères à elle propres et tellement tranchés, qu'elle doit pour cela en être séparée; l'existence de la pustule dans cette variété est tellement éphémère, qu'on ne peut sous ce

---

pâle et fallacieuse lueur que la médecine s'égare hors des grandes voies tracées par Hippocrate, Sydenham et les autres.

L'éloquence académique de M. Castel répond admirablement à ses doctrines et le vêtement est parfaitement taillé sur le personnage. Quand cet orateur aborde la tribune, et il l'aborde souvent, on peut être sûr d'avance que son oraison aura une certaine facture dont il ne se départ jamais. Les musiciens savent que dans un *concerto* on retrouve invariablement trois mouvements : l'*andante*, mouvement lent; le *moderato*, mouvement plus précipité, le *presto* enfin, où il devient de plus en plus rapide. Eh bien — qu'on me passe cette comparaison —, M. Castel joue constamment, et depuis plus de vingt ans, un *concerto* académique. Il débute par quelque grave et solennel apophthegme, par quelque aphorisme de Stoll ou de Baillou, dilué dans ses commentaires prolixes; c'est l'*andante*. Entrant dans la question en litige, il l'expose de son point de vue, avec calme encore, mais non sans une certaine animation : c'est le *moderato*; il arrive enfin à la critique de ce qu'il vient d'entendre, et alors n'épargnant à ses adversaires ni la vivacité, ni l'épigramme, il exécute son *presto* quelquefois non sans succès. Il est vrai que souvent pour ne pas sortir des comparaisons musicales, les discours de M. Castel finissent par une *fugue*, c'est-à-dire qu'ils ne finissent pas, et que l'esprit attend en vain une conclusion dogmatique ou pratique; il est vrai que la répétition incessante du même thème finit par lasser l'auditoire, qui lui demanderait souvent quelques *variations*. Mais il est constant aussi que M. Castel est un orateur aimé et écouté, qu'il passe pour un homme d'esprit auprès de ses collègues, et que les gens les plus difficiles à l'endroit de ce titre, lui accordent volontiers, de temps à autre, quelques bonnes et vertes saillies qui ne manquent ni d'à-propos, ni de justesse.

M. Castel prend une part extrêmement active aux discussions académiques. Après M. Rochoux, c'est l'orateur que l'on entend le plus souvent, et, à vrai dire, il est quelquefois difficile d'apprécier les motifs qui lui font demander la parole. Ce n'est certes ni pour résumer la discussion, ni pour donner une solution quelconque à la question, car, sous prétexte de n'en prendre que les sommités, il s'élève quelquefois si haut qu'on le perd entièrement de vue. Aussi, pour quelques uns de ses collègues, M. Castel est-il au nombre des esprits *philosophiques*, c'est-à-dire, pour moi, de ces esprits qui, au rebours des têtes topiques ne cherchant que le côté applicable et pratique des questions, ne se plaisent au contraire que dans leurs développements complexes, obscurs et vaporeux, où à l'aide de quelques grands mots inintelligibles ils font croire avoir dit de grandes choses.

La forme que M. Castel donne à ses idées est de l'ancienne école, comme on le comprend, c'est-à-dire un peu roide et sentant le pédagogue; le côté grave de ses discours écrase le côté plaisant, la lourde rhétorique du père Bonhours, émousse les traits de Guy-Patin, et ses oraisons *métisses*, ni franchement gaies, ni sérieusement sévères, trouvent en général peu de crédit et peu d'autorité dans la docte assemblée. On écoute M. Castel, on rit parfois de ses saillies; mais personne, que je sache, ne prend au sérieux ses misanthropiques boutades contre la médecine et les médecins modernes. M. Castel joue au Pierre-l'Ermite du monde médical; mais il est douteux qu'il arme jamais une croisade.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Nous avons reçu un grand nombre de documents, d'adhésions et d'observations relatifs au congrès médical. Nous ne pensons pas devoir en faire usage, ou déterminer l'usage que nous en ferons, avant que le rapport dont une commission a été chargée soit lu et adopté. Pour donner à notre concours toute l'utilité possible, nous pensons qu'il nous convient d'attendre et de voir si nous pourrons marcher, comme nous l'espérons, harmoniquement et d'accord avec la commission qui a été instituée. Nos opinions à cet égard sont connues; nous ne voudrions pas que l'idée d'un congrès fût confisquée au profit seul de la médecine parisienne, nous voulons que nos confrères des départements y soient représentés de la manière la plus large et la plus libérale; à cette condition seule nous croyons le congrès convenable et utile, et je parle ici aussi bien au nom de la rédaction générale de ce journal qu'en mon nom propre. J'ai quelques raisons de penser que le rapporteur de la commission partage nos convictions à cet égard. Tout nous fait donc espérer que l'unité de vues amènera l'unité d'action; mais enfin nous ne voulons pas engager, sans connaissance de cause, notre liberté de journaliste. Cependant nous mentionnerons au moins les pièces que nous avons reçues.

— *A M. le secrétaire-général de la Société médicale du Cher.* — Votre lettre sera envoyée à qui de droit.

— *A M. le secrétaire du Cercle médical de Lille.* — Votre proposition honore ce journal, et nous vous en remercions; nous vous demandons seulement un délai d'un mois environ.

— *A M. Crajean, pharmacien à Saint-Flour.* — Prenez garde, monsieur, la loi est positivement contre vous.

— *A M. le docteur Bérigny, à Meulan.* — Vous voyez que vos désirs vont bon train; quant à vos opinions, le congrès en entendra sans doute avec intérêt le développement que vous pourrez en faire.

— *A M. T. G. L.* — Êtes-vous médecin, monsieur? Et si vous l'êtes, pourquoi ne pas donner à votre lettre l'autorité d'une signature en règle? Pourquoi ne viendriez-vous pas défendre au congrès les opinions que vous avez émises?

— *A maître Gilles.* — Vous avez beaucoup d'esprit, maître Gilles, tempérez-le par un peu de charité. Votre lettre est trop dure et manquerait le but.

— *A M. le docteur Camille Bernard, à Apt.* — Ne vous impatientez pas, honorable confrère, les bonnes choses viennent toujours à temps.

— *A M. le docteur Ranque, d'Orléans.* — Merci de votre trop bienveillante lettre; je fais des vœux pour que vous ayez des imitateurs.

— *A M. le docteur Munaret, à Briguais-Lyon.* — Votre plume est un auxiliaire trop puissant pour que nous ne l'acceptions pas avec reconnaissance.

— *A M. le docteur Cardot, de Saint-Amour.* — Je ne connaissais pas votre thèse *Sur l'esprit d'association*; je l'ai lue depuis votre lettre; je vous remercie du plaisir qu'elle m'a procuré, et je ne puis qu'être flatté de me rencontrer avec un homme de votre valeur.

— *A MM. les docteurs Dumont, de Grenelle, Garnier et Mène, de Vaugirard, Verjus, Briquelot et Lecou, de Paris, Anquetil, d'Issy, Parrau, de Passy.* — Vos adhésions seront communiquées à la Commission d'organisation du congrès.

— *A M. le docteur Dufresse.* — Votre travail a été remis au rapporteur de la Commission du congrès.

— *A M. le docteur Le Chaptais, à Bolbec.* — Il nous faudrait un homme comme vous par arrondissement. Merci de vos efforts et de votre courage.

Treizième liste de souscription pour un confrère malade.
(Voir le n° du 19 juin.)

Total des souscriptions précédentes,	663 fr.
MM. les Doct. Ranque (d'Orléans),	10
X...,	5
J. C.,	10
Ant. Danyau,	10
Fournier Deschamps,	5
G. A.,	5
Gaubert,	5
Bertrand de St-Germain,	5
Alph. Robert,	5
Amussat,	5
Mélier,	5
Total,	733 fr.

rapport la comparer qu'aux vésicules de l'eczéma, qui se rompent aussitôt qu'elles ont apparu. Ce n'est que par la succession des pustules à la circonférence normale qu'il est permis de constater pendant quelque temps la forme pustuleuse de l'affection, et la surface primitivement et momentanément recouverte d'un semis pustuleux est constamment baignée par une nappe purulente, humide, fluante, avec une exhalation tellement soutenue, tellement considérable, que tout les linges, tout les corps qu'on y applique, s'en imbibent sans se dessécher.

Observation. — Maurand (Charles), entré le 27 novembre 1844, salle Saint-Jean, n° 18, âgé de quinze ans et demi, menuisier. Tempérament lymphatique, constitution grêle, peau fine, blafarde, tout à fait décolorée. A l'âge de quatre ans il a eu un engorgement des ganglions sous-maxillaires non suppurant. Variole à neuf ans.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital se développèrent derrière les oreilles de petites pustules accompagnées d'une démangeaison vive, et dont la rupture produite par les ongles du malade fut suivie d'un écoulement purulent très considérable; la progression de la maladie fut si rapide, qu'en moins de huit jours elle avait envahi toute la surface des oreilles, le cou, le derrière de la tête, le front et le menton.

Tel était l'état du malade à son entrée à l'hôpital, que toutes les surfaces indiquées plus haut représentaient l'aspect d'une membrane muqueuse rouge, piquetée, d'où suintait le pus presqu'à vue d'œil; à la circonférence seule se dessinait un cercle de petites vésicules purulentes, au moyen desquelles s'opéraient les progrès du mal. Deux mois après, l'affection se montrait aux parties génitales sous la même forme et avec une telle intensité, qu'en moins de huit jours les bourses, les parties internes des cuisses, le pubis, le quart inférieur de l'abdomen furent envahis. La maladie prenait en même temps de l'accroissement du côté du siége primitif; elle occupait la face tout entière.

Forme.—De sa forme pustuleuse primitive que nous avons indiquée, la maladie était passée, par une transition rapide, à celle d'une large surface, arrondie, excoriée, d'un rouge vif, accompagnée d'épaississement de la peau, au point de doubler le pavillon des oreilles; le pourtour de ces plaques était limité, circonscrit par un cercle de pustules, petites, aplaties, se rompant facilement, et accroissant par leur reproduction circulaire successive, l'étendue de la surface malade. Cette surface suait le pus en telle abondance, que les parties en étaient constamment baignées, et que dans l'intervalle des pansements, répétés quatre fois dans les vingt-quatre heures, la conque des oreilles en était remplie, et les pièces d'appareil complétement mouillées.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade fut soumis à un traitement ayant pour base les émollients locaux, les bains de Baréges et les préparations ferrugineuses à l'intérieur. Mais on retirait des cataplasmes remplis de pus; et M. Devergie craignant que le contact prolongé de la matière purulente ne vînt à augmenter cette sécrétion, il les fit cesser pour les remplacer par la poudre d'amidon et des lotions d'eau de sureau que l'on rendit à la longue légèrement saturnée.

La maladie avait notablement perdu de son intensité, et la guérison paraissait devoir être prochaine, lorsque les parties génitales, les cuisses et le bas-ventre devinrent le siége d'un nouveau développement impétigineux. Il était vraiment curieux de voir la maladie faire des progrès pour ainsi dire de moment en moment, et de voir cette surface excoriée, lisse, d'un rouge plus ou moins vif, terni seulement par une légère nappe de pus blanchâtre, ou mieux, blafard, comme si la matière muqueuse prédominait de beaucoup sur les globules purulents.

M. Devergie crut devoir laisser sécréter cette surface, d'autant que cette sécrétion était liée à une organisation de la peau, dont il signale souvent l'existence, peau en vertu de laquelle tout ce qui est dartre sécrétante fournit une abondance considérable de produit morbide. Il peint cette organisation particulière à l'aide des caractères suivants: Peau blafarde, à teinte opaline, semi-transparente, pour ainsi dire, quoique épaisse. Cet état de la peau est d'ailleurs lié à la constitution lymphatique, non pas qu'il existe nécessairement chez ces sujets des engorgements scrofuleux: mais ils sont pâles, mous dans leurs mouvements comme dans leur parler, indolents dans leur marche comme dans leurs déterminations, apathiques et insensibles à toutes les émotions.

Quelques pommades résolutives furent essayées; elles avaient pour base l'oxyde de zinc, puis le calomel à faible dose. On tenta aussi l'emploi de lotions de sublimé au 1500e du poids de cette substance. On exaspérait toujours la maladie. L'amidon seul et l'eau de sureau produisaient les meilleurs résultats.

Enfin, M. Devergie crut remarquer un état stationnaire; il saisit ce moment pour modifier l'état morbide à l'aide de cautérisations avec la solution de nitrate d'argent au 10e. Toutefois, il ne toucha d'abord qu'une petite partie de la surface malade; et ce, dans le double but de ne pas supprimer brusquement une sécrétion purulente aussi abondante, et de ne pas exciter trop vivement la partie malade au cas où ce moyen dût produire des effets fâcheux. Le lendemain, la portion touchée était dans un état d'amélioration très marquée; et en répétant cette opération chaque jour sur des surfaces non touchées, on arriva à guérir très rapidement toute la surface affectée, tant est puissant l'emploi des caustiques habilement maniés, c'est-à-dire avec réserve et appliqués en temps opportun.

On regardait le malade comme guéri, lorsqu'il se manifesta un érysipèle de la face et du cuir chevelu, qui le retint encore un mois à l'hôpital: il céda à un régime antiphlogistique sévère.

Nous ajouterons que dès le début de l'affection aux parties génitales, les bains sulfureux avaient été supprimés; qu'ils furent remplacés par des bains amidonnés, et plus tard par des bains alcalins; que des purgatifs furent donnés tous les huit jours au moins, pendant une grande partie du séjour du malade à l'hôpital.

Quant à la santé générale, elle fut toujours bonne, sauf le temps de l'existence de l'érysipèle. L'appétit s'est toujours soutenu, et il n'est jamais survenu de dérangement du côté du canal intestinal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 11 juin 1845.

La séance est ouverte à deux heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, dont la rédaction est mise aux voix et adoptée.

— *M. Denonvilliers* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il revient sur la présentation faite par M. Guersant d'un jeune enfant qui offrait une tumeur du nez, qui fut prise pour une tumeur érectile et qui en réalité était une encéphalocèle. Après avoir discuté la valeur du signe que présentait cette tumeur, M. Denonvilliers conclut qu'il était impossible de ne pas croire dans ce cas à l'existence d'une tumeur érectile, et que si une erreur de diagnostic a été faite, c'est que l'art ne fournissait aucun moyen de l'éviter.

L'ordre du jour appelle la nomination de M. le docteur Pauly (de Landau), à une place de membre associé.

M. Pauly obtient l'unanimité des suffrages.

— *M. Cullerier* fait un rapport verbal sur une brochure envoyée à la Société par le docteur Ch. Vanswygenhoven (de Bruxelles), et qui porte pour titre: « Note sur un hermaphrodisme incomplet, accompagné d'hypospadias observé sur un enfant du sexe masculin. » Le dépôt aux archives, proposé par le rapporteur, est voté par la Société.

— *M. Chassaignac* met sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie pathologique qui présente une fracture comminutive du bassin compliquée de déchirures de la vessie. Il promet de lire dans la prochaine séance l'observation de ce fait clinique.

M. Nélaton fait remarquer que la déchirure de la vessie siége sur la face postérieure de cet organe, et offre une direction *transversale*; deux circonstances rares dans ces sortes de lésions. Il rappelle à cette occasion la disposition déjà signalée par Tompson, de deux faisceaux fibreux qui partent des environs des canaux inguinaux, et qui se croisent en formant des anses sur la face postérieure de la vessie. M. Nélaton fait observer que la déchirure a, dans le cas présent soumis à l'examen de la Société, suivi exactement la direction des fibres de ces deux faisceaux, et qu'elle siége dans le point où ces fibres offraient le moins de résistance.

— *M. Nélaton* montre le crâne d'un homme qu'il a présenté à la Société il y a déjà quelques mois. A cette époque, cet homme avait offert sur différents points de la calotte crânienne des tumeurs fluctuantes qui, ayant disparu lentement, avaient laissé après elles des perforations, à travers lesquelles on percevait les mouvements du cerveau. Aujourd'hui on peut voir qu'une de ces tumeurs est formée par de la matière encéphaloïde développée dans l'épaisseur même des os du crâne. Dans les autres points on trouve une matière brunâtre semi-liquide, semblable à celle que l'on rencontre à la suite des épanchements sanguins incomplétement absorbés. L'humérus de ce sujet présentait une tumeur de même nature au-dessus de l'articulation huméro-cubitale du bras droit.

— *M. Malgaigne* met sous les yeux de la Société un lambeau de cornée qu'il a enlevé le matin même sur l'œil d'un malade affecté d'albugo, et qui avait été montré dans la séance précédente par M. Marjolin. M. Malgaigne promet de tenir la Société au courant des suites de son opération.

M. Vidal présente un malade adulte qui, à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique, offre une opacité complète des deux cornées. La Société, consultée sur l'opportunité d'une opération, regarde ce cas comme au-dessus des ressources de l'art.

M. Malgaigne présente un jeune enfant qui offre une opacité diffuse des deux cornées transparentes, suite d'ophthalmie scrofuleuse et qu'il se propose d'opérer en enlevant les lames superficielles des cornées opaques.

M. Guersant regarde l'abrasion de la cornée comme une opération qui peut rendre de grands services à la chirurgie oculaire, mais il voudrait que M. Malgaigne ne la dirigeât, dans les essais auxquels il se livre actuellement, que contre les cas où tous les autres moyens propres à faire disparaître les taches de la cornée auraient échoué. Chez le petit malade soumis aujourd'hui à l'examen de la Société, il croit qu'il existe encore une diathèse scrofuleuse qu'il faudrait traiter avant de faire une opération et il répondrait presque que, sous l'influence d'un traitement général approprié, aidé de l'action de collyres et de quelques autres topiques, l'opacité des deux cornées disparaîtra dans un laps de temps qui ne peut dépasser une année. Il se prononce donc contre l'opération dans le cas dont il s'agit.

M. Robert partage l'opinion de M. Guersant, d'autant mieux qu'il paraît que le malade n'a encore subi aucun traitement; il trouve d'ailleurs que les paupières sont le siége d'une inflammation de leur face interne, qui est de nature à entretenir l'opacité des cornées, et qu'il faut détruire pour modifier celle-ci.

M. Vidal se prononce aussi contre l'opération proposée par M. Malgaigne, par la raison que celle-ci ne réussit pas toujours; il cite, à l'appui de cette assertion, deux cas observés à Saint-Lazare où l'opération a échoué, et dans un cas on a pu faire l'anatomie pathologique de l'œil, car le sujet est mort. Une autre raison, qui ne lui paraît pas moins forte, c'est qu'il a vu des opacités cornéales, suite d'ophthalmie blennorrhagique, qui avaient produit une cécité presque complète, guérie par un traitement local consistant dans des instillations de laudanum faites entre les paupières.

M. Huguier fait observer qu'il convient de distinguer ici les albugos suite d'ophthalmie purulente, en aigus et en chroniques; il partage l'opinion de M. Vidal sur leur curabilité dans le premier cas; mais dans le second il les croit rebelles à tout traitement employé jusqu'à ce jour; c'est pour cela qu'il essaierait l'abrasion de la tache opaque.

M. Malgaigne, répondant aux diverses objections qui ont été adressées à son projet d'opération, fait remarquer que le jeune enfant qu'il a présenté et qui est âgé de dix ans, est aveugle depuis trois ans, que son éducation est fort arriérée, et que s'il faut le traiter encore pendant un an ou dix-huit mois pour obtenir une guérison qu'on ne peut lui promettre au bout de ce temps, sa position sera pire qu'elle n'est aujourd'hui. Il s'étonne d'entendre dire qu'on peut guérir par un traitement médical et par les collyres des albugos qui datent de trois ans; pour lui, il a consulté tous les auteurs qui traitent ce sujet, il a relu beaucoup d'observations disséminées dans les recueils périodiques, et il n'a vu nulle part des preuves de cette assertion. Il ne nie pas formellement la possibilité de la guérison de taches aussi anciennes par un traitement local et général, mais il affirme que les cas en sont très rares et qu'il reste toujours à déterminer si l'opération de l'abrasion de la cornée n'est pas moins infidèle en même temps qu'elle est plus expéditive.

M. Chassaignac reproche à M. Malgaigne de déplacer la question. Personne n'a nié l'efficacité de l'opération dans les cas anciens, rebelles à tout autre moyen de traitement employé pendant un temps suffisamment long sur des malades adultes; mais chez les enfants, les conditions de guérison sont meilleures que chez les adultes, et c'est chez eux qu'on se demande s'il ne convient pas mieux d'appliquer un traitement médical qu'une opération, d'autant plus que ce traitement médical bien fait, en détruisant la diathèse scrofuleuse, viendra encore en aide au succès de l'opération qu'on pratiquera alors en désespoir de cause. Il se range donc à l'opinion émise par MM. Guersant et Robert, sur le traitement qu'il faut faire subir à l'enfant présenté par M. Malgaigne.

M. Maisonneuve avance, contrairement à l'opinion émise par ce dernier, que les auteurs regardent presque tous les *albugo* comme susceptibles de guérison, quel que soit le temps de leur durée. Il n'en est pas de même des *leucoma*, et il pense que peut-être M. Malgaigne a confondu ces deux affections dans ses recherches historiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 12 mai 1845. — Vice-présidence de M. Henri LABARRAQUE.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le secrétaire-général apprend à la Société que M. le docteur Bourdin, obligé de quitter Paris brusquement, demande que la discussion qui a commencé dans la dernière séance au sujet de son mémoire *sur le suicide*, soit remise à une des séances prochaines après son retour. Ce qui est accordé.

La Société reçoit de M. le docteur Escolar (de Madrid), un nouvel opuscule à l'appui de la demande qu'il a adressée pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail est renvoyé à la commission chargée de faire un rapport sur la candidature de ce médecin.

— *M. Richelot*, secrétaire-général, au nom du comité de rédaction, propose à la Société pour sujet de prix, une question qui, après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Thirial, Charrier, Chereau, Gaide, Dobigny et Richelot, est adoptée avec la rédaction suivante: « De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer » par les faits la valeur de ce phénomène morbide, relativement à la » mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pro- » nostic. Exposer le traitement. — La Société a en vue surtout, mais » non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de » Bright. » M. le secrétaire général est chargé de donner à cette décision de la Société toute la publicité désirable.

— *M. Chereau* fait une lecture dans laquelle il complète l'observation de kyste pileux de l'ovaire, dont il a récemment entretenu la Société. Il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire droit prise pour une hydropisie enkystée ordinaire, laquelle ponctionnée donna issue à de la matière grasse et à des cheveux; une incision dans le but d'extraire ces corps étrangers n'avait pu être faite dans une étendue convenable, à cause de l'hémorrhagie; enfin la malade était restée avec une petite plaie fistuleuse, donnant issue tous les matins à une assez grande quantité de matière purulente.

Aujourd'hui la guérison est complète. A la suite de la ponction, la plaie rendit quotidiennement une quantité considérable de pus mélangé avec de la matière grasse et des cheveux; et la malade a maigri jusqu'au marasme, en même temps qu'elle perdit ses forces. Au bout d'un certain temps, formation d'un second trajet fistuleux, augmentation des désordres généraux, vomissements de toutes les substances alimentaires, formation de gaz abondants dans la poche morbide, etc. Dans un tel état de choses, M. Chereau n'hésita pas à réunir les deux plaies par une incision faite sur une sonde cannelée. Alors il put reconnaître que la poche renfermait une masse de cheveux telle, qu'il fallut encore agrandir la plaie pour en obtenir l'extraction. Cette masse était grosse comme un œuf de dinde, formée par des cheveux entremêlés d'une manière inextricable, et enveloppés dans une matière grasse très fétide. Ces poils, débarrassés de toute matière étrangère par la coction dans l'eau bouillante et l'immersion dans l'eau seconde, pèsent 8 grammes; ils sont fins, soyeux, blonds, et n'offrent au microscope aucune extrémité bulbeuse. Après l'extraction de cette masse, la suppuration cessa brusquement; plusieurs injections détersives furent pratiquées dans le kyste, et enfin la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre.

La lecture de ce fait remarquable rappelle à *M. Charrier* une observation recueillie dans le service de M. Velpeau, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. Une tumeur située dans un des hypochondres fut considérée comme l'effet d'une grossesse extra-utérine avec suppuration dans l'intérieur du kyste. On fit une ponction par le vagin, et il sortit un mélange de pus, de sang et de sérosité; au bout de vingt-quatre heures il se déclara une péritonite, et la malade fut enlevée au bout de trente-six heures. Les cas heureux d'ovariotomie qui ont été publiés dans ces derniers temps, ajoute M. Charrier, par des médecins étrangers, sont bien faits pour engager les praticiens à suivre leur exemple; cependant en France, dans les cas analogues, la mort arrive presque toujours. Sans doute le cas de M. Chereau est très beau et digne d'attention; mais on peut dire que notre collègue a joué de bonheur, et il s'en est peu fallu même que sa malade n'ait succombé. Il est peut-être plus sage de laisser agir la nature, qui souvent amène la guérison par des voies à nous inconnues. En conséquence, M. Charrier pense que l'observation de M. Chereau doit être conservée beaucoup plus comme un fait curieux que comme un exemple à suivre.

M. Laracine demande à quelle cause on peut attribuer l'origine de ces cheveux.

M. Chereau fait remarquer qu'on a cherché à expliquer la présence des cheveux dans les kystes ovariques par l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine; mais cette hypothèse ne peut rendre compte de la présence de tous les corps étrangers qu'on rencontre quelquefois dans ces kystes, par exemple, des quantités considérables de poils, des dents d'adultes au nombre de 10, 20 et jusqu'à 100, etc.

M. Charrier insiste sur la difficulté de reconnaître, dans les cas de cette espèce, s'il existe ou non des adhérences qui puissent rendre praticables, sans danger de péritonite, les incisions destinées à vider le kyste des corps étrangers.

M. Chereau établit, comme règle générale, que les ponctions sont suivies d'adhérences entre les parois du kyste et la paroi antérieure de l'abdomen. Il est si vrai que ces adhérences se produisent ainsi, que les chirurgiens qui ont préconisé l'extirpation des ovaires considèrent les ponctions exploratrices comme faisant naître un véritable obstacle à l'opération.

M. Dobigny a eu l'occasion de suivre un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire traitée par quatre acupunctures par M. Maisonneuve; or, ces quatre acupunctures n'ont donné lieu à aucune adhérence.

M. Szokalski annonce qu'un praticien allemand, M. Schuster, a eu recours plusieurs fois à l'acupuncture combinée avec l'électricité pour produire, dans les cas dont il est question, une petite inflammation locale qui laisse à sa suite une adhérence.

— *M. Richelot* fait connaître à la Société le fait suivant: Une petite fille venue au monde à la suite d'un accouchement naturel chez une primipare, de complexion délicate, mais bien portante et bien conformée, a été prise, le second jour après sa naissance, d'un écoulement sanguin provenant bien manifestement du vagin, ainsi que M. Richelot s'en est assuré à plusieurs reprises. Cet écoulement a été précédé de quelque agitation et de cris que l'on avait attribués à des coliques; le sang s'écoulait en bavant, il était un peu visqueux, couleur d'acajou. L'écoulement dura quatre à cinq jours, et disparut. D'ailleurs, toutes les fonctions s'accomplissaient normalement. L'enfant a maintenant plus de deux mois, et l'écoulement vaginal ne s'est point reproduit.

M. Cerise rappelle, à cette occasion, qu'il existe dans la science

plusieurs cas fort curieux de menstruations précoces qui, ayant débuté à six mois, huit mois, deux ans, etc., ont persisté. L'écoulement sanguin ne s'étant point reproduit dans le cas cité par M. Richelot, on ne peut ranger ce fait parmi ceux auxquels M. Cerise fait allusion. Ce qui est fort remarquable, c'est que chez celles de ces petites filles menstruées qui sont mortes en bas âge, on a trouvé les ovaires considérablement développés, et lorsque la mort est survenue au moment des règles, les vésicules de De Graaf étaient très apparentes. Le fait de ce genre le plus curieux est celui qui est rapporté dans les *Annales d'Hygiène*, et qui a trait à une petite fille de quatre ans, régulièrement menstruée, offrant tous les signes de la puberté et entre autres des mamelles dont le volume fut comparé à celui d'une orange. Les médecins qui l'observèrent pensaient qu'elle serait parfaitement susceptible de devenir mère à l'âge de huit ans. De même qu'il y a des menstruations précoces, de même on observe fréquemment des cas de puberté tardive.

M. Blatin n'a jamais rencontré le phénomène curieux observé par M. Richelot, mais il a pu voir un grand nombre de fois des leucorrhées abondantes chez de toutes petites filles ; ce n'étaient point de ces cas fort communs où la vulve devient le siége d'un suintement de nature variable, c'étaient de véritables leucorrhées provenant sans aucun doute de la matrice même.

— *M. Tessereau* a été appelé dernièrement à donner des soins à une jeune fille malade depuis une huitaine de jours, qui présentait les symptômes suivants : malaise général, affaiblissement marqué, céphalalgie continue et intense, nausés, vomissements, selles de plus en plus abondantes et fétides, pouls large et mou, douleur de l'abdomen, étonnement de la physionomie, pupilles dilatées, yeux un peu hagards, syncopes par les tentatives de mouvement. Considérant cette personne comme atteinte d'une fièvre typhoïde à son début et remarquant qu'elle était couchée dans une chambre petite, sombre et privée d'air il s'empressa de la faire transporter chez ses parents, afin qu'elle pût recevoir tous les soins qu'exigeait son état. Placée dans de meilleures conditions hygiéniques, la malade prit un purgatif salin. Sous l'influence de cette médication, les garderobes devinrent tout de suite moins abondantes et moins fétides. Encouragé par cette amélioration, M. Tessereau renouvela la purgation le surlendemain. L'effet en fut encore plus marqué. Là se borna le traitement actif. La convalescence s'établit aussitôt, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre. M. Tessereau demande si l'on peut dire qu'il a eu affaire à une fièvre typhoïde qui aurait été rapidement enrayée à son début par l'usage des purgatifs.

M. Richelot rappelle qu'on a publié dernièrement plusieurs faits semblables, et que les auteurs de ces publications n'ont point hésité à les considérer comme des cas de fièvre typhoïde heureusement traités par la méthode purgative.

M. Gaide J'ai donné également des soins, il y a peu de temps, à un jeune homme de dix-sept ans qui éprouvait du malaise, des maux de reins, de la céphalalgie et de la fièvre. Il avait des épistaxis, des garderobes diarrhéiques et sanguinolentes. Le ventre était douloureux et présentait du gargouillement mais il n'y avait point de torpeur. A part ce dernier symptôme, qui manquait, voilà un ensemble de phénomènes qu'on aurait pu attribuer à un début de fièvre typhoïde. Si j'avais purgé mon malade, j'aurais pu dire que j'avais enrayé une fièvre typhoïde au moyen des purgatifs. Or, je me suis borné à l'expectation et ce jeune homme s'est parfaitement rétabli en peu de jours. Je pense qu'il en a été du cas cité par M. Tessereau comme de celui-ci ; ce n'étaient ni l'un ni l'autre un cas de fièvre typhoïde ; on n'enraie point ainsi cette grave maladie.

M. Richelot. Je ne prétends point affirmer que le fait cité par M. Tessereau soit certainement un exemple heureux de fièvre typhoïde arrêtée brusquement dans sa marche par un traitement bien choisi ; c'est cependant une thèse qu'on pourrait soutenir. Avec les détails nécessairement incomplets qui nous ont été transmis par nos honorables collègues on ne peut que s'abstenir. Toutefois, en s'en rapportant seulement à ce qu'ils nous ont dit de leurs malades, on peut sans crainte affirmer que ces deux maladies étaient essentiellement différentes, et s'il ne peut y avoir aucun doute sur la non existence d'une fièvre typhoïde chez le jeune homme soigné par M. Gaide, on ne saurait trancher la question d'une manière aussi absolue relativement à la malade de M. Tessereau. Cette malade était dans de mauvaises conditions hygiéniques lorqu'elle fut vue pour la première fois par notre confrère. La soustraction de ces influences insalubres peut avoir concouru à l'amélioration de la santé avec les purgatifs dont l'action sur la nature et la fréquence des garderobes a été remarquable. On dit que la fièvre typhoïde ne peut être arrêtée à son début, ne peut être jugulée, et lorsque des faits sont présentés qui tendraient à faire admettre la possibilité de cet heureux résultat, on les rejette tout d'abord en disant qu'il n'y avait pas fièvre typhoïde. De cette manière il est difficile d'arriver à la connaissance de la vérité.

M. Dobigny. A l'époque où l'Académie de médecine se livra à une discussion sur ce sujet, je fréquentais les services de MM. Delarroque et Bricheteau à l'hôpital Necker. Un grand nombre de médecins et d'élèves s'y réunissaient tous les jours. Un matin on apporta dans les salles de M. Bricheteau un homme de vingt à vingt-deux ans, atteint de fièvre typhoïde. Il est inutile de décrire ici les symptômes présentés par ce malade ; qu'il me suffise de dire qu'il fut considéré par tous ceux qui le virent comme bien réellement atteint de fièvre typhoïde. C'était un cas très grave, et on l'offrit comme une sorte de défi à la méthode des purgations. Or, l'état de ce malade, traité par un vomitif, puis par une bouteille d'eau de Seltz, offrait dès le lendemain matin une amélioration telle, que tous les observateurs qui l'avaient vu la veille en furent frappés de surprise. Le traitement dura en tout moins de huit jours. La fièvre typhoïde avait été réellement jugulée. Ce serait trop resserrer le champ de la discussion et l'exposer à l'erreur, que d'établir de prime abord que les malades qui sont rapidement guéris n'étaient pas atteints de fièvre typhoïde. J'ai pu observer par moi-même d'autre cas analogues au précédent, entre autres celui d'une jeune fille de seize ans, chez qui la maladie s'était développée en entier sous mes yeux, de manière à ne laisser aucun doute dans mon esprit.

M. Cerise connaît des cas nombreux dans lesquels des maladies considérées comme des fièvres typhoïdes ont guéri rapidement sous l'influence des purgatifs répétés. La situation d'un étudiant arrivé au neuvième jour d'une maladie de ce genre, et qui se trouvait dans un état fort grave, fut ainsi améliorée subitement sous ses yeux. Cependant, lorsqu'il a voulu recourir à ce mode de traitement dans sa pratique privée, il a presque constamment perdu ses malades. La méthode purgative convient sans aucun doute à certains cas qu'il importerait de déterminer.

M. Charrier fait remarquer que les cas de fièvre typhoïde où les purgatifs réussissent, sont ceux où il n'existe point de symptômes ataxiques ou hémorrhagiques. Lorsque ces symptômes existent, la méthode évacuante échoue toujours. Dans le cas contraire, cette méthode réussit, mais toute autre réussit également. Cette année, il commence à se présenter dans les hôpitaux des fièvres typhoïdes avec phénomènes ataxiques et hémorrhagiques ; et M. Delarruque lui-même est obligé, à Necker, de recourir aux toniques.

M. Tessereau résume la discussion en établissant qu'il ne faut point traiter de la même manière tous les cas de fièvre typhoïde, ni même appliquer tous les moyens de traitement à toutes les périodes de la maladie.

M. Richelot saisit l'occasion de cette discussion pour communiquer à la Société le fait suivant, qui tendrait à prouver que dans le traitement de la fièvre typhoïde on peut quelquefois retirer de grands avantages de la saignée locale pratiquée avec prudence, lors même que l'adynamie la plus complète existe. Il traitait un jeune homme de vingt-quatre ans atteint de fièvre typhoïde, et la maladie était arrivée à la fin du troisième septénaire. La prostration était extrême ; quand on mettait le malade sur son séant pour l'ausculter, il ne pouvait pas même soutenir sa tête ; il était habituellement dans un demi-assoupissement, d'où on le tirait avec peine ; quand il voulait répondre aux question qu'on lui adressait, il articulait d'une voix éteinte quelques mots qu'on ne pouvait comprendre. En même temps, toute la partie postérieure de la poitrine faisait entendre un râle muqueux sous-crépitant et très abondant, et la respiration était considérablement gênée. L'opinion de M. Richelot était que ce cas était désespéré. Toutefois, notre collègue pensant que l'engorgement pulmonaire qui faisait obstacle à la respiration et empêchait l'hématose de s'accomplir, était pour beaucoup dans l'adynamie de son malade, fit appliquer six sangsues au-dessous de l'omoplate droite. Peu de temps après cette saignée, la respiration devint plus facile, le teint fut meilleur, le pouls se releva un peu, la prostration diminua et la parole fut moins inintelligible. Encouragé par ce premier succès, M. Richelot fit appliquer six nouvelles sangsues au-dessous de l'autre omoplate, et obtint un résultat tout aussi satisfaisant. Depuis plusieurs jours, le malade était traité par les toniques, et l'adynamie allait toujours croissante. A partir de l'époque de ces deux applications de sangsues, qui furent suivies d'un changement si manifeste, les forces revinrent, tous les symptômes s'amendèrent, et le malade finit par guérir. M. Richelot a traité de la même manière une dame de quarante-cinq ans, également atteinte de fièvre typhoïde grave, qui présentait les mêmes phénomènes adynamiques et le même embarras pulmonaire que le précédent, et le résultat fut tel, que la malade fut considérée pendant quelque temps comme convalescente. Mais peu après la fièvre se ralluma, le ventre devint douloureux et la malade succomba, selon toute apparence, à une péritonite par perforation de l'intestin. Toujours est-il que dans ce second cas, comme dans le premier, la respiration se rétablit à la suite de la saignée locale, et que les forces suivirent le rétablissement de la respiration, au point de faire espérer une guérison sur laquelle on ne comptait plus.

M. Laracine dit avoir pratiqué la saignée générale avec succès au vingt-quatrième jour de la fièvre typhoïde

M. Blatin demande la parole pour faire connaître à la Société la manière dont il combat l'insomnie, qui est un des symptômes les plus pénibles de la fièvre typhoïde. La médication que j'emploie avec de grands avantages, dit-il, pour combattre le symptôme si fatigant de l'insomnie et de l'agitation, ou les rêves effrayants qui éveillent en sursaut les malades s'ils ont conservé un peu de sommeil, est la suivante : Je fais préparer une potion contenant 4 à 5 grammes de laudanum de Sydenham, 8 à 10 grammes d'acétate d'ammoniaque, 50 grammes de sirop de fleurs d'oranger et 120 grammes d'eau distillée de tilleul ou de laitue. On étend le tout dans deux litres d'eau froide et gommée que le malade boit dans les vingt-quatre heures, quelquefois plus rapidement. Pour les enfants la dose est moindre de moitié ou des deux tiers. Ce traitement n'exclut ni les purgatifs salins, ni les autres moyens qui doivent varier suivant les symptômes Je l'emploie depuis trois ans constamment, souvent pendant quinze à vingt jours consécutifs, avec peu de modifications, et toujours j'ai obtenu une sédation remarquable soit dans le délire, l'agitation ou l'insomnie, soit dans l'état fébrile, sans provoquer la somnolence ni la congestion pulmonaire ou cérébrale. Presque toujours j'ai vu la peau devenir moins sèche et la langue s'humecter.

La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire annuel indisposé,
G. RICHELOT, secrétaire général.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

MM. Blandin, Jobert (de Lamballe) et Amussat ont écrit pour annoncer leur candidature à la place vacante par le décès de M. Breschet.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 75. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Affections de la vulve et au vagin.

Parmi les maladies qui affectent les organes génitaux de la femme, il en est sur lesquelles les pathologistes diffèrent peu d'opinions, et qui, à cause de leur siége même, n'ont jamais été l'objet de grandes discussions; nous voulons parler des affections de la vulve et du vagin. Nous comptons donc mettre complétement, et à dessein, l'histoire pathologique de ces deux régions, pour nous étendre particulièrement sur les maladies de la matrice et de ses annexes. Ce n'est pas qu'il n'y eût beaucoup à dire sur les altérations de toutes sortes dont la vulve et le vagin sont susceptibles; mais la facilité qu'on éprouve dans l'exploration de ces parties fait qu'elles ont été étudiées avec soin, et que ce qu'on en sait n'est guère contestable.

La matrice, elle, prise isolément ou considérée avec ses annexes, joue, on le sait, un rôle immense dans la physiologie de la femme, et par cela même dans la pathologie; car ce sont là toujours deux conditions inséparables: plus le rôle fonctionnel d'un organe a d'importance, plus aussi ses états pathologiques méritent de fixer l'attention du médecin.

On a dit que la matrice, chez la femme, était comme un être dans un autre être, et que ses maladies remuaient l'économie tout entière. Il ne faudrait pourtant pas prendre à la lettre l'aphorisme: « La femme est ce qu'elle est par l'utérus: » car nous démontrerons, dans le cours de ces leçons, que certaines maladies de la matrice, et des plus graves, peuvent débuter, poursuivre leur marche, faire des progrès immenses, détruire des portions de l'organe même sans que la femme en ait la conscience, et par conséquent sans ébranler fortement son organisme.

Dès qu'on veut étudier les maladies de la matrice, on est arrêté par une difficulté inhérente à la position qu'occupe l'organe dans l'économie. L'utérus est, en effet, un de ces viscères sur les confins, pour ainsi dire, des organes externes et internes; comme le rectum, la vessie, le larynx, il est situé plutôt dans l'intérieur des cavités, sans être cependant complétement inaccessible par l'extérieur. Il résulte de cette situation qu'il n'est point aisé de l'explorer convenablement en tout sens, et que le diagnostic des maladies qui l'affectent est, par cette raison, plus embarrassant; de là encore la divergence d'opinion dont ces maladies sont le sujet.

On comprend combien il doit être difficile de s'entendre sur les affections d'un organe placé dans des conditions semblables: et d'abord, parce qu'il est très possible de commettre des erreurs; et ensuite parce que, si quelques personnes ont des motifs quelconques de soutenir comme vraie telle ou telle assertion; et si ces personnes se trompent, il est extrêmement difficile de démontrer à elles-mêmes et aux autres en quoi consiste leur erreur. Ainsi, dans l'utérus, si quelqu'un avance que telle circonstance existe, on ne pourra pas toujours prouver qu'elle n'existe pas, quand bien même ce serait la vérité; et si l'on soutient, au contraire, que telle chose n'est pas, il ne sera pas toujours possible de démontrer son existence, quand même elle serait réelle.

Aussi, il est arrivé pour l'utérus ce qui est advenu pour l'urètre; les industriels de la profession ont trouvé là une mine riche à exploiter. Qui ne sait que, si pour les uns, l'urètre est rétréci, et que cependant il n'existe point de rétrécissement, on ne pourra le prouver? Ce sont là de ces organes où l'on imagine tout ce qu'on veut; l'utérus est dans une situation toute pareille. Il est donc de la plus haute importance de savoir parfaitement l'explorer.

Les maladies de la matrice peuvent être extérieures ou intérieures; et parmi ces dernières, il en existe de deux sortes: les unes qui prédominent dans le ventre; les autres qui progressent du côté de la cavité utérine, ou au moins dans l'épaisseur même des parois de l'organe. Pour les maladies qui affectent seulement le col, les difficultés du diagnostic sont à peu de chose près égales à celles qu'il faut surmonter pour l'examen du corps: car le doigt ne peut pas toujours tout apprécier, tout reconnaître; la vue, pénétrant à travers cet instrument jusqu'au siége du mal, peut aussi donner des notions inexactes sur sa nature. En un mot, ce n'est qu'en s'appliquant à explorer l'utérus, en combinant l'étude des symptômes éprouvés par la femme avec les signes fournis par le toucher, la palpation et la vue, qu'on pourra parvenir à vaincre les difficultés que nous venons de signaler.

Bien que ces deux moyens, la palpation et le toucher, aient de grands rapports, on applique plus spécialement le nom de *palpation* à l'exploration de la matrice à travers les parois abdominales; et le nom de *toucher*, à l'introduction du doigt dans le vagin ou le rectum. Ce sont, du reste (toucher et palpation), deux moyens qui marchent ensemble, deux moyens susceptibles de s'éclairer réciproquement et de venir au secours l'un de l'autre.

Le toucher demande qu'on s'y exerce beaucoup. Dans les maladies de matrice, il n'est pas de pratique plus importante, de moyen plus avantageux pour parvenir à un diagnostic exact; un doigt exercé reconnaît presque toutes les maladies du col et quelques-unes des affections du corps de l'utérus. Avec un doigt suffisamment exercé, on distingue les moindres ulcérations, les granulations du col: si nous l'osions, nous dirions presque que la rougeur elle-même ne peut exister sans être perçue; mais sans aller tout à fait aussi loin, au moins affirmerons-nous que la moindre inégalité devient sensible au doigt habitué au toucher. Nous le répétons cependant, nul doute que cette perfection de sensation, qui arrive au point de tromper moins que la vue elle-même, ne s'acquière qu'à la condition d'une habitude prolongée. On ne saurait trop recommander aux personnes pour lesquelles ces explorations ne sont pas très familières, de s'y exercer de toutes les façons possibles sur le vivant, sur le cadavre, sur des cols sains, malades, chez des femmes qui ont eu des enfants, chez celles qui n'en ont point eu, etc.

Quand on porte le doigt dans le vagin, on peut toujours arriver sur le col, à moins que le doigt ou le col ne soient mal conformés; le col est, en effet, toujours un peu au-dessous du détroit supérieur, et si l'on réfléchit à la hauteur de la paroi antérieure du bassin, peu considérable, comme on le sait, car elle ne présente guère que quatre à cinq centimètres, on comprendra qu'il sera toujours possible d'explorer le col utérin. Il est vrai que la paroi postérieure du bassin est infiniment plus longue, puisqu'elle a presque quinze centimètres de hauteur; mais, outre que le doigt, pour arriver au col ne suit pas la courbure de cette paroi, la racine du doigt n'a pas besoin de s'arrêter à la vulve; le pouce étant placé dans le creux de la main, on peut très bien déprimer le périnée; l'index, ayant son bord radial sous la symphyse des pubis, pénètre alors extrêmement loin, atteint même ou arrive fort près au moins de l'angle sacro vertébral, et par conséquent touche le col dans toute son étendue.

De plus, il existe dans les différents états pathologiques de l'utérus, une circonstance qui facilite encore l'exploration de la partie inférieure de l'organe; très souvent, chez les femmes dont l'utérus est malade, le col est plus bas que dans l'état sain; on peut dire au moins que généralement, lorsque la matrice est le siége d'une altération quelle qu'elle soit, elle est plutôt plus basse que plus élevée.

Il arrive, il est vrai, parfois que le col est renversé soit dans un sens, soit dans un autre; mais comme l'extrémité du doigt peut parcourir tous les points des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, on se rend bien vite raison des déviations qu'a éprouvées cette portion de l'organe.

Le toucher rectal, qu'on a conseillé dans les maladies de la matrice, et dont on a dit tirer de grands avantages pour le diagnostic, n'est pas souvent nécessaire. On a prétendu que l'on appréciait mieux par cette voie certaines affections qu'on ne pouvait le faire par le vagin, on a ajouté que la pudeur des femmes s'arrangeait mieux de cette espèce de toucher; nous

---

FEUILLETON.

NOUVELLE LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

De la théorie des affections bilieuses.

> « Vous n'avez ni l'antiquité de la science,
> » ni la science de l'antiquité. »
> (*Un prêtre égyptien aux Grecs.*)

Je veux, cher confrère, vous dire ici toute ma pensée sur cette tendance moderne à ressusciter toutes les rêveries antiques, notamment à l'endroit des affections dites bilieuses. Nos journalistes, voire même nos professeurs, ne manquent jamais une occasion d'éjaculer de pompeuses tirades à la glorification du génie de ces anciens qui, dit-on, pratiquaient seuls la médecine d'observation pure, la médecine vraie, la médecine éternelle, et autres lieux communs dont il est de mode aujourd'hui d'assaisonner les mille et une rapsodies dont s'alimente la presse médicale. Vous y voyez journellement invoqués les noms de Sydenham, de Baillou, de Baglivi, de Stoll, etc., par des ingénus qui, certes, n'ont jamais lu dix pages de ces illustres écrivains. Aussi Dieu sait comment sont interprétés ces grands hommes qu'on admire sans réticence, et qui pourtant ont mêlé tant de déplorables erreurs, tant de dogmes absurdes aux véridiques tableaux, aux préceptes sages qu'ils nous ont transmis. Maintefois j'ai fait ressortir la nécessité de séparer chez eux le dogmatiste de l'observateur; eh bien, c'est précisément ce qu'il y a de monstrueux, le dogme ancien, que l'on oppose imperturbablement aux doctrines modernes. Le tout, croyez le bien, par esprit de cabale et de coterie, pour se donner des airs d'érudition et de profondeur, finalement pour vilipender la mémoire d'un homme de génie qui naguère fustigeait rudement ceux-là même qui se vengent aujourd'hui. Ne vous semble-t-il pas voir une troupe d'écoliers profitant de l'absence du maître pour bouleverser le sanctuaire de la science?

Dans une de nos lettres précédentes (*Gazette des Hôpitaux*, 1844) nous avons pris à partie le chef de cette école d'observation antique, le grand Sydenham, et nous avons fait voir, texte à la main, quelle était sa manière de dogmatiser, où le ridicule, il faut bien le dire, le dispute au charlatanisme; et, qui pis est, nous avons démontré que chez lui les indications thérapeutiques découlaient formellement de cette grossière pathogénie à l'usage des garde-malades. Eh bien! il en est de même de l'universalité des humoristes anciens. Leur mérite réel, et cela suffit à leur gloire, consiste en cela qu'il nous ont légué des peintures exactes des symptômes qui passaient sous leurs yeux, rendues sous des couleurs souvent aussi vives que fidèles. C'est ce qui assure l'immortalité d'Hippocrate, d'Arétée, de Baillou, de Sydenham, de Stoll, etc. Mais leurs doctrines, leur thérapeutique même, dont rien ne constate l'efficacité, que tant de réticences, au contraire, rendent si suspecte, nous ne devons nous en souvenir que pour l'histoire et pour déplorer les inconséquences, les infirmités de l'esprit humain. Les observateurs anciens, en effet, ne sont jamais plus admirables que lorsque, sacrifiant leurs doctrines pour obtempérer à la nature, comme ils disaient, ils profèrent ces magnanimes aveux dont le génie seul est capable.

Les maladies prétendues bilieuses de Stoll et de Tissot doivent-elles faire oublier les conquêtes et les labeurs des modernes? Telle est la question que je me propose de résoudre. Voyons d'abord ce que dit l'histoire. Stoll succéda dans la clinique de Vienne à l'illustre Dehaën, qui, dans son temps, fut le Broussais de l'Allemagne et qui se glorifiait de n'avoir pas rencontré une seule occasion de placer un vomitif. Serait-ce donc, ainsi qu'on a eu l'ingénuité de le dire, que les maladies fussent devenues bilieuses, d'inflammatoires qu'elles étaient, juste au moment où Stoll remplaça Dehaën? Mais voilà que P. Frank succède à Stoll, et que les maladies bilieuses cessent d'encombrer la clinique de Vienne. Or, si Dehaën, Stoll et Frank ont tous trois bien observé, c'est, il faut en convenir, un singulier jeu du hasard qui aura changé les constitutions juste à l'avénement de chacun d'eux. Il en est de même des constitutions stationnaires de Sydenham que personne en Angleterre n'a observées depuis lui. Ne serait-ce pas plutôt, comme je l'ai démontré ailleurs (*Examen de la doctrine des épidémies*), que ce sont les hommes qui font les constitutions? Or, il est dans le cœur humain un orgueil instinctif qui nous porte à dire et à faire autrement que nos rivaux.

Si maintenant nous méditons les œuvres de Stoll, nous verrons que ce grand praticien donnait à chaque pas des démentis à sa doctrine; qu'il administrait très rarement les purgatifs, sans les faire précéder de saignées, souvent *largâ dosi*; que fréquemment il confesse l'insuffisance et même les dangers de ses idées préconçues, et qu'enfin c'est lui qui a posé ce grand axiome que tous les praticiens devraient porter gravé dans leur mémoire: « *Dans tout concours de phlogose avec d'autres maux quels qu'ils soient, le premier soin qu'on doit avoir c'est de l'inflammation.* »

Passant des données historiques aux arguments scientifiques, nous osions énoncer ce paradoxe, à savoir: que *les affections bilieuses généralisées n'existent pas*; ce qui nous met en demeure de prouver qu'elles ne peuvent exister. En effet: 1° la chimie moderne a démontré que la bile en substance n'existe pas dans le sang et qu'on n'y trouve que les matières colorantes de la bile. Je professais ces principes par instinct clinique, avant que M. Lecanu les eût démontrés chimiquement.

2° N'est-il pas remarquable, en effet, que le cas où la suffusion prétendue bilieuse existe le plus ostensiblement, l'ictère simple, est précisément une affection non seulement apyrétique, mais encore caractérisée par la *lenteur du pouls*; ce qui m'a fait comparer l'action des matières colorantes de la bile aux effets sédatifs de la digitale; soutenez donc maintenant que c'est la suffusion biliaire qui produit la fièvre!

3° Lorsqu'une portion très légère de bile en substance se trouve appliquée aux tissus autres que ceux habitués au contact de ce fluide, il en résulte immédiatement une inflammation locale des plus aiguës; d'où je conclus que si la bile en substance était répandue dans la généralité de l'économie, le sujet serait voué à une mort prompte et infaillible. Essayez d'injecter de la bile dans les vaisseaux!

En arguant de la diathèse bilieuse pour annuler l'inflammation, on oublie qu'on se met en contradiction avec l'antiquité tout entière, qui considérait la suffusion bilieuse comme funeste, par cela même que ce liquide essentiellement irritant produisait l'inflammation; aussi, pour la plupart des bons observateurs, ainsi que nous allons le prouver pour Stoll lui-même, l'indication d'évacuer la bile annulait si peu celle de combattre directement l'inflammation, qu'ils avaient soin de tirer du sang en attendant la *coction* de la bile et même pour la favoriser. C'était une sorte de transaction entre les faits et la doctrine.

Les affections bilieuses les plus à la mode de nos jours, sont, après les affections gastriques, les pneumonies dites bilieuses, en faveur desquelles, tout récemment encore, un estimable journal déclamait un magnifique dithyrambe; or, nous tenons à faire voir que le grand propagateur de la polycholie, Stoll n'appliquait pas la saignée de main morte dans les affections pulmonaires. Ainsi, dans le passage suivant, Stoll commence par renier d'emblée sa propre doctrine: « Je rejetais » absolument la pratique de ceux qui, dans la pneumonie, employaient » dès le commencement l'antimoine diaphorétique non lavé, le ker» mès minéral et autres remèdes excitants de ce genre..... Tant que » l'inflammation se soutient, la seule indication consiste à relâcher, » *diminuer* la masse du sang. Mais lorsque la première période est » passée, » etc. (*Méd. pratique*, t. I, p. 66. *Traduct. de Mahon.*)

Stoll ne repousse pas la saignée, même dans la forme adynamique: « J'observai une fois ou deux dans une inflammation très grave des » poumons, le pouls mou, faible et accéléré. Cependant la saignée fut » très avantageuse. Le sang présenta une couenne inflammatoire; le » pouls se releva et devint plus plein. » (T. I. p. 22.)

Stoll fait de la saignée la seule ancre de salut dans la pneumonie double: « C'est une très grave inflammation de poitrine que celle qui » attaque les deux poumons à la fois. Si l'art peut quelque chose

croyons la première assertion erronée, et nous pouvons assurer que la plupart des femmes répugnent infiniment à ce genre d'exploration.

Il n'est pas juste d'avancer que l'appréciation des maladies de l'utérus est plus exacte par le rectum que par le vagin : car le toucher rectal présente des causes d'erreur assurément plus nombreuses que le toucher vaginal. D'abord, il est évident qu'on ne pourra jamais atteindre aussi loin que par le vagin : quand le doigt pénètre par ce canal, il suit la paroi antérieure du bassin, qui est la plus courte ; par le rectum, au contraire le doigt est contraint à suivre la paroi postérieure ; la dépression qu'il est facile d'imprimer aux tissus par le vagin, s'exécute plus difficilement par le rectum ; de plus, quand le doigt est engagé de deux ou trois pouces dans l'intestin, on trouve une tumeur qui fait souvent croire à une maladie qui n'existe pas, cette tumeur n'est autre chose que le col lui même. Mais c'est surtout l'obligation où l'on est de suivre la paroi postérieure du bassin et l'impossibilité d'explorer suffisamment les régions antérieures de l'utérus, qui doivent faire conserver le toucher rectal pour les circonstances exceptionnelles : par exemple, quand il s'agit de constater une maladie de l'utérus chez une jeune fille vierge, ou dans le cas où le vagin malade a acquis une sensibilité anormale ; motifs qui interdiraient le toucher ordinaire.

En règle générale : toutes les fois qu'on aura à reconnaître une maladie du col ou du corps de l'utérus, le toucher vaginal devra être préféré.

La palpation est aussi un moyen explorateur d'une haute importance dans le diagnostic des maladies de la matrice, on ne saurait trop engager les personnes qui veulent étudier ces maladies à s'y exercer beaucoup. Quand on a acquis une habitude suffisante, on parvient, à l'aide de la palpation, à explorer les régions iliaques d'une manière complète, on sent facilement alors la bordure osseuse formée par le détroit supérieur, et en faisant pénétrer les mains on peut arriver même à une assez grande profondeur dans l'excavation pelvienne pour pouvoir apprécier l'état des organes qui s'y rencontrent.

Pour cela, il faut placer la femme d'abord dans une situation convenable ; c'est-à-dire qu'elle devra être étendue sur le dos, la tête convenablement soutenue, et les extrémités inférieures seront modérément fléchies ; alors les mains étant appliquées au dessus des arcades crurales, déprimeront avec lenteur les parois abdominales ; si une seule ne suffit pas pour vaincre la résistance musculaire, on les placera l'une sur l'autre, en se rappelant toujours que c'est en procédant lentement qu'on parviendra plus vite, parce que l'action des muscles ne tarde pas à s'affaiblir contre une force agissant longuement et sans secousses, et bientôt on arrivera à toucher la fosse iliaque comme si elle était à nu.

Par ce moyen on a, outre les appréciations qu'on peut obtenir d'ailleurs, la possibilité de mesurer la matrice, de constater les moindres changements survenus dans son volume : pour cela, il suffit d'introduire un doigt dans le vagin pendant que l'autre main, appliquée au-dessus des pubis, comprime l'hypogastre : de cette façon, l'organe est compris entre les deux mains ; et l'on peut constater ses déviations, ses adhérences, s'il en existe, et parvenir enfin au diagnostic d'une foule de maladies.

Cette exploration par le palper sera possible chez un très grand nombre de sujets, chez les femmes qui auront eu des enfants presque toujours, et parmi les autres dont le ventre n'aura point été distendu par la grossesse ; il n'y aura guère que celles dont les parois abdominales sont trop dures, chez lesquelles ce moyen ne pourra pas être mis en usage.

Il faut aussi se servir de la vue et du spéculum, par conséquent, pour éclairer le diagnostic des maladies de matrice. Nous traiterons de son emploi prochainement. PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Calculs vésicaux chez un homme de soixante-cinq ans. Taille périneale. Remarques cliniques faites sur cette matière.

(Suite du numéro du 7 juin.)

Je n'étais pas devin, dit M. Roux, lorsque je disais que la pierre de notre opéré devait être dure, et d'un volume déterminé : car tout chirurgien un peu exercé dans ce genre d'affection, peut facilement prévoir tout cela à l'aide d'instruments qu'il introduit dans la vessie ; aussi je ne me fais aucun mérite de l'exactitude du diagnostic que j'ai porté. Seulement, je n'ai pas prévu l'existence d'un double calcul, quoiqu'en sondant le malade j'eusse trouvé que le calcul semblait changer de volume ; mais je croyais que cela dépendait des différentes manières selon lesquelles je le saisissais, et qui pouvaient répondre à ces différentes dimensions. Du reste, les deux calculs ensemble, comme vous le voyez ici, ne font pas plus que le volume d'une grosse amande. Ils sont d'une grande dureté ; ils auraient probablement cédé à l'action des instruments lithotriteurs, mais non sans un grand effort et sans exiger plusieurs séances ; de sorte que nous pouvons jusqu'à un certain point nous féliciter d'avoir préféré la taille, à l'aide de laquelle nous avons instantanément, pour ainsi dire, débarrassé le malade.

Un petit incident peut arriver au début de l'opération ; c'est de ne pas pouvoir introduire le cathéter, lorsque les mains et les pieds du malade ont été déjà liés ; c'est précisément ce qui eut lieu chez notre malade, au point que nous fûmes obligé de lui délier pied et main d'un côté. Cette manœuvre contrarie assez les malades pour qu'il soit à désirer qu'elle ne devienne pas nécessaire. Au reste, elle n'eut aucune conséquence chez notre malade.

Pendant l'opération, tout se passa à peu près comme je l'avais désiré. Peut-être aurais-je voulu du premier coup arriver avec le bistouri jusqu'à la cannelure du cathéter ; ce qui ne présente aucun inconvénient : au lieu de cela, après la première incision, j'ai dû reporter le bistouri dans la plaie pour couper le reste des tissus, et arriver au cathéter ; le guide, le conducteur véritable de tous les instruments qu'on doit introduire dans la vessie, à propos de la taille, c'est le cathéter. Pour cela il doit être cannelé, et remplit d'autant mieux son rôle, qu'il est d'un gros calibre. A cet égard, je vous dirai que des changements, des modifications heureuses se sont introduites en chirurgie depuis vingt cinq à trente ans. Il n'est pas inutile que je vous en dise un mot. Avant cette époque, même du temps où Boyer était dans toute sa gloire, on se servait pour la taille de cathéters petits, croyant peut-être que le canal de l'urètre était plus étroit qu'il n'est réellement ; tandis qu'en réalité c'est un canal assez large, extensible, et capable de se laisser parcourir par des cathéters bien volumineux. Au commencement de ma carrière chirurgicale je me suis servi aussi de ces cathéters de petit calibre ; ensuite étant allé en Angleterre en 1814, je fus fort étonné de voir employer dans la taille des cathéters énormes, et d'entendre les chirurgiens, entr'autres Astley Cooper, dire qu'ils s'en trouvaient parfaitement. A mon retour à Paris, j'apportai avec moi une demi-douzaine de ces cathéters, qui me furent donnés par le célèbre chirurgien que je viens de nommer, et j'en fis construire d'après ces modèles. Depuis lors l'usage des gros cathéters reconnu comme très avantageux, devint général. Ensuite la cannelure de ces instruments, maintenant, est beaucoup plus large qu'elle n'était anciennement, et on en conçoit facilement les avantages. Plus elle est profonde, et ses bords saillants, plus facilement le bout du doigt le trouvera, et pourra s'y arrêter pour y faire arriver les instruments qui doivent pénétrer dans la vessie.

Aussitôt arrivé avec le bistouri dans l'intérieur de la vessie, j'ai fait une incision du côté de la prostate avant d'introduire le lithotome ; cette incision n'a pas d'inconvénient, pourvu qu'on ne la prolonge pas trop vers la partie bulbeuse de l'urètre, et qu'on s'arrête dans sa portion membraneuse. En effet, l'incision de la peau du périnée doit être faite à un pouce environ au-devant de l'anus, et non pas au niveau du bulbe de l'urètre, où il y a un grand inconvénient à pénétrer ; car l'artère transverse du périnée qui s'y perd entièrement dans cette partie, pourrait être lésée si on attaquait le bulbe, et donner lieu à une hémorrhagie grave ; or cet inconvénient pourra être évité facilement en procédant de la manière indiquée, c'est-à-dire, en portant l'instrument tranchant vers la portion prostatique et membraneuse de l'urètre, sans entamer le bulbe.

Pour l'incision du col de la vessie et de la prostate, j'ai employé, comme je vous l'ai dit, le lithotome caché, auquel j'avais donné d'avance l'écartement du n° 12. Il faut être bien sûr que le lithotome ait pénétré dans la cannelure du cathéter pour qu'il n'aille pas se fourvoyer dans l'intérieur de la vessie. Vous avez vu qu'après avoir enlevé le cathéter j'ai retiré tout doucement le lithotome ouvert, en le dirigeant méthodiquement selon la direction de la plaie extérieure. Le malade a continué à donner des signes d'une vive douleur dans ce temps de l'opération, et pourtant ordinairement elle est beaucoup moins douloureuse que l'excision des parties molles extra vésicales.

Cela fait, il y a une petite perte de temps pour saisir les pierres. Quoi qu'il y ait quelques règles à suivre dans ce temps de l'opération, le plus souvent néanmoins c'est le hasard qui vous guide. Ainsi on doit chercher à saisir la pierre dans le sens de sa plus petite dimension : mais combien de fois on ne peut y parvenir ? Alors il faut tâtonner, s'abandonner positivement au hasard. Il y a des cas où il faut employer des tenettes courbes, parce que les calculs se trouvent dans le bas-fond de la vessie qui est sur un plan inférieur à celui de l'ouverture, et les tenettes droites passeraient dessus sans les atteindre. Au reste, chez notre malade, quel que fût le sens dans lequel les pierres eussent été saisies, on aurait pu les extraire sans beaucoup de difficulté, parce qu'elles étaient petites, mais quand on a affaire à des pierres volumineuses et d'une forme allongée, ovoïde, les difficultés de l'extraction sont bien autrement grandes. Dans ces circonstances, sans perdre de vue les règles que l'art peut vous suggérer dans les manœuvres des instruments d'appréhension, il faut, comme je le disais tout à l'heure, s'abandonner beaucoup au hasard, saisir et lâcher plusieurs fois la pierre jusqu'à ce qu'on s'aperçoive de l'avoir saisie dans un jour convenable pour être extraite sans trop tirailler la plaie périnéale. J'aurais beaucoup de choses à vous ajouter sur cette partie de l'opération tirées de mon expérience, mais je me borne à des généralités.

Au moment de l'opération notre malade semblait perdre beaucoup de sang, et je suis persuadé que beaucoup d'entre vous s'en sont effrayés ; mais lorsqu'on examinait l'accident de près on reconnaissait que ce sang était plutôt veineux qu'artériel, et que la quantité n'en était pas assez considérable pour nécessiter l'emploi des moyens hémostatiques. Alors, après avoir achevé l'opération, nous avons cru pouvoir aban-

---

» contre un mal si redoutable, ce n'est que dans le commencement : » on saigne aussitôt fortement le malade en faisant une grande ouverture à la veine. » (T. I, p. 224.)

Si Stoll saignait dans toutes les formes, il voulait aussi qu'on saignât à toutes les époques : « Puisqu'au vingtième jour la malade se » trouvait encore dans son état de crudité, il ne paraît pas qu'on puisse » fixer un nombre de jours au delà duquel la saignée ne soit plus » praticable. » Voyez-vous ici la doctrine de la crudité venant concilier la théorie avec la pratique ?

Stoll voulait aussi qu'on saignât dans les complications : « J'ai » rencontré souvent la complication d'hydrothorax et de pneumonie. » J'ai guéri quelques malades de ce genre par des saignées modérées, » mais *répétées fréquemment.* » (T. III, p. 276.)

Ceci me rappelle que Stoll a nominativement indiqué la saignée *coup sur coup*, précisément au sujet de la pneumonie : « De copieu» ses saignées faites coup sur coup, et dans les premiers jours, pour» raient peut-être quelquefois prévenir la suffocation. » (T. I, p. 143.)

Privés des précieux secours de l'auscultation, les anciens confondaient souvent la pneumonie avec la pleurésie ; on nous passera deux mots au sujet de celle-ci. C'est toujours Stoll qui parle : « Une petite » saignée de quatre, cinq, six onces convient souvent, *puisque* dans » la pleurésie bilieuse le système sanguin est quelquefois trop plein. » (T. I, p. 76.) Toujours le système inspirant la thérapeutique ! Dans un cas de pleurésie, Stoll ne craignit pas de saigner *huit fois* en *six jours*, et la malade guérit. (T. I, p. 104.) Voilà ce que nos jeunes docteurs n'auraient certes jamais cru.

Quelques mots, à présent, sur la maladie bilieuse par excellence, la *fièvre bilieuse*, dans laquelle nos modernes se croient obligés d'évacuer avant tout, *conformément aux pratiques de l'antiquité*, dont ils n'ont aucune idée. Or, voici ce que dit Stoll à cet égard : « Je » cherchai à imiter la marche de la nature en tirant d'abord un peu » de sang, pour ensuite faire vomir le malade avec moins de risque. » (T. I, p. 39.) Il y a donc du risque ? Mais ce qui suit est très curieux, en ce qu'il renverse la théorie de la *diathèse*, ou affection *totius substantiæ*, pour localiser la fièvre bilieuse, où ? dans l'*estomac irrité*. « On pourrait regarder comme vraisemblable que des particules de sa» burres résorbées *irritent* et rendent malade..... l'organe sur lequel » elles portent ; mais l'effet salutaire suit souvent de trop près l'action » du vomitif, pour que l'on cherche le foyer du mal ailleurs que dans » l'estomac. » (T. I, p. 49.)

Dans la fièvre bilieuse de 1776, Stoll tirait *un peu* de sang ; dans celle de 1777, « le besoin de *répéter* la saignée était marqué. » (T. II, p. 43.) Et ailleurs : « Dans le temps qui unit le printemps à » l'été...., il est nécessaire de commencer le traitement par la saignée, » même *répétée.* » (T. II, p. 106.) « Dans l'automne, les fièvres bi» lieuses exigent aussi *souvent* une ou même deux saignées, avant » qu'on puisse secouer l'estomac sans danger. » (T. II, p. 307.) Il y a donc danger ? Stoll dit d'une fièvre bilieuse suivie de mort : « J'aurais » peut être conservé le malade si j'avais fait précéder un *plus grand* » *nombre de saignées.* » (T. II, p. 225.) Dans la fièvre putride de 1778, « des petites saignées répétées faites dès le commencement fu» rent avantageuses ; le vomissement convenait rarement. » (T. III, p. 91.) Avis aux purgeurs qui, dans leur traitement de la fièvre typhoïde, se croient les émules de Stoll.

Nous pourrions multiplier ces citations à l'infini ; mais c'en est assez pour faire voir ce qu'il faut penser de la science de ces hommes « au char du mouvement attelés par derrière, » et qui voudraient proscrire la saignée en faveur des évacuants. (Pour plus ample informé, voir notre *Traité de l'entérite folliculeuse* : médication sur les évacuants, par les antiphlogistiques.

N'est-il pas aussi curieux de voir invoquer le nom de Stoll pour préconiser les purgatifs, alors que Stoll ne purgeait presque jamais, et s'en tenait à l'émétique, *après la saignée ?*

Revenant à la pneumonie bilieuse, rappelons, en forme de complément, la pratique d'un autre coryphée de la doctrine de Tissot, ce fameux historien de la *fièvre bilieuse de Lausanne.* Prenant son œuvre littéralement la plus populaire, son *Avis au Peuple*, qui n'a pas eu moins de quarante éditions, et que nos médecins n'en connaissent pas mieux, j'y vois au sujet de la pneumonie : « Quelquefois des envies » de vomir qui en imposent à des gens peu instruits, ont souvent porté » à donner un émétique *qui est mortel*, surtout au début. » (T. II, p. 76, édit. de 1776.) L'émétique est mortel ! Heureusement que Tissot s'exagère les inconvénients de ce qui, pourtant, passe pour sa doctrine. « Les jus d'herbes sont un excellent remède, *parce qu'ils* fon» dent puissamment ce sang épais qui forme l'inflammation. » (P. 78.) Voyez-vous cette théorie des fondants qui indique les jus d'herbes dans la pneumonie ! En vérité, je vous le dis, les anciens en sont tous là. Après le frisson du début, « il faut tirer à la fois douze onces de » sang, et même, si le malade est robuste, quatorze ou seize..... Il » faut réitérer la saignée au bout de quatre heures, et tirer encore » douze onces de sang... Si au bout de huit ou dix heures la maladie pa» raissait se ranimer, il faudrait réitérer une troisième, une quatrième » saignée et même plus. » (P. 79.) Ne voilà-t-il pas la saignée *coup sur coup* bel et bien formulé ? « Si la fièvre est forte, il faut, sans » s'embarrasser du jour, faire une saignée, fût-ce le dixième. » (P. 80.) Mais d'émétiques, de purgatifs, il n'en est pas question. Je me trompe, voici ce qu'en dit Tissot : « Je n'ai point parlé d'émétiques ni de » purgatifs, *parce qu'ils sont tout à fait contraires dans cette ma» ladie.* » (P. 85.) Et ne croyez pas qu'il soit ici question d'une forme plutôt que d'une autre, Tissot parle de la pneumonie *in globo.*

Que résulte-t-il de tout cela ? C'est que nos modernes, parfaitement ignorants des procédés des anciens, ont réhabilité les affections bilieuses par pur esprit de contradiction ; ils ne savent pas que l'humorisme ancien, émané directement du système pythagoricien des quatre éléments, transporté dans la médecine par Hippocrate et conservé en corps de doctrine par Galien ; que l'humorisme, dis-je, fut accepté comme article de foi et forcé de s'adapter, bon gré, mal gré, aux faits de la science, au lieu d'émaner de ceux-ci comme le croient les innocents. O, ce sont ces rêveries renouvelées des Grecs qu'on a l'aplomb de mettre en opposition avec les doctrines positives de notre époque. On répète bravement que Hippocrate est l'alpha et l'oméga de la science.... ; Croyez-vous donc, franchement, qu'Hippocrate renaissant de nos jours, ne ferait pas son profit des travaux des Morgagni, des Bichat, des Laënnec, des Broussais même, sans parler des contemporains ? Qui ne comprend que l'esprit humain marche en s'éclairant toujours, et que chaque siècle est riche du produit des siècles précédents, plus de ses propres produits ? Faudra-t-il donc remémorer sans cesse cette remarque du sens-commun parlant par l'organe de l'illustre Bacon : « A dire la vérité, l'antiquité des temps est la jeunesse du » monde ; et à proprement parler, c'est notre temps qui est l'antiquité, » le monde étant plus vieux aujourd'hui qu'autrefois ! » (*Accroiss. des sciences*, liv. I.)

Prof. FORGET, de Strasbourg.

Service de santé. — Une commission composée de treize membres, sous la présidence de M. le lieutenant-général Tholozé, a été chargée de l'*examen des rapports sanitaires* qui ont été produits aux inspections générales de 1844 par les chirurgiens militaires, chefs du service de santé dans les corps de troupe, et de signaler ceux de ces officiers de santé qui ont rédigé les meilleurs mémoires.

Sur la proposition de cette commission, M. le ministre de la guerre a décidé que les noms des officiers de santé désignés ci-après, seraient cités au *Journal militaire*, savoir : MM. Mutel, Pingrenon, Judas, Ricames, Sergent, Antoine, Pommier, Leclerc, Malapert, Fortuner, Maupin, Thomas, Vilamur, Frébault, Rigard, Warmé, Agrès, Goull, Aubert, Payen, Génin, Gueit, Pau Saint-Martin, Villaret, Lasserre, Morgue, Ayrault, Chanmas, Bonnet de Bonnefoi, Guérin.

Le ministre a également approuvé la mention des officiers de santé et médecins civils qui ont été éventuellement chargés du service de santé, savoir : MM. Verdier, Stard, Bremont, Massut, Chatelain.

donner le malade à lui même, tout en prescrivant une surveillance active et rigoureuse pour être prêt au besoin.

Quelques chirurgiens ont l'habitude d'introduire dans la plaie une canule, qui, exerçant une compression légère sur les bords de celle-ci, semble devoir opposer quelques obstacles à l'écoulement du sang. Mais nous remarquons que, ou cette canule est garnie légèrement, et l'obstacle qu'elle opposerait à l'hémorrhagie serait très imparfait, ou elle boucherait avec quelque exactitude l'ouverture pour que le sang ne s'écoulât pas sensiblement: et l'urine, malgré cette espèce de tamponnement, continuant à couler le long de la canule elle-même, pourrait s'infiltrer dans le tissu cellulaire et donner lieu à des accidents très graves. C'est pour cela qu'aujourd'hui généralement on rejette la canule et toute espèce de tamponnement, et on abandonne les malades à eux-mêmes, l'expérience ayant appris que les choses se passent beaucoup plus simplement. C'est ce que nous avons fait pour notre malade.

La plaie du périnée doit livrer passage continuellement à l'urine; mais ce phénomène n'est que temporaire, ne dure que le temps nécessaire pour que la nature ait travaillé à la cicatrisation de l'ouverture artificielle, et alors l'urine reprend son cours par les voies naturelles. Toutefois par rapport à cet écoulement de l'urine on remarque des variétés importantes à noter. Quelquefois la nature a si bien travaillé à la réunion de la plaie, qu'elle s'est faite par première intention dans l'espace de huit ou dix jours, l'urine a passé à peine instantanément par l'ouverture artificielle et a repris presque immédiatement la route naturelle par le canal de l'urètre: ce sont les cas les plus heureux qu'on puisse rencontrer. D'autres fois l'urine, trois ou quatre jours après l'opération, repasse par l'urètre, mais ce rétablissement de l'écoulement urinaire n'est que momentané, puis il se fait encore par la plaie, jusqu'à ce que le travail de cicatrisation étant achevé, les choses se rétablissent définitivement dans l'état normal. Cela s'explique facilement de ce que dans les premiers jours après l'opération les bords de la plaie deviennent le siége d'un gonflement inflammatoire, qui, les rapprochant, empêche l'urine de s'écouler; alors ce liquide, qui avait commencé à sortir par cette voie, ne le pouvant plus, sort par le canal de l'urètre, puis, ce gonflement vient à cesser, la plaie redevient béante et l'urine peut s'écouler encore jusqu'à ce que la cicatrisation ayant bouché définitivement cette ouverture, force l'urine à s'écouler d'une manière permanente par l'urètre.

Supposez maintenant qu'à cause de ce gonflement temporaire des bords de la plaie, ou à cause de caillots sanguins formés au niveau de l'ouverture et la bouchant, l'urine ne puisse pas s'écouler par cette voie, et en même temps la vessie ne soit pas assez contractée pour l'expulser par les voies naturelles, elle stagne dans l'organe, et il faudra sonder les malades. Cela arrive assez souvent surtout chez les personnes avancées en âge; cela est arrivé chez notre malade, que j'ai été obligé de sonder. Ce n'est pas un accident de mauvais augure pour moi. Il s'agit seulement de surveiller le malade, pour vider la vessie quand il sera nécessaire.

Notre malade, qui est d'un tempérament un peu impatient et irritable, a été agité cette nuit non seulement à cause de la rétention de l'urine, mais pour certaines douleurs qu'il accusait dans le canal de l'urètre. C'est un petit accident qui se présente aussi dans le courant de ces affections. On y remédie assez facilement par des injections huileuses. C'est ce qu'on a pratiqué chez ce malade, et le soulagement a eu lieu. On a retiré avec la sonde une grande quantité d'urine claire sans aucun mélange de sang. On le sondera encore, s'il le faut jusqu'à ce que l'urine s'écoule toute seule.

Maintenant je vais vous entretenir quelques minutes sur quelques accidents qui peuvent se présenter ou pendant ou après l'opération, et qui peuvent amener des conséquences graves: c'est principalement sur la blessure du rectum et sur l'hémorrhagie que j'appellerai votre attention.

Aujourd'hui la lésion du rectum peut être regardée plutôt comme une imperforation, un défaut de l'opération plus ou moins imputable au chirurgien que comme un simple accident, à moins qu'on ne veuille l'expliquer par quelque circonstance particulière. On a beaucoup parlé de la déviation du rectum comme cause prédisposant à cet accident, si l'incision périnéale était pratiquée à droite; mais depuis longtemps on a l'habitude d'opérer sur le côté gauche. Ainsi, le choix qu'on a fait de la partie gauche du périnée pour faire l'incision des tissus ne fut pas déterminé uniquement par la plus grande facilité qu'on a d'opérer avec la main droite, ce qui n'aurait pas pu se faire si on avait dû agir sur le côté droit, mais fut aussi subordonné à une raison tout anatomique, c'est à dire à la disposition particulière de l'intestin rectum, qui, quoique inférieurement dévié à gauche, vers son extrémité inférieure pourtant et près du rectum se déjette un peu à droite; de sorte qu'en opérant sur le côté gauche, on évite facilement de léser l'intestin.

Toujours, d'après cette donnée anatomique, on a supposé des cas où il y aurait indication d'opérer à droite lorsque, par exemple, le rectum se trouve déjeté à gauche par anomalie. Je crois qu'il serait bien difficile de reconnaître ce changement anormal par le toucher. Je sais bien que Dechamps parle dans ses ouvrages d'un cas semblable, et dit qu'il est parvenu à découvrir la déviation anormale du rectum avant d'opérer; je ne sais pourtant pas avec quel artifice il est arrivé à cette découverte, car, encore une fois, les moyens connus ne suffisent pas, à mon avis, pour y parvenir. Retenez donc seulement ceci, que dans quelques cas tout à fait exceptionnels on aurait des raisons pour opérer à droite du périnée; et retenez aussi que, le plus souvent, quand on blesse l'intestin rectum dans l'opération, c'est la faute, l'impéritie du chirurgien: cependant, il faut en convenir, ce malheur est arrivé quelquefois aux chirurgiens les plus habiles; par exemple à Boyer, qui, entre autres fois, commit cette faute en opérant un ministre de l'empire, faute heureusement peu grave, car la lésion du rectum étant légère peut être guérie. Si un homme tel que ce grand chirurgien, en opérant un haut personnage, a pu tomber dans une telle faute, que penser des jeunes chirurgiens qui la commettent à leur tour? Néanmoins, je le répète, elle peut être facilement évitée dans les cas ordinaires, en employant les précautions que nous avons déjà indiquées.

Le rectum peut être ouvert dans trois endroits différents, près de l'anus, un peu au-dessus en ouvrant l'urètre, enfin plus haut en ouvrant le col de la vessie. Dans le premier cas, on aura une fistule simplement anale: dans le deuxième cas, il en résultera une fistule urétro-rectale qui serait plus grave; enfin, en troisième lieu, on donnera lieu à une fistule vésico-rectale qui serait d'une haute gravité. Cette distinction très heureuse et très pratique fut introduite dans la science par un chirurgien, homme de beaucoup d'esprit, mais qui avait peu vu et peu pratiqué la chirurgie, étant entraîné dans un cercle d'occupations toutes différentes.

Actuellement cet accident est par bonheur très rare.

L'accident le plus à craindre, parce que malheureusement il n'est pas rare, et parce qu'il peut être quelquefois indépendant de l'acte du chirurgien, c'est l'*hémorrhagie*. Il est vrai aussi que quelquefois le chirurgien en est un peu passible quand, par exemple, il s'expose à couper l'artère transverse du périnée, ou lorsqu'il latéralise trop l'incision périnéale, et blesse des branches de la honteuse interne, ou cette artère elle même. Indépendamment de ces cas particuliers, dans les tailles les mieux faites on peut avoir des hémorrhagies bien graves. Nous reviendrons sur ce sujet dans la prochaine leçon.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin. — Présidence de M. Caventou.

M. le docteur Tanchou a adressé la lettre suivante à l'Académie de médecine:

Monsieur le président,

Il n'y a pas encore un an que la commission de la *peste* est constituée, et l'on s'étonne déjà qu'elle n'ait pas fait son rapport; à plus juste titre on serait surpris qu'il en fût autrement; car il s'agit ici du sujet le plus sérieux, des intérêts les plus graves; il s'agit d'ouvrir la porte, peut-être, à de grandes calamités pour le pays.

Mais, monsieur le président, ce qui doit le plus surprendre, c'est de voir, à la Chambre législative, tourner en dérision le désaccord des médecins dans cette circonstance, sans se demander si cette dissidence ne provient pas de la difficulté du sujet même; si cette hésitation, cette prétendue lenteur de l'Académie n'est pas de la prudence, c'est de voir, malgré cela, cette Chambre s'apprêter à passer outre, à supprimer les lazarets, sans tenir compte des services qu'ils ont rendus, de la sagesse du temps qui les a consacrés, ni chercher à savoir s'il ne suffirait pas de les modifier, sans s'enquérir surtout s'il ne serait pas plus simple, plus sûr, plus économique, de détruire le fléau dans les pays où il prend naissance.

Ces considérations, monsieur le président, m'ont fait penser qu'il convenait d'engager l'Académie, non à hâter son rapport, mais à ne pas se laisser déborder à cet égard; à appeler, dans sa commission des médecins du dehors, de la province aussi bien que de la capitale, particulièrement des médecins voyageurs, militaires et de la marine; à inviter le gouvernement à supprimer de nos lois sanitaires actuelles ce qu'elles ont d'arbitraire et de superflu; mais surtout à s'entendre avec les autres puissances européennes pour attaquer le mal à sa source; à ne pas laisser décliner l'opinion du corps médical dans une question qui le regarde tout seul; à nous conserver un *droit* que personne ne peut nous ôter, sans devenir responsable des malheurs qui pourraient s'ensuivre; enfin à proclamer, pour ceux qui l'ignorent, un devoir dont pas un de nous ne voudrait s'affranchir, savoir, la conservation des hommes *quand même*.

Agréez, etc. Tanchou.

Paris, ce 23 juin 1845.

M. Prus saisit cette occasion pour dire que, quel que soit l'empressement de l'Académie pour entendre le rapport de la commission, celle-ci ne peut mettre plus de célérité pour le faire. Tout récemment, elle a reçu des documents nombreux d'Egypte; elle en attend encore, et elle procédera à leur examen avec une sage maturité.

— *M. Poiseuille* lit un rapport officiel sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui aurait régné dans l'arrondissement de. . . . . et dont la relation a été envoyée au ministre du commerce par M. le dr . (1).

Nous n'entendons pas un seul mot de ce rapport. Les conclusions consistent à répondre à M. le ministre que ce travail ne présente rien qui fixe l'attention d'une manière spéciale, et qui doive attirer la sollicitude de l'administration.

M. Rochoux croit, d'après la description générale qui a été donnée de la maladie qu'il peut bien y avoir eu erreur de diagnostic.

M. Dupuy est du même avis, d'autant plus qu'aucune ouverture de cadavre n'ayant été faite, il n'est pas certain qu'on eût affaire à une véritable fièvre typhoïde. Ce qui ferait croire le contraire, c'est que l'auteur dit, chose tout à fait nouvelle et inconnue, que cette épidémie aurait suivi le cours d'une rivière. Ne serait-ce pas plutôt une épidémie de fièvre intermittente pernicieuse?

M. Dubois (d'Amiens) voudrait que par convenance et à cause des égards qu'on doit à un confrère, M. Rochoux adoucît l'expression d'erreur de diagnostic.

M. Rochoux. Je persiste.

M. Gueneau de Mussy donne quelques détails topographiques sur les localités où a régné cette épidémie, qui contredisent les renseignements donnés par l'auteur du mémoire.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. le président* annonce que M. le docteur Gaetani Bey, premier médecin du vice-roi d'Egypte, est présent à la séance. Il l'invite à prendre place dans l'enceinte et à signer la feuille de présence.

— *M. Gaulthier de Claubry* lit un mémoire dans lequel il s'efforce de prouver ces deux propositions: La fièvre typhoïde est identiquement la même que le typhus; la fièvre typhoïde est contagieuse.

Ce travail n'est que l'analyse d'un mémoire couronné par l'Académie, publié par l'auteur, et dont nous avons déjà rendu compte.

M. Rochoux attaque sur tous les points la doctrine de son collègue. La science, dit-il, ne vit que de distinctions, et celui-là est le plus savant qui distingue le mieux. Passant à l'examen des causes, des symptômes, des altérations anatomiques et du traitement du typhus et de la dothinenterie, M. Rochoux s'efforce de prouver que sous tous ces rapports les deux maladies diffèrent essentiellement.

Sous le rapport des causes, dans quelles conditions se développe le typhus? Par encombrement et par contagion, ces deux causes ont été reconnues partout, dans tous les temps depuis Thucydide, qui a admirablement décrit la peste d'Athènes, jusqu'à nos jours. Rien de semblable pour la dothinenterie, elle sévit dans les appartements dorés des riches, comme sous le chaume du paysan, dans les meilleures conditions hygiéniques comme dans les plus mauvaises. La contagion n'est pas prouvée, et M. Rochoux la nie positivement: depuis trente ans pas un seul exemple dans les hôpitaux de Paris. Le typhus attaque tous les âges; le docteur Delaroche y succomba à soixante-dix ans, Le Titien à quatre-vingt-dix-sept; la dothinenterie ne s'observe plus ou que très rarement après cinquante ans; le typhus envahit les populations brusquement, les nouveaux arrivés comme les anciens du pays; pour la dothinenterie, elle s'observe surtout dans les grandes villes, sur les jeunes gens nouvellement arrivés qui n'ont pas encore subi l'acclimatement.

Pour les symptômes où trouve-t-on dans la dothinenterie le délire particulier et caractéristique du typhus, ce brillant et ce luisant singulier des yeux, l'éruption pétéchiale si spéciale et qu'il ne faut pas confondre avec les taches pourprées ni avec les taches rosées de la dothinenterie?

Quant à la marche, la rapidité de celle du typhus est quelquefois effrayante; il peut tuer en quatre ou cinq heures, quelquefois en douze, vingt-quatre, trente-six heures; y a-t-il rien de semblable dans la dothinenterie! celle-ci demande vingt et un jours au moins pour être jugée; le typhus, terme moyen, est jugé au bout de quatorze jours.

Quant aux lésions des organes, M. Rochoux se méfie beaucoup de l'anatomie pathologique de 1811. Les faits publiés depuis ne sont pas plus concluants.

Quant au traitement prophylactique, même différence; on se garantit du typhus en le fuyant, en s'isolant; on ne se garantit pas de la dothinenterie.

M. Rochoux termine par une protestation contre la dénomination de fièvre typhoïde, qui a été, dit il, un malheur scientifique.

M. Gaulthier de Claubry n'est pas aussi sévère que M. Rochoux contre l'anatomie pathologique de 1811; il rappelle que c'est à cette époque qu'a été publié l'ouvrage de Petit et Serres, qui a fixé la science sur ce sujet; il indique beaucoup d'autres travaux, et, parmi les modernes, celui de Landouzy. Les objections de M. Rochoux, il les a réfutées dans son livre; il a fait voir que l'intensité des symptômes ne suffit pas pour nier leur analogie, et il persiste dans ses opinions.

M. Mérat ajoute que l'anatomie de 1811 était dirigée par Corvisart, par Bayle, par Dupuytren, etc., et qu'elle mérite plus de cas que n'en semble faire M. Rochoux.

Pour *M. Castel*, on poursuit une chimère en poursuivant la fièvre typhoïde. Par des sentences empruntées à Lancisi, à Rœderer et à Wagler, il cherche à prouver que la fièvre typhoïde n'est pas un être absolu mais relatif, qu'elle peut prendre toutes les formes, devenir contagieuse par son extension et par sa gravité, et que l'identité qu'on veut établir entre elle et le typhus existe pour toutes les autres fièvres.

Cette discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— *M. Hullin*, de Mortagne, lit des reflexions pratiques sur un cas d'éclampsie puerpérale.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE GENERALE.

Rupture de l'utérus pendant l'accouchement, suivie de guérison. — Voici un cas excessivement rare, communiqué par M. le docteur Ordinaire, au *Journal des Connaissances médicales*:

A la fin de novembre 1844, dit l'auteur, je fus appelé dans la commune de Replonges (Ain), pour opérer la délivrance d'une femme nommée Jacquard, dans les douleurs de l'enfantement depuis deux jours. J'avais, trois ans auparavant, pratiqué sur la même femme la version de son troisième enfant, qui présentait un bras. Le cas était le même, et la sage-femme, qui avait fait de vaines tentatives pour opérer la version, reconnaissant son impuissance, s'était enfin décidée à me faire avertir. Lorsque j'arrivai, les douleurs, qui avaient été très vives et très fréquentes pendant quarante-huit heures, avaient cessé. Depuis quelques instants une métrorrhagie assez abondante existait, et la prostration était extrême. « Je me sens mourir, disait la pauvre patiente; hâtez-vous de me délivrer! »

Je veux tenter la version: le bras tuméfié et qui remplissait le vagin, fuit sous ma main et rentre facilement. Continuant mon investigation je sens un corps mou que je prends d'abord pour un des bords de l'arrière-faix puis je palpe un corps allongé, cédant à la moindre traction que je crois être le cordon ombilical. Je veux introduire la main dans la matrice, l'enfant disparaît dans la cavité abdominale. Il y avait rupture de l'utérus, rupture occasionnée par les tentatives de la sage-femme. Ce que j'avais pris pour le cordon n'était autre chose qu'une anse de l'intestin grêle; ce que je croyais être l'arrière-faix était l'un des bords de la solution de continuité de la matrice.

Je laisse à mes confrères à juger de ma position, qui devenait de plus en plus critique. Il fallait nécessairement délivrer cette malheureuse femme; mais la mort ne pouvait-elle pas survenir pendant la délivrance?

Je parviens à saisir les pieds de l'enfant, qu'il me fallut aller chercher dans la région épigastrique, et j'opère les tractions voulues; mais qu'arrive-t-il! plusieurs anses de l'intestin grêle s'engagent dans le vagin avec le fœtus, et il me faut les repousser avec la main, tandis que j'agis de l'autre sur le corps. Enfin, l'accouchement est terminé au milieu d'une mare de sang et d'angoisses que je ne chercherai pas à dépeindre.

Je fais rentrer les intestins sortis; j'extrais le placenta afin de favoriser le resserrement de l'utérus et d'arrêter l'hémorrhagie, et je préviens le mari et les parents de la fâcheuse position de l'accouchée. Je leur annonce même qu'elle ne passera pas probablement la nuit. Je prescris des fomentations incessantes sur le ventre, de fréquentes cuillerées de consommé pour soutenir les forces épuisées de la malade, et je pars, pensant apprendre sa mort le lendemain.

Quel ne fut pas mon étonnement lorsque le lendemain le mari vint me dire que sa femme n'allait pas mal, que le ventre seulement était tendu et qu'elle éprouvait de fortes coliques. Je fais insister sur les émollients, je prescris une potion calmante, et j'engage à continuer le bouillon, qu'elle prenait avec plaisir.

Trois jours après l'accouchée éprouve le besoin d'aller à la selle, et ne peut y parvenir. J'ordonne des demi lavements, qui ne peuvent être reçus. Une fièvre violente se déclare, et je crois de nouveau à une mort prochaine. Le sixième jour, une diarrhée se déclare sous l'influence de légers laxatifs, le ventre devient plus souple, et les accidents inflammatoires semblent se fixer à la bouche et au pharynx. Les émollients calment ces accidents; un écoulement purulent avec odeur fétide s'établit par le vagin; les extrémités inférieures s'engorgent, et une véritable leucophlegmasie se montre. Le vingt-cinquième jour, tous les symptômes fâcheux disparaissent, un abcès se forme près de la malléole interne du pied gauche, et la convalescence ne tarde pas à se montrer.

Deux mois après la malade avait repris ses occupations habituelles. Seulement les règles n'ont pas reparu.

(1) A toutes les séances, nous aurions à signaler les inconvénients qui résultent, pour les auteurs, de l'illibéralité des mesures prises contre les journaux par le conseil de l'Académie. Dans cette salle, si singulièrement construite, nous ne parvenons qu'à grand'peine à saisir le titre des travaux et le nom des auteurs; très souvent, comme aujourd'hui, ils nous échappent, et l'entrée du secrétariat nous est interdite pour rectifier nos notes incomplètes.

Cette observation ne démontre-t-elle pas combien sont grandes les ressources de la nature, et que le cas le plus grave ne doit jamais laisser le médecin sans espérance.

Les ruptures de la matrice, dans le cas de version, sont plus fréquentes qu'on ne le suppose, surtout lorsque la femme est aux douleurs depuis plusieurs jours. On ne saurait donc agir avec trop de prudence. Il faut attendre pour manœuvrer que les contractions utérines aient cessé; et si les douleurs sont incessantes, ne pas balancer à avoir recours à une forte saignée générale. La perte du sang rend l'accouchement plus facile, et les accidents consécutifs moins dangereux. C'est à la grande quantité de sang perdue par la femme Jacquard que j'attribue sa guérison miraculeuse.

Empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure. Question importante de médecine légale. — L'observation ci-après, due au docteur Taylor, est très remarquable par cette particularité, que l'individu qui l'a offerte étant mort cinq jours après avoir avalé 8 grammes de sublimé, aucune parcelle de ce poison n'a été retrouvée par l'analyse chimique.

Un homme de 38 ans, bien constitué, avale 8 grammes de sublimé, puis il boit une pinte d'eau. Quatre œufs lui sont immédiatement administrés. Vomissements abondants; albumine à plusieurs reprises. Une salivation considérable se manifeste avec gonflement de la langue; les vomissements persistent. L'albumine de vingt-quatre œufs est avalé par le malade, outre deux pintes de lait. Les mêmes symptômes persistent avec des selles sanguinolentes et du délire jusqu'à la mort, qui a lieu 103 heures après l'ingestion du sel mercuriel.

L'examen des organes n'offrit que des altérations habituelles après un empoisonnement par le sublimé. L'analyse chimique fut faite avec soin. On chercha d'abord s'il était resté quelque trace de poison dans l'estomac; à cet effet, les liquides que contenait ce viscère ayant été acidulés par l'acide chlorhydrique, un fil d'or et de zinc y fut plongé pendant plusieurs heures, mais sans aucun résultat; ces mêmes matières, soumises à l'ébullition pendant deux heures, ne produisirent pas la moindre tache sur l'or: preuve qu'il ne restait point de sublimé à l'état de solution. Pour s'assurer s'il existait du sublimé combiné avec l'albumine des œufs ou des tissus, on hacha l'estomac, on le fit bouillir avec de l'acide azotique; après avoir saturé l'excès d'acide, on traita la liqueur par le fil d'or et de zinc, mais sans succès. L'examen du sang, de la rate, de la sérosité du péritoine n'a pas signalé la moindre trace du sel mercuriel.

La conclusion de cette observation remarquable au point de vue médico-légal, c'est que les experts ne doivent pas en matière d'empoisonnement, affirmer que la présence du poison dans les organes de la victime est la seule preuve certaine que la mort ait été le résultat de l'ingestion d'une substance vénéneuse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Carie vertébrale. Destruction complète de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Abcès par congestion. — Nous devons communication au docteur Serrier, ex-chef de clinique des hôpitaux de Marseille, du fait suivant, qu'il a fait suivre de quelques réflexions dont nous donnerons un extrait: Un homme de dix-huit ans, cultivateur, d'un tempérament scrofuleux, entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 11 janvier. Il y a quatre ans, il avait reçu un violent coup de bâton à la région lombaire, et était tombé privé de connaissance: il ne reprit ses sens qu'au bout de dix minutes. A partir de ce moment, douleurs violentes à la région lombaire, forçant le malade à se tenir courbé en avant pendant la progression. Cinq ou six mois après, apparition d'une tumeur dure dans la région indiquée, tumeur pour laquelle il réclama les secours de l'art. Un traitement assez long ne fit qu'amender l'état du malade; quatre moxas furent appliqués sur les côtés de la tumeur, qui fut reconnue être formée par la saillie des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Bientôt une petite tumeur se manifesta à la partie supérieure-antérieure de la cuisse droite, et augmenta de volume au point que le malade fut forcé d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque, au-dessous du pli de l'aine, on constata l'existence d'une tumeur ovoïde considérable, sans changement de couleur à la peau, ayant son grand diamètre dans le sens du muscle couturier, et étendue de l'épine iliaque antérieure-supérieure à la partie moyenne de la cuisse; la saillie de la tumeur était de trois pouces environ; fluctuation manifeste. Une tumeur de même espèce, mais moins volumineuse, existe à la partie supérieure de la cuisse gauche. En faisant coucher le malade sur le ventre, on s'aperçut que l'abcès du côté droit s'étendait jusque sous la fesse. A la région lombaire, le sommet de l'incurvation s'élevait de deux pouces. Pendant la progression, le corps était penché en avant le membre inférieur droit était traînant, et la pointe du pied déviée en dehors.

Le 15 janvier, ponction de la tumeur, dont on extrait environ 500 grammes d'un pus blanc, crémeux, bien lié.

Le 19, l'abcès s'est rempli; la peau est rouge, amincie. Nouvelle ponction; le pus est de moins bonne nature que la première fois, floconneux.

Le 29, le malade succombe.

A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les deux poumons, au sommet; abcès à la face externe de la rate; tube digestif normal; les muscles psoas convertis en deux tumeurs volumineuses, fluctuantes, desquelles une incision fait écouler une grande quantité de pus grisâtre, fétide. Les muscles sont couverts en deux sacs purulents dont les parois ont deux lignes environ d'épaisseur, et sont tapissées d'une pseudo-membrane noirâtre, tomenteuse. La tumeur du côté gauche commence à l'attache supérieure du psoas; le pus a détruit la substance musculaire; au niveau de l'arcade crurale, la tumeur se rétrécit, puis s'élargit de nouveau, et se continue en un vaste foyer purulent à la partie supérieure de la cuisse jusqu'au petit trochanter. La tumeur du côté droit suit le même trajet; mais les désordres du psoas sont moins grands. Les faces latérales des deux dernières vertèbres dorsales sont légèrement usées. La première vertèbre lombaire est entièrement ramollie; des deuxième et troisième vertèbres, il ne reste que deux arcs osseux latéraux entre lesquels existe une large excavation remplie d'un putrilage grisâtre. La quatrième et la cinquième vertèbres lombaires sont de même en grande partie détruites; cette dernière contient une grande quantité de matière tuberculeuse ramollie.

— Ce fait, dit M. Serrier, peut servir de type pour l'étude du mal vertébral de Pott siégeant à la partie inférieure ou lombaire de la colonne vertébrale; elle offre tous les éléments qui concourent au développement de cette affection; ses symptômes les plus saillants, les accidents les plus fréquents qui accompagnent l'ouverture des abcès ossifluents migrateurs, et les lésions anatomiques qui en sont le résultat. Comme cause prédisposante, on a noté la diathèse tuberculeuse; comme cause occasionnelle, le coup reçu par le malade. A propos de la douleur éprouvée par le sujet, l'auteur fait observer que souvent cette douleur est nulle, bien que la colonne vertébrale soit très malade, et que dans certains cas elle ne se déclare que lorsque l'abcès étant ouvert l'air a pu y pénétrer. A l'appui de cette assertion, il rappelle un fait publié dans la *Gazette des Hôpitaux* au mois de septembre dernier, et relatif à un sujet a mis dans le service de M. Nélaton. Enfin il termine ces réflexions par un court extrait d'une leçon clinique de M. Bérard, et fait remarquer que le fait cité par lui, et dont nous avons donné une analyse succincte, offre, sous le rapport des lésions pathologiques, un véritable type des plus complets. Nous avons, en lisant ce travail, regretté plus d'une fois que sa longueur ne nous ait pas permis de suivre l'auteur plus en détail dans les développements qu'il a donnés à son sujet.

NOUVELLES.

Loi sur l'organisation médicale. — Dans la séance de la Chambre des députés du 24 juin, M. Bouillaud a demandé si le gouvernement s'occupe de la préparation d'un projet de loi ayant pour objet de régler les conditions du professorat et de l'agrégation dans les Facultés de médecine; il cite un fait relatif à la Faculté de Montpellier, et rappelle qu'en 1838, M. de Salvandy, alors ministre de l'instruction publique, s'était occupé de cette importante matière.

Voici la réponse de M. le ministre de l'instruction publique: L'honorable membre a bien voulu rappeler que, dans ma première administration, je m'étais préoccupé des intérêts dont il vient d'entretenir la Chambre. Je ne m'en étais pas occupé seulement d'une manière spéculative; un projet de loi avait été préparé, il était annoncé dans le discours de la Couronne de 1839; ce n'est pas ma faute si le projet n'a pas été présenté. Depuis ma rentrée dans le cabinet, cette question m'a préoccupé encore; les choses ont marché depuis dix ans; un nouveau projet a dû être préparé, et l'une des raisons qui me font regretter la longue interruption de travaux à laquelle j'ai été condamné, est de n'avoir pu m'occuper de cette matière importante; la Chambre peut compter que le projet sera préparé dans l'intervalle des deux sessions.

Quant à la question spéciale relative aux agrégés de la Faculté de Montpellier, le conseil royal en est saisi, et la Chambre peut compter que ces graves intérêts ne seront pas négligés.

— Le 4 de ce mois, M. le docteur Donné, inspecteur général des Ecoles de médecine du royaume, est arrivé à Marseille, et a procédé immédiatement à l'inspection de notre Ecole préparatoire. Cette inspection a été telle que nous la concevions: M. Donné a assisté à toutes les cliniques, à tous les cours; il a examiné dans leurs plus petits détails l'amphithéâtre de dissection, le cabinet de physique, le laboratoire de chimie et la bibliothèque; rien n'a été omis. Il était facile de voir que M. l'inspecteur avait pris sa mission au sérieux. M. Donné a pu se convaincre que ce ne sont plus les élèves qui manquent à notre école, et sa sagacité ne lui aura pas laissé ignorer pourquoi certains cours sont habituellement déserts, et aussi pourquoi une école qui offre tant d'éléments de succès, produit en définitive de si faibles résultats.

— Une chaire d'hygiène navale a été créée dans l'Ecole de médecine de Marseille, et un professeur suppléant a été nommé pour l'occuper.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 28 JUIN 1845. (18e ANNÉE.) N°. 76. TOME V — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 27 JUIN 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quand il fut question, dans cette *Revue*, d'un cas de ladrerie chez l'homme, nous eussions voulu présenter en même temps quelques considérations sur les cysticerques de l'œil, dont M. le docteur Sichel a fait le sujet d'un mémoire plein d'intérêt; mais nous désirions obtenir de l'auteur quelques éclaircissements; il a bien voulu nous les fournir, et nous sommes à même, aujourd'hui, de combler cette lacune.

Nous n'entrerons dans aucun détail zoologique sur le cysticerque celluleux. Les personnes qui voudraient être édifiées sur ce point consulteront avec fruit la première partie du mémoire de M. Sichel.

Il est bien remarquable que, pendant plus de vingt ans, ce chirurgien, malgré l'attention qu'il a portée à bien examiner non seulement tous les faits d'une pratique privée fort étendue, mais encore la plupart des cas curieux d'ophthalmologie qui se sont offerts dans les hôpitaux de Paris, n'ait pas vu un seul exemple de cysticerque sous conjonctival, et que tout à coup, dans l'espace de quinze mois environ, du 22 juin 1842 au 3 octobre 1843, il ait eu lieu d'en observer trois cas. Cela est plus remarquable encore si l'on considère que les faits connus de cysticerque sous conjonctival ne sont qu'au nombre de huit.

Ce nombre est trop restreint pour se prêter aux déductions statistiques; cependant il est à noter que quatre fois sur huit la maladie eut pour sujet de petites filles de six à sept ans. On sait que l'enfance et le sexe féminin sont des prédispositions aux affections vermineuses. N'oublions pas que ces conditions sont celles précisément dans lesquelles la proportion d'eau est en excès dans le sang. L'hydroémie serait-elle une prédisposition aux entozoaires? M. Andral serait porté à l'admettre d'après des faits observés à Alfort.

Dans trois cas sur huit une cause traumatique était intervenue, sans qu'il fût permis de lui attribuer directement la production de l'entozoaire. On comprend toutefois, avec M. Sichel, qu'une irritation puisse déterminer par l'afflux du sang, dans un point donné, le développement de l'entozoaire microscopique qui y aura été déposé. Des entozoaires microscopiques ont été trouvés dans le sang. (*Delle chiaje, gruby*, etc.) Dans l'une des observations, on vit l'helminte se développer sur le point même qui avait subi l'action de la cause traumatique.

Le *volume* de la tumeur a varié entre celui d'un petit pois et celle d'une fève de haricot.

C'est la vessie caudale qui détermine vraisemblablement la *forme* de la tumeur. D'après Rudolphi et les dessins de Bremser, cette vessie, chez le cysticerque en général, est ellipsoïde ou ovalaire, tandis qu'elle était assez régulièrement *arrondie* chez les cysticerques extraits de l'œil par M. Sichel. Du reste, la forme doit subir l'influence du degré variable de résistance que l'helminte rencontre dans les divers sens.

Quant à la *position*, on a trouvé la tumeur cinq fois dans l'angle ou vers l'angle interne, une fois vers l'angle externe, une fois entre cet angle et le bord externe de la cornée; enfin une fois sur la cornée. (Cunier.)

Relativement à l'*aspect extérieur*, d'ordinaire la tumeur est rouge-pâle, opaque ou demi-transparente, suivant l'épaisseur variable du kyste et de la conjonctive. Il dépend aussi des inégalités dans l'épaisseur de l'enveloppe fibreuse, que la tumeur, généralement lisse, soit bosselée. Dans un cas on pouvait reconnaître le disque blanc formé par la tête et le corps de l'animal, rétractés; l'injection est plus marquée à la circonférence.

La tumeur est assez mobile ou immobile, suivant que les adhérences sont plus ou moins intimes et étendues. Elle est plus ou moins élastique et rénitente. M. Sichel signale sa ressemblance avec une tumeur sarcomateuse, c'est-à-dire charnue. Il est très probable que parmi les tumeurs dites sarcomateuses excisées à la surface de l'hémisphère antérieur de l'œil, il s'en est trouvé qui renfermaient des cysticerques.

Il n'existe aucune douleur spontanée ou au toucher; une sensation de pression, ou une gêne quand les paupières se rapprochent, peuvent se faire sentir. Dans certains cas la vision est gênée par suite de la position du kyste, surtout quand il occupe l'angle externe. Dans la seule observation de cysticerque cornéal, la vision était extrêmement gênée; cela ne pouvait être autrement.

Quand la tumeur est rouge, dure, opaque, le diagnostic devient difficile; mais toutes les fois qu'on trouvera vers l'un des angles, et plus ou moins rapprochée du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose pâle, semi-diaphane au centre, où l'on verra un disque blanchâtre circonscrit, d'un rouge plus foncé à la circonférence, élastique, mais peu dure, mobile latéralement, adhérente par le centre à la sclérotique, on pourra, dit M. Sichel, se prononcer sans hésitation sur la présence d'un cysticerque sous-conjonctival.

Les auteurs qui ont rapporté des observations de cysticerque sous-conjonctival, et les helmintologistes eux mêmes n'ont presque pas parlé de la capsule qui enveloppe l'entozoaire. M. Sichel a comblé cette lacune. Il a trouvé à cette enveloppe les caractères d'une *espèce* de kyste fibreux. Ce ne serait pourtant pas du tissu fibreux proprement dit. « Elle ne consiste qu'en des couches nombreuses de tissu cellulaire superposées, condensées et réunies en une seule membrane, dans la composition de laquelle n'entrent point ces filaments fibreux véritables et entrecroisés d'une manière particulière, qui sont essentiels au tissu fibreux proprement dit. » Mais l'on sait aujourd'hui que le tissu cellulaire est très voisin du fibreux, la cellule élémentaire étant la même dans les deux; avec cette seule différence que, dans le second, la cellule, de plus en plus ellipsoïde, a fini par perdre sa cavité. Pour que ce kyste se forme, il faut, suivant l'ingénieuse expression de M. Sichel, que l'helminte ait fait son nid dans un point pourvu de tissu cellulaire. Sous la conjonctive cornéenne, où ce tissu est très peu abondant, le kyste manque ou est extrêmement mince. L'épaisseur de ce kyste peut être considérable, puisque, dans la première observation de M. Sichel, il avait presque partout un millimètre d'épaisseur, et dans la seconde un millimètre et demi, deux millimètres par places, et même au delà. Epais en arrière, il peut être très mince en avant. Il est formé de deux feuillets, l'un externe fibreux, l'autre interne séreux. Il n'y a vraisemblablement ni liquide, ni cavité entre la séreuse et l'helminte, dont la vessie, dans un cas, était adhérente au kyste par un point. Lorsque, par suite de l'excision, il s'est écoulé du liquide, c'était sans doute celui de la vessie caudale. Le kyste, libre ou faiblement attaché en avant à la conjonctive, adhère intimement par un tissu cellulaire dense et serré à la sclérotique, que l'on pourrait entamer dans la dissection si l'on ne procédait lentement. M. Baum dit avoir trouvé le parasite à nu sous la conjonctive; mais très probablement il y a eu erreur, et le kyste, étant très mince, n'a pas été aperçu. M. Estlin n'a pas trouvé de kyste non plus; mais ses propres paroles ne laissent guère douter qu'une capsule fibreuse n'existât dans les deux observations qui lui appartiennent.

La durée de la tumeur, le degré de l'irritation déterminée par le cysticerque, l'abondance du tissu cellulaire doivent influer sur l'épaisseur du kyste, et il sera plus épais en avant ou en arrière selon que le germe du parasite aura été déposé plus ou moins profondément dans la couche celluleuse.

Voici comment M. Sichel propose d'opérer. S'il s'agit d'une personne raisonnable et ferme, deux aides suffisent : l'une fixe contre sa poitrine la tête du malade assis sur une chaise, en écartant les deux paupières avec les doigts des deux mains; l'autre étanche le sang. Mais il est préférable d'avoir un plus grand nombre d'aides, et de faire maintenir les paupières par un élévateur et un abaisseur. Si le sujet est jeune et indocile, il vaut mieux l'opérer couché après l'avoir assujetti sur une planche à l'aide d'une bande dont les tours l'embrassent des épaules jusqu'aux mains. Un aide implante une double petite érigne dans la conjonctive et la sclérotique entre la tumeur et la cornée et porte le globe oculaire dans le sens opposé. Avec une pince à disséquer, fine et mousse, l'opérateur soulève un pli de la conjonctive à la circonférence de la tumeur, et ce pli est incisé en travers, très près du kyste; l'incision est étendue ensuite sans toucher à ce dernier, que le chirurgien saisit avec la pince ou une petite érigne double, puis, à l'aide d'un petit bistouri étroit et convexe, on le détache dans la direction de l'incision conjonctivale. L'opérateur cherche à pénétrer entre la sclérotique et le kyste, au centre duquel il implante en arrière une petite érigne simple ou double à pointe très courte. C'est en tirant sur cet instrument, et en écartant de la sclérotique la paroi postérieure du kyste, qu'il achève la dissection en arrière, après quoi il sépare la conjonctive à la surface antérieure du kyste, au centre de laquelle on peut laisser une portion de la muqueuse qu'on serait obligé de réséquer pour peu que la tumeur soit volumineuse.

L'écoulement du sang est, en général, très considérable. Un aide, muni de plusieurs petites éponges fixées sur un manche, l'étanche continuellement. Peut-être, dit M. Sichel, pourrait-on remplacer les éponges par un jet d'eau poussé au moyen d'une seringue d'Anel. Un petit bocal rempli d'eau tiède est tenu prêt pour recevoir l'animal dans le cas où la capsule viendrait à être divisée.

Dans aucun cas, à la suite de l'opération, les mouvements de l'œil n'ont été gênés. Le traitement consécutif est extrêmement simple : des fomentations d'eau froide, des pédiluves, le régime, au besoin quelques purgatifs.

Peut-être pourrait-on se borner à l'abrasion du kyste. On enlèverait un segment elliptique au centre de la tumeur, préalablement soulevée, avec une pince ou une érigne; si on n'en avait pas excisé une portion suffisante, il serait facile de saisir chaque lèvre de la perte de substance et d'agrandir celle-ci, en respectant toutefois la conjonctive, dont il ne faudrait pas emporter une trop grande portion. L'animal courrait grand risque par ce procédé; mais, en pareil cas, nous sommes appelés à faire de la chirurgie et non de l'histoire naturelle. L'opération serait beaucoup plus rapide, beaucoup plus simple, et la présence du fond du kyste dans la plaie ne serait pas un inconvénient; car M. Sichel dit : « S'il reste un lambeau du kyste, la guérison n'en souffre point. » Il serait peut être nécessaire de faire quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, pour affaisser le petit noyau qui pourrait subsister.

Le cysticerque sous-conjonctival doit-il être regardé comme une affection locale, ou bien comme un élément d'une affection générale? Cette question ne peut encore être résolue expérimentalement; mais si l'on considère que M. Sichel, comme il nous l'a déclaré, a toujours trouvé, chez les porcs ladres qu'il a examinés, des cysticerques sous la conjonctive, on peut, sans rien affirmer, supposer qu'il s'en trouve dans le corps lorsqu'il y en a dans les yeux. Le germe ne vient pas du dehors, et il est impossible de le concevoir ailleurs que dans le sang, qui, nécessairement, doit en contenir un nombre plus ou moins considérable. A la vérité, si des causes extérieures irritatives peuvent, comme nous l'avons dit, produire par l'afflux sanguin le développement du germe, il est possible qu'un seul cysticerque prenne de l'accroissement là où ces causes ont agi. Alors l'affection sera purement locale; mais toujours la *disposition*, la diathèse, sera générale.

Il serait à désirer que chez les porcs, et en général chez les animaux ladres, on ne se bornât pas à examiner le tissu cellulaire sous-conjonctival, mais que l'on explorât aussi le tissu cellulaire du fond de l'orbite.

M. Sichel a parlé, dans son mémoire, de cysticerques des cavités de l'œil; il tend à penser aujourd'hui que les parasites de ces cavités sont des échinocoques et non des cysticerques; en effet, comme son nom l'indique, le cysticerque celluleux se développe dans le tissu cellulaire, par conséquent il ne peut s'en former dans les chambres de l'œil.

Le savant ophthalmologiste dont nous venons d'analyser le mémoire, prépare un travail complémentaire sur les helmintes de l'œil : nous nous empresserons d'en rendre compte.

— Nous avons parlé il y a quelque temps de la méthode de M. Baudens pour le traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus. Nous venons de voir le chirurgien en chef du Val-de-Grâce appliquer sa boîte à fractures dans un cas de fracture compliquée de la jambe. Un infirmier étant sur un échafaudage, à trois pieds seulement du sol, et cet échafaudage ayant croûlé, se brisa les deux os de la jambe avec issue du fragment supérieur du tibia, qui faisait saillie de plus de deux centimètres. Le blessé fut transporté dans le service de M. Baudens, qui fit la réduction et plaça le membre dans son appareil. Une saignée du bras fut pratiquée, et on appliqua en permanence de la glace sur la jambe. La saignée fut répétée.

Sous l'influence de ce traitement simple, l'inflammation, d'ordinaire si grave dans les cas de ce genre, est restée modérée, les douleurs ont été annulées, et il n'y a pas eu de réaction. L'extension continue a été faite avec beaucoup de ménagement dans les premiers jours, pour éviter la douleur et ne pas augmenter l'inflammation. A mesure que celle-ci s'éteindra sous la glace, on augmentera l'extension.

Il y a deux choses à considérer dans la méthode de M. Baudens : l'appareil, et l'application de la glace. Plus nous observons par nous-même les effets de la réfrigérations, plus nous comprenons la confiance que M. Baudens lui accorde. Cette confiance est telle, que pour lui le traitement topique de l'inflammation se réduit à l'emploi de la glace. Le cataplasme est banni de ses salles. A la glace en topique sont adjointes les saignées générales ou l'émétique à dose rasorienne selon les cas.

Un chirurgien éminent se plaignait dernièrement des douleurs intolérables que les malades placés dans le bandage ordinaire éprouvent au talon, et nous venons d'observer un cas dans lequel cette partie s'est escharifiée. Les blessés de M. Baudens n'éprouvent *jamais* de douleur semblable, attendu que le talon est parfaitement libre dans l'appareil et ne porte pas; à plus forte raison sont-ils à l'abri de la mortification partielle du talon, accident qui ne manque pas d'une certaine gravité.

Au moyen des trous qui existent dans les pans latéraux de la boîte, on peut faire la coaptation en se servant d'une bande dont le plein entoure la jambe dans un point donné, et dont les bouts sont noués sur le côté à la faveur des ouvertures précitées. Cette coaptation permanente est ce qu'il y a d'es-

sentiellement nouveau dans l'appareil de M. Baudens.

La boîte placée, le pansement peut être fait sans aucun dérangement pour le blessé, et sans aide.

Nous aurons lieu sans doute de revenir sur ce bandage, quoiqu'il ait été décrit *in extenso* dans ce Journal. Notre conviction est qu'il n'existe pas un meilleur mode de traitement des fractures compliquées.

— Deux inconvénients de l'opération du strabisme sont : la dépression du grand angle et la saillie de l'œil. M. Baudens y obvie au moyen de la compression établie sur l'œil à l'aide d'une éponge maintenue par une bande, pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Nous venons de voir un cas dans lequel cette compression a parfaitement réussi à prévenir ces inconvénients. Les yeux sont redressés, et l'on ne dirait pas qu'ils ont subi une opération. M. Baudens se fonde, bien entendu, sur un grand nombre d'autres faits semblables.

Ce chirurgien saisit à la fois la conjonctive et le muscle à l'aide d'une érigne, et il coupe toute la portion saisie en passant entre l'œil et l'érigne un bistouri à lame convexe sur le plat, dont la convexité se trouve en rapport avec celle du globe oculaire qui, de cette manière, est garanti autant que possible contre l'action de l'instrument tranchant.

— Un coup de sabre a divisé les tendons qui passent sur le dos du premier métacarpien, chez un garde municipal. Une bande a été fixée au pouce et d'autre part au-dessus du coude, en renversant le doigt le plus possible afin de rapprocher les bouts des tendons. La main a été mise dans l'eau froide, et la cicatrisation s'est opérée sans autre moyen. On a lieu d'espérer que les mouvements seront conservés. En tout cas, le bandage était parfaitement approprié à la lésion, et on devrait l'adopter dans un cas semblable.

— Il faut se garder de rassurer hâtivement les familles lorsqu'il s'agit de violences exercées sur le ventre, et que tout d'abord il n'y a point d'accidents. Voici le cas qui s'est présenté tout récemment dans le service de M. Lisfranc. Une roue de voiture passe sur le ventre d'un homme. Le premier et le deuxième jour, il n'y a pas de symptômes inquiétants. Le troisième jour, une péritonite violente éclate et met le blessé dans le plus grand danger.

Mais cette observation n'est pas seulement intéressante sous ce rapport; elle l'est encore au point de vue de la thérapeutique. Le traitement a consisté spécialement dans les onctions mercurielles à haute dose suivant la méthode de M. Serres, d'Uzès. Deux kilogrammes et demi d'onguent napolitain ont été consommés dans l'espace de trois jours. Il s'est produit une salivation légère. La péritonite a cédé, et le malade marche vers la guérison, après avoir éprouvé toutefois un accident sur lequel nous aurons à revenir.

— Un malade est venu d'un autre hôpital après avoir été opéré de la cataracte. Le cristallin était passé dans la chambre antérieure. M. Lisfranc a fait appliquer la pommade ammoniacale de M. Gondret sur la partie antéro-supérieure de la tête, et aujourd'hui la lentille est réduite au cinquième de son volume. M. Lisfranc possède d'autres cas semblables.

— Les tumeurs sont le désespoir des chirurgiens. M. Lisfranc excise une partie d'un kyste séreux du cordon testiculaire, et cautérise le reste. La guérison s'opère facilement et en apparence radicalement. Cinq ou six mois après une tumeur parfaitement fluctuante se forme sous la cicatrice. C'était sans doute une reproduction du kyste?..... Nullement ; c'était un tubercule ramolli !

— Un homme est entré dans le service de M. Lisfranc avec cent soixante tumeurs gommeuses. Sous l'influence de l'iodure de potassium, ce nombre s'est réduit à soixante quatre, et il ne semble pas douteux que la guérison ne soit prochainement complète.

— M. Lisfranc conseille de ne pas cautériser les bourgeons charnus mous qui se forment sur les plaies à fond induré. La cautérisation les détruit; il faut un très long temps pour qu'ils se reproduisent, et les nouveaux ne valent pas mieux que les premiers. Il se loue en pareil cas d'une poudre ainsi composée : amidon cinq parties, alun une partie.

— Le sang d'une saignée faite à un homme du service de M. Rayer a donné du sérum lactescent. Cette particularité était due, comme M. Quévenne s'en est assuré, à la présence d'une matière grasse. Au microscope, ce sérum nous a présenté une multitude de granules assez semblables aux noyaux des globules purulents. Le globule du chyle n'est pas élémentaire : antérieurement à lui il y a le granule moléculaire qui est formé d'une matière grasse. Y aurait-il un trouble de la nutrition dans lequel par une raison quelconque les granules ne se prendraient pas en globules ?....

— On nous annonce une observation de paralysie du muscle grand dentelé. Nous nous empresserons de la publier, et de rendre justice, à cette occasion, à une thèse qui vient d'être soutenue par M. Desnos sur cette affection. X...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Considérations cliniques sur les kystes de l'ovaire.

(Suite du n° du 20 mai.)

Pronostic. — Si le kyste a contracté des adhérences avec les organes voisins, et qu'il puisse se vider à l'extérieur, c'est évidemment une heureuse terminaison. Si de plus il y a eu inflammation adhésive accidentelle, la maladie peut guérir, et il peut arriver que le succès soit complet. Mais les cas de cette espèce sont tout à fait exceptionnels, et en raison même de leur rareté ne sauraient être mis en ligne de compte. C'est donc là une terminaison sur laquelle on ne doit point compter, que l'on doit seulement accepter avec bonheur quand elle se présente. D'autre part, il y a des circonstances qui peuvent rassurer un peu le médecin, et que nous allons vous signaler.

Les kystes n'atteignent pas toujours un volume aussi considérable. Le développement énorme de ces tumeurs dont nous vous avons entretenus, et dont vous avez eu des exemples remarquables dans nos salles de clinique, ne constitue pas le cas le plus ordinaire. Il arrive souvent que les kystes conservent le volume d'un œuf de poule, du poing, et dans l'immense majorité des cas, alors, ils ne présentent aucune espèce de danger. C'est à peine souvent si l'on s'aperçoit de leur présence. Cette disposition stationnaire du kyste est toujours d'un heureux présage, en ce sens qu'elle donne tout lieu de présumer qu'il se maintiendra toujours au même point, et n'arrivera point à un degré tel qu'il puisse intéresser les organes voisins.

Une fois que les kystes de l'ovaire commencent à se développer, il est impossible au médecin d'arrêter leurs progrès. Il devient nécessaire de pratiquer des ponctions, de plus en plus rapprochées. L'intervalle de temps qui sépare ces opérations diminue sensiblement à mesure que la maladie fait des progrès; la reproduction du liquide dans le kyste après chaque paracentèse devient de plus en plus rapide. Il y a telle femme chez laquelle on a fait jusqu'à cent fois la ponction dans l'espace de quelques années. Dans le plus grand nombre de cas, on doit s'attendre que la maladie fera des progrès incessants, dans un espace de temps plus ou moins court. L'abdomen prendra de l'accroissement soit lentement, soit rapidement; néanmoins dans le plus grand nombre des cas aussi, la maladie n'arrivera point à un degré tel qu'elle compromette l'existence de la femme immédiatement. Ce ne sera qu'au bout de plusieurs années que la mort surviendra par l'épuisement du sujet, et par suite de la gêne que produira le kyste sur les organes voisins.

Lorsqu'il s'agit de kystes ovariques multiloculaires, le volume de la tumeur ne devient jamais aussi considérable ; mais il peut survenir des dégénérescences fâcheuses, un état cachectique. Quelquefois, à la suite d'une ponction évacuatrice avec le trois-quarts, il arrive qu'une artériole soit blessée; la malade pâlit, s'affaiblit, et succombe au bout de quelques heures; sans être commune, une hémorrhagie de cette espèce n'est pas non plus très rare. Depuis quatorze ans, nous avons eu deux fois occasion de voir des malades succomber à des hémorrhagies ainsi produites par la blessure d'une artère. L'une d'elles était tellement affaiblie par la maladie, que la moindre quantité de sang perdue devait nécessairement lui être funeste. L'autre était dans de meilleures conditions, et aurait pu, sans cet accident, vivre encore quelque temps. Nous avons dit plus haut que quelquefois, à la suite d'une ponction, une inflammation se développait dans l'intérieur du kyste, et amenait la guérison. Cependant, il peut arriver que l'inflammation qui a succédé à une ponction ne soit pas suivie d'un heureux résultat, mais détermine la mort. Cela s'explique facilement. Si l'organe n'est pas très important, la surface en est très étendue quand il est ainsi à l'état pathologique. Il est des médecins qui ont poussé, nous ne dirons pas la hardiesse, mais l'imprudence au point de faire dans l'intérieur de ces kystes des injections irritantes; nous ne conseillerons jamais à personne une pareille thérapeutique, qui pourrait avoir souvent pour effet de produire une inflammation mortelle.

Pour nous résumer, l'hydropisie enkystée de l'ovaire n'est pas une maladie dont les suites soient immédiatement graves. Une femme atteinte de cette affection peut vivre jusqu'à quinze ou vingt ans et plus. Puis il n'est pas impossible, à la rigueur, que la tumeur s'arrête dans son développement, et guérisse même spontanément.

Traitement. — On a indiqué un grand nombre de moyens propres à favoriser la résorption du liquide contenu dans les kystes de l'ovaire. On a cherché à activer l'absorption par tous les moyens possibles. Sans avoir une très grande puissance, les diurétiques sont cependant utiles dans quelques circonstances, et fussent-ils moins encore qu'ils ne le sont réellement, du moment qu'ils ne peuvent faire aucun mal, on devrait encore les employer. L'humanité défend de dire à une malade qui voit se développer une tumeur dans son ventre, que l'art est impuissant et que l'on ne peut rien faire pour la soulager. N'eussent-ils donc d'autre but que de raffermir le moral du sujet, et de l'empêcher de tomber dans le découragement, il faudrait encore prescrire l'emploi des remèdes que nous vous indiquons. On a quelquefois retiré de bons effets de l'usage des sudorifiques ; mais quelquefois aussi, ils n'ont produit aucun résultat; on ne fait pas toujours sur un malade comme l'on veut, lorsqu'il y a des dérangements un peu sérieux dans la vie organique.

Les purgatifs ne seront mis en usage qu'avec précaution ; car leur emploi intempestif et imprudemment prolongé pourrait amener des désordres très graves dans l'appareil digestif. Quelques praticiens ont conseillé l'emploi des frictions mercurielles ou des préparations mercurielles à l'intérieur, jusqu'à salivation, et ont considéré la salivation produite par le mercure comme une chose avantageuse. En supposant qu'il en fût ainsi, ce qui pour nous est fort douteux, ce procédé n'en constituerait pas moins une médication que l'on doit complétement rejeter comme des plus dangereuses ; une fois la salivation produite, on ne peut point toujours l'arrêter comme on le désire, et l'on se trouve souvent dans l'impossibilité d'enrayer les accidents que l'on a suscités, ou d'en obtenir la guérison. Puis en outre, l'écoulement involontaire et continuel de la salive fait que les malades sont privées de sommeil, et que leur position devient des plus fatigantes. La salivation mercurielle comme moyen thérapeutique des hydropisies enkystées de l'ovaire, est une méthode à laquelle on a renoncé, et parce qu'elle est des plus incommodes, et parce qu'elle est quelquefois dangereuse ; enfin, parce qu'elle met les gencives dans de mauvaises conditions.

Indépendamment des diurétiques, des sudorifiques, des mercuriaux, il est une autre classe de moyens que nous ne devons pas passer sous silence ; nous voulons dire les exutoires, les agents avec lesquels on peut provoquer des sécrétions accidentelles et artificielles à la peau. Nous ne prétendons point que la méthode révulsive soit sans aucun inconvénient; mais les avantages que l'on en retire quelquefois les compensent largement, et loin de les redouter, on devra les mettre en usage toutes les fois qu'il sera possible, ou du moins qu'il n'existera pas de contre-indication.

On a conseillé la compression méthodiquement exercée, agissant principalement sur le point où existe le kyste, assez modérée pour ne pas causer d'accidents par une pression exagérée du ventre, mais assez forte cependant pour contrarier, ralentir ou même arrêter quelquefois complètement les progrès de la tumeur. Cette compression méthodique et modérée constitue une médication sur laquelle la plupart des médecins sont d'accord, et que presque tous prescrivent. Mais, nous le répétons, jamais il ne faut qu'elle soit portée à un degré tel qu'elle puisse entraîner des accidents. Comme moyen curatif, la compression est sans très grande valeur; mais peut-être peut-elle présenter quelques avantages sous le rapport de la lenteur qu'elle détermine dans le développement des kystes, soit uniloculaires, soit multiloculaires.

Lorsque le kyste a fait des progrès, qu'il est uniloculaire, on a recours à la ponction. Les uns conseillent de la faire de très bonne heure, et aussitôt que la tumeur est assez développée pour que l'opération soit possible ; d'autres veulent qu'on attende le plus tard possible. Les raisons qui déterminent les praticiens à se conduire de deux manières aussi différentes, sont les suivantes : Ceux qui font la ponction de bonne heure espèrent obtenir par ce moyen la guérison complète et radicale de l'hydropisie, en empêchant le kyste d'acquérir les dimensions énormes qu'il présente quelquefois lorsqu'on l'abandonne à lui-même. Les autres recommandent de la pratiquer le plus tard possible, parce qu'ils ne regardent la paracentèse que comme un moyen palliatif, incapable de procurer jamais la guérison. Pour ceux qui n'emploient la ponction que comme palliative, ils ont parfaitement raison de la pratiquer le plus tard possible. Pour les autres, ils ont également raison d'y recourir de bonne heure ; car il est plus facile d'obtenir, qu'on nous passe cette expression un peu triviale, le ratatinement d'un kyste peu étendu, que lorsqu'il a acquis de grandes dimensions.

Après vous avoir exposé les deux opinions qui partagent les médecins, nous devons vous donner notre manière de voir. Nous croyons, quant à nous, que l'opération de la paracentèse dans les kystes de l'ovaire n'est que palliative dans le plus grand nombre des cas ; aussi ne sommes-nous point de ceux qui la pratiquent d'une manière précoce. Cette question, du reste, est loin d'être complètement jugée maintenant, et rien ne fait présager qu'elle soit résolue de sitôt. Néanmoins, comme l'observation des faits a prouvé d'une manière incontestable que si la ponction est rarement curative, elle l'est cependant quelquefois, et que l'on compte quelques faits rares de guérison radicale obtenus de cette manière, on doit tenir compte de toutes ces circonstances. Il vaut mieux avoir recours à la ponction, non tout à fait au début, mais une fois que la présence du liquide est bien manifeste, que d'attendre toujours que la maladie soit parvenue à sa dernière période, et que le kyste soit d'un volume énorme. La ponction se fait alors dans les kystes ovariques, dans les mêmes conditions qu'elle se fait dans les cas d'ascite ; il y a cependant des cas, mais on sait combien ils sont rares, dans lesquels l'ascite a été guérie à la suite d'une ou de plusieurs ponctions.

En règle générale, dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, il est dans l'intérêt des malades de ne point attendre trop tard pour faire la ponction. Quelquefois la ponction a été suivie de guérison ; à quelle cause doit on alors l'attribuer ? Dans un certain nombre de cas, c'est le trois-quarts, dont le contact a déterminé l'inflammation du kyste, et par suite de cette inflammation, les parois de la tumeur ont été réunies par des adhérences. Comme dans l'immense majorité des cas une simple ponction n'est point suffisante pour provoquer cette inflammation adhésive, quelques praticiens ont pensé qu'il serait utile de pratiquer dans l'intérieur du kyste des injections irritantes, mais cette méthode pourrait avoir les plus graves inconvénients. Ainsi, il serait possible que la matière de l'injection pénétrât dans l'abdomen et produisît une inflammation aiguë du péritoine, inflammation dont les suites sont ordinairement très graves, souvent mortelles. En admettant même que le liquide injecté ne pénétrât que dans le kyste, les conséquences de cette opération ne seraient pas moins dangereuses, car l'inflammation de la membrane du kyste est toujours une chose grave. Les moyens propres à développer l'inflammation adhésive des parois du kyste méritent d'autant plus de prudence et de circonspection, que, si l'on considère les circonstances nécessaires pour développer une inflammation suffisante, si l'on tient compte des phénomènes très intenses qu'il faut provoquer, on se convaincra facilement que toute simple qu'elle paraît en théorie, cette pratique est des plus dangereuses. Lorsque l'on fait, pour l'hydrocèle, une injection irritante dans la tunique vaginale, la phlegmasie artificielle que l'on a déterminée est assez vive pour produire un mouvement fébrile ; dans le kyste de l'ovaire, l'espace qu'il faudrait enflammer est bien quatre vingts ou cent fois plus considérable que l'étendue de la tunique vaginale. Que l'on juge par là de la gravité d'une inflammation aussi étendue.

Il est des chirurgiens qui n'ont pas craint d'employer des liquides pour exciter cette inflammation adhésive. Un fait de cette nature a été rapporté par M. Marjolin. Une dame, âgée de cinquante ans, et d'une bonne constitution, portait depuis plusieurs années une hydropisie de l'ovaire. La tumeur ayant acquis un assez grand volume, on jugea convenable d'y pratiquer une ponction par laquelle on tira quinze pintes de sérosité citrine transparente. Aucun accident ne suivit cette opération. Trois mois après, la tumeur avait repris autant de volume ; la malade désirant vivement qu'on lui procurât une

guérison radicale, réunit plusieurs médecins en consultation, et on décida qu'après avoir fait une nouvelle ponction, on injecterait dans le kyste de l'eau d'orge miellée. On aurait craint d'employer un liquide plus irritant; la ponction fut faite avec un trois-quarts d'une ligne seulement de diamètre; la sérosité évacuée était transparente; une pinte et demie d'eau d'orge miellée tiède fut injectée lentement et évacuée après qu'elle eut séjourné dans le kyste pendant cinq minutes environ. Sa présence dans la tumeur donna lieu à une douleur assez forte. Cette douleur devint beaucoup plus vive cinq ou six heures après l'opération; une fièvre violente se déclara; le ventre devint tendu, très sensible au toucher; des nausées, des vomissements survinrent, et, malgré l'emploi des saignées générales et locales, et des autres moyens antiphlogistiques, la malade succomba trois jours après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva le péritoine enflammé. Le kyste était extérieurement recouvert de fausses membranes. Son volume égalait celui de la tête d'un adulte. Il contenait environ une pinte de pus floconneux et des fausses membranes. La paroi postérieure était beaucoup plus épaisse que l'antérieure; mais il n'existait pas de squirrhe proprement dit dans aucune partie de la tumeur. Nous avons cru devoir rapporter ce fait en entier comme exemple de la gravité des accidents que peut déterminer une injection même d'un liquide peu irritant dans la cavité d'un kyste de l'ovaire. On a pensé que l'introduction, non d'un liquide, mais d'une vapeur un peu irritante, celle d'alcool, par exemple, pourrait être suivie de succès. Mais un si petit nombre d'expériences ne peuvent suffire pour permettre d'en tirer des déductions générales. Aussi, nous le répétons, ne saurait-on être trop prudent dans des circonstances aussi graves que celles dont il s'agit.

Il y a des auteurs qui ont essayé de laisser à demeure la canule du trois-quarts ou une sonde en gomme élastique. Nous avons répété ces expériments; la canule en gomme nous a paru réunir le double avantage de faciliter l'écoulement du liquide, et de provoquer par son contact un travail inflammatoire. Cette méthode nous offre encore un avantage précieux, c'est de pouvoir en quelque sorte surveiller ce qui se passe à l'intérieur de la tumeur. Du moment où l'on voit survenir de la douleur, de la fièvre, on peut retirer la canule; lorsque l'on injecte un liquide, au contraire, on n'est pas maître de le retirer à volonté. Dans les expériments que nous avons tentés, nous avons eu soin de laisser quelqu'un près du malade pour surveiller la marche de l'opération, et retirer la canule si besoin était. Mais dans ces cas, la canule s'obstrue facilement par suite de la présence du pus, ordinairement très épais; dans un cas de ce genre, nous avons vu survenir une inflammation, non point adhésive, mais purulente, et les accidents ne sont pas moins terribles alors que par l'injection dans le kyste.

Lorsque l'on se borne à la ponction, on la fait ordinairement par l'abdomen. Le plus souvent, il n'en résulte aucune conséquence grave immédiate. Les auteurs ont cependant signalé la lésion possible de l'artère épigastrique. C'est un accident qu'il est impossible de prévoir. Nous avons dit, dans une séance précédente, que deux malades avaient succombés dans nos mains par suite d'une hémorrhagie de cette espèce. Nous avons également mentionné la ponction par le vagin, et par le rectum. Il ne suffit pas que le kyste vienne se présenter dans le vagin ou le rectum pour que la ponction doive être faite par l'une ou l'autre de ces deux cavités. Il faut préalablement s'assurer de la nature et de la grosseur du kyste que l'on veut attaquer. S'il est peu volumineux, les résultats seront nuls. Ce n'est que dans les cas où le kyste est très considérable et uniloculaire, que la ponction par le vagin présente des chances de succès. Il reste alors quelquefois une ouverture fistuleuse, par laquelle s'écoule le liquide, au fur et à mesure de sa production, et alors aussi, les deux surfaces de la membrane interne de la tumeur étant continuellement en contact, peuvent finir par adhérer ensemble et procurer une guérison radicale. Quant à l'extirpation du kyste par l'instrument tranchant, c'est une opération trop grave pour que l'on puisse jamais y songer.

DU TRAITEMENT DES CATARACTES SECONDAIRES;

Par le docteur TAVIGNOT,

Ancien chef de la Clinique ophthalmologique des hôpitaux.

(*Voir* le numéro du 13 mai.)

Nous allons supposer un instant que le chirurgien a omis quelques-uns des préceptes indiqués pour éviter la formation d'une cataracte secondaire, qui dès lors n'a pas tardé à paraître quelque temps après l'opération. Le mal est fait; il faut, autant que possible, le réparer.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le traitement qui convient le mieux pour remédier à ce nouvel état pathologique de la vision. Il faut même convenir que si l'on trouve çà et là quelques faits isolés, quelques exemples d'une pratique heureuse, on ne rencontre nulle part une doctrine générale qui puisse servir de guide dans la pratique où les faits se multiplient et souvent ne se ressemblent pas. Ici encore, l'on a voulu étudier en masse des lésions distinctes qu'il fallait bien plutôt analyser en détail. J'ose espérer que l'on appréciera bientôt la justesse de cette réflexion.

Les cataractes secondaires doivent être divisées, au point de vue thérapeutique, en trois catégories:

1° Cataractes secondaires non adhérentes;
2° Cataractes secondaires adhérentes;
3° Cataractes secondaires compliquées.

Cette division fait déjà pressentir les variétés que présentent les altérations secondaires de l'appareil cristallinien.

1° *Cataractes secondaires non adhérentes.* — Il s'agit de l'opacité de la capsule antérieure ou de la capsule postérieure dans son plus grand état de simplicité; l'iris est également contractile dans toute son étendue, la rétine et l'humeur vitrée sont à l'état normal; en un mot, il n'existe qu'une opacité partielle ou générale de l'un des deux feuillets de la capsule cristalline; car nous faisons abstraction des cas où la capsule tout entière pourrait se trouver opaque; cet état pathologique n'étant pas susceptible d'être diagnostiqué à l'avance.

Nous l'avons déjà dit, il faut peu compter sur la guérison spontanée de la cataracte secondaire; il est donc indiqué de tenter une nouvelle opération. Mais qu'on y prenne garde; que l'on calcule bien toutes les chances des manœuvres qu'il s'agit de pratiquer; car la maladie est aujourd'hui dans de bonnes conditions pour le succès; et si l'on échoue, demain peut-être il se développera une iritis, des adhérences, complications qui compromettent beaucoup, en pareille circonstance, l'organe de la vue.

Ce qu'il convient de faire pour guérir les cataractes secondaires non adhérentes, doit être examiné à part dans ses deux espèces principales, l'opacité de la capsule antérieure et celle de la capsule postérieure.

A. *Cataracte secondaire antéro-capsulaire.* — Le choix de la méthode opératoire résultera surtout de l'une des deux circonstances suivantes: la faible cohésion de la capsule lorsque l'inflammation qui a amené son opacité est récente, ou son adhérence de plus en plus faible à la zone ciliaire, au fur et à mesure que la cataracte secondaire antéro-capsulaire acquiert une plus grande consistance par suite d'une espèce de concrétion des produits plastiques épanchés. En déduisant de ces deux états pathologiques différents les conséquences le plus rationnelles, l'on arrive à formuler les deux règles suivantes:

Une cataracte secondaire antérieure récente n'est pas opérable par extraction, puisque, d'une part, la capsule offrant peu de résistance, se laisserait plutôt déchirer qu'enlever par l'instrument, tandis que de l'autre sa fixité, encore assez grande à la zone ciliaire, deviendrait un nouvel obstacle.

Pour les mêmes raisons, il ne faut pas espérer davantage de l'abaissement; car l'aiguille, de quelque façon qu'on la dirige, agira toujours sur une membrane dépourvue de la solidité qui lui serait nécessaire pour permettre de détruire ses moyens d'union.

Il nous reste le broiement, qui heureusement peut nous être d'un grand secours. Il réussira d'autant mieux que l'opacité sera moins résistante, et qu'il suffit de ne détruire que la portion centrale, la seule qui fasse réellement obstacle à la vision. Cela étant admis en principe, on peut agir dans l'application de deux manières. En introduisant l'aiguille par la cornée dans un point voisin de sa circonférence, ou bien en la faisant pénétrer dans la sclérotique. Ces procédés différents permettent d'obtenir le même résultat, la dilacération de la capsule opaque dans une étendue suffisante pour laisser une trouée capable de laisser passer les rayons lumineux. Maintenant, que la cataracte secondaire soit broyée d'avant en arrière (kératonyxis), ou d'arrière en avant (scléroticonyxis), cela importe fort peu. Seulement le broiement par la sclérotique est l'opération qu'aujourd'hui l'on pratique le plus volontiers en France, parce qu'elle est sans doute d'une exécution plus facile.

Lorsque la cataracte secondaire est de formation plus ancienne, trois mois, six mois et au delà, elle n'est plus, comme nous l'avons déjà dit, dans les mêmes conditions, quoique encore à l'état de simplicité. C'est en tenant compte des changements qui sont survenus dans la membrane opaque, que nous allons apprécier l'opportunité des différentes méthodes opératoires.

Le broiement, ou la dilacération de la capsule antérieure opaque, pratiquée par la cornée ou par la sclérotique, est difficile à exécuter par suite de la plus grande densité de cette membrane; il faudrait, pour l'exécuter convenablement, avoir recours à des manœuvres longues et toujours laborieuses, et encore ne sera-t-on pas toujours sûr de faire une ouverture suffisante pour l'exercice ultérieur de la vision.

L'abaissement se présente dans des conditions favorables; résistance assez grande de la capsule, qui permet à l'aiguille de s'implanter avec solidité, et adhérence moins prononcée de sa circonférence. Aussi, il est ordinairement assez aisé de déplacer en masse une cataracte secondaire qui se trouve dans de pareilles circonstances, en mettant tout simplement en usage le procédé opératoire usité pour l'abaissement de la cataracte primitive.

L'extraction a pour elle les mêmes chances de réussite que l'abaissement, puisque la solidité de la capsule et sa faible adhérence se prêtent à merveille au but des manœuvres opératoires. Quel que soit le procédé que l'on adopte pour pratiquer cette opération, il faudra, dans tous les cas, se guider d'après les règles que nous allons indiquer.

Dilatation préalable de la pupille par la belladone. — En prenant cette précaution, on laisse à l'instrument une plus grande liberté d'action, on s'expose moins à toucher l'iris; enfin, on peut attaquer la capsule dans une plus grande partie de son étendue: et si tant est que cette membrane ne puisse être détachée complétement, au moins a-t-on la ressource de pouvoir pratiquer une large fenêtre à sa partie centrale.

Incision de la cornée plus petite que dans l'extraction ordinaire. — Ce précepte sera surtout de rigueur, lorsque la cataracte secondaire aura été la suite de l'abaissement. Il faut toujours, en effet, admettre, dans ce cas, la dilacération plus ou moins étendue du corps vitré, et se tenir, par conséquent, en garde contre la possibilité d'une évacuation des humeurs de l'œil, si l'incision cornéale avait une étendue trop grande. Une ouverture d'un centimètre est d'ailleurs suffisante au passage de l'instrument et à l'issue de la membrane opaque.

Emploi d'une pince ou d'un crochet appropriés. — Pour saisir le corps opaque, le tirailler avec mesure, le détacher enfin autant que possible en totalité, on pourra se servir, soit de pinces très fines, soit d'un petit crochet, ou mieux encore du coréoncéon de Graefe; ce dernier temps de l'opération est un des plus délicats à exécuter.

B. *Cataractes secondaires postéro-capsulaires.* — La capsule postérieure, devenue opaque, peut sans aucun doute se rapprocher de l'iris et, à la rigueur, contracter quelques adhérences avec cette membrane; mais il est rare néanmoins qu'il en soit ainsi, et le plus ordinairement la cataracte secondaire postéro capsulaire est libre d'adhérences.

Le traitement à employer n'est pas des plus facile à bien préciser, et les auteurs qui ont rapporté des observations d'extraction ou d'abaissement pratiqués avec succès dans ce cas ont fait preuve d'une bien grande habileté, si toutefois ils n'ont pas commis quelque méprise, quelque erreur de diagnostic. En effet, la capsule postérieure n'augmente pas de consistance en devenant opaque, et elle est naturellement fort mince et fort ténue; de plus, elle n'est le plus souvent que partiellement opaque, et offre tout à fait la disposition d'une toile d'araignée. Croit-on, dès lors, qu'il soit facile de pratiquer avec succès une opération dans ces circonstances? Pour mon compte, je maintiens que l'extraction n'est guère praticable, et qu'elle exposerait d'ailleurs à l'issue d'une portion de l'humeur vitrée, par suite de la lésion des cellules hyaloïdiennes qu'il serait difficile d'éviter. Je pense également que l'abaissement n'est guère susceptible de mieux réussir, parce que l'aiguille ne rencontre pas dans le tissu de la membrane opaline un plan résistant sur lequel elle puisse agir. En définitive, il n'y a donc qu'une ressource à tenter: c'est le broiement. La dilacération de la capsule postérieure pourra être pratiquée, et améliorer quelquefois l'état de la vision; mais il ne faut pas oublier non plus que cette dernière ressource est elle-même chanceuse, qu'elle expose, comme toutes les opérations, à des accidents; que le malade affecté de cataracte secondaire postéro capsulaire peut encore distinguer les gros objets, et qu'il a plutôt la vue troublée que perdue complétement. En un mot, nous inclinons à penser que dans les cas ordinaires, il est plus prudent d'abandonner ces sujets à eux-mêmes, que de leur faire courir les chances d'une seconde opération qui pourrait leur devenir funeste.

2° *Cataractes secondaires adhérentes.* — Les rapports de juxtaposition de l'iris et de la capsule cristalline antérieure, expliquent les adhérences qui s'établissent fréquemment entre ces deux membranes. Ces moyens d'union peuvent être très étendus ou n'exister que dans un point limité; disposition anatomique que l'on ne peut bien apprécier qu'en essayant de dilater la pupille avec l'extrait de belladone. La pupille prend bientôt une forme plus ou moins irrégulière qui vous fait juger l'état des parties.

Il faut encore tenir compte, à titre de renseignements utiles, de l'état récent ou ancien de la maladie: car les adhérences, toutes choses égales d'ailleurs, sont d'autant plus faciles à détruire qu'elles remontent à une époque moins éloignée. Cela étant, voici la conduite à suivre.

La cataracte secondaire est elle récente (un mois, six semaines, deux mois d'existence); a-t elle contracté de nombreuses adhérences avec la face postérieure de l'iris, il convient de chercher à pratiquer au centre de la capsule opaque une sorte de pupille qui corresponde à la pupille normale, et laisse passer la lumière. Le broiement, ou la dilacération, pratiqué à l'aide de l'aiguille de Scarpa, remplit très bien le but désiré. On peut l'introduire à volonté par la circonférence de la cornée ou par la sclérotique. En général, une cataracte secondaire antéro-capsulaire placée dans ces conditions, se laisse aisément perforer à son centre; et lorsque l'on a eu soin de détacher les lambeaux flottants qui pourraient, en se réunissant entre eux, oblitérer de nouveau cette ouverture, l'on a tiré de la nouvelle opération tout le parti possible. Sans doute la fusion qui s'est opérée entre l'iris et la circonférence de la capsule persistera, et les mouvements de la pupille seront très limités, sinon impossibles; mais cela est inévitable; et d'ailleurs, il importe peu, pourvu que la vision soit rétablie.

La cataracte secondaire est elle ancienne, c'est-à dire dure, résistante, et n'a-t elle contracté que peu d'adhérences avec l'iris, il convient de tenter l'abaissement par l'aiguille introduite par la sclérotique. Cette opération est très délicate, en ce sens qu'il faut agir très près de l'iris, et éviter pourtant de le léser. On s'efforcera, avec l'un des côtés tranchants de l'aiguille, de détruire un à un les moyens d'union qui retiennent la cataracte avant de la déplacer elle même. Dans quelques cas, il est vrai, les tractions exercées par l'instrument sur la capsule seraient suffisantes pour faire céder les adhérences; mais il est prudent de se tenir toujours en garde contre la possibilité de détacher l'iris du cercle ciliaire auquel il n'adhère que faiblement.

La cataracte secondaire est-elle ancienne, et a-t-elle contracté de nombreuses adhérences avec l'iris; la difficulté d'appliquer avec chances de succès l'une des opérations dont nous avons déjà parlé, n'en est que plus grande. En effet, la résistance de la capsule se prête difficilement, non pas au passage de l'aiguille, mais à une dilacération assez étendue pour laisser une ouverture suffisante au passage de la lumière, et une ouverture qui ne s'oblitère pas quelques jours après par la réunion des lambeaux que l'on a laissés en place. L'abaissement en masse de la cataracte est encore plus difficile, à cause des adhérences dont la destruction préalable ne saurait guère être tentée avec prudence sans s'exposer à léser gravement l'iris.

Il n'y a qu'un moyen rationnel à tenter dans cette circonstance, il consiste à établir à travers la capsule opaque une sorte de pupille artificielle: à peu près comme cela se fait dans la kératectomie. Une incision comprenant le tiers de sa circonférence, afin que l'on ne soit pas gêné dans les manœuvres qui sont ici assez difficiles à exécuter, est pratiquée à la cornée. A l'aide d'un simple crochet ou du coréoncéon on harponne la capsule à sa partie centrale, on la tiraille légèrement, de manière à la faire saillir un peu en avant, puis, à l'aide de ciseaux très déliés, on opère l'excision de la plus grande par-

tie possible de la capsule opaque.

3° *Cataractes secondaires compliquées.* — Nous n'avons parlé jusqu'ici que des opacités de la capsule antérieure et postérieure avec ou sans adhérence, l'iris étant supposé être à l'état normal; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans la cataracte secondaire antéro-capsulaire spécialement, il arrive assez souvent que la pupille est plus ou moins rétrécie, en même temps qu'elle est en quelque sorte comme soudée à la capsule antérieure; ces cas sont déjà fort graves, ils le sont pourtant encore davantage lorsque la coarctation est portée jusqu'à l'atrésie pupillaire ou senezizis. Quelquefois l'iris est revenu un peu sur lui-même, mais il ne s'est dégagé de la capsule antérieure qu'en abandonnant sur sa surface une certaine portion de son pigmentum, ce qui donne lieu à une variété particulière de cataracte secondaire, la cataracte pigmenteuse.

Il ne faut pas songer, dans tous les cas, aux procédés opératoires ordinaires; l'extraction ne serait possible qu'autant qu'on la combinerait avec l'excision d'une portion de l'iris, — l'abaissement, que j'ai vu pratiquer, mais avec beaucoup de difficultés, a toujours échoué par le développement d'une violente iritis. Le broiement est tout simplement impossible. — Il ne nous reste donc qu'une dernière ressource à tenter, c'est l'établissement d'une pupille artificielle à la grande circonférence de l'iris, c'est-à-dire dans un point aussi éloigné que possible de celui qui a été le siége de l'irido-péri phakite.

On vient de le voir, nous sommes déjà loin de l'époque où l'on croyait satisfaire à toutes les indications en proposant une seule méthode de traitement pour toutes les cataractes secondaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 mai 1845. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Fouquier* complète ce qu'il a dit sur la variole, dont les enfants sont quelquefois atteints dans le sein de la mère. Il pense que l'absence des cicatrices sur la peau peut tenir à son immersion dans les eaux de l'amnios.

M. Serrurier demande si, d'après cette observation, on ne pourrait pas être conduit à conseiller, dans les cas de variole, l'usage des bains tièdes.

M. Moret objecte que le malade ne pourrait pas y être plongé continuellement, et que d'ailleurs la face, siége principal de l'éruption, serait de toute nécessité hors de l'eau.

M. Belhomme. Il a été question de varioles survenues chez des enfants dans le sein de la mère. M. Piédagnel a communiqué un fait analogue. Ce confrère a constaté chez un enfant, immédiatement après sa naissance, des boutons de variole, et cependant la mère n'était pas atteinte de cette maladie, ainsi que je m'en suis assuré; c'était un fait isolé.

M. Thore fils a vu un enfant couvert à sa naissance de boutons varioleux. On l'a conduit aux Enfants-Trouvés, où il a succombé trois jours après.

M. Serrurier. J'ai vacciné, il y a six ou sept mois, une jeune personne de dix-huit ans; elle l'était pour la sixième fois Il ne s'est développé que de la fausse vaccine, et cependant chez sa sœur et une autre personne opérées le même jour, la réussite avait été complète. Je me propose de la soumettre encore à une nouvelle épreuve.

— *M. Foucart* lit, sur un ouvrage du docteur Bourdin, relatif au traitement des affections cancéreuses, un rapport trop étendu pour que nous en puissions donner l'analyse; il conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Sorlin pense qu'il serait bien heureux qu'on trouvât dans cet ouvrage des faits qui vinssent fixer l'incertitude des praticiens.

— *M. Terrier* lit un rapport sur différents mémoires envoyés à la Société par le docteur Bourdet, à l'effet d'obtenir le titre de membre résident. M. Terrier conclut à l'admission, fondée sur le mérite de ces mémoires, qui annoncent, sinon un praticien consommé, du moins un homme laborieux et qui s'occupe de hautes questions scientifiques.

Le rapport de M. Terrier a été écouté avec intérêt, et cet ouvrage remarquable sera déposé d'après le vœu de la Société dans ses archives.

Suivant les conclusions prises par le rapporteur, M. Bourdet est proclamé membre résident.

— *M. Duperthuis* montre à la Société un grand nombre de tumeurs semblables par leur texture aux tubercules bronchiques qu'il a successivement extraites de l'aisselle, du bras et des parties latérales de la poitrine, chez un jeune maçon. Il a la conviction d'avoir tout enlevé. La plaie énorme qui a succédé à l'ablation de ces tumeurs nombreuses a été réunie en partie; la plaie présentait l'aspect le plus satisfaisant, lorsque dix-huit jours après il survint de la fièvre, un érysipèle, qui ayant pris naissance à la partie postérieure de l'épaule, a envahi tous le dos. Le poignet du membre opposé est le siége de douleurs rhumatismales articulaires. Cet état donne des inquiétudes à M. Duperthuis

M. Tanchou demande quelques éclaircissements sur le régime qu'il a fait suivre au malade après l'opération, et sur les précautions qu'il a pu prendre auparavant.

M. Duperthuis répond qu'il lui a donné des bouillons, des potages; que c'était un individu d'un tempérament lymphatique, et qu'il n'a pas cru devoir le soumettre à un régime débilitant. Il a une de ses sœurs morte d'une tumeur blanche au sein, et son père a succombé aux atteintes d'une méningite aiguë.

M. Tanchou. Je ferai une question à ce sujet, et je serais charmé d'avoir l'opinion de notre confrère Guersant. Les érysipèles se multiplient en ce moment dans les hôpitaux et en ville à la suite des opérations. N'y a-t-il point une cause à ceci! Autrefois on ne se décidait jamais à faire une opération de quelque importance sans préparer le malade par des vomitifs, des purgatifs, ou quelques soustractions de sang. Cette coutume abandonnée ne serait-elle pas la cause des désordres dont nous sommes témoins?

M. Guersant. Lorsqu'il s'agit d'une opération importante, et qu'il règne des érysipèles, la premiere chose à faire est de s'abstenir, d'ajourner si le genre d'opération le permet. Je ne crois pas qu'il y ait inconvénient à préparer le malade par des saignées et des purgatifs. Mais suivant moi, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de lever l'appareil dès le lendemain de l'opération, de soustraire ainsi la plaie au contact de sang corrompu, et de pièces d'appareil durcies et blessantes. Je ne manque jamais de procéder ainsi, et je m'en trouve bien. Je n'agis autrement que dans les cas où il y a eu hémorrhagie, et où je pourrais craindre de la voir reparaître. Les soins généraux consécutifs sont de la plus haute importance; nourrir les malades, ne pas les débiliter me paraissent des moyens très utiles à mettre en usage.

M. Léger. C'est une chose constante que la constitution épidémique actuelle qui dispose à contracter des érysipèles. Une jeune dame opérée d'une loupe à la tête, est morte six jours après des suites d'un érysipèle. Il s'en est aussi développé un mortel chez une dame atteinte d'une tourniole que le chirurgien avait ouverte avec des ciseaux.

M. Duperthuis. L'érysipèle n'est survenu qu'au treizième jour. Je ne pense pas qu'on puisse attribuer sa venue au pansement tardif.

M. Tanchou. Il faut plutôt l'attribuer à l'application des bandelettes agglutinatives. On veut une réunion immédiate, on cherche à éviter la suppuration; c'est un tort.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

NOUVELLES.

Un concours ouvrira le 11 juillet à midi, au Bureau central, pour deux places de chirurgien.

Les juges sont : MM. Grisolle, Guérard, Danyau, Cloquet, Jobert, Huguier, Lisfranc.

Suppléants : MM. Duméril et Thevenot de Saint-Blaise.

Les compétiteurs sont : MM. d'Arcet, Voillermier, Morel-Lavallée, Gosselin, Giraldès, Sappey, Lacroix, Lucien Boyer, Decquevauvillers, Jamin, Boinet, Désormeaux, Depaul.

M. le docteur Blanchet ouvrira un Cours de clinique sur les maladies de l'oreille, à onze heures le 2 juillet, à son Dispensaire, rue du Paon, n. 8, prés l'Ecole de médecine.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36,

MARDI 1er JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 77. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

(Suite du numéro du 14 juin.)

De la méningite.

Les expressions de fièvre ataxique, fièvre cérébrale, arachnitis ont été successivement employées pour caractériser la maladie dont nous allons nous occuper, et à laquelle la dénomination de méningite convient beaucoup mieux. Il arrive bien, en effet, que dans quelques circonstances l'arachnoïde seule est malade, sa cavité contenant de la sérosité, du pus ou des plaques pseudo-membraneuses en plus ou moins grande quantité; mais indépendamment de ce que ces cas sont très rares, dans la plupart de ceux que l'on a publiés il paraît très probable que l'inflammation ne s'est pas bornée à la membrane séreuse. En outre le siége principal, au moins, sinon exclusif de l'inflammation, est le tissu cellulaire sous-jacent à l'arachnoïde, c'est-à-dire la pie-mère. Pour la dure-mère, elle ne participe qu'à la longue, et par effet de voisinage, au travail inflammatoire; car ce n'est qu'après une inflammation chronique qu'on la rencontre habituellement épaissie, dégénérée ou couverte de plaques cartilagineuses ou osseuses, etc. Les os du crâne eux-mêmes sont alors susceptibles de présenter certaines altérations.

La méningite peut-être générale ou partielle (nous ne parlons que de la méningite crânienne). On la distingue en celle qui affecte la périphérie des hémisphères, ou leur partie supérieure; celle qui affecte la base du cerveau; et enfin, la méningite qui siége seulement dans les ventricules. L'inflammation peut également affecter isolément la périphérie de l'organe ou les surfaces pariétales des méninges.

M. Foville a décrit d'une manière particulière cette dernière, qui, au surplus, n'existe que très rarement indépendamment de l'inflammation des autres parties des méninges. Elle reconnaît le plus souvent pour cause les violences extérieures, les blessures et les ruptures de la voûte du crâne.

Caractères anatomiques — Ces caractères ne diffèrent point essentiellement de ceux de l'inflammation en général; ils présentent seulement quelques particularités en raison de la structure et des propriétés propres aux tissus affectés. La première période, la période d'acuité, se trahit d'abord par une rougeur qui peut être portée immédiatement à un si haut degré, qu'elle ressemble à une véritable suffusion sanguine dans l'épaisseur et à la surface des tissus; mais elle est d'ordinaire plus manifeste au-dessous de l'arachnoïde, dans l'épaisseur de la pie-mère. Le plus habituellement, l'arachnoïde et la pie-mère ne sont recouvertes que d'une simple arborisation ou d'un pointillé plus ou moins abondant. Ces membranes sont en même temps turgescentes, et présentent une tuméfaction plus ou moins considérable. Il ne manque plus, en vérité, pour caractériser l'inflammation telle qu'on la décrit au point de vue pathologique, que la chaleur et la douleur; mais ce ne sont que des phénomènes purement physiologiques que l'on ne saurait constater après la mort.

Dans cet état de choses, les tissus perdent réellement de leur cohésion, en sorte que la pie-mère, l'arachnoïde, les plexus choroïdes et les membranes ventriculaires, sont douées d'une très grande friabilité et se déchirent très facilement sous le doigt. C'est ce que l'on a désigné sous le nom générique de ramollissement, entièrement analogue, quant à son mode de formation, au ramollissement du cerveau et des organes parenchymateux. A cette période, ces membranes sont recouvertes quelquefois de granulations qui, cependant, se rencontrent plus spécialement à la suite de la méningite chronique, ou bien d'une forme particulière de cette maladie qui, dans cer derniers temps, a beaucoup occupé les médecins. Nous voulons parler de la méningite tuberculeuse.

Les surfaces de l'arachnoïde et des ventricules sont simplement humectées et lubrifiées, à l'état normal, par un liquide séreux; mais il n'existe pas, à proprement parler, de sérosité dans leurs cavités; et si l'on vient à en trouver, c'est qu'elle s'est formée dans les derniers moments de l'individu. Une sécrétion ne doit être considérée comme le résultat d'une inflammation qu'autant que les propriétés chimiques de la sérosité, du sécrétum, sont changées. Or, dans la plupart des cas, on trouve tantôt la cavité arachnoïdienne et tantôt celle des ventricules distendues par la présence d'une quantité considérable de sérosité transparente encore, pourtant un peu moins transparente que la sérosité normale, et un peu plus épaisse. Telle est la transition véritable de l'état normal à l'état inflammatoire. Ce sont là ces hydropisies actives qui constituent un état de *protophlogose*, si l'on peut ainsi dire, et auxquels il ne faudrait qu'un degré de plus pour constituer une inflammation véritable.

Les symptômes de cette protophlogose sont d'ailleurs identiquement les mêmes que ceux de l'inflammation proprement dite, qui ne diffère de la première que par les caractères du sécrétum. Ainsi, dans l'une, nous voyons un liquide séreux, peut-être un peu moins liquide, remplir les cavités ventriculaire et arachnoïdienne; tandis que dans la seconde, ce liquide est plus épais, visqueux, opaque, le plus souvent infiltré sous l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère, où il se présente alors sous forme demi-concrète, de gélatine. L'arachnoïde et la membrane ventriculaire semblent en être imbibées et ne devoir leur épaississement, leur boursouflement, qu'à cette imbibition, en même temps que leurs cavités en sont remplies. Il arrive, dans ce dernier cas, que, pour la plupart du temps, ce liquide opaque finit par se diviser, à la surface et dans la cavité des membranes, en deux parties dont l'une est liquide et assez limpide, et l'autre floconneuse, amorphe et pulpeuse. Il n'y a donc pas une énorme différence quant au mode de formation de ces *deux degrés* d'une même maladie, qui sont cependant si distincts si l'on a égard seulement aux altérations anatomiques. En effet, l'une, l'hydropisie active (*protophlogose*), reste stationnaire et fournit toujours un liquide abondant qui ne varie pas, à moins qu'il n'y ait un mouvement surajouté, une intensité plus grande, qui la convertisse en véritable inflammation; celle-ci, au contraire, fournit une sérosité lactescente, épaisse, qui se convertit facilement, et pour la plupart du temps, en pseudo-membranes plus ou moins épaisses et douées de densité, qui, le plus souvent, s'organisent de telle sorte, qu'elles sont sillonnées de stries rougeâtres indiquant la formation de nouveaux vaisseaux.

Si la maladie, au lieu de se terminer brusquement par la mort, comme cela arrive le plus habituellement, se prolonge au delà de trois à cinq semaines, par exemple, les fausses membranes étant parfaitement organisées, et faisant en quelque sorte corps avec les membranes arachnoïdienne ou ventriculaire, le mouvement inflammatoire baisse d'intensité, le liquide sécrété se produit moins trouble, moins épais et plus limpide; l'épanchement augmente, et au travail inflammatoire succède un simple travail hypertrophique; en sorte que la sécrétion, plus abondante, présente tous les caractères qu'elle avait dans le premier cas. M. Foville a décrit, dans son article *Méningite*, des fausses membranes qui tapissaient toute la cavité de l'arachnoïde, et qui constituaient presque une cavité nouvelle. Nous avons eu, l'année dernière, occasion d'en observer un cas très remarquable. A part ces fausses membranes, il est probable que beaucoup d'hydrocéphales n'ont pas eu d'autre origine que celle-ci. On remarque très souvent alors, comme à la suite d'une hydropisie, des plaques laiteuses très minces et adhérentes sur la surface interne des séreuses.

Mais les choses ne se passent pas toujours de cette façon, et à l'injection, à l'épaississement des membranes, à la sécrétion qui se fait dans les premiers moments de la méningite, succède bientôt une suppuration plus ou moins abondante. Dans certains cas, nous avons trouvé la pie-mère abreuvée d'un pus phlegmoneux bien lié; la surface interne de l'arachnoïde en est quelquefois couverte, ainsi que celle des ventricules, selon que chacune de ces parties a été le siége de l'inflammation; mais il est très fréquent de le trouver au-dessous de l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère, et l'on peut acquérir la certitude de sa position en promenant légère-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Interpellations à la Chambre. — Nouveau système de prospectus. — La fièvre typhoïde à l'Académie. — Les orateurs de l'Académie. — M. Rochoux. — Lettre de M. Polycarpe.

Ce n'était pas de M. Bouillaud, j'ai besoin de le dire, que je voulais parler, mardi dernier, en annonçant les interpellations d'un député à M. le ministre de l'instruction publique, sur le projet de loi qui nous concerne. Nous savons tous que l'honorable professeur siége sur les bancs de l'opposition, et que ce n'est pas lui qui trouve admirable tout ce qui sort des cartons ministériels. C'est cependant M. Bouillaud qui a fait l'interpellation, et j'en ai regret. J'aurais aimé voir cet esprit distingué enrôlé sous notre bannière, et témoigner, au moins par quelques mots, que, comme nous, il pense qu'il y a peut-être un grand danger à laisser s'élaborer un projet de loi sans que le corps médical ait pu faire connaître ses besoins, ses désirs, ses espérances. Nous ne perdons pas espoir de le ramener à nos convictions; elles doivent plaire à son esprit généreux, et ce sera pour nous un grand honneur.

— J'ai reçu le prospectus de deux journaux qui, rédigé cependant par deux hommes d'esprit, contient quelque chose que je n'aurais pas voulu y voir. Ces deux journaux, dit le prospectus, renferment plusieurs milliers se lettres de plus que tel autre qu'il désigne. Parbleu, messieurs, la belle avance! D'abord, il faut vous croire sur parole; car, quel est le malheureux confrère assez enragé de la méthode numérique, pour aller compter les deux ou trois cent mille lettres dont vous vous vantez? En puis, pour qui donc me prenez-vous, que je veuille préférer le nombre à la qualité? C'est fort maladroit; et je suis encore tout boursouflé de votre mauvais compliment.

— La fièvre typhoïde, cette bête noire et bien noire de M. Castel, est l'aliment ordinaire et inévitable des discussions médicales de l'Académie de médecine. Les chirurgiens ont au moins le talent de varier leur thème; ils passent volontiers des fractures au cancer, et du bec-de-lièvre aux anévrismes. Les médecins ne peuvent pas sortir de la fièvre typhoïde; ils remuent et ressassent ce sujet, ils s'y cramponnent comme à une ancre de salut, et l'on dirait qu'à l'Académie, la science médicale tout entière pivote sur les plaques de Peyer. Invariablemeot aussi, le même sujet ramène les mêmes orateurs et les mêmes oraisons augmentées, si ce n'est corrigées. M. Castel vient répéter pour la centième fois son discours sur les fièvres, qui sera immanquablement réfuté pour la centième fois par M. Rochoux.

Je viens d'écrire un nom qu'il ne m'est plus possible d'éviter. En effet, cet orateur a fait un assez long discours mardi dernier, qui me fournit une occasion inévitable de l'arrêter au passage.

J'ai lu quelque part, dans Plutarque je crois, dans Montaigne peut être, qu'il est rare que ceux qui ne savent pas se taire sachent bien parler. Je ne voudrais pas prendre cet apophthegme sous mon bonnet, et je serais bien aise de savoir au juste à qui il appartient. Il serait piquant qu'il nous vint d'Epicure, cet ami très intime de M. Rochoux qui depuis vingt-cinq ans poursuit sa réhabilitation scientifique et morale. D'où qu'elle vienne, cette pensée est juste et vraie, et les assemblées politiques comme les sociétés savantes en constatent tous les jours l'exactitude. Oui, il est rare et très rare que ceux qui parlent le plus soient ceux qui parlent le mieux. J'aurais regret et chagrin de faire de ceci application à M. Rochoux, qui est bien le plus honnête et le meilleur des hommes; ce ne serait pas d'ailleurs tout à fait justice. Mais comment, dans cette revue des orateurs académiques, éviter l'orateur le plus habituel de cette compagnie? Comment me soustraire à la nécessité de parler de M. Rochoux, qui parle sans cesse? D'après l'ordre de fréquence, il aurait dû incontestablement passer le premier, et c'est une grande preuve que je lui ai donnée de mon estime et de mon affection d'attendre jusqu'ici.

Après tout, je n'ai rien de bien vif à en dire, et le plus fort est fait. Si M. Rochoux est incontestablement atteint d'une logorrhée intense et chronique, je crois qu'on peut l'expliquer par une cause toute naturelle. Cet honorable académicien habite Bicêtre, où il vit seul, retiré du monde et loin de tout contact avec les hommes. Il est d'observation physiologique, qu'un organe qu'on n'exerce pas s'affaiblit et s'atrophie; or, M. Rochoux, qui est bon physiologiste, a peur de voir s'atrophier, dans son exil volontaire, sa langue et son larynx; aussi, après six grands jours passés dans le mutisme, s'empresse-t-il, le septième, de mettre en action, et aussi souvent qu'il le peut, toutes ses puissances vocales, labiales et linguales. Vous vous demandez souvent, en entendant M. Rochoux: Mais pourquoi donc a-t-il pris la parole? Vous ne vous ferez plus cette question désormais, en pensant au petit exercice gymnastique hebdomadaire indispensable à l'entretien des organes vocaux de cet académicien. Ses heureux collègues peuvent parler à l'aise pendant toute la semaine, et Dieu sait s'ils s'en acquittent; M. Rochoux, lui, n'a qu'un seul jour, et deux heures seulement pendant ce jour; quoi d'étonnant qu'il profite de son temps, et qu'il en prenne pour six jours d'abstinence?

Cette petite explication donnée sur la cause d'une évidente logorrhée, éludions-en les symptômes et la nature.

M. Rochoux parlait un jour, à l'Académie, d'un plaisant qui avait fait gageure de refaire l'Encyclopédie avec un pot-au-feu. Dans la première partie, il traiterait de tout ce qui entre dans cet aliment patriarcal; et dans la seconde, de tout ce qui n'y entre pas. Dans la discussion académique, M. Rochoux est un peu de la famille de ce plaisant-là.

Ce n'est pas le pot-au-feu qu'il met à toute sauce; mais son ami Epicure et sa philosophie matérialiste, et son système atomique. Qu'il s'agisse de pratique ou de dogme, de théorie ou d'application, d'histoire ou d'expérimentation, soyons certains que, par un trou ou par un autre, l'épicurisme, c'est-à-dire M. Rochoux, montrera le bout du nez. C'est la personnification, la transfiguration, l'incarnation des dogmes de cette philosophie qui, jusque sur les banquettes académiques, soulève d'orthodoxes et violentes répugnances. C'est que M. Rochoux n'en voile pas les nudités sous quelque chaste et pudique vêtement; c'est qu'orateur abrupte et dégagé, il n'entourera pas d'un prudent et cauteleux langage ses convictions franchement. — M. Gerdy dirait cyniquement — matérialistes. Non, ce que pense M. Rochoux, il le dit sans façon et sans gêne; avec une indépendance qui, en d'autres temps, sentirait le fagot, et une liberté qui fait se signer toutes les âmes pieuses de l'endroit. La matière: M. Rochoux ne sort pas de là; et cet homme d'un incontestable esprit, fait à l'esprit une guerre incessante et acharnée.

M. Rochoux a offert, offre encore, et offrira jusqu'à complète solution, un prix de dix mille francs à celui qui lui montrera un fait qui ne soit pas de l'ordre physique; je ne sache pas qu'aucun concurrent se soit encore présenté. Et cependant, un philosophe moderne avait dit, quelque temps avant le programme de M. Rochoux: « Nous » croyons qu'il y a des faits qui ne sont point visibles à l'œil, point » tangibles à la main, que le microscope ni le scalpel ne peuvent at- » teindre si parfaits qu'on les suppose, qui échappent également au » goût, à l'odorat et à l'ouïe, et qui cependant sont susceptibles d'être » constatés avec une absolue certitude. » Pourquoi M. Jouffroy, qui a écrit ces lignes, est-il mort si jeune et sans avoir connu la fondation Rochoux? Ses convictions, qui sont restées à l'état d'assertion, auraient, sans doute, pris le caractère d'une démonstration en règle. Quoi qu'il en soit, et c'est ce qui rend M. Rochoux si fort et si hardi, personne, ni dans l'école néoplatonicienne, ni dans le dogme néo-catholique, n'est venu relever le gant de cet académicien. Je le regrette, moi qui instinctivement et par sentiment répugne aux croyances de ce médecin. Dix mille francs sont bien faits cependant pour tenter l'ambition même d'un spiritualiste renforcé. J'aurais bien bonne envie, quant à moi, de gagner ce prix-là: comment faire?

Avec un adversaire comme M. Rochoux, cela devient fort difficile. Parlez-lui phénomènes intellectuels, il vous répond matière cérébrale; parlez-lui vertu, courage moral, il vous répond tempérament; dites-lui conscience, il vous dit éducation; dites-lui probité, pitié, dévouement, charité, etc., etc., il vous répond atomes. Les atomes de M. Ro-

ment le doigt sur la membrane séreuse; car alors on le voit changer de place au dessous de l'arachnoïde.

Il survient souvent, outre ces lésions anatomiques, des granulations plus ou moins bien organisées, véritables tubercules qui siégent, soit à la surface de l'arachnoïde, soit dans l'épaisseur de la pie-mère elle-même, il faut bien observer que ce n'est pas dans tous les cas qu'ils peuvent naître; mais plus particulièrement, et presque exclusivement, chez les individus lymphatiques, lesquels présentent le plus fréquemment aussi ces péritonites tuberculeuses, ainsi que les péricardites et les pleurésies tuberculeuses que l'on a si souvent occasion de rencontrer. Nous ne partageons pas l'opinion de beaucoup d'auteurs; à savoir, que ces tubercules préexistent à l'inflammation des méninges qu'ils finissent par déterminer; nous pensons, au contraire, qu'ils sont constamment précédés par une inflammation qui les produit, et qu'une fois développés, si cette inflammation se calme et se trouve arrêtée dans sa marche par une circonstance ou par une autre, ils peuvent subsister des années sans déterminer aucune inflammation, aucune altération anatomique plus étendue, de la même manière, par exemple, que les granulations qui surviennent sur les valvules du cœur, à la suite d'une endocardite intense et négligée. Maintenant, quelle est la nature de ces granulations, de ces tubercules, que les auteurs n'ont examinés que trop superficiellement, il faut bien le dire, et qu'ils s'accordent, sans savoir pourquoi, à regarder comme une affection spéciale, *sui generis*, dont ils ne veulent jamais reconnaître la véritable cause génératrice? Nous touchons ici à une des plus vastes et importantes questions, au point de vue de la pathogénie: car il s'agit de dire, non seulement ce que sont les tubercules des méninges, mais les tubercules en général. Or, nous vous demandons la permission de faire à cet égard une courte digression qui ne sera certainement pas dépourvue de quelque intérêt. S. H.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Excision des amygdales par le procédé de M. Baudens; observation recueillie par M. Marturé, aide de clinique.

Rivière, infirmier militaire, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est sujet depuis seize ans environ à des angines tonsillaires qui reviennent une ou deux fois par an, et se dissipent au bout d'une huitaine de jours. Elles se déclarent ordinairement pendant l'hiver, après un froid ressenti par le malade. Le retour fréquent de ces angines a déterminé une hypertrophie considérable des amygdales.

Le 23 janvier 1844, Rivière est entré au Val de-Grâce pour une nouvelle amygdalite datant de six à sept jours. Les amygdales rouges et très tuméfiées se touchent presque, et remplissent l'isthme du gosier; le gonflement est plus prononcé à droite qu'à gauche. La déglutition est pour ainsi dire impossible; la respiration est gênée, difficile; et c'est à peine si le malade peut parler. Sous l'influence d'une saignée, d'un purgatif, et des gargarismes détersifs, l'inflammation s'est promptement calmée. Les phénomènes d'irritation ayant disparu, il n'est plus resté que l'hypertrophie des amygdales, telle qu'elle existait avant la recrudescence inflammatoire. Ces glandes sont fort grosses, la droite surtout, qui par la grande tuméfaction dont elle est le siége rend l'ouïe très dure du côté correspondant; elles ne laissent qu'un passage très étroit au milieu de l'isthme du gosier. Le malade en parlant fait entendre le son de voix particulier aux individus atteints de cette affection. Il avale sans difficulté, malgré l'obstacle que forment les amygdales par leur volume; mais comme il ne veut plus être exposé à de nouvelles rechutes, il demande qu'on lui pratique l'excision de ces organes.

Le 30 janvier, cette opération a été pratiquée par M. Baudens, de la manière suivante. On a fait assoir le malade sur une chaise un peu haute, la tête relevée est appuyée contre la poitrine d'un aide qui, placé derrière lui, a appliqué le petit doigt de chaque main sur les commissures des lèvres, et les a portées en arrière vers l'oreille, en même temps qu'avec les deux index il tenait la lèvre supérieure relevée vers sa partie moyenne. Un second aide abaissait légèrement la lèvre inférieure avec un doigt. En faisant tenir la bouche ouverte de cette façon, on diminue beaucoup la profondeur de la cavité buccale. Il a été ensuite recommandé au malade de faire une inspiration lente et continue; de cette manière la langue ne gêne pas l'opérateur, et les amygdales sont aussi à découvert que possible. Du reste, avec un couteau en bois pareil à ceux qui servent pour couper le papier, mais cependant plus fort et plus long, la langue a été maintenue abaissée. On a eu le soin d'appliquer ce couteau vers la pointe de l'organe et non vers sa base, parce que lorsque l'instrument est trop enfoncé, il survient des spasmes et des mouvements convulsifs qui empêchent d'opérer. Or ces accidents n'arrivent pas si l'on appuie sur la langue seulement vers sa pointe.

Après ces préliminaires. M. Baudens a saisi et tiré en avant l'une des amygdales avec une érigne à quatre crochets, montée sur un long manche; puis portant au-dessous de la glande son long bistouri boutonné à tranchant concave, il en a fait l'excision de bas en haut. Pareille manœuvre a été mise en usage pour exciser l'autre amygdale. Pour celle du côté droit, M. Baudens s'est servi de la main gauche, et de la main droite pour celle du côté gauche.

A l'aide de ce procédé, l'opération a été faite avec la plus grande facilité et sans douleur pour le malade.

Le 31, Rivière a éprouvé dans la journée d'hier un peu de douleur en avalant; ce matin cette douleur est moindre, la dureté de l'ouïe du côté droit a disparu, et la voix a repris son timbre normal.

Le 3 février, la déglutition s'exerce librement et sans la moindre douleur; il n'est survenu aucun accident inflammatoire vers les parties où l'on a pratiqué l'opération.

Le 8, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

— L'excision des amygdales est en général facile à pratiquer; deux circonstances pourtant viennent entraver son exécution, à savoir la profondeur à laquelle il faut porter les instruments et les mouvements convulsifs dont le malade peut être affecté.

Il est aisé d'obvier au premier de ces inconvénients, si l'on procède comme le fait M. Baudens. En maintenant la bouche ouverte, ainsi que nous l'avons indiqué, les deux commissures labiales portées en arrière vers les oreilles, la cavité buccale se trouve en partie effacée, l'espèce d'entonnoir au fond duquel on doit agir a moins de profondeur, et les amygdales se présentent à la plus petite distance possible. Un autre point à noter dans ce temps de l'opération, c'est la manière dont le malade place sa langue. Lorsque le chirurgien lui dit d'ouvrir la bouche, voici ce qui arrive: la pointe de la langue se porte en arrière en même temps qu'elle se recourbe en bas; la face dorsale se bombe et forme une surface convexe dont la partie postérieure vient s'appliquer contre le voile du palais et les amygdales, qui se dérobent ainsi à la vue de l'opérateur. On triomphera de cet obstacle en recommandant au malade de faire une inspiration lente et continue. Pendant cette inspiration, la base de la langue s'abaisse et se porte en arrière, sans que pour cela sa pointe se recourbe en bas et que sa surface dorsale se bombe de façon à cacher les tonsilles; le voile du palais s'élève, les piliers s'écartent et se tendent: les amygdales alors sont tout à fait à découvert. Cette indication, donnée déjà depuis plusieurs années par M. Baudens, est très importante, et mérite de fixer l'attention des opérateurs.

Quant au second inconvénient, il est également facile à éviter. En général, les spasmes, les nausées, les vomissements ne surviennent que parce qu'on enfonce trop la spatule ou l'instrument dont on se sert pour abaisser la langue. Mais en agissant comme nous venons de l'indiquer, on n'a pas besoin de recourir à cette manœuvre: la langue s'abaisse d'elle-même par suite de l'inspiration lente et continue que fait le malade, et il suffit d'appuyer légèrement sur son extrémité antérieure pour la maintenir dans cette position. On se met ainsi à l'abri de ces accidents convulsifs qui, dans quelques cas, rendent l'opération très laborieuse.

D'un autre côté, la forme particulière des instruments concourt à son tour à faciliter l'exécution du manuel opératoire. Pour maintenir la langue, M. Baudens se sert d'un couteau en bois pareil à ceux qui servent à couper le papier; il confie ce couteau à un aide qui peut très bien s'effacer, et ne gêne nullement le chirurgien. Puis avec une érigne portée en arrière et en bas de l'amygdale, il saisit en plein cette glande, et la dégage par une traction assez forte; il en pratique alors l'excision à l'aide d'un bistouri qu'il fait agir en sciant de bas en haut, afin que l'écoulement sanguin ne masque pas les parties sur lesquelles on opère. L'érigne dont M. Baudens fait usage est montée sur un long manche, et porte quatre forts crochets qui lui donnent assez d'analogie avec une main; ces crochets ne sont pas recourbés en *S* italique, ils n'ont qu'une simple courbure. Cette érigne est bien plus maniable que les pinces de Museux; elle offre, en outre, de grands avantages: d'une part, il est difficile, à cause du nombre des crochets, qu'elle lâche prise pendant l'opération, car si un ou deux crochets viennent à se dégager, l'amygdale reste toujours saisie par les autres; d'autre part, comme les crochets n'ont pas double courbure, on peut aisément lâcher l'amygdale et dégager l'érigne, dans le cas où il surviendrait des mouvements convulsifs, des nausées, etc. Le bistouri a un manche et une lame d'une grande longueur, il est boutonné et à tranchant concave; ce tranchant n'occupe qu'une très petite partie de la longueur de la lame, qui par cette disposition n'a pas besoin d'être enveloppée de linge, ainsi que cela se fait d'habitude; le linge peut se déranger, et il ne met pas toujours à l'abri de la lésion du bord libre des lèvres. Le dos de la lame du bistouri sert, en outre, à maintenir la langue pendant l'excision.

Une condition commune aux instruments dont se sert M. Baudens, c'est leur longueur. On conçoit sans peine que les manœuvres au fond de la bouche sont bien plus faciles à pratiquer avec de longs instruments qu'avec des instruments de courte dimension; l'on évite ainsi de porter les mains à l'entrée de la bouche et de fermer l'ouverture, au fond de laquelle l'œil de l'opérateur doit pénétrer.

Le procédé opératoire tel que nous venons de le décrire, offre à la fois la plus grande simplicité et la plus grande sûreté; il est préférable, sous tous les rapports, à ces espèces de guillotines inventées dans ces derniers temps. Ces instruments, dus à une idée peu chirurgicale, sont loin d'ailleurs d'être exempts de tout reproche: ainsi, ils n'embrassent pas

---

choux sont arrangés pour qu'il ne croie à rien qu'à la matière, les atomes de Bossuet fonctionnaient pour qu'il crût à l'existence de Dieu et à l'immortalité de la pensée. Toute la différence gît dans l'arrangement primitif et moléculaire de nos organes. Si vos atomes s'accrochent mal, vous êtes un athée; s'ils se rencontrent bien, vous êtes un saint Bernard. — Mais, dit-on quelquefois à M. Rochoux, voici un homme qui a vécu vingt ans athée, et qui devient tout à coup croyant et religieux, comment atomiquement expliquez-vous cela? — C'est fort simple, répond Epicure; voici un morceau de fer doux; il ne présente en ce moment rien de ce qu'il présentera tout à l'heure; attendez que je le soumette à quelques phénomènes galvaniques, et vous allez voir quels changements soudains. Que s'est-il passé là? Je n'en sais rien, mais c'est certainement quelque chose de physique et de matériel. — Mais, monsieur Rochoux, voyez cette grande intelligence qui succombe, un grand génie qui s'éteint dans l'aliénation, c'est le Tasse, c'est Pascal, c'est Jean-Jacques. A sa mort, nous cherchons fibrille par fibrille, rien; tout est sain, normal, organique dans ce cerveau, qui ne sécrétait plus que des pensées incohérentes et folles après s'être élevé aux conceptions les plus sublimes. Où donc placez-vous la folie? — Votre embarras m'étonne, répondra M. Rochoux; voici une lame de cuivre préparée d'une certaine façon, frappez dessus, elle rend un son éclatant et retentissant, c'est une cymbale. Laissez-la tomber par terre, examinez; rien n'y paraît, ni fêlure, ni fissure, même état, même aspect; frappez dessus, plus de vibrations sonores, cet instrument si bruyant tout à l'heure, ne rend plus qu'un son de pot fêlé. Que s'est-il passé là? Je l'ignore; mais nierez-vous que ce soit quelque chose de matériel et de physique?

Ainsi, sur quelque point que vous preniez M. Rochoux, je vous défie de le trouver en faute. Il a réponse à tout, et cela par des exemples pris dans l'ordre matériel et tangible. Là où le scalpel lui fait défaut, il invoque le microscope; si le porte-objet devient obscur, il a recours au verre à réactifs, et si celui-ci est impuissant ou muet, il se retranche, comme dans un fort imprenable, dans l'atomisme épicurien. Vous comprenez que peu de gens ont le courage d'aller le suivre jusque-là et de se colleter avec des atomes. Aussi M. Rochoux trouve-t-il peu de contradicteurs à l'Académie. N'étaient l'hippocratisme de M. Castel et surtout le spiritualisme de M. Gerdy, qui de temps à autre se révoltent contre ce matérialisme sans frein et sans mesure, on pourrait croire à la tiédeur et au silence de l'assemblée, ou que l'orateur n'y produit aucune sensation, ou qu'il n'y a plus ni indignation, ni colère contre des doctrines si peu orthodoxes.

M. Rochoux, comme on le voit, est l'exagération de l'école anatomique de Paris poussée jusqu'à ses dernières limites. A vrai dire, personne, aujourd'hui, ne tient le drapeau de ces doctrines d'une main aussi ferme et aussi résolue, et personne ne pousse leur impitoyable logique aussi loin que le médecin de Bicêtre. Est-ce effroi de leurs conséquences, est-ce par déception de leurs résultats, est-ce un retour sincère et convaincu vers des idées plus spiritualisées qui porte l'Académie à laisser M. Rochoux marcher à peu près seul dans cette voie matérialiste? Je n'ose trancher cette question, je constate seulement que malgré ses efforts et sa persévérance, M. Rochoux fait infiniment peu de prosélytes, du moins ouvertement.

N'allez pas croire, cependant, que le médecin qui professe ces tristes et froides doctrines ait été moralement atteint de leur désolante sécheresse; non, et en voyant la gaieté, l'enjouement, la bienveillance et la sérénité de M. Rochoux, on croirait plutôt à quelque jeu d'esprit qu'à une conviction bien arrêtée. Ce n'est ni par misanthropie, ni par indignation, ni par envie que cet académicien s'est retiré sur les hauteurs de Bicêtre; philosophe pratique par excellence, vivant de peu, se contentant de peu, n'ayant qu'une passion, celle de l'étude et de la science, le médecin de Bicêtre aime la retraite pour la tranquillité d'esprit qu'elle procure, pour les loisirs qu'elle laisse à l'homme studieux. Médecin de l'infirmerie des vieillards de ce vaste hospice, il a borné là toute son ambition de praticien, et il a fui la clientèle avec le même empressement que d'autres emploient à la chercher. M. Rochoux est un homme d'une instruction complète et variée, il a doté la science de plusieurs travaux remarquables, et son traité sur l'apoplexie est une des meilleures monographies de ce siècle.

Mais, je le dis en ami véritable, il parle trop souvent à l'Académie, d'autant plus qu'il ne compense pas toujours par les qualités agréables et brillantes de l'orateur, l'abus qu'il fait de la parole. Il n'est pas de sujet à l'ordre du jour qui ne rencontre M. Rochoux dans la lice; il parle de tout et sur tout, non pas une fois, mais plusieurs fois, et un numérateur de mes amis a compté que cet orateur a pris 117 fois la parole en 52 séances d'une année, environ deux fois et demie par séance. C'est fabuleux: l'éloquence de Mirabeau et de Foy en deviendrait monotone et fatigante, et M. Rochoux n'a pas la prétention je suppose, de s'élever à cette hauteur oratoire. A part les jours exceptionnels où M. Rochoux est en verve, ses propositions aiguës et tranchantes se couvrent d'une phrase ordinairement lourde et empâtée, embarrassée et hésitante.

M. Rochoux a de l'esprit, mais il manque souvent de goût et de mesure, il a une instruction variée, mais il en tire mal profit, et ses citations n'ont pas toujours l'à-propos et la justesse désirables. Son esprit éminemment contradicteur le rend quelquefois un peu taquin à l'Académie. Autre travers qui l'a mis fort mal avec messieurs les journalistes, M. Rochoux ne trouve jamais les séances assez longues ni assez fréquentes; constamment il vote contre la clôture des discussions, et quelquefois il demande des séances supplémentaires!.... Je ne puis rien dire de plus fort.

Jean Raimond.

Boîte aux Lettres.

M. Fabre a reçu la lettre suivante, qu'il me prie d'insérer sans altération de texte.

ourville, le 24 juin 1845.

Monsieur Fabre d'aprêts l'avis d'un médecin de la ville de Rouen qui m'engage de vous envoyé les pièces que j'ai recu de la part de M. sonspréfet d'Yvetot et de votre excellence M. le Ministre du commerce et de la Maison du Roi et de M. le seigneur députés de seine Inférieure qui me dit m'entendre avec un médecin des hôpitaux de paris pour faire l'application de mon remède, je vous prie bien Monsieur Fabre de me donner un avis qui soit sage et prudent à cet égard, si étiés assez bon pour me faire enlré dans un des hôpitaux de paris sous un médecin qu'il ne soit pas membre de l'academie royale de médecine pour en faire l'application, ces dans l'interêts de l'humanité et de mon pays que je vous demande cette acte d'humanité, car l'academie royale de médecine à dit à votre excellence M. le ministre du commerce que mon remède n'avait pas la propriété que je lui attribuais de guérir les dartres et les ulcères l'academie royale de médecine a trompé votre excellence M le Ministre du commerce sur son rapport moi je veux prouver devant les plus célèbrent médecins de la ville de Paris que l'academie est tombée dans une grande berreur j'ai la conviction d'un homme sur de ce qu'il avance après 35 année d'application, il est fort rare quand le succès n'a pas courronné me effort

Mon secret à la propriété de guérir les dartres. les ulcères, les abcès, un autre secret que je viens faire pour obtenir la guérison des blessures tant vieilles que nouvelles, écrouelles, ou humeurs froides, et tumeurs blanches, un autre secret que je viens de faire pour obtenir la guérison des brûlures ces trois secrets sont efficace et infaillible.

Si vous voulez honoré ma lettre d'un mot de répouse d'ici 8-10 jours je suis prêts de vous obéir en vous portant les pièces de conviction

Agréez Monsieur mes civilités Bellille Policarpe.

Monsieur Policarpe,

M. Fabre me charge de vous dire que votre lettre lui a procuré une grande satisfaction. Il regrette de ne pouvoir vous être utile; mais un homme qui possède autant de secrets que vous, trouvera bien ceux de se faire écouter par qui de droit.

J'ai bien l'honneur, Monsieur Policarpe, d'être votre serviteur de tout mon cœur.

Jean Raimond.

également bien dans leur cercle toutes les amygdales hypertrophiées qui se présentent souvent avec un volume très variable ; il faudrait donc avoir des anneaux de différentes dimensions. De plus, il arrive quelquefois que l'excision faite de cette manière n'est pas assez complète, qu'une partie de la glande excisée fait saillie entre les piliers du voile du palais, et occasionne encore de la gêne et de la douleur pendant l'acte de la déglutition ; on n'a alors pratiqué qu'une demi-opération. Par ces motifs, M. Baudens rejette tout à fait l'emploi de ces instruments, qu'on doit abandonner comme ceux inventés pour l'opération de la cataracte ; ils ne peuvent avoir quelque mérite et quelque valeur qu'auprès des hommes inhabiles à manier le bistouri.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Calculs vésicaux chez un homme de soixante-cinq ans. Taille périneale. Remarques cliniques faites sur cette matière.

(Suite du nº du 26 juin.)

L'hémorrhagie consécutive à la taille est un accident bien grave et qui a beaucoup occupé les chirurgiens. On pourrait s'étonner tout d'abord de voir ces hémorrhagies consécutives avoir lieu si souvent à la suite d'une opération où on ne coupe ordinairement que des vaisseaux d'un petit calibre ; car les vaisseaux importants tels que la honteuse interne, etc., sont assez éloignés du lieu où on pratique l'incision ; et d'ailleurs, comment se fait il que tandis que nous sommes maîtres des hémorrhagies provenant de gros vaisseaux à la suite de nos grandes opérations, dans les hémorrhagies consécutives à la taille nos moyens hémostatiques échouent souvent, et les malades sont exposés aux plus fâcheuses conséquences ? Pourtant on se rendra compte de cette différence si on réfléchit que dans la taille on coupe, il est vrai, des vaisseaux peu volumineux, mais qu'on ne lie pas, la plaie étant laissée ouverte et béante, pour les raisons que j'ai déjà données plus haut, que d'ailleurs ces vaisseaux sont si profondément placés, à peu d'exceptions près, qu'il est à peu près impossible de les reconnaître au milieu des tissus et d'y porter une ligature ; que souvent ce sont des vaisseaux d'un certain volume qui fournissent l'hémorrhagie, comme les branches de la transverse du périnée, des hémorrhoïdales ou de la honteuse interne ; or, encore une fois, ces vaisseaux sont placés à une profondeur telle dans les tissus qu'il est impossible de les atteindre. Ajoutez que l'urine, s'écoulant continuellement à travers la plaie, délaie le sang et les caillots qui peut être se formeraient dans les orifices des vaisseaux ouverts et opposeraient un obstacle efficace à l'hémorrhagie, ne peuvent pas s'organiser. D'après cela vous comprendrez facilement pourquoi ces hémorrhagies consécutives, alimentées par de si petits vaisseaux, sont ordinairement si graves.

Heureusement ces hémorrhagies ne sont pas trop fréquentes, et le plus souvent quand elles se présentent reconnaissent pour cause principale une prédisposition particulière individuelle. Ainsi l'expérience a démontré qu'elles sont très rares chez les enfants, qu'elles surviennent plutôt chez les personnes d'un âge avancé, affaiblies et d'une constitution détériorée. On a remarqué aussi que chez les sujets travaillés depuis longtemps par les douleurs qui accompagnent la présence de la pierre, il se fait un développement considérable des vaisseaux de la région périnéale qui doit prédisposer singulièrement aux hémorrhagies : la chose est très facile à concevoir.

Vous pourrez dire qu'on pourrait prévenir ces hémorrhagies en introduisant une canule dans la plaie, et en tamponnant un peu cette ouverture, mais comme nous avons déjà dit ailleurs, à moins de faire un tamponnement exact, ce moyen est infidèle et insuffisant, et d'ailleurs il y aurait de graves inconvénients à introduire un corps étranger dans la vessie. C'est pourquoi on a depuis longtemps rejeté ce moyen supposé préservatif de l'hémorrhagie, et on attend les événements, prêt à y porter remède s'il est nécessaire.

Les hémorrhagies consécutives aux opérations effraient beaucoup plus les malades que les primitives. Je l'ai démontré avec beaucoup de détail en traitant à fond cette question. Indépendamment de cette circonstance, l'hémorrhagie consécutive à la taille est grave par elle-même. En effet, quand elle arrive, le sang ne s'écoule pas toujours au dehors par l'effet de la forme de la plaie et de la position qu'on donne aux malades ; il stagne souvent dans l'intérieur de la vessie. Ce serait beaucoup moins fâcheux s'il pouvait s'écouler au dehors, car on pourrait facilement y mettre obstacle. Lorsque au contraire l'écoulement se fait dans la vessie et prend par conséquent le caractère d'hémorrhagie interne, l'accident devient naturellement plus grave. Vous n'êtes pas sans savoir que, toutes choses égales d'ailleurs, l'hémorrhagie interne est beaucoup plus sérieuse que l'externe ; les faits pullulent dans la science à cet égard. Quand cet accident arrive, on peut difficilement s'imaginer, si on ne l'a pas vu, dans quel état fâcheux tombent rapidement les opérés ; ils s'affaissent bientôt, leurs traits s'altèrent d'une manière effroyable, et, sans des secours prompts et bien efficaces, ils ne tardent pas à succomber. Aussi chez notre malade nous n'avons omis aucune précaution pour prévenir un si fâcheux accident, et nous avons donné aux internes nos instructions précises.

Supposons maintenant qu'on s'aperçoive de cette hémorrhagie interne ; c'est un bien grand embarras d'y remédier ; il faut enlever les caillots sanguins qui se sont formés dans la vessie, laver l'intérieur de cet organe, etc., et, en supposant qu'on arrive à arrêter l'écoulement, comment en préviendra-t-on le retour sans employer un tamponnement très fort, qui naturellement irriterait le col de la vessie ou même sans avoir besoin de la cautérisation ou de la ligature des vaisseaux, s'ils sont visibles ?

Cette hémorrhagie peut arriver plus tôt ou plus tard ; je l'ai vue paraître même au dixième jour. Dans quelques cas je me suis trouvé dans la nécessité de lier la honteuse interne. Pendant longtemps les chirurgiens n'ont pas pensé à ce moyen d'arrêter l'hémorrhagie opiniâtre dans la taille. J'en eus l'idée, et je m'en suis assez bien trouvé. L'opération n'est pas, du reste, bien difficile pour ceux qui connaissent l'anatomie. L'artère étant placée à la surface interne de la tubérosité ischiatique, pour peu que les sujets soient maigres, on arrive assez facilement à cette tubérosité en portant le doigt indicateur dans l'angle inférieur de la plaie, de là il n'est pas difficile non plus de parvenir sur la face de la tubérosité où se trouve couchée l'artère, et de la lier avec une forte aiguille courbe ; par exemple, celle de Deschamps. Je l'ai liée cinq ou six fois pour des hémorrhagies que rien ne pouvait arrêter, et toujours j'ai réussi quant à l'opération ; deux ou trois fois les malades sont morts, et j'ai pu reconnaître, à l'autopsie, que la ligature avait été bien faite.

Quand on songe à toutes les manœuvres à faire pour arrêter une hémorrhagie interne, il n'est pas étonnant que les malades soient exposés à de graves dangers. Notre malade jusqu'ici n'a rien eu de semblable, et aucun signe n'annonce qu'il puisse y être sujet plus tard, mais, à la rigueur, cela peut arriver, et nous ne devons pas encore chanter victoire.

Ce que disait M. Roux, en finissant ses remarques sur notre taille, était si juste, qu'en effet, deux jours plus tard, ce malade était moins bien ; les bords de la plaie s'étaient affaissés, et, malgré cela, la rétention d'urine continuait, ce qui obligeait à sonder toujours le malade ; cette manœuvre l'ennuyait, le contrariait beaucoup ; si le même phénomène continue, on lui introduira une canule dans la vessie.

Le lendemain, en effet, on introduisit une canule dans la vessie du malade, qu'on laissa à découvert ; il urinait par ce moyen, et se trouvait un peu soulagé. Quelques jours plus tard, pourtant, on l'enleva pour favoriser l'écoulement naturel de l'urine pendant que la plaie périnéale tendrait à la cicatrisation. Le malade se plaignait toujours d'un peu de douleur à la région hypogastrique ; il y avait en effet un peu de distension, mais aucun signe qui pût donner de l'inquiétude. L'état général continue à être bon, et on a lieu d'espérer que les choses se termineront d'une manière heureuse.

On espérait que l'écoulement de l'urine se ferait bientôt par l'urètre, car il s'était écoulé déjà un temps assez long depuis l'opération pour que cette fonction s'accomplît d'une manière normale ; mais, contre toute prévision, la plaie continua à rester ouverte, et l'urine à sortir par cette voie artificielle. Il s'était ajouté un peu de dévoiement qui pourtant fut arrêté, et un eschare au sacrum, résultat du décubitus prolongé sur le dos auquel avait été condamné le malade. Malgré cela, l'état général du malade se maintenait bon, et aucun symptôme alarmant ne s'était encore présenté. Enfin, au bout de trois semaines environ, la cicatrisation de la plaie périnéale commença à s'opérer ; l'urine en même temps s'écoulait en grande partie par le canal de l'urètre ; l'eschare à la région sacrée marchait aussi vers sa guérison, et tout fit espérer que le succès complet de ce beau cas ne se ferait pas longtemps attendre. En effet, le travail de cicatrisation marcha assez rapidement ; la plaie était en grande partie fermée ; l'urine s'écoulait entièrement par l'urètre, lorsque le malade, qui s'ennuyait beaucoup à l'hôpital, demanda sa sortie, en promettant de se faire soigner d'une manière convenable chez lui, comme il en avait du reste les moyens. M. Roux ne s'y opposa pas, soit parce que la guérison était si avancée qu'on n'avait pas à redouter rationnellement de nouvelles complications défavorables, soit parce qu'il craignait au contraire qu'un plus long séjour à l'hôpital ne devînt préjudiciable.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Gillette.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Faivre, qui, s'éloignant de Paris pour exercer la médecine à Montfermeil, prie la Société d'agréer les regrets qu'entraîne pour lui cette séparation, donne sa démission de secrétaire, et sollicite le titre de membre correspondant ;

2° Une note à ajouter au mémoire sur le strabisme du docteur Philippe, chirurgien aide-major de l'hôpital de Bordeaux. (Renvoyée à la commission.)

3° Des mémoires et observations cliniques de médecine et de chirurgie par M. Morand ; président de la Société médicale d'Indre-et-Loire, médecin de l'hôpital de Tours. (Renvoyés à M. Larrey.)

M. Faivre est à l'unanimité nommé membre correspondant.

La nomination d'un secrétaire est mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

— *M. Caffe* lit un rapport sur l'Institut ophthalmique établi à l'hôpital de Louvain, par M. le professeur Fréd. Hairion.

« Messieurs, dit-il, depuis la fameuse expédition française faite en Egypte à la fin du dernier siècle par notre grand capitaine, les sociétés savantes ont toutes été appelées à s'entretenir de la grave maladie connue sous le nom d'*ophthalmie des armées*, et improprement appelée *ophthalmie d'Egypte*. Ce fléau, qui avait semblé s'éteindre pendant longtemps, et ne s'était montré rarement que dans quelques localités et dans quelques régiments, n'avait donc en réalité jamais complétement disparu. Il s'était même, à diverses époques, reproduit sous forme épidémique, et en 1830, après le mouvement des troupes qui suivit la révolution belge, il sévit avec une recrudescence telle, qu'il excita au plus haut degré la sollicitude des gouvernements, qui provoquèrent des mesures auxquelles l'autorité des Pays-Bas eut naturellement la plus grande part.

» Il serait aujourd'hui intempestif de vous rappeler avec détail toutes les mesures qui furent prises, toutes les opinions qui furent émises et donnèrent naissance à une foule de travaux souvent contradictoires, mais qui décelèrent toujours de profondes connaissances scientifiques en rapport avec les progrès récents de l'ophthalmologie. Je mettrai d'autant plus de discrétion à m'abstenir de faire une revue rétrospective de tous ces travaux, que moi-même j'y ai pris une part plus directe en remplissant une mission officielle, dont je mentionnerai les résultats dans un mémoire qui fut soumis au jugement de l'Académie royale de médecine, et dont les commissaires furent les honorables membres MM. Sanson, Renoult, Gérardin et Bouvier.

» Les mesures définitives prises dans le pays où régnait l'épidémie consistèrent, après que toutes les autres tentatives furent épuisées, à diriger sur des dépôts spéciaux tous les hommes, et le nombre en était grand, atteints d'affections oculaires quelle que fût la nature de ces affections. Là seulement ils étaient soumis à un traitement, après lequel on décidait s'il y avait lieu ou non de les renvoyer à leur corps, ou de leur allouer un traitement de réforme, s'ils étaient déclarés inguérissables. Le budget de la guerre, en Belgique et dans les Pays-Bas, fut singulièrement grevé pour subvenir à ces dernières exigences.

» Notre confrère, M. Hairion, aux soins duquel a été confiée la direction de l'Institut ophthalmique de l'hôpital militaire de Louvain, vient aujourd'hui vous soumettre quelques considérations pratiques qu'il a été à même de déduire sous la garantie d'une instruction et d'une expérience dont il donne des preuves multipliées, et qui ont pu être appréciées par tous les auditeurs de ses leçons sur l'ophthalmologie, au nombre desquels je me suis plusieurs fois placé.

» Les *Annales d'oculistique* que publie avec beaucoup de talent M. Florent Cunier ont fait souvent connaître les savantes recherches de M. Hairion.

» Les deux tiers des malades qui venaient des hôpitaux, des infirmeries ou des dépôts, étaient porteurs de granulations ordinairement en partie détruites, mais quelquefois parfaitement intactes surtout aux paupières supérieures. C'est alors qu'il a été facile de se convaincre que si la cautérisation a des avantages thérapeutiques réels, le plus souvent elle ne saurait être efficace et sans conséquences funestes que lorsqu'elle est combinée avec d'autres agents médicaux. En effet, on a vu des hommes qui avaient subi plus de trois cents cautérisations, d'autres qui avaient séjourné plus de deux ans et demi dans les hôpitaux, présenter des conjonctives palpébrales plus ou moins détruites, transformées en véritables tissus inodulaires, tantôt sous l'apparence d'une membrane mince, nacrée, parcourue par quelques vaisseaux, tantôt sous la forme de brides en nombre variable, qui de la face interne palpébrale vont prendre adhérence au pourtour de la cornée et gênent ainsi les mouvements oculaires. Telles sont quelques-unes des suites fâcheuses d'une cautérisation opiniâtre et mal entendue.

» M. Hairion emploie la solution d'azotate d'argent à deux degrés différents : à 40 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, quand il n'y a pas blennorrhée oculaire ; mais quand cette dernière sécrétion existe avec abondance, la solution dont il se sert est à doses égales de sel argentique et d'eau distillée. La solution est préférable au crayon de nitrate d'argent, et n'attaque pas aussi profondément la muqueuse. La douleur de l'opération est moins vive ; l'eschare, plus superficielle, tombe ordinairement après quelques heures, quelle que soit la légèreté avec laquelle on applique le crayon de nitrate d'argent. Le tissu mortifié ne tombe que du deuxième au troisième jour ; le tissu sous-jacent est toujours plus injecté. La solution doit être portée avec un pinceau très délié ; elle peut ainsi atteindre toutes les anfractuosités, tous les interstices des plicatures de la muqueuse. Une sage précaution consiste encore à employer de l'huile d'olive fine, afin de garantir les parties que l'on veut soustraire au contact de la solution caustique.

» Quand j'ai voulu n'employer qu'une cautérisation légère et circonscrite, je me suis souvent applaudi du service rendu par le sulfate de cuivre très pur, à surface arrondie et à sommet conique.

» Il y a moins d'une année que M. Velpeau faisait à l'Académie, avec sa supériorité ordinaire, un rapport sur les expériences tentées par notre ami M. Delasiauve, lesquelles étaient en contradiction avec la pratique de M. Trousseau dans le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés, au moyen du nitrate d'argent à dose élevée.

» Voici quelques-uns des résultats qu'on a pu souvent réaliser. La solution concentrée de nitrate d'argent peut être appliquée avec succès dans un certain nombre de maladies des yeux, lorsque la cornée n'est pas ramollie ; mais si cette membrane transparente a déjà pris part à l'affection plus profondément que l'épithélium qui la recouvre, les dangers du caustique sont en rapport direct avec la concentration de la dose et le degré auquel est arrivée la maladie du miroir de l'œil. Cette explication me paraît suffisante pour rendre compte de la divergence si souvent reproduite quand il s'est agi, en semblable occurrence, de l'emploi du nitrate d'argent. La divergence disparaît donc devant une question de diagnostic.

» Après les granulations palpébrales qui constituent l'essentialité de l'ophthalmie contagieuse, dite ophthalmie des armées, l'affection oculaire qui s'est présentée le plus fréquemment, soit dans un état primitif, soit secondairement à l'autre affection, c'est la kératite avec ses diverses formes, qui, pour la plupart, ont été précédées par un état pathologique des muqueuses voisines.

» La gravité des kératites et leur opiniâtreté sont ordinairement en rapport, moins avec le nombre des vaisseaux qui parcourent la cornée malade, qu'avec le plan profond qu'occupent ces vaisseaux, et les affections locales et générales qui accompagnent ces ophthalmies. Les vaisseaux profonds, en effet, se soustraient aux topiques, ils disparaissent lentement, et se montrent de nouveau avec une extrême facilité. Les collyres sous diverses formes liquides ou solides, sont nuisibles ou au moins inutiles dans la kératite aiguë ; on peut en dire autant des sangsues appliquées à la tempe ou sur les apophyses mastoïdes. Il faut toujours préférer la saignée générale, même réitérée, les sangsues au pourtour du canal quand il y a un molimen hémorrhoïdaire ; à l'intérieur, les mercuriaux et les purgatifs salins répétés. Dans quelques kératites résistantes, M. Hairion se loue de la poudre de feuilles de belladone administrée à doses progressives jusqu'à 50 et 60 centigrammes en vingt-quatre heures. D'autres fois il a eu recours au tartre stibié, depuis 30 centigrammes jusqu'à 15 décigrammes dans le même espace de temps. Quand la photophobie affectait un type périodique, le sulfate de quinine a triomphé ici comme dans toute autre affection intermittente. Vous savez, Messieurs, que nous voyons journellement employer à Paris contre les kératites aiguës et d'autres affections situées dans l'œil plus profondément, des frictions sur les régions fronto-orbitaires avec une pommade composée de cérat mercuriel, d'extrait de belladone sans fécule préparé à la vapeur, avec addition d'huile fine pour donner une consistance plus molle. Cette pommade est étendue deux ou trois fois par vingt-quatre heures sur les régions fronto-orbitaires.

» Il doit être bien compris que les kératites par causes spécifiques réclament presqu'en même temps que se fait le traitement contre l'état aigu, des moyens particuliers. Quand il existe des causes locales telles que le trichiasis, l'entropion, le développement de poils sur la caroncule lacrymale, c'est à la destruction de ces causes qu'il faut d'abord donner ses soins

» Les granulations palbébrales compliquées de conjonctivite aiguë ne doivent point être traitées par le caustique, ainsi que le conseille M. Sichel. C'est seulement lorsque l'inflammation a cédé qu'il y a opportunité d'employer un traitement qui jusque là serait de nul effet.

» Les vésicatoires appliquées sur les régions frontales éteignent très souvent la photophobie et la grande excitabilité de l'œil.

» Lorsque la kératite vasculaire a débuté par l'état chronique ou est arrivée secondairement à cette période, une saignée générale est subordonnée à la constitution du malade ; il en est de même pour les purgatifs, même minoratifs. Mais dans cette affection, une pommade bien formulée, introduite chaque soir entre les paupières, est préférable à tous les collyres. Elle reste, en effet, plus longtemps en contact avec les surfaces. Celle qui est employée à l'Institut ophthalmique de Louvain sous le volume d'un grain de chènevis est composée de 75 centigrammes d'azotate d'argent dissous dans quelques gouttes d'eau distillée ; extrait de saturne, 4 grammes ; axonge bien lavée, 30 grammes.

» Suivant que ce mélange est toléré, on le répète une ou deux fois en quarante-huit heures. Cette pommade est quelquefois remplacée par des onguents additionnés d'oxyde rouge de mercure ou de proto-

chlorure du même métal, ou d'hydriodate de potasse. La résistance à ces moyens et d'autres indications que les médecins seuls peuvent saisir, sollicite cette variété de topiques. Souvent je me suis vu obligé de recourir à l'excision des vaisseaux qui rampent sur la sclérotique et qui vont entretenir un ulcère ou un pannus partiel de la cornée. Dans le cas où cette dernière affection compromet toute l'étendue du miroir de l'œil, en lui donnant l'aspect d'un verre dépoli, nuancé par des vaisseaux multiples dirigés de la circonférence au centre, vous savez, Messieurs, que le professeur Sanson portait la cautérisation sur le cercle sclérotidien de la cornée au moyen d'un anneau monté sur un manche recourbé et présentant une gouttière circulaire remplie de nitrate d'argent pulvérisé et fondu. M. Hairion s'est loujours, dit-il, dispensé de se servir de ce moyen, qu'il a pu remplacer par d'autres sans inconvénient. Pour moi, j'affirme, avec connaissance de cause, que dans les cas précités, la cautérisation circulaire, exécutée avec dextérité et promptitude, toujours en ayant soin de ne jamais dépasser la circonscription voulue, fait arriver aux résultats les plus heureux.

» La direction du traitement local contre la kératite vasculaire chronique, quelle que soit son habileté, échouera dans la totalité des cas, quand elle n'aura pas pour auxiliaires l'application et les connaissances exactes des autres branches de la médecine. C'est ainsi que le traitement général sera prescrit suivant l'état de la constitution, qui sera appauvrie soit par la maladie, soit par les traitements, et par cela réfractaire à l'action des modificateurs. Les sirops amers, les décoctions de même nature, un régime tonique deviendront indispensables. Les frictions sèches, la flanelle sur la peau, plus tard les lotions froides, l'exercice en plein air et la gymnastique sont autant de ressources d'une grande importance dans le traitement des kératites vasculaires.

» Il est quelques affections syphilitiques ou strumeuses qui nécessiteront les préparations ayant pour base les iodures d'or, de fer et le chlorate de baryte.

» Notre collègue de Louvain, M. Hairion, professeur d'hygiène et d'ophthalmologie à l'université de cette ville, célèbre par les savants qui l'ont illustrée à toutes les époques, est un de leurs dignes continuateurs. Je puis donc vous proposer d'admettre cet honorable candidat au nombre de vos correspondants étrangers. »

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Cazeaux* rapporte une observation intéressante à plusieurs égards, et surtout par la manière étrange dont mourut la femme qui en fait le sujet. Epuisée, il est vrai, déjà par des pertes antérieures, elle mourut immédiatement après avoir perdu deux ou trois cuillerées de sang seulement.

M. Chailly fait observer que la compression a été conseillée dans un cas analogue, dans le cas de syncope sans hémorrhagie.

M. Depaul dit avoir vu un cas semblable à l'hôpital des Cliniques. Il ne croit pas qu'il y ait lieu de s'étonner de la mort de la femme, la gravité de l'hémorrhagie étant relative à la quantité de sang actuelle de la malade; de sorte qu'une perte extrêmement petite d'une façon générale peut être mortelle. Il ne comprend pas dans quel but M. Cazeaux est resté deux heures dans la cavité utérine, cette manœuvre devant avoir le dangereux résultat d'empêcher la matrice de revenir sur elle-même. Il n'approuve pas non plus l'emploi de la compression; les deux principales artères, celles qui fournissent à la partie supérieure, naissent très souvent de l'artère rénale, et en tout cas au-dessus du point sur lequel on exerce la compression, en sorte que par ce moyen on congestionne l'utérus. Aux raisons anatomiques et physiologiques se joignent des faits; la malade observée par M. Depaul est morte, et on avait eu recours à la compression.

M. Chailly a fait plusieurs fois la compression de l'aorte et a toujours réussi. Cette année même il l'a pratiquée deux fois avec succès.

M. Cazeaux laissant de côté la discussion sur la compression de l'aorte, revient sur quelques points de l'observation. Il ne peut croire que ce soit la très petite quantité de sang perdue par la malade qui l'a fait périr. Il dit avoir maintenu la main dans la matrice parce que sans cet excitant elle se relâchait de suite.

— *M. Blatin* fait les deux communications suivantes:

« La cuiller close, à charnières et à manche creux que M. Caffe a présentée il y a quelques mois (novembre 1844) sous le nom de *cuiller à médicament*, me paraît utile; elle le serait davantage si elle était plus simple, par conséquent facile à nettoyer, moins dispendieuse, inaltérable, et si en l'employant on pouvait suivre de l'œil le breuvage qu'elle doit laisser écouler. La *cuiller à potion* que je mets sous les yeux de la Société réunit ces avantages; elle permet de faire boire les malades même dans la position horizontale, sans répandre, malgré les mouvements qu'ils pourraient faire, une seule goutte du liquide dont on l'emplit. Sa forme est celle d'une cuiller ordinaire. Une pièce soudée couvre son tiers libre ou extrémité buccale, qui s'allonge en une sorte de bec, avec une ouverture ovale, à bords mousses, pour s'engager entre les lèvres. Tout le reste est découvert. Elle ressemble ainsi à un petit sabot, ou à un de ces vases en porcelaine qu'on nomme *téterelle*, et qu'on néglige trop d'employer. Son manche ne diffère point du manche ordinaire; mais il est courbé de manière que la cuiller pleine puisse se maintenir seule sans se renverser. Sa contenance est de 32 grammes, avec une rainure qui trace la demi-cuillerée, ce qui permet de doser aisément une potion ou des aliments. »

— « L'action thérapeutique des douches consiste presque uniquement dans le choc de la colonne de liquide, dont la hauteur et le volume sont variables, et dans les modifications de température qu'elles impriment à la partie qu'elles frappent, suivant qu'elles sont elles-mêmes à une température très basse, tiède ou élevée. J'ai pensé qu'on aurait souvent recours à cette énergique médication, si elle n'avait le grave inconvénient de mouiller le malade et d'exiger pour son administration un local approprié, une situation difficile à conserver, l'usage d'une baignoire et beaucoup de soins qui en rendent l'emploi souvent impossible, le plus souvent dispendieux et toujours trop peu durable.

» Un très simple appareil, auquel j'ai donné le nom de *douchoir*, permettra de faire tomber sur la plupart des organes une douche sans mouiller le malade, ni ses vêtements, ni sa couche, en lui permettant de garder la position horizontale. Il consiste en un réservoir dont le diamètre peut varier à l'infini, pour s'accommoder aux diverses parties que l'on voudrait doucher, et dont le fond est formé par un diaphragme en taffetas ciré ou en baudruche. Sur les côtés, à la partie inférieure du réservoir, sont pratiquées deux ouvertures d'écoulement, auxquelles s'ajustent des tuyaux flexibles.

» La colonne d'eau, en frappant sur le fond mince et imperméable, produit le même ébranlement et les mêmes modifications de température que si cette étoffe qui repose sur la partie qu'on veut doucher, ne lui était point interposée; et le liquide, dont le rejaillissement est empêché par l'élévation des bords du réservoir, est immédiatement rejeté au dehors par les tuyaux de décharge. La douche ou l'affusion peuvent ainsi se prolonger indéfiniment au moyen d'un siphon qui plonge dans un vase, à la hauteur qu'on désire et à l'aide du douchoir qui fonctionne, sans exiger la moindre surveillance.

» Si l'on veut joindre au choc et à l'action de la température basse ou élevée, l'effet de l'absorption, on place, en contact avec la peau, sous le tafetas ciré, une compresse imbibée du liquide médicamenteux qu'on a choisi. »

M. Larrey se demande s'il n'y a pas à craindre un effet contusif. D'autre part établissant une certaine analogie entre les douches et quelques modes d'irrigation par l'eau froide, dans lesquels il y a nécessité de contact immédiat, il croit que dans celle-là le contact doit aussi être fort utile.

M. Giraldès dit que la douche se trouvant, par l'appareil de M. Blatin, réduite au choc mécanique, on peut encore en employer de moins compliqués.

M. Depaul fait observer qu'on perd toute action médicamenteuse.

M. Gillette, en admettant l'appareil pour les douches en masse, ne le croit pas acceptable pour l'administration des douches en arrosoir.

M. Blatin répond qu'il ne destine cet appareil qu'à la douche par chute; qu'il en a un autre pour la douche en arrosoir, et qu'il aura l'honneur de le présenter à la Société. Il croit retirer toute l'action possible du contact immédiat des liquides médicamenteux en plaçant entre les organes et l'appareil des tissus imbibés de ceux-ci.

M. Piédagnel maintient qu'on donne un choc et non une douche; en conséquence l'appareil ne saurait, selon lui, conserver le nom de douchoir.

M. Forget s'étonne du peu de sympathie qu'éveille cette invention. Elle peut rendre de grands services dans les cas de tumeurs dans lesquels il est besoin de compression de tumeur du sein; par exemple, de certaines tumeurs articulaires.

M. Giraldès conteste cette utilité, en cherchant en vain s'il y a dans les maladies chirurgicales une indication bien déterminée d'administrer des douches. Ne la trouvant pas, il demande qu'au lieu de rester dans le facile domaine des généralités, qu'au lieu de parler vaguement de tumeurs blanches et d'engorgements du sein, on précise la nature de l'engorgement, on détermine la nature de la tumeur qui seront guéris par les douches.

NOUVELLES.

— Aux noms des concurrents pour les deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux, que nous avons fait connaître dans notre dernier numéro, il faut ajouter ceux de MM. Laborie et Alph. Sanson.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

L'Académie s'est formée en comité secret après quatre heures pour la lecture du rapport de la section de médecine, relative à la présentation de la liste des candidats à la place de M. Breschet. On assure que la section a arrêté la liste suivante:

1° M. Lallemand; 2° M. Gerdy; 3° M. Jobert (de Lamballe): 4° MM. Blandin et Bérard, *ex æquo*; 5° MM. Amussat et Bourgery, *ex æquo*. Nous aurons à revenir sur cette classification.

— La Société de chirurgie a nommé MM. Michon et Denonvilliers comme délégués chargés d'assister à la discussion du rapport de la commission d'organisation du congrès médical.

La Société médicale d'observation a nommé, pour le même objet, MM. Voillemier, Valleix et Barthez.

— Nous avons à remercier nos confrères qui ont bien voulu porter leur offrande à la souscription ouverte pour un médecin malade. Cette souscription, nous sommes dans la nécessité de la fermer aujourd'hui, et cela par la plus triste des causes. Le confrère en faveur de qui elle était ouverte a succombé vendredi dernier à la maladie grave qui l'avait forcé à renoncer à l'exercice de la médecine.

Les secours que cette souscription lui a donné ont au moins adouci ses derniers moments. Ses parents et ses amis nous chargent de présenter aux souscripteurs l'expression de leur vive gratitude.

Les fonds qui restaient disponibles ont été consacrés aux frais d'inhumation, qui a été faite d'une manière convenable. Un terrain a été acheté pour éviter que le corps de notre malheureux confrère fût déposé dans la fosse commune.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 78. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Dubert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Grossesse extra-utérine abdominale prise pour un kyste de l'ovaire ou une tumeur fibreuse de l'utérus.

Si, dans les premiers mois, il n'est pas facile de reconnaître une grossesse extra-utérine, les difficultés ne sont pas moins grandes quelquefois pour la diagnostiquer, même dans les derniers mois. Le fait suivant nous en fournit un exemple remarquable.

Au n° 18 de la salle Saint-Augustin, est couchée la nommée Thiel (Geneviève-Augustine), âgée de trente-neuf ans, couturière. Cette femme entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 juin 1845, pour une tumeur qui est située dans la cavité abdominale, et qu'elle porte depuis treize mois environ. Elle donne les renseignements suivants.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants; mais à trois reprises différentes elle dit avoir éprouvé des symptômes de grossesse, et expulsé par les parties génitales un corps étranger du volume et de la forme d'une poire : expulsion qui, chaque fois, fut suivie de la réapparition des règles.

Pour la quatrième fois, vers la fin d'avril 1844, les règles se suppriment : la malade éprouve des coliques, des douleurs sourdes dans le bassin, dans les régions lombaire et inguinales, et un sentiment de pesanteur vers le périnée. En même temps, au lieu de répandre beaucoup de sang, comme elle en avait l'habitude aux époques menstruelles, elle ne perdit que quelques gouttes de sang.

Les jours suivants, tous les symptômes précédents disparaissent, et la malade continue à jouir d'une assez bonne santé. Mais un mois après, les règles ne reparaissent point, les seins commencent à acquérir un plus grand développement; la malade éprouve de temps en temps de la céphalalgie, des nausées, des étourdissements.

Au mois de juillet, il survient des douleurs abdominales très vives, surtout dans le côté gauche; les parois du ventre se contractent : cependant, aucun produit ni solide, ni liquide n'est expulsé. Ces accidents ne durent que vingt-quatre heures. C'est alors qu'elle consulte un médecin qui croit à l'existence d'un polype de l'utérus.

Les mois suivants, la suppression des règles continue, les seins augmentent de plus en plus de volume ; des douleurs lourdes se font sentir de temps à autre dans l'abdomen, et il y a ordinairement une constipation de cinq à six jours, sans gêne notable dans l'émission des urines.

Au mois de septembre, le ventre augmente notablement de volume, et la malade, pour la première fois, perçoit, dans cette région, une sensation analogue à celle que feraient éprouver les mouvements d'un fœtus. En appliquant la main, elle sent également un corps qui se déplace. C'est surtout alors qu'elle se croit réellement enceinte.

Le 19 février 1845, c'est à-dire neuf mois environ après les premiers accidents, de vives douleurs analogues à celles de l'enfantement se manifestent ; la femme fait de grands efforts comme pour accoucher. On observe en même temps une constipation opiniâtre et une miction difficile. Ces douleurs se renouvellent à des intervalles variés, et huit jours après, on voit sortir des organes génitaux un liquide roussâtre et une sorte de membrane ; puis les règles reparaissent et coulent abondamment pendant trois jours. Alors la malade éprouve un bien-être inaccoutumé. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital, les mouvements qu'elle ressentait dans l'abdomen ont complètement disparu, et la tumeur, qui d'abord avait paru se développer sur la ligne médiane, s'est portée un peu plus du côté gauche. Du reste, pendant tout ce temps, suppression des règles, constipation habituelle, douleurs sourdes dans le ventre.

Au mois d'avril dernier, cette femme consulte deux de nos praticiens les plus distingués, qui, après l'avoir examinée, lui affirmèrent qu'elle n'était point enceinte, mais qu'elle était affectée d'un kyste ovarique ou d'un corps fibreux de l'utérus.

Le 3 juin, le lendemain de son entrée à l'hôpital, les règles reparaissent et coulent abondamment pendant six jours.

Le 14, après l'avoir examinée avec le plus grand soin, M. Jobert diagnostique une grossesse extra-utérine abdominale. Ce chirurgien trouvant ce cas intéressant, en fit informer M. Dubois, qui vint visiter la malade le 21 juin. Cet honorable professeur fut entièrement de l'avis de M. Jobert. Voici d'ailleurs les symptômes que présente cette malade :

L'abdomen est très volumineux ; il présente une tumeur considérable, de forme arrondie, presque hémisphérique, non bosselée, un peu plus saillante à gauche qu'à droite; au toucher, elle est non fluctuante, un peu résistante, douloureuse dans sa moitié gauche et indolente dans sa moitié droite; elle occupe la partie antérieure de l'abdomen, et paraît située audevant de la colonne vertébrale et de la masse des intestins et derrière la paroi abdominale antérieure, qui n'est ni amincie, ni adhérente. La peau qui recouvre l'abdomen a sa coloration normale, et n'est sillonnée d'aucune veine variqueuse ; notons que les veines étaient très apparentes avant le retour des menstrues.

En percutant toute la surface de l'abdomen, on obtient un son mat dans la partie antérieure qui correspond à la tumeur, et de la sonorité sur les parties latérales, sonorité qui résulte sans aucun doute de la masse intestinale refoulée en arrière, vers la colonne vertébrale. Le palper et la percussion permettent d'apprécier assez facilement l'étendue de la portion de cette tumeur, qui se trouve en contact avec les parois abdominales. La matité commence à 6 centimètres au dessous de l'appendice xiphoïde ; de ce point jusqu'au pubis, on compte 30 centimètres ; en passant d'un côté à l'autre de la tumeur, on obtient 32 centimètres ; enfin, en appliquant un ruban métrique autour de la tumeur, il marque 75 centimètres. A travers la paroi abdominale, il est impossible de reconnaître soit la matrice, soit la vessie ; l'émission des urines est volontaire, très fréquente et parfois plus ou moins gênée.

Tels sont les symptômes que l'on constate pendant le décubitus dorsal ; mais quand la malade se couche sur l'un des côtés, la tumeur se déplace un peu et penche du côté correspondant. Avant le 19 février, époque à laquelle elle eut un faux travail et à laquelle elle fixe la mort du fœtus, tout décubitus, soit dorsal, soit latéral, était difficile et douloureux ; aujourd'hui il n'en est plus de même, elle se couche et dort indifféremment soit sur le dos, soit sur l'un des côtés. L'auscultation de l'abdomen ne révèle aucun bruit de souffle. Par le toucher vaginal, on sent le col de la matrice, qui se trouve en avant et à gauche, derrière l'os du pubis ; ce col est peu hypertrophié, mais assez fortement aplati d'arrière en avant, comme s'il eût été comprimé entre la tumeur et le pubis. L'orifice du museau de tanche est un peu dilaté, de manière à admettre l'extrémité du petit doigt, et regarde un peu en bas. Derrière la lèvre postérieure, on rencontre la paroi postérieure du vagin, qui est en contact avec la tumeur dont nous avons parlé. Par le toucher rectal, on sent encore la tumeur qui est en rapport avec la paroi antérieure du rectum. En aucun point, le toucher ne peut faire reconnaître sûrement une partie quelconque d'un fœtus.

L'état général est satisfaisant ; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés ; la miction des urines est volontaire, fréquente, quelquefois difficile. On observe une constipation opiniâtre, et parfois de la céphalalgie, des digestions pénibles, et enfin des douleurs abdominales particulières que la malade ressent à des intervalles variés, et qu'elle place dans la matrice. Les appareils respiratoire et circulatoire n'offrent aucun trouble notable.

Relativement à la menstruation, nous voyons donc chez cette femme les règles se supprimer pendant neuf mois, apparaître au dixième mois, se supprimer de nouveau pendant trois mois, pour reparaître ensuite. Malgré cette irrégularité des menstrues, on doit noter avec soin la suppression des règles pendant l'époque ordinaire de la gestation ; car elle peut

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'influence que le système de Pensylvanie exerce sur le physique et sur le moral des prisonniers, et des modifications qu'il y aurait à apporter au régime actuel de nos prisons; par le docteur BONNET (de Bordeaux).

Il est une question des plus graves et des plus importantes, qui, depuis quelques années, préoccupe sérieusement et à juste titre les hommes qui consacrent leurs études à la politique intérieure et à la haute administration, nous voulons parler de la question pénitentiaire et de l'examen des divers systèmes de répression corporelle employés jusqu'à présent contre les condamnés, l'emprisonnement en commun et les différents modes d'emprisonnement cellulaire. Cet examen a fait le sujet de longs travaux, de nombreux discours, et, chose triste à dire, une discussion récente, de laquelle on s'attendait à voir sortir une solution complète du problème, n'a abouti qu'à ce déplorable résultat de montrer à quel point étaient divisés d'opinions les hommes les plus marquants de notre législature, les hommes les plus habiles en administration, ceux que nous devrions regarder comme les moralistes les plus éclairés de notre époque. De cette division, la raison en est bien simple. Il fallait, non point faire des théories dans le silence du cabinet, non point chercher par une philanthropie aveugle à réaliser des utopies irréalisables, non point espérer faire partout et toujours du condamné un homme honnête et moral par cela seul qu'on l'isolait pendant un certain temps du reste de la société ; ce qu'il fallait, c'était s'adresser aux hommes de science, leur demander si l'on pouvait, sans danger pour l'existence physique et morale du condamné, le renfermer, même pendant un temps limité, entre les quatre murs d'une cellule sans communication avec le monde extérieur. Une fois cette question posée, et l'observation des faits l'eût bien vite et bien complétement résolue, la discussion eût été singulièrement simplifiée. En face des chiffres, il n'eût point été permis de s'égarer dans les ténèbres du raisonnement *à priori*, et l'on n'eût point osé, en présence des désastreuses conséquences de l'emprisonnement cellulaire, adopter comme méthode générale une mesure peut-être momentanément nécessaire dans quelques cas exceptionnels et très rares, mais à coup sûr inhumaine et barbare, en ce sens qu'elle tue constamment, soit le corps du prisonnier, auquel la société n'avait pas voulu ôter la vie pour un délit de peu d'importance, soit son intelligence, cette autre vie non moins précieuse sur laquelle on ne devrait avoir le droit d'agir que pour tâcher de rendre l'homme meilleur, de le moraliser, pour nous servir d'une expression fort à la mode parmi nos philanthropes du jour.

C'est cette influence de l'emprisonnement cellulaire sur le physique et sur le moral du prisonnier qu'a voulu étudier le docteur Bonnet ; il a pu le faire d'autant plus facilement que ce n'est plus uniquement les statistiques américaines, mais les résultats des essais tentés en Suisse, en Angleterre, en France surtout qu'il a pu prendre pour base de son travail. Nous allons, dans une analyse aussi fidèle que possible, exposer les faits qui découlent et de son observation propre et des documents qu'il a consultés, et nous reproduirons les conclusions auxquelles l'ont conduit ses consciencieuses recherches.

Dans la nouvelle réforme pénitentiaire, trois systèmes sont en présence : 1° Ce que l'on a appelé le *confinement solitary*, l'emprisonnement cellulaire type, de jour et de nuit, sans travail, sans relations aucunes ; 2° le système d'Auburn · emprisonnement solitaire pendant la nuit, avec travail en commun pendant le jour, mais dans le silence absolu ; 3° le système de Pensylvanie, ou encellulement de jour et de nuit, avec travail régulier, et rapports du détenu avec les employés supérieurs de la prison. — Les résultats du *confinement solitary* furent tels, qu'au bout de quelque temps de son application, les magistrats effrayés firent remise à ceux qui avaient pu y survivre, du reste de la peine qu'ils avaient à subir. C'est alors qu'on mit en pratique à Auburn le régime qu'on y suit encore maintenant, et qui s'est répandu dans presque toute l'Amérique et dans quelques cantons de la Suisse. — C'est le troisième système dit de Pensylvanie, établi à Cherry Hill et à Pittsburg, que l'on veut introduire en France, et que M. Bonnet a pu observer de près, le pénitencier de Bordeaux étant organisé sur ce modèle. On voit que toutes les différences entre le premier et le troisième système se résument en ceci : que le prisonnier travaille et doit avoir quelques rapports avec ses supérieurs. Une circonstance importante à noter, c'est qu'à Cherry-Hill, les cellules sont ou attenantes à une petite cour, ou assez vastes pour permettre au détenu de s'y livrer à des travaux qui exercent le corps, menuiserie, serrurerie, etc.; tandis qu'à Bordeaux, les cellules, étroites, l'obligent à des occupations sédentaires, incapables de prémunir le corps contre les causes débilitantes qui réagissent sur lui. Pour les rapports qu'il doit avoir avec les employés de l'établissement, est-il besoin de dire qu'ils n'existent qu'en théorie? Dans un pénitencier de 500 détenus, une visite de cinq minutes par semaine à chacun exigerait *sept* heures par jour, et en admettant que l'on trouvât un médecin, un aumônier, un instituteur, qui consentissent à sacrifier sept heures par jour à cette visite, nous le demandons, n'est-ce pas une mystification qu'une entrevue de cinq minutes par semaine pour chaque prisonnier?

Mais, nous dira-t-on, les statistiques américaines prouvent que la santé des détenus est satisfaisante dans le régime cellulaire; les cas rares de folie qui sont survenus dépendent de tout autre cause que l'isolement. La réclusion cellulaire influe si peu sur la santé, que les sujets les mieux portants étaient ceux qui étaient depuis le plus longtemps en prison. Que dire à cela, si ce n'est que les chiffres ne sont malheureusement pas d'accord avec les rapports officiels. Dans l'espace de cinq ans, la maison de Cherry-Hill a renfermé, année moyenne, 408 détenus. Année moyenne aussi il y a eu 18 cas de folie, c'est-à-dire 1 sur 21 ou 22. Dans certaines années, la proportion a été plus forte; en 1839, par exemple, sur 427 prisonniers, on a compté 26 cas de folie, 1 sur 16. Ces chiffres ont été pris sur les registres de la maison par M. Dickens, l'un des hommes les plus sérieux de l'Angleterre, les plus dignes de confiance, non-seulement pour son caractère bien connu, mais encore en raison de sa position en dehors de tout intérêt d'amour-propre de système ou de fortune. On a dit, et avec raison, que les prisons en commun sont souvent des foyers de corruption. Que l'on cherche à remédier à ce vice capital du système ancien, rien de mieux ; mais si l'expérience vient à prouver qu'il est impossible au régime cellulaire de rendre autre chose dans un temps donné, que des fous, des crétins ou des cadavres, le remède ne sera-t-il pas pire que le mal? Ici M. Bonnet cite quelques pages du livre éloquent de M. Dickens, et sans vouloir faire un vain étalage de cette sensibilité dont quelques romanciers sont si prodigues, nous affirmons que l'on ne pourra lire, sans être profondément ému, la sombre description qu'il trace du pénitencier américain.

Voilà pour l'état moral du détenu. Veut-on des détails sur la santé physique, ils sont aussi probants. La Société de Boston publiait, en 1839, que dans l'établissement dont nous nous occupons, il y avait 196 malades sur 427, près de 1 sur 2. « S'agit-il de la mortalité, qui » d'après les registres même de Cherry-Hill, y serait de plus de 5 pour » 100? Les commissaires du gouvernement américain se livrent à des » calculs qui tendent à démontrer qu'elle est pour la population blan» che de 2,028 pour 100; pour la population noire de 6,780; puis » défalquant d'un trait de plume ce qui est relatif à cette dernière (il » paraîtrait que pour ces philanthropes les nègres ne sont pas des » hommes), ils posent résolument en principe que les décès sont, au » pénitencier de Philadelphie, dans la proportion de 2,028 pour 100! » Malheureusement encore ici, on pourrait relever une légère inexactitude. Les documents officiels constatent qu'il est entré à Charry-Hill depuis son ouverture jusqu'en 1642, 1,622 détenus, et qu'il en est mort 137. Or, sauf erreur, sur 1,622 détenus, 137 morts, c'est *un sur douze*, ou 8 pour 100.

Passant aux maisons pénitentiaires de France, le docteur Bonnet poursuit avec la même ténacité, la même rigueur, l'accomplissement de la tâche qu'il s'est imposée. La première maison cellulaire dont il s'occupe est celle du Mont-Saint-Michel, et ajoute-t-il à ce propos, on

servir, comme nous le verrons plus loin, à établir le diagnostic. Dans le même but, nous ferons aussi remarquer qu'à l'époque ordinaire de l'accouchement il survint des contractions utérines et abdominales, et des douleurs analogues à celles de l'enfantement, et qu'il sortit des matières glaireuses et des débris de fausses membranes.

Pour établir le pronostic et indiquer le traitement qui convient le mieux dans le cas qui nous occupe, il faut avant tout porter le diagnostic. Alors deux questions importantes se présentent : Quel est le siége de cette tumeur ? Quelle est sa nature ? En prenant en considération les rapports qui existent entre la paroi abdominale et la tumeur, en se rappelant qu'il n'existe entre ces parties aucune adhérence, qu'elles jouissent de mouvements indépendants l'une et l'autre, on peut affirmer que cette tumeur n'est point située dans l'épaisseur des parois abdominales, mais bien dans la cavité abdominale elle-même. Or, les tumeurs qui se remarquent le plus ordinairement dans cette région, peuvent être formées par la tympanite, l'ascite, la distension excessive de la vessie, l'hydrométrie ; elles peuvent encore résulter d'une grossesse utérine, de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, d'une tumeur fibreuse de l'utérus, ou enfin d'une grossesse extra-utérine.

Mais la percussion seule éloigne l'idée d'une tympanite, qui présente en effet une sonorité très prononcée dans toute l'étendue du ventre.

On ne peut pas non plus songer à une ascite ; car, dans cette dernière affection, la matité existe surtout sur les parties latérales, tandis que l'on observe souvent de la sonorité en avant : d'ailleurs, la fluctuation, l'ondulation, l'aplatissement du ventre sur la ligne médiane, la pâleur, la souffrance du visage, l'infiltration des membres inférieurs, l'altération générale de la santé sont autant de symptômes qui manquent chez notre malade, et qui ne permettent pas de méprise.

On ne peut également supposer une distension excessive de la vessie, affection caractérisée par la situation de la tumeur, la rapidité de son développement, la rétention prolongée des urines ; du reste, le cathétérisme rendrait toute erreur impossible.

Quant à l'hydrométrie, maladie du reste fort rare et d'un diagnostic souvent très obscur, elle nous offre un symptôme important qui se rencontre aussi chez notre malade, nous voulons parler de la suppression des règles ; mais dans l'hydrométrie, l'utérus est distendu, augmenté notablement de volume, et la fluctuation manifeste surtout du côté du vagin.

S'il y avait grossesse utérine, les principaux symptômes caractéristiques de cet état, tels que les mouvements actifs et passifs du fœtus, les battements de son cœur, ne pourraient être constatés aujourd'hui, puisque à l'époque où en est notre malade l'enfant serait mort ; mais le toucher vaginal permettrait de reconnaître le ballottement et certaines modifications du col de l'utérus, qui manquent chez cette femme.

Les affections qu'il nous reste maintenant à examiner, et qui peuvent le mieux en imposer chez notre malade, peuvent s'accompagner toutes d'une foule de symptômes communs, tels que : forme arrondie du ventre, facilité de limiter la tumeur, matité en avant, sonorité sur les côtés, suppression des règles ; et celle-ci, qu'elle soit symptomatique, ou qu'il y ait simplement coexistence, donne lieu à un ensemble de symptômes produits ordinairement par la grossesse : ainsi, on observe le gonflement des mamelles, des troubles de l'appareil digestif, etc. On conçoit, en pareil cas, toute la difficulté du diagnostic. Si pendant la vie du fœtus, le diagnostic d'une grossesse extra-utérine et d'un kyste ovarique peut offrir de l'embarras, il devient encore bien plus difficile lorsqu'il a cessé de vivre ; en effet, dans ce dernier cas, les signes fournis par l'auscultation et les mouvements actifs du fœtus manquent complétement. De plus, la fluctuation et la mollesse, qui caractérisent ordinairement l'hydropisie enkystée des ovaires, peuvent manquer également au point d'induire en erreur même un bon praticien. A cette occasion, M. le professeur Dubois rapporte le fait suivant :

Kyste ovarique pris pour une grossesse extra-utérine.

Une femme portait une tumeur dans la cavité abdominale, et avait offert la plupart des symptômes ordinaires de la grossesse ; le toucher faisait reconnaître dans la tumeur une partie dure, inégale, qui affectait quelque analogie avec la forme et la consistance de la tête d'un fœtus. Un praticien distingué avait déjà agité la question de savoir s'il fallait ou non opérer. Cette femme entra à l'hôpital des Cliniques, et l'on reconnût qu'il s'agissait d'un kyste ovarique et non d'une grossesse extra-utérine.

Pour distinguer ces deux affections l'une de l'autre, M. Dubois avoue que parfois la difficulté est très grande ; cependant la suppression des règles est pour lui un caractère des plus importants. Ainsi, bien que les auteurs aient noté la suppression des règles comme un symptôme qui pouvait se manifester dans l'qydropisie enkystée des ovaires, M. Dubois ne l'a jamais observée une seule fois dans cette dernière affection, tandis qu'il l'a toujours constatée dans les grossesses extra-utérines. Tel est le résultat de sa vaste expérience. Quant au bruit de souffle que l'on a voulu employer pour distinguer une grossesse extra-utérine, c'est un symptôme qui ne mérite aucune confiance ; il peut manquer dans une grossesse extra-utérine, et se rencontrer dans une autre tumeur de l'abdomen. Voici un cas que rapporte M. Bricheteau, cas dans lequel la présence du bruit de souffle entraîna une déplorable erreur de diagnostic :

Tumeur abdominale prise pour une grossesse ovarique.

Une femme chez laquelle on reconnut plusieurs signes de la grossesse, et qui présentait un bruit de souffle très manifeste dans la région occupée par la tumeur, fut soupçonnée de porter le produit d'une grossesse ovarique. La gastrotomie fut pratiquée, et l'on ne trouva aucune trace de grossesse. La femme mourut le sixième jour.

Malgré tout ce qui précède, nous pensons pouvoir établir chez notre malade, le diagnostic d'une manière certaine, et déterminer le siége et la nature de cette tumeur, en tenant compte et de ses antécédents, et de son état actuel. En effet, les douleurs particulières que cette femme a ressenties dans l'abdomen, les mouvements du fœtus qu'elle dit avoir nettement perçus, la suppression des règles pendant neuf mois, le faux travail qui survint à cette même époque, et qui fut caractérisé par des douleurs semblables à celles de l'enfantement et par des contractions utérines avec issue de matières glaireuses et débris de fausses membranes, l'état stationnaire de la tumeur, sa forme, sa dureté, son siége, que l'on reconnaît être dans l'excavation recto-vaginale, le peu de volume et la déviation de l'utérus, qui est en arrière, et du col, qui est en avant, comme aplati derrière le pubis et tourné en bas, constituent un ensemble de symptômes qui, en éloignant l'idée d'un kyste des ovaires ou d'une tumeur fibreuse de l'utérus, permet d'avancer que cette malade est affectée d'une grossesse extra-utérine abdominale.

Il est probable que le produit de la conception a passé dans la cavité abdominale au moment même où l'acte de la fécondation l'a mis hors de la vésicule où l'ovule s'était formé. De plus, le fœtus paraît être descendu dans l'excavation recto-vaginale. Cette disposition se conçoit facilement ; car l'œuf, détaché de l'ovule, doit toujours tendre à gagner la partie la plus déclive.

Cette fausse membrane, qu'a rendue cette femme vers la fin de février, était sans doute la caduque, ou mieux une membrane, ainsi que Hunter l'a démontré le premier, analogue à la caduque qui se développe dans la grossesse utérine. L'existence de cette membrane dans les grossesses extra-utérines est un fait qui a été trop fréquemment observé pour pouvoir aujourd'hui le révoquer en doute, et que l'on explique facilement. En effet, on sait que la caduque existe et tapisse la cavité utérine avant que l'œuf y soit descendu, puisque l'une de ses fonctions est de le soutenir à son entrée dans la matrice. Cette membrane doit donc exister lors même que le produit de la conception, retenu par une cause quelconque, n'arrive pas dans l'utérus. Dans les cas où les recherches anatomiques ne peuvent démontrer cette caduque, on doit attribuer son absence, soit, avec Duverney, au faux travail qui s'établit au terme de la grossesse, et pendant lequel elle est expulsée, soit, avec M. Dezeimeris, aux hémorrhagies qui ont eu lieu à divers intervalles pendant la grossesse et qui l'ont entraînée.

Pour terminer la question relative au diagnostic, pour donner une juste idée de la difficulté qu'il présentait chez notre malade, nous ferons remarquer qu'un praticien, que l'on considère avec raison comme une grande autorité en cette matière, méconnut au onzième mois la véritable nature de cette tumeur, après avoir dit que la grossesse extra-utérine, siégeant dans l'excavation recto-vaginale, a des caractères si tranchés qu'il est en général très facile de les saisir à partir du troisième mois. Du reste, cette erreur de diagnostic, hâtons-nous de le dire, ne fut ici aucunement préjudiciable à la malade. Attendre, en effet, était dans ce cas la seule chose à faire.

Toute grossesse extra-utérine, quelle qu'en soit la forme, est certainement une affection fort grave. On ne peut donc être trop réservé dans le pronostic de la tumeur que porte notre malade. En effet, si le kyste fœtal peut rester pendant un temps indéterminé dans la cavité abdominale (et l'on cite des cas de grossesse extra-utérine ou les fœtus y ont séjourné pendant dix, vingt, trente, quarante, et même cinquante ans), sans déterminer aucune altération notable dans la santé générale, il n'en est pas moins vrai que cette terminaison est le cas le plus heureux, mais malheureusement fort rare. Ordinairement à une époque plus ou moins avancée du développement du kyste, celui-ci vient à se rompre, et alors des symptômes différents s'observent selon que la rupture a eu lieu d'une manière subite ou lente, selon qu'il existait ou non des adhérences, enfin selon la voie que la nature a choisie pour l'élimination des parties. Si des adhérences conservatrices ne se sont pas établies, et que la tumeur s'ouvre dans la cavité du péritoine, on ne tardera pas à voir se développer une péritonite qui le plus souvent causera promptement la mort, ou qui déterminera la formation d'un second kyste susceptible des mêmes terminaisons que le premier, c'est-à-dire du séjour indéterminé dans le ventre ou de l'élimination au dehors.

Chez notre malade, l'affection semble plutôt présenter la première terminaison ; car rien encore ne peut faire aujourd'hui soupçonner une rupture prochaine du kyste. Mais comme celle-ci peut arriver tout à coup et se faire soit en dehors à travers la paroi abdominale antérieure (comme cela a lieu le plus fréquemment pour la grossesse extra-utérine abdominale), soit en dedans à travers le vagin, le rectum, etc., e

---

me rendra, j'espère, la justice de croire que si je parle du Mont-Saint-Michel, c'est uniquement pour le besoin de ma cause, et non dans une pensée d'opposition. Sur 30 détenus politiques renfermés dans cet établissement pénitentiaire, dans l'espace de quatre ans, l'on a constaté 2 suicides, 1 tentative de suicide, 4 cas de folie, 2 d'idiotisme, et 7 de maladies chroniques tellement graves qu'on a dû envoyer ceux qui en étaient atteints dans des lieux plus salubres. On ne peut plus nier maintenant l'authenticité de ces renseignements dont on a pendant longtemps contesté l'exactitude, et nous même dans une visite que nous fîmes, il y a deux ans, à l'asile des aliénés de Pontorson, dirigé alors par un de nos excellents confrères, nous pûmes nous convaincre des tristes conséquences du régime de cette prison.

La prison de La Roquette, à Paris, est soumise à la même organisation ; mais ne renfermant que des enfants, elle n'est guère propre à fournir des documents pour ou contre l'isolement appliqué à des adultes. Cependant, il est bon de dire en passant qu'en 1840, la mortalité dans cette maison a été de 8 3/4 ; en 1841, de 10 1/2 ; en 1842, de 8 1/2 pour 100. Ainsi, tandis que sous l'ancien régime (1832) la mortalité n'était que de 1 sur 138, elle est maintenant de *un sur dix*. Nous n'avons cité la prison de La Roquette que comme renseignement. Il y a trop de différence, dit M. Bonnet, entre des enfants qui ignorent ou commencent la vie et des hommes faits pour que ceux-ci puissent être modifiés de la même manière par la solitude. Mais veut-on savoir ce qui se passe dans les prisons d'adultes, à Clairvaux, par exemple ? « Au mois de septembre 1843, dit le Journal de la Meuse, la Cour » d'assises de Saint-Michel envoyait vingt-six condamnés à Clairvaux. » Quatorze mois après, seize avaient succombé ; les uns avaient vingt » ans, les autres dix-huit, d'autres avaient des formes d'Hercule et » des poitrines de centaure ; parmi ces malheureux, il y en avait sur » lesquels la prison ne devait rester fermée que peu d'années. » On voit avec quelle rapidité la mort arrive sous cette terrible influence de la solitude.

Poursuivons avec M. Bonnet la lugubre revue des pénitenciers cellulaires de France. A Senlis, à Tours, à Vannes ne devraient être déposés que des condamnés à moins d'un an et un jour de prison. Malgré la brièveté du séjour, mêmes résultats, tentatives de suicide, folie, mortalité effrayante ; et pour qu'on ne l'accuse pas d'erreur volontaire ou involontaire, l'auteur cite textuellement un passage du rapport fait cette année par le préfet du Morbihan au Conseil général de son département. Jusqu'ici, M. Bonnet n'a procédé que d'après des documents étrangers. Nous arrivons à ceux qui lui sont propres, qu'il a recueillis lui-même dans le pénitencier de Bordeaux. « Je suis en mesure d'affirmer, dit-il, que pendant la première année, il y a eu, dans cette prison 6 cas de folie, 2 d'idiotisme, 4 tentatives de suicide. A ce sujet, il entre dans les détails les plus circonstanciés qui ne sauraient permettre le moindre doute même aux plus exigeants. Chez les 8 sujets atteints d'aliénation mentale, la maladie se déclara après un séjour de dix-neuf jours, vingt-quatre jours, deux mois et demi, trois mois et demi, quatre mois et six mois. Des 4 tentatives de suicide, 1 fut suivi de mort. A peine ces lignes étaient-elles écrites, qu'un nouveau prisonnier était trouvé pendu dans sa cellule le 3 novembre dernier. « Je sais, ajoute l'auteur, que pour des lecteurs prévenus, ces faits seront sans valeur. Aux yeux de ces hommes, quiconque se tue ou cherche à se tuer, ou commet des actes de folie dans un pénitencier, était nécessairement fou avant ou au moment de son entrée dans la cellule. Il n'y a malheureusement qu'une petite difficulté ; c'est qu'aucun de ceux qui ont voulu se détruire ne déraisonnait au moment de son arrestation. » Et, prenant encore à partie les documents officiels, il enregistre cet aveu échappé au préfet de la Gironde : Nous n'avons aucune observation semblable dans les anciennes prisons ; il nous est impossible de comparer. J'ajouterai, écrit encore notre honorable confrère, et pour compléter ce qui est relatif au pénitencier de Bordeaux, que pendant la première année du système cellulaire *cent quatre-vingt-un* détenus ont été envoyés à l'hôpital, et 4 y sont morts. Or, le mouvement de la prison étant année moyenne de 800 à 900 individus, il s'ensuit que la proportion des malades a été de 1 sur 4 ou 5. Il s'en faut de beaucoup, on le voit, que la réclusion solitaire à court terme soit d'une innocuité complète. Elle est, au contraire, très dangereuse pour la santé. Partant, on est forcé d'accorder que l'encellulement, tempéré par le travail, et quelle qu'en soit sa durée, exerce une influence fâcheuse sur l'esprit et le corps de l'homme.

Mais, du moins, est-il capable d'agir sur ceux qu'il ne tue pas, en les rendant meilleurs. Reprenant l'un après l'autre chacun des documents précédemment étudiés, M. Bonnet est conduit à résoudre cette question par la négative. Ici, nécessairement, l'on ne peut avoir que des renseignements incomplets ; une fois en liberté, le criminel change de résidence et la statistique devient impossible. Cependant, d'après quelques chiffres que l'on a pu rassembler en Amérique, il semblerait jusqu'à un certain point possible de tirer la conclusion suivante : c'est que l'emprisonnement cellulaire, à en juger par les récidives, rend généralement le détenu pire qu'il n'était au moment de son entrée.

Nous ne suivrons pas M. Bonnet dans la discussion sommaire à laquelle il se livre de la question de droit et de légalité. Il nous suffira de rappeler qu'en 1819, la voix éloquente de M. de Serres, alors ministre de la justice, s'éleva contre les idées de réclusion et de solitude qui commençaient à se faire jour.

De toute cette discussion, M. Bonnet tire les trois conclusions que voici : 1° Le régime de Philadelphie exerce une très fâcheuse influence sur le physique et le moral des détenus ; 2° il intimide peu, et n'empêche pas la perpétration des crimes ; 3° il n'a ni le privilége de moraliser les prisonniers, ni celui d'adoucir la pénalité souvent trop for[te] de nos lois, et n'est, en réalité, qu'un moyen cruel de répression. — Nous avons été heureux de trouver dans l'écrit de M. Bonnet l'expression d'un blâme sévère contre ces livres qui, pour quelques lignes sur certaines lacunes qu'offre notre législation, reçoivent le titre de ro*mans moraux*, alors que, divulguant à tous les énormités qui se commettent au milieu de notre civilisation blasée et corrompue, ils ne servent qu'à initier à des mystères d'infamie et d'iniquité, et font germer dans plus d'une tête l'idée, le projet d'un crime, qui n'y seraient jamais entrés sans cela.

La seconde partie du travail de M. Bonnet, à laquelle nous ne pouvons donner autant d'espace qu'à la première, et qui n'est ni moins importante, ni moins bien traitée, est relative aux modifications qu'il y aurait à apporter au régime actuel de nos prisons. Sans plus de préambule, dit l'auteur, voici qu'elles devraient être les bases de notre législation pénale : 1° La peine de mort pour les cas prévus par le Code qui nous régit ; 2° la déportation pour les condamnés aux travaux forcés ; 3° la réclusion cellulaire pendant la nuit avec travail en commun pendant le jour, sans obligation de garder le silence, pour tous les autres crimes et délits. — Pour ce qui est de la déportation, l'exemple de l'Angleterre est sous nos yeux, et la prospérité de la colonie pénitentiaire de la Nouvelle-Galles prouve tout l'avantage que l'on pourrait en tirer. Que si l'on objectait l'absence de lieu propre à établir une colonie pénale, M. Bonnet répond, et avec raison, que du jour où on le voudra, on trouvera, soit dans l'Australie, soit à Madagascar, un coin de terre à acheter ou à conquérir. Ce que les Anglais ont fait, pourquoi ne le ferions-nous pas ? — Quant à la troisième disposition, la solitude pendant la nuit obviera au plus grand nombre des inconvénients qu'offre la promiscuité des détenus. Par ce moyen, ne pourrait-on pas, en même temps qu'on rendrait plus supportable l'existence physique des condamnés, les faire servir pour leur part au bien de la société, et augmenter par leur travail les revenus de l'Etat et le bien-être général, en les employant à l'entretien des routes, des canaux, au défrichement des landes, etc. Enfin, pour ce qui est relatif aux enfants, l'auteur regarde comme le meilleur système l'établissement des colonies agricoles et industrielles qui ont déjà produit de si beaux résultats.

Pour nous résumer en deux mots, comme citoyen et comme médecin, M. Bonnet a fait un travail utile. Il n'a pas craint de mettre le doigt sur une plaie vive et d'en sonder la profondeur, tout en cherchant un remède au mal dont il a signalé l'existence. Il serait à désirer que tous les membres du corps médical comprissent aussi bien que lui la noble mission que leur assigne la position qu'ils occupent dans la société par leur intelligence et par une instruction solide acquise au prix de tant de sacrifices.

Dr A. FOUCART.

voilà certes plus qu'il n'en faut pour apprécier toute la gravité de l'affection de la maladie dont nous venons de parler.

Bien qu'en général dans les grossesses extra-utérines le chirurgien soit le plus souvent impuissant, on ne peut nier cependant que dans quelques cas il ne puisse aider la nature, et concourir à la conservation de la mère et même de l'enfant. Chez notre malade, comme les accidents provoqués par la tumeur sont disparus, comme l'élimination des débris du fœtus ne se manifeste par aucun signe, M. Jobert pense qu'il ne faut rien faire, mais seulement attendre. Ajoutons que M. Dubois partage la même opinion. Plus tard, s'il survenait une rupture du kyste, le chirurgien devrait favoriser l'élimination des parties. Dans ce but, les opérations que l'on pratique n'offrent rien de fixe, rien de régulier. C'est à la sagacité et à l'habileté du chirurgien qu'il faut laisser le soin d'exécuter, de modifier ou même d'inventer les procédés que réclament les cas particuliers.

Un autre fait non moins remarquable de grossesse extra-utérine s'est présenté dans la pratique de M. Jobert : chez cette malade il y a rupture de la paroi postérieure du rectum et issue de l'une des parties du fœtus. Comme l'on doit pratiquer une opération pour extraire les débris du fœtus, nous espérons, si on nous le permet, en rendre compte dans un prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Phlébite, suite de saignée. Infection purulente. Mort. Quelques considérations sur le traitement de l'infection purulente.

Un homme, entré à l'hôpital pour une ophthalmie avec un peu de congestion cérébrale, fut saigné. La saignée fut pratiquée sur la veine médiane basilique ; elle fut faite suivant la règle, avec toutes les précautions et les soins convenables ; la lancette dont on s'était servi était parfaitement propre. Cependant dès le lendemain le malade éprouva une légère douleur au pli du bras, la petite plaie cutanée s'enflamma ; il s'y forma un petit abcès, et bientôt se manifestèrent tous les symptômes d'une phlébite intense. On a su depuis que le malade avait commis de nombreuses imprudences le jour même de la saignée. Au lieu de garder le repos et de maintenir son bras à demi fléchi et dans l'immobilité, il était allé et venu tenant son bras étendu et lui imprimant toute sorte de mouvements. Il ne faut pas chercher ailleurs la cause de l'inflammation qui s'est développée dans la petite plaie veineuse ; il y a toute apparence du moins que ce sont ces mouvements intempestifs du bras qui y ont donné lieu. Quoi qu'il en soit, l'élève qui a pratiqué cette saignée est parfaitement irréprochable, et l'on ne saurait faire peser sur sa responsabilité les graves conséquences de cet accident.

Voici comment les choses se sont passées :

Avant de la première journée, le malade a été pris de quelques frissons, suivis aussitôt d'un petit mouvement de fièvre. Il a éprouvé, en un mot, les symptômes d'une fièvre traumatique d'autant plus intense, qu'il était robuste et très fortement constitué. Puis il a ressenti de la douleur dans le pli du bras. Au bout de trente-six heures il est survenu un peu de suppuration dans le fond de la plaie ; on en faisait sortir quelques gouttelettes de pus par la pression. Nous nous demandâmes alors si la suppuration ne proviendrait pas de la gaîne de la veine. Nous aurions vivement désiré qu'il en fût ainsi ; car les phlébites externes, comme on le sait, ont peu de gravité. Il en est bien autrement au contraire de la phlébite interne ; ce qui constitue la gravité de cette phlébite, c'est l'infection purulente. Or il est démontré aujourd'hui que l'infection purulente n'a lieu que dans les phlébites internes. C'est à tort que l'on a admis la résorption du pus par voie d'endosmose ; elle est impuissante à produire l'infection purulente. Pour que celle-ci ait lieu, il faut qu'il y ait du pus formé dans le calibre de la veine, et que ce pus soit entraîné par le cours du sang dans le torrent circulatoire. Nous croyons avoir été le premier à établir cette distinction entre la phlébite interne, la phlébite externe et la moyenne ; distinction de la plus grande importance pratique, car c'est sur elle, comme on vient de le voir, que repose tout le pronostic, ainsi que la connaissance du mécanisme de l'infection purulente. Revenons aux symptômes qu'a éprouvés le malade.

Les premiers jours : inflammation locale, suivie de réaction générale, puis de troubles dans les fonctions digestive et cérébrale, et fièvre intense avec redoublement le soir. Dès le début de ces accidents on a eu recours à un traitement antiphlogistique énergique, pour tâcher d'en enrayer les progrès. Quatre-vingts sangsues furent appliquées le premier jour sur le bras, le long du trajet de la veine brachiale ; on en appliqua encore soixante le deuxième jour, et quarante le troisième. Mais ce traitement fut sans résultat. En effet, le troisième jour, le malade éprouva un frisson violent et complet ; la fièvre ne cessa plus de ce moment, et le malade continua à être en proie à des sueurs abondantes. On redoutait avec raison l'invasion de ce frisson, parce qu'il est le symptôme précurseur infaillible de l'infection purulente, ou plutôt il indique déjà le transport du pus dans le torrent circulatoire, et son contact avec les organes.

Jusqu'à ce moment la respiration était restée libre, et le malade n'avait point encore ressenti de douleur dans la région hépatique. A la suite de cet accès la respiration commença à se perdre ; il se manifesta un peu de dyspnée avec quelques accès de toux, puis un sentiment de gêne et de sensibilité à la pression, bientôt suivis de douleurs spontanées dans la région hépatique.

Comme moyen complémentaire de diagnostic de l'infection purulente, on a examiné une partie du sang recueilli au microscope. Le premier jour, les globules du sang avaient cette apparence nummulaire qui est le caractère d'un sang parfaitement normal ; le lendemain le sang offrait le même aspect, sauf qu'il était déjà beaucoup moins riche en globules ; le troisième jour, le sang, examiné le matin, était encore normal ; mais celui que l'on examina le soir, après l'invasion du frisson, offrit des globules purulents bien évidents, nageant au milieu des globules sanguins. Ainsi rien ne manquait à la caractérisation de l'infection purulente. D'une part, inflammation veineuse locale, puis réaction générale, frisson, troubles généraux des principales fonctions et principalement de la respiration, douleur hépatique, etc. D'autre part, sang normal pendant la première période de la maladie, puis présence de globules purulents dans le sang coïncidant avec l'apparition de la dernière série des symptômes qui viennent d'être énumérés, et qui sont les phénomènes consécutifs ordinaires de la phlébite.

La marche ultérieure de la maladie ne fit que justifier trop bien le pronostic grave qui avait été porté dès le principe. Les jours suivants, en effet, on ne tarda pas à constater l'existence d'abcès métastatiques dans les viscères, et tous les phénomènes de la troisième période. On avait constaté d'abord l'engorgement du foie, puis bientôt le poumon droit s'était pris à son tour ; la peau avait pris une teinte ictérique générale, plus particulièrement prononcée aux conjonctives ; la dyspnée allait toujours croissant ; le ventre s'était ballonné. Toutefois il n'y avait pas encore de délire et les sueurs excessives s'étaient un peu modérées.

Après avoir lutté en vain contre l'inflammation veineuse, on avait à lutter maintenant contre l'infection. Au point où en étaient venus les symptômes était-il encore possible d'espérer que le malade pût résister ? Cela n'était pas probable, mais ce n'était pas non plus impossible.

La théorie semble indiquer ici l'emploi de moyens qui aient une action chimique directe sur le sang. C'est en quelque sorte de la chimie vivante qu'il faudrait faire ; mais on sait combien l'art est borné à cet égard. On a souvent eu recours en pareil cas au sulfate de quinine, à l'émétique à doses rasoriennes, mais on n'en a obtenu aucun bon résultat. M. Blandin se fondant sur ce que les sueurs abondantes auxquelles les malades sont en proie dans cette circonstance semblent être le résultat d'un effort de la nature vers la guérison, avait eu l'idée dans le temps de chercher à combattre les phénomènes de l'infection purulente par les diaphorétiques et les diurétiques. Il parvint ainsi chez plusieurs malades à déterminer des sueurs extrêmement abondantes, mais en somme cette médication se montra le plus souvent insuffisante.

L'expérience a appris depuis à M. Blandin que parmi les agents thérapeutiques de cet ordre il en est un qui jouit d'une énergie remarquable : c'est l'eau de Luce. Quelques faits tendent effectivement à établir que cet énergique médicament a pu quelquefois enrayer et neutraliser même complétement les funestes effets de l'infection. Chez un des premiers malades qui furent soumis à ce mode de traitement, l'eau de Luce eut un singulier effet. Il s'agissait d'un homme chez lequel les symptômes d'infection purulente s'étaient développés à la suite d'une amputation. Par suite probablement de l'énergie avec laquelle ce médicament tend à porter les mouvements vers la peau, les abcès métastatiques au lieu de se former dans le foie ou dans les poumons, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement, se formèrent tous sous la peau. Le malade, du reste, n'en succomba pas moins ; mais ce fait, en montrant la puissance et en quelque sorte la spécificité d'action de l'eau de Luce, laissait entrevoir du moins une espérance que d'autres faits sont venu confirmer depuis. En effet, les symptômes d'une infection purulente commençante furent complétement enrayés sous l'influence de ce médicament chez une femme de l'hôpital Beaujon, affectée, comme le sujet dont il s'agit en ce moment, d'une phlébite suite de saignée.

En 1831, à la suite d'une émeute qui eut lieu sur la place Vendôme, on amena deux ouvriers blessés dans la collision. L'un d'eux avait reçu deux coups d'épée dans la poitrine. Grâces à des saignées répétées qui furent pratiquées à de courts intervalles les accidents graves qu'il y avait lieu de craindre furent conjurés, et le malade était en voie de guérison lorsque, par malheur, quelques jours après, une des piqûres de saignée vint à s'enflammer. Nous connaissions dès lors déjà toute la gravité de ces phlébites. Nous appliquâmes un grand nombre de sangsues, mais l'infiltration veineuse n'en continua pas moins à faire des progrès et elle fut bientôt suivie de l'invasion des symptômes d'infection purulente. Nous n'hésitâmes pas dès ce moment à pronostiquer une issue fatale. Cependant, encouragés par quelques précédents succès, nous administrâmes l'eau de Luce. Ce médicament fut suivi d'une amélioration et d'un amendement notable dans tous les symptômes ; la fièvre cessa même complétement, et nous crûmes un instant atteindre la guérison. Cependant au bout de quelque temps le malade commença à maigrir à vue d'œil, il dépérissait peu à peu et il succomba au bout de deux mois.

L'autopsie nous révéla une circonstance remarquable, c'est que cet homme avait succombé, non point aux abcès métastatiques et aux conséquences de l'infection purulente, mais à un abcès idiopathique du poumon développé dans un des points où cet organe avait été blessé par l'instrument vulnérant. Nous trouvâmes, en effet, deux ou trois abcès métastatiques dans le poumon gauche et un dans le foie à l'état de résolution, ne contenant plus que quelques débris concrets. Ainsi cet homme, qui avait succombé à un abcès du poumon au bout de deux mois et demi à trois mois environ après l'accident qui l'avait conduit à l'hôpital, avait présenté tous les symptômes les plus manifestes de l'infection purulente et des abcès métastatiques dont nous n'hésitons pas à dire qu'il était guéri.

Cette médication a été tentée chez notre malade. On a joint à l'eau de Luce l'administration du nitrate de potasse à haute dose et les frictions mercurielles, ces dernières en vue de cette idée que le mercure semble avoir une action fondante particulière sur les globules purulents du sang. Malgré le concours de ces moyens actifs, la maladie n'en a pas moins continué à faire de rapides progrès, et le malade a succombé du dixième au onzième jour environ, à dater de l'invasion des premiers accidents.

On a trouvé à l'autopsie des abcès métastatiques nombreux dans les deux poumons et dans le foie, il y en avait en plus grand nombre dans le poumon droit que dans le poumon gauche, et plus particulièrement dans le lobe inférieur. Dans le foie, ils occupaient également plutôt le lobe droit que le gauche. Il y en avait au moins autant dans l'intérieur du foie qu'à sa surface. On rencontrait des caillots fibrineux et des concrétions plastiques dans toutes les veines du foie. La veine porte était enflammée et contenait du pus ; il semblait qu'elle fût le point de départ de l'abcès du foie ; l'une des veines principales qui en dépendent traversait un vaste abcès. On a examiné ensuite les veines du bras, et voici ce que l'on a trouvé : la veine médiane basilique seule était enflammée et suppurée. Aucune des autres veines de cette région n'était oblitérée ; le sang continuait à couler librement dans les veines céphalique et basilique ; par conséquent le pus, à mesure qu'il se formait dans la médiane basilique, était entraîné par le double courant des deux veines adjacentes. Une circonstance particulière favorisait encore cette migration du pus par ce double courant, c'était l'absence de valvule au point de réunion des veines céphalique et basilique. Ainsi, non-seulement il n'y avait point d'oblitération des veines, mais il y avait une circonstance particulière, exceptionnelle qui facilitait l'entraînement du pus dans le torrent circulatoire. On peut donc dire que la vie de cet homme a tenu, jusqu'à un certain point, à l'absence de valvules et d'oblitération de la veine céphalique.

Enfin, comme dernière épreuve, on a de nouveau examiné du sang recueilli sur le cadavre et on y a trouvé des globules purulents en très grande quantité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le docteur Hameau écrit pour rappeler à l'Académie que c'est lui qui, le premier, en 1818, a découvert la pellagre dans les Landes. Il se plaint que, dans un travail lu à l'Académie par un médecin de Bordeaux, il ne lui ait pas été, à cet égard, rendu plus de justice.

— *M. Husson*, à l'occasion du procès-verbal, revient sur ce qui a été dit de la manière dont Corvisart faisait l'anatomie pathologique. Il a suivi ce médecin de 1795 à 1798. A cette époque, Corvisart ouvrait la poitrine, examinait le cœur et les poumons ; mais jamais il ne lui a vu faire une ouverture d'intestin. Plus tard, il fit des autopsies plus complètes ; de sorte que M. Mérat a pu avoir raison de revendiquer pour Corvisart le mérite d'avoir fait des autopsies avec soin, et que M. Rochoux n'a pas eu tort de le nier ; cela dépend des époques.

M. Mérat répond qu'il a été chef de clinique de Corvisart de 1801 à 1803, et qu'à cette époque il pratiquait des autopsies avec le plus grand soin, et de la manière la plus complète.

— *M. Honoré*, au nom d'une commission fort nombreuse, lit un rapport sur un projet d'organisation nouvelle de nomination des correspondants nationaux de l'Académie.

Ce projet donne lieu à une longue, bruyante et très confuse discussion qui absorbe la durée de la séance, et dont la reproduction n'offrirait aucune sorte d'intérêt à nos lecteurs. Les points principaux adoptés par l'Académie, sont : 1° Qu'on s'occupera tous les ans de nominations de correspondants ; 2° que la commission présentera une liste double de candidats.

Lithotritie sur une pierre chatonnée. Modification du brise-pierre. — *M. Ségalas* lit la communication suivante : Je viens faire connaître à l'Académie une lithotritie pratiquée dans des circonstances graves et telles que pour la mener à bonne fin j'ai dû opérer un changement important dans l'instrument dont je me sers habituellement ; savoir, le brise-pierre à pression et à percussion que j'ai eu l'honneur de présenter ici en 1839. Voici le fait : Un ancien colonel d'artillerie, M. le baron C..., âgé de 75 ans, amputé de la cuisse, porteur d'un goître énorme et d'une hernie, sujet à des congestions cérébrales, affecté depuis longues années d'une rétention d'urine complète, et obligé, en conséquence, de se servir de la sonde pour uriner, éprouvait depuis quelque temps des douleurs intolérables dans la vessie, et rendait constamment des urines glaireuses et sanguinolentes. Appelé l'année dernière près de ce vieillard, je constatai que l'urètre était rétréci et calleux en plusieurs points de son étendue et que la vessie, très douloureuse et saignante sous le cathéter, contenait une pierre volumineuse. De concert avec le médecin ordinaire, mon honorable confrère M. le docteur Talon, je commençai le traitement du malade par le broiement de la pierre. En six séances de lithotritie, celle-ci fut divisée et détruite ; mais nous étions loin d'avoir terminé la cure. Une nouvelle exploration de la vessie nous fit reconnaître l'existence d'une seconde grosse pierre logée dans une lacune à ouverture étroite. Je cherchai à déplacer cette pierre, mais vainement ; je tentai ensuite de la briser en place avec mon brise-pierre ordinaire ; mais ce fut encore en vain. Je parvenais à introduire l'instrument dans la lacune, à le placer entre ses parois et la pierre ; mais il me fut toujours impossible de l'ouvrir et d'embrasser avec lui le corps étranger. Après plusieurs essais, je pris le parti de couper la moitié du bec de la branche mâle de l'instrument ; et, grâce à ce changement, je réussis à user un peu la pierre. A force de revenir à la charge, dans des séances répétées tous les huit jours, j'ai réduit la pierre à des dimensions qui lui ont permis de sortir de la lacune et d'entrer dans la vessie. Là, il m'a été facile d'achever sa destruction en un petit nombre de séances, et je vous en présente les détritus. Sitôt cette seconde pierre extraite, le sang a cessé de couler, et la position du malade a été bien meilleure. Mais il restait encore un catarrhe de vessie ; quelques injections de nitrate en ont beaucoup diminué l'intensité, et aujourd'hui le colonel se trouve dans un état satisfaisant pour son âge.

Comité secret de l'Académie des sciences.

On assure que le comité secret de l'Académie des sciences, consacré à la discussion du rapport de la section de médecine et de chirurgie relatif à la liste de présentation des candidats à la place vacante, a été très vif et très animé. Plusieurs membres ont demandé la parole pour réclamer, quelques-uns pour protester contre la classification adoptée par la commission, et qui est bien celle que nous avons indiquée dans notre dernier numéro. Ces honorables académiciens auraient manifesté toute leur surprise et leur mécontentement de voir M.

Gerdy placé à un rang aussi élevé, alors qu'on n'a donné que la dernière place sur la liste à M. Amussat. Un grand chimiste se serait écrié, à cette occasion, qu'il espérait qu'il en serait à l'Académie comme pour le royaume du ciel promis par l'Evangile, et que les derniers seraient les premiers. Cette parabole a été vivement approuvée par un célèbre géomètre, qui en a fait application surtout à la candidature de M. Bourgery.

Comme les sections sont souveraines dans la présentation des listes de candidats et qu'il n'y peut être rien changé par l'Académie, celle de la section de médecine a été maintenue. Mais les observations faites n'en subsistent pas moins, et nous devons ajouter qu'elles trouvent de l'écho dans l'opinion publique. Puisqu'il s'agit d'une place de chirurgien, et que c'est surtout les titres chirurgicaux qui sont en discussion, tout le monde est justement étonné, qu'aux yeux de la section, M. Gerdy puisse l'emporter sur M. Jobert, sur M. Amussat, sur MM. Bérard et Blandin; si c'est comme savant et comme anatomiste qu'on veut mettre M. Gerdy en évidence, assurément il ne peut pas entrer en ligne avec les beaux travaux de M. Bourgery. Comme chirurgien, M. Gerdy n'est guère et malheureusement connu que par sa méthode de traitement des hernies, dont les insuccès, pour ne pas dire autre chose, ont eu un si grand retentissement. Tout compte fait, avec un grand nombre de membres de l'Académie, nous ne trouvons pas suffisamment justifié le grand honneur que lui a fait la section de médecine et de chirurgie.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Le nº 77 de la *Gazette des Hôpitaux* contient, dans l'un des derniers alinéas de la page 307, le passage suivant :

« Les granulations palpébrales compliquées de conjonctivite aiguë ne doivent point être traitées par le caustique, ainsi que le conseille M. Sichel. C'est seulement lorsque l'inflammation a cédé qu'il y a opportunité d'employer un traitement qui jusque-là serait de nul effet. »

C'est sans doute par une transposition typographique ou par un malentendu de la part de M. Caffe, que ce passage m'attribue un conseil diamétralement opposé à celui que j'ai donné, et que la pratique de M. Hairion et de beaucoup d'autres médecins expérimentés est venue confirmer. Il faut lire : « Les granulations compliquées de conjonctivite aiguë, ainsi que le conseille M. S., ne doivent point être traitées par le caustique. » Voici ce que j'ai dit dans mon *Traité de l'Ophthalmie*, etc., pag. 227 et 228 : « Tel est le traitement topique que nous mettons en usage contre l'ophthalmie blennorrhagique aiguë ... ; nous ne nous trouvons jamais dans la nécessité d'avoir recours à la cautérisation de la conjonctive chémosée avec la pierre infernale..... Nous sommes d'autant plus éloigné de l'emploi du nitrate d'argent comme caustique dans la période aiguë, que dans une période même plus reculée l'application intempestive trop énergique ou trop étendue de cet agent sur les végétations grenues de la conjonctive, provoque d'ordinaire de violentes douleurs et une recrudescence des symptômes inflammatoires. C'est cette circonstance qui nous a amené à établir, comme règle générale, qu'il faut toujours commencer à cautériser avec le sulfate de cuivre les granulations, principalement après leur excision; ce n'est qu'ensuite qu'on les touchera, d'abord légèrement, puis de plus en plus fortement, avec la pierre infernale, en ayant soin d'agir de moins en moins énergiquement à mesure que les granulations disparaissent. »

Agréez, etc. — Sichel, D.-M.

1er juillet 1845.

NOUVELLES.

M. le docteur Donné, inspecteur général des Ecoles de médecine, est arrivé hier à Bordeaux; il a immédiatement commencé son inspection. Nous espérons qu'il en résultera un grand avantage pour ces établissements.

— L'Association médicale de la Gironde, dans sa séance annuelle tenue le 29 mai dernier, a procédé à l'élection des président et vice-président annuels, et à celle des membres du comité central qui doivent remplacer le tiers sortant.

M. le docteur Bourges a été réélu comme président, et M. le docteur Gintrac comme vice-président.

Le sort a désigné pour être remplacés, MM. Mabit père, Soulé, Dubreuilh, Dupont fils et Cazenave; ils l'on été au scrutin par MM. Azam, Pereyra, Barres, Sarraméa et Dauzat.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux.*)

Déplacement de la voirie de Montfaucon. — Les organes de l'opinion publique ont apprécié d'une manière diverse la mesure administrative qui a ordonné le déplacement de la voirie de Montfaucon, et réglé le mode de transport des vidanges à Bondy. Quelques-uns n'ont pas tenu suffisamment compte des difficultés qui ont arrêté si longtemps le conseil municipal de Paris. Nous comprenons à merveille que La Villette, que les localités qui entourent la voirie de Bondy fassent entendre des plaintes ! Cependant, en ce qui concerne La Villette, nous croyons que cette commune s'exagère les inconvénients de l'établissement nouvellement autorisé. Le talent éprouvé des ingénieurs de la ville aura certainement prévu tous ceux qui peuvent l'être dans l'état actuel des connaissances acquises.

Nous désirons vivement qu'on puisse faire davantage, et nous sommes loin de repousser les espérances que font concevoir à quelques-uns de nos confrères les progrès des sciences chimiques. On assure, en effet, qu'au milieu de tentatives infructueuses, il existe, sur la désinfection et la dessiccation des matières, des travaux intéressants que le conseil de salubrité a distingués et qu'il recommande. Mais déjà, si nous sommes bien informé, l'administration s'en occupe avec sollicitude. D'accord avec M. le préfet de police, M. le préfet de la Seine a nommé une commission supérieure, pour examiner sous sa présidence les propositions qui sont faites. De semblabes études ne peuvent avoir qu'un but, celui de résoudre les difficultés pratiques, dont certaines ont leurs embarras, et de favoriser largement l'essai des découvertes vraiment sérieuses qui doivent conduire à la suppression des voiries.

De tous les établissements qui se sont occupés d'une manière exclusive des intérêts particuliers du Corps médical, la **CAISSE CENTRALE DES MÉDECINS** est celui qui a le mieux compris l'étendue des services qu'il pouvait lui rendre, en ajoutant à ses attributions, si difficiles et si délicates du recouvrement des notes d'honoraires, celle des *cessions et permutations de clientèles*. Aussi croyons-nous être agréable à nos lecteurs des départements, en reproduisant ici la circulaire que cet établissement vient d'adresser, à la date du 1er juin, à MM. les docteurs-médecins qui seraient dans l'intention de céder ou permuter. S'interposer avec sagesse et discrétion, en ne donnant que des détails exacts et consciencieux, tel est le but vers lequel la *Caisse centrale* paraît diriger tous ses efforts; et, selon nous, c'est la meilleure des garanties.

A Messieurs les docteurs en médecine.

Messieurs,

La direction de la **CAISSE CENTRALE DES MÉDECINS**, vouée exclusivement à la conservation des intérêts qui lui sont confiés, est parvenue aujourd'hui à ce mode de recouvrement désirable, celui d'obtenir les meilleurs résultats, en exposant le *moins possible* ses clients à des discussions judiciaires, toujours fâcheuses pour la dignité du *corps médical*, et de chacun de ses membres en particulier.

C'est vers ce but, et dans ces principes qui lui ont valu de nombreux témoignages d'adhésion, que le personnel de la Caisse dirige ses démarches, avant tout conciliatrices : sous ce rapport, elle a rendu, comme elle rend encore chaque jour, d'importants services, fruit de sa mansuétude, toujours soutenue par le raisonnement, et les plus persévérants efforts.

Toutefois, sa tâche lui a paru incomplète : elle a reconnu quelle devait réunir dans l'ensemble de ses opérations tout ce qui pouvait intéresser le *corps médical* : que ses nombreuses relations, établies sur tous les points de la France, pouvaient se prêter à un autre but évidemment utile, non moins indispensable, celui de préparer, de faciliter *les cessions et permutations des clientèles*.

Déjà son concours efficace a conduit à bonnes fins un grand nombre de transactions de ce genre; et l'expérience lui a démontré la nécessité d'un centre, où cédants et cessionnaires, pussent se rencontrer et traiter avec sagesse, discrétion et sécurité : ce nouveau but, la Caisse Centrale croit l'avoir atteint aussi.

Le Directeur-Gérant s'estimera heureux de pouvoir vous offrir sa médiation et ses soins dans quelque circonstance que ce soit.

Votre très humble serviteur,

Le directeur-gérant, Auguste Crenet.

Paris, 1er juin 1845.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 79. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 4 JUILLET 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ce n'est pas un nouvel exemple, ce sont deux exemples nouveaux de paralysie du grand dentelé que nous avons à faire connaître.

L'un est fourni par un malade du service de M. Nélaton; l'autre par un malade du service de M. Briquet.

Dans le cas de l'hôpital des cliniques la paralysie du grand dentelé, ou plutôt des grands dentelés, est liée à une paraplégie produite par une cause tout à fait singulière et insolite.

Dans celui de l'hôpital Cochin, la paralysie est localisée exclusivement dans les épaules.

Dans les deux cas la paralysie locale est double; les deux grands dentelés sont lésés à la fois: circonstance qui n'a pas encore été signalée.

Voici comment la lésion a été déterminée chez le malade de M. Nélaton (hôpital des Cliniques). Cet individu, homme assez robuste, âgé de trente-neuf ans, jouait avec un de ses camarades, quand celui-ci, placé derrière lui, lui passa les deux bras d'arrière en avant sous les aisselles et ramena les mains d'avant en arrière sur la nuque, puis, à l'aide de ses mains croisées sur cette partie, poussa brusquement en avant la tête, à laquelle il fit subir un mouvement exagéré de flexion. Le sujet faillit tout à coup des membres inférieurs, et les supérieurs tombèrent impuissants à ses côtés. Il était paralysé des quatre membres. Il ne perdit pas connaissance. On le transporta chez lui. Il sentit des douleurs dans le bas-ventre, et ne put rendre ses urines que le lendemain. Les jours suivants, il urinait souvent et peu à la fois, ce qui doit faire penser que la vessie distendue ne se vidait que par regorgement. Il n'eut qu'une selle pendant les huit jours qu'il passa dans son domicile, encore fut-elle déterminée par un purgatif.

Nous l'avons interrogé pour savoir si les muscles respirateurs n'avaient pas éprouvé d'atteinte dans leur action, ce qui nous paraissait inévitable; il nous a dit qu'il avait senti une certaine difficulté à parler, et que cette difficulté ne venait ni de la langue, ni de la gorge; que c'était réellement une *fatigue* de la poitrine. La sensibilité était conservée; cela n'est pas douteux, car le malade a senti parfaitement les frottements que l'on exerçait sur ses mains et ses bras pour y rappeler le mouvement.

D'après les données que nous possédons sur les fonctions des faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle, et d'après le mécanisme suivant lequel ce cordon, dans le cas dont il s'agit, a dû être affecté, il est facile de comprendre que la motilité ait été abolie, tandis que la sensibilité a été conservée.

En effet, l'observation pathologique et les expériences ont prouvé, à n'en plus douter, que les faisceaux postérieurs président à la sensibilité, tandis que les faisceaux antérieurs président à la motilité. Or, dans un mouvement qui a fléchi fortement la tête, ce ne sont pas les faisceaux postérieurs qui ont pu être comprimés ou contus. La lésion de la moelle n'a pu avoir lieu que par suite d'une diastase des vertèbres cervicales inférieures dans laquelle le corps d'une vertèbre s'est porté plus ou moins fortement en arrière contre la partie antérieure (c'est-à-dire excito-motrice) de ce cordon.

Le malade, comme nous l'avons dit, est resté huit jours chez lui, puis il s'est fait transporter à l'hôpital. On n'a pu constater aucun déplacement le long de la tige vertébrale. Des ventouses ont été appliquées à la partie inférieure de la région cervicale, pour prévenir la myélite consécutive. La paralysie a diminué; le malade peut effectuer quelques mouvements. Il urine plus abondamment et beaucoup moins fréquemment que pendant les premiers jours qui ont suivi l'accident Il a eu une selle spontanée.

Il importe de faire observer que la paralysie a toujours été, et est encore plus prononcée à droite qu'à gauche, ce qui fait supposer que dans le mouvement brusque de flexion imprimé à la tête, le faisceau antérieur droit a plus souffert que le gauche, à raison sans doute d'un degré de rotation dans un sens, l'impulsion ayant été plus énergique d'un côté que de l'autre.

Jusqu'ici, il n'a pas été question de la paralysie du grand dentelé. Elle a eu lieu à gauche et à droite; mais du côté gauche elle a presque cessé. Du côté droit elle subsiste tout entière. Le bord spinal de l'omoplate est fortement soulevé. On mesure environ quatre centimètres de ce bord au plan costal. L'angle inférieur du scapulum est soulevé également, ou, si l'on veut, porté en arrière; mais, chose remarquable, il n'est pas rapproché de la tige vertébrale; au contraire, il en est plus éloigné que le même angle de l'autre omoplate, d'un centimètre au moins. Le sujet ne peut élever le bras qu'à une petite hauteur et difficilement, ce qui n'est pas uniquement imputable au défaut de fixité du scapulum, puisque, chez cet homme, le deltoïde et tous les muscles sont affectés au même degré. Toutefois, il devient très évident que la difficulté du mouvement d'élévation du bras est en très grande partie sous l'influence de cette cause (le défaut de fixité du scapulum), quand on voit que ce mouvement est agrandi et notablement facilité par la fixation de l'omoplate contre le plan costal, à l'aide de la main fortement appuyée sur cet os.

Le moignon de l'épaule droite n'est pas appréciablement abaissé, et cela n'est pas surprenant, le scapulum n'ayant pas éprouvé ce mouvement de bascule dont nous avons parlé dans notre précédent article, et dans lequel l'angle costal se trouve rapproché de la colonne vertébrale. Ici, loin d'être rapproché, il en est éloigné. Ces différences prouvent la nécessité d'observations plus multipliées pour que l'on puisse écrire plausiblement l'histoire de la paralysie du muscle grand dentelé.

Chez le malade de M. Briquet, le grand dentelé du côté droit est paralysé depuis plusieurs années; l'épaule et le bras correspondants sont atrophiés d'une manière extrêmement sensible: résultat qui nous paraît devoir être attribué à la gêne prolongée des mouvements de l'épaule et du bras. Ces parties n'agissant plus suffisamment, ont souffert dans leur nutrition, comme cela arrive pour tout organe dont l'action reste trop au-dessous du degré normal. Depuis quelque temps l'épaule gauche s'affaiblit, selon l'expression du malade, et l'on voit paraître de ce côté tous les signes de la paralysie du muscle grand dentelé.

Notre dessein n'est pas de faire connaître cette intéressante observation dans tous ses détails; il faudrait trop d'espace pour la rapporter en entier dans cette *Revue*. L'interne du service, M. Richard, que nous avons déjà eu l'occasion de citer, la recueille sous les auspices de M. Briquet, et nous ne doutons pas que ce *Journal* ne soit à même de la publier en temps opportun. Notons seulement qu'il n'y a pas eu de cause connue, et que l'*affaiblissement*, c'est-à-dire la paralysie, a été le premier symptôme.

Aux quatre faits consignés dans la thèse de M. Desnos, qui a tenté de louables efforts pour éclairer ce sujet, et dont le travail nous a aidé dans la rédaction de notre premier article, il faudra joindre, outre les deux cas précédents, une observation consignée en abrégé dans le mémoire de MM. Beau et Maissiat sur le *mécanisme des mouvements respiratoires*.

Il s'agit d'un jeune homme que les deux auteurs examinèrent d'après l'invitation de M. Nélaton, et chez lequel l'omoplate droite était pour ainsi dire détachée du thorax, surtout par sa partie inférieure. Aussitôt que le deltoïde se contractait pour élever le bras, la partie supérieure de l'omoplate était entraînée en avant, tandis que l'angle costal éprouvait un mouvement de bascule qui le faisait monter en l'écartant de plus en plus du thorax. Si on maintenait la pointe de l'omoplate fermement appliquée contre les côtes, le deltoïde, trouvant alors un point d'appui résistant dans le scapulum, pouvait se contracter avec avantage pour lever le bras.

Ce fait, comme le disent très bien MM. Beau et Maissiat, montre d'une manière expérimentale quelle est la fonction habituelle du muscle grand dentelé. Il n'est qu'exceptionnellement inspirateur, et son principal usage est de coopérer avec le deltoïde à l'élévation du bras. Il est facile de s'en assurer en examinant sur une personne étrangère ou sur soi-même ce qui se passe dans la région scapulaire pendant l'élévation du bras. L'angle costal, qui était plus ou moins saillant et plus ou moins en dedans, se porte en dehors et s'applique en même temps contre le thorax. Or, quel muscle peut ainsi dévier l'omoplate, si ce n'est le grand dentelé? Quand il est paralysé, cette fixation n'est plus possible, et le deltoïde entraîne le scapulum au lieu d'y trouver un point d'appui solide. L'omoplate est un intermédiaire entre deux forces dont l'une est indispensable à l'exercice de l'autre.

M. Desnos propose de ranger en trois périodes les symptômes qui précèdent, accompagnent ou suivent la paralysie du muscle grand dentelé.

La première période serait marquée par des douleurs soit rhumatismales, soit névralgiques. Mais ce symptôme a manqué plusieurs fois. Nous ne le voyons indiqué que dans deux observations, celle de M. Marchesseaux, et celle de M. Rayer rapportée par M. Desnos et résumée dans notre premier article. M. Gendrin ne dit pas qu'il y ait eu de douleurs préalables dans le fait qui lui appartient, et dans le cas actuel de M. Briquet, l'*affaiblissement*, comme nous l'avons dit, a été le premier symptôme.

Dans la seconde période « la difformité de l'omoplate commence à apparaître et annonce que le muscle grand dentelé se paralyse. »

Enfin, dans la troisième période, M. Desnos prévoit que « la contraction des muscles antagonistes du grand dentelé pourrait acquérir une intensité plus ou moins considérable. » En même temps les muscles paralysés s'atrophient. Cette période serait donc marquée par l'atrophie des muscles paralysés et la contracture des antagonistes. Dans le cas actuel de M. Briquet, elle est marquée par l'atrophie de tout le membre. Au reste, cette vue de M. Desnos est fondée sur des analogies légitimes et sur l'induction physiologique. C'est un point qui mérite d'être élucidé.

Nous le répétons, l'histoire complète de la paralysie du grand dentelé n'est pas possible encore. Mais tout fait supposer qu'on n'attendra pas longtemps pour avoir un nombre de faits suffisant. M. Nélaton a observé plusieurs fois cette affection, et il nous écrit qu'il en a fait, à diverses reprises, le sujet de ses leçons cliniques. Elle semble donc plus commune qu'on n'aurait été porté à le supposer, d'après le petit nombre d'observations qui en existent. Puisque la science est pauvre, et qu'il dépend des observateurs qu'elle s'enrichisse, nous féliciterons M. Desnos, et il nous sera permis peut-être de nous féliciter nous-même d'avoir appelé l'attention sur ce point.

— Le froid, sous forme d'irrigations, est employé depuis longtemps par M. A. Bérard. Deux cas viennent de témoigner encore des excellents effets de ce moyen. Dans l'un il s'agit d'une plaie du gros orteil divisée dans une grande partie de son épaisseur par un coup de hache. La cicatrisation par première intention s'est faite sous l'eau, comme chez ce garde municipal du service de M. Baudens, dont nous parlions dernièrement. Dans l'autre cas, le pouce avait été pris sous un corps pesant, et aplati de telle sorte que, suivant la comparaison parfaitement exacte de M. Bérard, il ressemblait à une poire tapée. Il existait une plaie des parties molles en communication avec la plaie osseuse. L'amputation immédiate fut le premier moyen qui se présenta à l'esprit du chirurgien. Néanmoins on tenta l'usage des irrigations froides: il ne s'est produit ni gangrène, ni même inflammation, et le doigt reprend insensiblement sa forme.

Nous reviendrons prochainement sur le service de M. A. Bérard, qui a offert et offre encore plusieurs cas très intéressants.

— Un cas de tumeur testiculaire par inclusion vient de se présenter à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton.

Un enfant avait, en naissant, un testicule (le droit) plus volumineux que l'autre. Les parents n'y attachèrent point d'importance. Il fut envoyé en nourrice. A huit mois, la femme qui l'allaitait fut préoccupée du développement que prenait la tumeur, et ramena son nourrisson aux parents, qui ne jugèrent pas à propos de prendre l'avis d'un homme de l'art, et lui rendirent leur enfant pour qu'elle continuât à le nourrir. A quinze mois, la tumeur offrait le volume d'un œuf de poule; on se borna à la soutenir avec un suspensoir. A dix-huit mois, elle avait atteint celui d'un œuf d'oie au moins, et gênait le petit malade dans la progression; parfois elle le faisait tomber, et on le voyait souvent porter la main à ses parties pour les soutenir pendant la marche.

Au premier examen, on sentit de la fluctuation. Une grosseur se confondant avec le reste de la tumeur, fut trouvée à la partie antérieure de celle-ci. La transparence était manifeste. L'interne, M. Robin, donna un coup de trois-quarts, et sentit nettement plusieurs cellules fibreuses ou cloisons résistantes sous le trois-quarts, qui lui firent dire aussitôt qu'il n'y aurait pas un écoulement de liquide abondant.

Effectivement, il ne sortit que trois à quatre cuillerées de sérosité, d'abord pure, puis sanguinolente. La tumeur ne s'affaissa presque pas; néanmoins on put reconnaître qu'elle était formée par un tissu résistant et séparé de la peau par une mince couche de parties molles. En arrière existaient des points fluctuants donnant l'idée de kystes qui se laissaient déprimer par le doigt. En les déprimant ainsi, on constatait qu'au-dessous d'eux se trouvait le même tissu résistant qui constituait la masse de la tumeur.

La canule fut retirée, et M. Robin ne fit pas d'injection. L'enfant qui avait été conduit à la consultation, fut ramené chez ses parents; trois jours après il revint et fut admis dans les salles de M. Nélaton.

Examinée de nouveau, la tumeur ne présenta plus de transparence, malgré la présence des deux kystes postérieurs dont il a été question. Ces kystes égalaient chacun le volume d'une noisette. Le défaut de transparence, l'existence des cloisons fibreuses, la résistance, plus facile à apprécier depuis la ponction, montraient bien que la tumeur était solide. Mais quelle était sa nature? La pensée d'une tumeur par inclusion se présenta tout de suite à M. Nélaton.

Une nouvelle ponction, celle-ci purement exploratrice, fut

pratiquée et donna trois ou quatre gouttes de sérosité mêlée de sang. Aussitôt après, M. Nélaton fendit la tumeur de haut en bas et en avant, y compris la vaginale, qui était saine et ne contenait aucun liquide. La tumeur fit saillie hors de l'incision; elle était revêtue par l'albuginée, et représentait le testicule très amplifié. Le cordon fut coupé partiellement avec des ciseaux, et l'on vit qu'il tendait à rentrer, dès qu'il n'était plus fixé au dehors par la tumeur. L'artère spermatique donna un peu de sang : on en fit la ligature, puis, avant d'achever la section du cordon, un lien de précaution fut placé autour du canal déférent pour l'empêcher de rentrer ; enfin, un dernier coup de ciseaux acheva de séparer la tumeur.—Pansement simple, compresses froides. On prit quelques précautions pour empêcher l'urine de couler sur la plaie.

On reconnut facilement que l'autre testicule était sain ; il était situé un peu au dessous de l'anneau inguinal externe.

La plaie marche très bien. Il n'y a eu de fièvre que les deux premiers jours après l'opération.

A l'incision de la tumeur faite dans le sens vertical d'avant en arrière, on trouva en haut et en avant un paquet de tissu adipeux semblable au coussinet graisseux de la main, ayant les caractères microscopiques du tissu graisseux normal ; au-dessous un kyste du volume d'une petite noix, plein d'une matière blanche pultacée, semblable à celle que l'on trouve assez souvent dans les kystes pileux de l'ovaire, et présentant comme elle au microscope des cellules beaucoup plus petites que les cellules graisseuses normales.

La paroi interne de ce kyste offrait les caractères extérieurs du tissu cutané, et était couverte d'un duvet dont les poils avaient deux à trois centimètres de longueur. Inférieurement existaient deux ou trois kystes séreux, du volume d'une aveline, et plus bas encore un paquet d'os qu'il a été impossible de déterminer, et dont les pièces sont unies entre elles par du tissu fibreux. En arrière se trouvaient les deux kystes séreux reconnus avant l'opération.

A la partie la plus interne et inférieure de la tumeur, se voyait un kyste rempli de la même matière graisseuse blanche, pultacée, dont nous avons parlé tout à l'heure, et présentant une paroi interne ayant aussi tous les caractères de la peau. Il est très remarquable que l'on peut enlever l'épiderme et mettre à nu le derme, parfaitement reconnaissable. Les poils sont entraînés avec l'épiderme (il faut noter que la pièce a macéré plusieurs jours). Nous nous sommes assuré, avec M. Robin, de l'existence des cellules caractéristiques de l'épiderme cutané dans celui qui a été détaché. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ.— M. Velpeau.

Leçons sur les maladies des femmes.

Des maladies de l'utérus. De l'exploration de l'organe. Des déviations.

Après avoir parlé du toucher et de la palpation dans leurs rapports avec le diagnostic des affections de l'utérus, il nous reste à examiner l'emploi qu'on peut faire du spéculum dans les mêmes maladies.

Le *speculum* est, sans contredit, un instrument très utile; il est seulement malheureux qu'on ait cru devoir en imaginer au moins une cinquantaine de variétés qui, il faut bien le dire, sont complétement inutiles. Mais chacun a voulu avoir son spéculum personnel. En réalité, le spéculum peut se diviser en deux classes : le spéculum plein, le spéculum à valves. Tous les instruments connus sous ce nom viennent se ranger dans l'une de ces catégories. Les divers changements successivement apportés au spéculum ont été, pour la plupart, des choses insignifiantes ou y ajouté une foule de petits détails qui peuvent être fort bien vus des fabricants, mais qui n'ont aucun intérêt véritable pour le praticien.

Le spéculum plein est, comme on sait, un cylindre creux terminé par un bout de manche; une des deux extrémités du cylindre est un peu plus évasée que l'autre, c'est celle à laquelle le manche est adapté. On le fait en métaux divers, en ivoire, etc.

Parmi les spéculums à valves, celui qui nous a paru le plus commode est le spéculum à trois valves. Toute cette catégorie s'introduit fermée, et s'ouvre dans le vagin.

Tous les autres spéculums à valves peuvent également être employés, ils sont certainement bons ; mais les deux que nous venons de citer sont suffisants pour tous les cas, et, par conséquent, les autres sont parfaitement inutiles.

Il ne faudrait pas croire que le spéculum est un instrument nouveau ; on en trouve des descriptions dans d'anciens auteurs. Ainsi, Ambroise Paré en a donné des figures qui en représentent même à plusieurs valves. Cependant, ajoutons qu'on ne s'en servait presque plus quand M. Récamier est venu pour populariser l'emploi du spéculum plein, et madame Boivin l'usage du spéculum à valves. Celui de M. Récamier n'avait primitivement pas de manche, celui de madame Boivin avait seulement deux valves; les perfectionnements sont successivement arrivés pour nous les montrer tels que nous les voyons aujourd'hui. Ainsi, au premier, on a ajouté un manche et un ambout pour le faire pénétrer plus facilement; à MM. Galintzouski et Mélier sont dus ces innovations.

Le spéculum plein est à peu près le seul véritablement nécessaire. Toutes les fois que le col de l'utérus, tout en étant malade, n'a pas acquis un vo ume trop considérable, il convient mieux même alors que le spéculum à valves; mais, au contraire, quand le col est plus volumineux qu'à l'état normal, il faut préférer ce dernier. Il est d'ailleurs à peine besoin d'insister sur les motifs de cette différence dans le choix de l'instrument; il est clair que si l'ouverture du spéculum est moins grande que la tumeur formée par le col, l'exploration ne saurait être qu'incomplète. Ajoutons cependant, qu'en général le spéculum à valves est moins commode que l'autre, à cause des difficultés qu'on éprouve à éviter le pincement de la membrane muqueuse du vagin qui tend sans cesse à s'engager entre les valves pendant l'introduction de l'instrument; de plus, avec le spéculum plein, sa forme sollicite le col à venir s'engager de lui même dans la petite extrémité arrivée au fond du vagin, ou s'il n'y arrive pas directement, il est plus commode de l'y faire pénétrer, qu'on ne le peut avec le spéculum à valves.

On a encore inventé des spéculums applicables à l'exploration du col de l'utérus dévié de sa position ordinaire ; on en a fait construire avec un bord plus allongé que l'autre ; M. Duparcque en a imaginé pour l'examen des maladies du col, siége d'une déviation; mais nous n'hésitons pas à dire qu'à mesure que les praticiens avanceront dans la carrière, ils reconnaîtront la vérité de notre assertion, à savoir, que les spéculums pleins et à valves sont les seuls nécessaires.

On peut se demander, d'ailleurs, si pour établir avec toute la précision désirable le diagnostic des affections de la matrice, le spéculum est indispensable?

Quelque étrange que puisse paraître cette question, nous répondrons que le spéculum est véritablement nécessaire pour nous renseigner sur la coloration, mais qu'il ne peut nous apprendre que cela. Si l'on se contente de demander cette donnée au spéculum, il la fournira, et lui seul même peut la faire connaître; mais il n'est pas possible d'acquérir d'autres indications par le secours de cet instrument: il reste muet sur la consistance, la forme, le volume, la densité, la souplesse, la situation, la nature, sur tout cet ensemble d'importants caractères enfin, dont le doigt seul pourra parler.

C'est une vérité que nous désirons qu'on sache ; on veut souvent faire appliquer le spéculum dans des cas où il est vraiment ridicule d'y songer. Des praticiens proposent cet instrument pour un polype, par exemple. Que veut on que le spéculum enseigne dans une circonstance pareille? C'est au doigt à déterminer tous les caractères de la maladie, lui seul peut éclairer le diagnostic, il dira tout ce qu'il est nécessaire de savoir ; le spéculum ne nous apprendrait rien. Nous en dirons encore tout autant du cancer de l'utérus ; quand la maladie est parvenue au deuxième, troisième, quatrième degré, le spéculum est inutile, le doigt suffit.

Mais nous irons plus loin; pour nous, non-seulement il est vrai d'avancer que le spéculum ne peut rien apprendre, sauf la coloration, mais nous disons encore qu'il peut fréquemment induire en erreur, en faisant voir ce qui n'existe pas réellement et en ne faisant pas toujours apercevoir tout ce qui existe. Il sera facile de démontrer ceci par l'examen des malades.

Quand on applique le spéculum, il n'est pas extrêmement rare de croire avoir aperçu le col de l'utérus quand on n'a vu, en réalité, autre chose que la muqueuse du vagin. Lorsque l'on est encore peu exercé, en introduisant l'instrument, on pince en haut et en bas une portion de la muqueuse vaginale, de manière à former deux replis qui simulent assez bien deux lèvres qu'on prend pour le col utérin ; cette erreur est arrivée quelquefois.

De ce que le spéculum peut parfois tromper et ne peut pas tout apprendre, on ne doit pas conclure à l'exclusion de son emploi quand il peut être utile; il faut seulement bien connaître ce qu'on est en droit d'en attendre, afin de ne pas réclamer de lui des notions qu'il ne peut fournir.

Les conditions dans lesquelles il pourra rendre de véritables services seront les suivantes: toutes les fois qu'après avoir examiné par le toucher et la palpation, il n'aura pas été possible de découvrir la nature de la maladie, bien qu'il existe des symptômes indiquant un état pathologique, le spéculum rendant les parties accessibles à la vue, permettra de reconnaître ce que le doigt n'aura pu trouver. Toutes les fois encore que le toucher aura indiqué quelque altération légère, l'œil, à l'aide du spéculum, viendra contrôler les résultats obtenus et remplir ainsi un rôle utile dans le diagnostic de certaines maladies de l'utérus.

Mais ce ne sera pas seulement au point de vue du diagnostic qu'on se servira avec avantage de cet instrument. Nous verrons plus tard que dans les applications thérapeutiques le spéculum sera pour nous un moyen précieux ; mais l'on comprend que le moment n'est pas venu de nous en occuper sous ce nouveau rapport.

Les moyens explorateurs étant passés en revue, nous sommes en mesure maintenant d'aborder immédiatement l'examen des maladies elles-mêmes; et c'est ce que nous ferons en les divisant immédiatement en trois espèces : celles qui attaquent l'ensemble de l'organe; celles qui affectent son corps; et enfin celles dont le siége est au col.

Parmi les maladies qui s'emparent de l'utérus dans son ensemble, celles que nous allons décrire en commençant méritent à peine le nom de maladies. Ce sont des affections qui jouent cependant un grand rôle dans la vie des femmes, nous voulons parler des *déviations de la matrice.*

Les déviations doivent être divisées en deux classes, les *inclinaisons* et les *inflexions.*

Les inclinaisons sont des déviations de l'utérus suivant son grand axe, déviations dans lesquelles l'organe a abandonné l'axe du grand bassin en chavirant en masse, de façon que sa direction ne représente plus celle du détroit supérieur.

Les inflexions sont un genre de déviations tout différent ; l'utérus, au lieu de basculer dans toute la longueur, se trouve coudé, de manière que son grand axe s'est fléchi sur lui-même.

La première classe de ces déviations forme déjà un chapitre fort étendu; et depuis Levret elles ont été étudiées avec soin et sont parfaitement connues. On en a distingué deux espèces principales, l'antéversion et la rétroversion ; puis les inclinaisons à droite et à gauche.

La seconde classe des déviations, ou les inflexions de la matrice, ont au contraire été à peine mentionnées. On doit les diviser également en deux variétés principales, et selon que le fond est fléchi en avant ou en arrière, on les appelle antéflexion ou rétroflexion ; on comprend qu'il est possible encore que la flexion de l'organe se soit effectuée sur le côté, soit à gauche, soit à droite ; de plus, on peut se faire facilement une idée de toutes les nuances intermédiaires, c'est-à-dire de la flexion en avant et à gauche ou à droite, de la flexion en arrière et à droite ou à gauche, etc.

Il est remarquable que cette classe de déviations de l'utérus a été passée sous silence par presque tous les auteurs. Levret en avait bien parlé, mais en les rangeant parmi les inclinaisons, et sans avoir cherché à les différencier ; on en trouve également dans Baudelocque. M. Hameline en a fait mention dans sa thèse ; Dugès et madame Boivin s'en étaient aussi occupés ; mais tout cela avait si peu fixé l'attention des praticiens, que beaucoup d'ouvrages tout nouveaux ont encore négligé d'en parler, malgré la thèse de concours de M. Lacroix, qui a tout récemment traité ce sujet fort au long.

Pour nous, il y a vingt ans déjà que nous cherchons à appeler l'attention des médecins sur ce sujet ; et nous y reviendrons avec détails ; car nous le considérons comme d'une haute importance. En effet, ce genre de déviations est d'une fréquence extrême : plus nous avançons dans la pratique, et plus il nous est donné d'en observer ; et pourtant bon nombre de praticiens les ignorent parce que beaucoup passent inaperçues, d'autant que ce sont souvent des dérangements sans gravité, et dont les conséquences sont ordinairement subordonnées à la constitution, à la condition, et surtout au caractère des femmes qui en sont atteintes.

Nous n'ignorons pas que quelques personnes prétendront que nous voyons ces déviations même quand elles n'existent pas, quand nous affirmerons, comme nous le faisons ici, que la plupart des femmes traitées pour d'autres affections de matrice n'ont rien autre chose que des inflexions utérines, et quand nous dirons surtout que 18 fois sur 20, les malades souffrant de la matrice ou de quelque partie de cette région ; celles, par exemple, auxquelles on trouve des engorgements, sont affectées de déviations de l'utérus.

Pour beaucoup de praticiens, quand il s'agit de maladies de matrice, les engorgements arrivent aussitôt comme l'affection observée le plus communément ; nous sommes bien éloigné de partager une pareille opinion ; nous considérons les engorgements comme rares, comme très rares : il n'en existe que dans une proportion tellement minime, tellement éloignée du nombre des engorgements qu'on croit traiter, que nous craindrions de voir se récrier les praticiens les plus sages, si nous disions notre chiffre.

Quoi qu'il en soit, ces inflexions se présentent de la manière suivante : Dans l'antéflexion, par exemple, le col se trouve en place, et le fond de l'organe, replié en avant, forme avec le col un coude, un cul-de-sac.

Qu'on suppose maintenant un doigt introduit dans le vagin, il va trouver au-dessus du col et en avant, un creux ou impasse formé par la face antérieure de l'utérus repliée sur elle-même ; en un mot, une disposition que représentera parfaitement l'indicateur plié. Maintenant, il pourra se faire que la flexion soit plus ou moins prononcée ; elle représentera un angle droit ou aigu, ou obtus, le siége de cette flexion sera plus ou moins près du col ou du fond ; en un mot, il y aura mille nuances possibles et faciles à comprendre.

Il en sera de même pour la rétroflexion ; le doigt sera alors arrêté en arrière dans la rainure formée par la face postérieure de l'utérus ; l'organe formera ainsi une arcade à concavité inférieure, à convexité supérieure, avec toutes les nuances signalées pour l'antéflexion.

Les antéflexions sont-elles plus communes ou moins fréquentes que les rétroflexions ? C'est une question que nous ne saurions encore décider. Pajot.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. Tanchou.

Perte de l'olfaction et du goût. Tumeur de nature inconnue. Traitement dans les deux cas par l'iodure de potassium. Guérison. Réflexions pratiques.

Les deux observations que nous allons rapporter sont du nombre de ces cas fréquents qui exigent du médecin un soin d'examen, une justesse d'observation, une finesse de tact, malheureusement assez rares, et pourtant indispensables pour ne pas se fourvoyer et faire fausse route. Certes nos écoles et nos hôpitaux sont peuplés de savants professeurs qui y font d'utiles leçons et de savantes cliniques ; mais il serait à désirer, et c'est un vœu qu'humblement nous nous permettons d'émettre, que les faits purement pratiques y tiennent un peu plus de place. Faisons de la théorie, des principes, il le faut, c'est utile, c'est bien ; mais la pratique, ce quelque chose de tous les lieux, de tous les instants, nous semble bien avoir aussi quelque importance, et c'est aux maîtres qu'il convient de venir en aide à l'inexpérience de ceux à qui le temps ou l'occasion ont manqué ; je parle des médecins de province et des jeunes praticiens. Ce serait leur éviter des écueils toujours fâcheux pour leurs malades ; souvent préjudiciables à leur réputation.

Essayons de porter notre humble pierre à l'édifice.

Première observation. — Jeanne B...., lingère, se présente au dispensaire de Sainte-Geneviève vers la fin de septembre 1844. D'un tempérament bilioso-nerveux, réglée à treize ans, mariée à seize ; elle a eu quatre enfants, tous bien portants. Elle est aujourd'hui dans sa trente-cinquième année.

La malade avait vingt trois ans lorsque son mari lui communiqua une affection syphilitique qui se traduisit par un écoulement vaginal abondant, et des ulcérations aux grandes lèvres. Un médecin de la ville qu'elle habitait alors, conseilla

une tisane sudorifique et une pommade en application. Les symptômes diminuèrent sans disparaître, et environ trois mois après il survint des ulcérations à la gorge, aux commissures des lèvres. Elles se passèrent bientôt, puis reparurent pour disparaître, et revenir encore. Ce mouvement de va-et-vient dura environ deux ans, jusqu'à ce que un autre médecin mit la malade à l'usage du sirop de Cuisinier et de pilules (probablement mercurielles) qui déterminèrent une violente éruption furonculeuse dont toute la peau fut couverte. Les symptômes locaux disparurent dès cet instant, les furoncles se guérirent sans donner lieu à aucune ulcération, en laissant néanmoins des traces qu'on aperçoit encore aujourd'hui, mais qui n'ont en aucune façon l'aspect *sui generis* des cicatrices blanchâtres et creusées des affections syphilitiques de la peau.

Il y a environ trois ans que tout à coup, et sans cause appréciable, la malade perdit les sens du goût et de l'odorat ; il lui semblait, pour me servir de son expression, manger de la terre, les odeurs les plus pénétrantes n'avaient aucune action sur ses papilles nasales. Elle crut qu'elle avait un violent rhume de cerveau.

Cet état s'est perpétué sans modification, jusqu'au jour où elle est venue au Dispensaire réclamer les conseils de M. Tanchou. Voici son état actuel :

Santé générale bonne, florissante même ; sommeil bien réglé ; appétit bon ; menstrues normales. Eternuments fréquents ; douleurs vagues dans le front et les tempes ; écoulement par le nez d'une matière épaisse virense. Point d'ulcération ni de rougeur appréciable sur les muqueuses nasales et burchale ; goût et odorat abolis ; au delà rien. Toutes les fonctions s'exécutent d'une façon normale : rien ne donne l'idée d'une affection générale, dont au reste la malade ne nous a pas encore dit un mot. Certes le diagnostic n'était pas difficile : mais l'étiologie ? et sans elle, quel traitement rationnel possible.

Mais M. Tanchou avise les traces des anciens furoncles. Il veut savoir ce que c'est ; il s'enquiert, et la malade nous raconte alors l'histoire de son affection syphilitique. Dès ce moment plus d'embarras, plus d'hésitation. M. Tanchou prescrit (pour prendre matin et soir une cuillerée à café dans une petite tasse d'infusion de saponaire) la solution suivante :

Eau distillée,	100 grammes ;
Iodure de potassium,	5 grammes.

Pour boisson dans la journée une tisane de patience, bardane et gaïac, de chaque 15 grammes pour 2,000 grammes d'eau. Régime doux.

La malade revient après huit jours de traitement ; son état est le même ; seulement les douleurs vagues qu'elle ressentait dans les tempes ont cessé. — Diminution dans les aliments. Dans la journée, tisane avec une cuillerée de graine de fenouil, et demi-cuillerée d'orge perlé pour deux pintes d'eau. Continuer la solution iodurée.

Le 10 octobre, les aliments commencent à être sapides ; la perte de l'olfaction persiste. — Trois bains dans la semaine. Même traitement.

Le 21, le sens du goût est presque aussi délicat qu'avant la maladie ; la malade commence à percevoir les odeurs, particulièrement les odeurs végétales. — *Ut suprà.*

Le 30, rétablissement complet de l'olfaction et du goût. La joie de la malade se peint sur sa figure ; elle est radieuse. Elle se dit guérie ; elle devra pourtant continuer l'usage de la solution iodurée jusqu'à la fin de novembre, époque à laquelle elle cesse tout traitement.

Sur l'invitation expresse et formelle de M. Tanchou, la malade revient au Dispensaire trois mois après, dans les premiers jours du mois de mars. La guérison s'est parfaitement maintenue ; le goût et l'odorat sont à l'état normal : depuis leur rétablissement il n'y a pas eu un seul instant de rechute. La malade est guérie néanmoins ; et dans la crainte d'une récidive, cas le plus ordinaire dans les affections syphilitiques constitutionnelles, M. Tanchou conseille de reprendre le traitement, que la malade devra continuer pendant deux mois. Depuis ce moment nous avons plusieurs fois revu la malade ; son état de guérison est parfait.

Deuxième observation. — Elisa M...., âgée de vingt-huit ans, mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu d'autres maladies qu'une antéversion de l'utérus pour laquelle elle a été soignée au Dispensaire Sainte Geneviève il y a environ deux ans, et dont elle est parfaitement guérie. Elle se présente de nouveau le 16 avril 1845. Elle est affectée d'une tumeur qui date d'environ sept ans, et qu'elle attribue à un effort qu'elle fit à cette époque en tordant du linge (la malade est blanchisseuse). Cette tumeur est restée indolente ; ce n'est que depuis quelques jours seulement qu'elle est devenue douloureuse. La malade à de la peine à soutenir les fardeaux que son état l'oblige de porter ; elle se sert très difficilement de la main gauche pour repasser le linge. Cette tumour, qui s'est accrue d'une façon tout à fait insensible, a acquis aujourd'hui le volume d'un œuf de poule ; elle est située à la partie postérieure inférieure de l'avant bras gauche, au niveau de l'articulation radio-carpienne. Sa forme est ovoïde, allongée dans le sens du membre ; elle est dure, résistante, et sans être absolument adhérente elle est fort peu mobile ; elle gêne peu les mouvements de flexion du poignet, mais les mouvements de pronation et de supination sont douloureux et difficiles ; elle est douloureuse à la pression ; point de changement de couleur à la peau. Au dessous d'elle les os sont évidemment sains. M. Tanchou pense avoir affaire à une tumeur fibreuse à laquelle rien ne semble assigner une nature particulière. Il prescrit :

1° Frictions deux fois par jour avec

Axonge,	15 grammes.
Iodure de plomb,	2 grammes.

2° Application d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio.*

Le 21 avril, point de diminution dans le volume de la tumeur ; la douleur semble plus vive. — Cesser les frictions ; application de huit sangsues à la base ; cataplasmes émollients et résolutifs.

Le 25, point d'amélioration. — Application d'un vésicatoire sur la tumeur.

Le 30, même état ; la douleur persiste. M. Tanchou enlève complétement le pansement, et au lieu d'une surface rosée ou tout au plus couverte d'une pellicule blanchâtre comme la plaie ordinaire d'un vésicatoire, on aperçoit une surface d'un gris sale, légèrement creusée, à bords festonnés et coupés à pic, avec tous les caractères, en un mot, d'une ulcération syphilitique. M. Tanchou interroge la malade ; il la presse en vain ; elle assure n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Cette femme, qui offre d'une part des garanties de sagesse, n'aurait d'ailleurs aucun intérêt à nier : son mari aurait pu la rendre malade, mais elle ne s'est jamais aperçue de rien. Quoi qu'il en soit, et comme pierre de touche, M. Tanchou prescrit :

Eau distillée,	100 grammes.
Iodure de potassium,	5 grammes.

Une cuillerée à café matin et soir dans une tasse d'infusion de saponaire. Panser le vésicatoire avec du cérat. Régime doux.

Le 5 mai, la douleur a disparu ; le vésicatoire est sec. — Continuer le traitement.

Le 12, la tumeur est sensiblement diminuée. — Même traitement.

La tumeur s'affaisse tous les jours, et le 19 avril il n'en reste plus de trace. La malade se dit guérie ; elle continuera néanmoins quinze jours encore l'usage de la solution iodurée.

Certes, l'action de l'iodure de potassium est aujourd'hui connue de tout le monde. Les travaux de Wallace à Dublin, de Coindet à Genève ; les expériences de Magendie, Lugol, Trousseau, Piedagnel, Ricord, etc., en France, n'ont laissé aucun doute sur l'efficacité de ce médicament dans les affections syphilitiques et dans quelques autres qui n'ont pas ce caractère. Aussi n'est ce pas précisément sous le rapport thérapeutique que nous avons envisagé les deux cas dont il est ici question. En publiant ces deux observations, nous avons voulu principalement faire sentir l'indispensabilité d'un examen sérieux, attentif, minutieux surtout, sans lequel il n'est pas de bonne médecine possible. C'est l'habitude de tout examiner, de tenir compte des choses indifférentes en apparence, qui donne cette finesse de tact sans laquelle, dit M. Tanchou, on peut être un médecin érudit, mais jamais un bon médecin. Et voyez, chez la femme qui fait le sujet de la première observation, rien n'indique une affection syphilitique, et soit oubli, soit cette tricherie si commune chez les malades, elle n'en dit pas un mot. Que faut il, une misère, un rien, quelques cicatrices qui frappent l'œil du maître ; elles font naître les questions, le mal est retrouvé et aussi le remède. Eh bien ! dans le second cas c'est pire encore : voilà une tumeur sans caractère ; on emploie les moyens ordinaires, elle résiste, elle demeure rebelle aux agents qui ont facilement raison de ces affections. Supposez qu'au lieu d'enlever la feuille qui recouvre le vésicatoire, on a, comme cela ne se fait que trop souvent, palpé la tumeur en laissant la compresse, qu'arrive-t il ? c'est qu'on continue d'agir, de médicamenter sans guide, sans boussole ; on fait souffrir le malade, on le tourmente pour aboutir à un échec. De là dommage pour tout le monde : pour le malade et pour le médecin.

On nous pardonnera, nous osons l'espérer, la longueur de cet article, s'il a atteint le but que nous nous sommes proposés en l'écrivant.

J. SOULÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 6 mai 1845. — Présidence de M. SÉGALAS.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Morel-Lavallée* réclame contre l'omission d'un fait qu'il avait rappelé savoir, que M. Lenoir avait tenté d'obtenir l'oblitération du vagin dans le sens indiqué par M. Félix Legros, c'est à-dire d'arrière en avant, et que ce chirurgien s'était servi, dans ce but, d'un petit compresseur à vis dont une branche introduite dans l'urètre et l'autre dans le rectum tendaient à rapprocher les parois antérieure et postérieure du vagin.

M. Vernois fait également observer, à l'occasion du procès-verbal, que le trichocéphale, présenté par M. Dreyfus, à la dernière séance, comme très rare, ne l'est pas autant que le pense ce confrère, et qu'il n'est personne qui n'ait eu occasion d'en voir plusieurs fois dans les hôpitaux.

M. Ségalas fait hommage à la Société d'un mémoire sur l'urétroplastie. Dans ce travail, qui renferme une observation suivie de guérison, M. Ségalas rappelle un procédé qui lui est propre, et qui consiste à détourner l'urine de son chemin naturel, et à l'empêcher ainsi de nuire à la cicatrisation en lui ouvrant une voie artificielle par le périnée. C'est en mettant ce procédé en usage que M. Ségalas a obtenu la guérison dans le cas dont il s'agit.

M. Bonnafont fait aussi hommage d'un mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache et la surdité qui peut en résulter.

M. Forget fait un rapport sur la candidature de M. Mercier, et analyse l'ouvrage présenté par ce médecin, lequel a pour titre : Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine. Le rapporteur expose les faits anatomiques qui ont conduit M. Mercier à la découverte de l'obstacle qu'il s'est proposé de décrire. Ces faits consistent dans la disposition en sautoir des fibres musculaires transversales qui entourent le col de la vessie, disposition telle, que par leurs contractions, ces fibres musculaires ne tendent pas à rapprocher également les uns des autres tous les points de la circonférence de l'orifice, mais seulement à tirer en avant son bord postérieur qui forme ainsi une cloison tendue transversalement au-dessus du canal. Or, c'est précisément la persistance ou l'exagération morbide de cette cloison ou valvule musculaire qui peuvent devenir, en obstruant l'orifice cysto-urétral, une cause de rétention, et produire de la sorte tous les accidents dont celle-ci a coutume de s'accompagner. Après avoir établi les droits de M. Mercier à la priorité de ces recherches, M. Forget décrit l'instrument ingénieux imaginé par l'auteur pour reconnaître l'existence de cette bride ou valvule musculaire, et la distinguer de certaines autres lésions du col vésical. Il passe ensuite aux moyens de traitement qui consistent dans la dépression à l'aide de bougies ou de sondes moyennes le plus souvent insuffisantes et auxquelles il faut substituer soit la cautérisation, soit l'incision de la valvule, opérations pour chacune desquelles M. Mercier a imaginé un instrument qui a paru au rapporteur de nature à assurer au mode opératoire deux conditions indispensables, sécurité dans la manœuvre et efficacité dans les résultats. M. Forget termine en proposant l'admission du candidat.

A la suite de ce rapport, M. Mercier est nommé au scrutin membre de la Société médicale du Temple.

— *M. Amédée Latour* lit un rapport sur le mémoire de M. Vée, intitulé : Du paupérisme et des secours mutuels dans la ville de Paris, et conclut à ce que des remercîments soient votés à l'auteur. — Adopté.

La Société décide en outre que ce rapport sera imprimé et publié. (*Voir la Gazette des Hôpitaux* du 22 mai dernier.)

— *M. Compérat* communique l'observation d'une plaie grave du doigt indicateur au niveau de la dernière articulation phalangienne avec ouverture complete de cette articulation, la dernière phalange ne tenant plus au reste du doigt que par un petit lambeau existant du côté de la face palmaire. Malgré ces désordres, M. Compérat tenta la réunion des parties divisées, et fut assez heureux pour l'obtenir d'une manière exacte et complète. Il présente le jeune enfant qui fait le sujet de cette observation, et sur le doigt duquel on ne distingue qu'une simple cicatrice linéaire. Les mouvements de flexion et d'extension, quoique limités, sont assez étendus pour permettre au sujet le libre et facile usage de son doigt.

Le Secrétaire-Général, Edouard LOUIS.

REVUE GENÉRALE.

Lupus vorax dépendant d'une syphilis constitutionnelle, guéri par l'iodure de potassium. — Les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* contiennent le fait suivant publié par le docteur Heylen, fait prouvant de la manière la plus incontestable l'efficacité de l'iodure de potassium, que révoquent en doute quelques praticiens dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

Thérèse P..., âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, fille d'un ouvrier, fut atteinte à l'âge de quatre ans, lorsque les troupes étaient cantonnées dans son village, d'une maladie des parties génitales, caractérisée par de petits ulcères dont les plus larges, d'après le dire du père, avaient l'étendue d'un centime. Cette affection disparut sous l'application de moyens topiques, et aucun traitement général ne fut institué. L'enfant grandit, et ne parut porter aucun germe de maladie. Elle fut réglée à l'âge de seize ans, et continuait à jouir d'une santé florissante, lorsqu'il y a un an et demi, on s'aperçut d'une certaine raucité de la voix, sans que, du reste, sa constitution parût le moins du monde altérée. La maladie pour laquelle elle vint réclamer mes soins, le 29 septembre, date d'environ un an. Elle a commencé sous la forme d'un petit furoncle, qui, situé sur la lèvre supérieure, immédiatement au-dessous du nez, s'est ouvert pour constituer un ulcère ; celui ci, s'étendant de plus en plus, a pris insensiblement les caractères qu'il offre aujourd'hui : il occupe toute la lèvre supérieure ; son fond est inégal ; ses chairs blafardes, saignent au moindre contact ; ses bords sont renversés et présentent des échancrures très marquées. Il est le siége d'une secrétion de pus grisâtre sanieux ; le même liquide s'écoule continuellement des narines. Le nez ayant perdu ses cartilages, est tellement rongé par l'ulcère qu'il ne forme plus qu'un petit mamelon très difforme. Le tissu de la lèvre supérieure paraît hypertrophié ; les bords de l'ulcère, très releves et jetés en dehors, circonscrivent une solution de continuite dont la surface égale à peu près celle de la paume de la main. La malade ne présente aucun signe de scrofules, ni d'autre dyscrasie. D'après le commémoratif et les caractères objectifs du mal, je crus avoir affaire à un lupus vorax de nature syphilitique, nature qui paraissait avoir été méconnue par les deux médecins consultés avant moi. J'instituai donc un traitement antisyphilitique par l'hydriodate de potasse à la dose d'un gros dans sept onces d'eau, à prendre deux cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

Huit jours après, l'aspect de l'ulcère s'était déjà considérablement amélioré ; ses bords étaient affaissés, la sécrétion du pus était moindre, et tout faisait prévoir que le traitement allait avoir une influence favorable sur la maladie. Je continuai la même prescription, seulement j'augmentai la dose d'un demi-gros chaque semaine.

Je ne revis la malade que le 24 octobre, et, à mon grand étonnement, je trouvai ce vaste ulcère presque entièrement fermé ; il ne restait plus alors à se cicatriser que l'étendue d'un millimètre ; la voix était redevenue beaucoup plus claire. Je touchai des bourgeons charnus de la plaie avec la pierre infernale, et j'augmentai encore d'un demi-gros la dose de l'hydriodate.

Le 3 novembre, tout l'ulcère était cicatrisé, il n'y avait plus d'écoulement par les narines ; la fille n'avait pris que cinq gros et demi du médicament.

La lèvre est retirée sur elle-même, de sorte que la cicatrice ne paraît que très petite ; son bord inférieur est retroussé en haut ; le nez est affaissé, et l'ouverture des narines presque fermée.

Un bourrelet de la gencive hypertrophiée recouvrait les dents incisives supérieures ; je le touchai avec le nitrate acide de mercure. Le médicament avait été continué ; de sorte que le 26 novembre, la malade en avait pris onze gros. A cette date, tous les symptômes de la maladie étaient dissipés, excepté un léger degré de raucité de la voix qui ne disparaissait que par moments, excepté aussi le bourrelet de la gencive que je dus exciser avec des ciseaux.

Névralgie faciale symptomatique d'une tumeur fibreuse de la matrice, guérie par l'extirpation de cette tumeur. — On lira avec intérêt le fait suivant, qui a été publié par M. le docteur Cerise dans les Annales médico-psychologiques. Une dame de trente-deux ans, dont la santé avait été altérée par de grands chagrins, ayant eu cependant une grossesse heureuse avant vingt ans, souffrait depuis deux ans, et huit jours avant l'époque menstruelle, de violentes douleurs névralgiques à la face, dans toutes les régions sus- et sous orbitaires. Ces douleurs, faibles au début, augmentaient chaque jour d'intensité et d'étendue, elles envahissaient tout le côté droit de la tête, et la veille de l'irruption elles finissaient par être intolérables ; des vomissements survenaient, puis une violente douleur se faisait sentir dans la région ombilicale, quelques lignes au-dessus du nombril ; l'évacuation des règles ne portait aucun soulagement : elle durait six jours environ ; les douleurs ne commençaient à diminuer que dans les dernières vingt-quatre heures, puis se prolongeaient encore en diminuant pendant quarante-huit heures ; dans l'intervalle des époques, il existait un abondant flux leucorrhéique ; les douleurs de reins étaient habituelles et accompagnées de pesanteurs dans la région utérine. Cette dame ne pouvait resister au besoin bizarre de manger du charbon en très grande quantité.

M. Cerise pensa qu'il s'agissait d'une lésion nerveuse sympathique d'une affection utérine, et obtint, après plusieurs refus, de faire examiner l'organe. M. Marjolin fut appelé ; le toucher lui révéla tout de suite la présence d'une tumeur volumineuse qui s'avançait dans le vagin, dont elle remplissait le bas-fond. Après une réunion avec MM. Marjolin et Moion, on décida qu'une opération devait être pratiquée. Elle fut confiée à M. Lisfranc qui fit la résection d'un polype fibreux, aussi volumineux que le poing d'un adulte, et s'implantant à la partie supérieure et postérieure du col utérin. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse.

La première menstruation vint à l'époque accoutumée, sans être pré-

cédée, accompagnée ou suivie de ces violentes douleurs névralgiques que cette dame avait endurées pendant vingt cinq mois. Depuis, elles ne se sont pas reproduites, et la santé est aussi bonne que le comporte la constitution de la malade : néanmoins, elle conserve toujours quelque tendance à manger du charbon.

BIBLIOGRAPHIE.

Des remèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application thérapeutique; par le docteur PAYEN, chirurgien en chef à l'hôpital d'Aix.

Avant d'entrer en matière, l'auteur consacre quelques détails à la manière dont on doit suivant lui envisager la syphilis. Après avoir rapidement passé en revue les diverses doctrines tant anciennes que modernes, M. Payen admet trois périodes dans la maladie syphilitique; une première caractérisée par la blennorrhagie, le chancre, le bubon; une deuxième qui se manifeste par les diverses espèces de syphilis, les raghades, les onglades, l'alopécie, les tubercules muqueux, les tubercules cutanés, les ulcères consécutifs; une troisième, dont les symptômes sont des tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les gommes, les périostoses, caries, névroses, exostoses, les contractures musculaires, etc.

L'examen des préparations antisyphilitiques commence par l'étude des mercuriaux employés à l'extérieur, les fumigations mercurielles, les bains, les frictions. L'auteur reconnaît l'efficacité des fumigations employées comme méthode locale, et les proscrit comme méthode générale, principalement parce qu'il existe, dit-il, d'autres moyens d'administrer le mercure plus commodes et plus sûrs. Il en est de même des bains mercuriels qui ne doivent être mis en usage que dans certains cas tout à fait exceptionnels. Pour les frictions, il porte un jugement moins sévère; cependant il pense que l'on ne doit en faire usage que pour combattre les accidents secondaires; contre les symptômes primitifs elles sont inutiles. Contre les phénomènes tertiaires, dans le plus grand nombre des cas, elles sont impuissantes; suivant M. Payen, on ne doit recourir aux frictions mercurielles que dans les cas où un état phlegmasique de l'appareil digestif s'oppose à l'administration du médicament à l'intérieur. Puis vient l'étude des mercuriaux pris à l'intérieur, et en première ligne le deuto-chlorure. A ce propos, l'auteur entre dans des détails circonstanciés et curieux sur le traitement dit *arabique*, très usité dans le midi de la France, et duquel, pense-t il, on pourrait souvent retirer de salutaires effets, si, comme il serait à désirer, l'usage en devenait plus général. Les iodures de mercure lui semblent préférables dans les cas où un état scrofuleux complique une diathèse syphilitique.

On conçoit que dans un compte-rendu du genre de celui-ci, nous ne puissions suivre M. Payen dans les details de l'examen qu'il fait subir à chaque préparation antisyphilitique, d'autant que son travail ne contient pas moins de cinquante observations complètes citées à l'appui de ses assertions. Nous dirons cependant deux mots encore des préparations d'or que l'auteur regarde généralement comme d'une action moins sûre que le mercure; des préparations d iode, et spécialement de l'iodure de potassium, dont l'usage rendra de plus en plus rare l'application des remèdes aurifères. C'est principalement contre les accidents tertiaires, dit l'auteur, qu'il doit être prescrit avec confiance, et son action paraîtra souvent héroïque. Fréquemment aussi pourra-t-on l'employer contre les accidents secondaires qui résistent au mercure ou dont l'ancienneté semble les rapprocher de la catégorie des symptômes tertiaires Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'iodure de potassium sera dirigé contre les accidents primitifs, chez des sujets très débilités.

Le travail de M. Payen, déjà couronné par la Société de médecine de Bordeaux, se fait remarquer par une méthode claire et facile, par un style élégant; le nombre considérable des faits qui y sont consignés prouve un observateur attentif, en même temps que les réflexions dont il les accompagne décèlent un esprit judicieux et une sagacité digne d'éloges.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acide chlorhydrique dans le traitement de la coqueluche; par M. le docteur PANCK, de Moscou.

C'est en 1813 que l'acide chlorhydrique a, pour la première fois, été recommandé par M. le docteur Thiel contre la coqueluche. Depuis cette époque, ce moyen était tombé en désuétude; cependant M. Kopp s'en est servi dans un cas avec un succès signalé, et M. Panck s'est trouvé non moins heureux de son emploi.

Suivant ce dernier praticien, l'acide chlorhydrique est surtout indiqué quand, dans le stade convulsif de la coqueluche, chaque quinte de toux se termine par des vomissements qui font souvent rejeter de grandes quantités d'une matière blanche, d'un aspect analogue à celui de mie de pain blanc divisée dans de l'eau ou dans du lait. Cette matière consiste probablement en des mucosités gastriques dégénérées.

Voici le mode d'administration suivi par M. Panck pour l'emploi de cet acide :

Acide chlorhydrique affaibli,	8 grammes.
Eau distillée,	180 grammes.
Sirop simple,	30 grammes.

M. S. A., et renfermer dans un flacon bien bouché.

— Cette potion est administrée à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures : elle doit être donnée en entier dans le cours des vingt-quatre heures.

Sous l'influence de cette préparation, les vomissements pendant les quintes de toux deviennent plus rares d'abord, et finissent ensuite par céder complétement; les quintes elles-mêmes perdent de leur fréquence, et la maladie ne tarde pas à prendre fin.

M. Panck conseille, d'ailleurs, de ne point recourir à l'usage de cette médication chez les très jeunes enfants, parce qu'il est impossible de leur faire prendre le médicament à dose suffisante, et parce que, en outre, l'administration longtemps continuée d'un acide minéral pourrait être nuisible dans l'âge très tendre de ces jeunes sujets.

Traitement des engelures par le nitrate d'argent fondu; par M. le docteur LAUER, de Berlin.

Suivant M. Lauer, la pierre infernale en substance est le moyen le plus convenable pour combattre les engelures, soit ulcérées, soit à l'état de simple tuméfaction inflammatoire. Cette méthode, dit il, est celle qui mène le plus sûrement et le plus promptement au but; elle prévient la grande tendance des engelures aux récidives, en ramenant la texture altérée des parties enflammées à son état normal. Voici le mode d'application suivi par ce praticien.

Il touche très légèrement la surface entière des engelures simples, préalablement un peu humectées, avec un crayon de pierre infernale. Lorsque les engelures sont ulcérées, il les cautérise profondément, et laisse sécher la surface humide au contact de l'air. Toutes les fois qu'il se montre du pus par dessous l'eschare on l'exprime, puis on cherche à faire pénétrer par dessous l'eschare un crayon de pierre infernale pour cautériser de nouveau. Si tout est devenu parfaitement sec, l'ulcère se trouve tout à fait guéri à la chute de l'eschare. Quelquefois une seule cautérisation suffit pour guérir des engelures ulcérées très étendues et profondes; d'autres fois, au contraire, il est indispensable de réitérer deux ou trois fois et même plus la cautérisation, pour atteindre le but désiré.

La démangeaison si désagréable à laquelle les engelures donnent toujours lieu cesse très promptement après l'emploi de la cautérisation.

NOUVELLES.

La Société anatomique a nommé les membres suivants pour la représenter dans les séances d'organisation du Congrès médical : MM. Depaul, de Castelneau, Barth, Tardieu, Poumet.

La Société de Pharmacie de Paris a désigné pour le même objet : MM. Boullay, Felix Boudet, Duhail, Hollot, Durozier.

La Société médicale d'émulation a désigné les membres suivants : MM. Caffe, Larrey, Cherest, Laborie, Laurès.

La Société médicale du Temple, à la commission déja nommée, a adjoint : MM. Ségalas, Foy et Bennet.

Il est probable que le rapport sur l'organisation du Congrès pourra être présenté dans le courant de la semaine prochaine à la commission, qui désignera le jour où il sera lu en assemblée générale des délégués des Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris.

Les Sociétés qui n'ont pas encore fait connaître les noms de leurs délégués à M. le secrétaire de la commission, sont invités à ne pas différer de vouloir bien lui faire cette communication, afin que les convocations puissent être faites régulièrement.

— Plusieurs candidats s'étant présentés pour la place de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux, et quelques-uns d'entre eux ayant demandé le concours, l'Ecole a adopté ce mode de procéder.

En conséquence, un concours est ouvert à cet effet pour le 1er juillet prochain; il se composera des quatre épreuves suivantes :

1° D'une préparation anatomique extemporanée, pour laquelle cinq heures sont accordées.

2° D'une dissertation orale sur un point d'anatomie et de physiologie.

Elle aura lieu après une heure de préparation, et durera une heure.

3° D'une dissertation écrite sur un point d'anatomie pathologique; on accordera cinq heures pour sa rédaction.

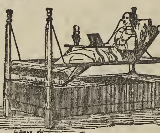
4° De la préparation de trois pièces anatomiques, dont l'une d'anatomie comparée, qui seront conservées dans le musée de l'Ecole; les candidats pourront y consacrer un mois.

Les trois premières questions seront identiques pour tous le concurrents.

Sept professeurs formeront le jury, qui présentera les candidats à la nomination du ministre.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudront concourir se présenteront au professeur, secrétaire de l'Ecole, au moins trois jours avant l'ouverture du concours. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)





PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 JUILLET 1845. (18e ANNEE.) N°. 80. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC

Polype intra-utérin : avant l'entrée de la malade à l'hôpital, hémorrhagies qui l'avaient rendu presque exsangue. Cautérisation du polype; cessation immédiate de l'hémorrhagie. La constitution du sujet se rétablit; plus tard, il coule un peu de sang. Nouvelle cautérisation : le liquide sanguin cesse immédiatement de couler. La tumeur descend dans le vagin. Excision. Guérison.

Au n° 19 de la salle Saint-Augustin, est couchée une malade qui portait un polype contenu dans la cavité utérine. Cette femme, qui d'ailleurs perdait beaucoup de sang, était pâle, décolorée et presque exsangue.

Fallait-il procéder de suite à l'opération ? Mais l'excision du polype, dont le volume paraissait égal à celui d'un œuf de pigeon, aurait pu donner lieu à une perte sanguine; et la ligature elle-même, qu'il eût fallu porter jusque dans l'intérieur de la matrice, aurait peut-être fait couler assez de sang pour que la perte de ce liquide, même petite, eût probablement fait succomber la malade.

Depuis longtemps, M. Lisfranc a prouvé que dans beaucoup de cas, les hémorrhagies utérines sont dues à une membrane essentiellement vasculaire, ou bien à un lacis de vaisseaux sanguins recouvrant le polype. Cette membrane est très adhérente avec le tissu propre du corps étranger ; cependant, on parvient quelquefois à l'enlever par lambeaux; elle se rompt presque toujours, et alors on observe sur elle de véritables solution de continuité pouvant donner lieu à un écoulement de sang parfois très abondant. Presque toujours, au contraire, le tissu du polype est blanc, et l'on n'y perçoit aucune trace de vaisseaux.

L'étude de cet état pathologique a conduit M. Lisfranc à recourir à la cautérisation pour arrêter l'hémorrhagie; il y est parvenu d'autant plus facilement que le point qui fournit le sang est très souvent situé sur la partie la plus déclive de la tumeur.

La cautérisation dont nous nous occupons peut être pratiquée :

1° Quand le polype fait saillie dans le vagin, ou quand il y est entièrement contenu.

2° Lors même que ce polype est complétement intra-utérin. M. Lisfranc a cité des faits de ce genre dans sa *Clinique chirurgicale*.

Pour pratiquer la cautérisation quand le polype est dans le vagin, on introduit le spéculum le plus grand possible, et l'on met ainsi à découvert, en imprimant à l'instrument les manuductions nécessaires, une grande partie de la surface du polype ; on cautérise fortement avec le proto-nitrate acide liquide de mercure.

Le polype est-il intra-utérin ? M. Lisfranc ayant pensé que l'hémorrhagie pouvait être fournie seulement par l'ulcération dont nous avons parlé, et qui, nous le répétons, siége presque toujours sur son extrémité inférieure; que d'ailleurs, si le sang était fourni par exhalation, l'organe gestateur, s'appliquant partout sur le corps étranger, abstraction faite du point par lequel il correspond à la dilatation du col utérin, dilatation nécessaire pour la cautérisation, l'hémorrhagie ne pourrait peut-être provenir que de ce point, c'est donc sur lui seul qu'il porte le proto-nitrate acide liquide de mercure. Jusqu'à présent il a toujours réussi.

Nous allons voir que ce dernier précepte a été appliqué avec succès chez la malade dont nous allons continuer l'histoire.

Il est bien entendu que, par cela même qu'on a fortement cautérisé, il faut laver à grande eau, afin que les portions de caustique qui ne sont pas combinées avec les tissus ne se répandent pas sur le vagin.

Nous rappelons que cette malade était presque exsangue. M. Lisfranc ne voulut point l'opérer. Cautérisation avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre, à la faveur de la dilatation du col utérin; elle était de la largeur d'une pièce de deux francs. Aucun accident ; cessation immédiate de l'hémorrhagie.

La constitution de la malade redevint très bonne ; l'hématose se rétablit parfaitement. Rien ne s'opposant à retarder l'opération pour savoir si le polype descendra dans le vagin, on attend.

Six semaines après, le sang coule de nouveau en quantité ordinaire : M. Lisfranc cautérise sur le champ ; cessation immédiate de l'hémorrhagie ; point d'accidents.

Pendant les deux mois qui suivent, le polype reste en place, puis il fait dans le vagin une saillie de deux centimètres environ. Quelques jours après, sans que la tumeur ait éprouvé la moindre déperdition de substance, ce dont on s'assure à l'aide du spéculum et du toucher, et à la faveur de la dilatation du col utérin, le polype est complétement rentré dans l'utérus. A quatre ou cinq reprises, les mêmes phénomènes se sont fait observer. Enfin quinze ou vingt jours après, abstraction faite de son pédicule, le polype est entièrement dans le vagin; c'est alors que M. Lisfranc se décida à en pratiquer l'excision, devenue extrêmement facile; point d'accident.

Le premier et le deuxième jour après l'opération, tout va bien; le troisième, un peu de sang coule. On pratique au bras une saignée dérivative de 90 grammes (trois onces); le liquide sanguin cesse immédiatement de couler. Le sixième jour, un peu de sang se montre encore; saignée de 90 grammes. Il est presque immédiatement arrêté, et la malade, dont la constitution s'était d'ailleurs parfaitement rétablie avant l'opération, sort de l'hôpital complétement guérie.

M. Lisfranc a fait l'anatomie pathologique du polype dont nous venons de nous occuper; il était fibreux; il présentait la membrane vasculaire dont nous avons parlé. Aucune trace de vaisseaux ne s'observait dans son épaisseur.

Le pédicule du polype était très mince; il s'insérait à trois centimètres environ de hauteur sur la partie antérieure de la capacité utérine.

Fracture de côtes. Appareil modifié par M. Lisfranc.

Le malade couché au n° 2 de la salle Saint-Louis est affecté d'une fracture de côtes.

Quand ces fractures ont lieu, on a l'habitude de mettre en usage un simple bandage de corps embrassant toute la circonférence de la poitrine. Mais ce bandage remplit-il bien l'indication?

Il existe un principe de physique qui veut que la pression exercée autour d'un corps ovalaire agisse avec plus de force sur les extrémités du plus grand diamètre. Or très souvent le diamètre transversal du thorax a plus de longueur que l'antéro-postérieur.

Il est évident qu'alors la pression du bandage s'exerçant plus spécialement sur les parties latérales de cette cavité, loin de remplir l'indication qui est de porter les fragments en dehors, ou de les empêcher de se porter en dedans, ce bandage ne servira qu'à produire l'effet contraire.

Telle est la raison pour laquelle M. Lisfranc a introduit dans le pansement de ces fractures une modification dont l'expérience, tout à fait d'accord avec le raisonnement, a prouvé toute l'importance. Il conseille de placer sur la partie antérieure du sternum, depuis son extrémité inférieure jusqu'à la supérieure, une quantité de compresses graduées telle que la longueur du diamètre antéro-postérieur, non-seulement égale, mais encore excède celle du transversal. Ces compresses devront être larges de 12 centimètres (environ quatre pouces).

Ce malade, à l'occasion duquel nous sommes entré dans ces détails, s'est parfaitement bien trouvé de la modification d'appareil que nous venons d'indiquer. Il est sorti guéri le vingt-sixième jour de son entrée à l'hôpital.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les candidatures à l'Institut. — Les médecins et les petits métiers. — Une épée changée en couteau de cuisine. — Les orateurs de l'Académie. — M. Gerdy. — Botte aux lettres.

Jamais peut-être candidature à l'Académie des sciences n'a inspiré moins d'intérêt général et soulevé moins d'animation que celle qui sera arrivée à sa fin naturelle à l'heure où vous lirez ceci. Est-ce par prévision à peu près certaine du résultat ? Je le croirais volontiers ; car ni le nombre, ni la valeur des candidats ne peut expliquer cette indifférence. Toujours est-il que les choses se sont passées *mezza voce*, et que le candidat élu n'aura éprouvé ni ces inquiétudes, ni ces tribulations qui ont rendu certaines élections fort dramatiques. On a été généralement surpris de ne pas voir figurer certains noms dans la liste des compétiteurs. Une place de chirurgien vacante à l'Institut, devait naturellement, ce semble, inciter quelques autres ambitions légitimes, dont l'absence a paru singulière. Pourquoi, par exemple, M. Lisfranc, qui tient un rang si élevé dans la chirurgie contemporaine, s'est-il complétement abstenu ? C'est que probablement il vient un âge, et qu'il est certaines positions où la lutte devient impossible, où elle est même une sorte d'affront que les hommes de cœur ne veulent pas subir. M. Civiale s'est aussi, pour cette fois, retiré sous sa tente. Est-ce, comme le disent quelques-uns, parce qu'on n'a pas voulu lui promettre que son nom, comme il le désirait, fût mis le premier sur la liste de présentations ? Est-ce qu'on lui aurait fait espérer une place d'académicien libre, comme l'assurent quelques autres ? Les deux versions n'étant pas contradictoires, peuvent être fondées toutes deux.

— Je parlais un jour, pour faire comprendre à nos confrères des départements que tout n'est pas roses dans l'exercice de la médecine parisienne, je parlais d'un nombre considérable de médecins qui, las de courir après une clientèle infidèle, s'étaient jetés dans l'industrie et les petits métiers. A ma liste déjà longue de fabricants de poêles, de lampes, ou de socques, ou de chaufferettes, etc , etc., je puis ajouter le nom de M. Claudius, ancien aide-major au 33e de ligne, dont vous pouvez lire l'annonce dans tous les bureaux d'Omnibus. Celui-ci s'est jeté dans l'industrie culinaire, et il se livre avec le plus grand succès à la fabrication d'une *conserve de tomates* qui fournit en toutes saisons le jus délicat et aigrelet de cette précieuse solanée. Abandonner la lancette pour le rabot ou le ciseau, c'est déroger sans doute; mais déposer l'épée pour s'armer d'un couteau de cuisine, j'avoue que la transition me paraît peu ménagée.

— La dernière séance de l'Académie de médecine a été employée tout entière à la discussion la plus bruyante et la plus confuse d'un rapport sur le mode de nomination des correspondants nationaux. Grand nombre d'orateurs se sont fait entendre à cette occasion, parmi lesquels il faut que je choisisse, ou plutôt que je tire au sort. J'ai là M. Nacquart, M. Adelon, M. Gerdy, M. Moreau, M. Barthélemy et quelques autres qui tous, un jour ou l'autre, figureront dans cette galerie. Comme, après tout, je n'ai pas de préférence, je vais mettre tous ces noms dans mon chapeau pour n'en tirer qu'un seul. — C'est fait ! Je mets la main dans l'urne et je tire : M. Gerdy.

Va donc pour M. Gerdy.

Par quelque petit bout que je fusse académicien, j'avoue que je résisterais difficilement, aujourd'hui, au désir d'employer une formule académique fort en vogue, de me lancer dans les sinueux méandres du parallèle, cet artifice du discours très à la mode parmi les biographes et les panégyristes. Le parallèle d'ailleurs est presque toujours une antiphrase, car ce qu'on recherche dans cette forme oratoire, ce n'est pas la ressemblance, mais les oppositions dans les hommes que l'on compare entre eux. De ces oppositions naît l'antithèse dans la pensée et dans la forme, ce qui produit toujours un certain effet dans l'oraison. Quelle mine féconde d'antithèses ne trouverais-je pas en comparant M. Rochoux, dont je vous parlais mardi dernier, à M. Gerdy, dont je vais vous entretenir aujourd'hui ! Venez, vous dirais-je pour si mince et si léger que fût mon frac académique :

Venez ! voici une soirée d'été engageante et sereine ; si la poussière ou le bruit du boulevard vous importune et vous lasse, laissez-vous conduire par ces commodes véhicules de la petite propriété jusqu'à la barrière de la *Santé*. Arrivé là, tournez un peu à gauche, vous trouverez un tout petit sentier qui vous évitera de traverser la *Glacière*, triste et montueuse rue où les carriers vont célébrer Bacchus (style du pays). Après quelques minutes de chemin, vous voilà dans le bas-fond de Gentilly, suivez ces allées ombreuses de peupliers qui aboutissent à la *Bièvre*, petit ruisseau majestueusement décoré du nom de rivière. Le site est frais et riant, et cependant il est solitaire, car le Parisien aime mieux étouffer sur l'asphalte du boulevard où pousse tristement un simulacre de verdure que d'aller rafraîchir ses yeux et dilater ses poumons dans la belle campagne et au grand air. Est-il sept heures, dans ce cas vous allez voir descendre de la colline qui vous fait face un homme pittoresquement recouvert d'une blouse commode et d'un large feutre gris. D'une main il s'appuie sur un bâton noueux, de l'autre il tient quelque vieux livre dans lequel il lit avec grande attention. Ses cheveux ont blanchi, mais son regard a conservé toute la vivacité du jeune âge ; tout dans cet homme annonce le calme, la satisfaction, la sérénité de l'âme. S'il interrompt sa lecture, c'est pour observer quelque fleur, pour recueillir un insecte qu'il examine à la loupe. C'est un amant de la nature qui se plaît dans son chaste et paisible commerce, et qui, loin des hommes et des passions du monde, jouit tranquillement de l'air pur, des frais ombrages, du soleil bienfaisant et de toutes ces belles et bonnes choses que Dieu a données à l'homme pour qu'il allât s'entasser bêtement sous ces tristes carrières et de plâtre et de pierre qu'on appelle des villes.

Cet homme dont la physionomie respire le calme du bonheur, c'est un matérialiste, c'est un Epicurien, c'est M. Rochoux.

Suivez-moi, maintenant, vers l'hôpital de la Charité, à l'heure des visites. Quel est cet homme tout noir qui traverse les cours? Son regard est soucieux et son front chargé de nuages. Il y a dans toute sa personne, dans son costume négligé, dans ses longs et noirs cheveux incultes, dans son teint ictérique et maladif, quelque chose d'ascétique qui rappelle ces sombres toiles de Velasquez ou de Ribèra représentant les Ignace ou les François Xavier. Est-ce quelque pauvre prêtre consumant sa vie dans une lutte héroïque, mais sacrilége, contre les tentations du démon de la chair? Est-ce quelque pieux extatique, ou quelque mystique visionnaire?

Non; c'est un chirurgien mécontent, c'est un spiritualiste chagrin, c'est M. Gerdy.

Et pourquoi, et de quoi M. Gerdy est-il mécontent? Arrivé avant l'heure, avant toute probabilité et par une bévue de l'intrigue qui se prit dans ses propres filets (1), à l'éminente position de professeur; chirurgien d'un grand hôpital, membre du jury médical, membre de l'Académie et en possession d'autres menus honneurs et places, que faut il donc à la vaste ambition de M. Gerdy? Et sur quels titres éclatants de splendeur et de gloire s'appuie donc cette vaste ambition? Avons-nous affaire à quelque Bichat ignoré? Sous cette rude écorce, trouvons-nous le génie chirurgical d'un Dupuytren, le sagace et admirable bon sens d'un Boyer? De cette chaire qu'il trouve trop étroite, M. Gerdy fait-il couler des torrents de science? A cette académie qui ne peut plus abriter sa renommée, joue-t-il le rôle d'un Vicq-d'Azyr ou d'un Louis? Le flot des élèves le suit-il à ses leçons de l'hôpital? Ses ouvrages sont-ils populaires, et son libraire a-t-il fait fortune en les vendant?

Je n'ai pas mission, et je m'en félicite, de répondre à toutes ces questions. Je constate seulement qu'il est difficile de voir bien clairement pourquoi M. Gerdy traverse la vie, qui lui a été jusqu'ici si facile et si propice, avec ce front chagrin et courroucé. Combien d'autres à sa place béniraient le ciel et les hommes d'une destinée que

(1) La *Gazette des Hôpitaux* qualifia très spirituellement la journée où M. Gerdy fut nommé professeur, par ces expressions qui sont restées : *La journée des dupes*.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Phimosis. Incision. Modification du procédé ordinaire. Guérison.

L'opération du phimosis, quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on emploie, incision, excision ou circoncision ; quel que soit le procédé dont on fasse choix, entraîne souvent, par le contact du pus ou de l'urine, une ulcération de mauvaise nature et difficile à guérir, des bords de la plaie. Souvent aussi les lèvres de l'incision se rapprochent, se réunissent en partie, et rétrécissent d'autant l'incision pratiquée au prépuce. Pour éviter ces inconvénients, M. Jobert réunit, dans le cas suivant, la peau et la muqueuse au moyen de plusieurs points de suture, en ayant soin de renverser le feuillet muqueux en dehors sur le feuillet cutané, et il fut assez heureux pour obtenir une réunion par première intention, et une cicatrisation rapide et isolée des lèvres de l'incision.

Au n° 23 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Rimbault (Dominique), veloutier, âgé de quarante-quatre ans.

Cet homme ne s'aperçut point, dans son enfance, du vice de conformation qu'il portait. Dans sa jeunesse, il remarqua seulement qu'il ne pouvait découvrir le gland ; de plus, la miction n'avait lieu qu'avec lenteur ; chaque fois les urines coulaient à petit jet, ou même goutte à goutte, et formaient au-dessous du prépuce, en s'amassant entre celui-ci et le gland, une petite tumeur molle, indolente, qui disparaissait bientôt, soit spontanément, soit par une légère pression. Il atteignit ainsi l'âge adulte sans éprouver aucun accident. Il se maria et eut même quatre enfants, bien qu'il n'ait jamais pu découvrir le gland. Il affirme que pendant le coït, loin de ressentir la plus légère douleur, il éprouvait une sensation des plus agréables.

A l'âge de quarante-deux ans seulement, et sans cause appréciable, au phimosis congénital vint s'ajouter un phimosis accidentel : le prépuce se tuméfie, devient rouge et douloureux ; son orifice se rétrécit encore ; l'émission des urines est plus difficile. La tumeur qui se développait à chaque miction sous le prépuce est plus considérable ; elle est molle fluctuante, et ne disparaît que lorsqu'on la comprime. Du reste, pas de balanite, pas d'urétrite, aucune affection syphilitique. Cet état dure pendant huit jours, et cède à de simples lotions d'eau de guimauve.

Six mois plus tard, mêmes accidents. Même traitement, même résultat.

Enfin, depuis huit mois, quoi qu'il puisse encore se livrer aux rapports sexuels, il éprouve une démangeaison continuelle à l'extrémité de la verge, ce qui l'oblige de gratter cette partie à chaque instant. Il ressent également des troubles digestifs qu'il rattache à la même cause.

Telles sont les raisons qui l'engagent à venir consulter M. Jobert, qui le reçoit dans ses salles le 21 juin 1845.

Le prépuce ne dépasse point le gland ; il n'est ni douloureux, ni rouge, ni tuméfié, ne fournit aucune sécrétion anormale ; son orifice est très étroit, et ne peut livrer passage même au sommet du gland ; cependant celui-ci paraît un peu atrophié, et semble, au toucher, dur, résistant et comme cartilagineux. Le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Jobert procède à l'opération de la manière suivante :

Le malade est assis sur une chaise. L'opérateur, après avoir pris de forts ciseaux, et en avoir insinué une branche entre le prépuce et le gland, pratique une incision à la partie inférieure du prépuce, sur l'un des côtés du frein. On voit en ce point des adhérences solides entre le prépuce et la partie inférieure du gland ; l'état des parties se trouve donc peu modifié, et le gland ne peut être mis à découvert.

M. Jobert voyant, dans ce cas, l'insuffisance du procédé qu'il avait d'abord choisi, pratique immédiatement une autre incision à la partie supérieure du prépuce, incision qui s'étend de l'orifice de celui-ci jusqu'à la couronne du gland, c'est-à-dire jusqu'au cul-de-sac de la muqueuse. Alors le gland se trouve découvert presque en totalité, et l'on voit à sa surface quelques plaques blanchâtres, peu épaisses, fortement adhérentes au tissu sous-jacent et d'aspect cartilagineux. On remarque de plus que l'orifice de l'urètre était à gauche de l'orifice du prépuce, et qu'il y avait par conséquent défaut de parallélisme entre ces ouvertures.

Pour éviter tout accident qui pourrait résulter du contact de l'urine sur les parties saignantes, pour prévenir toute adhérence entre ces mêmes parties, M. Jobert pratique cinq ou six points de suture, au moyen desquels il renverse le feuillet muqueux du prépuce en dehors sur le feuillet cutané. — Pansement simple ; deux portions.

Le 25 juin, on enlève tous les points de suture ; les bords de la plaie sont réunis par première intention dans toute leur étendue, excepté en haut où l'on voit un seul point qui est ulcéré. Le prépuce est un peu rouge, tuméfié, comme œdémateux et sensible à la pression. Du reste, aucun accident ne s'est développé : bon sommeil, bon appétit.

Le 26 juin, la réunion persiste ; le prépuce n'est ni douloureux, ni rouge, ni tuméfié, et permet de voir le gland et l'orifice externe de l'urètre. Le malade ne ressent plus de démangeaisons à l'extrémité de la verge ; la miction n'est plus gênée ; les urines sortent en formant un jet aussi gros que peut le permettre le canal urétral. Enfin les bords de l'incision présentent une ouverture assez régulièrement ovalaire, qui s'étend du frein jusqu'à la partie supérieure de la couronne du gland, ouverture qui, comme nous l'avons déjà dit, laisse apercevoir la plus grande partie du gland et l'orifice externe de l'urètre. Tel est l'état dans lequel sort cet opéré le 28 juin 1845, après une semaine de séjour à l'hôpital.

Sans répéter ici les raisons qui ont engagé M. Jobert, ou plutôt qui l'ont obligé de renoncer au procédé de M. J. Cloquet, et de recourir au procédé ordinaire, sans exposer de nouveau ni les motifs qui ont engagé l'opérateur à pratiquer des points de suture, et le renversement de la muqueuse, ni les avantages qu'il en a retirés, nous nous bornerons à la remarque qui suit : malgré l'étroitesse de l'orifice, et le peu de longueur du prépuce relativement au gland, malgré ses adhérences intimes et solides avec le gland, nous voyons, chez ce malade, l'érection et même les rapports sexuels, loin de produire de la douleur, déterminer une sensation agréable. Cela nous prouve qu'un phimosis qui semble réunir les conditions les moins favorables à l'érection et au coït, peut encore, quoi qu'on en ait dit, permettre même dans l'âge adulte le libre exercice des fonctions génératrices.

Sous ce rapport, ce fait se rapproche d'un autre cas de phimosis que nous avons observé à l'hôpital des Cliniques (*voir* le n° 54 de la *Gazette des Hôpitaux*), dans lequel on voit encore l'érection ne déterminer aucune douleur. Rappelons, en terminant, que chez le malade de M. Nélaton le phimosis se compliquait d'adhérences générales du prépuce avec le gland, de dégénérescence fibro-cartilagineuse du gland, et d'oblitération presque complète du canal de l'urètre. Dans ce cas, M. Nélaton parvint à rétablir l'urètre en perforant le gland d'arrière en avant.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

De l'entropion et de l'ectropion dans l'enfance.

Nous avons en ce moment dans nos salles deux enfants, un garçon et une fille, affectés d'entropion, et sur lesquels nous allons fixer un moment votre attention, autant à cause de l'importance de la maladie que parce que ces deux cas ont beaucoup d'analogie entre eux.

Au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse est une fille de six ans, tout récemment arrivée de la campagne, et chez laquelle nous avons constaté un renversement de la paupière inférieure en dedans, maladie que l'on désigne sous le nom d'*entropion*. Le garçon, âgé de sept à huit ans, est couché au n° 6 de la salle Saint-Pierre. Nous allons dans un instant, en revenant sur chacun de ces deux cas, insister sur les différences et les analogies qu'ils présentent. Commençons par quelques considérations générales sur l'affection qui nous occupe.

L'entropion est une maladie assez commune chez les enfants. Presque toujours, elle reconnaît pour cause des ophthalmies qui affectent le plus spécialement la conjonctive palpébrale ; cette conjonctive palpébrale est d'abord comme granuleuse ; puis elle s'épaissit comme font toutes les membranes muqueuses par suite d'une inflammation chronique ; enfin, elle finit par se renverser en dedans, et cette disposition constitue la maladie. Ce renversement des paupières s'observe plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure ; et parmi les sujets que nous avons été à même d'opérer, ce n'est que rarement que nous avons eu affaire à des entropions de la paupière inférieure. Les deux enfants dont nous vous parlons ont ceci de curieux qu'ils vous présentent un exemple de chacune de ces deux variétés de l'affection, la petite fille ayant un entropion double des paupières inférieures, le petit garçon des paupières supérieures.

La cause la plus fréquente est, avons-nous dit, une inflammation chronique de la membrane conjonctivale qui tapisse la face interne des paupières. Cependant, ce serait être dans l'erreur que de regarder cette cause comme constante et comme unique. Le jeune garçon de la salle Saint-Pierre a été sujet, il est vrai, pendant longtemps et à plusieurs reprises, à des ophthalmies du genre de celles dont nous vous parlons, et c'est par le mécanisme que nous venons d'indiquer que s'est produit le renversement ; mais la petite fille n'est pas dans le même cas. Chez elle, l'entropion est congénital ; elle présentait cette disposition au moment de sa naissance. C'est, nous le croyons du moins, le seul cas que nous ayons eu occasion d'observer de cette nature, et nous ne sachions pas qu'il en soit question dans les auteurs. Un effet du renversement de la paupière est de mettre en contact les cils avec le globe de l'œil, et d'occasionner un frottement qui détermine souvent l'inflammation de la muqueuse du globe oculaire. Chez la petite fille, le frottement des cils n'a occasionné aucune inflammation appréciable de l'œil ; elle n'offre ni rougeur, ni obscurcissement de la cornée, ni taie. Ce trichiasis n'a point été suivi des conséquences graves si fréquentes dans l'entropion accidentel. Le renversement palpébral étant congénital, l'œil se sera en quelque sorte habitué au contact et au frottement des cils, et cette accoutumance aura empêché les accidents inflammatoires de se développer. Cependant, il semblait à l'enfant, nous disait-elle, qu'une sorte de voile était quelquefois étendu sur ses yeux, et gênait la vision. Puis, bien que le frottement des cils n'ait point encore déterminé d'ophthalmie, il serait très possible que plus tard il pût en survenir ; enfin, outre la gêne éprouvée par la petite malade, l'entropion constitue une difformité désagréable, et qu'il est

---

n'ont pas eue, que n'auront pas grand nombre d'esprits d'une autre étoffe !

Quoi qu'il en soit, et de cela seul il sera question ici, M. Gerdy porte à l'Académie ce caractère irrité et irritable qui lui a fait une place à part parmi les médecins contemporains. Là, comme à la Faculté, comme partout, M. Gerdy se montre, dans la force du terme, un très mauvais coucheur. Il y parle souvent, et toujours d'un ton rogue et colère. Il exhale sa mauvaise humeur à tout propos et contre tout venant, aussi bien contre la physiologie expérimentale qu'il poursuit de ses sarcasmes, que contre l'épicuréisme qu'il accable de son mépris. Il n'est pas un orateur de cette assemblée qui n'ait eu à subir quelque rude boutade de cet Alceste intraitable. Tout le choque et l'irrite, M. Velpeau exposant ses principes en ophthalmologie, M. Blandin défendant Ch. Bell contre quelques incroyables attaques, tous ses collègues, quels qu'ils soient, soutenant leurs opinions et leurs idées. Dans cette guerre incessante qu'il fait au genre humain, ce serait avoir bien du malheur si, de temps à autre, il ne tombait pas sur quelque abus réel, sur quelque erreur véritable. M. Gerdy a eu quelquefois cette bonne fortune, et les habitués de l'Académie gardent le souvenir de quelques éclatantes discussions qu'il soutint avec gloire. Mais alors même que M. Gerdy a pour lui ta raison, la justice et le bon sens, il est rare qu'il ne compromette pas le succès de sa cause, tantôt par une exagération hors de propos, tantôt par quelque violence maladroite. Il a une manière à lui d'envisager les questions qui les détourne de leur voie logique et naturelle. Ses incandescentes oraisons s'attaquent plus souvent à l'homme qu'à l'idée, et ses discours ressemblent plus à des réquisitoires qu'à des dissertations. Sa parole imprévoyante et emportée ne connaît ni circonlocutions ni ambages ; elle va brutalement frapper celui qu'elle désigne, et ce n'est pas à cet orateur qu'on peut reprocher les ménagements perfides et les hypocrites précautions ; non, et M. Gerdy a au moins cela de bon, que quand il attaque ce n'est pas avec le stylet du bravo, mais avec une massue on ne peut pas plus visible.

A l'Académie, comme ailleurs, M. Gerdy, le faiseur d'officiers de santé, s'est posé en champion de la dignité de l'art, en impitoyable adversaire de l'intrigue et du charlatanisme. C'est fort bien ; admettons que, pour son propre compte, il ait mis ses actions en harmonie avec ses principes, on a déjà fait cette remarque, il y a des gens qui rendraient la vertu haïssable à force de pruderie, d'exagération et d'intolérance. Que M. Gerdy y prenne garde, il pourrait en vieillissant ressembler à ces gens-là. C'est un rôle difficile et dangereux que celui de redresseur de torts ; il ne convient qu'aux natures généreuses et chevaleresques, à celles que le côté moral et poétique des choses de la vie pousse au sacerdoce ou à l'apostolat. Mais quand l'indignation ne prend sa source que dans l'humeur chagrine, quand sous ce manteau respectable de la vertu se cachent ou la jalousie poignante ou une exorbitante et impossible ambition, quand sous d'austères et granitiques apparences, on trouve au fond la haine, l'envie, la calomnie ignoble et lâche, se servant d'obscurs et imbéciles intermédiaires, un penchant profond à la servilité, alors, voyez-vous, tous ces faux semblants d'honneur et de courage font tristement sourire ceux qui ont sondé les replis de ces consciences de Brutus, ceux surtout qui sans provocation aucune, sans motif et sans justice, se sont trouvés, saufs de dommage, il est vrai, exposés aux coups de boutoir de ces vertus plâtrées.

M. Gerdy — pour qui rien de tout cela, je suppose, ne peut trouver d'application — passe pour un orateur de l'Académie de médecine. Je ne m'y oppose pas, si Aristote, Quintilien et Longin, et Cicéron, et les autres, ont reconnu que le talent oratoire consiste dans la brutalité de l'expression, dans le dévergondage du geste, dans quelque chose d'incohérent et de débraillé, qui, à l'aide de quelques grands mots articulés avec véhémence, impose silence aux contradicteurs par l'énergie de la mimique et l'étourdissement de la voix. Je vois bien que souvent M. Gerdy court après le style pompeux et grandiose ; mais je crains qu'il ne rencontre plutôt l'enflure et le pathos ; je vois souvent viser à des prétentions littéraires, mais peut-être faudrait-il les réduire à celles de quelque rhétoricien novice entassant métaphores sur métonymies, sans goût, sans convenance et sans à-propos. Il est vrai qu'il croit faire de la critique sérieuse et élevée alors qu'il ne se livre qu'à une satire acerbe et passionnée ; il est vrai encore qu'il croit s'abandonner aux élans d'une généreuse indignation, quand il est facile de voir à travers une animosité directe et personnelle. Mais il n'en est pas moins réel que M. Gerdy est écouté avec curiosité à l'Académie de médecine ; qu'il a un auditoire à lui qui trépigne d'aise à ses virulents discours ; des prôneurs enthousiastes qui l'élèvent au sommet des orateurs académiques. Un jour même que, dans un geste olympien, M. Gerdy faillit briser son pupitre, et qu'après une prosopopée hardie il frappa de son poing sa poitrine haletante, un de ses admirateurs le compara à O'Connell... ; d'autres prononcèrent le nom de *Marat*. Je ne m'y oppose pas non plus ; mais j'avoue que je n'ai pas un grand faible pour cette éloquence à coups de poings, et qu'O'Connell ou Marat, à l'Académie de médecine, me paraîtraient des êtres tant soit peu ridicules... Don Quichotte est plus amusant.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres

A M. Th. Garnier Leteurrie, D.-M. à Versailles. — Vous vous proposez de venir défendre au Congrès médical l'institution des officiers de santé ; c'est votre droit, et vous aurez à cet égard toute liberté possible. Mais, cher confrère, vous vous irritez que l'organisation du Congrès se fasse à Paris et par des médecins de Paris, où donc voudriez vous qu'elle se fît, et puisqu'il y a une initiative à prendre, qui donc auriez-vous voulu qui la prît ? Vous parlez des médecins de village qui ignorent encore le projet du Congrès, pensez-vous qu'ils le connaîtraient davantage si ce Congrès s'organisait à Quimper ou à Bourges ? D'ailleurs, un peu de patience.

— Un de nos lecteurs qui ne signe pas sa lettre, s'indigne de ce que nous avons annoncé relativement au pauvre confrère décédé dont les restes mortels ont été préservés de la fosse commune. Cet austère confrère nous accuse d'avoir ainsi favorisé un préjugé que nous, médecin, devrions chercher à éteindre. Préjugé soit, mais préjugé respectable quand en n'en tenant pas compte il faut gratuitement froisser des sentiments pieux et des affections de famille qu'il était possible de satisfaire. C'est sur la demande des parents et des amis du défunt que les fonds disponibles de la souscription ont reçu cette destination, et c'était notre devoir d'en avertir les souscripteurs.

NOUVELLES.

L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, place vacante par le décès de M. Breschet.

MM. Lallemand a obtenu	33 suffrages.
Gerdy,	10
Bourgery,	7
Bérard,	2
Jobert,	1
Blandin,	1

En conséquence, M. Lallemand a été proclamé membre de l'Académie des sciences.

— La Société de phrénologie a nommé MM. Fossati, La Corbière et Cb. Place, pour la représenter aux séances d'organisation du Congrès médical.

— La Société royale de médecine, dans sa séance du 28 juin, sur la proposition de son président honoraire, M. le docteur Boullac père, a mis à son ordre du jour la question des Quarantaines.

Une assemblée extraordinaire doit avoir lieu cette semaine pour nommer la commission qui sera chargée de recueillir tous les documents relatifs aux lois sanitaires concernant la peste et la fièvre jaune.

(*Nouvelliste.*)

du devoir du chirurgien de corriger lorsqu'il en a les moyens et la possibilité.

Il y a quinze jours, déterminé par toutes ces raisons qui ne permettaient pas de regarder simplement ici l'opération comme une opération de luxe, nous avons cherché à remédier au vice de conformation des yeux chez cette enfant ; voici comment nous avons procédé. Nous avons taillé un lambeau de peau elliptique à la partie antérieure et inférieure de la paupière. En se cicatrisant, les deux lèvres de la plaie se sont rapprochées, et le redressement de la paupière s'est effectué. Dans le cas actuel, le redressement ne s'est pas fait aussi complet qu'il se fait d'habitude, et que nous l'aurions désiré. Les cils ne touchent plus le globe de l'œil, et cet avantage est immense déjà, mais ils ne sont pas aussi droits qu'à l'état normal; cependant nous croyons avoir fait l'opération aussi complète et aussi correcte que possible. A quelle cause devons-nous donc rapporter ce demi insuccès? Nous devons entrer d'abord dans quelques détails sur la disposition des parties chez notre petite fille. L'entropion congénital dont elle est affectée, tient en grande partie à la conformation de ses joues. Chez cette enfant, l'os de la pommette est excessivement saillant, de telle sorte que les yeux paraissent beaucoup plus enfoncés qu'ils ne le sont ordinairement à cet âge. Par suite, les os tendent à faire une saillie considérable aussi, et ne tirent point sur la cicatrice comme les joues qui sont pendantes vers la partie inférieure, et dont le poids suffit pour opérer le résultat que l'on cherche à obtenir. Ici, au lieu de descendre, les joues remontent, et tendent à rapprocher les lèvres de la plaie. C'est cette circonstance qui a contribué en très grande partie à nous faire avoir un résultat moins heureux. Peut-être aussi, car nous devons rechercher avec impartialité et apprécier tous les motifs, peut-être n'avons-nous point fait une perte de substance assez étendue; aussi, nous proposons-nous plus tard de faire une nouvelle excision supplémentaire pour rendre plus parfait le redressement de la paupière et des cils. On a pu voir combien nous avons été sous tous les rapports favorisés dans ce cas; il n'est survenu ni hémorrhagie, ni érysipèle, ni accident primitif ou consécutif d'aucune espèce. Les cicatrices, tout à fait linéaires, seront à peine visibles dans quelque temps, lorsque la rougeur aura disparu; une chose curieuse et sur laquelle nous devons appeler l'attention, c'est que nous n'avons eu besoin d'employer aucune suture, et que la rétraction naturelle qui s'opère dans les cicatrices a suffi pour amener le redressement.

Chez l'enfant du n° 6, les choses ne se sont pas passées de la même manière. L'entropion a été déterminé par une ophthalmie du globe de l'œil, et de la muqueuse de la paupière supérieure. Chez lui, il est évident que le renversement de la paupière a produit une irritation chronique de la conjonctive oculaire, par un contact continuel et anormal des cils contre le globe. A gauche l'affection a été si violente, que la cornée est tout à fait opaque, et recouverte par une taie fort épaisse. Du côté droit, il paraîtrait que l'inflammation a été moins violente; il existe aussi une taie, mais beaucoup moins étendue et moins épaisse; de cet œil, l'enfant voit assez pour se conduire, bien qu'il ne puisse que difficilement distinguer les objets qui l'entourent. Nous attribuons la perte de ses deux yeux, à la présence et au frottement des cils contre le globe oculaire.

Pour ce nouveau malade nous ferons, on le comprend, l'opération à la paupière supérieure, et nous emploierons le même procédé que nous employons pour la paupière inférieure. En général, chez les enfants, nous nous trouvons bien de faire la perte de substance dans les deux cas de la même manière. Aussitôt que les cils sont redressés, on voit ordinairement l'ophthalmie se dissiper et la taie disparaître peu à peu, mais lentement. En sera-il de même dans le cas actuel? La taie de l'œil gauche est tellement forte et épaisse que l'on ne peut guère espérer un succès complet pour l'œil gauche. Peut-être et probablement même, il y aura de l'amélioration; mais nous craignons bien que l'œil ne recouvre jamais ses facultés. Quant à l'œil droit, le succès sera sans nul doute rapide, et la vision se rétablira aussi nette qu'à l'état normal.

Dans le cas actuel, nous pourrions peut être avoir des cicatrices moins étendues que chez la petite fille que nous avons opérée d'un entropion double inférieur. Nous ferons donc deux points de suture. Cependant nous devons dire que souvent il nous est arrivé de n'obtenir aucun résultat de l'emploi de ces points de suture, les fils ayant coupé les tissus avant que la réunion eût eu le temps de se faire, bien que nous ayons toujous le soin de lier les fils sur un petit ruban de charpie ou de diachylon. Si, à l'aide de cette précaution, le fil peut tenir les bords de la plaie affrontés pendant deux jours seulement, sans couper la peau dans les points où il a été appliqué, le succès est plus complet et le résultat plus beau; la cicatrice est tout à fait linéraire et la perte de substance est tout à fait réparée.

Voici comment nous allons procéder. Nous ne passerons pas les fils après l'incision, mais avant, et nous aurons ainsi l'avantage de faire durer l'opération moins longtemps. Un pli sera fait transversalement à la face antérieure de la paupière supérieure, et deux fils seront passés à travers ce pli à une certaine distance l'un de l'autre. Un aide tiendra les deux fils tendus, et avec des ciseaux nous couperons le repli fait à la peau. Les fils seront ensuite liés sur un petit rouleau de charpie comme nous l'avons dit plus haut. Dans quelques cas, on se trouve bien, une fois la section faite, de ne point couper les fils et de les fixer sur le front ou bonnet du malade ou à une bande placée à cet effet autour de la tête, de manière à maintenir l'œil ouvert et la paupière supérieure relevée. Chez les enfants, il serait assez difficile d'en agir ainsi; nous ne pourrions sans inconvénient parvenir à les priver de sommeil.

Les suites de l'opération sont ordinairement assez heureuses, et les accidents rares. Nous n'avons que très peu souvent vu survenir des érysipèles. Cependant on sait que cette complication n'est pas très rare dans les plaies de la face. Aussi conseillons-nous souvent l'emploi de compresses imbibées d'eau froide, les bains de pieds sinapisés fortement; on empêche également pendant quelques jours l'enfant de sortir de la chambre et de s'exposer à l'air extérieur. En nous conformant à ces préceptes, nous avons obtenu souvent d'heureux résultats de cette opération.

Il nous arrive fréquemment d'avoir à traiter à l'hôpital des Enfant, la disposition tout à fait inverse, nous voulons dire l'ectropion, ou renversement de la paupière en dehors. Nous avons en ce moment dans nos salles un exemple d'ectropion chez un enfant de trois ans, couché au n° 27 de la salle Sainte-Thérèse. Cette maladie affectait dans ce cas la paupière supérieure de l'œil droit. Presque toujours, chez les enfants, l'ectropion est le résultat d'une brûlure; très rarement elle est congénitale. La petite fille dont nous parlons rentre dans la loi commune; c'est une brûlure qui, chez elle, a déterminé l'ectropion. La méthode opératoire est tout à fait opposée à la précédente, tout en reposant sur le même principe, à savoir : qu'il faut rétrécir la muqueuse oculaire pour opérer le redressement de la paupière.

On a conseillé la cautérisation de la face interne de la paupière, cautérisation répétée, et au moyen de laquelle on déterminait une perte de substance. Ce moyen est généralement abandonné; la cautérisation n'est pas toujours indolente. On préfère maintenant agir sur la peau de la paupière, et à l'aide d'une incision, on lui redonne sa longueur primitive. Il y a huit jours, nous avons fait une incision triangulaire, ou plutôt deux incisions droites formant le triangle; la base de ce triangle était formée par la paupière; le sommet, par la réunion des deux incisions. Le lambeau triangulaire de la peau a été disséqué jusqu'à ce que le malade eût recouvré la faculté de fermer l'œil. Depuis l'opération, nous devons dire que l'état est resté le même. La paupière peut rester fermée; le bord libre de la paupière supérieure vient toucher la paupière inférieure. Après avoir obtenu ce résultat, nous avons cherché à combler la solution de continuité et l'écartement des lèvres de la plaie que nous avons produite. Nous avons placé deux points de suture destinés à rapprocher les bords de la plaie faite dans la peau du front. Dès le lendemain, les fils avaient coupé la peau, et l'on peut voir aujourd'hui que la plaie est aussi large qu'elle était au moment de l'opération. Il n'est, du reste, survenu aucun accident, et, sous ce rapport, nous avons été aussi heureux que dans les cas que nous avons mentionnés ci-dessus. Les accidents à redouter sont les mêmes pour l'ectropion que pour l'entropion, c'est l'hémorrhagie, l'érysipèle, etc.

Dans le cas actuel, nous avons fait prendre au petit malade des bains de pieds sinapisés; nous avons fait le pansement de la plaie dès le lendemain de l'opération. Cette méthode a, selon nous, un grand avantage, principalement dans les faits de la nature de celui-ci, c'est d'empêcher la cicatrisation vicieuse. La seule complication que nous ayons observée est un érysipèle au bras. Mais nous ne pensons pas qu'il dépendît de l'opération que nous avions pratiquée. Nous sommes fondé à en rapporter la production à la vaccination à laquelle nous avions soumis le jeune sujet. Au moment où nous l'avons observé, l'enfant était au cinquième jour de la vaccination, moment où le travail local commence à se manifester. L'érysipèle a été assez intense au bras droit, et peut-être est-ce à son apparition que nous devons rapporter la marche favorable de la plaie et l'absence d'accidents. Peut-être cet érysipèle a-t-il contribué à agir comme dérivatif. D'ailleurs, cet accident a été traité par des compresses imbibées d'eau de sureau, par la fécule de pomme de terre directement appliquée sur la surface malade. Hier, l'enfant a été baigné; maintenant les pustules vaccinales sont en pleine suppuration. Quant à la plaie, vous avez pu voir qu'elle n'était point encore sur le point de se cicatriser. Il nous paraît certain que la marche de cette plaie vers la cicatrisation sera plus rapide, lorsque tous les accidents déterminés par la vaccination se seront dissipés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 25 juin 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Huguier* rend compte de la mission dont il avait été chargé, conjointement avec M. Deguise père et M. Maisonneuve, auprès d'une réunion qui aurait pour but la fondation d'un journal donnant le compte-rendu des séances de toutes les Sociétés médicales de France.

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau et du comité de publication. La Société nomme à la majorité des suffrages :

MM. Monod, président.
Lenoir, vice-président.
Chassaignac, secrétaire.
Cullerier, vice-secrétaire.
Robert, trésorier.

MM. Malgaigne, Vidal et Chassaignac composeront le comité de publication.

M. Vidal, vice-secrétaire du dernier bureau, déclare, avant le scrutin pour la place de secrétaire, que ses occupations l'empêcheraient d'accepter cette place.

M. Michon, avant de remettre la présidence à son successeur, exprime à la Société sa gratitude pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à diriger ses travaux dans le cours de l'année précédente, et pour la bienveillance soutenue avec laquelle elle lui a facilité l'accomplissement de ses devoirs.

— *M. Ricord* adresse une lettre pour demander l'échange de son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire. Il sera donné connaissance à M. Ricord des articles du règlement qui concernent sa demande.

— *M. Moreau*, président de la commission d'organisation pour un congrès médical, invite la Société de Chirurgie à nommer des délégués pour la représenter auprès de la commission d'organisation. La Société désigne MM. Michon et Denonvilliers, non sans exprimer le regret de n'avoir point été avertie de la première réunion et de n'avoir pu concourir à la nomination des honorables membres du bureau de la commission.

— *M. le docteur Payan* (d'Aix) écrit à la Société de chirurgie pour lui faire hommage de plusieurs opuscules, en lui exprimant sa vive sympathie pour les travaux de la Société. Les opuscules adressés par M. Payan sont les suivants :

1° Des remèdes antisyphilitiques de leur action et de leur emploi thérapeutique;

2° Mémoire sur l'ergot de seigle, son action thérapeutique, etc.;

3° Mélanges cliniques;

4° Mémoire sur l'hydrochlorate de baryte dans les maladies scrofuleuses.

M. Huguier est chargé de faire un rapport sur les ouvrages envoyés par M. Payan.

— *M. Bérard* met sous les yeux de la Société une tumeur qu'il a extraite du sein d'une jeune fille de dix-sept ans non encore réglée. Il présente cette tumeur comme étant exclusivement composée de tissu encéphaloïde à l'état de crudité.

M. Robert n'est pas convaincu de la réalité de cette assertion. Il trouve à cette tumeur quelques-uns des caractères propres au tissu fibreux. Il demande en conséquence qu'on la soumette à un examen plus approfondi à l'aide du microscope.

M. Nélaton a fait connaître depuis, que cet examen ayant été fait avec soin, on avait reconnu dans cette tumeur les globules que les micrographes considèrent comme caractéristiques de l'affection cancéreuse.

— *M. Monod* présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme sur laquelle il a pratiqué la suture de l'intestin gangrené dans une hernie ombilicale étranglée. La malade a succombé deux heures après l'opération. Il n'y avait aucun épanchement de matières fécales dans la cavité du péritoine. M. Monod promet de lire une note au sujet de cette opération dans une des prochaines séances.

M. Robert rappelle que dans un cas analogue il a établi un anus contre nature, et qu'il est parvenu à guérir le malade pour lequel il avait adopté cette manière d'agir, selon lui plus rationnelle que celle qui consiste à pratiquer la suture de l'intestin.

— *M. Chassaignac* présente à la Société une femme de trente-six ans, qu'il se propose d'opérer d'un kyste du sein, par l'injection iodée. Le double motif de cette présentation est d'abord de permettre plus tard de constater les résultats de l'opération, ensuite de faire reconnaître dans les parois du kyste des nodosités qui au premier aspect donnent l'idée d'une tumeur encéphaloïde. C'est une erreur qui a été commise dans le cas particulier; et au moment où la malade se présenta, la vue des bosselures produites par ces nodosités solides et compactes, porta à penser qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse. Mais à un examen plus approfondi, on reconnut que ces bosselures étaient supportées par une tumeur du volume du poing, évidemment fluctuante. Comme cette tumeur avait succédé à un coup porté sur la région du sein, on eut la pensée d'un abcès. Mais une ponction ayant été pratiquée à l'aide d'un trois-quarts explorateur très fin, on retira environ un verre d'une sérosité sanguinolente d'abord, puis citrine et parfaitement transparente. La malade n'éprouve aucun élancement dans la tumeur, qui, à la vérité, ne siége pas précisément dans la glande même, mais un peu au-dessus; il n'y a aucun engorgement dans l'aisselle.

Plusieurs membres de la Société, et entreautres *M. Lenoir*, qui mentionne à ce sujet un fait de la pratique de Dupuytren et quelques autres propres à M. le professeur Marjolin père, expriment l'idée qu'il faut se défier de ces kystes à parois noueuses, parce qu'ils sont susceptibles de dégénérescence. Ils concluent de là que l'ablation des parois du kyste ou leur destruction à l'aide d'un caustique, après une simple incision suffisante pour en explorer directement les parois, serait préférable au traitement que M. Chassaignac se propose d'adopter.

— *M. Michon* fait voir les artères axillaire, sous-clavière et aorte d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui fut amené dans son service à l'hôpital Cochin, après un arrachement presque complet du membre thoracique gauche par l'action d'une machine à vapeur. Le membre était en quelque sorte broyé, et ne tenait plus au reste du corps que par un étroit lambeau de téguments que le chirurgien se hâta de réséquer. La portion restante du plexus brachial complétement déchiré, ainsi que les vaisseaux, pendait sur le côté du thorax, à la manière d'un bout de fouet. M. Michon égalisa un peu la plaie, en réséquant quelques portions musculaires et en achevant la séparation des surfaces articulaires. Les extrémités nerveuses étaient d'une excessive sensibilité; une ligature fut appliquée sur l'artère, dont les battements étaient d'une force remarquable. Malgré cette effroyable lésion et la fracture du bras du côté opposé, le malade ne succomba que le cinquième jour de l'accident, après avoir été pris de vomissements et de délire. On constate sur la pièce 1° que la déchirure de la tunique celluleuse s'est effectuée plus bas que celle des tuniques moyenne et interne de l'artère; 2° que la ligature appliquée sur la portion d'artère où se trouvent les trois tuniques, a divisé nettement comme le fait toute ligature bien serrée, les tuniques interne et moyenne; 3° qu'à deux travers de doigts au-dessus du point où la ligature a été appliquée, les deux tuniques internes nettement divisées par la cause vulnérante, laissent un intervalle de quatre à cinq millimètres, dans lequel la tunique celluleuse est à nu dans l'intérieur du vaisseau; 4° que quoique le malade eût survécu quatre jours à l'accident, il n'y avait dans l'artère, jusqu'à l'aorte, ni aucune trace de caillot adhérent, ni aucun vestige d'adhérences des parois artérielles. A ce sujet, M. Michon fait remarquer que si le malade eut survécu, il était exposé à la production d'une tumeur anévrismale au-dessus du lieu où la ligature avait été appliquée.

M. Malgaigne s'élève contre cette dernière assertion. Il pense que la déchirure des tuniques internes avec persistance de la celluleuse, n'eût point suffi pour produire un anévrisme faux consécutif. Il rappelle des expériences faites par M. Carron du Villard, à l'effet de produire artificiellement des anévrismes par la lésion mécanique des tuniques internes, la celluleuse restant intacte. Il dit que les expériences de M. Amussat, de celles qu'il a faites lui même dans ses cours, il résulte que l'oblitération de l'artère est le résultat constant des tentatives faites pour détruire et broyer les tuniques interne et moyenne, et que cette destruction est suivie de la production d'un caillot adhérent qui ferme l'artère temporairement avant son oblitération définitive par des adhérences interpariétales.

M. Michon répond que s'il a inféré la possibilité ultérieure d'un anévrisme dans le cas actuel, c'est précisément de l'absence d'un caillot adhérent et que cette remarquable circonstance est le principal motif de la présentation qu'il a faite de ce cas, comme étant un fait rare et exceptionnel, puisque le malade ayant survécu quatre jours, aucun travail d'oblitération stable ne s'est formé dans le vaisseau.

Dans le cas observé par M. Michon, l'arrachement du vaisseau n'avait pas été suivi d'hémorrhagie. Cette circonstance, rapprochée de l'examen de la pièce, a paru pour plusieurs des membres de la Société parfaitement confirmative de ce qui a été écrit sur le mécanisme de l'occlusion des artères soumises à l'arrachement et sur le mode d'après lequel la tunique celluleuse s'allonge à la manière d'un tube de verre effilé à la lampe d'émailleur.

M. Denonvilliers ayant élevé des doutes sur la terminaison en pointe du prolongement de la celluleuse au delà des limites de la déchirure des deux tuniques internes, et M. Malgaigne partageant ces doutes, une discussion s'engage sur ce point; MM. Bérard et Lenoir considèrent la pièce comme venant à l'appui de la description des auteurs. M. Maisonneuve établit que très certainement la rupture de la celluleuse s'est effectuée au delà de celle des tuniques internes. Toutefois cette discussion n'a pas de suite, M. Bérard faisant remarquer qu'il y

a eu plutôt broiement et attrition du membre qu'arrachement direct, ce qui est le cas supposé dans la description des auteurs.

— *M. Lenoir* présente l'utérus d'une femme de cinquante-cinq ans qui était atteinte d'un polype utérin, et qui, entrée à l'hôpital Necker, succomba au bout de huit jours. par le fait d'une péritonite survenue le lendemain du jour où elle avait été soumise à un toucher fort simple et qui n'avait rien présenté de particulier. Cette femme présentait un écoulement séro-sanguinolent, datant de sept à huit mois. Le jour même de son entrée, M. Lenoir pratiqua le toucher, et reconnut l'existence d'un polype pédiculé du volume d'une petite poire, et dont on circonscrivait le pédicule avec le doigt sur tout son pourtour et sans aucune difficulté. C'était un cas d'opération. M. Lenoir se proposait de l'exécuter, lorsque le lendemain, et après un seul toucher qui n'avait rien eu de pénible, il se déclara une péritonite suraiguë à laquelle la malade a succombé le huitième jour.

M. Lenoir a eu l'occasion de remarquer pendant la durée de cette péritonite, des changements curieux survenus dans l'état du polype. D'abord celui-ci, qui lors de l'entrée de la malade, était complétement renfermé dans la cavité du vagin, sembla prendre rapidement un volume plus considérable et vint faire saillie au dehors à travers les grandes lèvres; en second lieu, il éprouva un ramollissement marqué; enfin il devint le siége d'une infiltration sanguine, au point de donner lieu à l'aspect d'un caillot qui se serait présenté aux parties génitales. Le polype, divisé suivant sa longueur, présente un pédicule implanté dans la paroi utérine vers le fond de l'organe, et sa structure tient le milieu entre celle d'un corps fibreux et celle d'un polype charnu. Dans le tissu de l'utérus, à côté du pédicule du polype, se trouve un autre corps qui paraît d'une composition à peu près identique. Il est à présumer qu'on a affaire à un polype fibreux plus mou ou plus ramolli que d'ordinaire.

M. Maisonneuve rappelle à ce sujet l'exemple non moins curieux d'une péritonite également survenue après un toucher simple, chez une femme atteinte de polype utérin. Ayant été appelé à Versailles auprès d'une dame qui éprouvait des pertes utérines peu abondantes, M. Maisonneuve reconnut la présence d'un petit polype, et annonça qu'une opération peu importante pourrait être faite. Le lendemain même du jour où avait été pratiqué le toucher, qui avait été très simple et nullement douloureux, il se déclara une péritonite qui fit périr la malade.

REVUE GÉNÉRALE.

Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse. — M. Guérin (de Vannes) a publié dans les *Archives* un mémoire dans lequel il s'efforce de prouver que la plupart du temps les consolidations vicieuses des fractures et celles qui se font par l'intermédiaire d'un tissu fibreux sont le résultat d'un traitement mal dirigé.

La première partie de ce travail est consacrée à l'examen des fractures de la clavicule. A l'exception des cas rares où, chez les enfants, la fracture n'a pas causé la déchirure du périoste (Blandin) et de ceux où elle siége très près de l'apophyse coracoïde, il y a presque toujours difformité plus ou moins grande après la guérison. Pour remédier à cet inconvénient, les chirurgiens anciens et modernes ont inventé des bandages plus ou moins compliqués, le spica de l'épaule ou 8 de chiffre, la croix de fer de Heister, le corset de Brasdor, etc.; le bandage de Desault, qui, comprenant le véritable mécanisme de la fracture, se servait de l'humérus comme d'un levier pour pousser l'épaule en arrière, en haut et en dehors, en agissant suivant la direction de l'os fracturé, est à peu près le seul qui remplisse les indications nécessaires. Mais tout en partageant l'admiration générale pour ce bandage, qui, suivant une expression de Boyer, porte l'empreinte du vrai génie, M. Guérin le regarde comme insuffisant. Une indication importante, dit-il, a échappé au grand chirurgien. On ne s'est occupé que d'une chose: mettre le fragment externe en contact avec l'interne, et maintenir cet affrontement en agissant sur le bras ou l'épaule malade. Mais personne n'a songé *à prévenir la mobilité du fragment interne.*

Or, le fragment interne se déplace lorsque le malade élève le bras du côté opposé, ou lorsqu'il le porte en arrière; il se déplace encore lorsque le malade tourne la tête, et, dans ce cas, le déplacement est en raison de la longueur de l'insertion claviculaire du muscle, étendue chez les hommes vigoureux, beaucoup plus bornée chez les sujets dont l'insertion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien ne se fait qu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire. La mobilité du fragment sternal est en raison inverse de sa longueur, c'est-à-dire d'autant moindre que la fracture a lieu plus loin de l'insertion du muscle cléido-mastoïdien. Eh bien! aucun des bandages et appareils employés dans le traitement de cette fracture ne tend à maintenir le fragment interne. D'après cela, voici comment M. Guérin formule les indications à remplir pour obtenir une consolidation exacte et régulière d'une fracture de la clavicule.

L'épaule malade pourra être portée en haut, en dehors et en arrière, comme l'a indiqué Desault; et je ne crois pas qu'il y ait, pour atteindre ce but, de meilleur bandage que celui qui fut inventé par ce chirurgien, pourvu qu'on le rende inamovible au moyen de la dextrine ou de l'amidon.

Le membre thoracique du côté opposé devra être fixé à la poitrine de manière à en prévenir les mouvements. Je sais bien que le malade se trouvera ainsi souvent dans l'embarras, ne pouvant manger sans le secours d'un infirmier ou d'un ami, incapable de se lever seul, etc.; il faudra toujours qu'il ait près de lui une personne bienveillante chargée de l'aider dans tous ses mouvements.

Il reste encore une dernière indication à remplir. Il faut, en effet, s'opposer à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. On atteindra ce but en maintenant la face du malade tournée du côté de la fracture, au moyen de bandes dextrinées embrassant la tête et l'épaule malade, et mettant ainsi le muscle dans le relâchement.

Je ne me dissimule pas l'inconvénient d'un pareil traitement, qui paralyse pendant un mois tous les mouvements de la partie supérieure du corps; mais plus d'une femme du monde s'y soumettra de grand cœur pour avoir une fracture consolidée d'une manière régulière et non difforme. D'ailleurs, cet os est spongieux et possède une grande aptitude à produire le cal, et il serait possible qu'au bout de quelques jours de contention exacte des fragments, on pût permettre les mouvements de la tête sans nuire à la consolidation.

Nous choisissons, parmi les observations du mémoire de l'auteur, la suivante, qui nous a paru la plus curieuse.

Un couvreur âgé de trente ans, d'une bonne constitution, cheveux noirs, teint bronzé, d'une taille au-dessus de la moyenne, fit, le 23 mai 1844, un faux-pas qui l'entraîna dans une chute d'un troisième étage sur le pavé.

Ce fut le côté droit du corps qui toucha le sol, et particulièrement l'épaule de ce côté. Serres ne perdit pas connaissance; il se releva, et put venir à pied à l'Hôtel-Dieu, où nous l'examinâmes le jour même de son entrée.

Il présentait au-dessus de l'oreille droite une plaie contuse béante d'un centimètre environ, et longue de quatre; la cuisse du même côté était un peu douloureuse, mais nous nous assurâmes qu'elle n'était que contuse. En portant le doigt au fond de la plaie du cuir chevelu, nous constatâmes que la peau seule avait été divisée; le périoste recouvrait le crâne, et aucun symptôme n'indiquait sa fracture.

En examinant l'épaule droite, il nous fut facile; en prenant la clavicule d'une main et l'humérus de l'autre, de constater une fracture siégeant au dedans de l'apophyse coracoïde, à 1 centimètre environ du point d'appui qu'elle fournit à la clavicule. Par les mouvements imprimés à deux parties constituantes de l'épaule, on percevait une crépitation évidente; mais le déplacement était peu considérable, puisque l'extrémité externe du fragment interne ne dépassait en haut l'autre fragment que de 5 millimètres environ.

Les mouvements du bras sain et ceux de la tête produisaient un frottement des fragments, d'où résultait la crépitation.

La coaptation fut facile. L'appareil de Desault fut appliqué avec le plus grand soin, tel que l'a décrit ce chirurgien. Enlevé quatre jours après, il fut réappliqué aussitôt; il nous fut facile de remarquer dans ce cas que les mouvements de la tête et du bras gauche ne donnaient lieu qu'à une mobilité très bornée du fragment interne, contrairement à ce qu'on observe dans les fractures siégeant plus près du sterno-mastoïdien.

Une saignée de quatre palettes fut pratiquée le jour même de l'entrée du malade.

La plaie de tête fut bientôt guérie, et malgré l'indocilité du sujet qui me força à réappliquer souvent l'appareil, la coaptation de la clavicule n'en fut pas moins très satisfaisante. Le 1er juillet, en effet, jour de la sortie de Serres, cet os n'offrait pas un volume beaucoup plus considérable dans le point fracturé que dans le reste de son étendue. D'ailleurs, plus tard, le cal en se perfectionnant perdra encore de son volume et ne laissera guère de difformité.

Ce résultat est d'autant plus important que le malade, remuant sans cesse le bras du côté opposé, eût détruit infailliblement des fragments, si la fracture avait siégé au voisinage du sternum.

Un fait communiqué à M. Guérin par un ancien interne des hôpitaux offre les plus grandes analogies avec le précédent sous le rapport des résultats obtenus. Un malade très craintif, s'étant fracturé la clavicule vers la partie moyenne, entra à l'hôpital Beaujon, où il fut abandonné sans appareil.

La crainte d'une difformité dont il exagérait la gravité était si grande chez ce malade qu'il n'osait pas même remuer le bras du côté sain, et qu'il resta ainsi immobile dans son lit pendant tout son séjour à l'hôpital. Quoique ce malade n'eût point eu d'appareil, la consolidation fut telle qu'il eût été impossible d'en trouver une plus régulière.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 3 juillet 1844, M. Blin est nommé professeur de chimie et de physique à la Faculté des sciences de Caen.

M. Roussel, professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à ladite école, en remplacement de M. Bonfils, décédé.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 10 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 81. TOME VII. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Revue critique des classifications adoptées pour l'exposition graphique des maladies de peau. — Classification de Willan, modifiée par M. A. Devergie.

Une classification des maladies pour avoir quelque valeur, doit remplir deux conditions indispensables :

1° Reposer sur une idée-mère, un principe ou un fait quelconque ;

2° Grouper dans ses cadres, sans effort, toutes les maladies qu'elle est destinée à embrasser.

Sous ce rapport il n'existe pas encore aujourd'hui une classification des maladies de la peau qui remplisse ces deux conditions. Mais celles que nous possédons peuvent-elles, à quelques exceptions près, répondre à ces exigences. C'est ce que nous allons examiner.

Les classifications sont de date récente. Jusqu'à Plenck, qui publia en 1776 son traité intitulé *Doctrina de morbis cutaneis*, on avait décrit les affections cutanées sans ordre, sans méthode, ou à l'instar de Lorry, on les avait envisagées surtout d'une manière générale.

Plenck eut donc le premier l'idée de rapprocher les maladies d'après les analogies qui existaient entre *leurs formes élémentaires*; et c'est à tort, suivant nous, que l'on attribue à Willan la classification plus particulièrement accréditée aujourd'hui. Plenck a eu le seul tort de multiplier ses classes de maladies, en regardant comme élémentaires des formes d'affections qui n'étaient que secondaires; en sorte qu'il a reproduit dans deux classes différentes les mêmes maladies cutanées. Mais l'idée mère de la classification lui appartient tout à fait, et il suffit de rapprocher ses divisions de celles de Willan, qui publia sa classification en 1798, c'est-à-dire, vingt-deux ans après la première, et deux ans après la dernière édition de l'ouvrage de Plenck, pour voir qu'il y a identité parfaite. Les divisions de Willan se retrouvent dans les classes de Plenck, à part celle des exanthèmes; c'est donc la même idée-mère, c'est la même classification, moins complète d'une part, mais plus exacte de l'autre.

Loin de nous la pensée de porter la moindre atteinte au mérite de l'auteur anglais : nous ne voulons que rendre à Plenck ce qui lui appartient. L'idée-mère d'une classification est une découverte trop importante pour qu'elle ne reste pas à toujours à son auteur.

En 1810 parut la classification d'Alibert (*Précis historique et pratique sur les maladies de la peau*, 2 volumes in-8°). Une autre pensée avait dirigé cet admirable nosographe, c'était de grouper par catégories ou familles les maladies qui avaient entre elles quelque analogie.

En effet, si l'on envisage les maladies sous leur point de vue le plus important, l'*ars sanandi*, on est conduit à recueillir cette *idée dominante*. La catégorie des *teignes* groupe entre elles les maladies du cuir chevelu, qui ne se montrent guère que dans l'enfance et dans la jeunesse, et qui exigent un traitement, une conduite médicale toute spéciale. Ici il ne s'agit pas seulement de guérir, il faut guérir sans compromettre la santé générale de l'enfant; la plupart de ces teignes sont, il est vrai, des affections cutanées tout à fait semblables à celles qui peuvent se montrer sur le corps de l'adulte, et en cela Alibert diffère de Willan, puisqu'il est obligé de les décrire deux fois. Mais qu'il est bien plus médical de retracer dans un même tableau toutes les variétés de teignes! A combien de considérations pratiques ne peuvent-elles pas conduire?

Nous en dirons autant des *syphilides*, des *scrofules*, des *kéloïdes*, où la cause première de l'affection, quelle qu'en soit la forme, doit toujours être présente au médecin durant tout le cours de la maladie. Ici variété de forme, mais analogie de cause, de nature, de traitement.

Malheureusement c'est là seulement tout ce qu'il y a de vrai dans la réalisation de la pensée d'Alibert. Chaque autre groupe de sa division ne comporte plus qu'une seule maladie avec ses variétés; tels sont les groupes : *pliques*, *éphélides*, *lèpres*, *icthyose*, *psorides*, et quant au groupe *dartres*, il a le défaut tout opposé. Sous une dénomination vulgaire, Alibert a rassemblé une foule de maladies dissemblables qui toutes peuvent reconnaître des causes différentes, se présenter sous des formes variées, se modifier en raison du tempérament et de la constitution du sujet, et exiger une médication appropriée à toutes ces circonstances.

Convenons cependant qu'Alibert a rendu un immense service en créant cette classification imparfaite; et pour l'apprécier, reportons nous à une époque où la classification de Plenck était inconnue en France, et où l'histoire des dartres était presque tout entière à faire.

C'est en vue de la même pensée, qu'en 1832 Alibert créa sa nouvelle classification, *son arbre des dermatoses.* Elle n'est, à proprement parler, qu'une extension de la première, quant aux groupes principaux; toutefois ces groupes sont mieux dessinés. Alibert les a multipliés en y comprenant plus de maladies, telles que les *dermatoses exanthémateuses et hétéromorphes*, et cependant il a fait disparaître une partie des groupes qui n'étaient que des genres, puisqu'ils ne comprenaient qu'une maladie et ses variétés. Nous pensons faire plaisir aux lecteurs en donnant ici cette classification d'Alibert, en y joignant toutefois les synonymes modernes.

Dermatoses : 1° *eczémateuses* : érythème, érysipèle, pemphix (pemphigus), zoster, phlyzacia (ecthyma), anidosis (urticaire), épinyctide (sorte de lichen de nuit), olophlyctide (herpès phlycténoïde), ophlyctide (apthe fébrile), pyrophlyctide (pustule maligne), furoncle et charbon; 2° *exanthémateuses* : variole, vaccine, clavelée (petite vérole des moutons). varicelle, nirle (exanthème papuleux lenticulaire succédant souvent à la rougeole), roséole, rougeole, scarlatine, miliaire; 3° *teigneuses* : acher (teigne muqueuse), tricoma (plique polonaise), horrigine (pityriasis, eczéma chronique, porrigo decalvans), favus; 4° *dartreuses* : herpès, varus (acné), mélitagre, esthiomène (lupus exedens); 5° *cancéreuses* : carcinome, kéloïde (excroissance cancéreuse); 6° *lépreuses* : leuce (lèpre des Hébreux), spiloplaxie (mal mort des arabistes), radesygre (lèpre du nord), éléphantiasis; 7° *véroleuses* : syphilides, mycosis (pian et frambœsia); 8° *strumeuses* : scrofule, farcin; 9° *scabieuses* : prurigo, gale; 10° *hémateuses* : pétéchies, péliose (purpura); 11° *dyschromateuse* : panne (taches de rousseur, pityriasis versicolor, nigra), achromie; 12° *hétéromorphes* : verrues, dermatolysie (cutis lapsus), onygose (tourniole), nævе (nævus maternus), tylose (cors aux pieds), ichthyose.

Les auteurs qui ont écrit après Alibert lui ont presque tous adressé le reproche d'avoir fait une classification nouvelle inférieure à la première. Ce reproche ne nous paraît pas fondé, et nous pensons que si Alibert n'a pas été heureux dans son innovation, ce n'est que sous le rapport de la forme, et non pas quant au fond.

Son premier tort, c'est d'avoir mis une certaine prétention à rattacher à un arbre des branches qui n'ont pas de tronc, et de s'être ainsi rendu ridicule aux yeux de tous. Qu'est-ce en effet que le tronc de l'arbre des dermatoses? C'est, dit-il, la peau. Mais la peau ne saurait faire partie d'une classification.

Un second tort, c'est d'avoir été chercher des dénominations inusitées pour créer des genres, et d'avoir formé bon nombre de mots nouveaux en satisfaisant pour ainsi dire à cette fureur de nomenclatures basées sur des étymologies grecques, qui a pris naissance dans l'école de Chaussier, et qui a fait des progrès si rapides et si funestes de nos jours. Il semble qu'on ait fait faire un pas à la science quand on a créé un nom qui exprime une idée, comme si l'on ignorait que les meilleures dénominations sont les plus insignifiantes, en ce qu'elles ne peuvent jamais entraîner avec elles d'idées fausses et qu'elles ne sont pas sujettes à changement quand la matière qu'elles expriment vient à être mieux connue.

Rendons plus de justice à Alibert à l'égard de sa classification, la forme à part. Alibert a suivi l'idée première qui l'avait dirigé, celle de grouper autant que possible les maladies analogues.

Or, l'analogie peut dériver de plusieurs sources : ou c'est une analogie de formes quant aux apparences morbides, ou c'est une analogie de causes, ou une analogie d'invasion, ou une analogie de traitement, circonstances qui peuvent conduire à des indications thérapeutiques importantes.

Ainsi, dans le groupe des érythèmes, il y a des affections disparates quant à la forme, puisque l'érythème, simple rougeur de la peau, se trouve placé à côté de l'olophlyctide (herpès phlycténoïde), maladie essentiellement vésiculeuse, et auprès du physacia (ecthyma) qui est une maladie pustuleuse. Néanmoins, il faut convenir que toutes les affections comprises dans ce groupe ont des conditions communes qui justifient le rapprochement de ces divers états morbides. Presque toutes ces maladies, en effet, sont précédées ou accompagnées de phénomènes généraux ; elles apparaissent à l'état aigu ; elles présentent de la rougeur, de la chaleur, et s'accompagnent d'une sensation qui va jusqu'à la douleur ; elles parcourent leurs périodes dans un espace de temps assez court ; elles passent rarement à l'état chronique; elles se terminent le plus souvent par résolution, et le traitement antiphlogistique leur est commun.

Toutes ces conditions de rapprochement se trouvent encore mieux dessinées dans le groupe des exanthèmes.

Si les diverses sortes de teignes ont des formes différentes, si les moyens thérapeutiques qu'elles réclament sont variés, il est quelques rapprochements à faire entre elles qui peuvent justifier leur réunion dans le groupe des dermatoses teigneuses. Elles affectent presque toujours l'enfance et la jeunesse ; elles sont souvent liées à l'état général de la santé ; cette liaison est souvent si intime que la santé de l'enfant s'altère du moment que l'affection teigneuse diminue d'intensité ou se supprime, et tandis qu'on enlèvera impunément la même affection dartreuse siégeant partout ailleurs, on pourra compromettre les jours d'un enfant en procédant ainsi pour certaines teignes. De là des préceptes généraux de traitement qui sont communs à toutes ces affections.

Les mêmes analogies existent pour les groupes des dermatoses *cancéreuses*, *véroleuses*, *strumeuses*, *hémateuses*, *scabieuses*, *dyschromateuses* et *lépreuses*. Restent donc deux groupes auxquels on ne peut appliquer les mêmes idées : les dermatoses *dartreuses* et les *hétéromorphes.* Mais la dernière dénomination indique déjà un assemblage de maladies de formes et d'espèces différentes qui n'ont pu être classées, et nous ne voyons réellement que le groupe des *dartres* qui ait été malheureusement conservé.

Je sais bien que cette classification ne conduit pas au diagnostic comme celle de Willan, et c'est là surtout ce qui l'a fait repousser par les nosologistes modernes ; mais au moins elle conduit à la thérapeutique. Que l'esprit de l'élève soit satisfait quand il a reconnu un râle sous-crépitant ou un bruit de souffle au premier temps, cela est fort bien. Qu'un professeur voie même avec plaisir un élève établir un diagnostic, nous en reconnaissons les avantages et même la nécessité. Mais cela n'est pas tout en médecine, et tel médecin est quelquefois fort embarrassé d'appliquer un remède à un mal qu'il a parfaitement reconnu. Nous irons même plus loin, et nous dirons qu'après avoir porté un diagnostic assuré, nous en sommes souvent réduit à faire la médecine des symptômes, la médecine de l'état général du malade, et certes ce n'est pas souvent la plus mauvaise.

Concluons donc de tout ce qui précède, que si nous mettons la classification de Blenck, dite de Willan, en regard de celle d'Alibert, nous rendrons justice à l'une et à l'autre, en disant : que la première est utile pour apprendre à reconnaître les maladies; que la seconde est nécessaire pour apprendre à les traiter.

Depuis Alibert, MM. Cazenave et Schedel, Gibert et Rayer se sont rattachés à la méthode de Willan que Biett avait propagée en France.

M. Rayer ne l'a prise toutefois que d'une manière secondaire, et en tant qu'elle s'appliquait aux maladies de la peau qu'elle peut embrasser; car ce savant écrivain a adopté un cadre beaucoup plus vaste. Il a divisé en quatre classes les maladies de la peau :

1° Celles qui sont propres à ce tissu ;

2° Celles qui appartiennent à ses dépendances ;

3° L'étude des corps étrangers qui peuvent s'y développer ;

4° Les maladies primitivement étrangères à la peau, mais qui lui impriment parfois des altérations toutes spéciales.

Dans la première section de la première classe, se trouvent les inflammations : A. *A une seule forme élémentaire :* ce sont les affections *exanthémateuses*, *bulleuses*, *vésiculeuses*, *pustuleuses*, *furonculeuses*, *gangréneuses*, *papuleuses*, *squammeuses*, *tuberculeuses.* B. *A plusieurs formes élémentaires :* ce sont les *brûlures*, les *engelures* et les *syphilides*.

Dans la deuxième section, se trouvent les sécrétions morbides comprenant les *éphidroses*, *concrétions cutanées*, *tannes* et *tumeurs folliculeuses.*

Dans la troisième section, les *congestions hémorrhagiques : cyanose*, *lechynien*, *purpura*, *vibices*, *pétéchies*, *dermatorrhée.*

Dans la quatrième section, l'*anémie* de la peau.

Dans la cinquième, les *névroses.*

Dans la sixième, les *vices de conformation :* 1° du *derme* comprenant l'*hypertrophie*, l'*atrophie*, les *nævus*, les *kéloïdes;* 2° du *pigment : décoloration*, *nævi pigmentaires*, *éphélides*, *chloasma*, *lentigo*, *meladermie*, *ictère*, *teinte du nitrate d'argent ;* 3° de l'*epiderme : icthyose*, *appendices cornés*, *cors.*

La deuxième classe comprend les *altérations des ongles* et *celles des poils.*

La troisième classe : les *corps étrangers inanimés* et les *corps étrangers animés.*

Nous émettrons notre opinion sur la classification de M. Rayer avec la même franchise que nous l'avons fait pour les classifications précédentes. Ce savant médecin nous saurait mauvais gré d'en agir autrement.

Cette classification est un grand cadre dont les divisions sont larges et bien dessinées ; il a permis à son auteur d'embrasser toutes les affections qui peuvent atteindre la peau ; mais dans les maladies désignées sous le nom d'inflammations, il en est qui ne sont pas inflammatoires : le favus est rangé dans la catégorie des pustules, et n'est pas pustuleux. L'élé-

phantiasis des Grecs est-il inflammatoire? En distinguant les inflammations en celles à une seule forme élémentaire et à plusieurs formes élémentaires, M. Rayer n'a pas pu être exact. En effet, la gale est tantôt vésiculeuse, tantôt papuleuse, tantôt vésiculeuse et papuleuse à la fois, et, dans ces trois cas, la forme étant différente, elle devait être rangée dans plusieurs divisions. Le sycosis peut être pustuleux ou tuberculeux. Le lupus n'est pas toujours tuberculeux : tel est le lupus exedens. L'ictère, les éphélides ne sauraient être considérés comme des vices de conformation du pigment de la peau. Il en est de même de l'achromie ou de la décoloration, qui n'est pas toujours congéniale. L'icthyose est une maladie, et non pas un vice de conformation de l'épiderme; les pityriasis versicolor et nigra ne sauraient, dans la plupart des cas, être considérées comme des affections squammeuses.

C'est qu'il est extrêmement difficile de créer une classification à l'abri de tout reproche. M. Rayer nous semble d'ailleurs avoir établi la sienne pour une exposition méthodique de son excellent ouvrage sur les affections cutanées, et nous devons dire que ce cadre est très généralement heureux.

Nous arrivons maintenant à une classication de date plus récente, c'est celle qu'a adoptée M. Baumès de Lyon, dans sa *Nouvelle Dermatologie*, publiée en 1842.

Partant de ce principe que, quelle que soit la forme sous laquelle se présente une affection dartreuse, elle résulte de l'exercice irrégulier des forces vitales que l'on ne saurait rattacher qu'à une force ou cause première inconnue que l'on chercherait en vain, il appelle cette inconnue *fluxion*, sans y attacher ni le sens que l'on donne ordinairement à ce mot, ni aucune signification quelconque. C'est l'*x* de la dartre, sous quelque forme qu'elle se présente. Mais ce qu'il importe au médecin, dit-il, de connaître pour opérer la guérison de la dartre, c'est d'arriver à déterminer quelle est la cause externe ou interne, quelle est la condition morbide interne ou externe qui a pu faire naître cette fluxion. Une fois connue, on l'attaque, on la détruit; ce qui n'empêche pas d'agir sur la maladie locale qui s'est perpétuée à la peau pendant un certain temps et qui y a fait en quelque sorte élection de domicile.

Ceci posé, M. Baumès établit des catégories : 1° *fluxion par cause externe*; 2° *fluxion réfléchie* ou répétition audehors d'un travail morbide qui existe déjà sur un organe interne; 3° *fluxion déplacée* ou transport à la peau d'une maladie d'un organe interne ou fluxion critique; 4° *fluxion excentrique* ou succédant à une cause ou à une série de causes qui portent leur influence sur l'économie en général en introduisant par les fonctions respiratoires et digestives des principes qui amènent une perturbation dans les fonctions régulières de tous les organes; 5° *fluxion par diathèse* ou consécutive à la cause scrofuleuse, cancéreuse, syphilitique, scorbutique; 6° *fluxion idiopathique* ou développée dans le tissu de la peau sans cause connue, par suite d'un principe né de l'hérédité et par cela même de la condition organique de la peau; 7° *fluxion complexe* ou résultant de la combinaison de plusieurs causes réunies.

Il applique maintenant ces divers modes de maladies cutanées à chaque maladie en particulier, et pour exposer ces maladies il adopte à peu de chose près la classification germanico-anglaise; il décrit successivement les éruptions *érythémateuses*, *vésiculeuses* ou puro-vésiculeuses, *papuleuses*, *tuberculeuses* ou squammeuses.

Puis viennent les éruptions se rapportant à la fois à plusieurs des ordres précédents; puis les *macules*, les *excroissances*, les *maladies des dependances de la peau*; enfin les maladies cutanées par *fluxion diathétique*.

On voit, en résumé, que M. Baumès a emprunté aux classifications de Willan, d'Alibert, de Rayer ses principales divisions, qui sont au nombre de douze, et qu'il s'est attaché à envisager ces maladies sous un point de vue pouvant conduire à des applications thérapeutiques plus positives. Ce qu'il a fait de plus spécial, c'est d'appeler l'attention des médecins sur la nécessité de s'attacher à la recherche de l'origine des affections dartreuses pour les mieux traiter ensuite. Malheureusement l'application n'a pas souvent des résultats aussi satisfaisants que pourrait le donner à penser une exposition aussi simple en apparence, et trop souvent le médecin suivra en vain les préceptes de M. Baumès. Ceci soit dit sans que nous en inférions qu'il ne faut pas les adopter. Tout médecin éclairé s'attache à rechercher la cause du mal, de tout temps il l'a fait et le fait journellement.

Telles sont les principales classifications adoptées jusqu'à ce jour par les dermatologistes en tant qu'elles offrent réellement les caractères qui peuvent leur faire donner le nom de classifications. Si nous nous résumons à cet égard, nous trouverons qu'elles ont été faites soit en vue du diagnostic, soit sous le point de vue thérapeutique des maladies de la peau; elles ont toutes leur côté avantageux et utile. Aux personnes qui veulent apprendre à reconnaître une maladie de peau, nous dirons : Attachez-vous à la classification germanico-anglaise de Plenck et Willan, adoptée avec quelques légères modifications par M. Baumès, Cazenave et Schedel, Gibert et Rayer; à celles qui voudraient grouper entre elles les maladies cutanées dans le but d'applications thérapeutiques générales pour chaque groupe : Adoptez la dernière classification d'Alibert.

Toutes ces classifications pèchent par les deux conditions exigibles pour toute classification : 1° l'idée-mère à laquelle viennent se rattacher toutes les divisions, genres, espèces et variétés; 2° l'impossibilité de rapporter à chacun de ces groupes bon nombre de maladies, sous ce rapport le reproche peut être généralement appliqué. Ainsi tous les auteurs ont négligé les formes mixtes sous lesquelles peuvent se présenter les maladies de la peau. Ces formes mixtes sont tout aussi primitives que les vésiculeuses, bulleuses, squammeuses, etc.; c'est une lacune que nous essaierons plus tard de remplir.

Quant à présent, comme ces notions s'adressent à des personnes pour la plupart étrangères à l'étude des maladies de la peau, il nous suffit de cet examen critique et consciencieux. Certes il est facile de porter atteinte à un édifice, sans en mettre un autre à la place de celui dont on fait connaître les défauts. Aussi, nous n'attachons pas à cet examen plus d'importance qu'il n'en mérite; mais c'est, suivant nous, rendre un service à la science et aux élèves, que de montrer le côté faible d'une question aussi importante; car en fait d'enseignement et de pratique médicale, ce qu'il faut, en premier lieu, ce sont des jalons bien fixes, des idées nettes, précises sur la matière morbide, afin d'imprimer à l'esprit une bonne direction et de bonnes vues thérapeutiques; et c'est arrêter le progrès dans les sciences que de présenter sans contrôle ce qui a été fait et sanctionné par quelques praticiens. Toutefois, si nous ne vous présentons pas une classification nouvelle, nous allons vous donner une méthode de diagnostic qui nous paraît devoir vous conduire plus facilement à la connaissance des maladies cutanées.

MÉTHODE POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC DES MALADIES CUTANÉES LES PLUS COMMUNES.

Maladies sécrétantes.

Sérosité : Eczéma, pityriasis rubra aigu, eczéma lichénoïde, herpès phlycténoïde, gale séreuse, pemphigus, intertrigo sécrétant.
Sérosité purulente : Eczéma impétiginodes.
Sérosité purulente et sanieuse : Rupia, ecthyma cacheticum.
Pus : Impétigo, acné purulent, gale purulente, ecthyma, sycosis pustuleux.
Matière grasse : Acné sebacea, acné punctata.

Maladies non sécrétantes.

Rougeur fugace : Erythème, urticaire, roséole, intertrigo non sécrétant, couperose érythémateuse.
Rougeur persistante : Purpura, scorbut.
Rougeur avec état papuleux : Lichen aigu, strophulus.
Rougeur arrondie avec furfures : Herpès circiné, herpès nummulaire.
Rougeur diffuse avec furfures : Pityriasis rubra.
Rougeur avec épaississement de la peau et squammes : Psoriasis, lepra vulgaris.
Squammes sans rougeur : Icthyose.
Papules sans rougeur : Lichen chronique, prurigo.
Tubercules : Sycosis tuberculeux, lupus.
Colorations vertes ou brune : Pityriasis versicolor nigra.
Productions végétales : Favus, herpès tonsurant, porrigo decalvans.
Productions animales : Pediculus, pulex, acarus.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphylorophie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur.

(Première leçon.)

A propos de l'autoplastie, j'aurais à entrer dans des détails très longs, soit parce que le hasard a voulu que je prisse une part assez active dans cette matière, soit aussi parce que le sujet par lui-même est très fécond et digne du plus grand intérêt; et enfin parce que je crois qu'il n'a pas encore été traité avec tous les développements pratiques dont il est susceptible. D'un autre côté le temps nous presse, et je ne pourrais que toucher les points principaux, en essayant, autant qu'il est en moi, de vous dire en peu de mots beaucoup de choses.

Sans doute ce n'est pas de nos jours qu'est née l'heureuse pensée de reconstituer en totalité ou en partie les organes plus ou moins détruits; cette belle branche de notre art date d'une époque bien éloignée pour ce qui est de son origine; mais à aucune époque elle n'a été si perfectionnée et poussée si loin que dans ces derniers vingt cinq ans. Non-seulement les chirurgiens modernes ont perfectionné les procédés autoplastiques anciens, mais ils en ont inventé de nouveaux. Il faut en convenir, ce en quoi la chirurgie moderne s'est montrée brillante, c'est dans la reconstitution des organes qui, par une cause quelconque, viennent à manquer, en empruntant des lambeaux de tissu aux régions voisines, et en les plaçant sur les points où doivent exister les organes.

C'est à ces opérations très variées et multiples qu'on a appliqué dernièrement le mot d'autoplastie, en général, ou d'anaplastie. Pourtant, pour être plus exact, il y aurait une distinction à faire. Ou l'emprunt se fait sur des parties appartenant à l'individu qu'on opère, et dans des points peu éloignés du lieu où se pratique la restauration, et on appellera cela *autoplastie* proprement dite, ou *anaplastie*; ou l'emprunt est fait à des parties appartenant à un autre animal, ou sur l'individu lui-même, mais dans une région très éloignée de celle sur laquelle on doit agir, et on nommera cela plus précisément *étéroplastie*.

Nous nous sommes habitués à employer le mot autoplastie pour désigner toutes les opérations tendant, soit à fermer des ouvertures anormales, soit à réunir simplement des parties qui se trouvent accidentellement séparées, soit à reconstituer entièrement des organes. Ainsi, qu'on forme un nez ou une paupière détruits par une cause quelconque, qu'on réunisse le voile du palais ou une lèvre divisée, ce sera toujours une opération autoplastique. Ceci étant, il s'ensuit qu'il faut distinguer plusieurs espèces de ces opérations elles mêmes, en les désignant par des noms appropriés.

Avant d'entrer dans cette énumération, permettez-moi de vous dire que toute opération autoplastique serait inexécutable sans l'emploi de la suture; ce moyen est de la dernière nécessité; sans lui, pas d'autoplastie possible. D'après cela, il vous sera facile de concevoir combien était irrationnelle l'aversion qu'avaient contre la suture en général certains chirurgiens d'un grand mérite du siècle dernier, et entre autres le célèbre Louis, qui la repoussait même pour l'opération du bec-de-lièvre, où elle donne, comme vous savez, de si beaux résultats. Cette prévention était vraiment injuste. Que diraient-ils s'ils nous voyaient employer ce moyen de réunion si fréquemment? Que dis-je; il est même heureux, pour les résultats de nos différentes opérations, que nous ayons à notre disposition plusieurs espèces de sutures. Ainsi, la suture entortillée, pratiquée par des épingles et du fil, est très commode dans certaines circonstances; les parties qu'on réunit par elles ne sont pas exposées à être coupées comme lorsqu'on les réunit par du fil simple; c'est elle qu'on emploie si heureusement dans l'opération du bec-de lièvre; pourtant elle n'est pas applicable à certains cas où la suture simple convient mieux, comme, par exemple, la staphyloraphie. En outre, il y a des cas où ces sutures ne suffisent pas non plus, et il faut avoir à sa disposition des moyens de réunion plus solides et qui agissent énergiquement sur les parties profondes sans les exposer; telle est la suture entortillée, qu'on emploie généralement dans la périnéoraphie et dans la réunion des plaies de l'abdomen.

J'ai eu, je peux m'en flatter, le premier l'idée d'appliquer à la réunion du périnée cette espèce de suture, après avoir vu que tous les autres moyens employés avant moi dans ce but avaient échoué.

Vous comprenez donc de ce peu de mots quelle utilité a dû apporter la suture avec toutes ses espèces dans les opérations chirurgicales en général, et particulièrement dans les opérations d'autoplastie, qui, sans elle, je le répète, seraient absolument impossibles.

Le champ de l'autoplastie s'étant étendu dans ces derniers temps, comme vous venez de voir, il a fallu nécessairement imaginer des procédés différents applicables aux circonstances. Voici ces différents procédés : On distingue : 1° Une autoplastie dite par simple rapprochement des parties, qui, étant très mobiles et élastiques, peuvent facilement se rapprocher et être maintenues réunies; tel est le procédé autoplastique à l'aide duquel on opère le bec-de-lièvre, on réunit le voile du palais, le périnée, etc. Ici les parties sont organisées de manière à se réunir très facilement lorsqu'on les met en contact par le genre de suture qui leur convient; et l'on est fort étonné que M. Dieffenbach, cet habile chirurgien, qui a beaucoup fait pour l'autoplastie, ait cru nécessaire de proposer des incisions longitudinales sur les côtés de la suture elle-même dans les opérations de la staphyloraphie et de la périnéoraphie. Nous les croyons parfaitement inutiles dans l'immense majorité des cas.

2° Autoplastie par extension forcée des parties Il y a des cas où il ne suffit pas de tirer les parties séparées l'une vers l'autre, pour qu'elles se rapprochent; il faut exercer sur elles un certain tiraillement, et les maintenir dans cet état le temps nécessaire, sans cela la réunion n'aurait pas lieu; c'est ainsi, par exemple, que dans le cas de bec-de-lièvre double avec tubercule moyen, si on veut réunir les deux parties de la lèvre par une seule suture en faisant disparaître le tubercule, on n'y parviendra pas sans exercer sur les parties mêmes une extension plus ou moins forte. C'est là le procédé autoplastique dont nous parlons.

3° Il y a des cas où, indépendamment de l'extension forcée des parties, il est nécessaire de faire des incisions latérales, des dissections plus ou moins étendues sur leur face profonde, comme il arrive dans les cas de division de voile du palais avec écartement des os palatins, où la staphyloraphie simple et ordinaire ne suffirait pas; et il faut y joindre de chaque côté de la suture des incisions qui permettent de rapprocher les parties. De même, dans le cas de cancer de la lèvre inférieure d'une certaine étendue, dont l'enlèvement amènerait une perte de substance considérable à la lèvre, il faut détacher celle-ci de la mâchoire inférieure, où elle adhère, et alors elle peut s'allonger, prêter à une réunion convenable. C'est ici qu'entreraient avec avantage les incisions proposées par M. Dieffenbach. Ceci constitue un troisième procédé autoplastique.

4° Autoplastie par la formation de bourgeons charnus et d'un tissu nouveau. Vous savez que sur une plaie quelconque, principalement celles qui se réunissent par seconde intention, il se développe des granulations, des espèces de bourgeons qu'on appelle improprement charnus, et qui, se réunissant et s'organisant, forment peu à peu ce qu'on appelle le tissu inodulaire et cicatriciel des plaies. Ce tissu, qui, avec le temps, devient très dur et peu extensible, est pourtant capable d'un grand allongement quand il est soumis encore jeune à l'action de causes mécaniques. Il y a encore des chirurgiens qui ont mis cette propriété du tissu inodulaire à profit pour parvenir à réparer certaines parties. Cette idée, quoique bonne, fut exagérée par la personne qui la conçut le premier, et qui est un chirurgien américain. Dans un ouvrage récent d'un autre chirurgien de cette nation, j'ai trouvé un procédé de staphyloraphie fondé sur ce principe, et qui paraît avoir produit un bon résultat. Voici le cas suivi de succès. Un homme portait à la voûte palatine une ouverture assez considérable. Le chirurgien détacha d'un côté de l'ouverture les tissus mous par une incision semi-ovalaire pratiquée sur ceux-ci à une certaine distance de l'ouverture même, et attendit que des bourgeons charnus et un tissu de nouvelle formation se fussent développés dans l'intervalle, alors la même opération fut faite de l'autre côté. Lorsque ce tissu nouveau fut bien développé tout autour de l'ouverture à boucher, il essaya de rapprocher les bords des parties molles, ce qui fut très facile à l'aide d'une légère traction; il maintint ces bords réunis par quelques points de suture, et la réunion s'opéra parfaitement au bout du temps convenable. Le trou du palais resta ainsi complétement bouché. C'est là, certes, un beau succès, qu'on pourra utiliser dans certaines circonstances; mais encore une fois, il faudra se garder d'en exagérer les applications.

5° Autoplastie par dédoublement des parties. Dans certaines régions, les tissus sont susceptibles d'être dédoublés, et par là réduits à une étendue plus grande qu'à l'état normal.

Il m'est arrivé de l'appliquer une fois, il y a vingt ans, sur une jeune fille chez qui un cancer avait détruit le nez, la lèvre supérieure et une grande partie de la joue, et sur laquelle j'ai pratiqué plusieurs opérations autoplastiques diverses. Après avoir réparé dans la plus grande partie cette hideuse difformité, il me restait une ouverture à fermer dans la joue; l'idée me vint de dédoubler la joue même, mais cette tentative échoua. J'y parvins par un autre moyen, comme peut-être aurais-je l'occasion de vous dire plus tard; retenez seulement que ce procédé par dédoublement peut être employé utilement dans certaines circonstances particulières.

6° Autoplastie par emprunt. C'est ici l'autoplastie véritable dans toute sa pureté. Vous saurez probablement que cette autoplastie porte trois noms différents, selon la nation chez laquelle la méthode a pris naissance; ainsi il y a la méthode indienne, l'italienne et la française. Il est bien étonnant qu'une semblable méthode ait pu prendre naissance chez des peuples à demi barbares, où la lumière des sciences n'avait presque pas pénétré; et pourtant c'est un fait que, dans ces pays sauvages, on était arrivé à réparer, à reconstituer le nez, partie qui, comme vous savez, par un usage vraiment barbare, était souvent retranchée dans ces contrées. Cette méthode consiste à tailler un lambeau convenable sur la peau du front, et en le faisant pivoter sur lui-même, le rabattre sur les os du nez pour reconstituer cet organe. C'est ainsi qu'on procède encore actuellement dans cette opération autoplastique qu'on appelle rhinoplastie. Ce qu'on fait au nez, on peut le faire pour d'autres parties. Donc cette méthode consiste à emprunter aux parties voisines un lambeau approprié au besoin, et à en faire l'application sur le lieu qui est le siége de la partie à restaurer.

La méthode italienne consiste à prendre le lambeau sur un point du corps éloigné de celui où on veut faire l'autoplastie, et l'appliquer sur celui-ci, afin qu'il s'y greffe, en le séparant après de la partie qui l'a fourni. Tagliacozzi, chirurgien de Bologne, l'employait pour la reconstitution du nez, en empruntant le lambeau à la peau d'un des bras. Il a réussi au point qu'en a représenté ce praticien avec un nez à la main. Cette méthode pourtant est due à un autre chirurgien du même pays qui a écrit un petit ouvrage sur ce sujet, c'est Branca.

J'eus aussi, moi, l'idée de l'employer sur la jeune fille dont je vous parlais tout à l'heure pour fermer l'occlusion de la joue; je voulus emprunter un lambeau à la main, mais malheureusement la jeune personne ayant fait des mouvements, l'opération ne réussit pas, et j'ai dû aviser à un autre moyen.

Enfin, la méthode française est l'autaplastie par glissement, en portant les lambeanx qu'on a empruntés d'un point sur l'autre sans torsion du pédicule. Cette méthode, on peut dire, était déjà connue dans la science, avant qu'on pensât à l'appliquer à l'autoplastie. Ainsi déjà Chopart dans un cas de perte de substance produite sur la peau du menton par l'enlèvement d'un vaste cancer de la lèvre inférieure, pour restaurer cette partie avait pensé à détacher un lambeau à la région hyoïdienne et à la faire glisser sur le menton. C'est de là que vient je crois l'idée-mère de cette méthode.

Parmi tous les procédés d'autoplastie énumérés, il y en aurait un dernier qu'on pourrait appeler de reconstitution entière des organes, lorsque, par exemple, on réunirait un doigt ou un nez qui ont été détachés par une cause violente quelconque. Les livres citent des cas de ce genre, et les donnent comme authentiques; quant à moi, je ne prononcerai pas sur leur mérite, ni par conséquent sur la possibilité ou non de cette sorte d'autoplastie. Je me borne à vous la citer pour ne pas commettre une omission.

En mettant de côté tout orgueil national, on peut bien soutenir que les Français ont eu une large part dans le perfectionnement et l'avancement de cette belle branche de la chirurgie moderne. Ce mouvement date surtout de 1814, lorsqu'un chirurgien anglais voulut faire revivre la rhinoplastie, ou reconstitution du nez. Ce fut là, pour ainsi dire, le point de départ du progrès, et, chose singulière, la rhinoplastie resta à peu près telle qu'elle était à cette époque, pendant que toutes les autres espèces ou formes d'autoplastie se perfectionnèrent d'une manière étonnante. Il faut pourtant rendre justice aussi aux autres nations, qui contribuèrent toutes, les unes plus, les autres moins, à cette grande œuvre : ainsi les Anglais, les Américains, les Italiens, les Allemands principalement, dont les illustres chirurgiens Græfe et Deiffenbach firent en cette matière de si belles choses; il y eut même les Espagnols, nation très intelligente, mais qui jusqu'à ces derniers temps resta dans sa paresse et étrangère au mouvement statistique, qui payèrent leur tribut à la science sous ce rapport, car un de leur compatriote, M. Hera, professeur de chirurgie à Madrid, publia tout récemment une bonne monographie sur la blépharoplastie, ou restauration des paupières.

Il nous reste maintenant, pour terminer ces généralités, à dire quelques mots sur les règles à suivre dans les procédés mêmes d'autoplastie que nous avons exposés; c'est ce que nous ferons dans la prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet. — Présidence de CAVENTOU.

M. Ferrus revient sur ce qui a été dit relativement à la manière dont Corvisart pratiquait les autopsies. J'ai suivi, dit-il, la clinique de ce médecin en 1798, et si dans toutes ses autopsies il n'ouvrait pas le canal intestinal, j'assure que cette ouverture était faite dans toutes celles dont les sujets avaient présenté quelques symptômes du côté des voies digestives.

— *M. Dupuy* lit un travail intitulé : *Mon dernier mot sur les épizooties*. Dans ce travail, l'honorable membre s'attache à prouver tout le danger qu'il y a de livrer à la consommation la viande des animaux malades, et il s'élève contre le procédé de l'assommement des animaux pour arrêter les progrès des épizooties. Ce n'est pas là, dit-il, de la thérapeutique, ou plutôt c'est de la thérapeutique assomante.

M. Londe dit quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. Renault trouve que M. Dupuy a parlé avec trop de dédain de l'assommement, que personne n'a jamais considéré comme un moyen thérapeutique, mais comme un excellent préservatif contre les épizooties. Par des exemples pris dans la dernière épizootie de typhus qui a régné en Allemagne, il prouve que partout où l'assommement a été mis en pratique avec sévérité, ces pays ont été préservés de la maladie; là où au contraire la surveillance a été négligée ou mal faite, la maladie a fait d'affreux ravages.

M. Barthélemy parle dans le même sens, et demande si M. Dupuy a d'ailleurs de meilleurs moyens à opposer à ce typhus.

M. Dupuy. Ce n'est pas le typhus, je le prouverai dans un second travail, et j'indiquerai mes moyens, qui sont fort simples.

M. Hamon insiste sur les dangers qu'il y a à livrer à la consommation des viandes gâtées; et il désire que l'Académie ouvre une sorte d'enquête sur ce point.

Cette discussion s'éteint.

— L'Académie reprend la discussion sur le mémoire de M. Gaultier de Claubry, relatif à l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et de la contagion de celle ci.

M. Dubois (d'Amiens) se dirige vers la tribune.

M. Rochoux. Mais, monsieur le président, je suis inscrit avant M. Dubois; je réclame mon tour.

M. Dubois (d'Amiens). Si M. Rochoux voulait me laisser parler avant lui, il pourrait répondre à la fois aux objections qui lui ont été faites et à celles que je me propose de lui adresser; l'ordre de la discussion y gagnerait.

M. Rochoux, qui pendant ce temps s'est approché de la tribune, s'en empare en disant : Je ne sais ce que l'ordre y gagnerait et je sais ce que j'ai à dire; je persiste dans mon droit.

Avant de répondre à M. Gauthier de Claubry, dit-il, je dirai quelques mots à M. Mérat et à M. Castel. Le premier a en partie raison; ma critique de l'anatomie pathologique en France aurait dû s'arrêter à 1804, époque où parut l'ouvrage si remarquable et si peu remarqué de Prost. Mais avant cet ouvrage, je soutiens que nous n'avions, en France, rien d'imprimé de raisonnable sur l'anatomie pathologique des fièvres. M. Castel a dit : Tout est relatif dans ce monde, et la médecine ne fait pas exception. Je dis au contraire : Tout est absolu dans l'univers, en médecine comme en toutes choses. Nous sommes dans cette enceinte en nombre absolu; nous avons chacun dans notre poche un nombre absolu de pièces de monnaie, chacun un nombre absolu d'organes, et chacun de nos organes a un nombre absolu d'atomes.. (Ah! ah!) Le relatif prouve la faiblesse de notre esprit; l'absolu régit l'univers. Ce système, qui n'est que la philosophie d'Epicure (*Une voix:* Nous y voilà!) a les plus grandes conséquences pour la certitude des sciences naturelles, la médecine y comprise; l'opinion de M. Castel ne peut conduire qu'au doute et à la confusion.

M. Rochoux reprend l'argumentation de M. Gauthier de Claubry; et il fait voir qu'il a eu raison de faire des généralités, car par elles on remonte aux principes. Ces généralités, d'ailleurs, reposaient sur trois distinctions importantes établies pour s'opposer à l'identité reconnue par M. Gaultier : la contagion du typhus, la nature de l'éruption, la durée de la maladie.

L'orateur passe ensuite à l'examen des faits patticuliers invoqués par M. Gaultier, auxquels il ne trouve aucune valeur comme preuve de la contagion. Si la fièvre typhoïde est contagieuse, pourquoi ne l'est-elle, par exemple, que sur les élèves en médecine ou en droit de première année? Quelle différence avec le typhus qui attaque indistinctement tous les sujets, comme cela a été vu en 1815. Si la dothineutérie est contagieuse, elle l'est mille fois moins que le typhus; elle est bien différente de la rougeole et de la variole.

A propos de la variole, M. Rochoux dit que c'est une honte d'avoir assimilé les glandules de Brunner aux pustules varioliques. M. Chomel, qui, en critique, ne passe pas pour un casse-cou, a fait voir toute l'inanité de cette doctrine. Elle s'appuie surtout; cette doctrine, sur ce que la dothinentérie, comme la variole, n'attaque qu'une fois les individus. La véritable explication du fait est que l'aptitude à la dothinentérie se perd avec l'âge. Après 40 ou 50 ans, la maladie ne se rencontre plus. Rien d'étonnant donc, qu'il n'y ait pas récidive. Il n'en est pas de même de la variole, qui peut se montrer à tout âge, si on n'a été préservé par la variole antérieure, par la vaccine ou par l'innoculation. La variole, dans ses épidémies, attaque les populations entières; la dothinentérie, à peine un vingtième.

Les faits de détail, les généralités et le raisonnement donnent des conclusions opposées à celles de M. Gaultier de Claubry. La majorité qu'il invoque tourne contre lui. D'ailleurs, Aristote, Sénèque et tous les anciens se moquent de majorité en fait de science. Si M. Gaultier de Claubry a pour lui MM. Bretonneau, Leuret, Gendron, Putegnat, Bricheteau, Hirel de Tancrel, Lombard, Alisson, Patris; dans l'autre camp on trouve MM. Drogart, Geherard, Bischopp, Schateuck, Twedie, Grenet, Montault, Valleix et une petite dissertation lue par M. Rochoux en 1832. Encore un coup, la vérité ne se met pas aux voix; qui la trouve n'est pas tenu de s'enquérir si beaucoup de monde partage son avis.

M. Dubois (d'Amiens) lit un manuscrit dans lequel il s'efforce de prouver les deux propositions suivantes : Le typhus et la fièvre typhoïde sont des maladies identiques : Les faits observés ne sont pas suffisants pour admettre la contagion de la fièvre typhoïde.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 juillet 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Longet adresse la lettre suivante :

Dans la dernière séance, l'Académie a entendu l'un de ses membres (M. Magendie) déclarer que déjà, depuis une quinzaine d'années, M. Pinel-Grandchamp avait donné la démonstration expérimentale des faits consignés dans une note ayant pour titre : « Nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide céphalo-rachidien et à l'influence des muscles cervicaux postérieurs et du ligament sus-épineux sur la locomotion. »

Mais je ferai remarquer que, dans un ouvrage qu'il a publié récemment (1842) et qui résume toutes ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien, l'auteur de cette déclaration ne mentionne aucunement les résultats antérieurs qu'aurait obtenus M. Pinel; que ce dernier, ayant été témoin de mes expériences, m'a affirmé lui-même de la manière la plus formelle n'avoir jamais rien publié sur ce sujet, et avoir, au contraire, partagé jusqu'à présent l'erreur relative à l'influence du liquide cérébro-spinal sur la locomotion.

Si, en 1823, il a vu un cabiai, après la section des parties molles de la nuque chanceler sur ses pattes, M. Pinel m'autorise à déclarer que jamais il n'a songé depuis à reproduire cette expérience, *que jamais il ne l'a publiée*, et que d'ailleurs, à aucune époque, il n'a jamais entendu lui donner la signification que j'ai été amené à lui reconnaître par une série de recherches variées dont j'aurai l'honneur de communiquer les résultats à l'Académie, aussitôt qu'elle voudra bien m'accorder un tour de lecture.

— *M. Guillon* demande qu'on remplace M. Breschet dans la commission chargée d'examiner ses travaux sur les rétrécissements de l'urètre

M. Roux est désigné pour cet objet.

— *M. Laurent* présente un mémoire sur les nouvelles combinaisons naphthaliques, et continue le développement de théories neuves et fécondes; *M. Péligot* un autre sur les chlorures de chrome; *MM. Bussy et Lecanu* un sur la saponification de l'huile de ricin et l'œnanthol, principe que donne cette huile soumise à la distillation; enfin *M. Cloez*, un autre sur l'éther choroformique de l'alcool et sur les produits qui en dérivent, mémoire qui comble une lacune dans l'histoire chimique de l'acide formique.

— *M. Blondlot* pense qu'on doit apporter deux perfectionnements à la méthode de Marsh pour les recherches médico-légales : 1° En faisant la désorganisation des matières animales par l'acide sulfurique, comme le conseillent MM. Flandin et Danger, il ne faudrait pas carboniser jusqu'à avoir un charbon léger et friable, ce qui cause une perte de la matière toxique; il faudrait s'arrêter au moment où les matières ont une consistance pâteuse, reprendre par l'eau et faire passer à travers la liqueur un courant de chlore pour détruire les matières organiques. Cette liqueur serait employée pour agir, avec l'acide sulfurique, sur le zinc. 2° L'appareil de Marsh serait fermé par un tube de Woulf à travers l'une des tubulures duquel passerait un tube portant des lames de zinc enroulées en spirales. Pour ralentir ou accélérer le courant d'hydrogène, on élèverait ou abaisserait ce tube, et la liqueur agirait alors sur une plus ou moins grande surface du zinc.

— Dans une précédente communication sur la tribu américaine des Ioways, M. Jacquinot considérait ces naturels comme offrant tous les caractères de la race américaine proprement dite, et il signalait en outre la grande analogie qui existe entre eux et les Polynésiens, particulièrement les Nouveaux-Zélandais.

A propos de cette communication, M. Serres émit, comme on se le rappelle, une opinion fort différente. « Je reconnais, dit-il, chez les Ioways les caractères anthropologiques des Scandinaves..... Les femmes, au contraire, conserveraient quelques traits de la race mongole. »

M. Jacquinot revient dans une nouvelle communication sur cette question, et se fondant uniquement sur les caractères zoologiques, c'est-à-dire sur les caractères tirés de l'homme physique, de l'extérieur, de la forme et de la proportion des différentes parties du corps, des traits du visage, en un mot sur les caractères naturels, il compare sous ces points de vue les Scandinaves et les Ioways, et signale entre le type scandinave et le type américain-ioways des différences profondément tranchées. Ainsi, tandis que tous les auteurs assignent pour principaux caractères aux Scandinaves d'avoir des cheveux blonds, les yeux bleus, le teint d'une grande blancheur, les pommettes colorées, le visage ovale, et la conformation régulière du crâne des Caucasiens, les Ioways ont les cheveux toujours noirs, lisses, rudes au toucher, les poils et la barbe noirs et rares, les yeux petits, nullement obliques, rendus plus étroits encore par des paupières larges et flasques, et paraissant enfoncés à cause de la saillie des arcades sourcilières; leur nez est long, bosselé ou aquilin, mais élargi à l'extrémité; leur bouche est assez grande, la lèvre inférieure large, la supérieure très arquée; les dents sont belles et blanches, les pommettes larges et proéminentes, la mâchoire inférieure forte et le menton saillant, les mains et les pieds remarquablement petits, la peau basanée, sans changement de couleur aux pommettes; les lèvres et la muqueuse buccale ont une teinte violâtre correspondant à la couleur de la peau; les ongles, le globe de l'œil offrent aussi une couleur légèrement brune, en harmonie avec la teinte générale.

Quant aux femmes, elles présentent le même type de race que les hommes. Seulement elles leur sont physiquement inférieures. Plusieurs voyageurs ont déjà mentionné cette infériorité du sexe féminin chez plusieurs nations sauvages. M. Jacquinot l'a observée lui-même chez les Polynésiens et surtout aux îles Marquises. Enfin l'affinité des Ioways avec la plupart des tribus qui se sont répandues dans les parties méridionales de la grande vallée du Mississipi est un fait depuis longtemps reconnu par tous les voyageurs qui ont visité ces contrées.

Des considérations auxquelles M. Jacquinot se livre ensuite sur l'origine des races américaines, il est conduit à admettre, ce qu'il se propose de démontrer un jour, que le nouveau monde est aussi vieux que l'ancien, que sa population est primitive, qu'elle a subi la plupart des révolutions que l'histoire signale chez les peuples de l'ancien monde.

M. Serres persiste à croire que M. Jacquinot est à cet égard dans une erreur complète. Sa méprise proviendrait, suivant ce savant académicien, de ce que M. Jacquinot se serait uniquement appuyé sur les caractères zoologiques empruntés aux formes extérieures, caractères qui n'ont aucune base déterminée, tandis qu'il aurait entièrement négligé les caractères anthropologiques que fournit l'étude du squelette et des organes internes, les seuls qui puissent conduire à une détermination exacte des races humaines. M. Serres se propose de revenir prochainement sur ce sujet, et de poser les bases sur lesquelles doit reposer l'étude anthropologique.

L'opinion que défend M. Serres a reçu un nouvel appui, dans cette même séance, par la lettre suivante, adressée de Montpellier par M. Auguste Saint-Hilaire, à l'occasion d'une Note sur l'antiquité de la race américaine, insérée dans un des derniers comptes-rendus de l'Académie. Cette Note tendait à infirmer l'opinion émise par M. Serres sur la ressemblance des Botocudes avec les hommes de la race mongolique, opinion que M. de Saint-Hilaire a conçue et émise lui-même il y a un grand nombre d'années. Pendant son séjour en Amérique, en 1807, M. A. Saint-Hilaire a vu une tribu qui vivait depuis plusieurs années parmi les Brésiliens-Portugais; il en vit une autre qui se rapprocha d'eux pour la première fois à cette même époque. Il les étudia avec le plus grand soin. Après une absence de quinze mois, il revint à Rio-Janeiro; on y avait formé une sorte de colonie de Chinois. Il fut frappé de la ressemblance qui existe entre ces hommes et les Indiens en général, surtout les sauvages du Jiquilinhonha. Un peu plus tard, dans le village indien de San Pedro, il trouva quelques Chinois, et il constata de nouveau une ressemblance frappante. La seule différence qu'il ait remarquée c'est que la figure des chinois est plus plate et plus large que celle des Américains indigènes.

Suc gastrique artificiel. — MM. Bernard et Barreswil adressent un troisième mémoire sur les phénomènes chimiques de la digestion. Ce mémoire est relatif au principe actif de la digestion et au suc gastrique artificiel.

Voici les corollaires les plus saillants qui en découlent :

1° L'action digestive spéciale des fluides versés dans le tube digestif se trouve toujours déterminée par la nature de leur réaction; c'est ainsi que le suc gastrique ne dissout les substances azotées qu'en raison de sa réaction acide. Lorsqu'il est rendu alcalin, ce suc est comme la salive et le fluide pancréatique, apte à digérer les matières amylacées.

2° Cette propriété remarquable que partagent ces trois fluides, de transformer l'amidon au sein d'une réaction alcaline et de dissoudre la viande et le gluten dans une réaction acide, dépend uniquement de la présence d'un principe organique, actif, identique dans les trois liquides.

3° Les modifications chimiques que les aliments éprouvent dans le tube gastro-intestinal sont donc déterminés par un principe actif unique, et qui reste toujours le même; seulement il obéit successivement aux réactions acide et alcaline qui lui servent de véhicule pour diriger spécialement son action digestive sur tel ou tel principe alimentaire.

4° Les expériences auxquelles MM. Bernard et Barreswil se sont livrés, tendent encore à démontrer la vérité de ce qu'ils avaient avancé dans leur précédent mémoire, savoir, qu'il n'y a dans le suc gastrique que deux éléments utiles, son principe organique et sa réaction acide. Aujourd'hui nous devons ajouter, disent ils, que la salive et le fluide pancréatique ne possèdent également que deux éléments essentiels, leur principe organique et leur réaction alcaline.

5° L'idée de former du suc gastrique artificiel se présente comme la

conséquence naturelle de toutes les expériences exposées précédemment. En effet, il suffit de se procurer de la matière organique qui agit dans la digestion et d'y ajouter un acide; or, ce principe existe dans les liquides intestinaux alcalins et dans les glandes salivaires et pancréatiques.

L'une des conséquences de ces faits, si l'avenir en démontre toutefois l'exactitude, serait que désormais il ne serait plus nécessaire, pour se procurer du suc gastrique, de pratiquer des fistules stomacales sur des animaux, puisqu'on pourrait produire ce suc en quelque sorte de toutes pièces. Ces expériences n'ont pas de l'intérêt seulement au point de vue physiologique, la médecine pratique pourra peut-être aussi tirer un utile parti du suc gastrique artificiel.

Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagies externes. — *M. Bonjean* (de Chambéry), dont l'Académie a reçu déjà plusieurs communications relatives à l'action physiologique et thérapeutique de l'ergotine, fait connaître dans une nouvelle Note les résultats qu'il a obtenus de l'application de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. Voici quelques unes des expériences qu'il a faites avec le concours de M. Chevallay, médecin à Chambéry, pour déterminer l'action de l'ergotine dans cette circonstance.

1. Une veine a été ouverte à la cuisse d'un mouton; immédiatement après on a appliqué sur l'ouverture béante du vaisseau un tampon de charpie imbibé d'une dissolution d'ergotine. Au bout de quelques instants le tampon a été enlevé; il ne s'écoulait plus une goutte de sang. L'ouverture de la veine était tout à fait oblitérée.

2. On a ouvert l'artère crurale à un lapin; le sang s'échappait en un jet de la grosseur d'une plume d'oie. Au bout de quatre à cinq minutes, l'artère a été oblitérée par le même moyen.

3. On a ouvert la plus volumineuse des veines du cou à une poule; le sang, qui coulait abondamment, a été arrêté en quatre minutes par l'application d'un peu de charpie imbibée d'ergotine. La veine, examinée ensuite, était entièrement oblitérée.

L'ergotine qu'emploie M. Bonjean dans ses expériences est dissoute dans douze ou quinze fois son poids d'eau, et cette dissolution sert à imbiber la charpie que l'on applique sur l'ouverture des vaisseaux.

Anémie. Les individus qui subissent des pertes sanguines présentent une grande pâleur et une grande faiblesse qu'on explique par une diminution dans la quantité du sang, et que l'on comprend sous le nom d'anémie. On dit qu'alors le pouls est petit et qu'il y a des bruits dans les artères. Il y a, dit M. Beau, qui adresse une communication à l'Académie sur ce sujet, une distinction importante à faire ici; car l'état de pâleur et de faiblesse qui suit les pertes sanguines, tient à deux états bien différents qui se succèdent: un état d'anémie vraie, c'est-à-dire de diminution réelle dans la quantité du sang et puis un état de polyémie séreuse, c'est-à-dire un état ou sang plus abondant qu'avant les pertes sanguines, mais devant cette surabondance à une proportion considérable de sérum.

Les traits distinctifs sur lesquels est fondée la division des deux états d'anémie vraie et de polyémie séreuse qui suivent les grandes pertes de sang, résultent de l'observation chimique et des expériences répétées que M. Beau a pratiquées sur les animaux. Dans ces deux états il y a deux symptômes communs qui leur donnent l'apparence d'une maladie unique, et qui les ont fait réunir sous le nom d'anémie. Quelques-uns de ces symptômes, tels que la plénitude du pouls, la dilatation avec hypertrophie du cœur, se rencontrent dans toutes les affections appelées anémie, chlorose, hydrémie, et dans toutes celles qui sont caractérisées par l'existence des bruits artériels.

Cataractes secondaires. — Tous les chirurgiens ont signalé la formation de cataractes secondaires comme une des causes qui font le plus souvent échouer l'opération de la cataracte; mais on n'a jusqu'à présent que très imparfaitement déterminé les conditions dans lesquelles se forment plus particulièrement ces cataractes secondaires. C'est ce que *M. Tavignot* a cherché à faire dans une note qu'il communique à l'Académie.

Caractères microscopiques du cancer. — L'anatomie pathologique du cancer est fort peu avancée, et le diagnostic de cette affection ne repose le plus souvent que sur des caractères qui n'ont rien de certain. *M. Sédillot*, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pense qu'on pourrait utiliser ici les recherches microscopiques. Quelques micrographes allemands ont observé que la substance cancéreuse est formée de cellules cancéreuses d'un aspect particulier et qui constituent l'élément caractéristique de toutes les tumeurs dites dégénérées. En se fondant sur l'absence de ce caractère, M. Sédillot cherche à établir que les tumeurs ulcérées des lèvres que l'on avait considérées jusqu'à présent comme des cancers, doivent être rangées à l'avenir parmi les lésions de l'appareil épidermique.

— M Cazenave, médecin à Bordeaux, adresse un travail sur un moyen de remédier à quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et auxquelles l'on n'a pu jusqu'à présent opposer aucun moyen efficace.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Action exercée par le sucre sur les dents; par M. le docteur Larez, de Milan.

M. Larez, dans un travail relatif à l'action exercée par le sucre sur les dents, est arrivé aux conclusions suivantes:

1° Le sucre raffiné, soit de canne, soit de betterave, est nuisible aux dents saines, plutot par le contact immédiat avec ces organes, que par le développement de gaz qui a lieu pendant la durée de son séjour dans l'estomac.

2° Si l'on fait macérer une dent dans un soluté saturé de sucre, elle est tellement altérée dans sa constitution chimique, qu'elle devient de substance gélatineuse, et son émail devient opaque, spongieux, et se délite avec la plus grande facilité.

3° Cette modification n'est pas due à l'action d'un acide libre; car il n'en existe pas dans le sucre; mais elle doit être rapportée à la tendance qu'a ce dernier corps à se combiner avec la base calcaire de la dent.

4° Si l'émail de la dent n'est pas attaqué au même degré que la partie osseuse de ce même organe, le motif de cette différence se trouve dans le phthorure de calcium, qui résiste mieux à l'action des réactifs chimiques que ne le peut faire le sulfate de chaux.

Traitement des tubercules pulmonaires; par M. le docteur Huss, de Stockholm.

M. Huss, conseille de recourir au traitement suivant pour combattre les tubercules pulmonaires:

Il administre tous les trois jours, le matin à jeun, un vomitif composé de sulfate de cuivre et de poudre d'ipécacuana. Il fait pratiquer avec la pommade stibiée d'Autenrieth, alternativement sur les faces antérieure et postérieure du thorax, des frictions que l'on étend successivement à tous les points qui n'ont pas encore été envahis par l'éruption ou qui sont déjà revenus à leur état normal.

Il fait prendre en même temps, trois ou quatre fois par jour, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue noire. Cette huile noire est, d'après lui, la seule efficace; la blanche est tout à fait inerte; la brune a bien quelques propriétés, mais qui sont loin d'égaler celles de la noire. Il est vrai que cette dernière a l'inconvénient grave d'être plus désagréable et plus nauséabonde que les deux autres.

M. Huss affirme avoir quelquefois obtenu par ce traitement une amélioration tellement remarquable qu'on aurait considéré les malades comme guéris, si le sthetoscope n'eût pas été là pour prouver le contraire. D'ailleurs, il prévient les praticiens que cette médication n'est pas indiquée dans les cas où il existe des cavernes, et dans ceux où le canal intestinal est déjà le siége d'ulcérations tuberculeuses.

Il ajoute que, dans le dernier stade de la phthisie, l'acide phosphorique lui a paru être le meilleur moyen pour modérer les sueurs et les diarrhées colliquatives.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Le journal *La Presse* du 12, l'*Echo français* du 13 du courant, et quelques autres journaux, ont publié un rescrit du gouvernement bavarois, qui porte une « amende contre tout médecin qui s'absenterait » de sa résidence sans en donner avis aux autorités et sans se faire » remplacer auprès de ses malades. »

Une circonstance que vous jugerez sans doute très importante dans l'espèce, et que vos lecteurs ne doivent pas ignorer, pour leur épargner le reproche quelquefois mérité de traiter trop légèrement les améliorations introduites dans les pays étrangers, me fait prendre la liberté de vous rappeler que dans plusieurs gouvernements de l'Allemagne, les médecins sont traités et considérés comme fonctionnaires publics; en conséquence, ils relèvent de l'autorité dont ils acceptent les emplois et les rémunérations: il est vrai que l'on ne tolère pas que les fonctionnaires se constituent de véritables sinécures au profit seulement de leur fortune et de leur reputation. Bien plus encore, dans quelques villes, le nombre des docteurs en médecine praticiens est limité. C'est ainsi qu'en 1841, le ministre de l'intérieur de la Bavière a transmis au sénat des trois universités nationales un arrêté à l'effet de leur enjoindre de « ne plus recevoir de docteurs en médecine, parce que dans » cette partie du service public, non-seulement toutes les places sont » occupées, mais parce qu'il y a encore plus de 700 individus qui » postulent. »

Dans ces mêmes pays, toute annonce pharmaceutique ou médicale est poursuivie rigoureusement pour dol et fraude, et comme attentat à la morale et à la salubrité publique; la confiscation, l'amende, la prison, le bannissement sont prononcés contre ces sortes de délits. La pratique de l'homœopathie, dans certaines principautés, encourt les mêmes peines.

Tout récemment encore, des garanties d'un autre ordre ont été données au Danemark et à la Bavière. Tout avocat ou avoué qui aura suivi un procès notoirement injuste, sera puni d'une amende égale à la somme des frais auxquels aurait été condamné son client, sous le nom d'amende pour *cause de frivolité*.

Vous permettrez sans doute, Monsieur le Rédacteur, que l'on puisse encore former en France quelques vœux pour obtenir de semblables sécurités.

CAFFE, D.-M.-P.

Paris, juin 1845.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 82. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 11 JUILLET 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Une jeune fille portait un kyste de l'ovaire qui, ayant commencé par une petite tumeur située dans le flanc droit, avait grossi rapidement (l'invasion datait d'un an), jusqu'à donner au ventre le volume qu'il offre au terme de la grossesse. La malade éprouvait des vomissements continuels, et ne pouvait se réparer.

L'opération étant devenue indispensable par suite de l'affaiblissement extrême et de l'exténuation prochaine, M. Bérard avait le choix entre l'ouverture du kyste suivant la pratique adoptée par M. Récamier, et consistant dans l'application du caustique, et le procédé opératoire de M. Bégin, dans lequel on incise la paroi abdominale jusques et y compris le péritoine, le chirurgien se réservant d'ouvrir le kyste après la formation d'adhérences entre celui-ci et les lèvres de la plaie abdominale. Par ce procédé, la poche à ouvrir est pour ainsi dire placée hors du ventre; du moins on n'a pas à craindre que la matière contenue dans le kyste puisse s'écouler dans le péritoine à la faveur de l'incision. Mais, malheureusement, comme on le verra, il n'est pas dit que ce passage n'aura pas lieu d'une autre manière.

M. Bérard opta pour le procédé de M. Bégin.

Le lendemain de l'opération, une douleur vive se fit sentir du côté opposé (le gauche) à celui où l'incision avait été pratiquée, et l'on vit se développer rapidement tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. La saignée, les sangsues, le calomel à dose réfractée, les onctions mercurielles, la glace, tous les moyens rationnels furent employés avec l'énergie désirable. La phlegmasie marcha néanmoins, et l'opérée succomba quarante-huit heures après l'opération, vingt-quatre après la manifestation de la péritonite.

A l'autopsie on trouva que l'ovaire gauche (celui qu'on pouvait croire sain) contenait un grand nombre de kystes dont le plus gros avait le volume d'un pois. Le grand kyste, celui qui pour le chirurgien avait constitué la maladie, occupait toute la capacité abdominale. Il était composé d'une foule de loges dont une contenait à elle seule un litre de sérosité purulente.

Après un examen attentif on découvrit l'ovaire *droit* en arrière et à *gauche* de la tumeur. On arrivait à lui en suivant la trompe et le ligament de l'ovaire, qui contournait le kyste.

Cet ovaire, ou plutôt la partie qui le représentait, contenait de quinze à vingt kystes, dont le plus gros égalait le volume d'un petit œuf de poule. L'un d'eux était perforé. La perforation répondait au point dans lequel la douleur initiale avait été ressentie. Le flanc gauche était plein d'un liquide séro-purulent épanché dans le péritoine. Tous les kystes étaient manifestement et vivement enflammés. Leur membrane interne était rouge, mollasse; des vaisseaux fortement injectés parcouraient leurs parois.

La perforation doit-elle être imputée à l'opération? Que celle ci y ait contribué, cela est possible; mais, certes, ce n'est pas à l'opération que l'on peut attribuer cette inflammation étendue à tous les kystes et dont les traces caractéristiques ont été trouvées à l'autopsie. Est-ce qu'en vingt quatre heures la membrane interne de ces poches aurait éprouvé les altérations de texture qui ont été notées? Les vomissements incessants qui, par l'affaiblissement dans lequel ils avaient fait tomber la malade et l'exténuation aisée à prévoir, ont amené la nécessité de l'opération, ne prouvent-ils pas que dès long temps l'inflammation se fomentait au sein de ces kystes? N'existe-t-il donc pas des exemples d'ouverture spontanée de kystes multiloculaires dans le péritoine? Remarquons bien, d'ailleurs, que ce n'est pas le kyste vis à vis duquel on a incisé qui s'est perforé.

Donc, nous avons lieu de penser que la perforation n'a été qu'un degré plus avancé, dans un point, de l'inflammation idiopathique qui s'était emparée de tous ces kystes ovariques. Le bistouri est arrivé dans un moment où la nature se préparait elle même une issue. Que l'action vitale ait été exagérée dans tout le ventre par suite de l'incision des parois abdominales jusqu'au péritoine inclus, rien de plus facile à comprendre; que par suite de cette exagération de l'action vitale, l'ulcération soit parvenue plus promptement à son terme, la perforation, on peut l'admettre aussi, et c'est dans ce sens que l'opération a pu contribuer en quelque chose à la perforation.

Comment une opération pratiquée sur l'abdomen et intéressant la séreuse peut elle produire un résultat fâcheux? Il semble tout naturel que ce soit en phlogosant le péritoine: ici rien de semblable. L'inflammation aurait glissé, pour ainsi dire, par-dessus le péritoine, et serait allé perforer le kyste; car la péritonite a été consécutive à la perforation. Voilà ce qu'il nous répugnerait de croire.

Le cas de M. Bérard mérite considération sous deux rapports. Premièrement, il fait apercevoir dans les vomissements dont la malade a été tourmentée, un symptôme de l'inflammation qui avait envahi les kystes; ensuite, il engagera les chirurgiens à se prémunir contre les piéges de la nature, qui souvent a préparé sourdement une cause de mort toute prête à se produire sous l'influence de la première irritation qui surviendra.

La nature est aveugle dans ses procédés; elle marche à son but à travers mille périls. Une tumeur existe, elle l'ouvre avec ou sans précautions, et tue ou guérit indifféremment. Rien n'est plus frappant à ce sujet que ce cas de M. Vidal (de Cassis), cité par nous (cure spontanée des polypes utérins), dans lequel on voit la nature travailler à la fois sur deux points à se débarrasser d'un produit morbide. Une femme portait un polype du col et un kyste ovarique. Le polype fut éliminé, et le kyste s'ouvrit dans le ventre. La mort fut la suite de cette ouverture.

— M. Bérard a, dans ses salles, une autre hydropisie de l'ovaire. Le ventre est énorme. Il existe ici une ascite légère, et de plus l'anneau ombilical est très dilaté. Il en résulte une hydrocèle ombilicale qui pourrait faire croire à une hernie; mais en pressant la tumeur, on perçoit nettement la collision d'un liquide contre le bord roide de l'anneau. Du reste, sous l'influence des mouvements respiratoires, cette hydrocèle se comporte comme une hernie. En frappant légèrement le ventre avec la pulpe des doigts, on sent avec la main placée à une certaine distance, l'ondulation de la couche de liquide interposée entre la tumeur et les parois abdominales.

— Le même chirurgien vient d'appliquer à une tumeur érectile, sur un enfant, la ligature au moyen de fils qui la traversent; quelques jours après l'opération, une grosseur a été aperçue vers la région sus-épineuse gauche. C'est, pour M. Bérard, un fâcheux indice. Il a vu périr d'infection purulente un enfant qui avait été opéré de la même manière, et chez lequel des tumeurs indolentes se formèrent sur diverses parties du corps. Ces tumeurs étaient des abcès métastatiques.

— Nous avons vu, dans le même service, une femme qui a éprouvé une fracture de la rotule droite, par suite de chute sur le genou, et chez laquelle, bien que la cassure fût transversale, il n'y a pas eu d'écartement des fragments. On faisait jouer en travers les deux pièces de la rotule l'une sur l'autre; mais il n'y avait pas de crépitation, ou du moins elle était très peu sensible. Le défaut d'écartement était dû sans doute à l'intégrité des expansions tendineuses qui recouvrent la rotule. Il y a eu de l'inflammation. Deux applications de ventouses scarifiées et les résolutifs en ont fait justice.

— Dans la même salle est couchée une femme affectée de fistule vésico-vaginale, à la suite d'un second accouchement (le premier a été heureux). L'enfant est venu mort. A ce que dit cette femme, il avait la tête très grosse, et l'on dut employer *les fers*. Au bout de douze jours elle s'aperçut qu'elle rendait ses urines par le vagin. Lorsqu'elle est entrée dans le service de M. Bérard, des brides existaient dans ce conduit à la profondeur de six centimètres environ, et empêchaient le doigt de pénétrer jusqu'à la fistule. On a dilaté le rétrécissement avec la racine de gentiane, et maintenant on peut introduire le petit doigt jusqu'au col utérin, abaissé, et en avant duquel se trouve la fistule, qui est transversale. La muqueuse vésicale fait hernie dans le vagin à travers la fistule.

Il était indispensable de franchir le rétrécissement, non-seulement pour reconnaître la fistule, mais encore pour ouvrir une issue aux règles, accumulées dans l'utérus. Une tumeur assez volumineuse, formée par la matière dilatée, se faisait sentir au dessus du pubis, et la malade éprouvait de vives coliques.

— Lorsqu'on enlève l'œil par les procédés ordinaires, on fait pénétrer l'instrument dans le tissu cellulo graisseux de l'orbite; on coupe les muscles de l'œil plus ou moins loin de leur insertion scléroticale et avec eux les troncs des nerfs qui s'y distribuent; enfin, on divise souvent des rameaux des artères ophthalmique, lacrymale et frontale, d'où peuvent résulter des hémorrhagies plus ou moins difficiles à maîtriser.

En 1841, M. Bonnet, de Lyon, dans son *Traité des sections tendineuses et musculaires*, écrivait qu'on éviterait ces inconvénients si l'on coupait les muscles et le nerf optique à leur insertion scléroticale, et si l'on enlevait l'œil en laissant intacte la capsule fibreuse dans laquelle il est renfermé. En opérant ainsi, disait-il, on n'aurait pas d'hémorrhagie; le nerf optique serait seul divisé et la plaie étant séparée des graisses de l'orbite par un tissu fibreux (la capsule) l'inflammation dont elle pourrait devenir le siége ne tendrait pas à se propager vers le cerveau.

FEUILLETON.

DE LA VÉRATRINE DANS LES MALADIES DE L'ŒIL;

Par le docteur Fr. TERRIER (d'Angers).

Depuis plusieurs années nous avons employé la vératrine dans le traitement de quelques maladies de l'œil, et les résultats obtenus par l'application externe de cet alcali végétal nous ayant convaincu de son action médicatrice, nous venons donner de la publicité à quelques-unes de nos observations, et faire connaître ce mode de traitement que nous avons vu exercer une heureuse influence dans quelques-unes des nombreuses affections dont cet organe est si souvent atteint.

Découverte en 1819 par MM. Pelletier et Caventou, la vératrine, principe actif de la cevadille, de l'ellébore blanc, du colchique d'automne, a été depuis cette époque conseillée dans les névralgies, la goutte, le rhumatisme, l'ascite, l'anasarque; dans les palpitations nerveuses, l'hypertrophie du cœur, dans quelques cas de surdité, enfin, pour résoudre certains engorgements glandulaires et lymphatiques. On l'a associée parfois à l'onguent napolitain, à l'extrait de belladone, à l'iodure de potassium, etc. La dose ordinaire de ce médicament pour l'usage externe est rarement élevée, en France, au delà de 20 centigrammes par 30 grammes de véhicule. Plus hardis ou plus confiants que nous, les praticiens anglais l'emploient dans les maladies que nous venons de désigner dans la proportion de 1 gramme pour 30 grammes d'axonge ou d'alcool.

Bien que nous n'ayons pu nous procurer, tant en France qu'en Angleterre, aucun écrit relatif à l'emploi de la vératrine dans les maladies oculaires, nous sommes cependant porté à croire que quelques médecins anglais, entre autres le docteur Thurnbull, en ont fait la première application. Ce fait de priorité, du reste, n'est pas d'une grande importance; il ne suffit pas de savoir que tel médicament a été introduit dans la thérapeutique, mais bien de préciser les cas où cette application peut être indiquée: ce travail n'a probablement pas été fait avant ce jour: le but de nos recherches a donc été de suppléer autant que possible à cette lacune.

Nous appliquons la vératrine dans les maladies de l'organe de la vision, par la méthode iatraleptique. Nous faisons les frictions sur le front et les tempes avec une pommade ou un alcool de vératrine; nous nous servons, pour les frictions avec la pommade, d'un petit tampon en peau de chamois de la forme du tampon des imprimeurs, et d'un pinceau à barbe quand nous employons l'alcool.

Action topique. — Pendant ces frictions, mais le plus ordinairement à l'instant même où on les termine, il se développe sur le front un peu de chaleur, des picotements, des frémissements que le malade compare quelquefois à une sensation électrique; mais le plus souvent à de nombreuses piqûres d'aiguille. Ces effets varient en intensité selon la dose du médicament, la finesse de la peau, la durée des frictions. Cette action topique s'use rapidement; aussi les premières frictions, bien que faites avec des doses peu élevées de vératrine, produisent des effets plus longs et plus énergiques qu'à une époque plus avancée de leur usage, alors même que la dose en a été beaucoup augmentée. Bien qu'évidemment une partie de la vératrine se trouve absorbée par suite de ces frictions et portée dans la circulation générale, nous n'avons cependant jamais observé de phénomène d'intoxication; les fonctions restent dans leur état normal.

Nous avons assez souvent fait usage de la vératrine à la dose de 2 grammes pour 30 grammes d'axonge ou d'alcool. Dans son ouvrage sur la goutte, le docteur Scudamore, de Londres, a suivi l'action de ce médicament sur un grand nombre de goutteux; il déclare qu'il n'a jamais observé, à la suite de ces frictions, d'effets toxiques, et qu'en général elles ne répugnent pas aux malades. Il ne survient jamais par suite de ces frictions, et quelle que soit d'ailleurs la dose du médicament, ni éruption, ni vésication, ni gonflement; partant, elles ne laissent ni traces, ni cicatrices.

Action thérapeutique. — Ces frictions paraissent agir de deux manières: d'abord, comme révulsives, en établissant aux environs de l'œil une contre-irritation presque permanente; ensuite comme excitantes du système nerveux. Dans ce dernier cas, cette excitation, qui a lieu plus particulièrement sur la cinquième paire, dont l'importance sur les fonctions de l'œil a été si bien démontrée par les expériences de M. Magendie, peut jusqu'à un certain point expliquer l'action médicatrice de ces frictions dans les maladies de cet organe, où l'élément nerveux est presque toujours en jeu.

Nous avons vu cette médication réussir contre la photophobie, contre les douleurs de cet organe, contre la perte de la vue qui survient à la suite d'ophthalmies ou de causes appréciables, contre l'amaurose commençante (amblyopie amaurotique), quelquefois enfin dans les accidents consécutifs de l'opération de la cataracte par abaissement.

En conséquence dans une ophthalmie externe ou interne qui présente ce phénomène nerveux appelé *photophobie*, il y a indication d'appliquer ces frictions. Cette influence thérapeutique de la vératrine sur ce douloureux symptôme ne peut s'expliquer autrement que par une action qui lui est propre. Il est évident que les dérivatifs ordinaires ne pourraient donner lieu au même résultat. Nous sommes également parvenu à calmer promptement chez quelques malades ces douleurs atroces ordinairement si rebelles dans les affections de cet organe, et que nous appellerons névralgies.

Nous avons guéri quelques personnes dont la vue était entièrement perdue, et quelques autres dont la vue était seulement affaiblie par suite d'ophthalmies spontanées ou consécutives de l'opération de la cataracte par abaissement, par défaut de transparence dans les humeurs, dans les membranes, par effusion de lymphe, *cataracte plastique*; par des lésions de la cinquième paire. Ces frictions nous ont également réussi dans l'amaurose commençante, *amblyopie amaurotique*.

Il convient quelquefois de joindre à ces frictions l'usage de moyens déjà connus.

Durée du traitement. — Six à huit frictions suffisent le plus ordinairement pour modifier la photophobie qui complique l'ophthalmie externe.

La photophobie par cause interne demande un certain nombre d'applications qu'on ne peut guère préciser.

Voici le procédé proposé par le chirurgien de Lyon : les paupières étant écartées, on couperait le muscle droit interne comme dans l'opération du strabisme, puis, faisant glisser des ciseaux entre la sclérotique d'une part, le fascia sous-conjonctival de l'autre, on couperait circulairement tous les muscles droits près de leur insertion à l'œil. Il ne resterait plus qu'à diviser aussi près que possible de l'œil les deux obliques et finalement le nerf optique.

Ces idées n'étaient que des *à priori*. L'application, à cette époque (1841), n'en avait pas été faite. M. Bonnet prévoyait une objection tirée de la rareté des cas dans lesquels cette opération pourrait être mise en usage. En effet, généralement, les maladies qui exigent l'extirpation de l'œil envahissent plus ou moins profondément les tissus qui entourent cet organe, tissus dont l'excision devient indispensable.

M. Bonnet ne connaissait qu'un seul cas dans lequel son opération eût été praticable. C'était celui d'une femme opérée par M. Gensoul, et chez laquelle une tumeur mélanique était bornée à la rétine. Les douleurs atroces qu'éprouvait la malade avaient seules décidé à l'opération.

Notons, en passant, que, si les nerfs de sensibilité spéciale sont insensibles aux excitants physiques et chimiques, ils deviennent sensibles dans l'état pathologique. Ainsi, le nerf optique, dont la rétine n'est que l'expansion, est insensible aux tiraillements exercés avec une pince, à la cautérisation ; il ne paraît avoir d'*impressionnabilité* que pour la lumière ; mais que la rétine ou le tronc du nerf soient le siége d'une altération morbide, la douleur pourra survenir et témoigner d'une sensibilité différente de la sensibilité spéciale.

Revenons à l'extirpation de l'œil par la méthode sous-conjonctivale.

M. A. Bérard a enlevé l'un des globes oculaires sur deux sujets, un adulte et un enfant. Chez l'adulte, il a pu se borner à l'extirpation de la coque oculaire, le mal ne s'étant pas étendu dans l'orbite ; chez l'enfant, il a fallu pénétrer dans les graisses sur lesquelles l'œil repose.

Dans le premier cas, la méthode sous-conjonctivale trouvait une application naturelle, évidente, et c'est elle qui a été employée.

Les résultats des deux opérations ont été bien différents. L'enfant a éprouvé un violent phlegmon de l'orbite, tandis que chez l'adulte il n'y a pas eu d'inflammation, et à peine le linge placé sur l'œil a-t il été taché de quelques gouttes d'un liquide séro-purulent. Déjà trois fois M. Bérard avait pratiqué l'extirpation de l'œil suivant la méthode de M. Bonnet, et dans les trois cas les suites avaient été on ne peut plus satisfaisantes. Ainsi, la sanction expérimentale qui manquait à cette méthode lui est acquise aujourd'hui ; et de plus, on voit que les cas où elle est praticable ne sont pas aussi rares que M. Bonnet l'avait supposé.

Un avantage que nous trouvons à cette méthode, et que son auteur n'avait point prévu, est relatif à la prothèse. Les muscles de l'œil étant conservés dans toute leur longueur, puisqu'ils sont divisés seulement à leur insertion scléroticale, doivent agir avec plus de facilité pour mouvoir l'œil artificiel, que si la section avait porté sur un point plus rapproché de leur incision orbitaire.

Ainsi, par la méthode sous-conjonctivale, l'inflammation est beaucoup moindre, ou même on peut dire qu'elle est prévenue, par conséquent le cerveau est à l'abri, et, en outre, la prothèse est favorisée. Il y a donc de grandes raisons pour qu'elle soit substituée à la méthode ancienne. Mais il faut prendre bien garde de s'exposer à perdre les bénéfices de l'opération, en laissant subsister des parties altérées ou suspectes.

— M. Briquet a vu deux fois, dans l'espace de quelques mois, des malades succomber avec une inflammation du testicule. La phlogose durait depuis trois semaines environ. Elle s'était manifestée par une tuméfaction uniforme et assez considérable, de la dureté, une douleur vive et de la fièvre. A l'autopsie, dans les deux cas, ce médecin a trouvé un abcès formé par du pus de bonne qualité (environ deux cuillerées), et situé entre la substance du testicule et la tunique fibreuse, par conséquent dans le tissu cellulaire sous-fibreux. Le parenchyme testiculaire n'était point altéré, et rien n'indiquait que ce fût un abcès profond poussé à la surface. La tunique séreuse du testicule conservait sa blancheur normale.

— Dans le service de M. Velpeau, un homme qui était affecté d'un testicule tuberculeux suppuré, présentait du même côté une hydrocèle, que M. Velpeau a ponctionnée, sans faire ensuite d'injection. L'inflammation s'est emparée de la poche ; une incision a été pratiquée ; la vaginale était pleine de pus. On pourrait se demander si celui-ci n'a pas été fourni par quelque foyer tuberculeux du testicule. Mais il est infiniment plus probable que le pus s'était formé dans la vaginale. Il est difficile de comprendre qu'une ponction simple d'hydrocèle soit suivie d'inflammation suppurative ; mais ce n'est plus aussi difficile, eu égard aux circonstances du cas actuel. En effet, la présence du tubercule testiculaire suppuré impliquant nécessairement un certain degré d'inflammation, a dû s'ajouter à l'irritation produite par le trois-quarts, pour amener le résultat indiqué.

— Ce qui s'est passé dans le cas que nous venons de faire connaître succinctement, se produit assez fréquemment dans les kystes séreux. Ainsi nous avons vu un de ces kystes de la région sous maxillaire que l'on vida du liquide parfaitement limpide qu'il contenait, et qui, sous l'influence de l'irritation déterminée par la petite opération, s'échauffa, se remplit de nouveau, et cette fois de pus.

La membrane interne des kystes en général est soumise aux mêmes lois pathogéniques que les séreuses normales, seulement la forme hématique de l'irritation y semble beaucoup plus fréquente que dans ses dernières. Aussi voit-on un grand nombre de tumeurs kystiques contenant du sang ou des matériaux du sang, plus ou moins altérés, plus ou moins reconnaissables. Le sang s'épanche quelquefois primitivement et le kyste n'est que secondaire, isolateur. Mais souvent aussi il est exhalé des parois de la poche et c'est à l'irritation qu'il faut s'en prendre.

— Les fractures de l'extrémité inférieure du radius, si bien étudiées par M. Voillemier, sont produites généralement par une chute sur la paume ou le dos de la main. Il y a entre cette lésion et cette cause un rapport comparable, et même supérieur quant à la fréquence, au rapport classique établi entre la fracture du col du fémur et la chute sur le grand trochanter.

Ce n'est pourtant ni une fracture de l'extrémité inférieure, ni un décollement épiphysaire, qu'une chute sur la paume de la main vient de déterminer chez un enfant admis dans le service de M. Velpeau, à la Charité.

C'est encore le radius qui a été fracturé : mais la cassure siége au-dessus du muscle carré pronateur. Du reste, les symptômes ne diffèrent pas seulement de ceux de la fracture de l'extrémité inférieure ; ainsi, M. Velpeau a constaté la saillie en dos de fourchette, qu'il a donnée comme caractéristique de cette dernière fracture.

Il est assez surprenant que, chez cet enfant, la chute n'ait pas eu pour effet, au lieu de la cassure précitée, le décollement de l'épiphyse inférieure du radius, décollement qui, dans le jeune âge, remplace la fracture de l'extrémité carpienne, et que M. Voillemier a eu l'occasion d'observer souvent. Sur le cadavre de jeunes sujets, on produit très facilement ce décollement en étendant ou en fléchissant fortement la main sur l'avant-bras, celui-ci étant maintenu de manière à ne pas suivre le mouvement. Ce chirurgien a vu chez un enfant le radius et le cubitus fracturés incomplétement, et donnant l'idée de la cassure d'un morceau de bois vert.

— Une loi formulée par M. Ricord, et sur laquelle il insiste beaucoup, est celle-ci : La syphilis, chez un sujet bien constitué et bien portant, suit, si elle n'est pas influencée par le traitement (et par traitement il faut entendre le mercure), la marche la plus régulière. Cette régularité parfaite est même quelque chose de surprenant, et nous dirions volontiers de merveilleux, quand on pense à l'irrégularité de la marche des maladies en général. Ainsi : 1° accident primitif consistant dans le chancre seul ou compliqué d'adénite indurée ; 2° accidents secondaires se développant dans le cours des premiers six mois (M. Ricord étend cette limite jusqu'à un an) ; 3° enfin, accidents tertiaires se manifestant à partir du sixième mois. Il existe entre les phénomènes secondaires et les phénomènes tertiaires des différences, non pas seulement dans l'époque de l'évolution, mais encore dans le siége et la forme.

Comme il y a des chancres qui durent souvent plus de six mois, comme les accidents secondaires se développent dans la circonscription des six premiers mois, et les tertiaires à partir de cette dernière époque, il peut se faire que le même individu présente à la fois les trois espèces d'accidents : accident primitif, accidents secondaires et accidents tertiaires.

Il résulte de cette notion précise de la régularité absolue de la marche de la syphilis, que, une année après l'infection, s'il n'y a pas eu de traitement spécifique, et si aucun accident ne s'est produit, M. Ricord affirme qu'il n'en surviendra pas.

L'individu qui est dans ces conditions n'avait pas la prédisposition à la diathèse, comme il y a des individus qui n'ont pas la prédisposition à la variole, comme il en est qui n'ont pas la prédisposition à éprouver les effets de l'inoculation du vaccin.

Mais si le spécifique est intervenu, la marche de la syphilis n'est plus fatalement régulière. Le mercure peut supprimer les accidents secondaires, ou certains de ces accidents. Alors la première manifestation de la diathèse syphilitique ou syphilis constitutionnelle pourra être un accident tertiaire. Celui-ci, malgré l'irrégularité de l'évolution, conservera son caractère d'accident tertiaire, attendu que ce caractère n'est pas lié autant à l'antériorité fatale des accidents secondaires, qu'à l'époque de sa propre apparition, à son siége et à sa forme. Il reste accident tertiaire par l'époque tardive à laquelle il apparaît, par le tissu qu'il occupe, enfin par sa forme. Peu importe que l'accident secondaire, maîtrisé pour ainsi dire, ou si l'on veut neutralisé par le mercure, ne se soit point manifesté.

Ainsi, un homme qui a été affecté d'un chancre il y a treize mois, est entré avec une syphilide tuberculeuse en groupe qui occupe le milieu du front à la partie inférieure, s'étendant jusque dans l'espace intersourcilier. Ç'a été là, dans ce cas particulier, le premier symptôme, la première manifestation de la diathèse. Il n'y a pas eu d'exanthème ; les accidents secondaires ont manqué. Au premier coup qu'elle a frappé, la syphilis constitutionnelle a atteint le tissu cellulaire sous-cutané, et l'affection touche à la limite des accidents tertiaires. Mais pourquoi cette divagation ? Parce qu'il y a eu un traitement mercuriel qui a duré sept mois, et un traitement mercuriel efficace : efficace, car le sujet a éprouvé des accidents gastro-intestinaux imputables au mercure ; efficace, car les accidents secondaires ont été prévenus. Avec un degré supérieur de neutralisation, la première manifestation, chez cet homme, aurait pu être un accident fibreux ou osseux.

Chez un autre malade, six ans après l'accident primitif, traité par le mercure, la première manifestation de la diathèse a consisté dans un hydro-sarcocèle et dans un tubercule profond du tissu cellulaire.

Donc la syphilis en elle-même est régulière et par rapport à la durée de l'évolution, et par rapport à l'ordre suivant lequel les accidents se succèdent. Mais le mercure peut rompre cette double régularité, rejeter la manifestation des accidents consécutifs à une époque indéfiniment éloignée de l'accident primitif et intervertir l'ordre de succession de ces mêmes accidents consécutifs.

— Nous recevons d'un confrère distingué, M. le docteur Marchesseaux, qui nous écrit du Havre, une lettre intéressante sur la paralysie du grand dentelé. Nous analyserons cette lettre dans un prochain article.

X.....

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus.

Il s'en faut que nous ayons épuisé les détails à donner sur

Lorsqu'après quelques jours de l'usage de ces frictions, les douleurs ne sont pas guéries ou simplement améliorées, il est inutile d'insister sur leur application.

Dans l'amaurose, le traitement est beaucoup plus long. Cependant, il est assez rare de ne pas observer, après huit jours environ, une légère amélioration. Il arrive quelquefois que cette amélioration reste stationnaire ; nous avons remarqué sur quelques malades un changement favorable survenu après la cessation des frictions, alors même que pendant leur usage elles n'avaient pas paru exercer une influence salutaire.

Facile et peu douloureuse, cette médication peut être appliquée avec d'autant plus de sécurité que dans aucun cas elle ne peut produire d'accidents locaux ou généraux. Du reste, elle n'est pas plus un spécifique que tant d'autres moyens mis en usage contre les maladies ophthalmiques où nous la croyons utile ; mais son action leur est au moins égale sinon supérieure.

Nous avons dès l'année 1842 fait des applications assez nombreuses de la vératrine à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. A. Bérard. Depuis cette époque, ce professeur conseille ces frictions dans quelques unes des affections de l'œil. — Quelques applications ont également été faites par nous à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Velpeau, et à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Nélaton, professeur-agrégé. Nous profitons de cette circonstance pour témoigner à ces messieurs nos sincères remercîments.

Pommade de Vératrine.

N° 1.

Vératrine,	50 centigrammes.
Axonge,	30 grammes.
Alcool, Q. S. pour dissoudre la vératrine.	

N° 2.

Vératrine,	1 gramme.
Axonge,	30 grammes.
Alcool,	Q. S.

N° 3.

Vératrine,	1,50 à 2 grammes.
Axonge,	2 grammes.
Alcool,	Q. S.

L'alcool de vératrine consiste à faire dissoudre une même dose de vératrine dans la même proportion d'alcool, c'est-à-dire 30 grammes.

On doit diminuer la dose de la vératrine chez les enfants, les femmes, les personnes à peau fine. Nous faisons ordinairement deux frictions par jour, une le matin et l'autre le soir ; elles durent de cinq minutes à un quart d'heure. Pour chaque friction nous employons 2 grammes environ de pommade ou d'alcool. Il faut faire ensorte que le médicament ne tombe pas dans l'œil, ce qui occasionnerait une vive douleur qui se prolongerait quelques heures. Quand nous nous servons d'alcool nous mettons sur l'œil un bandeau. L'opération terminée nous essuyons avec soin la surface frictionnée ; le front et les tempes seront lavés une fois par vingt-quatre heures avec un linge simplement humecté. Ces frictions doivent être faites alternativement cinq jours sur le front et trois jours sur les tempes.

Deux mots sur l'aconitine et la delphine.

Ces deux substances, que nous avons expérimentées, ne nous ont pas donné les résultats obtenus par la vératrine. L'action de la delphine particulièrement nous a paru à peu près nulle. L'aconitine, ou l'alcool de racines d'aconit napel, produisent un effet topique qui a de l'analogie avec celui de la vératrine ; mais elles donnent lieu à un peu de gonflement sans rougeur, et, de plus, il survient dans la surface frictionnée un état de torpeur et d'engourdissement, qui se dissipe après quelques heures. — Les praticiens anglais conseillent l'aconitine contre le tic douloureux ; l'alcool de racines d'aconit napel nous a réussi dans un cas semblable qui avait résisté à une foule d'autres moyens.

Une très petite quantité de pommade d'aconitine, ou d'alcool de racines d'aconit napel, que nous avons appliquée sur le globe de l'œil de plusieurs amaurotiques avec une mydriase, a donné lieu instantanément à la contraction de l'iris, au rétrécissement de la pupille ; cette application a été douloureuse, mais elle n'a produit aucun accident. On pourrait employer les préparations d'aconit dans quelques amauroses, notamment dans l'amaurose avec complication ou dépendante du tic douloureux.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de se procurer de l'aconitine ; nous avons remplacé cette substance par un alcool de racines d'aconit napel, dont l'action est tout aussi énergique.

Racines d'aconit napel grossièrement pulvérisées,	1 partie.
Alcool à 36,	2 parties.

Laissez infuser pendant huit jours, et filtrez.

La pommade s'obtient en saturant de cet alcool une quantité quelconque d'axonge.

Cet alcool et la pommade s'emploient de la même manière que les préparations de vératrine. De même que cette dernière substance, elles ne produisent aucun effet toxique.

Appréciation de l'homœopathie par les médecins italiens. — Dans la séance du 26 septembre 1844 de la section de médecine du congrès scientifique italien tenu à Milan, une lettre adressée à la présidence générale annonçait qu'un particulier de Milan proposait un prix de mille francs à l'auteur du meilleur mémoire *sur les avantages et les inconvénients de l'homœopathie*, prix qui serait décerné par le prochain congrès de Naples.

Parmi le grand nombre de ceux qui se levèrent pour combattre une pareille proposition, le docteur Frédéric Castiglioni de Milan, fit remarquer combien une pareille proposition était déshonorante et indigne du corps médical italien, et laissait en même temps entrevoir la bassesse des vues de celui qui proposait un pareil prix. La répulsion en fut donc mise aux voix, et instantanément tous les membres présents, au nombre de plus de mille, se levèrent pour voter le rejet de la proposition du prix au sujet de l'homœopathie. L'assemblée voulut ainsi prouver d'une manière unanime que la médecine de ce siècle n'avait pu et ne pourrait jamais transiger avec l'imposture, avec le mystère et avec la fable la plus effrontée de ces derniers temps.

(Annali universali di medicina, novemb. 1844.)

les inflexions de l'utérus ; nous avons précisément dans les salles des malades chez lesquelles on peut en observer plusieurs variétés intéressantes.

Au n° 2 se trouve une déviation de l'organe en totalité ; au n° 12 une rétroflexion très prononcée, coïncidant avec une tumeur dans le bassin ; le col est fortement refoulé en avant. Le n° 23 nous montre que ces inflexions peuvent aussi avoir lieu sur les côtés ; ces sortes de déviations paraissent avoir été peu observées et à peine étudiées ; elles ne sont pas très rares cependant ; ainsi on a pu voir l'un des bords de l'utérus plus court que l'autre de 1, 2, 3, et même quatre centimètres ; mais en général ces inflexions ont lieu plus haut que celles qui surviennent en avant ou postérieurement. Dans les inflexions latérales, l'organe est plus communément coudé vers le milieu de son grand axe ; nous avons vu une de ces inflexions latérales sur le cadavre, dans laquelle la courbure s'était effectuée sur le côté gauche et près de l'angle supérieur. Enfin, nous l'avons dit déjà, les inflexions peuvent siéger latéralement et en avant, sur le côté et en arrière ; nous ne pourrions affirmer que les inflexions latérales soient plus fréquentes d'un côté que de l'autre. En ne consultant à cet égard que les probabilités, on serait porté à admettre qu'elles doivent être plus communes à droite qu'à gauche ; mais l'observation seule doit résoudre cette question. Quoi qu'il en soit, ce sont des déviations fréquentes ; elles ont lieu sous des angles variés, et dans des points divers de l'organe ; ou très près de la portion vaginale du col ; ou bien, près d'un des angles supérieurs, ou bien encore entre ces deux points.

Ces inflexions sont ordinairement compliquées de quelque autre lésion qui ajoute des symptômes à ceux de l'inflexion elle-même ; ainsi on observe comme coïncidence l'abaissement de l'organe, abaissement de deux espèces, ou absolu, ou relatif.

L'abaissement absolu est celui qui consiste dans le rapprochement véritable de l'utérus auprès de la vulve ; l'abaissement relatif est caractérisé par la descente du fond de la matrice sur un plan inférieur à celui du col, ce dernier occupant sa place normale ; quelquefois cependant il peut être lui aussi abaissé.

Une autre complication des inflexions est l'inclinaison du grand axe de l'organe, presque toujours sa flexion est accompagnée d'un degré plus ou moins considérable d'inclinaison en totalité, c'est sans doute la raison de la confusion des observateurs entre les versions et les inflexions. Si l'on recherche pourquoi l'utérus plié sur lui-même est presque toujours en même temps basculé dans sa totalité, le raisonnement le démontre bientôt ; il est, en effet, facile à concevoir que la flexion du fond de l'organe est une cause puissante d'inclinaison de l'axe tout entier, le fond fléchi en avant, par exemple, entraînera par son poids et sa position le col en arrière, il en résultera une antéversion qui compliquera l'antéflexion.

Toutes les fois donc qu'il y aura des raisons suffisantes de supposer une flexion de l'utérus, on devra s'attendre à trouver en même temps de l'abaissement et de l'inclinaison.

Il existe encore quelques autres complications, mais plus rares ; ce sont, par exemple, les maladies aiguës, chroniques de l'organe, des tumeurs, des excès de volume ou engorgements, et des adhérences, qui forment deux classes distinctes : ou bien ce sont des brides qui siégent dans le haut du vagin et qui sont survenues à la suite d'ulcérations ou de déchirures dans les accouchements ; on n'ignore pas en effet que s'il existe des ulcérations dans le cul-de-sac vaginal, quelle que soit leur cause elles amèneront en se cicatrisant des adhérences en haut, en bas, en avant, en arrière, sur les côtés, suivant leur siége ; ou bien ce seront des adhérences dans l'intérieur du bassin, des brides, suite de péritonite partielle, d'inflammation dans le tissu cellulaire, dans l'épaisseur des ligaments larges. Il est évident que si la femme guérit de ces différentes maladies il restera, dans le point qu'elles occupaient, des indurations, des noyaux, des rétractions dans les tissus, qui produiront les inflexions, par suite de ces brides, qui iront du bassin ou de l'intestin ou du péritoine à l'utérus.

Si nous examinons maintenant ces causes qui produisent les inflexions utérines, nous sommes frappés d'abord du peu d'attention qu'elles ont provoqué. Elles ont été en effet à peine étudiées, quoiqu'on ait examiné convenablement les causes des inclinaisons.

Nous pensons que ces causes sont à peu de choses près les mêmes, et qu'il n'est pas fort difficile de se faire une idée du mécanisme des inflexions et de l'influence qu'ont sur leur production les divers phénomènes que nous allons examiner.

Pour que l'utérus soit sollicité à se plier sur lui-même, il faut deux conditions : une puissance agissant en haut, et une puissance, ou au moins une résistance en bas. Or, la résistance, nous la trouvons dans le plancher du bassin tendu à la partie inférieure du canal osseux, et la puissance se montre sous le double aspect de l'action musculaire, d'une part ; du poids des viscères de l'autre : d'où résultent des pressions de haut en bas. L'utérus ainsi suspendu entre cette force et cette résistance, sera incessamment soumis à des compressions dont le résultat sera d'appuyer son col sur le plancher en même temps que le fond supportera le poids des viscères abdominaux, augmenté de tout l'effort de contractions musculaires se renouvelant à chaque instant. Ainsi, la toux, le vomissement, les efforts de l'accouchement, de défécation, les tumeurs dans le ventre, l'accumulation d'un liquide, l'action de lever les bras, de soulever un poids, etc., sont autant d'états ou d'actes qui deviendront des causes possibles de déviations.

Examinons, en effet, ce qui se passe alors. La femme a le bassin plus large que l'homme ; l'utérus flotte dans l'excavation ; quand la femme est seulement assise, les viscères pressent l'utérus ; comme la courbure du bassin est prononcée chez elle, le col arc-boute sur la partie inférieure, et les viscères agissant par la partie supérieure, tendent sans cesse ou à plier l'organe sur lui-même, ou au moins à le faire basculer. Le premier de ces deux résultats survient si le col se trouve fortement fixé ; est-il mobile, au lieu d'une inflexion c'est une inclinaison qui est produite.

Qu'on songe maintenant aux lieux que peuvent occuper les viscères, et l'on va s'expliquer tout aussi facilement les inflexions en avant, en arrière, etc. ; les viscères pressent-ils en avant, c'est l'inflexion en arrière à laquelle ils donneront naissance ; compriment-ils en arrière, ils plieront ou basculeront l'organe en avant, et de même pour les inclinaisons ou les inflexions latérales.

Il résulte donc de ceci, qu'incessamment l'utérus sera soumis pendant la vie à une action insensible tendant à modifier sa position : mais si l'on considère les efforts plus puissants qui agissent à intervalles dans le même sens et sur le même organe ; si l'on pense aux résultats produits par la défécation le plus souvent difficile chez les femmes, aux secousses de la toux dont la violence et le retentissement sur les viscères du bassin peuvent s'apprécier par l'émission des urines et l'excrétion de matières stercorales quelquefois involontaires dont elles s'accompagnent, aux ébranlements plus énergiques encore dont le vomissement est la cause, on se rendra raison alors de la fréquence des déviations de la matrice.

Une autre cause dont nous avons pu souvent constater les effets, se trouve dans l'action de lever les bras ; position prise chaque jour par les femmes pour parvenir à se coiffer. Dans cette attitude les muscles de l'abdomen sont fortement tendus, le diaphragme est abaissé, et presse ainsi sur la masse des viscères de façon à pouvoir produire des hernies, et par conséquent des inflexions. Ajoutons, pour compléter l'énumération des causes des déviations de la matrice tirées des différents actes de la vie, qu'il n'en est aucun exigeant la tension des muscles dont la répétition ne puisse produire les maladies dont nous parlons.

Enfin, un autre ordre de causes se tire de la pathologie même de l'utérus. Il est quelques-unes des lésions dont ce viscère est le siége, qui sont susceptibles aussi d'amener à leur suite les inflexions utérines. Déjà nous avons dit un mot des brides du col et du vagin ; il se peut, en réalité, qu'une maladie du col devienne la cause d'une inflexion de l'utérus. Ainsi, qu'on suppose le museau de tanche détruit en un point, la cicatrice se confondra avec le vagin ; il y aura formation d'une bride, soudure des deux parties, et par cela même déplacement du col ; si le fond suit le mouvement imprimé à l'autre extrémité, l'inclinaison est produite ; résiste-t-il, il y aura inflexion.

Les maladies du vagin amèneront le même résultat et de la même manière, le point de départ sera seul différent. Que, par exemple, une ulcération siége sur un des côtés de ce canal ; en guérissant, s'il y a perte de substance, il se rétrécira, se raccourcira d'un côté ou de l'autre. Or, entourant le col comme il le fait, la paroi raccourcie tiraillera l'utérus de son côté ; il y aura déviation.

La déformation des ligaments larges est encore assez fréquente ; bon nombre de femmes ont éprouvé des inflammations sourdes dans ces parties sans y faire beaucoup d'attention. Cela est commun surtout à la suite de l'accouchement. L'accouchée ne se rétablit pas sur-le-champ ; elle souffre modérément du ventre ; elle traîne quelques semaines de plus qu'à l'ordinaire ; le médecin ne voit rien de fort alarmant, ne sait pas au juste ce dont il s'agit ; la femme guérit ; le ligament large a été enflammé dans quelque point. Or, ces sortes d'inflammations avec de petits noyaux de suppuration, comme cela arrive, laisseront à leur suite des adhérences entre les lamelles celluleuses des feuillets de la membrane ; il y aura rétraction ; le ligament se trouvera plus étroit, et l'utérus attiré s'inclinera ou s'infléchira.

Il en sera de même pour le tissu sous-péritonéal du bassin, les phlegmasies du péritoine, des organes voisins, comme les intestins, le rectum, la vessie, pourront amener des résultats analogues ; l'accumulation des matières fécales, la rétention prolongée des urines, toutes choses ordinaires chez les femmes vivant dans le monde, pourront faire naître des effets pareils.

En définitive, s'il est quelque chose qui doive étonner, c'est que les déviations utérines, inclinaisons ou inflexions, ne soient pas encore plus communes, tant sont nombreuses et à chaque instant répétées les causes qui les peuvent faire naître.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Fracture de l'olécrane. — Traitement avec flexion de l'avant-bras.

Faut-il, dans le traitement des fractures de l'olécrane, maintenir l'avant-bras dans l'extension ou dans la flexion ? Cette question, comme on le sait, laisse encore quelque indécision dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens. M. Blandin incline pour la flexion ; on appréciera tout à l'heure les motifs qui le portent à agir ainsi. Disons quelques mots du fait à l'occasion duquel cette question a été soulevée.

Un jeune garçon de quatorze à quinze ans est entré à l'hôpital avec une fracture de l'olécrane. Voici, d'après ce qu'il a raconté, comment se serait produite cette fracture. En se baignant dans la Seine, il a plongé en tenant, comme cela se fait habituellement, ses bras étendus au-dessus de la tête, afin de mieux fendre l'eau. Ce serait, à ce qu'il paraît, pendant ce mouvement que la fracture aurait eu lieu. Il affirme du moins n'avoir heurté aucun corps solide, et l'on ne trouve, en effet, sur la peau aucune trace de violence extérieure. L'action musculaire, quoiqu'on ne se l'explique pas très bien dans cette circonstance, semblerait donc avoir suffi à elle seule pour déterminer la séparation de l'olécrane.

Quoi qu'il en soit, la fracture n'est nullement douteuse, et le diagnostic en est des plus faciles. On sent dans l'extension un écartement de près d'un travers de doigt.

On a immédiatement appliqué un appareil inamovible, et afin de prévenir les tractions que les contractions involontaires du triceps pourraient exercer sur le fragment mobile, on a pratiqué une compression graduée, et le membre a été maintenu appliqué contre le corps.

Ceux d'entre vous, dit M. Blandin, qui ont été témoins de ce pansement auront été surpris peut-être de me voir placer le membre dans la flexion, au lieu de le maintenir étendu comme le pratiquent et le recommandent en général les chirurgiens. On sait, en effet, qu'il se fait un écartement des fragments beaucoup plus grand dans la flexion que dans l'extension, et on est tout naturellement porté dès lors à se demander s'il n'est pas plus rationnel de maintenir le membre dans l'extension, comme on le fait pour les fractures de la rotule qui offrent avec celles-ci de grandes analogies, au moins sous le rapport des dispositions anatomiques et de l'action des agents musculaires qui s'insèrent sur les fragments. Mais bien que les conditions soient effectivement très semblables dans les deux cas, et que les indications semblent devoir être les mêmes, c'est-à-dire de maintenir les fragments dans les conditions du plus grand rapprochement possible, il y a un autre ordre de considérations que l'on doit d'autant moins négliger, qu'elles priment dans cette circonstance les indications dont il s'agit. En effet, ce qu'il y a le plus à craindre et ce dont on doit le plus se préoccuper dans ces sortes de fractures, comme dans toutes celles qui avoisinent les articulations, c'est l'ankylose. Dans l'alternative où l'on se trouve placé entre le défaut de consolidation de l'ankylose, si celle-ci ne paraît pas pouvoir être évitée, au moins doit-on faire en sorte qu'elle ait lieu dans les conditions les moins défavorables pour les fonctions du membre. Or, ces conditions diffèrent, comme on le sait, dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs. Si l'ankylose en ligne droite, c'est-à-dire dans l'extension, est préférable pour le membre inférieur, c'est le contraire qui a lieu pour le supérieur, où l'on doit chercher à obtenir l'ankylose dans la demi-flexion de l'avant-bras. Tandis que pour le traitement de la fracture de la rotule, la considération de l'ankylose et l'indication de la plus exacte coaptation possible concordent pour faire placer le membre dans l'extension, il y a au contraire une sorte de lutte entre ces deux considérations dans le traitement des fractures de l'olécrane. En présence de cette crainte de l'ankylose, la question se réduit donc ici à savoir s'il n'y a point quelque inconvénient sérieux pour la consolidation à maintenir l'avant-bras dans la flexion. Je me hâte de dire, tout d'abord, que plusieurs chirurgiens recommandent de placer le membre dans l'extension ; d'autres, au contraire, se fondant sur les motifs que je viens d'indiquer, veulent qu'on le mette dans la flexion. J'ai recouru aux deux méthodes, et j'ai reconnu que le reproche que l'on adressait à cette dernière, de ne permettre la réunion des fragments que par une substance fibreuse intermédiaire, n'était pas fondé, car dans les deux cas la réunion se fait de la même manière. Ce mode de réunion, qui dans les fractures de la rotule a le grave inconvénient de diminuer la force du membre, n'a pas un aussi fâcheux effet au membre supérieur, où l'on a moins à ménager la force que l'étendue des mouvements. D'ailleurs, la force du membre n'en est pas toujours sensiblement affaiblie ; et, d'un autre côté, s'il arrive souvent que la réunion ait lieu par une substance fibreuse, lors même que le membre est tenu dans l'extension, il arrive quelquefois aussi qu'elle se fait d'une manière immédiate et sans l'interposition de cette substance, le membre étant dans la flexion. M. Blandin eut l'occasion de constater ce fait chez un cocher qu'il avait traité dans la flexion. On pourrait d'ailleurs s'en laisser imposer quelquefois à cet égard par la persistance d'un certain degré d'écartement entre les fragments, et croire que la réunion n'a lieu que médiatement ou qu'elle est incomplète, alors qu'elle est réellement complète et immédiate. Il ne faut pas, en effet, juger de ce qui a lieu dans toute l'épaisseur de l'os, par ce qu'on remarque à sa surface. Il arrive quelquefois qu'il existe extérieurement un certain degré d'écartement, bien que l'os soit parfaitement réuni dans ses parties profondes. J'ai eu l'occasion, dit M. Blandin, de constater cette circonstance dans un cas de fracture de la rotule que je présentai dans le temps à l'Académie de médecine. Le sujet ayant succombé quelque temps après à une autre maladie, nous avons pu reconnaître à la face antérieure de la rotule un écartement assez considérable qui avait fait croire qu'il n'y avait point eu réunion, tandis qu'en réalité l'os était réuni en arrière.

Cataractes. — Moyen de prévenir les accidents consécutifs de l'opération.

Plusieurs opérations de cataracte pratiquées depuis peu ont fourni l'occasion à M. Blandin de signaler à ses élèves les avantages de la méthode d'abaissement et son innocuité parfaite, grâce surtout aux précautions qu'il a l'habitude de prendre lorsqu'il pratique cette opération. Un homme affecté de cataracte capsulo-lenticulaire a été complétement guéri le cinquième jour ; il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation ni intérieurement ni extérieurement ; la pupille était parfaitement nette, on ne retrouvait même plus de débris de la membrane capsulaire et la vue était parfaitement rétablie. De deux malades opérés depuis dans la même séance et actuellement couchés aux numéros 41 et 48, ce dernier était si bien dès le deuxième jour qu'on aurait pu impunément lui retirer son bandeau. La piqûre de la sclérotique était cicatrisée sans la moindre trace d'irritation, la pupille parfaitement nette. Le malade du n° 41 était dans des conditions tout aussi bonnes, mais comme il était opéré pour la seconde fois, et que la première opération avait été suivie d'un peu d'iritis, on a dû observer chez lui un peu plus de ménagement.

Ces résultats, dit M. Blandin, bien que remarquables, sont loin d'être rares dans notre service. Il n'est pas d'année que nous n'ayons à en constater de pareils. Une jeune demoiselle d'Auxerre, que nous opérâmes l'an dernier d'un seul œil, put retourner dans son pays le huitième jour, parfaitement guérie. Nous en avons reçu des nouvelles depuis et nous avons pu nous assurer que l'opération n'avait pas été suivie de strabisme, comme on prétend que cela arrive fréquemment dans ce cas.

On n'obtient de pareils résultats que par l'abaissement. L'extraction n'en approche pas à beaucoup près sous ce rapport. Mais pour y arriver il est des précautions importantes à prendre et que nous ne négligeons jamais, car nous avons la conviction qu'elles concourent puissamment au succès. Voici en quoi consistent ces précautions : le soir du jour où nous pratiquons l'opération, nous prescrivons une saignée du bras, proportionnée aux forces du malade. Cette évacuation sanguine diminue considérablement les chances de l'inflammation qui tend toujours à se prononcer dès le soir même ou dans le courant de la nuit qui suit l'opération. Cette saignée préventive nous paraît infiniment préférable à l'usage qu'ont quelques praticiens d'appliquer un vésicatoire au moment même de l'opération ; car ce vésicatoire a, suivant nous, le grave inconvénient de provoquer une excitation fébrile au moment précisément où l'on a le plus grand intérêt à prévenir toute espèce d'excitation. Le vésicatoire peut être utile, mais plus tard ; ce n'est plus alors à titre de moyen prophylactique, mais comme moyen dérivatif propre à modérer les accidents déjà développés qu'il convient d'avoir recours au vésicatoire.

Vous nous voyez encore, en général, appliquer chez nos opérés des stupéfiants locaux, tels que la belladone par exemple. Cette précaution a pour but de concourir avec la saignée à prévenir le développement de l'inflammation; mais elle a encore un autre objet, c'est d'obvier à l'une des conséquences les plus fâcheuses de cette inflammation, en particulier de l'iritis, dans le cas où l'on n'aurait pas été assez heureux pour en empêcher le développement. On sait, en effet, que l'iritis aiguë est très fréquemment suivie d'adhérences qui déterminent l'oblitération plus ou moins complète de l'ouverture pupillaire. Cette oblitération est même souvent complète lorsque l'iris est déjà contracté. Les applications de belladone ne s'opposeront pas sans doute à la formation de ces adhérences, mais on conçoit aisément qu'en maintenant l'iris dilaté elles empêcheront du moins que ces adhérences oblitèrent la pupille.

— Pendant que nous sommes sur ce sujet, nous signalerons une circonstance qui a empêché M. Blandin d'achever une opération de cataracte commencée dans la même séance où les deux derniers malades dont il vient d'être question ont été opérés. Cet accident pouvant se présenter quelquefois, il est bon que les jeunes praticiens en soient prévenus et qu'ils sachent la conduite qu'il faut tenir en pareil cas. Au moment où M. Blandin venait de faire pénétrer l'aiguille, bien que le malade ne manquât point de courage et qu'il fût parfaitement résigné à l'opération, il fut pris de mouvements convulsifs du globe oculaire, qu'il ne put maîtriser malgré la plus ferme volonté. M. Blandin jugea à propos de ne pas insister, et retira l'aiguille, ajournant à un moment plus opportun l'achèvement de l'opération. Telle est, en effet, la meilleure conduite à tenir en pareil cas, car outre qu'il serait imprudent d'agir autrement et d'insister au risque de blesser l'œil, l'ajournement n'a aucun inconvénient, car la piqûre guérit, comme on le sait, avec la plus grande facilité. En effet, chez ce malade, il ne s'est pas développé le moindre symptôme inflammatoire, et, dès le lendemain, on ne reconnaissait la piqûre qu'à une toute petite ecchymose. — On reviendra plus tard à cette opération, après toutefois avoir préalablement pris la précaution d'appliquer des compresses imbibées d'une solution de belladone ou d'opium, pour stupéfier l'œil et empêcher le retour des mêmes difficultés.

NOUVELLES.

Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique porte que la liste des ouvrages officiellement autorisés par l'Université sera arrêtée, chaque année, à l'époque des vacances, et publiée, au mois de septembre, dans le *Journal de l'Instruction publique*, un mois avant la rentrée des classes.

— M. le docteur Giraux vient d'être nommé médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne) en remplacement de M. Belloc, nommé médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Rennes.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 83. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De la fièvre intermittente.

Les cas de fièvre intermittente ayant été assez nombreux cette année dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Rostan a cru devoir saisir cette occasion de présenter à ses auditeurs quelques considérations cliniques sur ces affections, rares dans les grandes villes, et principalement à Paris. Nous ferons précéder ces réflexions de l'analyse sommaire de deux ou trois faits de fièvre intermittente observés dans les salles, et détaillés par le professeur.

Première observation. — Au n° 27 *bis* de la salle Saint-Antoine, est couchée une femme de vingt-sept ans, entrée le 28 avril, malade depuis huit jours seulement au moment de son entrée. Depuis cette époque, elle éprouvait tous les soirs un frisson violent qui durait deux heures environ. Les auteurs qui se sont occupés spécialement de la fièvre intermittente, et qui ont essayé d'en déterminer le siége, ont attaché une grande importance à la désignation de la région dans laquelle le frisson se manifeste au commencement de l'accès. M. Rayer, qui ne regarde pas le siége du frisson comme une chose indifférente, pense qu'il se produit toujours entre les deux épaules, dans la région de la colonne vertébrale. Nous reviendrons plus bas sur les conséquences que tire M. Rayer de cette circonstance. Chez cette malade, le frisson, avons-nous dit, durait environ deux heures, puis après venait la période de chaleur et de sueur.

Vous voyez déjà, et du reste il n'est personne de vous qui l'ignore, que la fièvre intermittente consiste dans une modification de la chaleur animale. La succession de ces trois états, frisson, chaleur, sueur, constitue la marche ordinaire de la maladie. Chacun des trois stades de la fièvre intermittente mérite une attention particulière. Notre dessein n'est cependant point d'en tracer ici l'histoire complète; ce qui nous obligerait d'examiner l'un après l'autre chacun des organes et des appareils d'organes dans les différents stades. Pour ne parler que de l'urine, par exemple, pendant la période de froid, elle est claire, limpide, transparente; puis dans la période suivante, tout en restant transparente, elle présente une couleur d'un rouge plus foncé. Pendant la diaphorèse elle devient trouble.

La malade dont nous parlons a présenté une matité peut-être un peu plus considérable de la rate à la percussion, sans augmentation sensiblement appréciable du volume de l'organe. Il y avait là, à n'en point douter, une fièvre intermittente simple, quotidienne. L'affection n'étant pas extrêmement intense, nous prescrivîmes pour tout traitement une tisane légèrement acidulée, nourriture légère, repos au lit. Les accès reparurent pendant quelques jours encore; puis, sans qu'on eût employé aucun fébrifuge, ils diminuèrent de longueur et d'intensité, et la malade guérit complétement. On devra noter ici cette circonstance importante, que le sulfate de quinine ne fut point mis en usage. Il est certaines affections, et la fièvre intermittente simple est de ce nombre, où l'on doit, avant de commencer l'administration des médicaments, abandonner la maladie à elle-même pendant quelque temps. Si l'on a retiré des effets aussi merveilleux de l'écorce de houx, de la salicine que certains auteurs ont prônées pendant longtemps comme de puissants fébrifuges, nul doute que ce ne soit parce qu'on les avait employées souvent dans des cas semblables à celui-ci, et dont on aurait probablement obtenu la guérison sans aucun traitement. Aussi, lorsque dans des cas sérieux de fièvre intermittente on a compté sur l'efficacité de ces prétendus fébrifuges, s'est-on trouvé fort étonné du résultat tout autre que celui dont les prôneurs des nouveaux agents thérapeutiques avaient fait tant de bruit. Dans la fièvre intermittente, il est en outre très essentiel d'attendre pendant quelques jours avant de prescrire aucun médicament, et de laisser passer plusieurs accès afin de savoir d'une manière certaine et positive si l'on a affaire à une véritable fièvre intermittente.

Deuxième observation. — Au n° 6 de la salle Saint-Jean, est couché un homme de vingt-six ans, terrassier, entré dans nos salles il y a sept ou huit jours pour une fièvre intermittente tierce. A propos de la profession de cet homme, nous devons faire observer que les travaux de terrassement prédisposent à certaines maladies, aux fièvres intermittentes, par exemple, et aux fièvres typhoïdes, non-seulement les individus occupés à ces travaux, mais encore tous ceux qui vivent dans les lieux où l'on exécute de grands travaux de cette espèce. Ce n'est que depuis les immenses travaux entrepris depuis quelques années pour les fortifications de Paris, que nous observons dans les hôpitaux un nombre aussi considérable de fièvres typhoïdes. Il y a sept à huit ans, nous fûmes chargés officiellement d'aller observer une épidémie de fièvres typhoïdes qui s'était manifestée dans un collége de province. La seule circonstance à laquelle nous pûmes rapporter la production de cette épidémie, fut des travaux de terrassement et des mouvements de terres exécutés sous les murs du collége. L'épidémie cessa dès que les travaux furent terminés. Chez le malade du n° 6, comme chez la femme dont nous avons présenté l'histoire plus haut, la maladie cessa au bout de quelques accès, sans aucune médication active et spéciale. La fièvre s'est pour ainsi dire usée toute seule.

Troisième observation. — Le troisième sujet que nous voulons signaler est un homme de vingt-six ans, couché au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne, d'une forte et robuste constitution, entré dans le courant du mois d'avril pour se faire traiter d'une fièvre intermittente tierce. Il éprouvait tous les deux jours, vers trois heures de l'après-midi, un frisson violent, suivi de chaleur et de sueur. Après le troisième accès, la fièvre a changé de type et de tierce est devenue quotidienne.

On a dû remarquer que dans ces descriptions, nous n'avons pas mentionné d'autres phénomènes que les altérations de la chaleur animale. Nous avons passé sous silence les autres troubles fonctionnels que l'on observe constamment dans un ou plusieurs des autres appareils d'organes. Nous n'avons pu noter chez aucun de nos trois malades des troubles de l'appareil digestif, ni selles liquides, ni vomissements, etc. Ceci est important à noter, parce que nous devons en conclure que ces individus n'étaient affectés que de fièvres intermittentes simples et légitimes, sans aucune complication et sans phénomènes autres que des modifications de la chaleur, et quelques symptômes généraux.

Nous avons cru devoir faire passer sous vos yeux quelques faits abrégés, en n'insistant que sur les principales circonstances particulières à chacun d'eux, avant d'aborder la question dont nous voulons vous entretenir, la nature de la fièvre intermittente. Nous n'avons pas besoin de vous dire que cette question est de la plus haute importance, et c'est parce qu'elle est loin d'être résolue, parce qu'elle divise encore maintenant un grand nombre de praticiens distingués, que nous sommes bien aise de la discuter devant vous.

Qu'est-ce que la fièvre intermittente? Lorsque l'on réfléchit aux phénomènes que présentent à l'observateur attentif les individus qui en sont atteints, on est véritablement très étonné de l'existence d'une maladie semblable, qui frappe un sujet à certaines heures fixes, toujours les mêmes, à jour fixe également, pendant un temps limité, puis disparaît et le laisse bien portant pendant un laps de temps plus ou moins long, pour se manifester de nouveau plus tard. Que devient la maladie, et où siége-t-elle pendant l'apyrexie? C'est là une question que l'on est forcé de s'adresser dans la plupart des maladies intermittentes, et qui a toujours occupé les pathologistes soit anciens, soit modernes.

Pour ne pas remonter au delà de Pinel, nous rappellerons que ce savant homme, lorsqu'il publia sa nosographie philosophique, ne considéra pas la fièvre intermittente comme une maladie existant par elle-même; il en fit un des types des cinq ordres de fièvres qu'il avait établis. Pinel distinguait cinq ordres de fièvres: inflammatoire, bilieuse, adéno-méningée, ataxique et adynamique. Ces fièvres étaient continues; mais Pinel pensa que le type intermittent n'existait que comme forme de chacune de ces fièvres; aussi, dans chacun des ordres que nous venons de mentionner, établit-il un genre dans lequel il comprend la forme intermittente ou rémittente correspondante. Ainsi, l'ordre fièvres méningo-gastriques ou bilieuses, renferme le genre fièvres intermittentes gastriques, tierce ou double tierce régulière et anomale; les adéno-méningées comprennent également les adéno-méningées quotidiennes, vraie et fausse; les adéno-méningées quartes, etc. et ainsi des autres. Nous devons lui rendre cette justice, qu'il n'établit pas ces divisions *à priori*. Il avait recueilli un grand nombre de faits dans lesquels il avait cru reconnaître, avec la forme intermittente, le caractère bilieux, muqueux, etc.

Puis vinrent les fièvres intermittentes ataxiques, malignes, et c'est dans ces divisions qu'il range les fièvres pernicieuses, ces variétés si graves de la fièvre intermittente, heureusement rares dans nos climats. Il était cependant deux sortes de fièvres que Pinel n'avait point rencontrées: la fièvre inflammatoire intermittente et l'adynamique, qu'il avait notée comme douteuse. Bayle trouva la fièvre adynamique intermittente, puis bientôt après il décrivit la fièvre inflammatoire intermittente. Un des élèves de Pinel, M. Fizeau, lui fit cette observation qu'il y a des fièvres intermittentes qui ne présentent aucun de ces caractères, qui sont éminemment simples. Pinel ne voulut point accepter cette observation, qui dérangeait complétement ses combinaisons. Eh bien! il eut tort; la réflexion de M. Fizeau était juste; parmi les malades que nous avons fait passer sous vos yeux, aucun n'offrait des caractères semblables à ceux décrits par Pinel dans les cinq ordres de fièvres qu'il a établis.

Lorsque plus tard, Broussais survint, voici la conséquence qu'il tira de la classification de Pinel; c'est que la fièvre intermittente était une gastro-entérite. Il commença par dé-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'élection de l'Académie des sciences. — Nomination de M. Lallemand. — Concours du Bureau central. — Nominations récentes. — La Faculté de Paris à propos de M. Lallemand. — Les votes des six. — Une singulière identité. — Bichat et les charlatans. — La commission de la peste. — Orateurs absents de l'Académie. — M. Royer-Collard.

L'élection de l'Académie des sciences s'est faite sans bruit, sans incidents, sans émotion et comme une chose arrêtée et convenue d'avance à laquelle il ne manque plus que la formalité ultime, c'est-à-dire la signature. Le dépouillement du scrutin n'a donné lieu à aucune de ces alternatives dramatiques où deux candidats prenant, perdant et reprenant tour à tour l'avantage, tiennent leurs partisans en suspens et en émoi. Non, M. Lallemand l'a emporté presque sans coup férir, et les 21 voix qui se sont disséminées sur cinq autres candidats n'auraient pu, dans aucun cas, balancer la victoire contre les 33 suffrages dont il était sûr. Voilà donc M. Lallemand membre de l'Institut; ce fauteuil dans lequel M. Breschet avait voulu le faire asseoir au lieu et place de M. Velpeau, M. Breschet le lui a donné sans combats et sans obstacle en mourant juste au moment opportun; certes, on ne peut pas pousser l'amitié plus loin. M. Lallemand a préféré le fauteuil académique à la chaire de clinique chirurgicale de Montpellier, le *dolce far niente* du palais Mazarin à la vie tant soit peu militante de la moderne Cos où, il faut le dire, il s'est toujours trouvé un peu dépaysé, où ses doctrines essentiellement anatomiques ont toujours fait disparate avec la philosophie vitaliste de cette antique et glorieuse école. Où qu'il soit, M. Lallemand sera certainement un homme d'une grande valeur; son ambition académique était légitime, et sa nomination ne blesse ni le droit ni la justice. Je n'ai absolument aucune observation à faire, aucune récrimination à élever; et puisque M. Lallemand a préféré les honneurs académiques au sacerdoce de l'enseignement, que son fauteuil lui soit léger!

— Les concours du Bureau central se suivent avec une rapidité extrême. En voici à peine un de terminé, qu'un autre recommence, qui sera immédiatement suivi d'un troisième. Celui qui vient de finir, et qui avait pour but la nomination de trois médecins, a eu une issue — moins certaines éliminations — complétement approuvée et digne de l'être. L'opinion unanime est que les trois concurrents nommés, MM. Bouley, Moissenet et Fauvel ont subi leurs examens d'une manière supérieure et fort distinguée. Cette nomination fait honneur au jury, qui, malgré de hautes et puissantes recommandations, n'a pris en considération que le mérite seul. J'ai eu trop souvent déjà la pénible occasion de tenir un autre langage, pour que je ne saisisse pas celle de rendre justice à qui de droit, et de féliciter les juges qui ont donné ce bon exemple. Espérons qu'il aura des imitateurs, et que les chances de la faveur et de l'intrigue diminueront à mesure que s'élèveront celles du vrai mérite et du savoir. Le concours qui a commencé samedi dernier concerne deux places de chirurgiens; celui qui commencera au mois d'août, aura lieu pour deux places de médecins.

— A la Faculté, l'élection de l'Académie des sciences a jeté une certaine animation parmi ses membres, qui semblent avoir de jour en jour une tendance de plus en plus grande vers le repos. Pour le dire en passant, c'est incroyable ce que notre Faculté a perdu depuis quelques années en importance et en considération scientifiques. Il règne autour de cette école je ne sais quelle atmosphère d'indifférence et de froideur qui frappe comme de paralysie professeurs et élèves. Les uns font, les autres suivent les cours par acquit de conscience, et pour remplir ce qui est pour les uns un devoir, pour les autres une obligation. Mais de l'enthousiasme, du mouvement, de cette noble et salutaire ardeur qui, partant de la chaire, se propage électriquement dans l'amphithéâtre, de cette chaude émulation qui unit dans un labeur commun le disciple et le maître, pour arriver l'un et l'autre à un grand résultat, non, rien de tout cela ne se rencontre plus dans la Faculté de Paris, qui, riche encore à cette heure de talents nombreux et divers, semble cependant ne plus vivre que sur son passé.

Je disais que ces jours derniers la Faculté paraissait être sortie de cet état de torpeur dans lequel elle languit. Mais l'agitation a été tout intérieure, et rien n'en a transpiré au dehors. Il s'agissait pour la Faculté d'opposer un candidat pris dans son sein à la candidature de M. Lallemand. Cette candidature, il faut le dire, a été vue de mauvais œil à l'Ecole, qui a trouvé injurieux que parmi les chirurgiens qu'elle possède, l'Institut n'en ait pas vu un seul propre à balancer la renommée de M. Lallemand. Donc, et après grandes conférences, il fut à peu près convenu que les professeurs membres de l'Académie des sciences ne voteraient pas pour M. Lallemand. Tout allait bien jusque-là; mais, d'accord sur le principe, la Faculté ne put s'entendre sur la question d'application. L'un proposait M. Gerdy; deux autres M. Bérard, un troisième M. Blandin; les autres, plus sages, ouvrirent l'avis de porter les suffrages de la Faculté sur le candidat qui présenterait le plus de chances. Ce dernier avis fut adopté. A-t-il été suivi, j'en doute très fort, et si j'étais tout à fait indiscret je pourrais dire comment, au gré des affectoins particulières, se sont disséminées les voix de la Faculté. Cependant, pour entraîner la Faculté dans les eaux de M. Lallemand, on avait fait valoir une considération bien puissante. De même, avait-on dit, que ce candidat renonce à l'enseignement, de même vous n'aurez pas à le craindre pour la clientèle, à laquelle il renonce. La clientèle!.... ce nom magique a rendu fort attentives certaines oreilles, et je crains bien que, malgré l'esprit de corps, quelque billet furtif à cette intention ne se soit glissé dans l'urne du scrutin. Prenez garde à quelque Sixte-Quint chirurgical, Messieurs de l'hermine!

— J'ai entendu, mardi dernier, professer de singulières doctrines à l'Académie de médecine, et d'étonnantes propositions y ont été émises. On sait qu'un membre fort zélé et fort instruit de cette compagnie y a lu un travail dans lequel il soutient que le typhus et la fièvre typhoïde sont identiques. M. Gaultier de Claubry, qui a écrit un livre fort intéressant sur ce sujet, dont l'Académie a reconnu le mérite en lui accordant un prix et en le nommant membre de la compa-

montrer que les cinq ordres créés par Pinel n'étaient autre chose que des formes diverses de la gastro-entérite, et, pour le dire en passant, l'assertion de Broussais, appuyée sur les preuves fournies par l'anatomie pathologique, est à peu près généralement admise maintenant. Raisonnant avec logique; car Broussais avait une logique très serrée, il dit : Nous avons démontré que les fièvres de Pinel ne sont autre chose que des formes de la gastro-entérite, de l'irritation gastro-intestinale. Or, la fièvre intermittente n'étant qu'une forme des fièvres essentielles admises par cet auteur, il est évident que la fièvre intermittente est une gastro-entérite intermittente. Cette manière de raisonner était très adroite. Mais les faits sont venus détruire le raisonnement de Pinel et de Broussais. Il est prouvé qu'il y a des fièvres intermittentes qui sont bien elles-mêmes et ne dépendent nullement d'une phlegmasie de l'appareil digestif; aussi, gardons-nous d'admettre les prémisses posées par Broussais comme entièrement vraies, car nous serions forcés d'admettre les conséquences, et elles sont loin d'être l'expression de la vérité dans le cas dont il s'agit ici.

Comme tous les chefs d'école, Broussais a eu des élèves qui ont exagéré ses doctrines. On a fait des livres pour démontrer que la fièvre intermittente n'était qu'une suite de phlegmasies indépendantes. On a trouvé des exemples d'intermittence pour presque toutes les phlegmasies; mais il faudrait se garder de tirer de cette circonstance des conséquences absolues. Ce ne serait là présenter qu'un des côtés du tableau. On ne doit pas faire attention seulement aux cas exceptionnels. On ferait de très gros livres avec les cas exceptionnels en pathologie. La raison en est simple. Les cas exceptionnels sont plus communs dans la science que les cas réguliers et normaux, parce qu'on les recueille tous, tandis qu'on laisse de côté les faits connus et qui, rentrant dans les lois générales, présentent beaucoup moins d'intérêt.

Pour notre part, nous nous élevons hautement contre cette proposition, à savoir : Que les fièvres intermittentes ne sont que des phlegmasies intermittentes. Nous arrivons maintenant aux opinions plus récentes de MM. Brachet, Rayer, qui placent le siége de la fièvre intermittente dans le système nerveux, mais chacun dans une portion différente de ce système, l'un dans le système encéphalo-rachidien; l'autre le système ganglionnaire.

Pour M. Rayer, le siége de la fièvre intermittente est le système nerveux cérébro-spinal, d'une lésion duquel elle dépendrait. Dans un article très détaillé, qu'il a publié sur ce sujet en 1825, il s'attache à développer cette opinion en s'appuyant sur l'analyse des phénomènes morbides et sur les recherches anatomiques. « Puisque les trois stades de la fièvre intermittente, dit M. Rayer, se succèdent régulièrement et constamment dans un ordre toujours le même, tout annonce que le second et le troisième sont une dépendance du premier, dont les phénomènes sont nécessairement l'expression d'une lésion primitive et caractéristique. Or, ces phénomènes morbides sont-ils autre chose que des désordres fonctionnels de la portion cérébro-spinale du système nerveux et des organes qu'elle a sous sa dépendance? frisson, malaise général, lassitude, douleurs dans le dos et les membres, céphalalgie, etc. Si de la douleur et un sentiment de fourmillement suivant le trajet du nerf sciatique ou du nerf facial suffisent pour caractériser une lésion de ces organes, les phénomènes graves et multipliés du premier stade d'une fièvre intermittente sont-ils donc insuffisants pour indiquer une affection du cerveau et de la moelle épinière? » M. Rayer invoque l'analogie des symptômes de la fièvre intermittente avec les phénomènes de la peur, les accès d'hystérie et d'épilepsie; les nombreuses connexions du système nerveux avec les autres organes de l'économie, qui expliquent si facilement la production des fièvres d'accès symptomatiques et les lésions consécutives de la fièvre. Quant au résultat des recherches anatomiques, une fièvre intermittente simple et primitive ne tue jamais un malade. Si, chez les sujets que l'on a pu ouvrir, l'on n'a jamais rencontré de lésions du cerveau ni de la moelle épinière, M. Rayer en accuse les observateurs qui ont négligé d'ouvrir le crâne et le rachis. « Aucun des désordres fonctionnels observés dans l'accès d'une fièvre intermittente, dit en terminant l'auteur que nous citons, n'indiquant une lésion du nerf trisplanchnique, plusieurs observations établissant d'un autre coté la possibilité de la complication de la fièvre intermittente avec une névralgie sciatique, faciale, etc., j'ai cru devoir limiter le siége de la fièvre d'accès à la portion cérébro-spinale du système nerveux; l'influence bien connue de la moelle épinière sur la circulation, la production de la chaleur animale, les mouvements volontaires, s'opposant à ce que l'on en restreigne le siége dans le cerveau. »

M. Brachet attribue la fièvre intermittente au trouble fonctionnel du nerf trisplanchnique. Voici comment il s'exprime : « Si l'on observe que les causes déterminantes de la fièvre agissent plus spécialement et le plus ordinairement sur les appareils soumis à l'action du système nerveux ganglionnaire; si l'on examine que les phénomènes pathologiques se passent en plus grand nombre et plus essentiellement dans les organes dépendants de ce système; si l'on fait attention que tous ou presque tous les médicaments s'adressent à ces mêmes organes; enfin, si l'on admet que les nerfs ganglionnaires ne transmettent leur souffrance qu'à leurs centres nerveux particuliers, les ganglions dans lesquels les nerfs cérébraux viennent la puiser, et que l'on attribue à cette liaison des deux systèmes nerveux dans les ganglions la sensation douloureuse que le malade éprouve dans le dos et dans les lombes pendant un accès, on sera porté à regarder le système nerveux ganglionnaire comme le siége premier de la maladie. En effet, les effluves marécageux n'agissent que sur les poumons et sur la peau, et là, ils agissent sur le système ganglionnaire, puisqu'ils sont absorbés et n'agissent que consécutivement... Je crois donc, sans qu'il soit possible de le prouver mathématiquement : 1° que le siége réel de la fièvre intermittente se trouve dans le système ganglionnaire; 2° que l'altération de celui-ci consiste dans une modification quelconque, que l'on appellera, si l'on veut, excitation, irritation ou de tout autre nom, mais qui n'est certainement pas une inflammation. Voilà tout ce qu'il est possible d'admettre; l'observation, l'expérience et les recherches d'anatomie pathologique ne démontrent rien de plus. Cette manière d'envisager la fièvre intermittente est d'autant plus vraie, qu'elle explique comment la fièvre se développe sous l'influence de causes si variées. Il suffit, en effet, que la modification indiquée du système nerveux ganglionnaire soit produite pour que la fièvre ait lieu. »

Nous nous sommes étendu avec détail sur les opinions de MM. Rayer et Brachet, parce qu'elles sont les plus récentes, et, sans contredit, d'une haute importance. D'autres auteurs enfin sont venus, qui ont pensé que le système cérébro-spinal et le système ganglionnaire étaient pour une part égale dans la production de la fièvre intermittente. Il faut conclure, en disant que, pour ces auteurs, la fièvre intermittente a son siége dans le système nerveux. Nous pensons que cette opinion est la plus digne de confiance et réunit pour elle beaucoup de probabilités. Reste à vous entretenir de l'avis de ceux qui placent le siége de la maladie dans la rate et de la nature de l'affection, deux points dont nous nous occuperons dans une prochaine séance.

Dr A. Foucart.

HOTEL-DIEU. — M. Chassaignac.

Kyste hydatique du poignet.

Le nommé Jean-Baptiste-Greillée, âgé de quarante-neuf ans, garçon grainetier, se tordit assez violemment le poignet droit en voulant soutenir un minot de féveroles très pesant. Cet accident lui arriva, nous dit-il, au mois de mars 1842. Aussitôt, il ressentit une douleur extrêmement vive dans cette articulation, et éprouva une sensation distincte de craquement. Huit jours après environ, apparut sur l'avant-bras, au devant du poignet, à trois centimètres à peu près au-dessus du ligament annulaire du carpe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume pendant deux mois. Lorsqu'elle eut atteint un développement comparable à celui d'une noix, elle cessa d'augmenter et resta stationnaire. Elle n'était nullement douloureuse, gênait à peine les mouvements, et n'empêchait point de se livrer à ses occupations habituelles le malade, qui s'était accoutumé à sa présence et n'y faisait aucune attention.

Au mois de janvier de l'année dernière, sans cause appréciable, cet homme sentit à la paume de la main, au niveau de l'articulation de l'index avec le second os du métacarpe, une seconde tumeur, très petite d'abord, mais qui fit insensiblement des progrès, gagna de proche en proche, et transversalement les gaînes tendineuses des trois derniers doigts. Après s'être développée dans le sens transversal, elle grandit de haut en bas, remontant d'un côté vers le ligament annulaire, verticalement, à la rencontre de la première tumeur du poignet, et descendant d'autre part dans les gaînes tendineuses des doigts. L'augmentation de la tumeur fut surtout remarquable depuis le mois d'avril de l'année dernière; en même temps le malade ressentit des douleurs assez vives dans tous les points occupés par la tumeur, douleurs qui augmentaient à la pression, et qui obligèrent peu à peu le malade à abandonner complétement ses occupations. Ce ne fut que le 14 février dernier qu'il se décida à entrer à l'hôpital. Il fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 1, dans le service de M. Chassaignac.

Au moment de son entrée, la connaissance des antécédents, la cause, la marche de ces tumeurs, firent présumer au chirurgien que l'on avait affaire à des kystes synoviaux, connus aussi sous le nom de ganglions. Mais ce qu'ils présentaient de curieux, c'était l'absence de communication apparente entre la tumeur de la partie inférieure de l'avant-bras et celles de la paume de la main, par-dessous le ligament annulaire. Ce qui démontra l'absence de ces communications, c'étaient l'impossibilité de faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre, par une pression même assez forte, puis le mode de développement suivi par les tumeurs palmaires. En effet, cette dernière avait commencé dans un point éloigné du ligament annulaire; en sorte que, au début, au moins, il était évident que son existence était tout à fait indépendante de celle de la grosseur de l'avant-bras.

Au moment où l'on examina le malade pour la première fois, la douleur produite dans les ganglions palmaires par la pression fit supposer qu'un travail inflammatoire s'était développé dans l'intérieur des kystes, mais n'avait encore attaqué que ceux de la paume de la main, et ne s'était point propagé jusqu'à la tumeur de l'avant-bras. La peau paraissait amincie, et semblait nécessiter une opération prompte. On se borna pendant quelques jours à prescrire des frictions avec la pommade hydriodatée.

Le 18 février, l'état du malade étant resté à peu près le même, M. Chassaignac fit l'opération. Une ponction fut pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur, à l'aide d'un trois-quarts. Cette ponction donna immédiatement issue à une grande quantité d'hydatides de la grosseur et presque de la forme d'un grain de riz. Le liquide dans lequel nageaient ces corpuscules était peu abondant, transparent, séreux, un peu visqueux cependant. Une fois la tumeur palmaire complétement évacuée, ce ne fut qu'à l'aide d'une forte pression exercée de haut en bas, que l'on put vider la tumeur de l'avant-bras, dont les communications au-dessous du ligament annulaire étaient probablement fort étroites. Elle contenait, comme l'inférieure, une grande quantité de corpuscules blanchâtres, opalins, hydatiformes, de la même grosseur et du même aspect. On injecta par la canule du trois-quarts de l'eau tiède d'abord, pour vider complétement la tumeur, à trois reprises différentes. Une quatrième injection fut faite avec la teinture d'iode. Le kyste vidé une dernière fois, on exerça sur ses parois une légère compression au moyen d'un gâteau de charpie; l'ouverture produite par la ponction fut préalablement recouverte d'une bandelette agglutinative. Diète.

Le 19, légères douleurs et sentiment de cuisson dans la main, plus forts dans le point où a été pratiquée la ponction. Chaleur générale de la peau. On laisse le même pansement, et l'on continue la compression modérée. Un peu d'in-

---

gnie, a cherché à prouver cette identité par l'anatomie pathologique, par les symptômes, par la marche, par la nature et par tous les éléments de ces deux maladies. Il s'est bien gardé d'oublier la contagion qui, incontestable pour le typhus, lui paraît également prouvée pour la fièvre typhoïde. M. Dubois (d'Amiens), dans un discours écrit, et, par conséquent, préparé et réfléchi, n'a voulu adopter qu'une partie de l'opinion de son collègue. Le typhus et la fièvre typhoïde sont *identiques*, pour lui; mais rien ne prouve que cette dernière soit contagieuse, tandis que la contagion du typhus ne peut être révoquée en doute. Comprenez-vous bien une *identité* qui présente une *différence* aussi énorme? Quoi! de deux maladies, l'une est contagieuse et l'autre ne l'est pas, et vous les appelez identiques? Mais quel est donc, pour vous, le sens logique, grammatical et pathologique du mot identité? Je ne crois pas qu'en bonne pathologie on puisse admettre une identité aussi étrange, et si la contagion, ce caractère capital de certaines maladies, ne suffit plus pour lui assigner une place à part dans nos classifications toujours plus ou moins arbitraires, je ne sais, en vérité, sur quelles distinctions plus marquées il sera possible d'établir la nosographie.

— Honte et douleur! Le grand nom de Bichat n'a pas été respecté de ces avides et ignobles trafiquants de remèdes secrets, qui ont déjà pollué de leurs mains sacriléges tant d'autres renommées respectables. Ils avaient inventé le *sirop de Chaussier*, de Chaussier le plus sceptique peut-être des thérapeutistes; la *pommade de Dupuytren* pour faire croître les cheveux, et autres turpitudes analogues; eh bien! voici la *liqueur de Bichat* qui sert

> à réparer des ans l'irréparable outrage,

c'est-à-dire à rendre aux vieillards décrépits comme une réminiscence de jeunesse, pourvu qu'ils boivent tous les mois un flacon de ce précieux élixir (prix, 25 francs), et que du contenu d'un autre flacon ils frictionnent certains organes que Voltaire comparait à l'amour-propre, qu'il fallait cacher comme eux. L'auteur du prospectus dont je tire ces belles choses a l'impudence de dire qu'il tient ce secret de Bichat lui-même!.... On raconte que ces jours passés, M. Roux, propriétaire de la tête du grand physiologiste, a été fort surpris de la voir bondir sur la tablette où depuis quarante ans elle reposait immobile. C'était d'indignation, monsieur Roux, peut-être de colère contre vous, qui laissiez ainsi insulter sans mot dire une des plus pures, des plus belles et des plus poétiques renommées.

— Pendant qu'à l'Académie des sciences, on déclare tout net qu'on a complétement égaré les pièces et les documents sur lesquels elle devait faire un rapport si impatiemment attendu sur la peste et les quarantaines, la commission de l'Académie de médecine, au contraire, s'occupe de ce sujet avec le plus grand zèle, et sera prochainement en mesure de lire son rapport. C'est à M. Prus que cette tâche a été confiée, tâche ardue et laborieuse, mais que personne n'est apte à mieux remplir que lui. En attendant, l'intendance sanitaire de Marseille pousse ses convictions jusqu'à l'héroïsme, et en réponse aux légères modifications consenties par le ministère relativement aux quarantaines, elle a donné sa démission. On voit combien le rapport de l'Académie de médecine va acquérir d'importance et d'autorité dans les circonstances actuelles, et de quel intérêt il est pour la commission de procéder avec réflexion et maturité. Du reste, jamais commission n'aura eu, dit-on, à s'exercer sur des documents plus nombreux; outre tous ceux que l'Académie possédait sur la matière, tous ceux qui remplissaient les cartons ministériels, la commission en a reçu de tous les coins du monde. De sorte que tout fait présager un rapport intéressant et une discussion sérieuse. J'y trouverai probablement l'occasion de continuer ma petite galerie des orateurs académiciens, qui, cette fois, manque d'aliments, la dernière séance ne m'ayant rien offert qui puisse me servir de thème.

Je profiterai de cette disette d'orateurs présents pour dire quelques mots d'un orateur absent, absence que regrettent fort tous ceux qui se plaisent dans le développement de bonnes et de grandes idées scientifiques revêtues d'un beau langage. Je veux parler de M. H. Royer-Collard, qu'une longue et pénible maladie éloigne depuis plus d'un an des séances académiques. C'est grand dommage pour l'Académie, dont M. Royer-Collard est certainement l'improvisateur le plus habile et le plus éloquent. Dans les rares occasions où M. Royer-Collard a pris part aux discussions, il a fait preuve d'une instruction du meilleur aloi admirablement servie par une facilité, une élégance de formes merveilleuse. M. Royer-Collard réalise l'orateur académique tel que le comprend notre époque, tel que le veulent aujourd'hui les exigences de la science moderne, simple sans trivialité, animé sans fanfaronnade, élégant sans recherche, savant sans prétention, convenable et digne sans affectation, montrant toujours mais avec discrétion et mesure les qualités littéraires qui résultent d'une première et libérale éducation. Toutes ces facultés que je lui reconnais avec plaisir rendent mille fois regrettables sa maladie et son absence. Avec tous ses amis, avec tous ceux chez lesquels la douloureuse position de M. Royer-Collard a excité de vives et d'honorables sympathies, je fais des vœux sincères pour qu'il soit bientôt rendu à la Faculté, où il laisse un grand vide; à l'Académie, où il n'est pas remplacé.

Jean Raimond.

NOUVELLES.

A la suite du dernier concours pour trois places de médecins au Bureau central des hôpitaux de Paris, ont été nommés : MM. Bouley, Moissenet et Fauvel.

— Le rapport sur l'organisation du Congrès médical, sera lu jeudi prochain à la commission, qui fixera le jour où il sera communiqué aux délégués des Sociétés de médecine.

— On écrit de Constantinople, 17 juin :

« Il va être formé un ministère de l'instruction publique, sous la présidence de Soliman-Pacha. Ce ministère aura tous les autres sous sa direction, et mettra à exécution le plan d'études approuvé par le sultan. Une commission permanente examinera les professeurs, ainsi que les traductions d'ouvrages écrits en langue étrangère, et rédigera les écrits destinés à l'instruction du peuple. Elle établira aussi une bibliothèque centrale. »

somnie la nuit dernière. — Julep gommeux diacodé; une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

Le 20, l'état du malade est satisfaisant. On cherche à redresser les doigts, qui, par suite du développement de la tumeur étaient depuis quelque temps maintenus fléchis. Une attelle est placée sur le dos de la main et du bras, assujettie par des tours de bande; les doigts sont soutenus par des bandelettes de diachylum qui les redressent et viennent se fixer à l'attelle.

Le 21, les douleurs produites par l'extension des doigts ont été si violentes, que l'on a été obligé d'enlever l'attelle, et de laisser les doigts à la position vicieuse qu'ils avaient prise. L'ouverture produite par le trois-quarts est complétement refermée, à tel point qu'il est à peu près impossible de la découvrir. Pas de rougeur, un peu de sensibilité à la pression; un peu de gonflement déterminé par l'injection irritante qui en a été faite.

Le 24, le bandage fut levé de nouveau; la tumeur était sensiblement moins volumineuse que les jours précédents, toujours un peu sensible à la pression, sans rougeur ni chaleur anormale de la peau. *Emplâtre de Vigo cum mercurio* sur la paume de la main.

A partir de ce moment, la résorption des liquides épanchés dans la tumeur par suite de l'injection irritante qui avait été faite dans le kyste s'opère rapidement, et le malade sort de l'hôpital en état de guérison complet.

— Sans être extrêmement communs, les kystes de cette nature ne sont pas très rares. C'est Laënnec, dans son mémoire sur les vers vésiculaires, qui semble avoir le premier décrit le kyste hydatique du poignet. Dès 1805, il publiait le fait suivant, que nous avons jugé curieux de rapporter, à cause de sa ressemblance avec celui dont nous venons de donner les détails, et qu'il citait comme exemple de l'existence d'une variété *rare* d'acéphalocystes :

« On ouvrit, dans le courant de l'an XI, dit-il, à l'Hôtel-Dieu, une tumeur placée vers le poignet d'une femme de moyen âge. Il en sortit de petits corps que M. Dupuytren, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, et chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine, me communiqua. La forme de ces corps était très variée; les uns étaient ovalaires, les autres allongés, d'autres triangulaires. Plusieurs étaient tronqués dans une partie de leur circonférence, sans qu'il y eût cependant aucune solution de continuité en ces endroits. Tous étaient aplatis. Leur longueur était de quatre à douze millimètres. Ils étaient d'un blanc laiteux opaque vers le milieu, demi-transparent vers les bords, qui allaient en s'amincissant. Ces corps, incisés longitudinalement dans le sens de leur largeur, parurent composés de deux substances, l'une extérieure, presque opaque, d'un blanc laiteux, et absolument semblable au blanc d'œuf cuit; l'autre, intérieure, grise, plus transparente, plus molle que la précédente, un peu grumeleuse et assez semblable à de la gélatine à la fermeté près. Ceux de ces petits corps qui étaient le moins aplatis, présentaient vers leur centre une cavité assez marquée. L'inspection la plus attentive ne put me faire distinguer dans ces corps aucun organe distinct; mais leur état d'isolement et leur ressemblance de texture avec les acéphalocystes ne permettent guère de douter que ce ne soit des vers. M. Dubois, professeur à l'Ecole de médecine, m'a donné, depuis, une cinquantaine de corps de même espèce qu'il avait aussi retirés d'un kyste situé au poignet. Si l'on parvient un jour à observer en eux quelque signe de vie, on pourra les désigner sous le nom d'*acephalocystis plana*. »

Depuis l'époque où Laënnec écrivait, d'autres auteurs distingués se sont occupés des kystes du poignet, et parmi eux nous citerons M. Cruveilhier, qui, dans son précis d'anatomie pathologique, a rapporté un assez grand nombre d'observations de cette nature, recueillies en partie dans la pratique de Dupuytren. Nous allons examiner successivement ces tumeurs d'une manière succincte, sous le rapport de leur nature, des symptômes, du pronostic et du traitement.

Relativement à leur nature, nous avons dit l'opinion de Laënnec. Comme lui, Dupuytren était porté à penser que ces corps étaient organisés. Il se fondait sur leur forme à peu près constante, sur leur structure; ils sont composés de lames superposées, distinctes; il n'est pas certain qu'ils n'aient point une cavité. S'ils n'étaient pas organisés, disait-il, comment auraient-ils pu se conserver intacts pendant plusieurs jours au milieu de la suppuration? Enfin, il croyait avoir aperçu des mouvements dans un de ces corps, fait qui, une fois bien constaté, dissiperait tous les doutes que l'on pourrait encore avoir. Hipp. Cloquet, qui n'en a jamais observé qu'après des autopsies cadavériques, et par conséquent n'a pu constater chez eux aucun signe de vie, n'a point remarqué non plus qu'ils renfermassent une véritable cavité. Tout en se disant fondé à penser que ces corps sont des vers vésiculaires, il avoue que rien ne prouve à ses yeux d'une manière positive que son opinion soit fondée. MM. Bosc et Duméril, après un examen attentif et scrupuleux de corpuscules de cette nature, n'ont jamais pu voir en eux aucun mouvement évident. Leur structure leur a également paru amorphe, et ils n'ont pu, même au plus fort grossissement de la loupe et du microscope, découvrir chez eux ni bouche, ni suçoir. De tous ces faits, M. Cruveilhier a conclu que ces corps, pris par quelques auteurs pour des hydatides, étaient tout simplement des concrétions inorganiques, des produits de sécrétion. Suivant lui, ils ne sont point creusés d'une cavité comme les acéphalocystes, mais seulement composés de pellicules qui s'emboîtent les unes dans les autres, et dont chacune représente assez bien la membrane des acéphalocystes ordinaires. Cette manière de voir, qui n'était d'abord qu'une simple présomption, devint une certitude pour M. Cruveilhier, lorsqu'ayant eu occasion de faire l'autopsie d'un de ces kystes, il vit plusieurs des corps en question encore adhérents à la poche synoviale par une de leurs extrémités; autour de chacun des tendons des muscles, existait une demi-gaîne épaisse, de même aspect que les petits corps, adhérents ou libres; il pensa que la matière albuminiforme, demi-transparente qui les constituait, était pour ainsi dire exprimée, criblée à travers les tendons, ce qui donnait à tous les corps le même volume et la même forme. Tout en restant d'accord avec plusieurs des auteurs que nous venons de citer sur la possibilité de la non-vitalité de ces corps, nous ferons cependant remarquer que l'absence de mouvements, sur laquelle on a tant insisté, ne prouverait rien du tout, car il est d'observation que les acéphalocystes n'exécutent aucun mouvement spontané.

La symptomatologie est à peu près la même que celle des autres kystes, et le diagnostic différentiel par conséquent assez difficile à établir. Cependant, il y a quelques caractères particuliers au moyen desquels on peut souvent espérer d'arriver à la connaissance probable de leur nature. Ces caractères ont été tracés par Dupuytren, dans la clinique chirurgicale duquel on en rencontrera plusieurs exemples. La tumeur formée par cette affection est quelquefois bornée à l'avant-bras, et bornée par le ligament annulaire du carpe; le plus souvent, elle est bilobée, en forme de bissac, l'étranglement étant terminé par ce ligament annulaire. Indolente au commencement, elle finit toujours par devenir plus ou moins douloureuse et gêne totalement les mouvements des doigts. Elle donne au chirurgien la sensation d'une fluctuation évidente. Le plus souvent, la pression exercée sur l'une des tumeurs, fait refluer dans l'autre une portion du liquide qu'elle contient. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi; dans le cas actuel, il était impossible de faire refluer le liquide de l'une dans l'autre poche du bissac, bien qu'il existât une communication comme on put s'en convaincre lorsque l'on vida les deux kystes par l'incision de la tumeur palmaire seulement. Mais il est hors de doute que cette communication était extrêmement étroite.

Un phénomène caractéristique de ces sortes de tumeurs c'est une sensation de froissement que l'on perçoit par la pression, sensation que l'on a comparée à celle que feraient éprouver des grains de riz à moitié cuits, et peut-être mieux encore à celle que l'on perçoit en serrant entre les doigts de la dextrine sèche. Ces tumeurs n'ont pas de temps fixe pour leur développement; ordinairement il est lent, et ce n'est que peu à peu, d'une manière presque insensible que le volume augmente et que la douleur se manifeste. C'est principalement chez les adultes que l'on observe les kystes du poignet. Nous disons les kystes du poignet, parce que ce n'est guère qu'au poignet, beaucoup plus rarement dans l'articulation radio-tarsienne qu'on les constate. La cause en est presque toujours la même : c'est le plus souvent une forte pression ou une distension violente de l'articulation, une véritable entorse qui en détermine la formation; sous ce rapport, le cas actuel rentre dans la loi commune, car c'est après une torsion du poignet que le malade a commencé à s'apercevoir de l'apparition de ce kyste.

Le pronostic des kystes du poignet est toujours grave. Abandonnés à eux-mêmes, leur résultat est de rendre inutile le membre presque tout entier, tant à cause de la flexion des doigts et de la douleur qu'elle détermine, que pour l'immobilité du membre qu'elle nécessite. Le pronostic ne pouvant presque jamais être séparé du traitement, nous devons nous occuper à la fois de ces deux points de l'histoire de la maladie. Le traitement, même le plus logique et le plus rationnel, expose souvent les individus qui présentent cette affection à des conséquences funestes, à une inflammation suppurative qui s'accompagne fréquemment de symptômes réactionnels intenses. On a vu quelquefois la mort en être la suite. Sur dix observations rapportées par M. Cruveilhier, une fois la mort fut la suite de l'opération. Elle est en général plus redoutable lorsqu'elle a son siége dans les gaînes tendineuses, que lorsqu'elle n'occupe que les bourses sous-cutanées.

Le traitement externe par la compression, les douches, les topiques astringents, les frictions résolutives avec l'onguent napolitain, les émissions sanguines, locales, ne sont en général d'aucune utilité contre les tumeurs dont nous nous occupons. La seule opération qui puisse amener la guérison certaine et complète des kystes du poignet, consiste dans l'ouverture de la tumeur, et dans l'évacuation des corps étrangers qui la remplissent. Cependant on serait dans l'erreur si l'on pensait que cette simple ponction suffit; tant que le kyste persistera, la maladie pourra se reproduire. Un des faits dus à Dupuytren offrit cette reproduction de la maladie, et dans cette circonstance la marche du kyste, son accroissement, furent beaucoup plus rapides que la première fois.

L'opération doit en général être pratiquée sur les deux tumeurs, au-dessus et au-dessous du ligament annulaire. Une fois cette double incision faite, et quelquefois même on a compris dans la section le ligament annulaire lui-même, sous lequel on avait passé une sonde cannelée, Dupuytren avait coutume de passer dans les deux plaies une mèche à séton au moyen de laquelle il provoquait une inflammation adhésive; mais les accidents inflammatoires très souvent des plus graves, qui en résultaient le déterminèrent bientôt à y renoncer. Quelques chirurgiens admettent que la double incision suffit pour faire naître la suppuration sur toute l'étendue de la séreuse du poignet. Les succès obtenus dans ces derniers temps par M. Velpeau à l'aide des injections iodées, comme moyen de provoquer une inflammation adhésive dans les kystes séreux, conduisit M. Chassaignac à les mettre en usage dans ce cas, et nous avons vu que le succès a couronné cette tentative. On a conseillé également, et M. Bérard a obtenu une fois un grand succès de cette manière d'agir, on a conseillé, pour modérer les phénomènes inflammatoires, les irrigations continues avec l'eau froide. L'observation que nous avons rapportée, outre les bons effets de l'injection iodée, a eu ceci de curieux, que M. Chassaignac a pu se dispenser de faire deux ouvertures à la double tumeur, et qu'il a pu faire pénétrer le liquide irritant dans les deux poches par la communication; si étroite cependant chez le malade actuel, qui existait sous le ligament annulaire. Y.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 2 juillet 1845. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Lenoir* présente la pièce anatomique résultant d'une opération pratiquée par lui sur un homme de trente ans pour un *éléphantiasis* du prépuce. Tel est du moins la dénomination que d'après ses recherches à ce sujet et quelques faits observés antérieurement par lui, il croit pouvoir donner à la lésion dont il présente un spécimen. Le malade qui fait le sujet de l'observation présente, fut atteint, il y a quelques années, de chancres du prépuce. Traité successivement par MM. Ricord et Lagneau pour diverses affections secondaires, ainsi que pour cet engorgement du prépuce; il n'a pu être guéri de cette dernière maladie, pour laquelle des moyens variés et énergiques ont été successivement employés par les habiles praticiens dont les noms viennent d'être cités. On a eu recours à des frictions de diverses espèces, à des médications internes, à des mouchetures, à des entaillures et enfin à la circoncision. Le malade, reconnaissant l'impuissance de tous ces moyens, et formant des projets de mariage, a réclamé une opération, que M. Lenoir a pratiquée de la manière suivante : pour enlever toute la partie malade qui en masse présentait le volume d'une petite orange, on a été obligé de faire remonter l'ablation de la peau presque jusqu'à la racine de la verge. A cet effet, une incision circulaire a été d'abord pratiquée comprenant toute l'épaisseur de la peau de la verge; de cette première incision on en a fait partir une seconde, comprenant l'étendue des parties malades dans toute leur longueur, puis la dissection a été faite circulairement jusqu'à complète ablation des parties altérées. C'est à l'aide des ciseaux qu'a été effectuée la séparation du lambeau à la partie antérieure. Quelques points de suture ont été appliqués pour adosser l'une à l'autre les deux sections annulaires résultant de l'ablation. Puis on a eu recours à des applications d'eau froide. Aucun accident n'est survenu.

M. Lenoir rappelle à cette occasion le cas d'éléphantiasis du scrotum pour lequel il pratiqua l'année dernière une opération analogue dont il doit lire l'observation ainsi que celle du cas actuel.

M. Robert pense que la dénomination d'éléphantiasis appliquée à la pièce présentée par M. Lenoir est vicieuse. Des engorgements de cette nature ne sont pas rares à la suite de blennorrhagies chez l'homme et chez la femme. Chez cette dernière, M. Robert a vu plusieurs fois les petites lèvres indurées, former comme une sorte de hernie à l'intérieur des grandes et constituer des engorgements qui, après avoir résisté à tous les moyens ordinaires, ont nécessité l'ablation de la partie malade.

M. Laugier a observé un fait analogue sur une femme de son service qui, atteinte d'une affection vénérienne compliquée, présentait un engorgement chronique avec hypertrophie du prépuce, du clitoris, au point que la tumeur avait le volume d'une petite poire. Cette femme ne fut point opérée.

M. Vidal pense que ce n'est pas, ainsi que l'a dit M. Robert, à la suite de gonorrhées ordinaires que survient l'accident dont il s'agit; il l'a observé plusieurs fois chez l'homme à la suite de posthites, et comme conséquence de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Dans ces cas d'inflammation des vaisseaux lymphatiques, on reconnaît très distinctement le trajet de ceux-ci sur la face dorsale de la verge. Si, dès le début, on applique des sangsues à la face dorsale de la verge, on peut empêcher l'engorgement chronique de la peau du prépuce en prévenant le passage de la maladie à l'état chronique. Chez la femme, ce genre de cause, l'inflammation des lymphatiques, étant plus difficile à constater à cause des dispositions anatomiques de la région malade, on peut très bien la méconnaître, et M. Robert ayant particulièrement observé à l'hôpital de Lourcine, il serait possible, suivant M. Vidal, que le mécanisme de production des engorgements dont il a parlé lui eût échappé.

M. Huguier ayant eu plusieurs fois l'occasion de disséquer, à l'hôpital Saint-Louis, la peau de sujets éléphantiasiques, a toujours constaté que, dans ces cas, le tissu tégumentaire est induré, tuberculeux, lardacé. A tous ces titres, il ne peut voir dans la pièce présentée par M. Lenoir un cas d'éléphantiasis, vu la souplesse et la mobilité que conservaient les tissus. Il ne croit pas non plus, avec M. Vidal, que l'engorgement des petites lèvres qu'il a souvent observé à l'hôpital de Lourcine soit, dans la plupart de ces cas, produit par le fait d'une inflammation chronique des lymphatiques. Il a plusieurs fois constaté la coexistence de l'engorgement des petites lèvres avec des engorgements inguinaux; mais il pense que l'engorgement des nymphes résulte plutôt, dans ces cas, d'une gêne mécanique apportée à la circulation des vaisseaux lymphatiques par suite de l'inflammation des tissus ambiants, que d'une inflammation des lymphatiques proprement dits.

M. Cullerier appuie l'opinion de M. Vidal, en ce sens que chez les femmes on ne peut pas reconnaître les traînées lymphatiques comme cela a lieu chez l'homme, ce qui n'est pas un accident rare. Il mentionne, à cette occasion, un cas très embarrassant actuellement dans sa pratique, et dans lequel on observe un engorgement de la verge accompagné d'un engorgement inguinal double, sans qu'il ait été possible d'apprécier le point de départ de la maladie, et sans qu'il ait existé antérieurement aucun vestige d'une maladie, soit de l'urètre, soit de la face interne ou externe du prépuce.

M. Chassaignac demande à M. Lenoir, qui répond par la négative, si le sujet n'était pas originaire des colonies, ou s'il n'y avait pas séjourné un temps plus ou moins long. Il rappelle que le jeune homme opéré l'année dernière par M. Lenoir, pour un éléphantiasis du scrotum, avait habité les Antilles pendant longtemps, et notamment la Guadeloupe. La dénomination de maladie des Barbades, donnée par les Anglais à une affection de la peau des bourses consistant dans son hypertrophie avec ou sans dégénérescence, consacre l'influence des localités sur la production de cette maladie. Du reste, M. Chassaignac n'est nullement surpris de voir le débat qui s'élève; car on a compris, dans les auteurs, sous le nom d'éléphantiasis, des maladies très différentes. Et l'année dernière, à l'hôpital Necker, pendant qu'il y remplaçait M. Lenoir, il a pu observer en même temps deux types bien différents de l'éléphantiasis. L'un, chez le jeune homme opéré plus tard; un autre chez un homme de cinquante-cinq ans, nourrisseur, chez lequel la maladie avait débuté par les ganglions de l'aine droite, s'était étendue à tout le membre inférieur de ce côté, et avait, plus tard, envahi en remontant les parois abdominales, puis celles de la poitrine jusque sous les aisselles, et causa la mort du malade. Le début de l'affection dans les portions de peau encore saines jusque-là, était annoncé par la présence d'une petite nodosité très dure, acuminée, renfermée dans le tissu du derme, sans changement de couleur à la peau, et donnant comme la sensation d'un corps étranger contenu dans le derme. Plus tard, la nodosité s'élargissait en s'aplatissant, puis gagnant la limite des nodosités voisines, amenait la transformation des téguments en une sorte de carapace. L'ulcération qui se déclara quelques semaines avant la mort dans les régions primitivement affectées, présentait tous les caractères d'une encéphaloïde ouverte.

M. Malgaigne s'étonne beaucoup de la fréquence attribuée par M. Robert aux faits de la nature de celui présenté par M. Lenoir, si tant est qu'il y ait identité entre ce dernier et ceux dont M. Robert a parlé;

ce dont doute pour son propre compte; car c'est la première fois qu'il observe une transformation de ce genre au prépuce, et il faut bien que M. Lenoir n'en ait pas encore beaucoup observé, puisqu'il le présente comme un fait rare. Quant à l'opinion de M. Vidal sur la cause organique de cette transformation, due, suivant lui, à une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques, il la conteste comme n'étant nullement démontrée par l'anatomie pathologique, seule juge en pareille matière. Il invoque la fréquence des lymphites, soit aiguës, soit chroniques des membres inférieurs, comparée à la rareté de l'éléphantiasis de ces membres, comme un argument contre l'opinion de M. Vidal. Il conclut que le fait de M. Lenoir a véritablement le caractère que ce dernier lui a assigné.

M. Vidal répond qu'il a observé très fréquemment l'inflammation des lymphatiques dorsaux de la verge coïncidant avec des engorgements du prépuce. Il dit que MM. Ricord, Puche et Cullerier en voient souvent aussi. Cependant il convient qu'il n'a observé encore que deux cas tout à fait semblables à celui présenté par M. Lenoir; mais pour les œdèmes il en a vu un grand nombre.

M. Lenoir maintient la dénomination qu'il a cru devoir employer. Il la fonde sur ce qu'il ne s'agit point d'un œdème, mais bien d'une hypertrophie de la peau et du tissu dartoïde subjacent, d'une altération hypertrophique particulière du tissu cellulaire séreux ou du derme qui sont en quelque sorte fondus en un tissu commun, dans lequel il est impossible de reconnaître la limite de la face interne de la peau qui se confond avec le tissu subjacent, sans aucune ligne de démarcation. Il la fonde encore 1° sur l'ancienneté de la maladie, son opiniâtre résistance aux moyens les plus énergiques, à ceux qui réussissent habituellement dans les engorgements chroniques, l'impuissance des mouchetures, des scarifications profondes, suivies même de suppuration volontairement provoquée; 2° sur la parfaite identité des caractères anatomiques dans ce cas et dans un autre qu'il lui a été donné d'observer à l'hôpital Necker, chez une jeune fille qui mourut dans cet hôpital, ayant un éléphantiasis de tout le membre thoracique droit qui avait de même résisté à tous les moyens connus, y compris les larges et profondes entailles, et dont on peut étudier à l'autopsie les caractères en tout semblables à ceux de la pièce qu'il présente aujourd'hui. M. Lenoir ajoute que le caractère distinctif des engorgements lymphatiques anciens est l'œdème, et il rappelle au sujet de ce genre d'engorgements aux organes génitaux, un travail de M. Desruelles fils, consigné dans les archives.

— *M. Huguier* présente un enfant de onze à douze ans, atteint d'engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires qui depuis huit mois a résisté à tous les moyens de traitement, les pommades iodurées, les toniques et amers à l'intérieur, etc. M. Huguier pense qu'il y a lieu de pratiquer l'ablation de ces tumeurs ganglionnaires, d'autant mieux que les personnes chez lesquelles est employé cet enfant veulent le renvoyer par suite de la répugnance que leur cause cette infirmité. M. Huguier le présente donc à l'effet, d'abord de prendre l'avis de ses collègues, ensuite ne pouvant recevoir le jeune malade à son hôpital, de le confier à celui des membre de la Société qui voudra pratiquer l'opération.

M. Vidal pense que cette opération peut être faite, mais les ganglions étant nombreux, les lieux qu'occuperont les cicatrices très apparents, il proposerait le broiement des ganglions. Il rappelle que ce moyen a été employé pour des tumeurs érectiles, il dit que M. Richet l'aemployé avec succès pour le traitement de ganglions lymphatiques engorgés qui ont été lacérés sous la peau à l'aide d'une aiguille à cataracte, résultats qui seront mentionnés dans un travail que M. Richet se propose de soumettre à la Société de chirurgie.

M. Malgaigne fait connaître qu'il a encore dans son hôpital un jeune homme sur lequel il a pratiqué le broiement des ganglions pour un engorgement axillaire volumineux. Il rappelle qu'il y a dix ans environ, à l'époque où il remplaçait M. Cullerier à l'hôpital du Midi, il a employé le broiement des ganglions inguinaux à l'aide d'un scalpel. Quelques-uns de ces faits ont été publiés. Chez le malade qu'il traite en ce moment, la dureté des ganglions ayant rendu impuissante l'action du cachet, il a eu recours à l'emploi d'un bistouri étroit glissé sous la peau, et à l'aide duquel il a lacéré les ganglions, puis il a renouvelé l'application du cachet. Il fait remarquer que quand on pratique le broiement sans aucune incision, on détermine la formation d'abcès, que dans le cas contraire on parvient à obtenir l'évacuation successive des éléments de la tumeur à travers un pertuis fistuleux. Il espère obtenir ce mode de terminaison dans le cas actuel, toutefois il pense que quand les tumeurs sont volumineuses il est préférable de les enlever en masse d'un seul coup.

M. Vidal dit qu'il importe de distinguer pour l'application, deux choses, à savoir les *procédés* et les *localités*. Le procédé du broiement dans un cas semblable à celui de M. Malgaigne, ne lui paraît offrir aucun avantage. Il en réserve l'application aux cas dans lesquels la tumeur, en partie tubuleuse, siége dans une région habituellement découverte, chez un sujet qui craint une cicatrice désagréable, comme à la région du col.

M. Guersant fait remarquer que l'engorgement existant des deux côtés à la fois, parotidien à gauche, sous-maxillaire à droite, il y aurait une double opération, des cicatrices étendues, et que, pour sa part, sans condamner l'opération en principe, il n'agirait pas dans le cas particulier. Il ajoute que c'est pour lui une règle pratique, de n'opérer ce genre de tumeurs que quand les sujets ont atteint leur dix-huitième ou vingtième année, et quand la constitution s'est modifiée.

M. Huguier insiste de nouveau sur la condition que font au jeune malade les personnes qui l'emploient, il dit que dans les cas de ce genre il n'est pas nécessaire de pratiquer l'ablation de la totalité des ganglions, que les plus petits se résolvent par l'influence du coup de fouet qui résulte de l'opération. Il observe en ce moment un résultat de ce genre sur une infirmière de son service à laquelle il a pratiqué une ablation ganglionnaire, et il rappelle que telle est aussi la doctrine de M. Velpeau sur la résolution ultérieure des ganglions limitrophes d'une plaie d'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 84. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe).

Cancer du sein. Amputation. Autoplastie par glissement. Procédé nouveau. Guérison.

Les opérations pratiquées pour enlever les tumeurs cancéreuses n'ont, comme on le sait, rien de régulier; souvent l'opérateur en commençant ne peut savoir jusqu'où il sera obligé de porter l'instrument tranchant, et cependant il doit avant tout, et sans s'inquiéter du désastre, poursuivre le mal jusque dans ses derniers retranchements. Aussi arrive t-il quelquefois que, la tumeur étant enlevée dans sa totalité, ainsi que les parties voisines suspectes, le chirurgien, dont les calculs sont complétement renversés par l'étendue du mal, par ses prolongements dans les parties profondes, se trouve dans le plus grand embarras pour réparer la perte de substance. C'est alors surtout que l'opérateur a besoin du plus grand sang-froid et d'une grande habileté de dissection.

L'observation suivante nous montre un exemple remarquable d'amputation d'un sein tout entier avec une énorme perte de substance, à laquelle M. Jobert remédia par une autoplastie.

Au n° 71 de la salle Saint-Augustin est couchée la nommée Molina (Clémence-Sara), âgée de trente-six ans, brodeuse.

Cette femme, dans sa jeunesse, a toujours joui d'une bonne santé; réglée de bonne heure, elle n'a jamais eu d'enfants. Les menstrues apparaissaient régulièrement, coulaient avec abondance, et pendant cinq jours. Ses parents n'ont pas eu de tumeurs analogues, excepté son père qui, au dire de cette malade, portait à l'abdomen une tumeur pour laquelle il consulta Dubois et Dupuytren, qui lui refusèrent l'opération.

Il y a quinze ans que cette femme se frappa fortement le sein droit contre un bois de lit; il en résulta une douleur vive qui disparut bientôt. Ce ne fut que quelque temps plus tard que l'on vit apparaître au sein, au-dessous du mamelon, une petite grosseur du volume d'une noix environ; elle était dure, roulante sous la peau, et indolente au toucher. Mais vers l'époque des règles et pendant toute leur durée, la malade éprouvait dans cette tumeur des douleurs qu'elle compare à des coups d'aiguille; ces douleurs lancinantes se faisaient même sentir de temps à autre dans l'intervalle des époques menstruelles.

Au mois d'avril dernier, la tumeur, qui pendant quinze ans était restée à l'état stationnaire, éprouve presque tout à coup, dans l'espace de peu de jours et sans aucune cause appréciable, une série de changements notables. Ainsi elle augmente beaucoup en volume, devient plus dure et comme bosselée; elle reste toujours indolente au toucher, mais les douleurs lancinantes augmentent en intensité et en fréquence. Les parties voisines de la tumeur p ésentent elles-mêmes des modifications. Le sein, sur lequel repose la tumeur, se tuméfie, se durcit et devient inégal; la peau qui recouvre la tumeur perd de son immobilité.

Comme le volume de la tumeur augmentait toujours, et que les douleurs devenues de plus en plus vives et plus fréquentes l'empêchaient de se livrer à quelque travail que ce fût, elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis le 29 mai 1845.

On constate alors l'état suivant : Le sein droit tout entier est très dur, inégal, bosselé, insensible à la pression, et présente vers son centre, un peu au-dessus du mamelon, une tumeur qui dépasse le reste de cette glande dégénérée, et qui a le volume d'un gros œuf. Cette tumeur, dont le plus grand diamètre est dirigé de haut en bas, est elle-même très dure, tout à fait indolente et insensible à la pression; cependant dans toute la région mammaire cette femme ressent des douleurs lancinantes, des élancements douloureux instantanés. La peau qui recouvre la tumeur y adhère fortement, mais ne présente encore aucune altération.

On ne voit pas de veines variqueuses aux environs de la tumeur, et l'on ne trouve aucun ganglion engorgé ou cancéreux, soit dans l'aisselle, soit dans le creux sus-claviculaire. Quant à l'état général, il est satisfaisant.

Le diagnostic des diverses tumeurs du sein offre souvent les plus grandes difficultés, et c'est cependant pour le praticien le point capital. Quelle est donc la nature de la tumeur que porte notre malade? A cet égard, M. Jobert fait remarquer que la tumeur dont il s'agit doit être de nature maligne, c'est-à-dire, une dégénérescence cancéreuse, un véritable squirrhe. En effet, un des principaux caractères des tumeurs bénignes, c'est d'être toutes plus ou moins douloureuses à la pression. Chez notre malade, rien de semblable. En outre, le cancer qui s'accompagne de douleurs lancinantes spontanées est insensible à la pression, et c'est exactement ce qui se rencontre dans le cas qui nous occupe.

Ainsi d'une part l'absence de douleur à la pression, d'autre part la présence de douleurs lancinantes permettent d'affirmer que l'on a affaire ici à une affection cancéreuse. Les deux préceptes suivants, tracés par MM. Bayle et Cayol, et que l'on retrouve dans l'excellent traité de M. Nélaton sur les tumeurs de la mamelle, viennent encore à l'appui de cette assertion : 1° sur cent tumeurs qui toutes sont dures, inégales, insensibles à la pression, et qui existent depuis plus d'un an, il y en a environ quatre-vingt-dix-neuf qui sont cancéreuses; 2° lorsqu'une tumeur dure, indolente et insensible à la pression, existe dans une mamelle depuis plus d'un an, s'il y survient des élancements douloureux, instantanés, et que dans les intervalles des élancements elle soit toujours absolument indolente et insensible à la pression, on peut assurer que cette tumeur est cancéreuse. Les cas où on se tromperait sont des exceptions extrêmement rares.

Le diagnostic une fois établi, M. Jobert expose ainsi les indications de l'opération. Chez cette malade, le cancer n'est encore ni ramolli, ni ulcéré; il n'existe aucune trace de diathèse cancéreuse; en aucune autre région on ne trouve de ganglions engorgés, et l'on ne peut soupçonner la présence d'une semblable tumeur. Enfin les douleurs lancinantes qui sont devenues très vives, les progrès rapides de la tumeur dans le mois précédent, l'âge de la femme, les bonnes conditions qu'elle présente sont autant de raisons qui justifient l'ablation du sein, et qui lui font espérer un heureux résultat.

Le 14 juin, on procède à l'opération de la manière suivante : Comme la peau est adhérente et paraît altérée, M. Jobert la circonscrit, ainsi que la tumeur exubérante, par deux incisions longitudinales, semi-elliptiques, qui se regardent par leur concavité. La peau ainsi cernée est disséquée avec la tumeur, des érignes servent à accrocher celle-ci et à l'attirer en avant, tandis que le bistouri la sépare des tissus sains. L'opérateur craignant même de laisser quelques portions indurées ou légèrement altérées, emporte une zone de tissus sains, et ne craint pas d'attaquer le muscle grand pectoral. L'ablation terminée, on lie tous les vaisseaux qui donnent du sang, et l'on tente la réunion immédiate des bords de la plaie. Mais il n'y avait plus assez de peau pour recouvrir cette vaste perte de substance, et M. Jobert se vit obligé de recourir à l'autoplastie. Aussitôt il pratique à chaque extrémité de la plaie une incision dans le sens de sa longueur, après quoi il dissèque la peau d'un côté et de l'autre, et dans une assez grande étendue pour avoir ainsi deux espèces de lambeaux à large base; de cette manière la peau devient mobile, et l'on parvient à rapprocher les bords de la plaie et à les faire adhérer entre eux au moyen de cinq à six points de suture entortillée.

Alors voyant que la distension des téguments de la moitié droite du thorax était très grande, et craignant que cette distension ne déterminât de graves accidents, tels que la gangrène des lambeaux, leur déchirure par les épingles, une inflammation traumatique trop vive, la suppuration, etc., l'opérateur pratique sur le côté externe de la plaie et dans le sens de sa longueur une incision rectiligne et de la longueur de cinq centimètres environ. On panse ensuite avec une rondelle d'agaric cératée et d'autres rondelles superposées; enfin un bandage de corps solidement fixé sert non-seulement à maintenir l'appareil à pansement, mais encore à exercer une compression sur les portions de peau décollée. Lorsque l'on a disséqué la peau ou d'autres tissus, M. Jobert pense que la compression est on ne peut plus avantageuse; par son moyen on favorise puissamment le recollement des parties et l'on évite en même temps une suppuration abondante et des abcès qui pourraient compromettre gravement le succès de l'opération.

Le 16 juin, on lève l'appareil à pansement pour la première fois. L'incision pratiquée sur le côté, forme un plaie presque circulaire qui revêt un fort bon aspect. Les bords de la grande plaie sont maintenus en contact par les points de suture et l'on espère obtenir une réunion immédiate et le recollement des lambeaux de la peau. — Pansement ordinaire; bouillons.

Le 20 juin, aucun accident n'est survenu; on enlève quelques fils à ligature, mais on laisse les épingles. — Une portion.

Le 23 juin, les derniers fils à ligature se détachent.

Le 26 juin, on enlève une épingle. A ce sujet, M. Jobert fait remarquer que dans des cas semblables il vaut mieux laisser les épingles trop longtemps, au risque même de voir les tissus se couper, que de les enlever trop tôt; en effet, dans ce dernier cas, les lèvres de la plaie s'écartent, les lambeaux, n'ayant pas encore contracté d'adhérences avec les tissus sous-jacents, peuvent se décoller, et l'on doit craindre une suppuration abondante.

Le 28 juin, on laisse encore des épingles dans le but d'obtenir une réunion solide et d'éviter la pourriture d'hôpital.

Le 30 juin, on retire toutes les épingles; les lambeaux cutanés sont parfaitement recollés et les lèvres de la plaie adhèrent entre elles, de sorte que l'on aura une cicatrice longitudinale presque linéaire.

Le 2 juillet, la cicatrisation s'étend de plus en plus. On permet à la malade de se lever et on lui accorde deux portions. On ne voit plus qu'une longue cicatrice.

Le 10 juillet, cette femme demande son *exeat*; cependant on la garde encore quelques jours.

Nous ferons remarquer que ce n'est pas la direction de la tumeur qui a engagé M. Jobert à inciser de haut en bas, à donner à la plaie une direction verticale et non horizontale; comme on le conseille généralement. En effet, ce chirurgien pose ce précepte, savoir : que l'on doit toujours dans cette opération, quelle que soit la direction des fibres du muscle grand pectoral, donner à la plaie une direction verticale, dans le but de favoriser l'écoulement du pus.

L'ablation du sein achevée, pour réparer convenablement la perte considérable de substance, l'opérateur a eu recours à une seconde opération qui présente trois temps bien distincts : 1° il pratique à chaque extrémité de la plaie une incision dans le sens de sa longueur; 2° Il dissèque les bords de la plaie et les réunit non pas par des bandelettes agglutinatives, mais par la suture entortillée qu'il préfère à tous les autres moyens de réunion, et qu'il emploie toujours quand les tissus et les régions le permettent; 3° enfin, craignant les suites fâcheuses du tiraillement que les lambeaux éprouvaient malgré la largeur de leurs racines, il pratique sur le côté du thorax une incision longitudinale et non pas en forme de croissant comme Celse le recommandait.

M. Jobert, dans ce cas, a donc eu recours à la méthode ancienne ou méthode de Celse; il a réparé la perte de substance aux dépens de la peau voisine, disséquée et allongée par diverses incisions. Cette méthode repose sur le principe de l'extensibilité de la peau; c'est donc plutôt une sorte de tiraillement qu'un glissement. Aussi devons-nous faire remarquer que le lambeau doit avoir une certaine épaisseur, puisque une fois tiraillé et mis en place, son épaisseur sera nécessairement diminuée. Après l'ablation de cette énorme tumeur, la perte de substance était si grande que le chirurgien a été obligé de mettre à profit les divers procédés connus pour recouvrir la plaie; et dans ce cas, qui eût pu embarrasser plus d'un opérateur, il a su combiner si heureusement les procédés qu'il en a fait, pour ainsi dire, un procédé nouveau. En effet, nous y trouvons la dissection de la peau du procédé ancien, les incisions longitudinales du procédé de M. Roux de Saint-Maximin, et enfin un incision verticale sur le côté, incision qui ne se retrouve dans aucun autre procédé. Quoi qu'il en soit, nous voyons dans ce cas une amputation de tout un sein cancéreux et une vaste plaie avec perte de substance se guérir complétement dans l'espace d'un mois seulement.

Tentatives de suicide. Plaies de la trachée. Emphysème traumatique. Guérison.

Au n° 29 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Fidry (Jean-François), âgé de vingt-neuf ans, palefrenier. Cet homme, pour des raisons dont il est difficile de se rendre compte, veut assassiner sa femme; dans ce but, il lui porte plusieurs coups de couteau, qui heureusement furent tous superficiels et sans aucune gravité. Cependant, effrayé par les cris que pousse la malheureuse, il veut alors se suicider, et se donne neuf coups de couteau à la région cervicale; mais ne pouvant atteindre son but, il court se précipiter dans le canal Saint-Martin. On le retire aussitôt, et on l'apporte à l'hôpital Saint-Louis le 13 juin 1845.

Au-dessous du corps thyroïde et sur le côté gauche du cou, existent trois incisions très superficielles; deux autres plus profondes et presque transversales sont situées vers la ligne médiane, sur la partie supérieure de la trachée-artère, au-dessous du cartilage thyroïde. Toutes ces plaies laissent couler une certaine quantité de sang noirâtre et nullement artériel; de plus, les deux dernières ont atteint la trachée-artère, car dans l'expiration il en sortait quelques bulles d'air. Le blessé néanmoins parlait facilement, mais sa voix était enrouée. L'interne de service réunit toutes ces incisions au moyen de bandelettes agglutinatives.

Le lendemain, à la visite, M. Jobert, après avoir enlevé les bandelettes agglutinatives, constate les symptômes suivants : Les lèvres des incisions sont parfaitement réunies entre elles; mais sur la ligne médiane et des deux côtés, il existe une tuméfaction qui s'étend de haut en bas, depuis les deux lobes de la glande thyroïde qui est hypertrophiée, jusqu'à la moitié environ du sternum, et qui gagne latéralement

les creux sus et sous-claviculaires. Cette tumeur est peu saillante, indolente et sans changement de coloration de la peau; au toucher on perçoit une crépitation sèche, et l'on déplace facilement l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. La respiration se fait librement; le malade n'accuse aucune douleur ni vers le cou, ni vers la poitrine; il parle facilement et n'expulse aucun crachat sanguin. — On prescrit des applications réfrigérantes, et l'on donne au malade une position telle que la tête est légèrement fléchie sur la poitrine, afin de ne pas détruire la cicatrice des plaies.

Le 16 juin, l'infiltration de l'air est un peu plus prononcée; tandis qu'elle est un peu diminuée sur la partie supérieure de la poitrine, où l'on aperçoit une ecchymose jaunâtre. — M. Jobert prescrit une saignée et des applications réfrigérantes.

Le 17 juin, l'emphysème a beaucoup diminué. — On prescrit une nouvelle saignée.

Le 19 juin, il ne reste que très peu d'air dans les tissus; on en trouve encore quelques bulles à la partie inférieure et antérieure du cou, au-dessus de la fourchette du sternum, et derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, dans le creux susclaviculaire.

Le 20 juin, il ne reste plus aucune trace d'emphysème; mais la voix est encore un peu enrouée.

M. Jobert, à l'occasion de ce malade, fait remarquer que ces sortes de plaies se guérissent bien quand elles ne se compliquent pas d'accidents graves, tels que hémorrhagie artérielle abondante, emphysème très étendu. Mais la cicatrice n'a pas lieu de la même manière pour les deux ouvertures de ces plaies; ainsi, les lèvres de l'ouverture intérieure, c'est-à-dire de la solution de continuité de la trachée, se réunissent non pas immédiatement entre elles, mais bien par l'intermédiaire du tissu cellulaire ambiant, qui d'abord se gonfle, s'imprègne de lymphe plastique, puis devient plus dense, et acquiert enfin une grande solidité. Tels sont les résultats où l'ont conduit un grand nombre d'expériences tentées à ce sujet sur les animaux. Quant à la cicatrice de l'ouverture extérieure de ces plaies, elle ne présente rien de particulier. Ajoutons que les plaies de cette région, vu l'abondance des filets nerveux qui s'y distribuent, sont excessivement douloureuses; et c'est peut être une trop vive douleur qui a forcé notre blessé à renoncer à l'instrument tranchant qu'il avait choisi pour terminer ses jours, et à recourir à un autre genre de mort. Aucune des blessures n'a intéressé les carotides ou leurs branches principales; mais les veines du plexus trachéal ont dû être plus ou moins divisées, et donner lieu au moment de l'accident à un écoulement de sang. Aussi M. Jobert, pour ne point favoriser l'introduction de l'air dans les veines et de là dans le système circulatoire général, n'a point fait saigner ce malade immédiatement; il a attendu quelques jours pour laisser aux plaies veineuses le temps de se cicatriser parfaitement, quoi qu'il ne pense pas qu'une petite quantité d'air en circulation dans les vaisseaux doive nécessairement amener la mort.

Une condition essentielle à la formation de l'emphysème traumatique dans les plaies de la trachée, c'est que l'air ne puisse passer librement de l'intérieur à l'extérieur. C'est ce qui arrive lorsque les deux ouvertures ne sont pas en rapport direct, ou lorsque l'ouverture intérieure persiste quand déjà l'ouverture extérieure s'est cicatrisée. Aussi sommes-nous porté à penser que l'emploi immédiat des bandelettes agglutinatives, qui néanmoins dans ce cas était fort bien indiqué et pour arrêter l'écoulement de sang et pour obtenir une réunion immédiate des lèvres des plaies, peut bien dans certains cas favoriser un peu le développement de l'emphysème.

M. Jobert fait surtout remarquer que sur la ligne médiane de la partie inférieure du cou et de la partie supérieure du thorax, là même où le tissu cellulaire sous-cutané est ordinairement plus dense et moins abondant, l'infiltration de l'air est plus considérable. Malgré la solution de continuité pratiquée sur les voies aériennes et située au-dessous du larynx, le malade n'a point perdu l'usage de la parole. La raison en est, sans aucun doute, dans l'étroitesse de la plaie; car alors, pendant l'expiration, l'air passe en assez grande quantité à travers le larynx pour lui laisser le libre exercice de ses fonctions. Dans ce cas, M. Jobert pense n'avoir besoin de recourir ni à la compression, ni aux scarifications, pour obtenir une disparition complète de cet emphysème. Aussi s'est-il borné à prescrire des applications réfrigérantes sur les parties affectées, et quelques saignées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Leçons sur les maladies de l'encéphale.

De la méningite.

(Suite du numéro du 1er juillet.)

Eh bien! nous n'hésitons pas à nous prononcer sur ce sujet de la manière la plus positive; que ceux qui regardent les tubercules comme quelque chose de tout spécial, et qui ne veulent pas qu'il existe aucune relation entre l'inflammation et leur production, se scandalisent de notre opinion, pour nous, cette opinion n'en est pas moins démontrée, et elle le sera certainement pour tous ceux qui se donneront la peine de bien observer.

Et d'abord, nous posons en fait que l'inflammation seule est la cause productrice de la matière tuberculeuse, des tubercules, en un mot. Nous ajoutons maintenant que c'est l'inflammation du système lymphatique, des vaisseaux lymphatiques, qui détermine la formation de ce sécrétum, *sui generis* à la vérité, qui constitue les lésions tuberculeuses proprement dites.

Une première preuve de notre assertion est fournie par ce fait, reconnu et admis par tout le monde, que de tous les individus, ceux chez lesquels le système lymphatique prédomine, sont le plus sujets aux tubercules. Maintenant, que l'on nous dise que les tubercules sont une maladie toute spéciale, se développant idiopathiquement et toute primitive, et que l'on nous donne pour preuve la transmission de père en fils d'une manière héréditaire, du vice tuberculeux; nous répondrons, sans crainte d'être contredit par une saine observation, que ce n'est point des tubercules que l'on hérite, mais bien du tempérament prédisposant à l'affection tuberculeuse, de la cause prédisposante par excellence; nous voulons parler du tempérament lymphatique. Tout le monde sait à combien peu d'exceptions est sujette l'hérédité des tempéraments.

Il en est des tubercules, comme des maladies inflammatoires proprement dites, et des différentes maladies organiques qui en sont constamment la suite.

Ces maladies inflammatoires sont l'apanage des tempéraments sanguins, tout le monde en convient; et certes, personne n'oserait dire que la pneumonie, par exemple, est une maladie héréditaire; seulement on regarde comme héréditaire le tempérament qui y prédispose. Mais avant que l'on ne connût d'une manière aussi positive qu'aujourd'hui le rapport qui existe entre les maladies chroniques organiques et les inflammations aiguës qui les ont précédées, avant qu'on ne sût enfin que ces maladies chroniques organiques, ainsi que les lésions anatomiques qui les caractérisent, ne sont que les restes plus ou moins bien transformés, organisés, d'une inflammation aiguë antérieure; avant cette époque, disons-nous, qu'elle était l'opinion que l'on se faisait de ces mêmes altérations? et pour ne parler que de celles d'un seul organe, le cœur; que disait-on sur la cause de ces affections? On regardait l'anévrisme comme étant une des prétendues maladies héréditaires, absolument comme les tubercules. Toutefois, on ne regardait pas l'hérédité comme la seule et unique cause capable de les engendrer, et on admettait, peut-être forcément, des causes accidentelles, de la même façon que ceux qui croient à la transmission héréditaire du vice tuberculeux sont aussi bien contraints, dans certains cas, d'admettre que ce germe mystérieux peut se développer spontanément et accidentellement, sans savoir comment ni sous quelle influence, mais, dans l'immense majorité des cas, sous l'influence du tempérament lymphatique. Ainsi donc, avec un tempérament lymphatique plus ou moins exagéré, on est prédisposé aux tubercules, et l'on s'en trouve malheureusement très souvent atteint sans que l'on ait dans sa famille des parents tuberculeux. Telle est pour nous la cause prédisposante par excellence, nous dirions presque la seule, de l'affection tuberculeuse.

Nous trouvons une autre preuve à l'appui de notre opinion, dans une grande classe de maladies chirurgicales. Ne voit-on pas tous les jours des écorchures, des contusions, des plaies, des lésions traumatiques, en un mot, de toute espèce, être suivies d'angéioleucite plus ou moins vive des lymphatiques compris dans la blessure, ou voisins, et avec elle l'engorgement des ganglions auxquels les vaisseaux intéressés vont se rendre? Et puis, la première période de cette adénite passée, si elle n'a pas convenablement été combattue, les ganglions se tuberculisent, se transforment entièrement en des masses de matière tuberculeuse la mieux caractérisée. Un exemple des plus frappants, de cette transformation, nous l'avons eu l'année dernière chez un malade couché au n° 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, qui succomba à une pleuro-pneumonie et à une albuminurie abondante. Tous les ganglions des régions parotidiennes et sous-maxillaires formaient une tumeur dure, presque aussi résistante que si elle eût été osseuse; le volume en était à peu près quadruplé. Après les avoir incisés, on les trouva entièrement constitués par des masses jaunâtres d'une matière molle, grenue, ressemblant, sauf la couleur, à une bouillie de plâtre gros-grenu délayé dans de l'eau et commençant à se solidifier. Quelques points étaient ramollis tout à fait, et on en exprimait, par la pression, un pus blanc-jaunâtre, offrant les caractères les plus tranchés de tubercule fondu, du pus tuberculeux. Tous les ganglions mésentériques offraient indistinctement la même dégénérescence. Si donc nous voyons, dans ces cas de maladies externes, se développer de la sorte les tubercules, si nous les voyons engendrés par une inflammation incontestable des ganglions et des vaisseaux lymphatiques; si enfin nous voyons cette tuberculisation se former ainsi, pas à pas, sous nos yeux, dans les lymphatiques des organes extérieurs, nous demandons qu'on nous dise pourquoi nous ne serions pas autorisé à admettre, par l'analogie la plus pressante et l'induction la plus rationnelle, qu'elle ne se produit pas autrement dans les organes intérieurs.

Il eût été et il serait, certes, à désirer que toutes les inductions que l'on a faites et qu'on fera en médecine fussent aussi fondées que celle-ci; la science marcherait bien plus dans la voie du progrès; les vrais principes seraient plus nombreux qu'ils ne le sont, et un grand nombre de faits, isolés parce qu'ils ont été mal étudiés, et mal étudiés parce que personne n'a jamais osé soulever le voile mystérieux dont on s'est plu les à entourer, ou plutôt dont on a dû nécessairement les entourer lorsque la science était encore dans son enfance, se trouveraient maintenant assimilés, groupés, réunis et transformés en lois générales. Le grand tort de beaucoup de personnes, c'est de croire, par une inconcevable tendance à ne voir partout que mystères et prodiges nouveaux, que la nature agit de mille et une manières différentes, tandis qu'au contraire on devrait se bien pénétrer de ce fait, que l'observation vient confirmer tous les jours, à savoir que rien n'est plus invariable, plus constant, plus fatalement identique que la marche et les effets d'une maladie donnée dans un même tissu, dans un même organe ou un même système d'organes, si cette maladie, l'inflammation, par exemple, est abandonnée sous les mêmes influences naturelles, aux procédés de la nature.

En somme, qu'est-ce qu'un tubercule, et quel est le rapport de cause à effet que nous avons signalé entre le tubercule et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques?... La matière tuberculeuse est à l'inflammation du système lymphatique ce que la pseudo-membrane est à l'inflammation du système sanguin. Ainsi toutes les fois qu'une inflammation se trouve généralisée dans le système sanguin, il se produit une sécrétion particulière, une exsudation de la membrane interne des vaisseaux. Il est balayé par le sang à mesure qu'il se produit, soit en partie, soit en totalité; il s'ajoute au reste de la fibrine du sang, qui alors devient plus glutineux, plus coagulable, plus plastique, et se traduit sous forme de couenne, véritable germe organisé, véritable tissu élémentaire auquel il ne manque que de se greffer sur un organe vivant pour se vasculariser et vivre d'une vie propre. C'est, d'ailleurs, ce qui arrive dans bon nombre de circonstances, lorque versé à la surface des séreuses, par exemple, ou dans les mailles du tissu cellulaire par les capillaires sanguins, il s'y dépose sous forme de fausses membranes, et celles-ci, si elles ne sont pas résorbées par les seules forces de la nature, ou par la nature aidée par les agents thérapeutiques, commencent bientôt à s'organiser d'une manière définitive, se vasculariser et se transformer en véritables séreuses, en fibreuses, lesquelles peuvent aussi se transformer elles-mêmes plus tard, en vertu d'un mode de nutrition qui leur est propre et dont le mécanisme nous échappe, en matière cartilagineuse, osseuse ou ostéo-calcaire.

Tout le monde sait qu'à un autre degré de l'inflammation du système sanguin, et surtout dans l'inflammation locale de ce système, l'oblitération du vaisseau en est le résultat, à la fois par la matière plastique exsudée et par la coagulation du sang, et les caillots, se réduisent, au bout de peu de temps, en véritable fibrine. Ils sont plus ou moins adhérents aux parties vasculaires, et s'organisent eux-mêmes dans bon nombre de circonstances; ils finissent même quelquefois par se transformer, comme nous l'avons dit plus haut, à propos des fausses membranes, et dans certains cas, par la persistance ou l'accroissement du travail inflammatoire, ils deviennent, comme le tissu cellulaire enflammé, le siége d'une suppuration assez fréquente, à la suite de la phlébite surtout.

Enfin, lorsque l'inflammation s'élève de suite au degré de l'inflammation suppurative, une exsudation, une sécrétion purulente s'établit d'emblée dans le système vasculaire, ou, à plus proprement parler, dans les capillaires sanguins, et on a alors primitivement ces épanchements purulents dans la cavité des séreuses, qui sont à tout jamais hors d'état de s'organiser, qui sont de véritables corps étrangers, et que la nature s'efforce constamment d'éliminer par voie de résorption ou autrement.

Tout ce que nous venons de dire relativement aux produits de l'inflammation dans le système sanguin, nous pouvons le répéter pour les produits de l'inflammation du système lymphatique. Ainsi, un liquide coagulable, la lymphe, circule dans les vaisseaux lymphatiques comme le sang circule dans les vaisseaux sanguins. Comme ces derniers, les lymphatiques, à un premier degré d'inflammation adhésive surtout, exsudent à leur surface interne une matière organisable comme la pseudo membrane; seulement elle est un peu différente peut-être de celle-ci quant à sa nature; car elle n'est autre que de la matière tuberculeuse, le germe du tubercule, lequel est identique au coagulum de la lymphe. A un degré plus avancé, cette matière, en s'agglomérant, peut aller jusqu'à oblitérer, en effet, les lymphatiques, et s'y organiser, s'y transformer, ou y suppurer absolument comme les caillots sanguins, qui sont, de leur côté, par leur nature, identiques avec les pseudo-membranes sécrétées par la membrane interne des vaisseaux sanguins, et qui, comme elles, peuvent s'organiser ou bien suppurer. Enfin, comme dans les capillaires sanguins, la suppuration peut aussi s'établir dans les lymphatiques d'après un mode identique, quoique cependant le produit, le pus, en soit un peu différent.

Nous pouvons dire maintenant ce que sont ces granulations, ces tubercules que l'on voit à la surface libre du péritoine, de la plèvre, du péricarde, de l'arachnoïde, et dans les mailles du tissu cellulaire sous-séreux, comme celui de la pie-mère, dans le cours de certaines inflammations, et toujours de préférence chez les individus lymphatiques. Ce n'est que le produit de l'exsudation des capillaires qui participent à l'inflammation, et qui sont si nombreux dans les séreuses et le tissu lamelleux qui les double; ce n'est rien autre chose que le pendant de la pseudo-membrane des vaisseaux sanguins, fourni ici par les vaisseaux lymphatiques. Ils s'organisent comme elle, présentent des caractères presques identiques; ils se vascularisent, se greffent, et vivent de la même manière; et ne faisant plus dès-lors l'office de corps étrangers, ils séjournent longues années sans que rien puisse trahir leur existence. Cependant, une fois organisés, ils vivent pour leur propre compte. Ces produits de l'inflammation peuvent devenir, et ne deviennent que trop souvent, eux-mêmes le siége de nouvelles inflammations sous l'influence desquelles ils peuvent suppurer. Telle est la fonte tuberculeuse dans la majeure partie des cas. D'autres fois, ces granulations peuvent se transformer en matière fibreuse, cartilagineuse ou calcaire, comme les pseudo-membranes; et, dans le cours de ces métamorphoses, elles peuvent devenir assez souvent la cause de nouvelles inflammations de l'organe qui les supporte, et comme une première inflammation les avait déposées, nouvelles inflammations auxquelles ces granulations elles-mêmes venant à participer, tombent alors en suppuration, etc.

Après cette longue discussion, nous devons revenir à notre sujet et terminer ce qui a rapport aux caractères anatomiques de la méningite; nous avons peu de chose à ajouter.

La substance cérébrale, dans l'immense majorité des cas, participe elle-même à l'inflammation des méninges, soit par voie de contiguïté, soit par voie de continuité des vaisseaux. Une couche plus ou moins épaisse de la substance corticale se trouve alors plus ou moins congestionnée; quelquefois même elle paraît comme abreuvée de sang, en même temps que sa consistance diminue notablement; en un mot, elle se trouve ramollie. La substance blanche est également congestionnée, et offre à la coupe un piqueté assez abondant; mais l'altération de cohésion s'y rencontre beaucoup moins souvent, à moins que l'inflammation n'ait duré un certain temps avec quelque intensité. Cependant, lorsque la membrane ventriculaire est le siége de la maladie, la substance blanche sous-jacente, à l'exemple de la substance grise recouverte par la pie-mère, est toujours très congestionnée et ramollie, pour la plupart du temps, à une certaine profondeur. Ce que nous venons de dire de la participation de la substanée cérébrale à l'inflammation des méninges, est un fait que, par le seul raisonnement, on aurait pu prédire à l'avance, sans le secours de l'anatomie prthologique; car, en effet, comment pourrait-on s'expliquer le délire et les troubles plus ou moins profonds de l'intelligence, dans la fièvre cérébrale, par le seul fait de l'inflammation exclusive des méninges? S. H.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Londe lit pour M. Le Sauvage (de Caen), correspondant de l'Académie, un mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs). M. Le Sauvage croit que les auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique n'ont point suffisamment insisté sur une distinction des tumeurs en deux ordres; les unes qui se génèrent de toutes pièces au milieu des tissus par une sorte d'intussusception, et sans jamais envahir aucun organe; les autres qui sont le produit d'une transformation des tissus normaux, et qu'ainsi ces auteurs n'ont pu soupçonner les applications pratiques auxquelles cette distinction pouvait conduire, ni par conséquent arriver à la détermination précise des tumeurs dites fibreuses. Suivant M. Le Sauvage, le diagnostic des tumeurs gélatino-albumineuses peut être facilement établi par le grand volume qu'elles acquièrent, par leur surface uniforme, leur mobilité, l'absence de douleur à leur intérieur, leur apparente fluctuation, l'intégrité de la peau qui les recouvre, ainsi que celle des ganglions lymphatiques. M. Le Sauvage explique ensuite comment on a confondu sous le nom de fibreuses, certaines tumeurs qui n'ont qu'une apparente analogie avec celles qu'il vient de décrire, et finit par conclure que les tumeurs albumino-gélatineuses peuvent être enlevées sans qu'on craigne la récidive.

— L'Académie procède à la nomination par scrutin de huit membres associés étrangers. Le scrutin accuse 78 votants. MM. Burdach (de Kœnigsberg), Lawrence (de Londres), Muller (de Berlin), Brodie (de Londres) et Liebig (de Giessen) sont les seuls qui obtiennent la majorité absolue des suffrages; ils sont par conséquent proclamés membres associés étrangers. La nomination des trois autres membres est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Louis* lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. Jacques, relatif à une épidémie de fièvres typhoïdes observée dans le département de l'Orne.

M. le rapporteur, après avoir indiqué les opinions de l'auteur sur les causes et les symptômes de la maladie, indique les observations relatives à la contagion, qu'il admet avec l'auteur. Il insiste surtout sur le traitement qui a été employé par M. Jacques, qui consiste dans les applications froides à l'extérieur, et qui auraient eu pour résultat une mortalité seulement de 1/45 sur une série de cas, et de 1/23 sur une autre série. Devant ces résultats extraordinaires, M. le rapporteur craint qu'il n'y ait eu quelques erreurs de diagnostic, et l'analyse des faits ne lui paraît pas assez rigoureusement faite pour admettre, sans nouvel examen, les opinions de l'auteur sur ce traitement.

Il propose néanmoins, vu l'importance et le mérite de ce travail, 1° que des remercîments soient adressés à l'auteur; 2° qu'on l'engage à continuer ses recherches dans le même esprit; 3° qu'on inscrive son nom parmi les candidats au titre de correspondant, dont il sera un des plus habiles et des plus dignes.

M. le président, pour ne pas scinder la discussion et pour la rattacher à la précédente sur le même sujet qui n'est pas encore terminée, propose de mettre aux voix ces conclusions, ce qu'il fait sans qu'aucune réclamation s'élève. Mais, aussitôt après leur adoption, une bruyante discussion s'engage sur ce vote qui paraît irrégulier à plusieurs membres, et ce vote est annulé.

M. Rochoux. M. Louis a basé les éloges qu'il a faits du travail de M. Jacques sur son étendue; c'est une singulière manière d'apprécier un mémoire que d'en mesurer le mérite à la toise. En 1811, lors des prix décennaux fondés par l'empereur, Coraï l'emporta par une demi-page sur Gail, qui avait écrit huit gros volumes. La lettre de J.-J. Rousseau à l'archevêque de Paris, qui n'a que quelques pages, l'emportera toujours sur les quatre-vingts volumes de madame de Scudéri (Exclamations et rumeurs.)

Tout ce qu'a dit l'auteur sur la contagion est invalidé par l'aveu échappé à M. Louis, sur quelques erreurs de diagnostic. Je soutiens que ces erreurs abondent, qu'il y a en a d'un bout à l'autre de ce travail, et je n'en veux pour preuve que ce chiffe de 1/45 de la mortalité. Cela ne s'est jamais vu.

M. Louis. Avant de répondre à ce que vient de dire M. Rochoux, que l'Académie me permette de protester contre ce qu'il a dit dans une des dernières séances relativement à M. Bretonueau. Il n'était ni convenable ni académique de s'exprimer comme l'a fait M. Rochoux à l'égard d'un homme aussi considérable et aussi digne de considération. Dire que la contagion a été *inventée* en Touraine, c'est manquer à la vérité et aux égards. M. Bretonneau n'a rien inventé, et ce qu'il a dit à ce sujet résulte d'une observation aussi sincère qu'éclairée.

Pour ce qui me concerne, je laisse M. Rochoux libre de critiquer la forme de mon rapport; mais je dois m'élever contre son assertion relative aux erreurs de diagnostic qu'il impute à M. Jacques. Parce que sur un travail considérable, et qui résulte d'une grande quantité d'observations, l'auteur se sera trompé cinq ou six fois, est-ce à dire qu'il se sera trompé toujours? M. Rochoux seul peut tirer cette conséquence.

M. Piorry. Je demande la parole. (Sensation.)

M. Louis. D'ailleurs, pour la contagion que nie M. Rochoux, est-ce que M. Bretonneau, M. Gendron et tant d'autres se sont aussi trompés? Le fait de la contagion de la fièvre typhoïde me paraît aujourd'hui incontestable. A Paris, il est vrai, elle est difficilement appréciable; mais cette difficulté s'observe aussi pour la variole et pour la rougeole, dont personne ne conteste la contagion.

Je persiste dans mon opinion sur l'auteur du mémoire qui me paraît un homme d'un grand mérite, quoique je ne puisse partager toutes ses convictions.

M. Honoré ne croit pas qu'on puisse citer un fait bien avéré de contagion de la fièvre typhoïde à Paris, où elle est cependant si commune dans les hôpitaux.

M. Louis. Pour mon compte, j'en ai observé quatre cas qui me paraissent irrécusables. On l'observe surtout lorsqu'il y a encombrement dans les salles. Il faut d'ailleurs tenir compte des circonstances où la fièvre typhoïde est épidémique ou seulement sporadique.

M. Piorry (attention générale). J'entends beaucoup parler de fièvre typhoïde, mais, en définitive, que veut-on dire par ces mots? Il est très probable qu'auprès d'un malade j'aurais autant d'opinions que de consultants. La vérité est qu'on ne s'entend guère sur cette expression, et que la confusion la plus déplorable règne à cet égard. Autrefois on appelait fièvre *typhode* un ensemble de symptômes dont Pinel tira plus tard sa classification des fièvres et dont il fit autant de maladies distinctes. Les modernes ont ajouté un ï au mot typhode, et véritablement je ne vois pas qu'il y ait beaucoup à s'enorgueillir de ce progrès syllabaire. (Mouvement.)

Pour sortir de cette confusion on est obligé de mettre à côté du mot fièvre typhoïde, le diagnostic de la forme sous laquelle elle se présente. N'est-il pas évident, en effet, que la fièvre légère inflammatoire qui guérit toute seule, n'est pas la même que la fièvre qui se présente avec le cortége adynamique ou ataxique? Pour moi, la fièvre typhoïde est un ensemble d'états organo-pathiques aussi divers que variés. Cette manière différente d'envisager la maladie a une immense influence sur le traitement. Tandis que ceux qui englobent tout sous la dénomination de fièvre typhoïde, courent depuis vingt ans à la recherche d'un traitement unique que personne n'a encore trouvé, ni dans les saignées, ni dans les purgatifs, ni dans l'expectation; les véritables praticiens observent, examinent, et se guident d'après l'état organo-pathique qu'ils ont sous les yeux.

C'est avec grande raison que M. Rochoux a imputé des erreurs de diagnostic à l'auteur du mémoire. Ces erreurs, on les commet partout; en ville, on croit avoir affaire à une fièvre typhoïde, un médecin exercé percute et ausculte, et trouve une belle pneumonite. (Exclamations.)—Dans les hôpitaux les mêmes erreurs se commettent et se commettront toutes les fois qu'on examinera plutôt la fièvre que le malade. (Ce discours est suivi d'une vive agitation.)

M. Louis. En mon nom et au nom des médecins des hôpitaux, je proteste énergiquement contre les dernières paroles de M. Piorry. Le diagnostic de la fièvre typhoïde....

M. Piorry. De laquelle?

M. Louis. Le diagnostic de la fièvre typhoïde est aujourd'hui aussi facile que celui de toute autre maladie.

M. Roux. A quelle époque?

M. Louis. Vers le septième ou huitième jour. (Ah! ah!)

M. Castel. Oui, le diagnostic de la fièvre typhoïde au début est fort difficile, car toutes les fièvres se ressemblent au début, et Hildebrandt a très bien fait ressortir cette difficulté. J'admire les excursions lointaines qui se font dans l'Académie: on nous accuse quelquefois de vieillesse et de caducité, mais, Messieurs, au train dont nous marchons, qui ne verrait en nous de vigoureux adultes? Nous sommes une brillante jeunesse. (Explosions d'hilarité.)

M. Rochoux. Je persiste dans mon opinion sur les erreurs de diagnostic. Cette mortalité d'un 23e est fabuleuse. Qu'est-ce que c'est qu'une maladie qui tantôt est contagieuse et qui tantôt ne l'est pas? Quelle identité voulez-vous établir entre des maladies si dissemblables? Une fièvre contagieuse ne peut être identique avec une fièvre qui ne l'est pas, à moins de renverser le sens commun et la logique. La contagion est un abîme qui séparera toujours les maladies.

M. Louis. Mais vous tranchez ce qui est en question. La contagion ne s'exerce pas toujours de la même manière et avec la même intensité.

M. Gerdy. La contagion n'est pas absolue. Un homme peut coucher avec une femme qui a la vérole (oh! oh!) sans la contracter. Tout cela dépend des dispositions particulières qui nous échappent souvent.

La discussion s'éteint.

Les conclusions sont mises aux voix, et après quelques remarques de M. Nacquart elles sont adoptées sans discussion.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 juillet 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Jobert (de Lamballe) communique un fait de guérison de fistule vésico-vaginale, obtenue par un procédé qui lui est particulier: « Une femme se présenta dans mon service avec une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux. L'urètre avait été complétement détruit, et la perte de substance qui occupait la cloison vésico-vaginale, s'étendait en arrière, le long de la ligne médiane, jusqu'à un centimètre et demi environ du col utérin. Il existait donc un vaste cloaque où tombaient les urines avant de s'écouler au-dehors.

» Je tentai la guérison de cette fistule par l'emploi de plusieurs méthodes et du procédé autoplastique dont j'ai donné connaissance à l'Académie il y a quelques années. La malade sortit de l'hôpital sans que son infirmité fût sensiblement améliorée. Son courage cependant ne l'abandonna pas et, un an après sa sortie, elle rentra dans mon service. C'est alors que je pratiquai (9 juin 1845) l'opération suivante, que j'appellerai *réunion autoplastique par glissement*.

» Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes.

» Immédiatement après cette incision et la dissection qui isole facilement le bas-fond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substance énormes, telles par exemple que celle qui existait dans le cas dont je parle.

» La malade qui fait le sujet de cette communication est aujourd'hui dans l'état suivant, on voit:

» 1° Au fond et à la partie supérieure du vagin, la cicatrice épaisse et solide qui sert de véritable plancher à la vessie;

» 2° Le col de l'utérus, au-devant duquel se trouve une saillie prononcée formé par la vessie et l'extrémité supérieure du vagin détachée du col;

» 3° Un sillon dirigé d'avant en arrière et qui indique l'endroit où s'est faite la réunion des deux lèvres de la fistule;

» 4° En avant de ce sillon et à la hauteur du col normal de la vessie, se remarque une dépression formée par une ouverture que peut traverser une sonde de femme.

» 5° Il n'existe pas d'urètre, mais l'orifice vésical de nouvelle formation semble en remplir l'usage;

» 6° Les urines sont gardées pendant plusieurs heures, et la malade sent le besoin de les rendre; ce qu'elle effectue à sa volonté. Lorsque la malade marche, elle conserve les urines moins complétement et avec moins de facilité. »

— *M. Guépin* (de Nantes) adresse une lettre sur le traitement de la fistule et de la tumeur lacrymale. L'auteur emploie un trois-quarts coudé pour rétablir le canal nasal dans les cas d'oblitérations osseuses et pour faciliter l'introduction de clous ou bougies en étain dans les cas ordinaires.

— *M. Ancelon* (de Dieuze) adresse une note sur les maladies endémiques périodiquement développées par les émanations de l'étang de l'Indre basse.

Cet étang est plein d'eau pendant deux ans; puis il est vidé en automne, et livré à l'agriculture la troisième année. L'auteur a observé que pendant que l'étang est plein d'eau, règne la dothinentérie; que lorsqu'il est à sec, règne la fièvre intermittente, et que lorsqu'il est mis en culture ce sont des affections charbonneuses qui se développent.

De ces faits fréquemment observés, l'auteur tire cette conclusion, qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les maladies charbonneuses; qu'elles reconnaissent une cause unique, le miasme marécageux, agissant sans imterruption et produisant, suivant son intensité, suivant les saisons, suivant l'état hygrométrique de l'air, les fièvres intermittentes, l'entérite folliculeuse ou le charbon malin. Il faut ajouter toutefois que cette action de miasme suit exactement, dans son action, la périodicité d'exploitation du vaste étang de l'Indre basse.

— *M. Ducros* adresse un mémoire intitulé: Etudes expérimentales et de médecine pratique sur le jet du sang dans la saignée, augmenté instantanément chez l'homme et chez les animaux par les courants électriques positifs, par les courants galvaniques et par les secousses pharyngiennes ammoniacales. En voici les principales conclusions:

L'acide hydrocyanique, le plus puissant modérateur de la circulation sanguine, est l'antidote de l'ammoniaque, comme l'ammoniaque est l'antidote de l'acide hydrocyanique.

L'acide hydrocyanique tue presque instantanément, en déterminant une violente attaque d'asthme: l'ammoniaque arrête les attaques d'asthme et guérit l'asthme.

REVUE GENERALE.

Nouveau moyen de reconnaître les taches de sang. — Le numéro de juillet des *Annales d'Hygiène* renferme un mémoire de M. Orfila sur un nouveau procédé conseillé par M. Persoz, professeur de physique à la Faculté de Strasbourg, pour reconnaître les taches de sang, et consistant dans l'emploi de l'acide hypochloreux. Cet acide, disait M. Persoz, détruit immédiatement toutes les taches, excepté celles qui sont formées par la rouille ou par du sang. Ces dernières deviennent d'un brun noirâtre par le contact de l'acide; il est d'autant plus important de faire usage de l'acide hypochloreux, qu'il arrive souvent que des taches de sang qui se trouvent sur les tissus perdent la propriété de se dissoudre dans l'eau, et ne peuvent par conséquent pas être décelées par ce moyen. Quelque temps après cette communication deux pharmaciens de Bordeaux, chargés d'une expertise médico-légale, essayèrent, d'après le conseil de M. Orfila, ce nouveau procédé; mais ils remarquèrent que les taches de sang directement faites par le jet du sang contre l'étoffe, et celles produites seulement par le contact d'un objet taché de sang et encore humide, se comportaient différemment; tandis que les taches directes brunissaient d'abord, pâlissaient un peu ensuite, et persistaient même après plusieurs heures de macération dans l'acide hypochloreux; les taches médiatement produites ou secondaires disparurent en partie seulement de la même manière, c'est-à-dire que les fils de la *trame*, plus saillants que ceux de la chaîne, et qui, par le contact de l'objet sanglant, avaient dû s'imbiber davantage de liquide, conservèrent une empreinte brunâtre; les fils de la chaîne seuls furent décolorés. Ces experts pensèrent donc, d'après des expériences répétées, que les taches directes et les taches secondaires se comportaient de deux manières différentes, chose importante et qui n'avait pas encore été signalée.

A ce propos, M. Orfila crut devoir multiplier les expériences, et chercher à constater d'une manière positive l'action de l'acide hypochloreux sur les taches de sang. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé:

1° De tous les moyens proposés jusqu'à ce jour pour reconnaître les taches de sang, celui qui consiste à traiter ces taches par l'eau, et à agir ensuite sur la dissolution, est sans contredit le meilleur. M. Persoz s'est trompé lorsqu'il a dit que souvent les taches de sang qui se trouvent sur des tissus perdent la propriété de se dissoudre dans l'eau, et ne peuvent être conséquemment décelées par ce moyen.

2° L'acide hypochloreux n'a point tous les avantages qu'on lui a supposés. Les taches de sang, minces ou épaisses, récentes ou anciennes, disparaissent entièrement ou presque entièrement par un séjour un peu prolongé dans l'acide hypochloreux. Si quelques-unes d'entre elles ne disparaissent pas complétement, loin de devenir d'un rouge brun, elles ne laissent qu'une teinte grisâtre, conservant quelquefois seulement une coloration brune à leur centre. Les taches faites sur un linge avec des substances grasses et la garance, l'orcanette, etc., se comportent avec l'acide hypochloreux à peu près comme les taches de sang.

3° Cependant, s'il est insuffisant pour faire reconnaître positivement qu'une tache est formée par du sang, l'acide hypochloreux peut être employé avec avantage comme moyen accessoire, pourvu qu'il ne reste en contact avec la tache que pendant une ou deux minutes au plus, temps pendant lequel il ne fait pas disparaître le sang, et se comporte autrement avec les autres substances colorées.

4° Il est inefficace pour distinguer les taches épaisses de sang sur du fer, de celles produites par la rouille ou par le mélange de substances grasses et de colcothar.

5° La dernière proposition de M. Orfila n'est autre chose que la reproduction de l'opinion des pharmaciens de Bordeaux, relativement aux taches directes et aux taches secondaires de sang.

Recherches sur l'infanticide, par le même. — Un autre mémoire contenu dans le même recueil est consacré à l'examen de la question suivante: *Est-il possible de reconnaître la cendre que laisse le bois brûlé, de celle qui serait le résultat de la combustion d'un enfant nouveau né?* M. Orfila fut conduit à s'occuper de cette question par la demande que lui fit un professeur d'une école secondaire de médecine, auquel cette difficulté s'était présentée. Sans entrer dans le détail des nombreuses expériences auxquelles se livra M. Orfila dans cette circonstance, nous nous contenterons de reproduire en abrégé les conclusions qu'il a cru pouvoir en tirer.

1° Lorsque la cendre d'un fœtus ne sera pas mélangée de fragments d'os qui permettent de la distinguer au premier aspect des autres cendres, on la reconnaîtra aux caractères suivants: Si on la calcine avec de la potasse dans un creuset de porcelaine, on obtient du cyanure de potassium, facile à constater par les réactifs ordinaires; en traitant la cendre par l'acide sulfurique, on dégage constamment de l'acide sulfhydrique. La dissolution acide qui en résulte après une réaction de deux ou trois jours, contient toujours du biphosphate de chaux.

2° La cendre des charbons de chêne et de sapin, calcinée de même avec la potasse, ne contient pas de cyanure de potassium, et ne dégage pas d'acide sulfhydrique; elle ne fournit pas de biphosphate de chaux par l'acide sulfurique.

3° La cendre des mottes à brûler et du sarment de vigne laisse seulement dégager quelques traces d'acide sulfhydrique.

4° La cendre du *coak* ne fournit point de cyanure de potassium, mais donne une proportion notable de biphosphate de chaux avec dégagement d'une grande quantité d'acide sulfhydrique.

5° La cendre de chêne ou de sapin, mélangée de cendre de *coak* et de débris de matières animales, se comporte, à peu de chose près, comme la cendre du fœtus, si ce n'est qu'elle fournit beaucoup moins

de bleu de Prusse, d'acide sulfhydrique et de phosphate de chaux.

6°. La cendre de tourbe ne fournit ni cyanure de potassium, ni phosphate de chaux, mais dégage beaucoup d'acide sulfhydrique, quand on la traite par l'acide sulfurique pur.

7° Il suit de ce qui précède, que les experts devront être excessivement reservés avant de se prononcer sur la nature des cendres, toutes les fois qu'ils n'auront pas pu s'assurer que la combustion du fœtus a été opérée avec des bois de chêne ou de sapin, ou avec d'autres bois qui ne contiennent ni de l'azote, ni du soufre, parce qu'il existe d'autres matières combustibles qui à la rigueur auraient pu être employées, et qui se comportent, sinon avec tous, du moins avec quelques-uns des agents indiqués, à peu près comme la cendre des fœtus.

Nouveau contre-poison du deutochlorure de mercure.— M. Poumet, d'Orléans, publie dans les Annales d'hygiène, un mémoire intéressant dans lequel il propose de substituer à l'albumine et au gluten, regardés jusqu'à présent comme les meilleurs contre-poisons du sublimé corrosif, du protochlorure d'étain, qui jouit, on le sait, de la propriété de décomposer le poison, et de le réduire à l'état métallique. Le protochlorure d'étain a le grand avantage, sur les autres contre-poisons, de se rencontrer dans tous les laboratoires, dans toutes les matières médicales, et d'être infailliblement suivi de succès. M. Poumet s'est livré à une série d'expériences desquelles il résulte que si l'on donne le contre-poison avant les premiers vomissements, il convient d'en faire prendre une quantité à peu près double de celle du composé mercuriel. Lorsqu'il y a eu des vomissements, il ne faut donner qu'une dose moindre, approximativement double de la quantité du sel mercuriel non encore vomie.

Quant à la manière dont doivent être instituées les expériences sur les animaux vivants, M. Poumet pense que la ligature de l'œsophage n'est nullement nécessaire, et ne peut servir en rien pour l'appréciation de la valeur du contre-poison. Avec le protochlorure d'étain qui a été seul employé sur les chiens dans les expériences de M. Poumet, le médecin, appelé pour un cas d'empoisonnement, devra prescrire des lavements purgatifs doux, des lavements alcalins émollients, mucilagineux, opiacés. L'auteur pense que lorsque dans les cas d'ulcérations syphilitiques ou autres d'une certaine étendue, on pratiquera des cautérisations avec le sublimé, le nitrate acide de mercure, etc., on devra immédiatement après, pour prévenir tout danger d'intoxication, avoir recours au protochlorure d'étain à l'état de solution concentrée. On neutraliserait ainsi tout ce qui reste de sel de mercure libre, quand même il aurait été en partie décomposé.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des propriétés tœnifuges de l'écorce fraîche de racine de grenadier. — M. le docteur Lafargue de Saint-Emilion nous a adressé une note sur ce sujet, dont nous reproduirons les principaux points On a longuement disserté et bien inutilement, selon lui, sur la manière de reconnaître la véritable écorce de racine de grenadier de Portugal, que certains praticiens, on ne sait trop pourquoi, regardent comme infiniment préférable à l'écorce de la racine du grenadier indigène, considérant même celle ci comme tout à fait inerte et sans aucune propriété. Dans un travail fort détaillé inséré au *Bulletin de Thérapeutique*. tome XXVI, page 90, M. Lafargue avait rapporté plusieurs exemples de l'efficacité de la médecine indigène. « C'est en vue de signaler l'abandon que l'on fait de l'écorce indigène, dit notre confrère, que je rédigeai les observations si curieuses de Musset et de Bion, qu'on peut lire en entier dans le recueil précité. Ces deux malades qui habitaient dans mon voisinage, me fournirent l'occasion de contrôler les symptômes donnés par les livres de pathologie comme étant communs à tous les porteurs de tænia. Les deux individus ne m'ont offert presque rien d'analogue, si ce n'est le fond de la maladie. Chez l'un, l'anorexie complète contrastait fortement avec l'idée que l'on se fait de la voracité des personnes qui ont le ver solitaire. Musset rendait tous les jours des anneaux de tænia. Bion était en quelque sorte soumis pour cette expulsion à une influence planétaire, et on ne l'observait chez lui qu'aux quatre phases de la lune. Celui-ci malade depuis dix ans, a régulièrement éprouvé pendant les cinq dernières années deux fortes hématémèses, l'une au mois de novembre, l'autre au mois de mars. Les vomissements de sang sont fort rares, si même ils ont déjà été mentionnés comme effet de la présence du tænia dans les voies digestives.

Musset et Bion qui ont offert des phénomènes symptomatiques si remarquables, qui avaient désespéré de guérir, qui avaient lassé pour ainsi dire les médecins et la thérapeutique, parce que faute de les interroger sur la nature de leurs garde-robes, on s'était mépris sur le genre de leur affection, Musset et Bion, dis-je, ont été instantanément guéris par la décoction de l'écorce fraîche de la racine de grenadier indigène. Ce qui rehausse et rend tout à fait incontestable la spécificité de ce précieux produit, c'est qu'il a été administré seul, uniquement seul, sans purgation préalable ou postérieure. Voici la manière ordinaire de préparer et de faire ingérer ce tænifuge : on fait macérer pendant vingt-quatre heures *soixante grammes* d'écorce concassée dans un litre d'eau de fontaine; puis on soumet le tout à l'ébullition jusqu'à réduction de moitié. On divise alors le liquide en trois doses, qu'on donne au malade à une demi-heure d'intervalle.

Cette prescription est bien celle qui fut faite à Musset et à Bion, qui prirent, il est vrai, une égale quantité de liquide; mais ce liquide renfermait des proportions différentes d'écorce. Celui de Musset avait été préparé avec 45 grammes, et celui de Bion en contenait 90. Musset, au lieu de prendre son remède en trois doses, crut mieux faire en avalant la décoction tout entière; il rendit son tænia une demi-heure après. Bion rendit le sien en ingérant la troisième dose, c'est-à-dire, une heure après avoir bu la première. A dater de cette époque, la santé de ces hommes s'est maintenue excellente.

En réfléchissant que nos deux malades ont rendu leur tænia sous la pure influence de la décoction de l'écorce fraîche de la racine du grenadier indigène, l'un dans le mois de juin, l'autre dans le mois de mars, on arrive à cette conséquence pratique : c'est que cette écorce ne reçoit des saisons, du moins au point de vue qui nous préoccupe, aucune influence spéciale; de sorte que sa récolte ne cesse jamais d'être en opportunité avec l'effet curatif qu'on attend de son administration. Cette circonstance est tout à fait digne d'intérêt; c'est le point capital de la question.

On me fera sans doute cette objection : Le grenadier est commun dans le midi et très rare dans le nord. L'écorce de sa racine, recueillie dans des contrées si opposées, conservera-t-elle une identité d'action? J'en ai la certitude, et voici sur quel fondement je l'établis : M. le docteur Putégnat, qui exerce à Lunéville, raconte (*Gazette des Hôpitaux* du 9 février 1843) les bons effets qu'il a obtenus de l'écorce fraîche de la racine du grenadier indigène dans un cas de tænia M. le docteur Bury, qui exerce à Saumur, fait le même éloge de ce produit dans une circonstance semblable (*Bul. Thér.*, t. 26, p. 285). Or, si le grenadier qui croît à Lunéville et à Saumur, rivalise de propriétés tænifuges avec le grenadier qui se rencontre dans le département que j'habite, celui de la Gironde, pourquoi le grenadier ne conserverait-il pas toujours les mêmes priviléges, récolté à Paris ou dans toute autre contrée du nord ou du centre de la France?

Dans toutes les officines du Midi on trouve l'écorce sèche de racine de grenadier. Il serait naturel d'admettre que ce produit desséché aura été récolté dans la localité même. Il n'en est cependant pas ainsi. Les pharmaciens le font venir, avec le plus grand nombre de leurs autres substances médicamenteuses, de Paris ou des autres villes où fleurit le commerce de la droguerie. Cette particularité est d'autant plus choquante que l'écorce du commerce est presque toujours mal desséchée et par conséquent inerte. C'est quelquefois un désir immodéré de gain qui se charge d'offrir, en lieu et place de la véritable écorce, celle de l'épine-vinette ou même du buis. On aura la mesure de la fréquence de cette substitution en lisant dans les auteurs la série d'opérations propres à démasquer cette fraude. Ces considérations si importantes pour l'issue du résultat thérapeutique, s'appliquent à l'écorce desséchée, indigène ou exotique, voire même à celle du Portugal.

Les deux succès que j'ai obtenus avec l'écorce fraîche de grenadier indigène, ceux non moins remarquables de MM. Putégnat et Bury, la recommandation que font presque tous les auteurs de pharmacologie, de recourir toutes les fois qu'on le peut à l'écorce fraîche indigène, doivent encourager les médecins du nord et ceux du centre de la France à ne pas douter de la valeur thérapeutique de l'arbuste élevé dans les serres de leur pays.....

On m'a accusé de proscrire au profit de l'écorce fraîche, toute écorce de grenadier desséchée. Je demande la permission de me citer moi-même : « Qu'on sache bien que notre travail n'est point entre-
» pris dans le but de dénigrer la véritable écorce desséchée. Nous
» serions démenti par les faits et l'expérience, si nous élevions cette
» prétention. C'est contre la fraude, c'est contre l'altération que nous
» voulons prémunir nos confrères. La véritable écorce convenable-
» ment conservée à l'état de siccité, guérit le ver solitaire; c'est hors
» de doute; mais l'écorce fraîche du grenadier indigène détruit ce pa-
» rasite avec plus de certitude encore Dans le Nord, toutes les fois
» qu'on le pourra, il faudra préférer celle-ci à celle-là; dans le Midi
» ce choix ne devra jamais faire l'objet d'un doute. » (*Bulletin thérapeutique*, tome XXVI, page 97.)

NOUVELLES.

MM. Fée, chirurgien aide-major au 56e de ligne, et Bonnal, *idem* en Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le lieutenant-général Lamoricière, en date du 24 mai dernier.

— Deux nouveaux convois d'aliénées chroniques viennent de partir de la Salpêtrière, l'un dans le service de M. Trélat, et l'autre dans celui de M. Baillarger, pour la maison départementale de Saint-Venant (Pas-de-Calais). Un troisième et dernier convoi, composé en partie d'aliénées chroniques, du service de M. Trélat, et d'épileptiques, du service de M. Lélut, est parti le 9 de ce mois.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 19 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 85. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 18 JUILLET 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce, nous a fait assister à l'autopsie d'un homme mort dans son service à la suite d'une affection de l'appareil central de la circulation.

Cette affection rentre dans les cas dont M. le docteur Aran a fait le sujet d'un travail plein d'intérêt, inséré dans les *Archives de* 1844, et intitulé : *Recherches sur les adhérences générales du péricarde; nouveau moyen de reconnaître cette altération.*

Dans son mémoire, M. Aran a étudié trois points : le mode de production, la séméiotique et surtout le diagnostic de ces adhérences.

Quant au mode de production, il reconnaît qu'elles sont presque toujours le résultat de péricardites aiguës qui, imparfaitement traitées ou s'étant développées dans des circonstances défavorables, sont passées à l'état chronique : c'est là le fait le plus général. Mais elles peuvent se former à la suite d'un travail inflammatoire primitivement chronique. Telle est donc la condition dans laquelle l'adhérence générale du péricarde au cœur se produit : inflammation aiguë passée à l'état chronique ou, mais beaucoup plus rarement, primitivement chronique.

Maintenant, quel est le mode de formation de cette adhérence? Dans la première période de la péricardite aiguë, la séreuse, dit M. Aran, sécrète un liquide dont la partie plastique (autrefois on disait albumineuse, on peut dire aujourd'hui fibrineuse) se sépare sous forme de fausses membranes, et revêt les feuillets opposés du péricarde. La reprise de ce produit solide par l'absorption est lente. Si une exacerbation survient, une nouvelle exhalation se produit et les fausses membranes qui en résultent sont plus rebelles encore à l'absorption que les premières. Si les exacerbations se répètent, les fausses membranes, au lieu de disparaître s'organisent. « Dès lors, ajoute M. Aran, la terminaison par résolution n'est plus possible, et le rapprochement des deux feuillets opposés du péricarde est presque immédiatement suivi de la formation d'adhérences générales et solides. » Ces adhérences se montrent sous deux aspects : 1° l'inflammation persiste, et elles sont infiltrées de pus par places ou plutôt d'un liquide séro-sanguinolent ; 2° elles sont formées d'un tissu cellulaire blanchâtre, fin et serré.

Nous concevons comme possible la formation d'*emblée*, sans exacerbation, de l'adhérence générale, par un mécanisme de touts points semblable à celui que provoque l'injection irritante dans l'hydrocèle.

Quant à la séméiologie, une question se présente tout d'abord. Les adhérences générales du péricarde donnent-elles lieu à des troubles de la santé? Laënnec nie formellement que cela soit : « J'ai ouvert, dit-il, un grand nombre de sujets qui en étaient affectés, et qui ne s'étaient jamais plaints d'aucuns dérangement de la circulation ou de la respiration. » M. Bouillaud confirme cette opinion. Lancisi, Vieussens, Meckel, Haller, Sénac, Kreysig, Corvisart, et surtout Morgagni, tous cités par M. Aran, affirment qu'elles sont incompatibles avec le libre exercice des fonctions.

Mentionnons seulement le changement de position du cœur, qui, d'après M. Beau, serait le plus souvent perpendiculaire au diaphragme, au lieu d'être à peu près horizontal, comme dans la dilatation avec hypertrophie générale. Nous ne faisons pas un article *ex professo*, et il doit nous être permis de glisser sur certains points. Revenons.

M. Aran explique cette dissidence par la différence des cas sur lesquels se fondent ces opinions contraires. Lui aussi a observé des malades chez lesquels aucun trouble n'avait lieu ; mais il en a vu qui ont succombé aux suites immédiates de l'altération. Chez les premiers, l'adhérence était *celluleuse* ; chez les seconds, « l'adhérence n'était pas parfaitement celluleuse ; *on trouvait des traces nombreuses d'inflammation ; le cœur était malade* .. » Dès à présent l'on peut voir que la question est déplacée. Si un individu succombe avec des adhérences, plus, des *traces nombreuses d'inflammation*, plus, une *maladie du cœur*, c'est par l'inflammation persistante du péricarde, c'est par l'altération du cœur qu'il succombe, et non par l'adhérence. Pour juger des effets de celle-ci, il faut la considérer exclusivement en elle-même, abstraction faite de l'inflammation. Il faut l'étudier quand elle est devenue un fait purement physique, faute de quoi c'est toujours la péricardite que l'on étudie. A ce point de vue, comme M. Aran a noté l'absence de troubles dans les cas où l'adhérence est purement celluleuse, son opinion revient à celle de Laënnec et de M. Bouillaud.

La dilatation générale avec hypertrophie portant principalement sur les ventricules, altération décrite par beaucoup d'auteurs, notamment par Morgagni, le ramollissement du cœur avec décoloration, ou au contraire coloration plus foncée du tissu du cœur (quand le sujet est mort asphyxié), seraient imputables à l'inflammation et non aux adhérences. En effet, l'hypertrophie excentrique se rencontre, d'après M. Aran, dans les adhérences générales *et non celluleuses*, c'est-à-dire dans les adhérences inflammatoires, ou, en d'autres termes, dans la péricardite. Quant au ramollissement avec décoloration (nous faisons abstraction de la coloration plus foncée qui se rattache à l'asphyxie), elle exprime évidemment un certain degré de cardite.

Ainsi, d'après M. Aran, il n'y aurait de symptômes et d'altérations anatomiques du cœur que dans les cas d'adhérences non celluleuses, c'est-à dire, dans les cas de cardo-péricardite.

Mais nous arrivons à une contradiction.

M. Beau attribue l'ampliation des cavités à la traction des fausses membranes sur le cœur, et l'hypertrophie au surcroît de force nécessité par cette ampliation et par l'obstacle que les brides apportent au resserrement du cœur. M. Aran cite cette phrase du passage consacré par Haller à l'étude des adhérences : « Les cavités qui se contractent mal se vident mal. » Phrase qui donne, suivant lui, la véritable explication de l'ampliation des cavités. Or, nous ferons remarquer que, dans l'explication de M. Beau comme dans celle de Haller adoptée par M. Aran, on ne comprend plus qu'il y ait des adhérences donnant lieu à des troubles fonctionnels, et d'autres dans lesquels ces troubles font défaut. On n'a qu'à y réfléchir un instant pour en demeurer convaincu. Si les adhérences amènent l'ampliation, et par suite l'hypertrophie, soit par traction, soit parce que les cavités se contractent mal et se vident mal, on devra supposer dans tous les cas les troubles qui se lient à l'hypertrophie excentrique, et il ne peut plus y avoir d'adhérence sans lésions de fonction. Remarquons, en passant, qu'il n'y a pas de différence réelle entre l'explication de Haller et celle de M. Beau. L'un dit que la contraction se fait mal et que le cœur se vide mal ; l'autre veut expliquer comment et pourquoi la contraction du cœur et le passage du sang se font mal. Toujours est-il, nous le répétons, que la contraction du cœur et le passage du sang à travers les cavités de cet organe se faisant mal, on ne peut comprendre qu'il n'en résulte aucun trouble fonctionnel.

Il semblerait que de nouveaux faits sont nécessaires à la solution de cette intéressante question. La phrase suivante, empruntée à M. Aran lui-même, nous porte à supposer que cette solution pourrait bien être contradictoire à l'opinion de Laennec, partagée pour un certain nombre de cas par M. Aran :

« Les altérations de nutrition qui sont déterminées par les adhérences du péricarde s'accompagnent de symptômes généraux qui leur sont propres, et qui n'ont rien de véritablement caractéristique : c'est ainsi que les sujets affectés d'adhérences générales simplement celluleuses, avec hypertrophie simple et légère du cœur, ne présentent que quelques palpitations de temps en temps, une tendance notable aux congestions et à la pléthore, avec de la difficulté à respirer quand ils veulent se livrer à un exercice trop violent. »

De ce que ces symptômes ne sont pas des *signes*, ce n'en sont pas moins des troubles de la santé. Les adhérences *simples, celluleuses*, donneraient donc lieu à des lésions fonctionnelles.

Nous venons de voir ce qui se passe lorsque les adhérences sont celluleuses. Quand elles sont inflammatoires (quand la péricardite a persisté), la gêne de la respiration est extrême ; le moindre exercice détermine des palpitations ; une anxiété inexprimable se fait sentir à la région précordiale ; le pouls est faible, tremblotant, souvent irrégulier ; une toux fréquente, parfois accompagnée de crachats sanguinolents, fatigue le malade ; l'œdème survient, et la mort arrive après d'affreuses angoisses, suivant l'expression de M. Aran, à qui nous empruntons ces détails.

Mais ces symptômes, si graves qu'ils soient, ne sont pas, pour cela, caractéristiques. Quels seront donc les signes caractéristiques?

Sanders avait cru en trouver un dans un enfoncement, une sorte de rétraction qui se produisait pendant la systole ventriculaire, à l'épigastre, immédiatement au-dessous des fausses-côtes du côté gauche, et qu'il attribuait à la rétraction éprouvée par le diaphragme à chaque mouvement d'ascension du cœur. Kreisig, bien auparavant, avait indiqué ce phénomène. « L'expérience, dit M. Aran, n'est pas venue confirmer l'exactitude de cette découverte. » Nous verrons tout à l'heure.

D'après le docteur Hope, le diagnostic des adhérences générales du cœur est des plus incertains. Cependant il donne les signes suivants :

« 1° La situation plus élevée de la pointe du cœur, situation en désaccord avec l'augmentation du volume de l'organe, et qui est le résultat des adhérences qui enchaînent le cœur dans la position qu'il occupe ; 2° une sensation d'ébranlement ou de secousse communiquée à la paroi thoracique par le mouvement du cœur agité, se débattant en quelque sorte contre un obstacle ; 3° l'existence, à une époque antérieure, d'une péricardite, et surtout d'une péricardite rhumatismale. »

M. Hope a fait plus et mieux que d'établir ces signes, dont la valeur est justement contestée par M. Aran. Il a admirablement déterminé ceux qui annoncent la formation des adhérences pendant le cours d'une péricardite. Ce sont : 1° la cessation du bruit de frottement ; 2° l'absence d'accroissement dans la matité (ce qui exclut l'idée d'un nouvel épanchement) ; 3° des battements violents et bondissants du cœur, tantôt simples, tantôt doubles, résultant de l'obstacle que le cœur rencontre dans ses mouvements. Ces signes sont précieux. L'habile observateur que nous avons souvent cité, M. Aran, ne trouve qu'une chose à y reprendre ou plutôt à y ajouter. Il ne suffit pas que le bruit de frottement ait simplement cessé, il faut qu'il ait cessé rapidement, c'est-à-dire en vingt-quatre ou trente six heures, alors qu'il était à son *summum.* Cette cessation du bruit de frottement indique que le cœur ne glisse plus facilement dans le péricarde.

Mais, comme le fait remarquer M. Aran, c'est là le diagnostic de la maladie en voie de formation ; ce n'est pas celui de la maladie formée. Lorsqu'on est appelé à diagnostiquer une adhérence générale du péricarde, le plus souvent on n'a pas assisté au développement de la péricardite ; d'où il suit que le diagnostic à la manière de M. Hope est sans application possible dans la plupart des cas.

M. Aran a été conduit par une observation très judicieusement interprétée à la découverte d'un nouveau signe consistant dans l'affaiblissement ou l'extinction plus ou moins complète des bruits du cœur. Le premier bruit, ou bruit sourd, bruit de *tic*, est un peu prolongé, l'intervalle du silence est également prolongé ; le second bruit, ou bruit clair, bruit de *tac*, est très affaibli ou manque.

On a dit que le second bruit ne s'entend pas dans le cas d'insuffisance des valvules aortiques ; mais cela n'est vrai que jusqu'à un certain point. En s'éloignant de quelques lignes de la région précordiale, on finit par l'entendre. D'ailleurs, dans l'insuffisance des valvules aortiques, il est remplacé par un bruit de soufflet *aspiratif* très prolongé, quelquefois musical. Un cas fort embarrassant serait celui où l'insuffisance précitée coïnciderait avec une adhérence générale. On n'entendrait pas le second bruit dans la région précordiale, et, à sa place, on entendrait un bruit de soufflet *aspiratif* très prolongé, Il est à penser qu'on diagnostiquerait l'insuffisance et qu'on méconnaîtrait l'adhérence.

Il est temps de résumer le fait qui nous a fourni l'occasion d'examiner ce sujet difficile. Nous sommes heureux d'avoir à porter à la connaissance du public médical un cas qui fournit la preuve d'une grande perspicacité chez un confrère dont on peut louer le caractère en même temps que le savoir et le jugement.

Le malade était un militaire âgé de quarante ans.

Au mois de février 1843 il avait eu des douleurs dans les membres inférieurs, et avait été soumis à un traitement par les saignées. Entré au Val-de-Grâce, la seconde fois, le 24 juillet 1844, il fut désigné sur le cahier de visite comme atteint d'une affection valvulaire. On nota, à cette époque, un pouls irrégulier, un bruit de souffle inférieur au premier temps. Après un assez long séjour à l'hôpital il sortit. Rentré le 11 mars 1845, il raconta que depuis l'an dernier il avait constamment souffert ; que sa respiration était courte ; qu'il était sujet aux palpitations ; que les membres inférieurs s'engorgeaient à la moindre fatigue.

M. Laveran constate l'état suivant :

Teinte vineuse de la face ; œdème autour des malléoles ; intumescence du ventre ; décubitus latéral droit ; 20 inspirations ; pouls petit, irrégulier, à 60.

La partie inférieure de la région précordiale est le siége d'un mouvement de refoulement de la peau qui suit chaque soulèvement de la pointe du cœur. Son mat dans la même région, dans une étendue 8 à 10 centimètres ; impulsion du cœur forte ; battements irréguliers. Ce qui frappe surtout l'attention de M. Laveran, c'est la confusion des deux bruits, l'impossibilité de les isoler ; pour mieux dire, le second manque absolument. Le premier semble à quelques personnes accompagné d'un bruit de souffle.

Son mat à droite ; matité mobile ; égophonie ; son mat, mobile dans les points déclives de l'abdomen ; urines peu abondantes et fortement colorées.

M. Laveran diagnostique des adhérences générales du

cœur, avec hypertrophie, lésion valvulaire, épanchement pleural et péritonéal.

Le malade est saigné plusieurs fois, des vésicatoires volants sont promenés sur la région précordiale ; néanmoins tous les phénomènes s'aggravent : dyspnée nocturne ; anasarque énorme ; anorexie, constipation, tristesse, découragement, désespoir.

La mort arrive le 13 juillet. Le 12, on avait pratiqué la paracenthèse dans le but de diminuer l'oppression. Le soulagement n'avait été que passager, et même dès le moment de l'opération, le malade fut pris d'un sentiment de froid qui augmenta jusqu'à la mort.

On trouva, à l'autopsie, un épanchement de 400 grammes environ de sérosité dans la plèvre droite, qui était rouge, épaissie et recouverte de fausses membranes. Il y avait un peu de sérosité dans la plèvre gauche. Poumons engoués.

Le cœur, revêtu de son péricarde, présentait un volume considérable, il avait 15 à 16 centimètres de longueur sur autant de largeur ; mais nulle part on ne pouvait pénétrer dans la cavité du péricarde, dont les deux feuillets étaient adhérents de la manière la plus intime. Ce ne fut que par une dissection patiente, qu'on isola : 1° le feuillet pariétal revêtu de fausses membranes inégales, et présentant avec elles une épaisseur de 4 millimètres ; 2° une couche de même épaisseur, fibrineuse, rouge, inégale, d'un aspect presque musculaire ; 3° enfin le feuillet viscéral, également épaissi, et recouvert de quelques débris comme charnus de la fausse membrane qui le séparait du feuillet pariétal. Dépouillé de cette triple enveloppe, le cœur n'avait pas plus de 10 centimètres et demi ; l'oreillette gauche était seule augmentée de volume, sa cavité avait 5 centimètres de diamètre dans tous les sens. La substance du cœur était rosée, d'une consistance plus ferme que dans l'état ordinaire. Le cœur droit n'offrait rien à noter. Au contraire, du côté gauche, M. Laveran constata : 1° une hypertrophie excentrique de l'oreillette, dont les parois avaient 2 millimètres d'épaisseur ; 2° une hypertrophie simple du ventricule, dont les parois, à la partie moyenne, offraient 2 centimètres d'épaisseur ; enfin, une double lésion valvulaire.

a. La valvule mitrale, avec ses piliers, était fibro-cartilagineuse, et formait dans le ventricule un entonnoir rétréci, mais il n'y avait pas insuffisance.

b. Le contour aortique était également rétréci par l'induration fibreuse des valvules, sans suffisance.

Hypertrophie du foie ; aspect inégal et mamelonné de sa surface ; aspect intérieur granuleux ; consistance faible.

Gastrite ulcéreuse (ulcérations superficielles multiples).

Nous avons souligné le passage qui prouve que le signe de Sanders n'est pas imaginaire. La rétraction *suivait* le soulèvement de la pointe du cœur. Elle correspondait donc à la diastole, c'est-à-dire au mouvement dans lequel le cœur peut tirer la paroi antérieure de la poitrine en arrière.

Quant au signe de M. Aran, il trouve dans l'observation qui vient d'être succinctement rapportée, une confirmation non moins éclatante.

Seul, le diagnostic de M. Hope n'a rien à gagner à cette observation. Notons cependant l'irrégularité des battements. Mais il y a loin de là à ce cœur qui se débat contre l'adhérence qui l'enchaîne.

Il s'en faut bien que l'ampliation fût générale ; de son côté, l'hypertrophie n'affectait qu'un ventricule et une oreillette, et encore peu sensiblement.

— Un jeune homme qui se trouve dans le service de M. Nélaton, présente une lésion de fonctions fort curieuse.

Il y a six semaines environ, il s'aperçut que sa voix devenait nasonnée ; il ressentit en même temps de la gêne dans la déglutition des aliments solides.

Le nasonnement et la gêne de la déglutition ont augmenté de plus en plus, et aujourd'hui, lorsque le malade veut boire, on voit le liquide refluer sans interruption par les narines, si bien que, en réalité, il pourrait *boire* indéfiniment le même verre d'eau. Pour avaler, il est obligé de se pincer les narines. Alors la déglutition se fait sans grand effort.

On a étudié les mouvements du voile du palais, et l'on s'est assuré qu'ils sont moins étendus que dans l'état normal, mais seulement moins étendus. Ils s'exécutent jusqu'à un certain point, ce qu'il est aisé de constater en abaissant la langue avec un doigt et en faisant émettre plusieurs fois la lettre *a*, émission dans laquelle le voile du palais s'élève.

La luette n'est point déviée. La langue a toute sa mobilité ; la parole est facile, seulement, comme il a été dit, elle est très nasonnée.

Les buccinateurs ne sont pas paralysés ; car les aliments ne s'arrêtent pas dans la rainure géno-maxillaire.

Lorsqu'on a demandé au malade si les mouvements de la mâchoire sont libres, il n'a pu répondre d'une manière précise ; seulement il a dit que tout ce qu'il mange lui fait éprouver dans les dents une impression étrange, indéfinissable, et qu'il lui semble toujours mâcher des éponges : cela est dû, de toute évidence, à un changement survenu dans la sensibilité des dents.

L'ouïe est intacte. L'olfaction a diminué du côté droit, et il est à remarquer que l'ammoniaque fait moins sentir son action irritante de ce côté que du côté gauche.

La vue est trouble des deux côtés, surtout par moments.

La sensibilité gustative de la langue semble diminuée à droite, à la pointe. Ainsi, à peine dans ce point, le malade sent-il le goût du sel marin. Les aliments ne lui font éprouver aucune sensation ; mais on peut supposer que cela est dû en partie à la diminution du flair.

On peut promener le doigt sur la langue, sur le voile du palais, et jusque sur l'épiglotte, sans que le sujet éprouve la moindre nausée.

Il est à noter que, depuis quelque temps, le malade éprouve des fourmillements dans les mains, comme si, d'après une comparaison qu'il a faite lui-même, il avait eu le coude fortement et longtemps appuyé sur un plan solide.

Il existe aussi, depuis le même temps, un certain degré de faiblesse des membres supérieurs et inférieurs, sans que les fonctions centrales de la vie nutritive soient en souffrance.

— Force nous est de renvoyer à la prochaine *Revue*, plusieurs faits intéressants, ainsi que l'analyse de la lettre de M. Marchesseaux. X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus. (Suite.)

Bien que déjà nombreuses, les causes des inflexions de la matrice n'ont pas toutes été passées en revue ; nous avons parlé de celles qui se trouvaient dans la flaccidité des téguments, dans l'ampleur du bassin, dans le voisinage des organes de l'abdomen ; il nous reste à examiner la parturition et les engorgements.

Il n'est pas douteux que l'accouchement et les fausses couches doivent être rangées dans les causes prédisposant aux inflexions utérines. Toutes les fois, en effet, que l'accouchement a lieu, la matrice reste pendant un certain temps plus molle, et par conséquent plus facile à se replier. Or, l'action des viscères et des muscles abdominaux étant incessante, il s'ensuit, pour les nouvelles accouchées, une prédisposition très grande aux déviations ; et pour peu que la toux ou le vomissement viennent à augmenter l'énergie des pressions que supporte l'utérus, la femme se trouvera fort exposée à la déviation de l'organe.

Les avortements sont peut-être plutôt suivis d'inflexions utérines que l'accouchement à terme. Nous en avons vu un grand nombre survenues à la suite de fausses couches, et nous avons même cherché à nous rendre compte de cette différence à la suite de l'expulsion de l'œuf aux différentes époques de la grossesse. Ne serait-ce pas parce que, dans les avortements, les femmes se livrent à des efforts inutiles ? Les contractions musculaires n'ont, en effet, qu'une action peu marquée sur l'expulsion quand l'utérus est encore contenu dans le bassin, et qu'il ne renferme qu'un corps peu volumineux, comme cela existe dans les fausses couches qui se font à une époque peu avancée de la gestation.

Du reste, l'état de grossesse prédispose tellement les femmes aux déviations de l'utérus, que jusqu'à ces derniers temps on avait signalé ces accidents seulement chez les femmes enceintes. C'est là une erreur qu'il importe de faire connaître. Les antéflexions et les rétroflexions sont moins fréquentes chez les femmes dans la grossesse, qu'elles ne le sont quand l'utérus est dans l'état de vacuité.

Ce n'est pas à dire pour cela que la grossesse ne soit pas un état qui prédispose les femmes à ces inflexions. Ainsi, l'on comprend que dans les premiers mois le corps de l'utérus se développant, et la moitié postérieure de l'organe étant plus grosse que la moitié antérieure, l'on comprend, disons-nous, que le développement étant égal dans le viscère tout entier, la moitié postérieure s'incline par son propre poids ; outre les pressions d'avant en arrière qu'exerce la vessie distendue par l'urine plusieurs fois dans le jour, pressions augmentées par l'action des muscles dont nous connaissons les effets. Si l'utérus, placé dans ces conditions, vient à arc bouter son col derrière les pubis, il en résultera nécessairement une inflexion. C'est aussi ce qui arrive le plus communément ; et dans la grossesse, la flexion la plus fréquente a lieu postérieurement : c'est ce qu'on nomme rétroflexion.

Les engorgements pourraient certainement être admis aussi comme cause d'inclinaison et d'inflexion utérine ; il est clair qu'une matrice plus grosse, et par conséquent plus lourde, a aussi plus de tendance à basculer, à s'infléchir, que dans l'état normal ; ce que nous contestons, c'est que ce soit là une cause fréquente, ordinaire, il faut être prémuni contre cette idée trop généralement admise : ces engorgements dont on a tant parlé sont rares, très rares ; ils ne peuvent donc constituer une cause fréquente de déviations ; mais ils n'en sont pas moins une des causes à ajouter aux autres si nombreuses.

Les inclinaisons, les inflexions, les déviations de toutes sortes, en un mot, sont-elles des maladies qui peuvent se rencontrer chez toutes les femmes ? Cette question est un champ vaste et qui reste à exploiter encore. Nous ne craignons pas d'avancer pourtant que les inflexions sont possibles à toutes les époques de la vie ; nous en avons vu une sur une petite fille de deux ans. M. Giraldès, agrégé à la Faculté, possède une pièce qui appartenait à un enfant de six mois, sur laquelle on voit une antéflexion très prononcée : il est vrai de dire que cela n'est peut-être pas très concluant, parce qu'à cet âge l'utérus est la moindre partie des organes génitaux ; que le col est plus gros, plus dur et plus long que l'utérus lui-même, et la mollesse du corps empêche d'attacher trop d'importance à ce fait ; mais chez la petite fille de deux ans que nous citions précédemment, le coude que formait l'utérus était très dur, et il se repliait de lui-même quand on cherchait à le redresser.

Nous avons rencontré de ces inflexions chez des filles vierges, et nous n'en comptons plus les exemples, mais certainement huit ou dix fois positivement. On comprend que chez ces femmes, à cause de l'étroitesse du vagin, de l'existence de l'hymen, c'est par le rectum qu'on doit explorer l'utérus ; il n'est pas besoin de revenir sur ce point. De plus, nous en avons trouvé encore, et une tout récemment avec M. Marjolin, chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants, mais n'étant pas vierges.

Enfin nous avons pu en observer un grand nombre dans toutes les conditions. Les femmes arrivées à la dernière moitié de la vie doivent certainement en présenter beaucoup d'exemples ; la raison en est simple, les déviations de l'utérus ne guérissent pas et ne causent pas la mort ; il est donc naturel de penser que les femmes atteintes de cette maladie la conserveront toute leur vie, et qu'elles la présenteront d'autant plus qu'elles seront plus avancées en âge. Ainsi, chez les enfants, chez les femmes vierges, chez les femmes mariées, chez celles qui ont eu des enfants, chez celles qui n'en ont pas eu, on rencontre les inflexions de l'utérus.

Quels sont les accidents que provoquent les inflexions, et à quels signes pourra-t-on les reconnaître ?

Nous ne croyons pas qu'il existe de maladie aussi embarrassante que les inflexions de l'utérus, tant à cause de la multiplicité que de la variété des symptômes auxquels elles donnent naissance. Ces symptômes diffèrent complétement selon que la déviation se montre chez telle ou telle femme, selon les conditions où elle se trouve placée, selon l'état de vacuité ou de plénitude de l'utérus. Qu'on s'imagine, par exemple, une inflexion chez une femme enceinte de trois ou quatre mois. Ici le bassin est rempli par une masse qui l'occupe complétement avec la vessie et le rectum, les accidents pourront être sérieux ; chez une femme qui n'est point enceinte, au contraire, généralement des troubles véritablement réels et graves n'existeront presque jamais du côté des organes contenus dans l'excavation.

Chez la femme enceinte on pourra voir survenir la rétention ou l'incontinence d'urine. Ainsi nous avons vu une femme dans nos salles, couchée au n° 12, qui avait une rétention d'urine causée par une tumeur du bassin ; nous ignorions d'abord s'il s'agissait d'une maladie ou d'une grossesse ; aujourd'hui nous savons que la femme est enceinte, l'incontinence a disparu quand la matrice a repris la position qu'elle doit occuper à l'époque à laquelle est parvenue la gestation.

Le mécanisme de la rétention et de l'incontinence d'urine, phénomènes qui semblent s'exclure l'un par l'autre, est extrêmement facile à comprendre. Quand, chez une femme enceinte de trois à quatre mois, la matrice vient à se couder, la vessie se trouve comprimée, son col peut être complétement fermé par la pression qu'exerce l'utérus, d'où la rétention d'urine ; si la vessie résiste, l'urine ne pouvant s'échapper à plein canal, suintera goutte à goutte, d'où l'incontinence. Mais comme il ne peut exister de rétention d'urine sans qu'il y ait aussi production de douleur, bientôt se manifestent des retentissements circulatoires, nerveux, des troubles dans les fonctions digestives ; en un mot, les phénomènes morbides graves qu'occasionne ordinairement la rétention de l'urine ; il se peut même qu'un tel état amène la paralysie de la vessie, une cystite aiguë, la perforation de la poche et ses suites désastreuses, l'escharification de la portion de vessie comprimée, escharification qui survient, comme on le sait, sur tous les tissus soumis longtemps à une pression intense, et qui amènera, dans l'hypothèse actuelle, l'épanchement de l'urine et la mort.

D'autres accidents se manifesteront encore dans les inflexions de l'utérus : ils auront lieu du côté du rectum. Quand les femmes ne sont point enceintes, le rectum se cache pour ainsi dire et échappe à la compression ; mais quand il y a grossesse, si l'utérus est dévié, il finira par le presser contre la paroi postérieure du bassin, d'où résulteront une douleur vive et une constipation opiniâtre, contre laquelle les lavements ne pourront presque rien, puisque le liquide sera lui-même arrêté et ne pourra pénétrer jusqu'au dessus du point où siégera la compression. D'un autre côté, les médicaments purgatifs amèneront nécessairement des efforts qui tendront encore à augmenter l'inflexion, les systèmes circulatoire et nerveux ne tarderont pas à s'émouvoir ; il y aura danger pour la femme, et le médecin ne pourra sortir de ce cercle vicieux : ou abandonner l'inflexion à elle-même, et alors les accidents persisteront ; ou combattre les accidents, et alors les moyens à employer tendront à augmenter l'inflexion.

De plus, il y aura très certainement des vaisseaux et des nerfs qui subiront, eux aussi, la compression exercée par la tumeur ; or, si ce sont des veines, les membres inférieurs s'infiltreront ; si ce sont les artères, la gangrène peut survenir, nous l'avons vue une fois, ou au moins il y aura une gêne considérable ; si ce sont les nerfs, les douleurs seront des plus vives.

Enfin, on observera encore, dans quelques cas, des accidents du côté du ventre, la péritonite, l'entérite, il existera des douleurs dans les reins, dans les fosses iliaques, il y aura de la pâleur, de l'agitation, du malaise, des vomissements peut-être ; on ne saurait dire, en vérité, quels symptômes ne peut produire l'inflexion de l'utérus chez une femme enceinte de trois ou quatre mois.

Quand cette inflexion existe chez une femme qui n'est pas grosse, c'est un autre ordre de symptômes qu'on observe ; mais, d'abord, comment peut-il se faire que, par le fait seul de l'inflexion de la matrice, la femme soit tourmentée d'une façon quelconque ?

Au premier abord, on ne comprend pas bien qu'une déviation si légère en apparence et qu'on ne peut pas même appeler une maladie, donne jamais lieu à des phénomènes inquiétants. Cependant, cela est. Les accidents les plus variés pourront naître par suite de l'inflexion de l'utérus ; quelques femmes s'en apercevront à peine, d'autres en seront amenées au point de voir leur santé s'altérer très gravement. Nous avons donné des soins à une dame que nous avons vue il y a dix-huit ans pour la première fois ; c'était une femme du monde, vive, impressionnable ; elle n'avait autre chose qu'une inflexion utérine, elle a fini par succomber.

Le plus souvent les malades accusent une douleur vive

dans les reins, dans les régions iliaques, dans les aines; il peut survenir des vomissements, des douleurs dans le ventre et dans les membres, une constipation opiniâtre. Cette dame avait éprouvé tout cela: on l'avait traitée pour une maladie du col. Nous fîmes l'autopsie avec M. Pelletan, qui la connaissait. Nous ne trouvâmes rien, si ce n'est une rétroflexion à angle aigu; le fond de l'utérus appuyait sur le rectum: cela était survenu à la suite d'un accouchement. Du reste, si l'on joint aux symptômes précédents, les envies fréquentes d'uriner et la sensation d'un poids sur le fondement, l'on complétera l'ensemble des accidents dont se plaignent le plus communément les femmes atteintes d'inflexion de l'utérus.

Quand donc une femme accuse ces deux symptômes et une constipation opiniâtre, si cette femme n'a pas d'écoulements blancs, si elle n'a point été prise de perte, il est à présumer qu'il s'agit d'une inflexion.

Malheureusement ces trois caractères ne frappent pas toujours suffisamment les malades, pour qu'elles en avertissent le médecin et le mettent ainsi sur la voie. Très souvent elles se plaignent de l'estomac, elles disent ressentir des tiraillements; elles ne peuvent se résoudre au mouvement, se refusent à marcher, sont pleines d'agitation, elles se sentent *agacées*. Si on leur adresse des questions sur la manière dont fonctionnent les organes du bassin, elles avouent que la vessie se vide plus souvent qu'à l'ordinaire, qu'alternativement elles sont prises de constipation et de diarrhée; elles éprouvent, disent-elles, des tiraillements dans les aines et souvent dans les reins; mais surtout elles répugnent au mouvement, et ont de fréquentes dispositions aux syncopes.

Quand, après cette énumération, il reste un doute, le seul moyen de le lever consiste dans l'exploration directe pour constater la situation de l'organe. C'est une question qui mérite de fixer l'attention, car on a souvent commis des erreurs grossières à propos de ces déviations. Levret raconte l'histoire d'une femme qui mourut des suites d'une opération de la taille pratiquée *pour une antéversion*. La sonde avait rencontré le fond de l'utérus, qu'on avait pris pour un calcul enkysté. Des inflexions ont été confondues avec des tumeurs du rectum; l'erreur s'explique: la malade se plaint du fondement, il y a des ténesmes; le doigt porté dans l'intestin rencontre une tumeur, et les choses sont disposées de telle sorte, qu'on peut, quand on n'a pas une habitude suffisante, ne pas reconnaître le col de l'utérus, qu'on ne suppose pas placé là. Cela est facile à vérifier sur le cadavre. On a pris encore des déviations pour des tumeurs du bassin. Quand, par exemple, on a touché le col par le vagin, et qu'il existe une antéflexion, on trouve la paroi antérieure de l'utérus coudée et représentant une tumeur qu'on ne pense pas être le corps de la matrice elle-même, d'autant que cette portion de l'organe, ainsi recourbée, est très sensible chez quelques femmes.

C'est précisément de cette source que sont venus les engorgements qui, ainsi que nous l'avons dit déjà, sont tout simplement des inflexions de l'utérus. PAJOT.

REVUE GÉNÉRALE.

Ruptures spontanées du cœur. — M. Roché (de Strasbourg) a adressé au *Journal des connaissances médico-chirurgicales* un travail sur les ruptures spontanées du cœur; altération beaucoup plus rare que celles qui reconnaissent pour cause un effort musculaire considérable ou une violence extérieure. La raison qui a déterminé l'auteur à publier les deux faits qu'il rapporte, c'est la ressemblance des symptômes notés qui pourront à l'avenir, il l'espère du moins, faciliter le diagnostic et le pronostic de ce genre de lésion. Si l'art est impuissant quand l'accident est arrivé, peut-être ne serait-il pas tout à fait inutile de reconnaître les premiers phénomènes et quelquefois les symptômes précurseurs. Nous choissons entre les deux faits cités par M. Roché, le plus curieux relatif a une double rupture spontanée du cœur.

Sophie Derbaus, femme Aurel, âgée de quarante-cinq ans, aubergiste à Toucy, d'un tempérament bilieux, très grasse, n'ayant jamais éprouvé que de légères indispositions et des étouffements passagers qu'elle attribuait à la vapeur de charbon au-dessus de laquelle elle travaillait continuellement, fut prise subitement dans la nuit du 8 au 9 août, vers minuit, de nausées et de douleurs violentes dans la région précordiale. Appelé à deux heures du matin, mon père trouva cette malade dans l'état suivant: la face rouge, animée; le pouls est naturel; la malade se plaint d'une douleur brûlante, insupportable occupant la région précordiale; elle a des nausées, elle vomit quelques substances alimentaires prises à son souper, qui a été très peu copieux, et quelques mucosités épaisses. Il administra un calmant, en attendant que la maladie eût pris un caractère déterminé. Trois heures après, il trouva le pouls petit, misérable, intermittent; les nausées avec des efforts inutiles pour vomir, ainsi que la douleur brûlante de la région précordiale, subsistaient. La malade resta dans cet état jusqu'à dix heures du matin, heure à laquelle elle expira en s'entretenant avec les personnes qui l'entouraient.

Une mort aussi prompte et aussi inattendue engagea mon père à demander l'autorisation de faire l'autopsie; cette permission lui ayant été accordée, je procédai à cette opération en sa présence et devant M. Ledieu docteur-médecin.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort. — L'habitude extérieure présente celle d'une femme d'une taille moyenne, d'un embonpoint très marqué; des taches livides, de la largeur d'une pièce de 5 fr., occupent le cou et les deux côtés du thorax. Le diaphragme est dans un état d'intégrité parfaite. Les poumons de couleur rosée, crépitants dans tous leurs points, sont baignés dans une sérosité sanguinolente qui occupe les deux cavités thoraciques.

Le péricarde est fortement distendu par de volumineux caillots de sang noir, que l'on aperçoit à travers son épaisseur; en incisant cette poche, il s'en échappe plusieurs caillots dont la réunion forme un volume du poids de 500 grammes. Le cœur, mis à découvert, est entouré d'une grande quantité de graisse; il a sa couleur, son volumu et sa texture naturels, mais il présente deux ruptures récentes, dont l'une située vers les deux tiers inférieurs du ventricule gauche, d'une circonférence de 10 à 12 millimètres, intéressant le ventricule de dedans en dehors, sans qu'il soit possible de remarquer aucune lésion organique de cette région; le ventricule et l'oreillette de ce côté étaient entièrement vides; une semblable rupture, ayant les mêmes caractères et les mêmes dimensions, occupait la partie inférieure de la cloison, et faisait ainsi communiquer les deux ventricules. Les cavités droites n'offraient rien de particulier; l'origine des gros vaisseaux du cœur et les orifices auriculo-ventriculaires étaient dans l'état naturel.

L'estomac, contenant environ 200 grammes de mucosités mêlées aux liquides ingérés pendant la vie, offrait quelques stries rougeâtres dans le sac de la grande courbure et près de l'orifice cardiaque, ainsi que quelques taches brunâtres, sans altération de ses membranes; des taches semblables se faisaient remarquer dans quelques portions de l'intestin grêle, principalement à ses extrémités duodénale et iliaque.

Les autres viscères abdominaux n'ont rien présenté de remarquable.

Du taxis combiné avec l'irrigation continue et la douche d'eau froide. — Le *Journal de Chirurgie* publie un travail de M. Moreau-Boutard, dans lequel ce médecin rapporte trois faits de hernies étranglées, réduites par le taxis secondé par une douche froide, et par l'irrigation continue froide prolongée pendant quelque temps. Suivant M. Moreau-Boutard, le froid agit non-seulement sur les fibres musculaires, par conséquent comme dilatateur des ouvertures normales ou anormales, aponévrotiques ou musculaires, et sur la hernie elle-même, en amoindrissant son volume, mais encore sur le dartos et sur le crémaster, dont la contraction est peut-être un des moyens de taxis les plus énergiques et les plus méthodiques. Personne n'ignore, ajoute l'auteur, le fait cité par J.-L. Petit, d'un jeune homme robuste, âgé de vingt et un ans, déjà saigné huit fois en deux jours, et chez lequel divers moyens de réduction avaient déjà échoué. La rentrée brusque de la hernie s'opéra sous l'influence d'un seau d'eau froide, et l'on sait aussi que ce grand chirurgien attribue la réduction à l'action du dartos qui s'est, dit-il, contracté d'une manière uniforme et sur tous les points de la tumeur, ce que ne peuvent faire les doigts. Nous citerons, comme exemple de la méthode de M. Moreau-Boutard, le fait ci-après, l'un des trois contenus dans son travail.

Vers la fin de 1842, je fus appelé pour secourir un homme, de trente-cinq ans environ et d'une robuste constitution, atteint d'une hernie inguinale droite étranglée depuis onze heures. Porteur de cette affection déjà depuis plusieurs années, lorsque la hernie sortait, il la faisait rentrer lui-même, et appliquait par-dessus un brayer qu'il quittait assez souvent sans en être autrement incommodé. Cette fois il était accroupi sur les lieux d'aisances, et se livrait à des efforts de défécation sans tenir la main sur l'orifice du canal inguinal, lorsque la hernie s'échappa brusquement et vint former dans les bourses une tumeur cylindrique en forme de boudin, dure et rénitente, sans chaleur anormale, sans douleur, longue de 13 centimètres, et portant à peu près 14 centimètres de circonférence; la peau du pénis et des bourses avait été entraînée pour servir d'enveloppe à cette tumeur; la verge et les testicules, le gauche comme le droit, étaient effacés; les vaisseaux du cordon ne pouvaient se reconnaître, tant était grande la tension de la tumeur.

Immédiatement après l'accident, un chirurgien avait tenté le taxis pendant vingt minutes au moins, sans réussir; alors on avait eu recours à la saignée du bras et aux fomentations émollientes sur la tumeur; mais vinrent les coliques, les nausées, les vomissements. Lorsque je vis le malade, il rejetait fréquemment des gorgées de bile verdâtre; il était pâle et refroidi; il avait les traits grippés, beaucoup d'anxiété, des sueurs froides, pas de selles, le pouls comprimé et fort. Je lui fis pratiquer une nouvelle saignée copieuse, après laquelle il fut plongé dans un bain à 30 et quelques degrés centigrades, où il resta vingt minutes; pendant cela, les vomissements continuèrent; une syncope étant survenue, je pratiquai le taxis dans le bain, mais sans succès. La vessie et le rectum étaient vides.

Alors je fis placer le malade tout nu, au sortir du bain, sur un plan incliné que j'avais préparé d'avance; et de suite, tandis que, saisi de froid par la rapide vaporisation de l'eau dont il était couvert, il commençait à grelotter, je tentai, à l'aide du taxis, une nouvelle réduction méthodique de la hernie, sur laquelle venait tomber, d'un mètre de haut environ, un filet continu d'eau froide d'un centimètre de diamètre à peu près. Il n'y avait pas cinq minutes que cette manœuvre durait, lorsque je sentis la tumeur mollir entre mes mains, son large pédicule s'ébranler, et la réduction s'en faire véritablement avec fracas. Le doigt introduit dans l'anneau pénétrait jusqu'à l'abdomen directement, sans obliquer.

Des compresses imbibées d'eau froide et un bandage compressif furent appliqués au pli de l'aine droite. Le malade reposa tranquillement; tous les symptômes d'étranglement avaient disparu. Dès la réduction opérée, quatre heures après, il prenait 35 cinq grammes d'huile de ricin, et le lendemain il n'y pensait plus. Il n'a plus quitté un bandage depuis cet accident, et la hernie ne s'est pas reproduite, grâce aux précautions qu'il prend dans ses diverses fonctions.

Du carbonate d'ammoniaque dans le diabète sucré. — Le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* publie la note suivante, d'après le docteur Barlow. Les dernières recherches sur le diabète sucré ont mis hors de doute l'utilité des alcalins dans cette affection, au moins comme moyens palliatifs. Le carbonate d'ammoniaque paraît avoir eu un effet réellement curatif dans un cas cité par l'auteur. Le malade était un homme de trente-deux ans qui rendait chaque jour cinq livres d'urine sucrée. D'après la proposition de M. Barlow, on lui fit prendre du carbonate d'ammoniaque. Au bout de six semaines de l'emploi de ce médicament, l'urine avait perdu son caractère diabétique, et l'émission s'en trouvait réduite à deux litres par jour. Le traitement fut encore continué quelque temps et consolida la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis.

Résection d'une portion cariée du pariétal gauche. — La gravité habituelle des plaies du crâne rend excessivement curieuse l'observation suivante, rapportée par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, et recueillie à la clinique du professeur Heyfelder, d'Erlangen.

Eve Huber, âgée de trente ans, après avoir longtemps éprouvé des douleurs de tête du côté gauche, ainsi que de la surdité, présenta en ce point une tumeur qui, une fois ouverte par l'instrument tranchant, fit place à un ulcère au fond duquel l'os se trouva carié. M. Heyfelder fit la résection d'une portion du pariétal longue de 15 lignes et large de 13. L'os était carié dans toute son épaisseur, et la dure-mère présentait, derrière lui, un aspect granulé. La plaie se cicatrisa très bien, et la femme se trouva guérie de ses maux de tête ainsi que de sa surdité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les régurgitations et leur traitement; par M. le docteur H. Marsh.

Lorsque l'estomac est surchargé, particulièrement après l'ingestion de végétaux crus, il lui arrive parfois de ne fonctionner qu'avec lenteur, et il se développe alors une grande abondance de gaz, ce qui donne lieu à un sentiment très pénible d'anxiété ou même à des douleurs d'une excessive acuité.

Quelquefois aussi, les gaz sont sécrétés en quantité considérable chez les individus affectés de goutte, et leur dégagement ne s'opère qu'avec beaucoup de difficulté.

Enfin, il existe une pneumatose de nature hystérique, pendant la durée de laquelle la sécrétion des gaz se fait si abondamment et si rapidement que les femmes qui en sont affectées paraissent véritablement être menacées de suffocation.

Dans tous les cas où l'estomac contient une accumulation de gaz, M. Marsh regarde les vomitifs comme indiqués; et, suivant lui, cette médication est d'une urgente nécessité.

La régurgitation des liquides fait souvent disparaître le pyrosis, en entraînant les sécrétions de nature caustique dont le contact irrite si vivement la membrane muqueuse de l'estomac. Dans les cas de ce genre, on le conçoit, la régurgitation est avantageuse, et il vaudrait mieux chercher à la favoriser qu'à la réprimer.

La régorgitation des solides, connue sous le nom de *rumination* chez les animaux bisulques, et sous celui de mérycisme chez l'homme, est, chez ce dernier, tantôt une simple infirmité indépendante de quelque état pathologique que ce soit, tantôt au contraire le résultat d'un trouble morbide des fonctions digestives.

Ainsi, le mérycisme se rencontre assez souvent chez les hystériques; et alors la pression développe une sensibilité assez vive aux deux côtés de l'épine: quelquefois la regurgitation existe seule, d'autres fois elle se montre accompagnée de divers symptômes hystériques ou nerveux.

Dans les cas de ce genre, les aliments, après être parvenus dans l'estomac, y font naître une sensation d'oppression qui précède la régurgitation et se dissipe immédiatement après que celle-ci s'est opérée: presque toujours ce sont les portions les plus solides et les plus pesantes des aliments qui se trouvent rejetées, et seulement en proportion suffisante pour calmer l'oppression.

La médication dont M. Marsh a obtenu les résultats les plus avantageux, consiste dans l'application simultanée de petits vésicatoires ou de petites ventouses sur la colonne vertébrale et à l'épigastre. Toutefois, sous l'influence de ces moyens, la cessation des accidents, bien que complète, n'est pas toujours durable; le plus souvent, au contraire, les régurgitations recommencent au bout de quelque temps.

M. Marsh conseille encore l'acide cyanhydrique, la belladone, la morphine et d'autres narcotiques administrés à petites doses, fréquemment réitérées. Il recommande aussi les ferrugineux, les préparations de quinquina et les autres médicaments toniques comme pouvant parfois être utiles; mais, suivant lui, le moyen qui l'emporte sur tous les autres par son efficacité, c'est le changement complet d'habitudes, et particulièrement les voyages. L'électricité a été employée avec quelque avantage; mais elle n'a procuré de guérison solide que dans un cas seulement. Dans un autre cas, il a suffi d'une émotion subite et très vive à la fois pour faire disparaître le mérycisme d'une manière complète et durable.

Il ne faut pas omettre de mentionner ici une série de moyens palliatifs dont les malades peuvent, momentanément du moins, retirer un avantage assez marqué. C'est de manger lentement, de mâcher les aliments avec soin, de rester sur son appétit, de boire peu, et enfin de garder pendant une ou deux heures après chaque repas une position horizontale.

On observe parfois de véritables régurgitations pendant la durée de la grossesse; mais il ne faut pas confondre avec le mérycisme ces sortes de régurgitations dont s'accompagnent souvent les lésions graves de l'estomac, et qui ne font rejeter que des aliments imparfaitement digérés, et devenus âcres, amers ou acides.

Nouveau procédé pour constater la présence du sucre dans l'urine des diabétiques; par M. le docteur Capezzuoli.

La propriété bien connue que possède le sucre de réduire l'oxyde de cuivre, propriété qu'ont utilisée presque en même temps M. Frommers et M. le professeur Taddei, mais avec des procédés un peu différents, pour distinguer entre elles les diverses espèces de sucre, a donné à M. Capezzuoli l'idée d'en faire une application fort utile à la pathologie.

Ce n'est pas, comme l'ont fait les deux premiers expérimentateurs, à la solution albumino-potassique d'oxyde de cuivre que ce dernier a recours pour déceler l'existence du sucre dans l'urine des diabétiques fraîchement recueillie et placée dans un vase cylindrique ou conique et étroit, mais seulement à quelques grains d'oxyde de cuivre hydraté et à une solution de potasse caustique ajoutée en suffisante quantité pour donner au liquide une réaction sensiblement alcaline.

L'opération se fait à la température ordinaire; on agite le mélange, puis on l'abandonne au repos. L'urine est d'abord troublée par la précipitation des phosphates qu'elle tient en dissolution, et par l'oxyde de cuivre qui s'y trouve à l'état de suspension; mais il se précipite peu à peu un dépôt volumineux, et le liquide devient limpide: ce liquide est jaune-pâle, et prend avec le temps une couleur jaune-orange, puis rouge-jujube. Le précipité formé offre d'abord une teinte d'un bleu céleste; puis, au bout de quelques heures, on voit se former à sa surface un cercle jaune-serin qui s'étend par degrés, et finit ordinairement par envahir toute la masse; ensuite, une couleur rouge plus ou moins foncée et disposée en forme de zone, vient se substituer a la couleur jaune, soit en partie, soit en totalité. Ce phénomène, qui se produit dans l'espace de vingt-quatre heures, est le résultat de la réaction du sucre sur l'oxyde de cuivre. En effet, cet oxyde perd peu a peu l'oxygène qu'il contient, jusqu'à ce que le métal soit entièrement révivifié. Le sucre absorbe l'oxygène et se transforme surtout en acide formique qui se combine avec la potasse.

La réaction est vive lorsqu'elle s'opère sur le sucre de raisin, comme il arrive avec l'urine des diabétiques; car on sait que c'est cette espèce de sucre qui s'y trouve contenue. La zone jaune et la zone rouge qui lui succède sont réellement des signes caractéristiques de la présence du sucre dans l'urine des diabetiques, car on ne les obtient jamais avec l'urine des individus sains ou affectés de maladies autres que le diabète. On pourrait craindre que la présence du sucre de lait dans certaines urines ne donnât lieu à la production de phénomènes semblables a ceux qui viennent d'être décrits, parce que, comme on le sait, ce sucre se rapproche beaucoup du sucre de raisin; mais cet effet n'est produit que dans les cas où le sucre de lait se trouve contenu en proportion considérable dans l'urine, et encore ne se manifeste-t-il qu'avec une bien plus grande lenteur. Il en est de même à l'égard des urines qui renferment des huiles essentielles de térébenthine, de copahu, etc.

Pour plus de certitude l'auteur a fait une contre épreuve, en opérant de la même manière sur de l'urine fournie par des sujets sains, et préalablement additionnée de miel ou de sucre de raisin, il a constamment encore obtenu la zone rouge sur le précipité, et cela presque toujours après avoir vu paraître la couleur jaune-serin.

La rapidité avec laquelle la réaction s'opère, et la vivacité plus ou moins grande des teintes produites, dépendent, soit de la décomposition plus ou moins complexe de l'urine, soit de l'excès de la potasse et du sucre. Aussi, lorsque le phénomène ne se manifeste pas dans l'espace de vingt-quatre heures, suffit-il, pour déterminer son apparition, d'ajouter une petite quantité de potasse.

Ce moyen de reconnaître l'existence du sucre dans l'urine des diabétiques est d'un emploi non moins facile que sûr dans ses résultats.

Correspondance.

Sur l'action thérapeutique de la vératrine dans les maladies des yeux.

Monsieur le Rédacteur,

Les questions qui ont trait d'une manière directe à la thérapeutique, sont, pour les praticiens, d'un trop grand intérêt pour qu'il soit permis de les négliger lorsqu'on peut les éclairer par son expérience personnelle.

Depuis que le docteur Thurnbull a préconisé, en Angleterre, la vératrine, l'aconite et la delphine dans le traitement de quelques maladies des yeux, on a fait, en France, divers essais sur ces médicaments. D'après M. Terrier, les expériences faites dans les services de

MM. A. Bérard, à la Pitié. Velpeau, à la Charité, et Nélaton, à la Clinique. auraient été assez satisfaisantes pour engager d'autres médecins à avoir recours aux mêmes moyens.

Je déclare, pour mon compte, qu'après avoir assisté et coopéré moi-même aux différents essais qui ont été faits l'année dernière avec la vératrine, je ne saurais partager en aucune façon les conclusions formulées par M. Terrier. J'ai continué cependant à expérimenter, à la cousultation publique de l'hôpital, et les résultats, ou plutôt l'absence de résultats, n'a fait que confirmer mes premières idées.

M. Terrier, dans les succès qu'il prétend avoir obtenus, a trop vaguement, à notre sens, décrit les états pathologiques de l'œil qu'il a eu à traiter, il nous serait donc impossible de chercher à réfuter la valeur de ses observations. Il est évident, en effet, que si l'on vient à employer la vératrine dans les cas de cataractes incomplètement abaissées ou remontées, la résolution des parties opaques pourra s'observer après un certain temps; mais il ne faut pas perdre de vue que cette disparition s'observe égal ment en l'absence de tout traitement, et par les seuls efforts de la nature.

Nos tentatives out donc dû être dirigées dans un autre sens.

Nous avons essayé la vératrine pour combattre la photophobie; le résultat a été nul dans tous les cas.

Nous l'avons expérimentée dans les cataractes secondaires et dans les épanchements plastiques du champ pupillaire; nous n'avons pas été plus heureux.

Enfin, nous l'avons longtemps employée comme traitement des amauroses, et l'insuccès a été aussi constant.

Il est à désirer sans doute que d'autres praticiens soient plus heureux que nous dans le traitement d'affections qu'il est toujours si difficile de guérir. Cependant, si l'on réfléchit que la vératrine paraît surtout agir comme révulsif ou excitant du système nerveux de l'œil, on conviendra avec nous que nous avons d'autres agents dont l'action est plus énergique, tels sont les vésicatoires, l'électricité, etc.

Il y a d'ailleurs une considération qui est défavorable à l'emploi de la vératrine dans les hôpitaux et dans la pratique des établissements de bienfaisance. C'est son prix fort élevé (Un gramme se vend 6 fr.)

En attendant de nouveaux faits, nous avons cru devoir émettre une opiniou contraire à celle de l'article publié dans votre Journal, mais nous serions désireux que les résultats obtenus par MM. A. Bérard, Velpeau et Nélaton lui fussent plus favorables que les nôtres.

Agréez, etc., Dr TAVIGNOT.

Paris, 13 juillet, 1845.

Épanchement pleurétique, déchirure consécutive du poumon et pneumo-thorax. — Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Bouvier a placé sous les yeux de l'Académie le poumon gauche d'un homme de 35 ans, mort, dans son service de la Pitié, des suites d'une pleurésie chronique La maladie datait de trois mois et demi. Trois semaines environ après son invasion, l'épanchement était si considérable, qu'il parut indiquer la thoracentèse Néanmoins, d'après le conseil de son collègue M. Piorry, M Bouvier tenta d'abord l'emploi de l'émétique à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour. Il en résulta une amélioration si prononcée, que la ponction du thorax dut être ajournée. Deux mois après, le malade était dans un état satisfaisant, quoi qu'il conservât encore une assez grande quantité de liquide dans la plèvre gauche, lorsqu'il fut pris tout à coup de vomissements, d'oppression, d'anxiété précordiale et de douleurs à la base de la poitrine accompagnés d'un mouvement fébrile Ces symptômes persistèrent malgré tous les moyens qu'on leur opposa. La veille de la mort, M. Bouvier remarqua avec surprise que la matité du côté gauche avait été remplacée, dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, par une sonorité exagérée avec absence du bruit respiratoire. Il était évident qu'a l'hydro-thorax s'était ajouté un pneumo-thorax, qui devait être l'effet d'une perforation du poumon. Le malade succomba le 8 juillet.

L'autopsie fit constater effectivement la présence dans la plèvre d'une grande quantité d'air et d'un litre à un litre et demi de sérosité citrine. Des pseudo-membranes, la plupart molles et d'une date peu ancienne, recouvraient la sérosité, principalement sur le diaphragme où se voyaient quelques rougeurs, traces d'une phlegmasie récente Le poumon, réduit par la compression, est sain et crépitant dans toute son étendue Il existe vers son sommet une petite érosion superficielle formant comme un pertuis étroit qui livrait passage à l'air, quand on insufflait le poumon sous l'eau; on aperçoit dans son voisinage une concrétion rougeâtre ressemblant à un caillot sanguin. M. Bouvier regarde cette érosion comme le résultat d'une déchirure du poumon, qui a pu se produire dans les efforts de vomissement. Le poumon droit était rempli de tubercules miliaires, grisâtres, que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie.

VARIÉTÉS.

L'autoplastie est sans contredit l'une des plus belles découvertes de la chirurgie moderne. Un naturaliste distingué, le docteur Eug. Robert, connu dans le monde scientifique par les travaux dont il a été chargé pendant les voyages au pôle septentrional à la recherche de *la Lilloise*, vient d'appliquer à la *chirurgie végétale*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, un procédé qui présente quelques points d'analogie avec l'autoplastie mise en usage dans la chirurgie humaine.

Des investigations minutieuses avaient fait acquérir au docteur Robert la certitude que la mort de la plus grande partie des vieux ormes, si communs dans les jardins publics sur les boulevards et les grandes routes, était due à la piqûre d'un insecte, le *scolytus destructor*. Il avait également remarqué que la femelle de cet insecte ne dépose ses œufs que dans l'épaisseur de l'écorce des arbres déja vieux ou malades, tandis qu'elle respecte les arbres jeunes et vigoureux. D'après cela, M. Robert fut conduit à penser que si l'on pouvait, par un procédé chirurgical, renouveler l'écorce d'un vieil arbre, et lui rendre la force et la vigueur qu'elle présente chez les jeunes individus, on éviterait ainsi les piqûres meurtrières du *scolytus*. Ce renouvellement de l'écorce, on l'obtient en enlevant la partie morte et en mettant à nu l'écorce vivante, le *liber*. Pour cela, M. Robert emploie deux procédés. L'un, très long, difficile et minutieux, consiste à enlever toute la partie morte de l'écorce jusqu'à la portion encore vivante, procédé peu applicable en raison des précautions qu'il exige et du temps qu'il nécessiterait. L'autre, facile, d'une exécution rapide, consiste à enlever longitudinalement, dans le sens de l'arbre et dans toute la hauteur du tronc des bandes d'écorce de la largeur de cinq à dix centimètres; il semblerait à peu près indifférent dans ce second procédé, d'enlever ou non le *liber*. Cette opération, pratiquée sur de vieux arbres, a encore l'avantage de leur rendre une vigueur qu'ils ne pouvaient avoir, comprimés qu'ils étaient dans la vieille enveloppe privée de vie, qui les étouffait et empêchait leur développement. De nombreuses expériences, faites depuis trois années sur les arbres des Champs-Elysées, du Champ-de-Mars, du parc de Saint-Cloud, ont prouvé la justesse des observations de M. le docteur Robert, et ont été couronnées du plus heureux résultat.

On voit que l'opération chirurgicale dont nous parlons, et à laquelle l'auteur a donné le nom de *phloïoplastie*, tout en étant différente de l'autoplastie, en ce sens qu'elle renouvelle le tissu, tandis que l'autoplastie reconstitue une partie detruite. mais en empruntant la matière première à une autre partie du corps, on voit, disons-nous, que cette opération de chirurgie végétale présente néanmoins quelque analogie avec les méthodes autoplastiques de la chirurgie humaine C'est sous ce point de vue que nous avons dû la signaler, laissant aux ouvrages spéciaux de botanique et de physiologie végétale, l'appréciation d'une découverte qui, nous le croyons, rendra de grands services, non-seulement aux plantations d'agrément, mais encore à celles qui sont destinées à fournir les bois de charpente et d'utilité.

NOUVELLES.

Une décision ministérielle du 18 juin dernier a réglé ce qui suit:

1° Il sera établi à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce une salle de discipline pour y détenir les chirurgiens-élèves dont les fautes dans le service seront reconnues passibles de cette punition;

2° La punition dont il s'agit sera ajoutée aux cinq catégories de répression spécifiées en l'article 36 de l'instruction du 23 mai 1837, et placée après la réprimande;

3° Elle sera exclusivement encourue pour ce qui est relatif à la discipline et à l'exécution des règlements sur le service des hôpitaux, les chirurgiens-élèves ne cessant pas de dépendre de l'autorité militaire sous les rapports de l'ordre public et de la discipline en dehors des établissements hospitaliers;

4° les chirurgiens-élèves punis de la salle de discipline, suivront les cours et feront leur service, mais ils seront tenus de rentrer dans cette salle après la visite du soir, d'y prendre leur repas et d'y coucher;

5° La salle de discipline pourra être ordonnée;

Par un aide-major, pendant deux jours;

Par un chef de service, pendant quatre jours;

Par un officier de santé en chef, pendant huit jours;

Par un sous-intendant militaire, pendant quinze jours;

Par l'intendant divisionnaire, pendant trente jours.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 22 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 86. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De la rougeole et de son diagnostic.

Au n° 19 de la salle Sainte-Agnès a été placé un homme de vingt-cinq ans environ, d'une bonne constitution; à Paris depuis deux ans, employé chez un distillateur. Il y a deux mois il entra à l'hôpital Cochin pour une maladie qu'il dit avoir été une fièvre typhoïde. Il en sortit il y a trois semaines. Huit jours après il retourna voir, à cet hôpital, un camarade malade qu'il y avait laissé. Il y a huit jours, aujourd'hui, il commença à éprouver tout à coup un sentiment de malaise, de courbature, de lassitude générale. Le lendemain, lundi, il put comme à l'ordinaire vaquer à ses occupations, bien que se sentant fatigué et sans grande force; ce jour-là aussi, il mangea comme à l'ordinaire, malgré son état d'indisposition. Larmoiement dans la journée du lundi, un peu de mal de gorge et de difficulté à avaler. Le mardi, les symptômes allèrent en augmentant d'intensité; il fut forcé de suspendre son travail; il se mit au lit jusqu'au jour; il présentait alors au visage de petits boutons assez nombreux, peu élevés. Il vint au parvis Notre-Dame, et du Bureau central à l'Hôtel-Dieu à pied, soutenu par sa sœur, et se plaignant de grande faiblesse. Malgré tous ces accidents il a continué à manger, bien que sans appétit, jusqu'au jour de son entrée. Voici les phénomènes qu'il présentait au moment de son entrée à l'hôpital.

La surface du corps, examinée avec attention, offrait beaucoup de taches rouges, peu foncées, inégales, d'un diamètre peu considérable. De ces taches, les unes avaient une nuance très prononcée, distincte, d'autres une pâleur remarquable. Entre les taches, la peau avait conservé sa couleur normale. Quelques-unes des taches présentaient un léger relief, une légère saillie au-dessus du niveau de la peau, relief appréciable au toucher. Les plus grandes taches étaient simplement formées par l'agglomération de plusieurs petites. Les plus petites étaient isolées, et n'offraient guère que la largeur d'une lentille ou même d'un grain de millet. Quant à leur forme, elle était très irrégulière et extrêmement variable. L'éruption était surtout marquée sur la poitrine, le ventre, les bras, les cuisses. Sur les avant-bras elle était moins abondante; sur le visage elle avait en grande partie disparu, et l'on ne pouvait qu'en constater les traces.

Un peu de rougeur des conjonctives, avec larmoiement presque continuel; le malade affirme n'avoir pas mouché plus qu'à l'ordinaire depuis le commencement de son affection. Quelques éternuments; il se plaint toujours de la gorge; la muqueuse pharyngienne et de l'arrière-bouche est d'une teinte rouge uniforme, plus foncée qu'à l'état normal; ce qui n'existe point habituellement dans le mal de gorge morbilleux. Enfin, douleur dans la région du larynx, et extinction presque complète de la voix.

L'examen de la poitrine fit constater ce qui suit: Râle sibilant, surtout à gauche, dans presque toute l'étendue de la poitrine, en avant et en arrière; il est moins abondant à droite, bien que l'on en distingue quelques bulles aussi. Les crachats ont un aspect et un caractère tout spéciaux. Aux yeux d'un médecin qui ne serait pas prévenu, il semblerait que ce fussent des crachats de phthisique, tant ils ont de rapports avec ceux que rendent les malades à une certaine période de la phthisie pulmonaire. Nous avons fait garder pour vous les présenter les crachats d'avant-hier et ceux d'hier. Les premiers sont très abondants; quant à l'aspect qu'ils présentent, ils sont en général déchiquetés, plus ou moins grands; traversés par des stries plus opaques que le reste, absolument comme sont les crachats tuberculeux. Depuis quelques jours la matière expectorée est devenue plus opaque qu'elle n'était pendant la première période de la maladie. La pensée de l'existence d'une affection tuberculeuse ne peut se présenter à l'esprit. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion démontrent jusqu'à la dernière évidence que le sujet dont nous parlons n'a point de tubercules dans les poumons, mais seulement une affection pulmonaire inflammatoire qui détermine l'expuition de crachats semblables à ceux de la phthisie. Ces crachats surnagent un liquide muqueux abondant, demi-transparents, visqueux, filant, un peu opalin, semblable à de l'eau gommeuse légèrement blanchie avec quelques gouttes de lait. Souvent ce liquide est plus fluide, moins visqueux et presque semblable à du petit-lait.

Le second crachoir ne contient point de ces matières liquides et transparentes, opalines. Il ne renferme que des crachats opaques, présentant des stries plus épaisses encore et plus jaunes. Leur teinte générale est jaunâtre tirant sur le rouge. Les derniers ressembleraient à ceux qui caractérisent une phthisie beaucoup plus avancée. L'analogie entre ces crachats n'est pas tout à fait complète. Il y a un caractère à l'aide duquel on peut les distinguer. L'aspect du liquide que les anciens nommaient dans la phthisie pulmonaire, la *pituite diffluente*, n'est pas tout à fait le même que celui de la rougeole. Au lieu d'être opalin comme dans la rougeole, le liquide séro-muqueux de la phthisie est tout à fait transparent. Si faible que paraisse ce caractère, il ne laisse pas que d'être quelquefois d'une grande importance et de servir au diagnostic. Dans les cas de rougeole sans éruption, ces cas que Sydenham désignait sous le nom de *morbilli sine morbillis*, on trouve, avec les phénomènes généraux de la rougeole, une peau parfaitement normale, sans éruption aucune. Quelquefois, rencontrerez-vous cependant encore le caractère morbilleux de l'éruption sur la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx; mais si vous pouvez constater ce caractère particulier des crachats, il ne vous restera plus aucun doute dans l'esprit. Il y a donc, nous le répétons, dans la connaissance de l'aspect que présentent ces crachats, dans la nature extérieure du liquide opalin au-dessus duquel ils surnagent, un caractère très utile pour le diagnostic de l'affection rubéolique lorsque l'éruption manque ou qu'elle est déjà passée, ou qu'elle a été très légère.

Quant aux autres phénomènes que nous a offerts le malade dont nous vous entretenons, ils ont été médiocrement intenses. La réaction fébrile a été assez intense, pendant les premiers jours. Le matin, le pouls était tombé à 72. L'appétit est tout à fait nul. Une ou deux selles liquides par jour. Un peu de toux; pas de dyspnée; pas d'oppression notable. En résumé, chez ce sujet, l'affection, quoique bien caractérisée, a présenté une marche très bénigne.

— Comme la variole, la rougeole nous paraît être constamment le résultat d'une contagion. De même que nous vous avons exposé les raisons qui nous faisaient penser que la variole ne se développait jamais primitivement dans nos climats, de même nous ne croyons pas au développement primitif de la rougeole sans communication contagieuse. La raison sur laquelle nous nous appuyons est celle-ci, que la maladie a apparu à une certaine époque, qu'elle a été importée en Europe et qu'elle était inconnue autrefois. C'est une affection importée; nul doute qu'elle ne puisse se reproduire dans les lieux où elle a pris naissance et dans les mêmes circonstances que celles dans lesquelles elle s'est pour la première fois produite. Mais si elle peut se reproduire dans ses lieux d'origine, elle ne se produira pas de toutes pièces dans nos contrées. Nous ne la voyons régner que parce qu'elle se transmet, par contagion, d'individu à individu. Le plus généralement, la rougeole n'attaque les sujets qu'une fois dans la vie. C'est une règle à laquelle on a bien constaté quelques exceptions, mais extrêmement rares, si rares même, que certains médecins les ont révoquées en doute.

Le diagnostic de la rougeole est d'une assez grande importance, et quelquefois aussi assez difficile pour que nous devions en parler ici. Nous vous avons dit qu'il pouvait survenir des cas dans lesquels l'éruption, ou est difficilement reconnaissable, ou même peut ne pas exister. Ceci est digne d'être noté. La nature des crachats constitue un caractère de la plus grande valeur, et qui n'a été bien nettement et bien clairement décrit par aucun auteur et dans aucun travail spécial, bien que nous l'ayons indiqué depuis longtemps, et que nous ayons fixé l'attention des praticiens sur les données qu'il peut fournir. Les caractères de l'éruption ont été de même assez mal signalés et décrits pour que les médecins

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une visite à l'Hôtel-Dieu. — Le prince de Montfort. — Larrey et Napoléon. — Episode d'une religieuse. — La poésie au fer rouge. — Le conseil de l'Académie et la pellagre. — Une priorité rétablie. — La fièvre typhoïde est contagieuse, exemple. — Epicure et mademoiselle de Scudéry. — M. Castel redevient jeune. — Les orateurs de l'Académie. — M. Piorry.

Un jour de la semaine passée, un grand et baau jeune homme entrait dans les salles de M. Ruux à l'heure des visites. A peine le professeur l'a-t-il aperçu qu'il interrompt son service pour aller au-devant du visiteur, auquel il fait une réception pleine de déférence et de politesse. Bientôt autour de ce jeune homme les élèves se groupent et se pressent et chacun d'admirer la plus belle tête que l'art puisse produire et dont les traits sont profondément gravés dans tous les souvenirs. Ce visiteur était en effet le jeune prince de Montfort, dont la ressemblance avec l'empereur Napoléon est saisissante. Le prince a visité l'Hôtel-Dieu dans tous ses détails, et l'importance et la portée de ses questions dénotaient une intelligence distinguée nourrie de sérieuses études. Il était accompagné de M. Hippolyte Larrey, cet autre digne héritier d'une grande renommée dont le nom est impérissablement attaché à celui de l'empereur. Le prince traversait une des salles, lorsqu'une vieille religieuse, la doyenne de la maison, frappée de cette singulière ressemblance, s'est avancée en criant: Où est-il? que je le voie, que je le voie! Et la bonne mère s'est précipitée sur le prince, lui a pris les mains, qu'elle baisait avec transport et qu'elle baignait de ses larmes. Voyez-vous, disait-elle, l'empereur! l'empereur! il est là; il ne me quitte jamais; — et ce disant, elle tira de sa poche, mêlée avec son rosaire, une petite statuette en plomb de l'empereur, que la bonne et digne religieuse porta à ses lèvres avec enthousiasme. Le prince, vivement ému, s'est retiré précipitamment. — Hélas! il ne faut soulever aucun ombrage — pour mettre fin à cette scène attendrissante.

— M. L. Roux publie de nouvelles satires, qu'il intitule *Les Méridionales*. Je suis plein de sympathie pour tout ce qui vient du Midi, et la sympathie rend indulgent. La troisième satire, intitulée *Les Charlatans*, contient quelques bonnes pensées; mais je trouve que l'auteur abuse un peu trop du caustique:

> Dans leurs flancs mis à nu, plonger un *trait brûlant;*
> . . . . la marque de ma rime,
> *En corrodant* leur chair, jusqu'aux muscles s'imprime.
> . . . .
> Et devant vous je veux que sur leur omoplate
> Mon fer *incandescent* incruste son stigmate.

J'avoue que je ne suis pas très fort sur le cautère actuel, surtout en poésie.

— Je dois avertir le Conseil d'administration de l'Académie de médecine qu'il a commis, mardi dernier, un déni de justice, qu'il n'était certainement pas dans ses intentions de commettre. Le lui indiquer, ce sera lui fournir l'occasion, qu'il saisira avec empressement, je l'assure, de réparer un tort involontaire.

Il s'agit de la pellagre et de la priorité du diagnostic de cette maladie à Paris et dans un service public d'hôpital.

Dans un rapport récent fait à l'Académie par M. Jolly, on lit le passage suivant relatif à la première observation de pellagre faite à Paris en 1842: « A cette physionomie toute particulière de symptômes, à ce cachet insolite d'éruption, à cet ordre de succession, à cet ensemble de phénomènes, généraux dont il n'a encore vu aucun exemple, M. Gibert dut hésiter un instant à se prononcer sur le diagnostic de la maladie; il cherche en vain des analogues à l'espèce; il en cherche autour de lui, dans les souvenirs de sa propre observation, comme dans les écrits les plus récents des auteurs français; il n'en trouve qu'au delà des Alpes, dans le royaume Lombardo-Vénitien, dans le pays des Asturies..... Plus de doute pour M. Gibert..... C'est la pellagre milanaise..... Et son opinion acquiert bientôt un dernier degré de certitude quand, par une coïncidence aussi heureuse que fortuite, elle reçoit le témoignage affirmatif de deux médecins également compétents, celui de M. Dubini, de Milan...., et celui de M. Théophile Roussel, qui venait de parcourir l'Italie septentrionale pour y étudier la pellagre, et qui remplissait alors la place d'interne dans le service de M. Gibert. »

Pour qui sait lire, ce passage ne laisse aucun doute; c'est M. Gibert qui le premier, qui tout seul a reconnu la pellagre à l'hôpital Saint-Louis. M. Théophile Roussel ne se trouve là que pour confirmer un diagnostic déjà porté; il eût été absent ou opposant, que M. Gibert n'en eût pas eu moins le mérite de découvrir la pellagre.

Or, les choses ainsi exposées sont extrêmement éloignées de la vérité; l'honorable M. Jolly a été mal renseigné, plusieurs de ses assertions sont complétement inexactes et, pour rétablir les choses dans leur état réel, M. Roussel avait adressé, mardi dernier, une lettre à l'Académie que le Conseil, a jugé à propos de distraire de la correspondance.

Je ne comprends pas bien cette susceptibilité. J'ai sous les yeux copie de la lettre de M. Roussel, et j'affirme qu'il n'y a pas un mot qu'un homme bien élevé et de bonne compagnie ne puisse avouer. Le ton de cette lettre est modéré et plein de convenances; l'auteur revendique son droit à la priorité de la découverte de la pellagre à Paris avec fermeté, sans doute, mais avec mesure et urbanité, et rien ne s'y trouve de blessant soit contre M. Jolly, soit contre M. Gibert. La découverte de la pellagre à Paris est un fait assez important pour qu'elle soit attribuée avec justice et vérité à qui de droit. Or, la vérité et la justice exigent impérieusement, et cela par des preuves irrécusables que M. Gibert laisse tout le mérite de cette découverte à son jeune confrère M. Roussel. C'est lui, en effet, qui porta le diagnostic auquel M. Gibert ne voulut se rendre qu'après les plus pressantes instances de son interne. La folie même, cette dernière et caractéristique scène de la pellagre, ne suffit pas à M. Gibert pour le convaincre, car il dirigea cette pauvre malade vers la Salpêtrière comme il l'eût fait d'une simple aliénée. C'est M. Roussel encore, qui par ses efforts fit changer la direction de la malade et la fit rester dans les salles d'où M. Gibert l'avait renvoyée.

Il est donc inexact d'attribuer le mérite de ce diagnostic à M. Gibert; il serait injuste d'en dépouiller M. Roussel, et probablement que le Conseil, mieux renseigné aujourd'hui, ne maintiendra pas son interdit sur la lettre qui a été adressée à l'Académie. Ce serait fort mal encourager un travailleur aussi distingué que modeste, dont la thèse inaugurale a fait une grande sensation, et qui publie, aujourd'hui même sur la pellagre, un ouvrage des plus remarquables dont nous entretiendrons prochainement les lecteurs de ce journal.

— En vérité, cela devient infiniment monotone, et il serait bien temps d'y mettre un terme. Quoi! toujours de la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine, continuellement la même question roulant éternellement dans le même cercle, donnant lieu depuis quinze ans aux mêmes disquisitions, dont on ne prend pas même souci de changer la forme? J'y succombe de lassitude et d'ennui; elle est contagieuse, c'est sûr, cette affreuse maladie; car rien que d'en entendre parler, voilà qu'elle me gagne. J'ai du gargouillement quelque part; la prostration s'empare de mes membres, et je m'en trouve atteint sous une de ses formes les plus graves, la forme adynamique. N'y a-t-il pas de quoi? J'ai entendu vingt fois M. Rochoux combattre la contagion avec les mêmes arguments, moins cependant celui emprunté aux œuvres de mademoiselle de Scudéry, qui a produit un grand effet dans la dernière séance. Epicure en sera jaloux, quoique à tout prendre les atomes du philosophe du plaisir et de la volupté dussent faire bon ménage avec les atomes de cette femme illustre qui dessina la *carte du Tendre*. Il est vrai qu'elle était bien vieille, la bonne femme, quand elle passait du hameau de *Petits-Soins* au village de *Billets-Doux*. J'ai entendu vingt fois ce brave M. Castel invoquer Hildenbrandt et Sarcône à l'appui de ses antiques idées sur la nature

se soient quelquefois trouvés dans un certain embarras. Il n'est pas rare de trouver, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, des malades atteints d'une affection que les uns prennent pour une rougeole, les autres pour une scarlatine. Les deux éruptions rubéolique et scarlatineuse ne se présentent pas de la même manière, et il est utile de chercher à préciser leurs caractères afin de rendre le diagnostic facile.

Dans la scarlatine, il y a une époque à laquelle toute la surface du corps est rouge comme si la peau avait été frottée avec du suc de framboises. S'il en était toujours ainsi, le diagnostic ne serait jamais embarrassant. Mais lorsque l'on est appelé près d'un individu vers la fin de la maladie, il n'existe plus qu'une sorte de pointillé rouge. On rencontre même des sujets qui, pendant toute la durée de la maladie, ne présentent que l'éruption pointillée. Nous ne parlons point de l'état de la muqueuse buccale et pharyngienne. Il y a des scarlatines anomales, et elles ne sont pas excessivement rares, sans angine, sans rougeur de la gorge et de la langue; la scarlatine s'accompagne d'un gonflement des mains qui ne se rencontre pas dans la rougeole. Le gonflement des mains est chose importante à noter comme signe extérieur. On rencontre encore assez fréquemment chez les individus affectés de scarlatine une éruption miliaire dans certaines parties du corps, près des aines, des aisselles, dans les régions voisines des articulations; cette éruption de vésicules miliaires n'a jamais lieu dans la rougeole, et toutes les fois quelle existe elle peut servir utilement à déterminer le diagnostic. Un phénomène propre à la rougeole est celui-ci : dans cette maladie il n'est pas rare de voir des taches sous forme d'ecchymoses se manifester sous la peau. Dans la scarlatine, la rougeur ne disparaît pas par la pression; mais jamais elle ne va jusqu'à l'ecchymose, comme dans certaines rougeoles anomales.

Il y a dans l'examen même de l'éruption pointillée de ces deux affections, des caractères qui paraissent suffisants dans presque tous les cas pour établir le diagnostic. Les taches de rougeole sont toujours irrégulières, insymétriques, présentant une forme, une grandeur, une coloration différentes. Toujours elles offrent entre elles des différences de forme, de nuance, d'élévation. Si cette irrégularité n'est pas constante pour toutes les taches, on peut cependant la constater d'une manière toujours évidente dans un espace que l'œil peut embrasser, et l'on peut s'assurer de cette insymétrie soit dans un point, soit dans un autre. Même dans les cas où l'on est appelé trop tard pour voir l'éruption rubéolique avant sa période de déclin, on retrouve nettement ces caractères. Quelques auteurs ont attaché une grande importance à la forme en croissant qu'ils ont cru exister souvent dans les taches rubéoliques. Cette disposition en croissant n'est pas plus importante que les autres. Ce qui en fait la valeur, c'est l'irrégularité des taches, c'est leur insymétrie; c'est les différences que l'on observe dans leur forme, leur grandeur, leur coloration, leur élévation plus ou moins grande au dessus du niveau de la peau. Dans la scarlatine, au contraire, la coloration est uniforme comme si l'on avait frotté les téguments avec du suc de framboises; dans les cas où la coloration n'est pas uniforme, où l'on remarque un pointillé, ce pointillé est régulier comme le granit des peintres. On voit, d'après ce que nous venons de dire, que la régularité des taches dans la scarlatine, leur irrégularité dans la rougeole constituent un caractère important pour la détermination du diagnostic.

Ainsi, dans le cours même de la maladie, on peut trouver dans l'examen attentif des deux éruptions, des éléments de diagnostic suffisants. Si l'on rassemble tous ces phénomènes différents, on arrive à ce résultat que les cas dans lesquels il pourrait subsister des doutes sont très rares; tout au plus seraient-ceux où la maladie est de telle nature que l'on ne sait pas si la maladie est simple ou compliquée. Reste la marche ultérieure de l'affection, la manière dont s'opère la desquammation. Dans la rougeole, la desquammation se fait par petites écailles. Dans la scarlatine, elle se fait par lambeaux d'épiderme plus ou moins étendus, et aux mains particulièrement, elle est analogue aux doigts d'un gant; nous vous avons montré cette desquammation en doigt de gant chez un malade qui a été couché dans nos salles (Saint-Bernard, n° 1). On nous objectera sans doute qu'un diagnostic serait un peu tardif, s'il ne pouvait être fait qu'au moment où s'opère la desquammation. Sans contredit, mais cependant, et même alors, il ne serait pas inutile, vu les accidents consécutifs qui peuvent survenir lorsque l'éruption a disparu.

Les accidents qui succèdent à la scarlatine et ceux qui succèdent à la rougeole ne sont point les mêmes. Parmi les accidents qui surviennent fréquemment consécutivement à la scarlatine, et qui exigent des précautions hygiéniques très sévères, nous citerons l'anasarque, qui se développe le plus ordinairement sous l'influence des changements de température, et que l'on prévient par la chaleur et par l'entretien, dans la chambre du malade, d'une température toujours égale. On a cité des cas de rougeole suivis d'anasarque; mais lorsque l'anasarque se montre après la rougeole, c'est peut-être qu'il y a un mélange de scarlatine auquel on n'aura point pris garde pendant la durée de la maladie. On a dit que la phthisie pulmonaire se développait facilement après la rougeole. Il nous est souvent arrivé d'être appelé près de jeunes sujets qui avaient eu tout récemment la rougeole, et chez lesquels on croyait pouvoir craindre la phthisie pulmonaire. Dans plusieurs circonstances, nous avons pu voir que les symptômes dont on s'effrayait, et sur lesquels on fondait cette crainte de la production de tubercules pulmonaires, se rattachaient seulement à l'état aigu, et qu'il ne s'était pas développé une affection tuberculeuse aiguë pouvant menacer la vie du malade dans un espace de temps très court. Il n'y avait souvent, dans des cas de cette nature, qu'une prolongation de l'éruption morbilleuse, et c'était là ce qui inspirait les craintes qu'avaient conçues les parents et le médecin du malade.

A ce propos, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander comment les auteurs n'ont point indiqué ce phénomène, et comment cette particularité ne se trouve indiquée dans aucun ouvrage de clinique ou de pathologie, non plus que l'aspect tuberculeux des crachats et la teinte opaline du liquide séro-muqueux au-dessus duquel ils surnagent. Une raison cependant pourrait, jusqu'à une certain point, en rendre compte. Le plus souvent, c'est chez les enfants que l'on observe la rougeole. Les pathologistes qui se sont le plus occupés de cette maladie sont donc les pathologistes de l'enfance. Or, les enfants ne crachant pas avant l'âge de huit à dix ans, et avalant la matière de l'expectoration détachée par les quintes de toux, les auteurs qui se sont occupés de leurs maladies n'ont pu voir que rarement, et n'ont point décrit l'aspect que présentent les crachats.

Pronostic. — Le pronostic de la rougeole est, la plupart du temps, beaucoup moins grave que celui de la scarlatine. L'éruption morbilleuse ne s'accompagne pas de ces maux de gorge de mauvais caractère, de ces angines couenneuses, ou même quelquefois gangréneuses, qui se manifestent pendant le cours de la fièvre scarlatine. Cependant elle ne constitue pas une affection complétement exempte de dangers, même lorsqu'elle attaque des sujets d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle. Les rougeoles secondaires, c'est-à-dire celles qui surviennent pendant le cours d'une maladie antérieure, sont, en général, plus graves que les rougeoles primitives, et, en même temps qu'elles exigent une thérapeutique plus énergique, doivent faire concevoir, au médecin, des craintes plus sérieuses.

Le traitement de la rougeole, ainsi que celui de la scarlatine, ne diffère pas sensiblement de celui des maladies aiguës. Néanmoins, il est un point sur lequel nous ne saurions trop fixer l'attention. Non seulement on ne doit point abuser des émissions sanguines, mais il faut même en user avec beaucoup de modération et de prudence. C'est un avis auquel se rangent la plupart des praticiens. On ne devra saigner dans la rougeole que dans les cas où il se développerait des accidents inflammatoires susceptibles de mettre la vie en danger. Le plus ordinairement, il est convenable de recourir à un autre mode de traitement, nous voulons parler de la thérapeutique révulsive. Autant les saignées sont le plus souvent impuissantes, autant les révulsifs cutanés sont accompagnés de succès; il est à regretter vivement que l'on ne puisse les mettre en usage dans la variole, mais ce serait rendre l'éruption plus confluente encore dans les points où ils auraient été appliqués. On retirera donc en général de grands avantages de l'usage des rubéfiants promenés sur toute la surface des membres, dans les rougeoles pendant le cours desquelles une phlegmasie des organes intérieurs aura provoqué la disparition de l'exanthème, et sous leur influence nous avons vu revenir presque miraculeusement à la vie des sujets qui semblaient voués à une mort inévitable.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur.

(Suite du numéro du 10 juillet.)

M. Roux a opéré de la staphyloraphie la jeune fille dont nous avons parlé. Elle avait une division congénitale du voile du palais avec écrasement médiocre des os palatins s'étendant jusqu'à l'arcade dentaire, où l'écartement avait disparu à la suite de l'opération du bec-de-lièvre, que la jeune personne avait subie dans son enfance. La réunion de l'arcade alvéolaire était imparfaite et irrégulière; c'est, du reste, ce qui arrive dans ces cas, comme l'observe M. Roux. La nature, lorsqu'on a opéré le bec-de-lièvre dans ces circonstances, travaille au rapprochement des parties osseuses qui étaient écartées, mais elle y réussit imparfaitement. Ordinairement, ces parties, en se rapprochant, ne se trouvent plus sur le même plan, et il en résulte une réunion plus ou moins irrégulière.

Chez la jeune fille, non-seulement il y avait cettte division du voile du palais compliquée de la séparation de la voûte palatine en arrière, mais il existait aussi deux circonstances fâcheuses, c'est-à dire une profondeur extraordinaire de la cavité buccale, qui empêchait de manœuvrer un peu à son aise, et ensuite une étroitesse particulière des deux parties du voile du palais, surtout de celle du côté droit, qui faisait saillie comme une sorte de tubercule plutôt que sous la forme d'une toile.

L'opération fut pratiquée d'après la méthode et les règles que le professeur suit depuis si longtemps. La suture qu'on a appliquée fut simple; mais à cause de l'écartement des os palatins qui compliquait la division des parties molles, l'opérateur a dû, d'après son habitude, faire des incisions trans-

---

des fièvres, moins il est vrai ce retour inattendu de jeunesse qui a fait explosion, mardi dernier, tout exprès sans doute, pour faire nique à Jean Raimond, qui aurait osé peut-être comparer ce vénérable académicien au dieu Terme de la médecine.

Mais ce que depuis fort longtemps je n'avais pas entendu, ce que je ne m'attendais pas à entendre, c'est un discours de M. Piorry. C'est avec raison que le rédacteur des séances a dit que M. Piorry avait fait sensation quand, de sa voix grave et solennelle, au beau milieu d'une période de M. Louis, il s'est écrié : Je demande la parole! Berryer, Thiers ou Lamartine ne produisent pas un plus grand effet au palais Bourbon, quand de leur bouche s'échappe cette interpellation, que n'en a produit le célèbre inventeur de la plessimétrie, mardi dernier. Les académiciens sur leurs stalles en tressaillirent, le public des banquettes se leva spontanément, et de M. Louis la voix interdite et éperdue *faucibus hæsit*. Il fallait voir alors la mimique auguste de M. Piorry, son regard ardent et fier se promenant sur l'auditoire, et, comme le lion de l'Ecriture, *quærens quem devoret!* Il était grand, il était beau!

Cette sensation produite par M. Piorry, s'explique par la longue abstinence qu'il s'était volontairement imposée des discussions académiques. Il y a plusieurs années, si je ne me trompe, que son éloquente voix ne s'était fait entendre dans cette enceinte. Pourquoi? C'est l'éternelle histoire de l'humanité, parce que les grands talents sont enviés, parce que les grands talents sont très impressionnables, et qu'à l'Académie M. Piorry a trouvé des envieux et des jaloux. De même que dans un certain monde M. Piorry a rencontré des opposants à sa nomenclature, des hommes assez dépourvus de goût euphonique pour préférer le mot suranné de constipation, à cette élégante expression moderne, *hyperpneumohydro-stercorentérectasie*; de même, à l'Académie, son talent oratoire a trouvé des contradicteurs intéressés qui ne se sont fait faute de lui susciter mille petites vexations. Ainsi, M. Piorry prenait-il la parole, c'étaient aussitôt des chuchotements, des interruptions calculées, des rires moqueurs ou des murmures qui troublaient et intimidaient l'orateur. Longtemps M. Piorry lutta contre ces orages; mais enfin, s'enveloppant dans sa dignité et dans sa gloire, il dit adieu à cette ingrate et inhospitalière compagnie, qui, privée de ce talent incompris et inconnu, n'a plus vécu que d'une vie obscure et ignorée, comme vous savez.

Ce que voyant, et prévoyant que, réduite à l'éternel régime du Rochoux et du Castel l'Académie pourrait bien succomber à quelque pléthore épicurienne ou vitaliste, M. Piorry s'est senti pris d'une ineffable tendresse, et, de sa puissante parole, il est venu faire une prompte et énergique dérivation. De la part de M. Piorry, cette dérivation ne pouvait s'opérer que sur la rate; et, en effet, il a eu le talent d'égayer un peu cette assemblée, d'ordinaire si triste.

Donc, M. Piorry a fait sa rentrée mardi dernier; et comme les occasions de l'entendre sont devenues fort rares à l'Académie, je ne perdrai pas celle-ci, de le faire figurer dans ma petite galerie académique.

M. Piorry ne parle pas, il prêche; il ne discute pas, il sermonne; il n'a qu'un genre, le genre sublime; il n'a qu'un ton, le ton solennel. Eh bien! malgré cette gravité de la forme et cette majesté du langage, M. Piorry a toutes les peines du monde à se faire prendre au sérieux. Le pourquoi de cela, Longin l'a dit depuis longtemps, c'est qu'il n'y a qu'un pas du sublime à quelque chose qui ne l'est plus, et malheur, trois fois malheur à tout homme qui visant au sublime n'attrape que ce qui lui est opposé. Ce malheur est inévitable pour quiconque se nourrit et se gonfle d'une exorbitante vanité, qui croit l'univers entier attentif à ses actions et suspendu à ses paroles, qui fait pivoter la science tout entière sur son intelligence, qui n'a d'admiration que pour ses travaux propres, qui en parle comme Newton ou Galilée n'auraient jamais osé parler des leurs, et qui ne voit dans le monde et dans la science que son individualité immense et incommensurable. Alors on se pose en oracle, en une sorte de messie envoyé sur la terre pour changer la face des nations, et, l'esprit rempli de ces vertigineuses pensées, la face s'illumine d'une sorte de divination, le front prend des attitudes d'inspiré, la parole un ton emphatique et magistral; si la contradiction vient faire rouler sa pierre sous le char majestueux d'un de ces hommes, il s'irrite, il s'emporte, il crie à l'ingratitude des cœurs, à l'injustice des temps, il en appelle à la postérité, cette facile et complaisante ressource de tous les génies incompris; il devient, enfin, ce que Longin opposait au sublime et ce que les convenances académiques empêchent de nommer.

M. Piorry ne manque pas d'une certaine aisance de langage, sa parole est facile et sa phrase est assez littérairement construite; mais ce qui lui fait défaut, c'est le ton, c'est l'accent convenables. A Saint-Sulpice ce ton-là ferait fureur; à l'Académie, il faut le dire, il amuse et fait rire. C'est qu'il n'y a pas de lieu au monde, et je le dis à la gloire de l'Académie, où le naturel, le simple et le vrai soient plus en honneur; y en a-t-il aussi où ils soient plus de mise? Vous comprenez bien que lorsqu'à l'occasion d'une tumeur cancéreuse on vient frapper sa poitrine, lorsqu'à l'endroit de la fièvre typhoïde on prend des airs de Bourdaloue, tout cela doit s'adresser plus à la bosse de la raillerie qu'à celle de l'admiration; aussi faut-il reconnaître que les hommes d'esprit et de goût que cette compagnie renferme témoignent peu d'enthousiasme en faveur des O'Connell de la nécrose ou des Bridaine du tubercule. M. Piorry a le tort grave de rechercher une solennité de langage, une majesté de mimique, qui ne conviennent ni au lieu ni au sujet. Les bonnes choses qu'il peut dire et qu'il dit font naufrage avec la forme qui les porte, et pour vouloir être trop sérieux quelquefois il en devient plaisant. C'est un danger qu'il pourrait éviter avec une confiance un peu moins illimitée dans sa valeur, qui est grande, sans doute, mais dont il pourrait parler avec moins de complaisance; avec un peu plus de tolérance et de justice en faveur de ses contemporains qui certainement ne lui vont pas à la cheville, mais que, par cela même, il serait généreux à lui de traiter avec plus de tolérance. On peut bien ne pas avoir inventé le plessimètre et n'être pas un idiot, et je demande positivement grâce à M. Piorry en faveur des Andral, des Louis, des Bouillaud, des Rostan, des Chomel et des autres que les médecins et les élèves s'obstinent à élever au moins à son niveau, ce qui est souverainement absurde, j'en conviens avec M. Piorry.

Je crois n'avoir pas longuement à m'étendre sur l'influence dont M. Piorry jouit à l'Académie. Il n'est pas à ma connaissance qu'elle l'ait élevé à aucun des honneurs dont elle dispose, et le fauteuil de la présidence est encore vierge de cette grande renommée. Cependant M. Piorry fut des premiers à faire emplette et du frac galonné, et de l'épée brillante et du chapeau claqué, conditions de rigueur pour arriver aux honneurs académiques. La compagnie, oublieuse et ingrate, ne lui a pas tenu compte de ce beau dévouement; ce qui est soulevant d'injustice. Aussi M. Piorry la fuit-il, la néglige-t-il, et, véritablement, c'est ce qu'il a de mieux à faire. Ce n'est pas là, et c'est sa faute, qu'on pourra être juste envers ses travaux, qui sont considérables; envers les services qu'il a rendus à la science, qui sont réels; envers son zèle pour l'enseignement, qui est immense et à toute épreuve; envers toutes les qualités de son intelligence et de son cœur qu'apprécient bien ceux qui le connaissent. C'est ici, c'est dans la presse seule, dans la presse indépendante et libre, parmi les hommes qui ne sont ni ses envieux, ni ses flatteurs, que M. Piorry, comme tous ses collègues, trouvera justice et vérité. Ici, nous disons librement et sincèrement que M. Piorry est un homme d'un mérite incontestable; ici aussi nous osons dire avec un éminent philosophe dont nous recommandons la lecture à cet académicien, « qu'une once de vanité gâte un quintal de mérite. »

JEAN RAIMOND.

L'attention publique ayant été fixée sur la fièvre typhoïde qui s'est montrée dans le collége royale d'Orléans, M. le ministre de l'instruction publique, après y avoir envoyé sur-le champ en inspection, M. Orfila, membre du Conseil royal, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et M. Chomel, professeur à la même Faculté, a prescrit la publication d'un rapport dont nous donnerons un extrait dans le prochain numéro.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

versales sur les côtés pour faciliter la réunion. Tout cela produisit un certain embarras, une lenteur dans l'opération. Le fil d'en haut, près de la voûte palatine, fut très difficile à placer du côté droit, à cause de l'extrême étroitesse du voile du palais de ce côté; ensuite, au moment de faire l'incision transversale de ce voile, pour le séparer du bord postérieur de la voûte, on se vit obligé de la pratiquer tout près du troisième fil, en commençant par en bas, l'espace étant très petit, et on s'est bientôt aperçu que ce troisième fil devenait inutile. On a alors lié très bien les deux premiers fils, mais non le troisième, qu'on a enlevé en défaisant le nœud. Il en résulte que le voile du palais est uni seulement par deux points de suture au lieu de trois, comme M. Roux a l'habitude de le faire; et, malgré cela, la réunion, dit le professeur, pourrait bien s'opérer dans toute l'étendue, comme il pourrait arriver le contraire.

Sans doute on doit beaucoup désirer que cette réunion fût complète; mais quand même elle ne serait que partielle, ce serait déjà un bon résultat, d'autant plus qu'à la suite le rapprochement des parties non réunies peut se faire, et la réunion devenir presque complète avec le temps. Une fois que la nature a un point d'appui, elle part de là pour opérer le reste, et y réussit souvent d'une manière admirable. Voici un fait qui prouve évidemment ce que je viens d'avancer:

L'année dernière, par un hasard singulier, j'eus dix opérations de bec-de-lièvre à faire dans l'espace de quelques mois. Ceux qui ont suivi le cours clinique alors, ont pu voir presque toutes les espèces les plus variées de cette difformité, et s'en faire une bonne idée pratique. Je n'entrerai dans aucun détail à cet égard. J'eus à opérer trois autres cas en ville, et parmi eux, celui que je veux vous faire connaître, et qui cadre avec notre sujet.

On m'appelle pour opérer un enfant né de la veille, et affecté de bec-de-lièvre qui avait jeté l'alarme dans la famille. Le cas était simple; seulement il y avait un petit écartement de l'arcade dentaire. Avant de l'opérer, je fis bien observer aux parents qu'il s'agissait d'un enfant bien jeune, puisqu'il n'avait qu'un jour, ce qui était une condition défavorable; mais on était impatient de sortir d'inquiétude, et on me pria d'opérer. L'opération fut fort simple, et la réunion fut d'abord très complète; mais l'enfant n'avait pas teté depuis quelque temps, et dépérissait considérablement. On pensa à le nourrir. A la suite des mouvements auxquels la lèvre se livre pendant l'allaitement elle commença à se désunir en haut, et peu à peu elle se disjoignit presque entièrement; les deux parties ne tenaient plus que par un petit point au bord libre. Je désespérais complétement du succès de l'opération et de la vie de l'enfant; je conseillai de le nourrir au biberon, et je ne le revis plus pendant quelque temps. Je fus fort étonné, au bout de quinze jours, d'apprendre que l'enfant s'était remis, et que la lèvre opérée s'était de nouveau réunie. Je l'ai vu encore dernièrement, et je fus émerveillé du résultat; la réunion de la lèvre est parfaite. Tout le travail est dû aux simples efforts de la nature. Ainsi, il faut espérer que la réunion du voile du palais chez notre jeune opérée, quoiqu'incomplète pour le moment, deviendra entière et parfaite plus tard, d'après le travail de la nature.

C'est quatre jours après l'opération que nous avons l'habitude d'ôter les points de suture; jusqu'alors les opérés ne doivent ni manger, ni boire, ni parler, et se nourrir, autant qu'on peut, par des lavements nutritifs. C'est là certainement un des inconvénients d'opérer des sujets encore jeunes, qui supportent une diète si prolongée, et tombent rapidement quelquefois dans un état de faiblesse inquiétant; c'est pourtant une précaution indispensable pour le succès de l'opération. C'est une chose très remarquable que pendant la déglutition, les deux parties d'un voile du palais séparées se rapprochent au lieu de s'écarter. J'ai observé ce phénomène sur le jeune Américain que j'ai opéré pour la première fois; c'est même de là que je suis parti pour concevoir la possibilité de la réunion de cet organe. Et pourtant les traités de physiologie apprennent généralement le contraire; ils vous disent, et nous avons tous appris par eux, que le voile du palais, dans l'acte fonctionnel indiqué, se distend, s'élargit, etc. La meilleure manière d'obtenir une réunion sûre du voile du palais suturé, c'est absolument de le laisser dans le repos complet pendant un temps suffisant. C'est ce que nous allons faire pour notre jeune fille.

Après avoir parlé de l'opération faite, M. Roux est revenu à la staphyloraphie elle-même considérée en général, et finit par les remarques suivantes:

Depuis le moment que cette opération fut instituée, elle subit le sort des opérations nouvellement introduites dans l'art. On s'en défia tout d'abord, et pendant un certain nombre d'années presque tous les cas de staphyloraphie passèrent par nos mains; plus tard les autres chirurgiens la pratiquèrent à leur tour, et elle finit par devenir une opération ordinaire. On pensa alors s'il ne serait pas possible de simplifier le procédé que j'avais imaginé. Souvent dans les livres et dans les cours de médecine opératoire, on parle des instruments que j'ai introduit pour cette opération, on me fait à cet égard plus de mérite que je ne crois avoir; je n'ai pas imaginé pour cela d'instruments nouveaux; je me suis servi de ceux qui étaient déjà connus dans la science; ainsi j'emploie des ciseaux coudés un peu plus longs que les ordinaires, pour faire l'avivement des bords, comme je pouvais employer indifféremment un bistouri d'une longueur convenable; je me sers d'un porte-aiguille commun pour placer les aiguilles, et je fais la suture simple à points séparés. J'emploie de préférence des aiguilles courbes très fines que je fais passer d'arrière en avant. Voilà comme je procède, et les instruments dont je fais usage.

L'application de ce procédé, quoique simple, a ses difficultés, à cause de la sensibilité exquise des parties sur lesquelles on opère, et de la profondeur considérable où elles se trouvent placées, qui embarrasse beaucoup les manœuvres. Cela fit penser à la rendre plus prompte et plus aisée. Y a-t-on réussi? M. Auguste Bérard a cru plus convenable de faire agir les aiguilles d'avant en arrière, au lieu de les placer d'arrière en avant, comme je procède; car, dit-il, on voit de cette manière le point sur lequel on veut agir. Eh hein, en mettant de côté tout amour-propre, et toute prévention en faveur de ma manière de faire, je dirai franchement que ce n'est pas ainsi simplifier l'opération, mais au contraire s'exposer à des mécomptes. Voici pourquoi: Quelquefois les parties sont si étroites, qu'on n'a pas de place pour faire agir l'aiguille d'avant en arrière, et ensuite il serait plus embarrassant lorsque l'aiguille serait fixée, d'aller la saisir par derrière le voile, tandis que la manœuvre est très simple comme je la pratique. Encore une fois j'ai dit cela parce que je le crois vrai et juste, et non pas par un aveugle attachement à ma manière de procéder.

On a imaginé aussi des instruments à l'aide desquels on croyait pouvoir enfoncer les aiguilles dans les tissus, et les saisir d'un seul coup; ces instruments sont très jolis, très ingénieux: mais je crois qu'ils font que le chirurgien agira un peu à l'aveugle, et l'exposent à faire des points de suture trop près du bord libre des parties; ce qui est un grand inconvénient. Je ne tarirais pas si je voulais vous exposer toutes les innovations, tous les instruments nouveaux introduits à cet égard, surtout en Allemagne; mais je crois que ce serait vous surcharger la mémoire sans beaucoup de profit. Quant à moi, jusqu'ici je ne crois pas nécessaire de changer mon procédé, et mes instruments si simples qui m'ont donné d'assez bons résultats, d'autant plus que les résultats obtenus par les autres, d'après les modifications introduites, ne sont pas si saillants, autant qu'il est à ma connaissance.

Il est plus utile de connaître les résultats généraux que donne cette opération. Certes, il s'agit d'une difformité bien grande, en ce sens qu'elle expose ceux qui en sont affectés à de très grands désagréments à cause de leur voix nasillarde et très imparfaite; c'est au point que beaucoup d'entre eux ne peuvent pas se faire une position sociale tout en ayant des moyens intellectuels très développés. Ainsi il n'y a pas de sacrifices que ces malheureux ne soient disposés à faire pour se débarrasser de leur imperfection, et il est du devoir des hommes de l'art de les satisfaire toutes les fois que les moyens qu'on emploie ne compromettent pas trop prochainement la vie des sujets. Il est donc curieux de connaître les dangers auxquels expose l'opération à l'aide de laquelle on fait cesser plus ou moins complétement cette difformité.

Il faut distinguer les dangers auxquels elle expose des résultats soit heureux soit nuls qu'elle peut produire. Chose remarquable! quoiqu'on opère sur des parties très délicates et sensibles, et qu'on soit obligé de condamner les malades à une diète longue et rigoureuse, le danger n'est pas grand. Sur les 109 opérations que nous avons pratiquées nous n'avons eu que 3 cas fâcheux, et il faut encore ici distinguer les circonstances particulières qui accompagnèrent ces événements funestes.

Le premier cas fut celui d'une jeune fille fort bien constituée et dans un état de santé florissant; elle avait une désunion du voile du palais simple, je l'opérai sans difficulté, mais peu de temps après l'opération une inflammation violente s'empara de la gorge, et la pauvre fille succomba dans l'espace de peu de jours; c'était ma cinquante-unième opération de ce genre. C'est à l'hôpital de la Charité que je l'opérai, et sans aucun doute l'opération fut la cause principale la plus appréciable de la terminaison fatale: ici il n'y a rien a opposer.

Le second cas est le suivant: Il y a quelques années, il me fut amené de Londres une demoiselle de quinze à seize ans, c'était la fille de lord Lyndhurst, un des membres influents du parlement anglais, qui la conduisait lui-même à Paris. Elle avait aussi une division simple du voile du palais. Je l'opérai sans avoir été trop renseigné sur l'état de santé précédent et habituel de la jeune fille. La réunion fut d'abord complète, et déjà l'on se félicitait d'un succès parfait. Son père était pressé de partir, et le jour du départ était fixé, lorsque l'opérée commença à tousser et à présenter les symptômes d'une affection organique du poumon. Elle avait déjà éprouvé des symptômes semblables quoique moins intenses dans son enfance, on ne me l'avait pas dit. Bref, les phénomènes prirent une intensité telle, que la pauvre demoiselle succomba d'une véritable phthisie aiguë dans l'espace de deux mois. Dans ce cas, l'opération a bien pu être pour quelque chose dans le développement de cette affection mortelle. Mais le germe préexistait, et tôt ou tard la mort serait arrivée inévitablement indépendamment même de l'opération.

Le troisième cas est le plus curieux et mérite d'être exposé avec quelques détails. C'était en 1834 que je pratiquai cette opération, c'était ma quatre-vingt-troisième. Le sujet en fut un jeune Irlandais, âgé de vingt un ans, appartenant à une famille distinguée d'Irlande. Il portait sa difformité depuis sa naissance, et on avait attendu jusqu'à l'âge indiqué pour se confier aux hommes de l'art afin d'en être débarrassé. D'ailleurs sa mère s'était toujours opposée à toute espèce d'opération, parce qu'ayant perdu son mari à la suite d'une opération très simple, elle fut tellement impressionnée par ce triste événement, qu'elle craignait pour ses enfants les suites d'une opération quelconque, et était poursuivie d'une espèce de pressentiment qu'il leur arriverait malheur s'ils se soumettaient à une opération. Cette bonne dame avait trois fils et en était tendrement aimée. Le jeune homme affecté de division du voile du palais, voulant guérir de son infirmité sans contrarier et effrayer nullement sa mère, prétexta le motif d'un voyage à Londres avec ses frères, et ils partirent tous les trois ensemble. Arrivés à la capitale britannique, ils allèrent consulter Astley Cooper, qui les engagea de venir à Paris, et de se confier à mes soins. C'était l'époque des fêtes de juillet. Les trois frères écrivirent à leur mère qu'ils allaient faire un petit voyage jusqu'à Paris pour y voir les fêtes, et qu'ils seraient bientôt de retour. Ils vinrent donc me voir, et je fis l'opération sans savoir toutes les circonstances étranges, je dirais presque toutes les futilités qui se présentèrent dans leur voyage et que j'appris plus tard; ainsi, par exemple, lorsqu'ils furent à Londres, étant allé faire une visite à un des acteurs distingués de la scène anglaise, ils ne purent le voir qu'au théâtre, et l'aperçurent la première fois sur la scène, jouant le rôle d'Hamlet, et tenant dans ses mains l'urne des cendres, etc.; arrivés à Paris, ils allèrent jusqu'à la butte Montmartre, entrèrent dans le cimetière, et là le malade dit à ses frères: « *Je pourrais bien être enterré ici.* »

C'est sous l'influence de ces circonstances tristes que le jeune homme, l'imagination frappée déjà par les pressentiments sinistres de sa mère, se soumit à l'opération. Celle-ci, du reste, fut très simple, mais au moment de la terminer, je vis dans la figure de mon jeune homme un changement extraordinaire, tout à la fois la joie de la voir terminée et l'effroi d'en subir de fâcheuses conséquences; j'en fus extrêmement étonné et effrayé moi-même. Un état nerveux épouvantable se développa bientôt après, l'opéré tomba rapidement dans un affaissement physique et moral tel, qu'au cinquième jour, il expira, sans que rien pût l'arracher à la terminaison fatale. C'est un des faits qui m'ont le plus frappé dans ma carrière chirurgicale et que je n'oublierai jamais... Voilà les trois cas funestes que j'ai eus dans toutes les opérations de staphyloraphie que j'ai pratiquées.

Après ces cas de terminaison fatale, qui sont très rares, comme vous le voyez, il y en a un certain nombre qui, sans exposer la vie du malade, ne sont pas heureux en ce sens que l'opération ne produit pas son effet. Il faut diviser ces cas en deux catégories, selon que la division du voile du palais est simple, ou qu'elle est accompagnée de séparation plus ou moins considérable de la voûte palatine. Il y a des succès et des insuccès dans les deux catégories, mais je n'ai pas le chiffre exact de ces résultats: seulement on peut dire, en général, que l'opération réussit plus souvent dans les cas de division du voile du palais sans complication, et que la différence entre ces cas et ceux où il y a complication d'écartement de la voûte palatine, est d'un tiers en faveur des premiers. Il ne faut pas pourtant se figurer que la division de la voûte palatine soit toujours un obstacle à la réussite de l'opération, car nous avons eu de très beaux résultats aussi dans ces cas très compliqués.

Quatre jours après l'opération, la malade allait très bien. Les fils furent enlevés, et la réunion des parties était parfaite; seulement, comme cette réunion était loin d'être encore assez solide, on recommanda à l'opérée les plus grandes précautions jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. On lui permit de prendre une tasse de bon bouillon; on continuera maintenant à la nourrir par la bouche à l'aide d'aliments liquides... Ici M. Roux répare une petite omission commise dans ses précédentes leçons sur l'autoplastie, à propos des règles à suivre pendant l'inflammation qui se développe ordinairement à la suite des opérations autoplastiques.

L'inflammation consécutive à ces opérations, dit M. Roux, peut présenter différents caractères qu'il est indispensable de connaître. Certes, il serait à désirer qu'elle restât toujours dans les limites d'inflammation adhésive; mais souvent elle va plus loin, et finit par frapper de gangrène les tissus, surtout lorsque les lambeaux sont trop minces, peu ou point doublés de tissu cellulaire, ou trop tiraillés et distendus.

Cette inflammation quelquefois a un caractère phlegmoneux très prononcé, se terminant par une véritable suppuration; cela arrive principalement dans la suture du périnée, alors même que l'opération doit réussir: c'est une inflammation assez vive qui s'établit dans les parties, et qui finit par un travail suppuratif; le pus s'écoule souvent en abondance du vagin, mais peu à peu se tarit, et la plaie se cicatrise. Il est, du reste, facile de concevoir que cela doit arriver, lorsqu'on pénètre profondément dans des parties chargées de tissu cellulaire, et qui ont une grande tendance à l'inflammation phlegmoneuse.

Quant à l'inflammation qui survient quelquefois après la staphyloraphie, elle est d'une nature toute particulière; elle a un peu de l'inflammation pseudo-membraneuse, ou plutôt c'est une inflammation accompagnée d'une sécrétion de matière glutineuse, visqueuse qui couvre la plaie, et donne aux parties un aspect tout particulier. Toutes les fois qu'on voit sur la plaie cette matière gluante, on peut dire, sans guère se tromper, que la réunion n'aura pas lieu, l'inflammation qui s'est développée n'étant pas vraiment adhésive. J'ai vu cela grand nombre de fois, et je ne crains pas de me tromper. Chez notre opérée, j'ai vu, au contraire, du premier jour la plaie à sec, et j'en ai par conséquent bien auguré; j'espère que mon pronostic se réalisera complétement.

Relativement à l'époque à laquelle il faut enlever les points de suture, elle varie selon les différentes régions dans lesquelles on opère. Ainsi, pour la suture du périnée, je crois qu'on peut la laisser en place, même jusqu'au huitième jour; ceci tient au genre de suture qu'on emploie dans cette opération. La suture enchevillée a l'avantage de ne pas trop étreindre les parties, comme le fait la suture entortillée, par exemple; elle ne fait qu'exercer une pression plus ou moins vive, dans un sens opposé, sur la partie profonde de la plaie, pour tenir dans un contact convenable ces parties et en favoriser la réunion; tandis que la suture entortillée les serre dans plusieurs sens, et doit nécessairement les disposer de plus à être coupées par les fils: ainsi, dans ces cas, la suture doit être enlevée toujours plus tôt. La chose est encore bien plus sensible pour la suture simple, qui étreint encore plus vivement les parties sur lesquelles on l'applique. Il ne serait pas étonnant, pour cela, que la suture enchevillée fût appliquée à d'autres cas en raison de ses avantages. Dans la

staphyloraphie, au contraire, on ne pourra laisser la suture en place plus de trois ou quatre jours; c'est, dis-je, presque merveilleux qu'un corps aussi mince que le voile du palais puisse résister si longtemps sans se couper à l'action des fils; d'un autre côté, un temps plus court ne suffirait pas pour opérer la réunion des parties mises en contact, et ici on ne peut employer que la suture simple, qui est déjà par elle-même désavantageuse.

Voilà les cas extrêmes à propos de l'époque où on doit enlever les points de suture. Il y a d'autres espèces d'autoplastie où on devra les laisser plus ou moins longtemps, selon les circonstances; ordinairement ce temps varie entre les quatrième et sixième jours.

Selon que la staphylorapbie est faite pour une division simple ou compliquée du voile du palais, la constriction des parties suturées se fait à l'extrémité supérieure et inférieure plus fortement, et par conséquent la tendance de ces parties à se couper sera tantôt en haut, tantôt en bas, selon la différence des cas; de même ce sera tantôt le fil d'en bas, tantôt celui d'en haut qu'on ôtera le premier. Vous en concevez facilement la raison.

Dans un dernier article, nous rendrons compte du résultat de la staphylorapbie pratiquée sur la jeune fille, et ferons connaître aussi une opération de restauration partielle du nez faite avec succès par M. Roux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 9 juillet 1845. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *MM. Danyau* et *Huguier*, juges d'un concours de chirurgie, demandent un congé, qui leur est accordé.

— *M. Danyau* présente une tumeur du volume et de la forme d'une petite olive de nature indéterminée, et qui n'aurait pas manqué d'être désignée sous le nom de névrome si, pour justifier cette dénomination, il suffisait qu'une tumeur causât des douleurs d'une violence excessive. C'est sur une femme très avancée dans sa grossesse, et sur le point d'accoucher, que M. Danyau a pratiqué l'ablation de cette tumeur. Elle siégeait à la partie postérieure du bras, sous la peau, à deux ou trois travers de doigt au dessus de l'olécrane. Mobile sous la peau et douloureuse au toucher; cette tumeur ne siégeait sur le trajet connu d'aucun grand cordon nerveux du membre thoracique, et il n'a été nécessaire d'en diviser aucun pour l'extirper. Les douleurs dont elle était le point de départ s'irradiaient tantôt avec le caractère lancinant, tantôt en produisant une sorte d'engourdissement dans le bras, l'avant-bras et les trois derniers doigts de la main; elles avaient ceci de particulier qu'elles revenaient périodiquement et particulièrement la nuit, à ce point que la malade était obligée de se lever pour allumer du feu, ayant remarqué, fait déjà signalé par quelques auteurs, que l'exposition de la partie douloureuse à une forte chaleur lui causait du soulagement.

M. Lenoir saisit cette occasion de rappeler la différence qui existe entre le *névrome* proprement dit, et ce que l'on peut appeler les *tumeurs sous-cutanées douloureuses*. La première dénomination n'appartient rigoureusement qu'aux tumeurs faisant corps avec des cordons nerveux, et qui se sont en quelque sorte développées dans le tissu même du nerf ou du moins à l'intérieur de son névrilème. Pour les autres au contraire, et celle que présente M. Danyau est de cette espèce, il n'existe aucune connexion intime avec un cordon nerveux appréciable. C'est d'une tumeur de ce genre que Béclard avait souffert pendant longtemps, lorsqu'il y eut disparition spontanée de la maladie. Du moins, aucune autre circonstance qu'un changement de résidence, n'avait coïncidé avec sa disparition. Cette observation est mentionnée dans la thèse de Descot. (Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.)

M. Lenoir rappelle que ces tumeurs dont on n'a pu jusqu'à présent vérifier le rapport bien direct avec des nerfs, ont été l'objet d'un remarquable travail de Wood, sous le titre de *Painfull subcutaneous tubercles*, etc. (*Tubercules sous-cutanés douloureux*, etc.).

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Corps étranger dans la vessie. — M. le docteur Piffard (de Brignoles), nous a adressé un fait curieux de corps étranger retiré de la vessie à l'aide de l'instrument de Jacobson. Voici l'analyse de cette observation.

Un homme de quarante ans, natif de Brignoles, vint consulter notre confrère dans les derniers jours du mois d'août 1843. Voici le récit qu'il fit. Depuis quelque temps il éprouvait de la difficulté à uriner; le 25 avril, il introduisit dans le canal de l'urètre une jeune tige de canne de Provence, formée, comme on le sait, de plusieurs feuilles roulées et enfermées les unes dans les autres. Lorsqu'il voulut la retirer, il s'aperçut que les feuilles internes seules revenaient. Les tentatives qu'il fit pour retirer la feuille externe ayant été inutiles, il espéra que les urines la chasseraient. Deux jours se passèrent dans les plus vives douleurs; envies fréquentes d'uriner, sans qu'il fut possible d'expulser le corps étranger. Un médecin de Luc, consulté alors, déclara ne pouvoir rien faire pour débarrasser le malade.

Il nous fut facile, ajoute M. le docteur Piffard, de constater combien étaient grandes les difficultés qu'il avait pour uriner. Le liquide coulait goutte par goutte, quelquefois à petit jet; mais toujours accompagné de violentes contractions de la vessie. A l'aide d'une sonde de gomme, nous étant assuré que le corps étranger n'était point arrêté dans le canal, nous fîmes prendre au malade chaque jour un ou deux bains généraux, en attendant d'avoir reçu quelques-uns des instruments propres à la lithotritie, que nous fîmes demander de suite à Toulon.

L'instrument de Jacobson nous ayant paru le plus propice pour retirer ce corps étranger, le 1er septembre nous l'introduisîmes dans la vessie, distendue par l'urine. Les essais auxquels mon oncle, le docteur Rougon, et moi nous nous livrâmes, furent tout à fait inutiles ce jour-là.

Le lendemain, après avoir fait prendre au malade un bain, j'introduisis sans peine la sonde n° 2 de Mayor; ayant fortement distendu la vessie par une injection d'eau tiède, je fis pénétrer immédiatement l'instrument de Jacobson. Aucun obstacle ne fut rencontré dans le trajet du canal. Promenant alors l'instrument ouvert dans la vessie et le fermant brusquement, plusieurs fois nous constatâmes que le volant arrivait à zéro; ces tentatives paraissaient avoir le même résultat que la veille, lorsque je crus m'apercevoir qu'en fermant rapidement l'instrument, je n'avais pas obtenu cette fois un son métallique, mais bien un son sourd et mat. Le volant, mis en mouvement aussitôt, arriva à zéro. Je crus de nouveau ne rien avoir saisi; pourtant je me décidai à retirer l'instrument, et, à notre grand étonnement, la feuille de canne suivait; les mors en avaient saisi l'extrémité la plus petite.

Quelques jours après, le malade retourna chez lui, fort content d'être débarrassé de ce corps étranger. Il n'y eut aucun accident consécutif, et il continue à jouir d'une parfaite santé.

La longueur de la feuille de canne, que je conserve dans mon cabinet, était de 16 centimètres; roulée, son diamètre est de 5 millimètres. Sur quelques points, on y voyait un léger dépôt urinaire d'un blanc mat. La feuille est entière, ce qui donne la certitude qu'il n'est rien resté dans la vessie.

NOUVELLES.

La commission d'organisation du congrès s'est réunie jeudi dernier sous la présidence de M. le professeur Moreau. Le rapport que lui a soumis M. Amédée Latour a été adopté. La commission a décidé qu'une demande serait adressée au Conseil de l'Académie de médecine, pour qu'elle veuille bien prêter la salle de ses séances pour l'assemblée générale des délégués de toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris. Aussitôt que la réponse du Conseil, qui sera très probablement favorable, sera parvenue à la commission, elle s'empressera de faire les convocations nécessaires.

Cette assemblée aura pour but la lecture et la discussion du rapport sur l'organisation du congrès médical et du programme des questions qui y seront traitées. Ce n'est qu'après l'adoption de ce rapport et de ce programme que la commission de Paris pourra se mettre en rapport avec les médecins des départements et provoquer des adhésions.

La commission a décidé en outre que des invitations spéciales pour la prochaine assemblée seraient adressées à l'Académie de médecine, à la Faculté de médecine, à l'Ecole de pharmacie, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort et aux rédacteurs en chef de tous les journaux de médecine.

Cette assemblée aura très probablement lieu un des jours de la semaine prochaine.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 24 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 87. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Hernie ombilicale gangrenée. Soustraction d'un pied environ de l'intestin grêle. Application de l'entérotome de Dupuytren. Amendement très remarquable. Suture enchevillée employée trois fois avec un succès incomplet pour fermer le reste de l'anus anormal. Quatre incisions en étoile sur l'orifice et au pourtour de cet anus; diminution de la maladie; dans l'étendue d'une pièce de six francs environ, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le pourtour de l'anus artificiel sont enlevés. Guérison presque complète quoique la cicatrice ne soit pas encore entièrement formée.

Au n° 34 de la salle Saint-Augustin est couchée une malade qui est entrée dans le service, il y a environ deux ans, pour une hernie ombilicale étranglée par inflammation. Un trop long temps s'était déjà écoulé pour que l'on dût songer à la réduction; M. Lisfranc opéra donc sur-le-champ: il enleva un pied environ d'intestin grêle gangrené, et un anus artificiel fut établi. Six mois après on eut recours à l'entérotome de Dupuytren. Cet instrument ne doit pas être employé trop tôt, et voici les raisons que donnait lui-même le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu: 1° beaucoup d'anus anormaux peuvent guérir spontanément; à l'aide de soins de propreté et de la compression de Desault, il est encore quelquefois possible d'obtenir des guérisons, et M. Lisfranc en a vu un assez grand nombre; 2° il faut attendre, disait Dupuytren, parce qu'il existe quelquefois des restes de phlegmasies chroniques, que l'entérotome peut aviver; 3° enfin, il y a assez souvent des adhérences trop faibles que l'instrument peut déchirer et qui permettraient ainsi l'épanchement des matières stercorales dans le péritoine.

L'entérotome fut donc mis en usage; l'indocilité de la malade le déplaça; il ne produisit aucun effet. M. Lisfranc le réappliqua le lendemain, et cette fois il réussit, c'est-à-dire qu'il sortit les 19/20es environ de moins de fèces qu'auparavant. Il fut enlevé, et on attendit encore quelque temps, selon les principes de Dupuytren; car le reste de l'anus anormal peut quelquefois guérir spontanément; il n'en fut pas ainsi. On eut recours à la suture enchevillée après avoir rafraîchi les bords de la solution de continuité; elle échoua à cause de l'épidémie érysipélateuse qui régnait alors. Plus tard seconde tentative de suture, second échec pour la même cause; plus tard encore, troisième tentative, nouvel échec, mais sans érysipèle.

Il est à remarquer qu'à la suite de chacune des opérations il y eut un bénéfice évident, et tel, que quelque temps après la dernière, une sonde de femme passait à peine par l'orifice de l'anus anormal.

Après un certain laps de temps, M. Lisfranc pensa qu'en incisant sur l'orifice et en faisant autour de lui une déperdition de substance en étoile, comme le faisait Dupuytren pour la procidence de la membrane muqueuse du rectum, on pourrait peut être obtenir une entière guérison. Cette opération fut pratiquée; il y eut encore beaucoup de diminution, puisque une sonde cannelée pénétrait à peine.

M. Lisfranc se proposait de pratiquer autour de la petite fistule et sur elle une vingtaine d'incisions; mais en examinant de nouveau la malade, il se décida à faire sur les bords de l'ouverture jusqu'à trois centimètres environ (un pouce) et dans toute la circonférence une déperdition de substance sur la peau et sur le tissu cellulaire sous-cutané. Les premiers jours il ne sortit rien, à cause du gonflement inflammatoire; puis, quelques jours après, une bien petite quantité de matières liquides et quelquefois molles tache les pièces de pansement; mais ensuite cette quantité de matières augmente légèrement, et puis elle diminue peu à peu, au point qu'il semble qu'on doit compter sur la guérison.

Il faut noter que si nous n'avions pas eu affaire à l'intestin grêle, que si au contraire le gros intestin avait été le siége de l'étranglement, les matières n'arrivant pas ordinairement dans ce dernier aussi liquides que dans le premier, les chances de succès auraient été plus grandes et plus promptes.

M. Lisfranc fait d'ailleurs observer que les succès incomplets survenus à la suite de chacune des opérations, doivent engager les praticiens à multiplier au besoin ces opérations dans les cas difficiles, dans l'espoir fondé qu'elles finiront par réussir, d'après cette loi de pathologie qui veut que plus on incise certaines cicatrices, plus elles se rétrécissent.

Nous indiquerons plus tard ce que le reste de l'anus artificiel deviendra.

Cancer de la lèvre inférieure; on le croyait partout profond, il était superficiel dans la plus grande partie de son étendue, qui est disséquée. Ainsi la lèvre inférieure n'éprouve qu'une très légère déperdition de substance. Guérison.

Le malade qui est couché au n° 11 de la salle Saint-Antoine portait un cancer de la lèvre inférieure. Cette affection semblait occuper toute l'épaisseur de la lèvre dans l'étendue de ses deux tiers environ. Tout à fait sur le bord libre siégeait une induration ulcérée parfaitement limitée, mais en occupant toute l'épaisseur; puis sur la muqueuse se trouvait une ulcération qui paraissait très profonde. C'était un cas où par une incision en V, ou bien par une incision en dédolant, on aurait enlevé la maladie sans rien ménager; mais M. Lisfranc s'appuyant sur les nombreux faits qu'il a eus à sa disposition, et qui lui ont démontré qu'il est des cancers superficiels qu'on croyait profonds, et des cancers profonds qu'on croyait superficiels, se décida, après mûr examen, à disséquer la portion ulcérée et indurée qui occupait la face interne de la lèvre; elle ne s'étendait que jusque vers le muscle orbiculaire, qui fut montré parfaitement intact; M. Lisfranc incisa complétement le cancer, dont le siége était sur le bord libre. Ainsi la lèvre n'a subi qu'une très petite déperdition de substance, et grâce à cette opération délicate, il n'en résulte pour le malade qu'une difformité bien peu apparente et qui doit bientôt disparaître complétement.

La plaie marche rapidement vers la guérison; mais sur le bord libre de la lèvre et sur le point où le cancer en occupait toute l'épaisseur, la solution de continuité présente un fond grisâtre qui semble de mauvaise nature. Cautérisation légère avec le protonitrate acide liquide de mercure; guérison. Le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Kyste séreux siégeant sur le cordon testiculaire. Opération. Inflammation violente; fièvre ardente; antiphlogistiques; l'inflammation passe à l'état de fluxion ou de congestion sanguine. Cessation des cataplasmes émollients; le troisième jour, état normal de la plaie, et bientôt guérison.

Au n° 4 de la salle Saint-Antoine est un malade qui portait un kyste séreux dans le cordon testiculaire. M. Lisfranc l'a enlevé dans toute l'étendue qui n'était pas en rapport avec ce cordon. L'opération n'a présenté rien de particulier. Inflammation violente; fièvre; application de douze sangsues au-dessus des bourses sur le trajet du cordon; cataplasmes émollients; diminution de l'inflammation; suppuration très abondante. La phlegmasie fléchit de jour en jour davantage; mais vers le dixième, elle reste stationnaire. La tuméfaction persiste; il existe encore de la rougeur sur le scrotum; la douleur est légère, et la suppuration très abondante; ces phénomènes persistent huit jours. D'après les idées qu'il a consignées dans le premier volume de sa *Clinique chirurgicale* (voyez l'article Fluxion et Injection sanguine), M. Lisfranc pense que l'état stationnaire de la maladie est dû à la congestion sanguine. Alors les cataplasmes émollients sont remplacés par un pansement simple; le lendemain, la quantité de pus a diminué au moins de moitié, la rougeur a disparu, et la tuméfaction est presque entièrement dissipée, le second jour, l'amendement est encore beaucoup plus marqué; le troisième jour et les suivants, la suppuration est ordinaire, la plaie marche ensuite franchement sous l'influence des moyens appropriés, et le malade sort guéri de l'hôpital vingt-huit jours après son opération.

Il est des sujets chez lesquels le pansement simple ne suffit pas entièrement pour ramener les tissus et la suppuration aux conditions convenables que nous venons d'énoncer. Après la cessation des cataplasmes et l'emploi du pansement simple, l'état morbide peut n'être qu'amélioré, et l'amendement peut marcher lentement; il faut alors mettre en usage les résolutifs légers, tels que l'eau de sureau, l'eau végéto-minérale étendue d'eau, et presque toujours on obtient un succès complet. A l'exaltation des propriétés vitales produites par la phlegmasie succède une diminution proportionnelle dans la vitalité des tissus; il faut donc à ce moment les exciter un peu pour détruire l'atonie dont ils sont frappés. Mais n'employez pas les résolutifs trop tôt, quelque légers qu'ils soient; ils peuvent réveiller l'inflammation. Ces idées, que M. Lisfranc professe depuis longtemps, doivent être méditées surtout par les chirurgiens qui seraient trop disposés à voir partout l'inflammation; elles seront peut-être aussi utiles aux médecins lorsqu'il s'agira des phlegmasies des viscères.

E. BACHELAY DU MÉNIL.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GUÉRARD.

Observations de prostatite aiguë. Remarques à ce sujet; par M. DUMOULIN, interne des hôpitaux.

L'inflammation aiguë de la prostate est une maladie sur laquelle on n'est point d'accord. Les uns ont dit qu'elle était très fréquente, d'autres qu'elle était très rare. Les deux opinions extrêmes sont également erronées. Mais, qu'on le sache bien, toutefois, la prostatique aiguë est moins fréquente que semblent l'avoir cru quelques auteurs partisans de la doctrine physiologique.

La prostate est comme la plupart des tissus glanduleux; son inflammation revêt plus souvent le type chronique que le type franchement aigu. La preuve en est, qu'on observe beaucoup d'hypertrophies de la prostate, hypertrophies qui ont pour cause une inflammation chronique.

L'on a parlé, dans ces derniers temps, d'une hypertrophie sénile de la prostate, et l'on a nié le rôle de l'inflammation dans la pathogénie de ces états certainement anormaux de la prostate. Mais qu'est-ce donc que l'hypertrophie en général? N'est-ce point le résultat d'une inflammation chronique, ou au moins d'une congestion habituelle, d'un afflux sanguin qui, s'il n'est point l'inflammation, lui ressemble beaucoup.

« Toutes les causes de l'hypertrophie, dit M. Cullerier dans son article du Dictionnaire en 15 vol., p. 219, se résument ainsi:

» 1° Dans l'action exagérée d'un organe ou d'un tissu;

» 2° Dans l'existence d'un travail morbide fluxionnaire au voisinage de cet organe ou de ce tissu. »

Chez l'adulte, ces deux causes existent souvent, surtout chez les individus qui font des excès vénériens. Une fois que, par les progrès de l'âge, l'aptitude aux rapports sexuels diminue, peu à peu, cette congestion dont les organes génitaux et les tissus périphériques de la prostate surtout ont été le siége pendant si longtemps ne diminue point, elle demeure, et, comme à un âge avancé l'organe vénérien est à peu près nul, il n'y a plus de rapport entre la sécrétion et la nutrition exagérée de l'organe; de là, ces hypertrophies, ces indurations si commune chez le vieillard. Je demande pardon de cette digression; je ne me la suis permise que parce que je suis convaincu du rôle immense de l'inflammation dans les affections chroniques de la prostate. Je rentre immédiatement dans mon sujet. Je dirai donc que la prostatite aiguë, bien que moins fréquente qu'on ne l'a dit, existe cependant, et que sa cause la plus ordinaire est la blennorrhagie.

Ell est toujours un accident grave; elle fait courir au malade toutes les chances funestes de la rétention d'urine s'il n'est secouru, et les dangers de la suppuration de la prostate, dangers très grands si l'on songe à ce que devient le pus en pareil cas.

« Le plus souvent, dit M. Vidal (Pathol. ext., t. V, p. 407), le pus contenu dans le parenchyme, et surtout celui formé dans le tissu cellulaire qui environne l'élément glandulaire, est éliminé par voie d'ulcération. Il peut alors être porté dans l'urètre, dans le rectum, fuser dans le tissu cellulaire du périnée ou dans celui du bassin. Plusieurs de ces voies peuvent même être suivies en même temps par le pus. »

L'ouverture de l'abcès dans l'urètre est le cas le plus fréquent, surtout si le pus s'est formé primitivement dans la glande elle-même. L'ouverture par le rectum n'a généralement lieu que lorsque l'abcès est extraglandulaire; ce sont là deux terminaisons fâcheuses; car le foyer de l'abcès se trouve en contact avec les urines dans un cas, avec les matières fécales dans l'autre. La terminaison la plus favorable est celle où le pus s'écoule spontanément au dehors, à travers le périnée. Les cas les plus malheureux sont certainement ceux où le pus se répand dans le tissu cellulaire du bassin ou fuse au loin dans la région périnéale: on en comprend aisément la gravité. Ch. Bell en rapporte un exemple très remarquable.

On voit par ce tableau des terminaisons par suppuration de la prostatite, que ce n'est point une affection sans conséquence; c'est certainement un des accidents les plus graves qui puissent survenir durant le cours de la blennorrhagie. Cependant la résolution arrive encore fréquemment; mais à la condition seule que la maladie sera traitée énergiquement et à temps. Les observations que je rapporte, recueillies, les unes dans le service de M. le docteur Vidal, à l'hôpital du Midi, une autre dans le service de M. Guérard, à l'hôpital Saint-Antoine, en sont des exemples remarquables.

La prostatite aiguë, comme accident de la blennorrhagie, se montre surtout pendant la période de chronicité de la maladie. Y avait-il là d'abord une prostatite chronique? Cela se peut très bien; car enfin, beaucoup de blennorrhées sont entretenues par une subinflammation des parties profondes du canal. Dans ces cas il suffit d'un excès, d'un écart de régime, pour faire passer à l'état surаigu une inflammation qui s'est développée d'une manière lente et chronique. C'est, en effet, ce qui arrive ordinairement; la cause occasionnelle de la maladie est en général un excès, ou une très longue marche à

pied ou à cheval ; d'autres fois, cette cause occasionnelle n'est point appréciable.

La prostatite aiguë se montre de préférence, disent les auteurs, chez les sujets qui abusent des plaisirs vénériens ou qui se livrent à la masturbation, et qui ont par conséquent un afflux sanguin considérable et habituel vers les organes de la génération. Je crois cette dernière remarque très juste ; deux des malades que j'ai observés m'ont avoué leur penchant à l'onanisme.

Les symptômes de la prostatite aiguë sont les suivants : un sentiment de chaleur, de douleur sourde et profonde, de pesanteur au périnée et près de l'anus ; l'irritation du col de la vessie sollicite des envies très fréquentes d'uriner, bien que la vessie ne renferme que peu de liquide ; le malade urine goutte à goutte à tout instant, et la douleur est très vive quand l'urine passe sur le point malade. Cette difficulté dans l'expulsion des urines est véritablement le seul signe qui éveille l'attention des malades. Ils ont la sensation d'un corps étranger dans le rectum, ce qui provoque de fréquents besoins d'aller à la selle et gêne beaucoup l'exercice de cette fonction ; aussi, y a-t-il en général de la constipation. Ce sont là des symptômes rationnels de la maladie, si je puis m'exprimer ainsi ; mais il y a des signes sensibles, appréciables par l'examen des parties.

La prostate augmentée de volume fait saillie à la partie antérieure de l'intestin ; le doigt, porté dans l'anus, constate parfaitement cette saillie plus ou moins considérable de la prostate ; une chaleur vive existe sur la paroi antérieure du rectum. Il est remarquable que le toucher rectal ne soit pas plus douloureux qu'il ne l'est ; il faut presser fortement pour déterminer de la douleur.

Qu'on observe bien une chose d'ailleurs, c'est que la prostatite n'a point de symptômes qui lui soient réellement propres ; les symptômes offerts ne dépendent que du siége du tissu affecté, et encore, c'est seulement parce qu'il y a augmentation du volume de ce tissu que des phénomènes morbides apparaissent du côté du col de la vessie et du côté du rectum.

Dans la prostatite, la fièvre n'est pas vive en général ; ce qui tient sans doute, dit M. Bégin, au peu d'activité des sympathies qui unissent la prostate aux principaux foyers de l'organisme. Mais si la prostatite n'est pas traitée, ou si elle l'est trop peu énergiquement, le col de la vessie que la glande embrasse par sa base s'enflamme lui-même, et l'inflammation peut même envahir la muqueuse vésicale ; alors il y a des besoins incessants d'uriner, et l'urine est chargée de mucosités ; quelquefois elle est sanguinolente. Dans ce cas, la fièvre peut être intense, il y a de l'agitation, et le malade court tous les dangers d'une cystite aiguë.

En résumé, les bases du diagnostic de la prostatite aiguë sont donc une pesanteur, une douleur sourde au périnée, des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle, et enfin le toucher rectal décèle d'une manière évidente le gonflement anormal de la prostate.

Le traitement de la prostatite doit être très actif, et cela pour deux raisons : 1° Parce que si l'on n'agit point vivement, une cystite grave peut en résulter ; 2° parce qu'on ne doit jamais abandonner à elle-même l'inflammation des tissus glanduleux, et surtout d'une glande qui a des rapports si intimes avec des organes importants. — Si le parenchyme de la glande n'entre point aisément en suppuration, il n'en est point de même de l'atmosphère celluleuse qui l'entoure et qui environne de toutes parts les granulations glandulaires ; les abcès extraglandulaires sont fréquents. Enfin, il est imprudent d'abandonner aux seules ressources de la nature l'inflammation aiguë de la prostate ; elle ne peut jamais se résoudre d'une manière complète ; il reste une inflammation chronique, qui est le point de départ des tuméfactions et des indurations de la glande.

On doit rejeter d'abord l'emploi des antiblennorrhagiques pour combattre seulement la complication ; car celle-ci est plus grave et d'un danger plus pressant que la maladie à l'occasion de laquelle elle s'est développée. — Le traitement doit être principalement antiphlogistique ; la saignée générale est rarement nécessaire, à moins que la fièvre soit très vive ; il faudrait alors y recourir sans hésiter. Les applications de sangsues suffisent en général ; il faut les placer sur la partie la plus reculée du périnée. Quelques médecins les font mettre sur la face rectale de la prostate, au moyen d'un spéculum convenablement disposé ; cette manière de faire doit être fort incommode. Cette application de vingt sangsues au moins doit être renouvelée plusieurs fois ; on la réitérera jusqu'à ce que le dégorgement soit complet, que les urines puissent être gardées plus longtemps. On favorisera l'effet des sangsues par des bains entiers ou des bains de siége prolongé ; par des boissons émollientes, comme la tisane émulsionnée, la décoction de chiendent ou la décoction d'orge ; par la diète ou au moins un régime sévère.

Comme l'urine s'accumule dans la vessie, il faut pratiquer le cathétérisme, et y recourir tant que le malade ne pourra uriner seul. Il ne faut pas laisser une sonde à demeure, car c'est une occasion continuelle d'irritation locale ; il est avantageux pour le malade de régler les heures où l'on pratiquera le cathétérisme, et il faudra les rapprocher assez pour que la vessie ne se distende pas trop par l'accumulation de l'urine. — Ce cathétérisme n'est point difficile, la sonde entre facilement ; seulement, au niveau de la glande enflammée, le malade ressent une douleur très vive ; elle l'est d'autant plus si l'inflammation a envahi le col de la vessie : dans ce cas, le cathétérisme est rendu plus difficile par le spasme violent qu'il détermine.

Quand la prostate entre en suppuration et que l'abcès tend à s'ouvrir dans l'urètre, souvent le passage de la sonde donne issue au pus renfermé dans la glande. — Quant à ces abcès, je n'ai point ici à en faire l'histoire ; je ne les ai mentionnés que comme terminaison possible de la prostatite aiguë, mais sans les décrire.

Le traitement antiphlogistique, appliqué à la prostatite, guérit souvent en même temps la blennorrhagie ; si, une fois la prostatite en voie de résolution, l'écoulement durait encore, l'on pourrait alors sans inconvénient avoir recours aux antiblennorrhagiques.

Première observation. — Le nommé L..., tapissier, âgé de vingt-sept ans, est entré, le 10 juillet 1845, à l'hôpital Saint-Antoine, et couché au n° 5 salle Saint-Antoine, service de M. le docteur Guérard. Bonne constitution ; bonne santé habituelle ; il n'a jamais eu d'autre blennorrhagie que celle à l'occasion de laquelle est survenue la prostatite. Cette blennorrhagie date du 22 juin environ, quelques jours après des rapports avec une femme qui, au dire du malade, venait d'avoir ses règles ; lui-même avait bu dans la journée beaucoup de bière.

Quoi qu'il en soit, la blennorrhagie offrait bien tous les caractères d'un écoulement spécifique très épais, purulent. Douleurs vives pendant l'émission des urines ; le malade rapporte ces douleurs à la fosse naviculaire. Au commencement, le malade ne prend que des bains entiers. Huit à dix jours après, il prit du copahu par la bouche : l'écoulement diminua ; il en prit sept jours de suite. Le septième jour parut une urticaire générale. Le même jour il eut de la difficulté à uriner ; il prit un bain entier et ne put y rester que peu d'instants, pressé par des envies incessantes d'uriner. Il fut sondé chez lui ce même soir, et le lendemain deux fois. Le troisième jour, il entra à l'hôpital. Il est dans l'état suivant :

La blennorrhagie ne fournit qu'un écoulement peu considérable, qui n'est plus guère épais ; il ressent de la pesanteur au périnée et au fondement ; il est constipé depuis près de cinq jours. L'urticaire est moins rouge, les plaques sont moins saillantes ; elle est évidemment près de finir. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre ; il y a un peu de céphalalgie. La vessie ne contient point d'urine, quoiqu'il y ait douze heures que le malade a été sondé. — Tisane de chiendent ; 20 gram. d'huile de ricin dans du bouillon gras ; bouillon aux herbes dans la journée. Quelques selles peu abondantes.

Le soir, à six heures, la vessie était distendue ; je pratique le cathétérisme, qui est très facile ; seulement, au niveau de la prostate, le passage de la sonde est douloureux. Je touche aussitôt après par le rectum, et je constate un gonflement de la prostate, qui fait saillie à la face antérieure de l'intestin ; elle est très douloureuse à la pression. — Je fais immédiatement appliquer 20 sangsues sur la partie la plus reculée du périnée, puis des cataplasmes émollients. 7 sangsues seulement ont pris ; j'en fais renouveler l'application à minuit, et j'en prescris 25 ; cette fois elles prennent toutes et saignent beaucoup.

Le lendemain matin, 11 juillet, je sonde le malade ; dans la journée il urine un peu seul. Le soir, à six heures, je renouvelle le cathétérisme. Dans la journée, il a eu un bain entier de deux heures, des cataplasmes à demeure sur le périnée ; il ne prend pour nourriture que du bouillon et du potage.

Depuis lors, l'amélioration continue. Je n'ai dû le sonder qu'une fois encore, le 12 juillet matin ; depuis, il urine seul ; le dégorgement de la prostate est bien complet. La blennorrhagie ne s'est point modifiée pendant le cours de la prostatite ; elle fournit un écoulement peu épais, mais muco-purulent ; elle ne s'accompagne que de douleurs très peu vives.

Ce malade est encore maintenant retenu à l'hôpital pour une épididymite droite qui est survenue spontanément dans la nuit du 17 au 18 juillet. L'écoulement n'est point supprimé.

Deuxième observation. — Le nommé C...., âgé de vingt-sept ans, est entré le 8 juillet 1844 à l'hôpital du Midi, et couché salle 9e, n° 19, service de M. le docteur Vidal. Cet homme paraît assez robuste ; il est blond, il a la peau très blanche, le tissu adipeux assez développé ; les muscles sont peu volumineux ; le système capillaire de la face est développé : ce jeune homme est rhumatisant. Il y a trois semaines, il contracta une blennorrhagie, assez inflammatoire à son début, mais qui s'amenda très vite sous l'influence d'un régime très sévère, du repos et des émollients.

Le 6 juillet, il n'y avait presque plus d'écoulement, plus de douleur en urinant ; le malade crut pouvoir sortir de ses nouvelles habitudes de sobriété, et il s'enivra le soir. Le lendemain matin, à son réveil, il lui fut impossible d'uriner.

Le dimanche, 7 juillet, il ne fit aucun traitement actif. Il prit seulement un bain.

Lors de son entrée à l'hôpital le lundi 8 juillet, il y avait près de quarante heures qu'il n'avait uriné ; la vessie était énormément distendue ; le malade n'avait pu marcher, il s'était fait transporter ; la peau était glacée, les envies d'uriner avaient cessé ; le malade ne se plaignait plus ; il se trouvait comme plongé dans un abattement profond. Le cathétérisme pratiqué aussitôt, donne issue à plus de trois litres et demi d'une urine assez limpide. C'est encore un cas de prostatite aiguë ; le toucher par le rectum démontre une augmentation notable du volume de la glande, qui est douloureuse sous la pression. — Un bain entier prolongé ; 20 sangsues au périnée ; un bain de siége le soir.

Je le sonde quatre fois dans la journée, suivant les recommandations de M. Vidal.

Le 9, il n'y a point encore d'amélioration ; il faut encore passer la sonde quatre fois en dix-huit heures. — Nouvelle application de 20 sangsues au périnée ; bain entier ; tisane d'orge, prise en petite quantité.

Le 10, la prostate est moins volumineuse ; mais elle est encore douloureuse à la pression. — 20 sangsues au périnée ; cataplasmes ; bain entier.

Je ne sonde le malade que trois fois dans la journée ; dans la soirée, il urine seul quelques gouttes. Le toucher par le rectum me démontre que cette dernière application de sangsues a été très favorable ; la prostate ne fait plus saillie dans l'intestin ; mais la pression sur la région prostatique est encore douloureuse.

Le 11, le malade a uriné seul pendant la nuit, environ cinq à six fois ; il n'est pas nécessaire de le sonder dès le matin ; je ne pratique le cathétérisme que le soir à quatre heures.

Depuis ce jour l'amélioration continue. Cet homme est sorti guéri vers la fin de juillet.

Troisième observation. — Le nommé B..., âgé de trente ans, boulanger, est entré le 10 juin 1844 à l'hôpital du Midi, et couché salle 11e, n° 2, service de M. le docteur Vidal.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle, mais il est peu robuste. Depuis longtemps il a une blennorrhagie qui revient sans cesse, suivant les irrégularités dans le traitement et les excès fréquents auxquels il se livre. Il en rapporte l'origine à huit mois. Ce n'est point la blennorrhagie qui l'amène à l'hôpital, c'est une rétention complète d'urine.

Le dimanche 9 juin, il n'avait qu'un très léger suintement séreux ; il s'enivra dans la journée ; le soir, il ne put uriner ; durant la nuit, il souffrit beaucoup, avec des envies incessantes d'uriner, des contractions violentes et une impossibilité totale. Le lundi matin, il se fit transporter à l'hôpital.

Il est alors dans l'état suivant : la peau est froide, le pouls petit, ce qui dépend sans doute des angoisses de la nuit précédente ; la vessie est démesurément pleine ; la station verticale est impossible ; cet homme se tient courbé, le corps penché en avant. Le toucher pratiqué par le rectum décèle une tuméfaction de la prostate, qui est chaude, douloureuse et offre tous les signes de l'inflammation suraiguë. — Le cathétérisme est pratiqué aussitôt ; on donne issue à plus de deux litres et demi d'urine assez claire. La sonde entre aisément ; mais, au niveau de la région prostatique de l'urètre, le passage de la sonde est douloureux et se fait très vivement sentir. L'intestin est libre et ne contient point de matières.

Tisane d'orge ; 20 sangsues sur la partie la plus reculée du périnée, un bain entier d'une heure et demie. Les sangsues, de très mauvaise qualité, n'ont pas pris, et l'on est obligé d'y revenir le soir.

Dans la journée, le malade a été sondé trois fois : une première fois à midi, une seconde fois à six heures et la troisième enfin à minuit. Le pouls s'est relevé, la chaleur de la peau est revenue.

Le 11, le matin, la vessie est aussi pleine que la veille avec envies d'uriner et impossibilité d'y satisfaire. La prostate est aussi volumineuse que la veille.

Nouvelle application de 25 sangsues au périnée ; cataplasmes, bain entier. — Je sonde le malade quatre fois dans la journée. Il passe la nuit tranquille, après avoir été sondé pour la dernière fois vers minuit.

Le 12, la vessie est encore remplie d'urine, mais, cependant, le malade peut expulser quelques gouttes de liquide ; la prostate a diminué de volume, elle fait peu saillie dans l'intestin. — Le cathétérisme est encore pratiqué quatre fois ; tisane d'orge ; bain entier ; cataplasmes.

Le 13, amélioration notable dans la facilité d'émission de l'urine ; le malade n'est sondé que deux fois dans la journée, une seule fois le lendemain, et il n'a plus besoin de l'être le jour suivant, 15 juin.

Le 18, survient une épididymite à droite, sans que le malade ait fait aucune imprudence, mais probablement à cause du cathétérisme plusieurs fois répété.

Le repos seul et des cataplasmes suffisent pour apaiser cette inflammation.

La blennorrhagie, loin de s'être arrêtée, s'est montrée plus aiguë et plus abondante depuis qu'on a sondé le malade.

Le 25 juin : cubèbe, 20 grammes par jour. Elle résiste assez longtemps, entretenue sans doute par la trop grande nourriture que prend le malade et peut-être par la masturbation ; car c'est là une cause très fréquente.

Cet homme sort guéri le 22 juillet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet. — Présidence de M. Caventou.

M. le préfet de police invite l'Académie à nommer une commission chargée d'examiner la question de savoir si les sangsues qui ont été appliquées sur des malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles, préalablement dégorgées, sont dangereuses.

Cette demande est renvoyée à la même commission chargée d'examiner la question de l'ergot de seigle.

— *M. Théophile Roussel* écrit pour revendiquer la priorité du diagnostic de la pellagre à Paris, inexactement attribuée à une autre personne. Il fait en même temps hommage à l'Académie de son ouvrage sur cette maladie.

— *M. le président* annonce que mardi prochain étant le 29 juillet, la séance de l'Académie sera renvoyée au jeudi 31.

— L'Académie procède à la nomination de trois nouveaux membres associés étrangers.

M. Arrendt (de Saint-Pétersbourg) et Marchal-Hall (de Londres) obtiennent seuls la majorité des suffrages, et sont nommés à cette place.

Un second tour de scrutin ne donne pas de résultat ; la nomination d'un troisième membre est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Renault* fait un rapport sur l'anatomie artificielle du cheval présentée par M. Auzoux.

M. le rapporteur après être entré dans les plus minutieux détails sur le travail présenté par M. Auzoux, après l'avoir comparé à tout ce qui a été fait par l'iconographie ou par le moulage, termine ainsi :

Je n'ai pas besoin de dire combien les préparations de M. Auzou sont supérieures à toutes ces études... Quant à préciser le degré d'importance que doivent avoir ces préparations dans l'étude de l'ana-

tomie du cheval, il est évident, comme l'ont dit les divers rapporteurs qui vous ont entretenu de l'anatomie clastique, comme vous l'avez reconnu et déclaré à plusieurs reprises, qu'elles ne sauraient dans aucun cas tenir lieu et dispenser les élèves des dissections..... Mais dans une foule de circonstances, il est utile de rappeler aux élèves certains faits, certaines dispositions anatomiques qu'il n'est pas toujours possible de démontrer sur des cadavres qu'on ne saurait avoir à chaque instant sous la main, convenablement préparés; mais il est un grand nombre de personnes qui se livrent à la production ou à l'éducation du cheval. des éleveurs, des officiers de cavalerie, ou des employés dans les haras qui n'ont besoin que d'avoir des idées générales de son organisation, et à qui il serait bien difficile soit de se procurer des animaux morts, soit et surtout de pouvoir les disséquer, et il en est même parmi elles à qui ce genre d'études répugne singulièrement. Qui donc résisterait à reconnaître l'incontestable utilité de l'anatomie clastique du cheval dans ces diverses circonstances?

En conséquence, votre commission vous propose :

1° D'adresser de nouveaux remercîments à M. Auzoux, pour cette nouvelle et intéressante communication;

2° De l'inviter d'une manière très pressante à persévérer dans l'excellente direction qu'il vient d'ouvrir à ses travaux;

3° D'appeler sur ses préparations l'attention et les encouragements du gouvernement, en l'invitant à les répandre dans tous les établissements où l'on s'occupe de l'étude du cheval;

4° De le maintenir honorablement sur vos listes de candidature pour les premières élections à faire dans la section d'anatomie.

Ces conclusions moins la dernière, qui est contraire au règlement, sont adoptées sans discussion.

— L'Académie reprend la discussion sur l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus.

M. Renauldin. M. Gaultier de Claubry a dit que le typhus était exempt de récidive.....

M. Gaultier de Claubry. Permettez; j'ai dit que le typhus était généralement exempt de récidive, mais j'ai admis des exceptions, car je crois en avoir été moi-même deux fois atteint. J'en ai vu d'autres exemples, mais ils sont rares, et ils n'infirment pas la loi générale que j'ai posée. Quant à la fièvre typhoïde, M. Chomel, M. Louis et d'autres observateurs n'ont pas encore rencontré un seul cas de récidive.

M. Renauldin. Cette loi générale, quant au typhus, comporte de nombreuses exceptions pendant les grandes épidémies. J'en ai été aussi deux fois atteint. J'ai vu succomber deux de mes amis intimes qui, ayant parfaitement guéris d'une première atteinte, ont été mortellement frappés à la seconde. Cette récidive, je l'ai observée au moins douze à quinze fois, surtout dans les grandes épidémies.

M. Collineau. Pour chercher à s'éclairer sur les propositions contradictoires émises dans cette discussion sur l'identité et la non-identité de la fièvre typhoïde et du typhus, l'honorable membre a compulsé les relations d'épidémie de fièvre typhoïde adressées à l'Académie. D'après ce que nous avons pu entendre, cette recherche n'a pas beaucoup avancé la solution et M. Collineau est resté en suspens.

M. Castel. Il y a quelque chose de physiologique dans la perplexité que les praticiens les plus exercés éprouvent lorsqu'ils voient une fièvre persister au delà du deuxième jour. Ils ont acquis la certitude qu'une réaction de quelques heures n'a pas suffi pour dompter un agent délétère, et que la lutte qui a commencé n'admettra aucune trêve jusqu'a ce qu'elle soit arrivée au dénoûment.

Dans les intervalles qui séparent les accès d'une fièvre intermittente, l'organisme répare ses forces. Si les fonctions ne sont pas revenues à leur état normal, elles ont du moins recouvré une partie de leur équilibre à la suite d'un surcroît d'activité dans les sécrétions et les excrétions. Si l'issue de chaque accès n'est qu'une victoire passagère et incomplète, il prépare du moins une guérison spontanée, ou il rend plus facile et plus fructueux l'intervention de la médecine.

Il en est autrement dans une fièvre continue; la réaction est moins vive, et ses résultats se font attendre plus longtemps. Ce n'est pas seulement à l'inertie ou au peu d'énergie de la réaction que doit être attribuée la lenteur avec laquelle les fièvres continues parcourent leurs périodes. Cette lenteur vient principalement du ferment fébrile, qui a plus de malignité, plus de vénénosité, qui est plus oppresseur (pardonnez-moi ces expressions) dans les continues que dans les intermittentes. Je ne dirai point avec Torti que dans les premières il est devenu un des éléments du sang, tandis que dans les autres il n'y a pas encore pénétré, distinction, à mon avis, fort subtile; mais, sans nul doute, il est plus difficile à expulser, et cette expulsion exige un plus grand travail, des moyens plus compliqués. En effet, si les exanthèmes, les abcès ne sont pas exclusivement propres aux continues, ils interviennent plus souvent dans ces fièvres que dans les intermittentes. Ils sont aussi une excrétion qui porte au dehors la matière morbifique; ils en favorisent l'exhalation. Aussi les fièvres accompagnées d'exanthèmes, sont-elles plus transmissibles que les fièvres qui en sont exemptes. Il ne suit point de là que celles-ci ne se communiquent jamais. Cette induction renfermerait deux hypothèses; la première, que les émanations qui sortent de la peau sont les seules qui d'un corps malade puissent passer dans un corps qui ne l'était point; la seconde, que lorsque dans une fièvre il existe un principe contagieux, il ne reste jamais *intra muros*.

Dans le dessein de prouver que la contagion est inhérente à certaines fièvres, et contrairement à l'opinion que j'avais émise sur son existence, toujours relative, jamais absolue, soit dans le typhus, soit dans les autres fièvres, un de nos collègues a cité la contagion de la variole : ce rapprochement est fort hétéroclite; poussé à des conséquences ultérieures, il placerait sur la même ligne toute inflammation aiguë et toute affection fébrile, la pneumonie, par exemple, et les fièvres qu'on appelle essentielles. La variole a pris place parmi les maladies virulentes, avant de trouver place dans le cadre des fièvres. La fièvre qu'elle fait naître cesse ou se modifie, dès que l'éruption est accomplie. L'éruption reste contagieuse, après la cessation ou pendant la suspension de la pyrexie. L'élément contagieux est donc dans le virus. Plusieurs affections cutanées, sans fièvre, sont éminemment contagieuses. Ce n'est point en considérant la variole comme une maladie fébrile, qu'on découvrira pourquoi elle est contagieuse; pour reconnaître des analogies et des contrastes, il faut la considérer comme maladie éruptive. Si les fièvres, même celles qui sont accompagnées d'une éruption, sont moins contagieuses que la variole, on doit l'attribuer : 1° à ce que l'infection variolique rencontre une prédisposition organique; 2° à ce que tous les exanthèmes n'ont pas le même degré de malignité (1); toutefois, ils attestent la présence d'un ferment septique, qui s'est developpé dans le corps ou qui y a pénétré. Qu'il soit issu d'un marais ou d'une prison, qu'il soit le produit d'une mauvaise alimentation, toujours est-il qu'une altération du principe excitant en sera la conséquence immédiate.

C'est par un surcroît de septicité dans ce ferment que le typhus est, non exclusivement, mais plus contagieux que les autres genres de fièvre. Il existe entre tous une étroite connexité sous le rapport des causes et des phénomènes. Sous le rapport des causes, la plus commune de toutes est la diminution de la contractilité; elle est le prélude de toutes les fièvres qui ne dépendent point d'une phlegmasie locale et circonscrite. Sous le rapport des phénomènes, tels que la chaleur, la céphalée, l'accélération du mouvement du sang, est-il besoin de faire remarquer que les diverses fièvres diffèrent d'autant moins entre elles, quant aux symptômes et quant aux lésions que l'autopsie révèle, qu'elles sont plus redoutables? Et, par exemple, entre les fièvres qui ont de la malignité, serait-il possible d'en désigner une dans laquelle ne se rencontrent jamais ni proéminence dans les follicules muqueux, ni taches rouges dans le canal intestinal, ni engorgement des glandes mésentériques? Je cherche vainement des caractères tranchés qui séparent le typhus de la prétendue typhoïde. Admettre dans l'un un principe contagieux et le contester à l'autre, c'est oublier que ces deux fièvres ne diffèrent que sous le rapport du degré d'altération dans les liqueurs animales, et du plus ou moins d'intensité dans les phénomènes. Hildenbrandt a dit du typhus, que dans sa première période il laissait voir les symptômes d'une fièvre bilieuse. On est autorisé à le dire aussi de la typhoïde; on est autorisé à le dire des autres fièvres. Dans presque toutes, la sécrétion de la bile est troublée la première. Pourquoi? Parce que les fonctions du foie s'exécutent plus difficilement que celles de la plupart des autres viscères. L'influence de l'atonie est plus prompte sur le foie; aussi ses maladies sont plus fréquentes dans les climats chauds. Dans toutes les fièvres, des symptômes gastriques se manifestent. Pourquoi? Parce que la diminution de la tonicité exerce beaucoup d'influence sur l'absorption. Les viscères possèdent moins de contractilité que les muscles. En appréciant cette différence, on concevra comment, dans une maladie, le danger est d'autant plus grand que le système musculaire est frappé d'impuissance. Voyez combien il est facile de rendre raison même des phénomènes pathologiques. Elle n'exige qu'une condition : Comprendre l'organisme.

Résumé. La contagion est subordonnée à la nature des émanations qui sortent d'un corps malade. Le genre de fièvre étant le même, les émanations varient selon le lieu, la saison, le climat, et aussi selon la période à laquelle la fièvre est arrivée. L'influence des émanations sera plus ou moins active, selon l'âge, l'idiosyncrasie et les dispositions de l'individu qui les reçoit; d'où il suit :

1° Qu'une fièvre qui n'est pas contagieuse aujourd'hui, pourra devenir contagieuse demain;

2° Que dans le cours d'une fièvre, l'élément contagieux peut naître, se développer spontanément dans le corps du malade;

3° Qu'il peut être communiqué à une partie des assistants, les autres restant sains et saufs.

Il n'y a point de contagion sans infection, tandis qu'il peut y avoir infection sans contagion.

M. Rochoux. Quant à la fièvre typhoïde, j'ai dit tout ce que j'en savais, et j'ai vidé mon sac. (Marques de surprise.) M. Gerdy ayant parlé de la contagion et de l'infection, il me faudrait revenir sur cette question; mais la discussion trouvera tout naturellement sa place lors du rapport sur la peste. Je me bornerai à parler de quelques petits accidents qui ont bien quelques rapports avec la discussion actuelle.

D'abord, M Dubois (d'Amiens), lui troisième, m'accuse d'avoir jugé trop sévèrement les ouvrages sur l'anatomie pathologique des fièvres publiés avant 1804. Eh bien! je défie M. Dubois de me citer le titre d'un seul livre sur ce sujet, antérieur au travail de Prost, et j'annonce à l'avance qu'il ne réussira pas mieux sur ce point que n'ont fait MM. Ferrus et Mérat. Notre collègue, oubliant ce précepte de la logique d'Aristote. savoir : que de deux propositions contradictoires l'une est nécessairement vraie, l'autre nécessairement fausse, a également condamné les opinions de M. Gaultier de Claubry et les miennes. On peut donc hardiment conclure que notre savant secrétaire a condamné une opinion vraie, soit celle de M. Gaultier, soit la mienne.

Ce que M. Louis m'accuse d'avoir dit de M. Bretonneau ne se trouve pas dans nos comptes-rendus, sa critique est donc sans objet.

M. Castel m'accuse de ne vouloir que l'absolu, ce n'est pas ma faute, mais celle du bon sens et de la bonne philosophie. Cette philosophie est celle d'Epicure, qui repose sur un seul principe aussi clair que possible : L'atome est pourvu d'activité.

M. Mérat fait remarquer que c'est la première fois que M. Rochoux parle d'ouvrages antérieurs à 1804. Il avait parlé de ce qui se passait dans les diverses cliniques, et c'est sur ce point seulement qu'on lui a répondu.

M. Gaultier de Claubry répond aux objections que lui a surtout présentées M. Rochoux sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Il passe en revue les divers phénomènes de ces deux affections, et partout il trouve une analogie remarquable. Le délire, l'éruption, la durée, l'anatomie pathologique et la contagion présentent, à l'intensité près, les mêmes formes, les mêmes caractères, les mêmes altérations. Il compare à cet égard les observations de typhus recueillies par les meilleurs observateurs modernes aux observations de fièvre typhoïde de MM. Chomel et Louis. Il persiste avec force dans ses premières opinions.

M. Honoré ne pourra se rendre à l'opinion de la contagion de la fièvre typhoïde que lorsqu'on lui aura montré un malade, en lui disant : Voilà où cet individu a contracté la maladie.

M. Desportes trouve la question de la contagion très ardue. Prétendre la résoudre par les faits semble la chose la plus naturelle. Mais les faits ne disent que ce que l'état actuel des sciences médicales et physiques et chimiques permet de comprendre dans ces faits. L'observation de ces faits, quelle qu'elle soit, ne peut aller au delà. Tous les observateurs prétendent à une rigoureuse observation, et ceux dont les observations convergent se forment en groupe, d'où ils excluent leurs opposants. L'honorable membre, au milieu du conflit des opinions contraires, est isolé et veut rester isolé.

On a dit et on répète souvent, rien n'est brutal comme un fait. Il n'y a là de brutal que l'expression dont on se sert. Un fait n'est pas brutal, mais pallié, mesuré, circonspect comme la science.

M. Desportes passe à l'examen des faits invoqués par M. Gaultier de Claubry, et il trouve qu'ils reçoivent aussi une interprétation plus générale, plus naturelle, selon la partie scientifique de celui qui les met en œuvre.

En résumé, M. Desportes pense que le typhus se communique par une viciation de l'air ambiant et aussi et surtout par les émanations du corps malade. En pratiquant en grand le lavage des malades, tout danger cesse.

Plusieurs orateurs sont encore inscrits : il est cinq heures, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 juin 1845. — Présidence de M. Gillette.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion de ce procès-verbal, M. Piedagnel cite deux faits publiés par lui dans le *Journal de thérapeutique*, peu de temps après les recherches de M Baudelocque, au sujet de la compression de l'aorte. Une hémorrhagie très grave ayant eu lieu à la suite d'un premier accouchement et tous les moyens mis en usage échouant il pratiqua la compression. Au bout de trois heures l'hémorrhagie cessa. — M. Piedagnel se crut bien légitimement en droit d'attribuer le résultat à cette manœuvre. — Dix-huit mois plus tard la même femme accouchait; même accident, même thérapeutique. Ses conclusions semblaient donc avoir été parfaitement logiques.

M. Chailly rapporte deux cas dans lesquels les malades paraissaient vouées à une mort certaine malgré les autres moyens, et dans lesquels la compression arrêta immédiatement l'hémorrhagie.

M. Depaul ne connaissant pas une seule observation d'emploi isolé de la compression de l'aorte, nie qu'il soit possible d'apprécier son influence dans la guérison.

— La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Serrier, chirurgien sous-aide, sollicitant le titre de membre de la Société, avec un Traité de la nature des complications et du traitement dés plaies d'armes à feu. (Commissaires : MM. Forget, Depaul et Larrey.)

2° Une demande semblable de M. Mandel, médecin à Venise, avec un travail intitulé : De phthisi pulmonali. (Commissaires : MM. Mandl, Barth et Moyon.)

3° Un mémoire de M. Vésignié, médecin à Abbeville, sur un nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Cherest, Moyon, Blatin.)

— *M. Larrey*, chargé de rendre compte d'un recueil d'observations de médecine et de chirurgie adressé à la Société par M. Morand, médecin à Tours, croit qu'on ne saurait trop encourager les praticiens de province à suivre l'exemple de ce confrère, le mode de publication adopté par lui étant essentiellement utile pour la conservation des matériaux destinés ultérieurement à la formation de grands travaux. Plusieurs des chapitres auxquels l'auteur donne modestement le titre d'observations, mériteraient bien celui de Mémoires. Le rapporteur cite surtout comme véritablement digne d'intérêt, un travail sur l'ophthalmie scrofuleuse; il note également une observation de sphacèle de la jambe consécutif d'une application de vésicatoire qui détermina une inflammation excessivement vive.

Conclusions : Remercîments à l'auteur; dépôt aux archives; Inscription du nom de M. Morand sur la liste des correspondants.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Barth* communique une observation de disposition anatomique anormale qui entraîna de grandes difficultés de diagnostic, et dont la connaissance pourrait aider dans un cas semblable.

Remplaçant M. Martin-Solon dans son service à Beaujon, il trouva un jour un homme affecté de néphrite albumineuse, dans un état tout différent de celui des jours précédents. Sa physionomie était profondément altérée, anxieuse; il réclamait instamment la ponction. L'abdomen, en effet, était prodigieusement distendu. Il était sonore partout, même au-devant du foie. Dans un espace d'un pouce de haut seulement, au niveau de l'attache du diaphragme, le son était un peu obscur. La tympanite existait-elle dans la poitrine ou dans l'intestin? Il était aussi difficile d'admettre chez un homme bien portant les jours précédents une perforation intestinale, qu'il l'était de croire à une tympanite péritonéale sans perforation. En conséquence, M Barth diagnostiqua une tympanite intestinale, sans se rendre compte de la sonorité au-devant du foie.

A l'autopsie, on trouva devant le foie une anse intestinale très grosse (tout le reste de l'intestin étant également distendu). Le ligament supérieur du foie était séparé en deux, de façon que sa partie antérieure occupée par les vaisseaux formait un véritable ligament rond Cette disposition avait permis l'engagement de l'anse intestinale.

On observait chez le même sujet une autre disposition curieuse : le cœcum avait un mésentère de quatre à cinq pouces de long; il était remonté sur le foie, et avait contracté adhérence avec la vésicule.

Il y avait quelques ulcérations dans le cœcum; mais elles n'avaient pas traversé. Cet intestin était d'ailleurs fortement épaissi et induré.

Au moment de l'ouverture, l'anse intestinale ne parut pas étranglée. Il était facile de la remettre en place. M. Barth fait observer qu'il serait possible qu'une fois engagée, elle eût éprouvé un mouvement de torsion qui aurait déterminé l'étranglement, mais il croit que cela ne pourrait être admis qu'avec réserve; car cette portion de l'intestin n'était pas plus rouge que le reste.

M. Forget voit dans cette observation un nouvel exemple d'étranglement interne par une cause que les auteurs n'ont pas indiquée.

M. Barth a fait remarquer que l'anse, engagée dans l'échancrure anormale du ligament suspenseur du foie, n'y était pas très fortement retenue, et qu'il suffisait d'une très légère traction pour l'en retirer; peut-être n'en était-il pas de même pendant la vie. Ne voit-on pas, en effet, des étranglements déterminés par des causes toute vitales, cesser après la mort. Dans les cas de phlegmon sous-aponévrotique, par exemple, qu'on incise, sur le cadavre, l'aponévrose, l'aponévrose qui était, pendant la vie, la cause mécanique de l'étranglement inflammatoire, on se convaincra facilement que le resserrement qu'elle entretenait a disparu en même temps que les parties situées au-dessous d'elle se sont détuméfiées et ont repris ainsi leurs rapports habituels. Dans l'espèce, pour comprendre l'étranglement, il faut se rappeler combien les rapports sont plus intimes, plus directs entre nos organes chez l'homme vivant que sur le cadavre. Ainsi, le volume du foie, plus considérable en raison de l'état d'expansion continuelle que maintiennent les divers liquides qui y sont constamment en circulation, l'intestin offrant de son côté des conditions physiologiques analogues, le diaphragme, alternativement soulevé et déprimé, toutes ces influences, qui ne se trouvent plus sur le cadavre, suffisent pour expliquer comment l'intestin engagé dans l'échancrure offerte par le ligament suspenseur du foie aurait pu y devenir le siége d'étranglements.

M. Barth déclare qu'il n'est pas opposé à ces idées, qu'il les a eues; mais qu'il a cru devoir rester dans la réserve, ne pouvant en donner de demonstration.

Nominations. — M. Blatin est nommé secrétaire annuel en remplacement de M. Faivre, démissionnaire. M. Morand est nommé membre correspondant.

— La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire annuel, J. Cherest.

Rapport de MM. Orfila et Chomel sur la maladie qui s'est montrée les premiers jours de juillet parmi les élèves du collége royal d'Orléans.

Monsieur le ministre,

Nous sommes partis, conformément à vos ordres, hier 14 juillet, pour Orléans. Arrivés à dix heures et demie du soir dans cette ville, nous nous sommes immédiatement transportés au collége, avec MM. Vallet et de Brou, médecins de cet établissement, et nous y sommes restés jusqu'à minuit et demi; nous y sommes retournés le lendemain matin, et nous avons de nouveau consacré plusieurs heures, soit à l'observation des malades, soit à l'examen de l'infirmerie, des dortoirs et des autres bâtiments, dont nous avons étudié avec soin toutes les dispositions sous le rapport sanitaire. M. le proviseur et M. le recteur de l'Académie ont bien voulu nous diriger dans cette inspection et nous accompagner même dans la ville chez les parents qui avaient repris leurs enfants atteints de la maladie. Nous nous empressans de vous rendre compte de la mission que vous nous avez confiée.

La maladie a débuté le 30 juin, et dans l'espace de huit jours, le nombre des malades s'est rapidement élevé à dix; c'est presque un sur vingt, le nombre total des élèves pensionnaires étant de deux cent huit. L'autorité universitaire a pris immédiatement une mesure que la prudence commandait impérieusement; elle a fait connaître qu'une maladie aiguë s'étant montrée dans le collége, elle était disposée à rendre aux parents, qui le désireraient, leurs enfants, malades ou bien portants, jusqu'à ce que cette maladie fût arrivée à son terme. C'était le moyen le plus simple et le plus sûr de prévenir l'extension du mal, qu'il fût simplement épidémique ou qu'il fût contagieux. Cet avis a été donné aux parents le 11 juillet, et aujourd'hui, le 15, le collége d'Orléans n'a plus qu'une vingtaine de pensionnaires que leurs parents ou leurs correspondants n'ont pas réclamés. L'autorité a donc fait ce

(1) *Diversus autem in his petechiis malignitatis gradus observatur*..... Van Swieten, *Comment*.....

qu'il était en son pouvoir de faire pour arrêter le progrès du mal, et nous devons espérer qu'elle l'aura fait avec succès. Elle n'a pas eu connaissance que la maladie se soit déclarée chez aucun des enfants repris par leurs parents, et si nous ajoutons que, dans les cinq jours qui ont précédé notre arrivée, aucun nouveau cas ne s'est déclaré, et que les deux élèves qui ont été conduits à la petite infirmerie n'offrent, comme on l'a vu, que les signes d'une simple indisposition, il nous sera légitimement permis d'espérer que le danger le plus grand est dès à présent conjuré.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés relativement aux causes qui ont pu engendrer la maladie ne nous a conduits à aucun résultat concluant sous le rapport scientifique ; mais elle a cela de satisfaisant, qu'elle nous a convaincus que le développement de la maladie typhoïde qui a atteint plusieurs élèves au collége d'Orléans, ne tient ni au régime alimentaire, qui est sain, comme celui de tous les colléges royaux et communaux, ni à la disposition des lieux, dortoirs, salles d'études, réfectoire, cours, etc., qui est conforme aux principales règles de l'hygiène.

Le nombre des élèves malades à l'infirmerie est aujourd'hui de six ; quatre autres élèves ont été repris par leurs parents ; sur ces quatre, deux sont d'Orléans même, et nous avons cru devoir les visiter dans leur famille, pour vous rendre compte de leur position ; nous n'avons pu voir les deux autres, parce qu'ils avaient été emmenés hors de la ville.

Le nombre total des malades est donc de dix.

Parmi les huit élèves malades que nous avons vus à l'infirmerie du collége ou chez leurs parents, six ont présenté les symptômes évidents de la fièvre typhoïde

Tous ces élèves sont soignés avec un intérêt particulier, un zèle admirable. Les élèves de l'école préparatoire de médecine passent tour à tour la nuit auprès d'eux. Les médecins les visitent plusieurs fois chaque jour. M. le proviseur et M. le recteur leur font des visites répétées, et soutiennent par leur présence le courage des malades et l'activité des employés. Les parents des malades passent une partie du jour auprès d'eux.

Nous n'avons pu qu'approuver en tous points le mode de traitement qui avait été prescrit par les médecins du collége et par plusieurs médecins de la ville qui ont été réunis en consultation quelques jours avant notre arrivée. Nous avons proposé plusieurs médications que la marche de la maladie nous paraissait réclamer, et prescrit, de concert avec les médecins et les chefs de l'établissement, quelques mesures relatives à la disposition de l'infirmerie et à quelques autres détails de service.

Ce premier soin accompli, nous avons dû nous enquérir de la marche de la maladie comme épidémie ; chercher à déterminer si quelques conditions locales pouvaient expliquer son développement, si quelques mesures sanitaires pourraient en arrêter les progrès et en prévenir le retour.

Cette conclusion est confirmée par le témoignage des personnes qui sont aujourd'hui ou ont été précédemment chargées de l'administration de ce collége, par l'examen des registres de l'infirmerie, que nous avons compulsés dans ce but.

Or, il résulte de ces témoignages réunis que, depuis neuf ans, la proportion des élèves malades a constamment été très faible ; que le choléra asiatique qui, en 1832, a ravagé la ville d'Orléans, n'a pas pénétré dans le collége ; qu'un seul cas de maladie typhoïde (dont la terminaison a été heureuse) s'est montré chez un élève qui a paru l'avoir contractée dans sa famille ; qu'aucune maladie épidémique sérieuse, et surtout qu'aucune épidémie de fièvre typhoïde ne s'y est montrée; qu'aucun décès n'a eu lieu depuis trois ans, et qu'en remontant à neuf ans, on trouve seulement deux décès, un par esquinancie, et un par phthisie pulmonaire.

D'après ces considérations, nous sommes conduits à conclure que la maladie qui vient de se montrer au collége d'Orléans, comme beaucoup des épidémies analogues qui se montrent à des intervalles plus ou moins longs partout où un nombre considérable d'individus sont réunis dans un même lieu et soumis à des influences communes, est due à des causes que nous ne pouvons pas saisir, et qu'elle ne peut en aucune manière être attribuée ni à la disposition des lieux, ni au régime, puisque dans ces mêmes conditions, auxquelles rien n'a été changé, l'état sanitaire avait été depuis longues années aussi satisfaisant que possible.

Nous avons l'honneur de vous offrir, monsieur le ministre, l'expression respectueuse de notre profonde considération.

ORFILA, CHOMEL.

Correspondance.

Paris, le 16 juillet.

Monsieur et très honoré confrère,

Les observations de fièvre intermittente et les réflexions fort importantes que vous publiez dans le n° 83 (15 juillet) de votre intéressant journal, comme émanant de la clinique de M. le professeur Rostan, m'engagent à rappeler à l'attention du monde médical les quelques exemples de fièvre intermittente que j'ai eu l'occasion de traiter à Paris. J'ai adressé, le 30 janvier dernier, à l'Académie royale de médecine, un mémoire à ce sujet ; cette Société a nommé une commission composée de MM. les docteurs Renauldin et Martin-Solon.

Mon mémoire ne renferme que cinq faits ; un sixième ne s'est pas offert à mon observation.

Il y a deux exemples qui étaient accompagnés de symptômes cérébraux fort intenses ; la fièvre a cédé immédiatement à l'application d'une ventouse scarifiée à la nuque. Les trois autres exemples offraient des symptômes qui dénonçaient un trouble de la respiration et de la circulation ; une ventouse unique placée au dos, et légèrement scarifiée, a mis fin à la fièvre. Dans aucun de ces cas, il n'y avait de symptômes appartenant soit à la rate, soit aux divers organes de l'appareil digestif.

Chez les deux premiers malades, la fièvre intermittente paraissait avoir son *siége au cerveau*, et dépendait d'*une pléthore sanguine ;* quant aux trois autres, la fièvre était très probablement liée à une pléthore pulmo-cardiaque. Il est facile de reconnaître que l'agent thérapeutique offre ici un moyen assez certain d'établir le diagnostic.

Je puis citer des exemples qui semblent venir à l'appui de ces observations, non sous le rapport fébrile, mais sous celui de la périodicité. On sait que c'est un caractère de l'épilepsie, que les symptômes si nombreux qui composent ses principaux traits reviennent à des jours et même à des heures fixes.

Or, des faits assez nombreux me démontrent, journellement, que la ventouse scarifiée, soit à la nuque, soit à la suture lambdoïde, fait cesser l'accès épileptique immédiatement. Chez plusieurs malades j'ai arrêté l'*aura epileptica* située au bras, en appliquant instantanément la flamme d'une allumette de papier sur les différents points du bras. L'un d'eux, au lieu d'éprouver ce symptôme au bras, comme auparavant, perçoit un grand trouble dans le cœur et des battements de cet organe, qui sont assez promptement suivis de l'accès épileptique. Lorsqu'on peut opposer à ces symptômes une ventouse légèrement scarifiée *au dos* sous l'*omoplate gauche*, ils se dissipent sur-le-champ, et l'accès est retardé ; c'est ainsi que je parviens à éloigner pendant deux ou trois mois, des atteintes qui avaient lieu toutes les semaines. Il semble même qu'on pourrait la faire disparaître entièrement, s'il y avait possibilité d'employer la médication toutes les fois que les symptômes sont instants.

Connaissant votre zèle pour la science, Monsieur et très honoré confrère, j'ai pris la liberté de vous faire cette communication, pour vous mettre à même de juger, dans votre sagesse, si les faits et les réflexions qui les suivent méritent d'être livrés au contrôle de l'expérience.

Agréez, etc. GONDRET, D.-M.-P.

NOUVELLES.

L'Académie de médecine a accordé avec gracieuseté et sans aucune opposition la demande que lui avait adressée la Commission d'organisation du congrès médical. La salle des séances a été mise à sa disposition pour le samedi 2 août prochain.

C'est donc ce jour-là, à trois heures très précises, que les délégués des diverses Sociétés de médecine et de pharmacie se réuniront dans la salle des séances de l'Académie, rue de Poitiers, n° 8, pour entendre la lecture et prendre part à la discussion du rapport et du programme relatifs à l'organisation du congrès.

La Commission nous prie d'annoncer que des lettres de convocation seront adressées à MM. les délégués. Si quelque erreur ou quelque omission involontaire était commise à cet égard, la Commission invite MM. les délégués à regarder le présent avis comme suffisant.

— Le concours pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générale s'est ouvert le 3 juillet, à Strasbourg. MM. Stœber Hirtz et Christophe se sont seuls présentés. Les concurrents ont eu pour sujet de la question écrite : *Des convulsions.* Les deux leçons de M. Stœber ont roulé sur les affections des membranes muqueuses et sur le cancer ; M. Hirtz a eu à traiter de la pathologie du sang et des maladies de poitrine ; M. Christophe, des maladies de poitrine et de la tuberculisation. Les sujets de thèse ont été donnés ; les trois soutenances auront lieu : celle de M. Hirtz, le mardi 29 juillet ; celle de M. Christophe, le samedi 2 août ; celle de M. Stœber, le mercredi 6 août.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 88. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imhert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Les ateliers étant fermés lundi prochain, à l'occasion des fêtes de Juillet, le Journal ne paraîtra pas mardi.

Sommaire.

PARIS, 18 JUILLET 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la salivation, nous ne connaissons guère et l'on ne nous apprend guère à connaître que la salivation mercurielle. Ouvrez le *Dictionnaire de médecine* à l'article *Salivation*, et vous trouverez ces mots : « Il ne sera question dans cet article que de la salivation mercurielle ; *voyez* pour les autres cas, l'article *Salive.* » Cherchez à l'article Salive, et vous verrez quelques lignes bien rapides sur la salivation *que l'on observe dans certaines maladies ;* rien de plus.

Ces lacunes, car cette remarque relativement à la salivation pourrait être faite au sujet d'autres affections, ces lacunes, disons-nous, lorsque réellement, sous tant d'autres rapports la science se complète, tiennent à notre négligence pour les grands classiques. Pleins de confiance dans l'observation pure, expérimentalistes avant tout et presque exclusivement, les médecins oublient volontiers qu'il y a eu d'admirables observateurs, auxquels, malgré nos richesses, nous avons beaucoup à emprunter. C'était là, il faut l'avouer, des esprits d'autant plus méritant, que les moyens d'observation étaient plus inférieurs à ceux dont nous jouissons.

Jean-Pierre Franck, dont on a fait il y a deux ans une édition parfaite, Franck, le classique à la fois pratique, érudit et élégant, nous a laissé sur le ptyalisme un article que la littérature médicale moderne nous a fait oublier sans compensation.

Il commence par admettre deux espèces de ptyalisme ; le ptyalisme *spontané* et le ptyalisme *artificiel.* Le premier, dit-il, peut être primitif, on l'appelle alors *idiopathique*, ou symptomatique d'une autre maladie, et on l'appelle *secondaire* ou *consensuel* (on pourrait tout aussi bien l'appeler *symptomatique* ; mais ne chicanons pas sur les mots, quoiqu'ils aient leur importance). Franck admet un ptyalisme *périodique*, qui revient à certaines époques fixes, un ptyalisme *épidémique*, un ptyalisme *critique*, dont il a observé grand nombre de cas, tant dans les fièvres que dans les autres maladies ; enfin un ptyalisme *traumatique*, par suite de lésions des conduits salivaires. Voilà, certes, une vue complète de la question, et nulle part, dans les livres contemporains, on n'en trouverait une pareille. Ajoutons toutefois à cette classification le ptyalisme *sympathique*, celui de la grossesse, par exemple.

Ces réflexions nous viennent à l'occasion d'un fait singulier de ptyalisme observé dans le service de M. Rayer.

Un jeune homme avait une blennorrhagie depuis plus de trois ans, lorsque, à la suite d'un excès de boisson, l'urétrite devint suraiguë. Il entra à l'hôpital du Midi, où il prit cent-dix pilules mercurielles. Il n'eut pas de salivation ; seulement, à la vingtième pilule, il sentit des douleurs de ventre. Une année s'est écoulée, pendant laquelle il n'a éprouvé aucun nouvel accident syphilitique. Il y a trois semaines environ, il a commencé à saliver, et la salivation est devenue de plus en plus abondante, au point qu'il rendait, par jour, de quatre à cinq litres, et peut-être plus, de salive. Il se tenait la tête incessamment penchée sur un bassin, et la salive coulait de sa bouche sans discontinuer.

Il importe de savoir, c'est même à notre avis un point essentiel, qu'avant la salivation, des boutons, qui furent cautérisés par un pharmacien, s'étaient développés sur les gencives, lesquelles devinrent fongueuses, comme scorbutiques.

Le liquide excrété avait une odeur difficile à définir, nauséabonde. Il a été examiné au microscope et à l'aide des réactifs. Il était alcalin, mais faiblement, moins que la salive normale, à raison sans doute de la dilution de l'alcali par une plus grande quantité d'eau. On y distinguait à peine quelques globules muqueux. Donc, c'était de la salive très peu mélangée de mucus. D'ailleurs, si celui-ci avait prédominé, la réaction aurait éte acide au lieu d'être alcaline. Les glandes salivaires n'étaient pas tuméfiées. On n'obtint aucun indice de la compression des régions sous-maxillaires et parotidiennes.

M. Rayer fit toucher les gencives avec le nitrate d'argent ; il prescrivit des purgatifs ; un vésicatoire fut appliqué à la nuque ; des sangsues furent mises sous le corps de la mâchoire, de chaque côté ; le malade fit usage d'un gargarisme de ratanhia. Rien ne put arrêter l'écoulement salivaire. Enfin M. Rayer ordonna un bain de corps ; dès ce premier bain, l'écoulement diminua assez sensiblement ; après le second, il diminua extrêmement ; et après le troisième, il cessa.

Toutefois, le malade salive encore un peu la nuit, de manière à tacher son oreiller. Mais les gencives étant encore engorgées, ulcérées sur les bords, cet écoulement nocturne n'a plus rien de particulier ; c'est un phénomène qui se présente chez toutes les personnes affectées de stomatite.

L'amaigrissement, par suite des pertes abondantes qu'éprouvait le malade, avait été rapide et considérable. Sous l'influence d'un régime convenable, le sujet reprend aussi promptement qu'il avait maigri.

Les bains sont conseillés, en vue de rétablir les fonctions de la peau dans la salivation mercurielle. Leur efficacité dans le cas présent est vraiment surprenante. Le malade n'a pas remarqué que durant cette prodigieuse salivation ses urines aient été moins abondantes. Seulement, il déclare qu'elles étaient plus foncées.

Il n'a su que répondre quand nous l'avons interrogé sur l'état de la transpiration pendant qu'il salivait.

Maintenant, que penser de ce ptyalisme, au point de vue de l'étiologie? On parle de salivations mercurielles plusieurs mois après l'administration du mercure. Etait-ce donc une salivation mercurielle? Mais ici ce n'est pas deux ou trois mois, c'est une année entière après le traitement par les pilules mercurielles que le ptyalisme a eu lieu.

Il y a, Franck le dit, des salivations idiopathiques, des flux salivaires spontanés et indépendants d'un état morbide. A la rigueur on pourrait avoir eu affaire à une salivation de ce genre ; mais elles sont extrêmement rares, d'après J.-P. Franck, et encore s'est-on mis bien en garde contre l'erreur dans les cas que l'on en possède?

Nous répugnons donc à admettre, dans ce cas, une salivation idiopathique, quand il y avait après tout, à la vérité depuis longtemps, une cause évidente de salivation dans l'économie. Cette longue incubation n'a rien de plus surprenant que celle du virus syphilitique lorsqu'il se manifeste tout-à-coup après de longues années de neutralisation par le mercure.

Dans les cas semblables à celui que nous venons d'esquisser, on ferait bien de rechercher si les liquides excrétés, et particulièrement la salive, ne contiennent pas de mercure. Nous disons les liquides sécrétés, attendu qu'on pourrait trouver des molécules hydrargyriques dans l'urine et dans la salive, comme dans le diabète sucré, autre genre d'élimination, on a trouvé du sucre dans la salive aussi bien que dans l'urine.

En résumé, nous sommes porté à penser que le malade de M. Rayer a été atteint d'une salivation mercurielle. Remarquons bien que l'affection a débuté par les gencives. La gingivite a précédé le ptyalisme, et subsiste. Notons aussi, expressément, que le sujet n'a été soumis à aucune influence qui puisse expliquer la salivation par une autre cause que celle à laquelle nous nous voyons forcé de nous arrêter. Il est commis dans une maison de nouveautés, et plus intelligent que le commun des malades de nos hôpitaux. Nous l'avons interrogé avec le plus grand soin sur l'état de sa santé et sur les circonstances dans lesquelles il a vécu depuis le traitement mercuriel qu'il a subi, et il nous a été impossible d'arriver à la connaissance d'une cause quelconque autre que ce traitement.

— Un autre malade de M. Rayer est entré à l'hôpital se

FEUILLETON.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES.

Éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat.

A l'une des dernières séances de l'Académie des sciences morales et politiques, j'ai entendu avec un vif plaisir un mémoire de M. Dufau sur l'éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat. Persuadé que ce travail intéressera tous ceux qui le liront, je vais essayer d'en donner une courte analyse.

La jeune fille qui fait le sujet du mémoire est née en Amérique. Elle montra jusqu'à deux ans des signes d'intelligence ; mais à cette époque, par suite d'une inflammation aiguë, elle perdit la vue et l'ouïe. Deux ans après, on reconnut que le sens de l'odorat était également perdu, et que, par une conséquence naturelle, son goût était fort émoussé. Aussitôt que l'enfant put marcher, on la vit commencer à explorer minutieusement les localités et les corps environnants ; elle suivait sa mère, comme poussée par une sorte de sens intime. Par suite d'un penchant à l'imitation, elle fut portée à répéter ponctuellement elle-même chaque chose. Alors aussi, ses facultés affectives se manifestèrent avec une puissance toujours croissante. Les moyens de communiquer avec elle étaient très limités ; ainsi, un petit coup à la tête signifiait l'approbation, et sur le dos la désapprobation. Elle commençait manifestement à faire usage d'un langage naturel qui lui était propre ; elle avait un signe particulier pour exprimer l'idée qu'elle s'était faite de chacun des membres de sa famille. Quand elle eut atteint l'âge de sept ans, les inconvénients de sa déplorable situation se firent fortement sentir. On reconnut qu'il n'y avait rien que la volonté absolue d'autrui qui pût contre-balancer en elle les prédispositions fâcheuses dont le germe apparaissait. Déjà, en effet, elle commençait à dédaigner toute contrainte.

Ce fut alors que le docteur Howe, directeur de l'Institution des aveugles de Boston, entendit parler de la jeune Laura Brigman, et qu'il détermina les parents à la lui confier pour essayer sur elle un système d'éducation dont il avait conçu et élaboré le plan.

Pour la mettre à même d'entrer en communication avec ses semblables, M. Howe résolut de lui enseigner par une série d'opérations graduées, notre propre langue, dont les signes peuvent être ingénieusement combinés pour l'ouïe, pour la vue et pour le toucher. Les premières expériences consistent à prendre certains objets d'un usage commun, tels qu'une fourchette, une cuiller (1), et à coller sur chacun de ces objets un petit écriteau portant son nom en caractères saillants. Elle palpa les noms avec beaucoup de soin, et apprit bientôt à distinguer les uns des autres ces assemblages de petites lignes diverses, comme elle distinguait les objets eux-mêmes. Alors d'autres écriteaux portant les mêmes noms, mais détachés des objets, lui furent présentés ; après les avoir bien palpés, elle reconnut parfaitement qu'ils étaient semblables à ceux que portaient les objets, et prouva que cela était sensible pour elle en posant chacun des écriteaux ainsi séparés sur l'objet auquel il se rapportait. Jusque-là, il n'y avait de sa part qu'un acte d'imitation et de mémoire, et les autres facultés de l'intelligence n'entraient pas en jeu. Un certain intervalle s'étant écoulé, les écriteaux furent remplacés par de petits cartons portant chacune une lettre, et pouvant se rapprocher de manière à former un nom bien connu d'elle ; ils se trouvaient ainsi disposés comme pour l'épellation. Quand on fut sûr qu'elle connaissait le mot, on mêla la lettre, et la maîtresse qui lui faisait faire ces exercices, plaçant ses mains sous les siennes, recomposa le mot avec les éléments constitutifs, et finalement lui fit exécuter à elle-même cette opération, qui fut décisive. En effet, elle eut comme une sorte de révélation confuse de l'usage qu'elle allait faire de ce procédé pour représenter l'idée qu'elle avait de chaque chose dans l'esprit. En cet instant, dit le docteur Howe, elle cessa d'être un animal bien instruit ; toute sa contenance devint véritablement humaine, et l'expression de ses traits s'illumina de l'esprit immortel qui s'éveillait en elle, et lui indiquait un nouveau moyen d'union avec les autres intelligences.

Quand la jeune Laura fut suffisamment habile à cet exercice, on lui donna une série de caractères en métal, dont l'extrémité supérieure portait en saillie chaque lettre de l'alphabet, et qui étaient disposés de manière à pouvoir se ranger dans une planche percée de trous carrés. Alors, un objet connu lui étant présenté, elle en composait elle-même le nom sur la planche, ou bien on le composait pour elle. Pour rendre plus prompte ces acquisitions nouvelles, on lui enseigna à représenter, par la position des doigts, les différentes lettres, et à remplacer ainsi l'opération longue et fastidieuse de la planche. La connaissance du langage des sourds-muets avait visiblement amélioré sa position ; il lui servait à communiquer avec ses jeunes compagnes. Du reste, dans le cours de cette instruction, elle montrait l'insouciance et la gaieté de l'enfance, et souvent même elle se faisait remarquer par les plus bruyants éclats. Seule, elle paraissait satisfaite si elle avait en main quelque travail. Lorsqu'elle était sans occupation, elle s'amusait visiblement à des dialogues imaginaires, ou bien épelait avec ses doigts des noms d'objets récemment appris. Il y avait dix-huit mois que Laura s'était séparée de sa mère ; celle-ci éprouva un ardent désir de la revoir. L'entrevue n'eut d'abord aucun résultat ; Laura même la repoussa. L'angoisse de la mère était alors pénible à voir. Un objet que l'enfant explora, parut exciter en elle un mouvement de surprise et d'intérêt. En ce moment de triste suspension, une idée vague semble traverser son esprit ; elle tâte de nouveau les mains de sa mère avec une sorte d'ardeur ; sa physionomie porte les traces d'une forte préoccupation. Alors sa mère, l'attirant à elle, la presse contre son cœur, et l'embrasse avec tendresse. Enfin la vérité lui apparut, plus d'incertitude. Elle a reconnu celle qui lui a donné le jour, et reste dans ses bras, sur son sein, en la comblant à son tour des plus vives caresses.

Il y avait vingt-huit mois que son instruction était commencée ; jusque-là on s'était borné à lui apprendre les objets ; on lui enseigna alors à désigner, par des termes particuliers, les qualités qu'elle pouvait y apercevoir. Pour lui faire connaître les termes exprimant l'idée du rapport, il fallut une série de procédés patients, qui réussirent très bien. Par exemple, un anneau fut placé dans une boîte ; les mots ayant été épelés, elle les répéta. Alors l'anneau fut placé sur un chapeau ; elle se trompa d'abord, puis resta un moment pensive et rectifia sa réponse. La même expérience fut répétée jusqu'à ce qu'elle reproduisît avec exactitude les noms des objets mis en relation avec l'anneau par la particule *sur.* Alors l'anneau fut placé *dans* la boîte. Cela l'embarrassa beaucoup pendant quelques instants, mais enfin elle parvint à en avoir une notion distincte. Elle acquit avec assez de facilité l'usage des verbes actifs, surtout de ceux qui expriment une action appréciable par le toucher, tels que *marcher*, *courir*, *secouer*, etc. Dans le principe, toutefois, elle ne put faire aucune distinction de temps ou de mode. Elle construisait toujours, non selon l'ordre logique, mais selon l'ordre naturel des idées. Ainsi elle disait : *pain donner Laura*, *eau boire Laura.*

Après qu'on lui eut successivement donné une connaissance suffisante des diverses parties du discours, on pensa qu'il était temps de lui apprendre à écrire. Elle apporta à cet exercice comme à tous les autres, une docilité et une persévérance remarquables, passant et repassant le stylet dans la planche où se trouvaient gravées les lettres, jusqu'à ce qu'elle eût appris à les former. A force de zèle, elle parvint à écrire une lettre lisible à sa mère, dans laquelle elle faisait entendre qu'elle se portait bien, et comptait aller la voir dans quelque temps. C'était, à la vérité, un langage rude et imparfait, mais qui n'en exprimait pas moins avec énergie ce qui se passait dans son esprit. On aborda alors l'arithmétique jusqu'à la soustraction. Elle apprit à compter jusqu'à cent. Si elle voulait faire entendre qu'une personne serait fort longtemps absente, elle disait : elle viendra après

(1) En anglais ces mots s'expriment par des monosyllables.

croyant atteint de pertes séminales. Il a fait toute une théorie. D'abord ses pertes ont été *internes*. Il se réveillait subitement, dit-il, comme un homme qui a eu une éjaculation ; il éprouvait un ébranlement, une agitation de tout son être ; mais son linge n'était pas mouillé. Il y a deux mois, il sentit de la gêne en s'asseyant ; une tumeur existait au périnée, en arrière des bourses. Peu de temps après, il eut un écoulement d'une matière jaunâtre par l'urètre. Cet écoulement avait lieu par intervalles. Alors il se persuada que d'*internes* les pertes étaient devenues *externes*. Il est bon de dire qu'il avait lu une brochure de M. Lallemand sur les pertes séminales.

M. Rayer a examiné la matière de l'écoulement (le malade a une cinquantaine d'années), et il a constaté qu'elle ne renferme pas de zoospermes, et qu'elle est essentiellement formée de globules purulents. En d'autres termes, c'est du pus, seulement un peu liquide.

Les urines sont claires ; il ne peut donc être question d'un catarrhe vésical. Nous avons vu que le malade avait éprouvé de la gêne en s'asseyant, et qu'il avait senti une tumeur dans le périnée ; c'est cette dernière qui a fixé l'attention de M. Rayer. Il a constaté que l'écoulement a lieu surtout ou est augmenté quand on presse sur cette tumeur, dont il ne reste plus qu'une faible partie, un noyau induré, assez difficile à distinguer. Dès lors voici le diagnostic auquel il s'est arrêté : Un phlegmon se serait développé sur le trajet de l'urètre, derrière le scrotum, et se serait ouvert dans ce conduit ; il y aurait maintenant une *fistule urétrale borgne interne*.

Mais comment un phlegmon a-t-il pu se former ainsi sans rétrécir l'urètre, au moins passagèrement ? Et puis, pourquoi ce phlegmon quand l'urètre était libre et n'était pas enflammé, quand rien, en un mot, ne pouvait appeler là l'inflammation ? M. Rayer s'est posé ces objections. Mais, si justes qu'elles paraissent, le fait semble les annuler.

Au premier abord, nous avions pensé à cette fonte tuberculeuse de la prostate sur laquelle a insisté M. Velpeau ; mais l'exploration par l'anus nous a dissuadé.

Voilà donc un cas de fistule borgne interne de l'urètre, affection qui n'a pas encore été étudiée convenablement, et que les pathologistes n'ont guère fait qu'indiquer sous le titre de fistule urétrale incomplète.

— Il a été question dernièrement, à la Société de chirurgie, du procédé de M. Malgaigne pour la destruction des ganglions engorgés et indurés, procédé que nous avons employé nous-même dans plusieurs cas que nous ferons connaître plus tard.

En 1836, le chirurgien distingué que vous venons de citer s'était borné à l'écrasement des glandes dans le bubon syphilitique induré et rebelle. Il se servait de la main ou d'un cachet. Depuis, il a pensé à diviser, ou plutôt à hacher les glandes sous la peau à l'aide d'un bistouri, en même temps qu'il les écrase avec les doigts ; et de plus, il a étendu ce procédé à toutes les adénites chroniques depuis longtemps stationnaires, et faisant relief à la surface du corps. Le débris glandulaire est exprimé ensuite à travers la plaie, et l'on peut ainsi débarrasser le malade en une séance.

Lorsque nous avons fait la même opération au Val-de-Grâce, nous ignorions que depuis longtemps elle avait été pratiquée par M. Malgaigne, dont nous ne connaissions que l'écrasement appliqué au bubon.

M. Baudens, sans rejeter le procédé que nous venons de décrire, a recours de préférence à l'extirpatiou des glandes engorgées, et nous croyons utile de faire connaître sa pratique.

Il commence par *mobiliser* la glande autant que possible. Il s'y prend plusieurs jours à l'avance. En s'efforçant ainsi de rendre la glande mobile sur les tissus sous-jacents, il facilite l'opération et en diminue le danger. En outre, quand la localité le permet, il cherche à donner à la glande pour le moment de l'opération un point d'appui solide. S'agit-il, par exemple, d'un ganglion sous-maxillaire, il s'essaie à le transporter sur la face antérieure du corps de la mâchoire.

L'hémorrhagie peut venir de deux sources : 1° des artères de la région ; 2° des vaisseaux qui nourrissent la glande, et qui traversent nécessairement la poche fibreuse dont elle s'est entourée en refoulant et en condensant le tissu cellulaire ambiant. On évite les artères de la région en s'aidant des notions indispensables d'anatomie topographique ; et si l'on n'a pu les ménager, on en fait la ligature. Mais il n'est pas possible d'éviter les vaisseaux nourriciers de la glande. Or, si on les divise, dit M. Baudens, ils se rétractent derrière la poche fibreuse, et on ne peut les saisir ; d'ailleurs ils sont peu volumineux, et la ligature en serait difficile sinon impossible. De là des hémorrhagies en nappe qui peuvent être inquiétantes et qui, dans tous les cas, compromettent le succès de la réunion.

Pour éviter cet inconvénient, voici comment le chirurgien en chef du Val-de-Grâce procède. Après l'incision qui a mis la glande à nu, celle-ci étant en très grande partie énucléée à l'aide de la dissection et de tractions exercées au moyen d'érignes implantées dans son épaisseur, l'opérateur s'empare des érignes et tord la membrane d'enveloppe jusqu'à ce que la glande se détache. De cette manière, les vaisseaux qui nourrissaient le ganglion ou les ganglions hypertrophiés et indurés, sont *torsionnés*, et il n'y a pas de perte de sang.

Le pansement employé par M. Baudens mérite aussi d'être connu. Un point de suture réunit les bords de l'incision au centre, et une éponge imbibée d'eau comble extérieurement le vide laissé par la glande. Des compresses et une bande sont appliquées.

M. Baudens a opéré un soldat il y a deux jours, d'après ce principe, et hier déjà la réunion était en très bonne voie.

— Nous avons reséqué une portion de côte sur un de nos malades au Val-de-Grâce. L'os a été scié de dehors en dedans ; il avait été préalablement fixé au moyen du tire-fond conseillé pour toutes les résections par M. Vidal (de Cassis). Cet instrument nous a été d'un très grand secours. L'opéré est dans de bonnes conditions. Nous ne faisons ici qu'indiquer cette observation qui méritera, quand le temps sera venu, d'être publiée avec tous ses détails.

— M. Blandin a montré à ses élèves une plaie résultant du détachement d'une eschare à la suite d'une brûlure. Cette plaie offrait des lignes blanches formant des aréoles polygonales du centre desquelles s'élevaient des bourgeons charnus. Ces aréoles étaient celles du derme. Il est impossible de trouver une justification plus évidente du troisième degré de la brûlure d'après la classification de Dupuytren.

— Un mot maintenant sur la lettre de M. le docteur Marchesseaux. Il se peut effectivement que nous n'ayons pas rendu à cet estimable confrère toute la justice qui lui était due. A peine nous le fait-il sentir ; mais c'est une raison de plus pour nous de le reconnaître. Il est positif que M. Marchesseaux a publié la première observation complète de paralysie idiopathique du grand dentelé. Ce n'est qu'à partir de cette observation, équivalente à une description classique, que l'affection dont il s'agit a pris rang dans la science. C'est pour en avoir été trop convaincu, comme d'une chose notoire, que nous avons omis d'y insister.

M. Marchesseaux croit à la nécessité d'établir différentes espèces de paralysie du grand dentelé. Il y aurait une variété *idiopathique*, une variété *traumatique* (observation de M. Velpeau), etc. Nous partageons entièrement son opinion, et quiconque écrira l'histoire complète de cette paralysie, devra s'y conformer.

Notre confrère approuve la division de M. Desnos, et nous sommes de son avis ; pour la variété idiopathique, nous pensons aussi, avec lui, que cette variété est de nature rhumatismale. Il nous serait impossible de nous arrêter plus longtemps sur un sujet auquel nous avons déjà consacré deux articles.

X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus.

(Suite du numéro du 19 juillet.)

Il nous reste à compléter l'examen des inflexions de l'utérus, et à examiner la valeur de chacun des moyens d'exploration dont nous avons parlé. Ce que nous avons dit déjà des formes variées que peuvent revêtir les inflexions utérines servira à éclairer la question de savoir comment on doit s'y prendre pour les reconnaître.

Cependant il nous semble utile d'insister principalement sur un point important ; car sans la précaution que nous allons indiquer, on s'exposerait à méconnaître fréquemment l'inflexion de la matrice.

Si, pour établir le diagnostic de la déviation, on se contentait du toucher ou du spéculum, il arriverait le plus souvent que la maladie passerait inaperçue. Le doigt peut bien, en effet, constater la direction, la forme, le volume, la densité du col ; le spéculum rend possible le diagnostic de certains changements survenus dans la coloration ; l'un et l'autre de ces moyens apprennent de quelles altérations le col utérin est le siége ; mais ni l'un, ni l'autre, ne sauraient apprendre s'il existe ou non une déviation, une inflexion de l'organe. Pour apprécier ce genre de changement, il faut de toute nécessité toucher la matrice par deux points opposés à la fois ; alors il est possible de se rendre compte du genre de déviation qu'elle présente. Il faut conclure de ceci, que l'exploration par l'hypogastre est aussi utile que le toucher lui-même. Nous avons longuement exposé comment cette exploration doit être pratiquée ; nous n'y reviendrons pas ; nous ajouterons seulement qu'il ne nous est pas permis d'abandonner ce sujet sans relever une erreur qui a depuis longtemps cours dans la science, et qu'il est pourtant très aisé de constater.

Généralement, les praticiens croient que la matrice ne peut être sentie par l'hypogastre qu'à condition d'être remplie par le produit ; que ce n'est guère qu'au troisième mois environ qu'elle devient accessible, de façon qu'ils ne s'imaginent pas qu'on puisse constater l'inflexion de ce viscère chez les femmes ou il est en état de vacuité. Nous le répétons, c'est là une erreur ; la matrice est accessible par l'hypogastre chez toutes les femmes qui ne sont point enceintes, excepté chez celles dont l'embonpoint est considérable, ou bien encore chez celles dont les parois abdominales sont extrêmement dures et résistantes. Cela va même plus loin ; chez la plupart des femmes qui n'ont pas fait d'enfant, les parois abdominales sont fermes ordinairement ; il en est pourtant bon nombre dont l'utérus est accessible à la main, par l'hypogastre.

Mais pour rendre l'examen facile par ce moyen, il est essentiel que le chirurgien remplisse certaines conditions indispensables. La main doit être d'abord placée entière au-dessus des arcades crurales, puis elle doit déprimer lentement, peu à peu, mais avec force les téguments ; cette pression

---

cent dimanches. Du reste, elle mesurait le temps avec assez de précision. Placée à un piano, elle frappait correctement les notes d'une phrase musicale où des croches formaient tantôt le second tantôt le troisième temps de la mesure, fait important auquel donneront une grande attention les personnes qui pensent que le sentiment du rhythme est une faculté fondamentale et innée chez l'homme.

Le sens du toucher a reçu chez cette enfant des perfectionnements continus et bien remarquables. Elle parut percevoir les différentes ondulations de l'air et la vibration produite dans un appartement par la simple marche d'une personne. Le plus léger attouchement lui suffit parfois pour apprécier le mode d'existence d'une chose, et l'on peut affirmer qu'il y a plus de cinquante personnes qui, rangées autour d'elle, en seraient immédiatement reconnues, en lui tendant seulement la main. Elle a reconnu, après un assez long espace de temps, des personnes qu'elle n'avait ainsi touchées qu'une seule fois.

Elle se sert du langage des sourds-muets avec une extrême dextérité ; elle n'est pas moins habile à saisir la pensée des autres en suivant les mouvements de leurs propres mains. C'est ainsi qu'on la voit causer longtemps avec sa compagne aveugle, et rien assurément n'atteste mieux la puissance de l'esprit sur la matière, que de tels entretiens, où l'un des interlocuteurs est plongé dans les ténèbres, et l'autre ne peut ouïr le moindre son. Grâce à l'usage de plus en plus facile du langage alphabétique, elle a pu arriver au discernement complet des diverses parties du discours. Son journal indique la marche de son instruction. On y lit d'abord des phrases telles que celles-ci : *Laura a été voir mère, cheval marche vite*. Puis, quelques mois plus tard : *Qu'est-ce que la voix ?* L'explication donnée par M. Howe, elle a écrit : *Je ne fais pas de voix*. Pouvez-vous parler avec la bouche ? *Non*. Pourquoi ? *Parce que je suis sourde-muette*. Pouvez-vous voir ? *Non*. Pourquoi ? *Parce que je suis aveugle ; je ne parlais pas avec mes doigts lorsque je suis venue avec ma mère*. On voit ici la distinction nette de l'article et du pronom, et même des diverses sortes de pronoms. On eut plus de peine à lui faire saisir le degré de signification dans les adjectifs, parce qu'elle les considérait comme des propriétés inhérentes aux substances et faisant corps avec elles.

Comme on le voit, ses diverses acquisitions, quant au langage, ont suivi une marche tout à fait conforme à celle qu'on eût pu déduire *à priori* des considérations philosophiques, à celle qu'on a présumé devoir être suivie par une tribu sauvage pour former graduellement l'idiome dont elle se sert. L'habile instituteur a pu successivement aborder les idées morales et triompher également des obstacles qu'il devait rencontrer à cet égard. Animée du désir de savoir, elle disait parfois : *L'homme a fait les maisons, les vaisseaux ; mais qui a fait la terre et la mer ?* Après avoir étudié quelque temps la réponse, on en vint à la notion du créateur et souverain maître de toutes choses, qui s'empara fortement de son esprit, de même que celle du dogme consolant d'une vie future.

Laura est, du reste, dans toutes ses habitudes extérieures, d'une exactitude remarquable, possédant à un haut degré le sentiment des convenances. Jamais ses vêtements ne sont en désordre. Si on lui fait remarquer une trace de malpropreté ou de déchirure, elle semble agitée d'un mouvement de honte et s'empresse d'y remédier. Un fait frappant, c'est la différence de ses manières avec un étranger, suivant qu'il appartient à l'un ou à l'autre sexe. Se trouve-t-elle avec quelque dame du dehors, elle passe promptement à la familiarité, examinant avec liberté ses vêtements, ou recevant volontiers ses caresses. Mais sa conduite est bien différente lorsqu'il s'agit d'une personne du sexe masculin. Elle reste alors froide et contrainte, et repousse même ces libertés innocentes qu'on se permet avec une très jeune fille. Ce fait sera diversement expliqué, suivant la théorie que chacun s'est formée sur l'origine des sentiments de la pudeur. On peut cependant dire que l'observation que présente cet enfant de la nature, dont rien n'a altéré les propensions natives, vient singulièrement à l'encontre de ceux qui ne voient là qu'une convention.

Laura semble aussi porter à un très haut degré le sentiment d'équité naturelle ; elle respecte les droits des autres, et tient beaucoup à ce qu'on respecte les siens. Il y a peu d'exemples qu'elle ait cherché à s'emparer de quelque chose qui ne lui appartenait pas, bien qu'elle semble très sensible au plaisir de posséder. Dans deux circonstances seulement, elle a été prise en faute de mensonge. On a grand soin d'éviter, il est vrai, quand on la trouve répréhensible, de la porter, par la crainte d'un châtiment sévère, à la duplicité pour l'éviter. Le repentir qu'elle éprouve à la suite d'un reproche mérité va souvent jusqu'aux larmes ; loin de dissimuler sa faute, elle la communique au contraire sur-le-champ à ses jeunes compagnes. On l'a souvent vue partager quelque chose qui lui avait été donné avec l'une d'entre elles, malade ou affligée, bien que ce ne fût pas de celles qu'elle aimait particulièrement. Elle éprouve du plaisir à soigner celles qui souffrent, et y apporte l'attention la plus complaisante ; mais on a pu remarquer qu'elle serait promptement jalouse des caresses qui seraient accordées, même à celles qu'elle aime le mieux, si elle n'y était pas comprise pour une part au moins égale.

Tel est, dit M. Dufau, l'être physique, moral et intellectuel de la jeune Laura Brigman. Quel admirable spectacle, et aussi quel immense argument en faveur de l'existence du principe immatériel ! Voilà, en effet, un être chez lequel l'entendement s'est développé absolument d'après le même mode que chez les individus pourvus de tous leurs sens, et qui possède complets tous les éléments de la raison humaine ; bien qu'il soit privé de *trois ordres entiers de sensations*. Or, comment cela se pourrait-il si l'intelligence n'était qu'un simple produit des acquisitions des sens ? Comment l'instrument serait-il devenu identique, quand les agents qui servent à le former sont si divers ? N'est-on pas invinciblement amené, en méditant un fait pareil, à établir une distinction profonde entre le principe pensant et la substance sur laquelle il s'exerce et qui lui est fournie par les sens, à reconnaître cette grande dualité de l'être humain, l'âme et le corps, avouée par la conscience du siècle, et vainement combattue çà et là par le scepticisme au profit de la dépravation publique !

Ce travail, lu en présence des savants si recommandables de l'Académie des sciences morales et politiques, a été écouté avec une attention soutenue, et a valu à M. Dufau les éloges de la docte assemblée.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

NOUVELLES.

M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Ph. Boyer. M. Nélaton, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, a été nommé à Saint-Antoine, en remplacement de M. Malgaigne.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 21 juillet courant, un concours sera ouvert, le 1er décembre 1845, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'anatomie, vacante dans cette faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 1er novembre 1845, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Dans le dernier compte-rendu de la Société médicale d'émulation, après ces mots : *M. Forget voit dans cette observation un nouvel exemple d'étranglement interne*, *mettez* : il ajoute que si M. Barth a fait remarquer que l'anse intestinale, etc.

---

doit être continue, et elle ne tarde pas à faire toucher le fond de la fosse iliaque, comme si elle était sentie à nu sous les doigts. Alors, il est aisé d'apprécier les tumeurs dont les ovaires ou les organes voisins peuvent être le siége; on perçoit également avec facilité le bourrelet que forment les muscles psoas; on peut reconnaître aussi la distension du rectum par l'accumulation des matières stercorales. En continuant à déprimer l'hypogastre, on ne tarde pas à parvenir dans l'excavation, et l'on s'en aperçoit quand on arrive à constater la présence de l'angle sacro-vertébral; on sait alors qu'en pénétrant au-dessous de ce point, on est arrivé dans le petit bassin.

Il est nécessaire surtout d'avoir alors présent à la pensée que la main pénétrant dans l'excavation au niveau de la symphyse du pubis, se trouve de beaucoup au-dessus de l'angle sacro-vertébral; cette disposition échapperait si l'on ne se souvenait pas de la direction du plan qui représente l'inclinaison du grand bassin. On ne doit point oublier que le détroit supérieur étant incliné suivant un plan dirigé d'arrière en avant et de haut en bas, il en résulte nécessairement la disposition que nous venons de signaler, c'est-à-dire que la main placée au niveau du pubis est sensiblement plus basse que l'angle sacro-vertébral, et que par conséquent en déprimant les parois de l'abdomen à cette hauteur en avant, on se trouve, en continuant à faire avancer la main à ce niveau, pouvoir explorer l'excavation presque entièrement en arrière.

Quand donc il existe une déviation quelconque, et que la main est placée par l'hypogastre, si le doigt introduit dans le vagin imprime des mouvements à l'utérus, ils sont perçus par la main du dehors, et il devient possible de cette manière, non-seulement de reconnaître qu'on touche en effet la matrice, mais encore de la mesurer, d'en constater la forme, la consistance, d'être presque dans la position où l'on serait si l'utérus était placé sur une table, et qu'on dût l'examiner les yeux fermés.

Toutes les fois qu'à la suite d'une exploration pratiquée de la sorte, la main de l'hypogastre ne trouve rien, on peut avoir la certitude que l'utérus ne renferme pas de tumeurs, qu'il n'est pas plus volumineux qu'à l'état ordinaire; on ne peut alors songer qu'à une déviation, à une inflexion.

Du reste, lorsqu'on est une fois familiarisé avec ce mode d'explorer, on parvient à sentir le doigt qu'on a introduit dans le vagin, avec la main de la région hypogastrique; la recherche est alors si complète et si sûre, qu'il n'est pas possible qu'une tumeur échappe aux investigations.

En résumé, la matrice est facile à explorer, principalement dans la moitié antérieure du bassin. On pourra, dans la généralité des cas, la saisir, la mesurer, examiner si elle présente des déviations à droite ou à gauche; si elle est pliée dans un sens ou dans l'autre; si elle conserve sa mobilité, sa consistance, sa forme; en un mot, si elle est ou non dans son état physiologique.

On ne saurait trop insister sur la nécessité et l'importance d'un exercice fréquent de cette exploration; ce n'est qu'à la condition d'en acquérir une habitude suffisante qu'on pourra établir avec certitude le diagnostic des altérations de la matrice. Ainsi, l'opinion générale sur l'existence des engorgements n'est difficile à détruire que parce qu'il n'est pas toujours aisé de démontrer qu'il s'agit de déviations et non d'engorgements, de façon qu'on peut soutenir l'un ou l'autre; et comme d'ailleurs la plupart des praticiens pensent que l'utérus n'est accessible par l'hypogastre que pendant la grossesse; comme, d'un autre côté, par le toucher vaginal, ils perçoivent quelque choe qui leur donnent l'idée d'une tumeur, d'une augmentation de volume, ils sont conduits presque malgré eux à l'idée d'un engorgement; mais si ces mêmes praticiens exploraient la matrice comme nous le recommandons, ils ne tarderaient pas à acquérir la conviction que tout ce qu'on a dit des engorgements s'applique tout simplement à des déviations.

Nous nous doutons que la personne qui a inventé ces engorgements ne sera pas de notre avis; mais nous n'en disons pas moins qu'il est temps que l'on cesse de traiter les femmes de maladies qu'elles n'ont pas.

Cependant aussi, nous nous ferons cette question naturelle: Comment se fait-il que les praticiens n'aient pas reconnu déjà que les engorgements n'étaient autre chose que des déviations; ou bien même qu'y aurait-il donc d'extraordinaire à ce que l'utérus fût le siége de ces engorgements si fréquents?

A la première question, nous avons répondu précédemment; et la réponse à la seconde nous paraît extrêmement facile. On ne trouve pas d'exemples, sur le cadavre, de ces prétendus engorgements, et il n'en existe certainement pas un seul sur une proportion considérable; mais nous voulons parler des engorgements purs et simples; nous comprenons par là une hypertrophie constituant un état pathologique; mais seule, sans dégénérescence, sans maladie notable de l'organe; certes on n'en trouvera pas un sur cent.

Les praticiens qui ont découvert ces engorgements les trouvent bien sur la femme vivante, mais ils ne les montrent pas à l'autopsie, sur la table; et l'on ne soutiendra pas peut-être qu'on les guérit tous; il y a bien quelques femmes qui doivent succomber à d'autres maladies en présentant ces engorgements, puisqu'ils seraient d'une fréquence extrême; cependant, puisqu'on n'en montre pas, c'est au moins déjà une présomption qu'il existe quelque erreur.

Mais une autre raison tirée de l'analogie n'a-t-elle pas aussi un grand poids. Voit-on fréquemment l'engorgement des organes parenchymateux! L'engorgement du testicule, l'engorgement pur et simple, l'hypertrophie seule, est-elle donc une chose fréquente? Assurément non. C'est un état rare. Les mamelles deviennent-elles le siége d'une altération analogue, on y observe des abcès, des inflammations très communes; mais de l'inflammation pure, c'est fort rare. Quand la mamelle est enflammée, sans doute il existe de l'engorgement pendant quelques semaines; sans doute aussi on observe là des dégénérescences qui peuvent en être la suite; mais peut-on dire, par exemple, comme on l'a fait, que les mamelles pourraient être le siége d'engorgements?

Pour les praticiens exercés, le mot engorgement ne signifie rien; ils reconnaissent, ceux-là, des dégénérescences squirrheuses, encéphaloïdes, etc. Mais quand une mamelle présente un volume anormal, et qu'on qualifie cette tumeur d'engorgement, cela ne signifie autre chose que l'on est dans l'ignorance complète de la nature de la maladie.

Dans les autres viscères eux-mêmes, trouve-t-on des engorgements fréquents, dans les poumons, par exemple? Évidemment non encore.

Et, nous le demandons, comprend-on pour quelles raisons l'utérus serait plus sujet que tous les autres viscères à une hypertrophie pathologique? Mais d'ailleurs, est ce qu'une hypertrophie seule, simple, constitue une maladie?

Dans certains pays, dans les Indes, au Brésil, on trouve des sujets qui ont les testicules doubles du volume ordinaire; c'est là une hypertrophie simple. Est-ce une maladie? La mamelle, telle que la présente certaines femmes, hypertrophiée soit par la graisse, soit par la glande, peut gêner par son volume; mais est-ce donc une maladie?

On le voit, les raisons s'accumulent pour faire repousser l'idée de ces prétendus engorgements, et l'exploration directe, pratiquée convenablement, ne les ferait pas rejeter, que déjà les raisons théoriques élèveraient, à l'égard de leur existence, de justes doutes dans les esprits droits. D'ailleurs, l'expérience de chaque jour nous autorise à considérer ces engorgements comme autant de déviations. Nous voyons des femmes qui ont consulté plusieurs médecins, soit ensemble, soit séparément, qui ont été traitées longtemps pour un engorgement de matrice, et qui ne présentent autre chose qu'une déviation quelconque; et ces femmes, nous n'en avons point observé quelques-unes, mais nous pouvons dire avoir vu ce que nous avançons par centaines; il n'y a pas de jour où nous ne puissions vérifier nos assertions.

Nous n'ignorons pas qu'on nous pose cette objection : Mais comment peut-il se faire qu'une simple déviation de l'utérus produise des symptômes pareils à ceux qu'on voit survenir? Comment un simple attouchement de ce côté fait-il naître des convulsions, des cris? demanderons-nous. Tout ce qui vient de cette région, chez les femmes, est empreint d'une exagération évidente. Il existe une difficulté invincible pour savoir si les douleurs sont réellement aussi vives qu'elles le disent. D'ailleurs, les déviations ne déplacent-elles pas un grand nombre de filaments nerveux; le plexus rénal et le grand sympathique lui-même ne sont-ils pas remués? Que la femme exagère un peu, tout s'explique.

Quoi qu'il en soit, le fait capital qui ressort de ce que nous venons de dire, consiste dans la possibilité de l'exploration de la matrice par l'hypogastre et le vagin dans la négation de l'existence des engorgements. Nous aborderons prochainement l'examen des complications et le pronostic des déviations utérines.

PAJOT.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par le docteur SICHEL.

Généralités sur l'abaissement et l'extraction de la cataracte.

La question de savoir pour l'opération de la cataracte, quelle est de l'abaissement ou de l'extraction, la méthode à laquelle on doit donner la préférence, a donné lieu à des discussions aussi anciennes que l'extraction elle-même. Cette méthode opératoire a été superficiellement mentionnée par quelques anciens chirurgiens, et surtout par les Arabes, qui la tenaient d'Antyllus. On sait qu'elle n'a été établie comme méthode régulière qu'en 1748, par Daviel. Au reste, de nos jours, ce n'est plus une question pour la majorité des chirurgiens et des ophthalmologistes guidés par un jugement droit et une longue expérience. Chacune d'elles, dans l'opinion des praticiens éclairés, offre ses avantages et ses inconvénients. Toutes deux, tour à tour, ont certaines indications spéciales d'après lesquelles elles doivent être employées. Aucune d'elles, en un mot, ne doit remplacer l'autre d'une manière absolue. Toutefois, hâtons-nous de le dire, quelques personnes qui dans la science font autorité, adoptent exclusivement l'une de ces deux méthodes principales; d'autres, et celles-ci sont en plus grand nombre, accordent une prédilection non moins exclusive à l'un ou l'autre procédé de chacune de ces deux méthodes. Il en est qui affectionnent la kératotomie supérieure, inférieure ou oblique pour l'extraction; d'autres qui, pour l'abaissement ou le broiement, préconisent soit le kératonixis, soit le scléronixis. Nous n'avons jamais approuvé ces prédilections trop absolues. De tout temps, au contraire, nous nous sommes fait une étude d'éprouver toutes les méthodes, de les employer alternativement, et cela non point au hasard par un aveugle empirisme, mais constamment d'après des règles déduites de l'expérience et du raisonnement. Ce sont des principes que, pour la plus grande partie, nous avons déjà établis dans notre Traité de l'ophthalmie et de la cataracte, etc. Toutefois, rien dans ce monde, ni la science, ni l'homme lui-même, ne peut rester stationnaire; cela est encore plus impossible quand il s'agit d'une science d'observation. La conduite que nous nous sommes tracée est de passer en revue de temps à autre les notes que nous prenons le plus souvent qu'il nous est possible, et toujours avec une exactitude scrupuleuse; nous les examinons avec détail, et d'après leur analyse comparative, il nous est facile d'en tirer, soit des conclusions qui viennent corroborer nos anciennes opinions, soit des déductions nouvelles qui rectifient ou complètent nos assertions primitives.

Ce sont les résultats d'une revue rétrospective ainsi comprise, que nous allons soumettre aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous choisirons un certain nombre d'observations exactes que nous relierons ensemble par des considérations générales. Mais avant d'aller plus loin, nous ne saurions trop insister sur ce point, à savoir : que ces observations ont toutes été rédigées par nous-même et sur-le-champ, immédiatement après les opérations. Pour cette sorte de travail, nous ne nous fions jamais à notre mémoire; la mémoire la plus heureuse est souvent incapable de retracer fidèlement certaines circonstances en apparence peu importantes, mais qui plus tard apparaissent comme un trait de lumière pour vous expliquer dans beaucoup de cas la véritable cause des succès ou des non-succès. De pareilles observations vous démontrent plus clairement certains points de pratique que les dissertations les plus éloquentes.

Nous commencerons par placer les unes à côté des autres quelques opérations pratiquées, les unes par extraction, les autres à l'aiguille; nous disons à l'aiguille, car nous ne saurions adopter l'usage encore assez généralement répandu d'employer indifféremment le mot d'abaissement pour toutes les opérations faites avec l'aiguille. Tant pour la manœuvre que pour leurs suites immédiates ou consécutives, l'abaissement proprement dit et le broiement présentent de trop grandes différences pour que l'on puisse les confondre. En agir de la sorte, c'est nuire à la justesse des conclusions; car ce qui se rapporte logiquement à l'abaissement, souvent ne convient pas au broiement, et se trouve au contraire en opposition avec cette méthode opératoire.

Première observation. — *Cataracte capsulo-lenticulaire demi-dure de l'œil gauche. Cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil droit. Abaissement et broiement le 20 novembre 1839. Syncope entre les deux opérations. Cataracte secondaire incomplète des deux yeux, ne nuisant point au succès complet et durable. Conjonctivite catarrhale; granulation villeuse, légère, combattue avec succès par la cautérisation avec le sulfate de cuivre.*

Madame Le....., d'Orléans, femme faible et nerveuse. Cataracte capsulo-lenticulaire demi-dure de l'œil gauche. La capsule présente une étoile à sept ou huit branches blanchâtres et fortement élevées. L'œil droit est atteint d'une cataracte demi-molle extrêmement volumineuse. L'opération de l'œil gauche réussit très bien. Je morcelle et j'abaisse le cristallin; puis j'en fais autant de la capsule, dont un lambeau seulement reste un peu visible au-dessus du bord inférieur de la pupille dilatée par la belladone. La malade est prise d'une syncope après l'opération, et je suis forcé d'attendre une demi-heure avant de porter l'instrument sur l'autre œil. Du côté droit le cristallin est plus volumineux, le globe oculaire se place moins favorablement et demeure moins tranquille; aussi l'opération offre-t-elle plus de difficulté. Néanmoins elle réussit aussi bien. Le noyau est abaissé régulièrement, et la substance corticale morcelée; la capsule, déchirée, est détachée en grande partie. La malade n'a pas ressenti de douleur. Elle voit immédiatement après l'opération de l'œil droit, dont la pupille est très nette. Du côté opposé, des flocons capsulo-lenticulaires viennent se placer dans l'ouverture pupillaire. Il ne survient pas d'inflammation, et la conjonctive de l'œil droit seule est un peu rose et gonflée.

Le second jour, la malade y ressent un peu plus de picotements que dans l'autre. Ces picotements sont accompagnés d'un peu de larmoiement et d'une légère tendance à la photophobie. — Frictions d'onguent napolitain belladoné; légère nourriture composée de potages maigres, bouillons coupés et un peu de fruits et de légumes.

Les symptômes morbides se dissipent bientôt. La malade n'a point de vomissements; elle ne souffre aucunement. Au bout de quelques jours le cristallin de l'œil gauche remonte un peu, sans dépasser la moitié inférieure de la pupille remplie par des fragments capsulaires.

Dans l'œil droit, le cristallin broyé présente une lacune dans sa partie supérieure. Les pupilles, après quelque temps, reviennent à leur état normal. La moitié inférieure de la pupille gauche est occupée par la capsule devenue opaque, mais la vue reste toujours bonne.

Vers la fin de novembre, toutes les nuits, le malade avait accusé des souffrances causées par la sensation de grains de sable, sensation que lui faisait éprouver une simple conjonctivite palpébrale. Un peu plus tard, à l'époque où un malade opéré le même jour qu'elle et affecté après l'opération d'une ophthalmie rhumatismale, éprouvait une exaspération marquée de cette affection, elle fut prise d'une phlegmasie plus intense de la conjonctive oculaire gauche avec injection confluente autour de la cornée et épaisseur considérable des vaisseaux. — Les frictions mercurielles, le calomélas et tous les moyens employés chez cet autre malade lui furent ordonnés à moindres doses et d'une manière moins suivie, sans beaucoup de succès.

Dans la dernière quinzaine de décembre je me bornai à un traitement expectatif.

Vers la fin de décembre la circonférence de la conjonctive se débarrassa de l'injection qui ne persistait qu'autour de la cornée, et surtout dans les angles. La vue n'avait été aucunement affectée tout le temps que dura cette ophthalmie. Cependant la paupière supérieure s'était gonflée, avait rougi et était devenue douloureuse, ce qui gênait un peu l'exercice de la vision, et fit dire à la malade qu'elle voyait en quelque sorte mieux de l'œil droit.

Dans cet œil la moitié supérieure de la pupille s'est éclaircie (20 décembre), et la moitié inférieure seule présente une opacité qui ne semble plus dépendre que de la capsule.

Aucun moyen, ni le calomélas, ni les frictions mercurielles, ni le collyre de borax, etc., n'ayant fait diminuer l'injection oculaire, je me décide vers le 1er janvier à cautériser légèrement la conjonctive des deux paupières avec le sulfate de

cuivre. Ce moyen, employé tous les deux à quatre jours, diminue rapidement l'injection.

Le 28, jour de son départ, la granulation villeuse persiste encore aux yeux. Je conseille de continuer la cautérisation deux à trois fois par semaine, et je prescris un collyre de borax (2 grammes pour 10 grammes d'eau et 10 grammes de mucilage). La malade voit parfaitement bien de loin avec des lunettes n° 6; elle lit avec le n° 36. Ce succès, par la suite, ne s'est pas démenti.

Deuxième observation. — *Deux cataractes lenticulaires demi-molles. Conjonctivite chronique traitée longtemps sans résultat ; constitution nerveuse ; santé chancelante par suite de l'effet moral de la cécité. Extraction inférieure oblique. Longue syncope au milieu de l'opération. Succès complet des deux yeux. Rétablissement de la santé générale.*

Madame S......., âgée de cinquante-deux ans, d'une constitution excessivement nerveuse, porte deux cataractes lenticulaires demi-molles. Celle de l'œil droit présente encore des stries blanches des couches corticales antérieures du cristallin sur un fond gris-blanchâtre. Celle de l'œil gauche, moins complète et d'une teinte gris-blanchâtre, permet encore à madame S.... de distinguer les couleurs. Il existe une conjonctivite chronique palpébro-oculaire et légèrement granulée ; quelques faisceaux vasculaires qui s'avancent jusqu'auprès des bords des cornées m'inspirent quelques craintes et m'engagent à conseiller un traitement préparatoire modérément antiphlogistique et dérivatif qui est continué, mais sans effet appréciable, pendant près d'un an, la cautérisation superficielle des granulations avec le sulfate de cuivre que j'avais proposée n'ayant pas été employée. Madame S.... se décide avec peine à l'opération ; elle s'imagine que ses cataractes ne sont pas assez mûres. Enfin elle s'y résout. L'extraction est pratiquée le 19 juin 1844, par la kératotomie inférieure oblique. La malade, sans doute par un effort qu'elle fait sur elle-même, est très calme et tient les yeux assez tranquilles ; mais quelques instants après que la section du lambeau gauche est terminée elle éprouve une syncope prolongée. Ce n'est qu'au bout de vingt minutes environ que nous pouvons procéder à l'incision de la cornée droite, qui est un peu plus difficile, en ce que la patiente se trouve encore engourdie et peu maîtresse d'elle-même, ce qui fait craindre à chaque instant une nouvelle syncope. Les deux cristallins sortent en entier ; il ne reste qu'au pourtour des pupilles une bandelette capsulo-lenticulaire extrêmement étroite qui n'exige point l'introduction de la cuvette. L'opérée compte avec facilité les doigts qu'on lui présente. Quelques symptômes inflammatoires exigent une application de 10 sangsues le troisième jour après l'opération. Le septième, à la levée de l'appareil, la conjonctivite est fort modérée et cède facilement à l'emploi de l'eau de Sedlitz et de pédiluves. La vue est excellente, les pupilles sont très nettes et les cicatrices bien formées; celle du côté gauche, cependant, est un peu soulevée dans une petite étendue de sa partie inférieure externe, ce qui cause à la malade de la gêne et une légère douleur pendant les mouvements des paupières. L'instillation de laudanum, pratiquée pendant deux jours, n'étant pas bien supportée, l'injection de la conjonctive ayant même augmenté et s'étant étendue à la sclérotique, soit par l'application du laudanum, soit en partie par l'effet d'un temps froid et humide, on a recours à des onctions mercurielles belladonées et plus tard à un collyre de borax. La pupille gauche se dilate pendant l'usage de la pommade, ce qui permet de voir quelques débris capsulo-cristalliniens dans son tiers interne; néanmoins, l'avant-veille de son départ, la malade distingue parfaitement bien de l'œil gauche, sans lunettes, des objets peu volumineux, tels qu'un petit flacon, une cuiller. La pupille droite est entièrement nette ; de cet œil la malade lit un caractère moyen à l'aide de verres à cataracte n° 30; mais elle ne sait point encore trouver immédiatement la distance à laquelle il faut qu'elle place les objets. Avec un verre convexe n° 7, elle voit de loin les fleurs dans le jardin et reconnaît, par exemple, facilement des soleils placés à environ dix mètres de distance.

Après avoir pendant quelque temps fait continuer le collyre de borax, je reviens aux instillations de laudanum employées alternativement avec la légère cautérisation par le sulfate de cuivre. La cicatrice de la cornée gauche devient lisse, et tout gêne cesse de se faire sentir.

Le 7 août, veille du départ de madame S....., l'injection des conjonctives oculaires a presque entièrement disparu. L'état général de la santé, assez ébranlé depuis longtemps par les tourments de la cécité, était alors rétabli. L'appétit, les forces et l'embonpoint habituels étaient parfaitement revenus. Depuis quinze jours déjà la malade avait repris son régime et ses habitudes ordinaires.

Si dans ce premier article nous avons rapproché des exemples de cataractes guéries par l'un et l'autre procédé, c'est principalement pour développer et appuyer sur des preuves solides les propositions suivantes:

1° Ces méthodes peuvent, au premier coup d'œil, paraître couronnées d'un égal succès dans des cas à peu près semblables, quand elles sont pratiquées par un chirurgien exercé. Cependant, comme d'autres observations le prouveront plus tard, le nombre des succès augmente, si pour chaque cas particulier, avant de choisir telle ou telle méthode, on a soin de peser mûrement les indications; et réciproquement les difficultés, les non succès augmentent, lorsque l'on applique les méthodes au hasard ou que l'on adopte l'une d'elles exclusivement;

2° Il n'est pas difficile de se rendre familières toutes les méthodes et leurs principaux procédés;

3° Dans chaque méthode il est important de tenir compte des accidents qui accompagnent ou suivent les opérations, et de les combattre sans retard d'une manière rationnelle et avec une énergie suffisante.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de médecine opératoire (2e livraison); par J. Lisfranc.

La seconde livraison de l'ouvrage de M. Lisfranc commence par l'examen d'une des questions les plus essentielles de la chirurgie. A quelle époque doit-on lever le premier appareil? Ce premier pansement, que l'opérateur doit toujours faire lui-même, connaissant mieux que personne la position des ligatures et des autres pièces d'appareil, le chirurgien de la Pitié le pratique depuis près de vingt ans le lendemain même de l'opération. Cette méthode a pour principaux avantages : dans les cas de réunion immédiate, de permettre de s'assurer de la constriction trop forte, ou du relâchement des bandelettes, de s'opposer au séjour du pus, souvent dangereux, à la surface ou dans la profondeur de la plaie, de mettre à découvert, dès son début, le développement de l'érisypèle qui complique si fréquemment les plaies. Pour éviter autant que possible le contact de l'air, qui n'est jamais innocent, on devra mettre la plus grande célérité possible dans la pratique des pansements. Quant à leur fréquence, je rejette *presque dans tous les cas*, dit M. Lisfranc, le bandage plus ou moins inamovible, et à plus forte raison celui qui l'est complétement; car, de quelque manière qu'on l'ait modifié aujourd'hui, je le considère comme essentiellement meurtrier, à cause du séjour du pus. Il est bien entendu qu'ici M. Lisfranc ne veut pas parler du pansement de certains ulcères, qui, suivant l'expression de Paré, *ne doivent pas être déshabillés* trop souvent. Quelques considérations secondaires relatives à l'emploi des caustiques, etc., terminent ce qui a rapport au traitement des plaies.

La palpation et le toucher extérieur, considérés comme moyen de reconnaître la nature de certaines tumeurs, le toucher des organes profonds par le vagin et le rectum, sont étudiés avec un soin tout spécial par l'auteur, qui, dans un excellent chapitre de diagnostic différentiel, a consigné les résultats de sa longue expérience et d'une pratique de plus de trente années. Le toucher conduit naturellement à la description et à l'application des spéculums des diverses cavités, et à l'appréciation des avantages que l'on retire journellement de leur emploi. Les élèves et les chirurgiens puiseront dans la section consacrée à cette étude des principes d'une importance réelle, trop souvent négligés en raison même de leur vulgarité, et auxquels M. Lisfranc a cru devoir, pour cela, accorder une large place dans la partie élémentaire de son travail.

Les diverses positions du bistouri, les différents modes de ponction, l'acupuncture, l'électro-puncture, de laquelle M. Lisfranc pense que des mains habiles pourront souvent retirer de grands avantages, forment le sujet d'un chapitre dont l'auteur a su augmenter l'intérêt par la relation succincte de quelques faits cliniques. Puis, vient l'histoire de la saignée, du mode opératoire de laquelle il a fait précéder la description par des réflexions pratiques de la plus haute utilité, parmi lesquelles nous avons trouvé çà et là, heureusement appliqués à la chirurgie, quelques-uns des principes formulés en tête de l'Examen des doctrines, par l'illustre professeur du Val-de-Grâce.

Les accidents de la phlébotomie ont été jugés dignes de fixer longuement l'attention des élèves et des praticiens. Depuis la syncope et le trombus, jusqu'aux lésions artérielles, jusqu'à la phlébite, cette terrible conséquence, heureusement assez rare, de la saignée du bras, tout est décrit avec le même soin, avec la même habileté; parmi les considérations relatives aux indications de la saignée locale, nous citerons une de celles qui nous ont paru les plus essentielles, en ce sens qu'elle est contraire aux opinions généralement admises. M. Lisfranc, auquel ses longues recherches ont fait acquérir une connaissance spéciale des maladies de l'utérus, proscrit en général l'application des sangsues sur le col de cet organe ; d'après les faits qu'il a été à même d'observer, cette application des sangsues au col congestionne l'utérus et produit même assez souvent des accidents violents ; il donne la préférence à la saignée dérivative pratiquée au bras.

M. Lisfranc termine par l'histoire de la vaccine, la manière de pratiquer la vaccination, de conserver le fluide vaccinal, et par la description des phénomènes consécutifs de l'opération, de l'aspect que présentent les boutons aux divers jours de leur évolution. Dans la question si importante des revaccinations, M. Lisfranc se prononce en faveur de la nouvelle inoculation du virus vaccin. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont les suivantes :

1° En renouvelant cette operation, le sujet n'est soumis à aucun inconvénient notable.

2° On peut ainsi le préserver de l'infection varioleuse.

3° Enfin, si en pratiquant une nouvelle vaccination, il n'est pas possible, dans un très grand nombre de cas, de reproduire le cow-pox, il arrive néanmoins assez souvent qu'on obtient une vraie vaccine, ce qui prouve que le virus inoculé la première fois n'était pas bon, ou que son action préservatrice s'est trop affaiblie, s'est même entièrement épuisée avec le temps.

A un ouvrage du professeur de la Pitié, les éloges sont inutiles; le nom de l'auteur est la plus puissante recommandation du livre. Nous nous contenterons, en terminant cette analyse, de dire que la seconde livraison est à la hauteur de la première, et ne peut que faire attendre impatiemment la suite du Précis de médecine opératoire.

Dr A. Foucart.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 ET JEUDI 31 JUILLET 1845. (18e ANNÉE.) N°. 89. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe).

Des fistules vésico-vaginales. De leur curabilité par l'élytroplastie. — Fistule vésico-vaginale occupant tout le bas-fond et le col de la vessie. Elytroplastie. Insuccès. Nouveau procédé dit réunion autoplastique par glissement. Guérison complète.

Les fistules vésico-vaginales constituent une infirmité des plus dégoûtantes que l'on observe assez fréquemment dans les hôpitaux. Les fistules vésico-vaginales accidentelles sont sans contredit les plus fréquentes, et peuvent dépendre d'une foule de causes.

Ne doit-on pas voir avec étonnement qu'aucun auteur, avant J.-L. Petit, n'ait parlé d'une manière précise de cette affection qui afflige si vivement les malheureuses qui en sont atteintes ! Aussi est-on fondé à expliquer cet oubli des anciens chirurgiens par la conviction qu'ils avaient de l'incurabilité de cette maladie ? En effet, ne voit-on pas J.-L. Petit lui-même, après avoir reconnu que la réunion des lèvres de la solution de continuité était la seule indication curative dans une pareille affection, reculer devant les difficultés de pratiquer la suture dans un lieu si profond et si caché, et avouer surtout l'impossibilité de rafraîchir les bords dans toute la circonférence du trou !

C'est surtout depuis le commencement de ce siècle que les chirurgiens s'en sont occupés avec un zèle et une opiniâtreté vraiment remarquables, et que l'on ne saurait trop louer, eu égard aux difficultés sans nombre qu'ils ont eu à surmonter pour obtenir de vraies guérisons. En 1825, M. Lallemaud, de Montpellier, publia un mémoire sur ce sujet dans les *Archives générales de médecine*. Depuis cette époque, plusieurs travaux importants, dont nous n'essaierons pas de reproduire ici la liste, se sont succédé.

En 1836, M. Jobert publia dans la *Gazette médicale* un mémoire qui fixa fortement l'attention ; car il s'agissait de succès obtenus par un nouveau procédé, l'élytroplastie. Ajoutons, enfin, que parmi les chirurgiens qui ont fait du traitement de cette affection l'objet de leurs méditations, se trouvent les hommes les plus recommandables et par leur savoir et par leur talent opératoire ; il nous suffit de citer Desault, Dupuytren, Jobert, Lallemand, Malagodi, Nægelé, Roux, Velpeau, Vidal, etc. Malgré les noms célèbres qui se rattachent soit aux méthodes nombreuses, soit aux procédés multipliés qui ont été opposés à ces fistules, il faut l'avouer, les succès sont fort rares, et parmi ceux-ci il en est même beaucoup dont la valeur est contestée.

Avant d'aller plus loin, il est important de prévenir le lecteur qu'il ne sera question ici que des fistules vésico-vaginales ayant leur siége au bas-fond de la vessie et avec perte de substance. En effet, chacun sait que les perforations de la cloison vésico-vaginale par instrument tranchant et sans perte de substance, que les fistules situées au col de la vessie, pour être quelquefois difficiles à guérir, ne sont pas au-dessus des ressources de l'art. La science possède plusieurs exemples de ces guérisons. Mais si l'on consulte les auteurs les plus modernes sur la curabilité des fistules vésico-vaginales situées au bas-fond de la vessie, on est surpris d'y rencontrer la plus grande confusion. Les uns, tout en regardant le fait comme extraordinaire, comme une rare exception à la règle générale, admettent un succès de ce genre, succès obtenu par M. Jobert et dû à sa méthode, c'est-à-dire l'élytroplastie; les autres, tout en connaissant les examens minutieux et réitérés que ce fait a subi de la part de plusieurs chirurgiens et médecins, membres de l'Académie de médecine, tout en connaissant la discussion si vive que ce succès a soulevé au sein même de l'Académie (*voir* les nos du 29 mars et du 5 avril 1838 de la *Gazette des Hôpitaux*, et l'article Fistule vésico-vaginale de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, tome Ier), persistent à croire qu'il n'existe pas dans la science une seule observation authentique qui prouve d'une manière évidente qu'on soit parvenu à guérir radicalement une fistule vésico-vaginale due à une perte de substance du bas-fond de la vessie.

Pour apprécier la valeur de ces opinions contradictoires, il nous serait facile de mettre en opposition les chirurgiens qui sont pour l'affirmative avec ceux qui sont pour la négative ; mais, comme nous n'avons pas d'autre but que celui de faire triompher la vérité en élaguant toute question de polémique et de personnalité, il nous suffira de reproduire les conclusions du rapport fait à l'Académie de médecine par MM. Lisfranc et Blandin sur une opération de cystoplastie pratiquée par M. Jobert, pour un cas de fistule vésico-vaginale située derrière le col de la vessie, et avec perte de substance :

« En résumé, Messieurs, l'avis de vos commissaires est que la malade qui leur a été présentée par M. le docteur Jobert a retiré les plus grands avantages de la cystoplastie vaginale, et qu'elle peut et doit être citée comme un exemple de fistule vésico-vaginale heureusement guérie par cette opération.

» Ils estiment que c'est une utile application de l'autoplastie à la thérapeutique d'une des infirmités les plus graves et les plus rebelles, et que M. Jobert a tout le mérite de cette importante innovation.

» En conséquence, ils vous proposent d'adresser à ce chirurgien les plus hautes félicitations. » (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 585, 1838.)

Nous devons faire remarquer que la malade, sur la guérison de laquelle s'étaient élevés des doutes, a été examinée, la première fois, quatre mois après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis. Cet examen a démontré que la cicatrice s'était bien conservée ; que la malade rendait toutes les urines par l'urètre ; qu'elle éprouvait le besoin d'uriner et qu'elle y satisfaisait à volonté et à des intervalles ordinaires. Dans un second examen, on retira, par l'introduction d'une sonde dans la vessie, 8 onces 2 gros d'urine. Enfin, on injecta une décoction de bois de campêche dans la vessie, et tout est revenu par l'urètre, et rien par le vagin.

Si ce témoignage éclatant ne suffisait pas encore pour établir l'authenticité de cette guérison, et pour amener la conviction dans les esprits, nous pourrions invoquer celui de MM. Malgaigne, Michon, etc. En effet, M. Malgaigne, dout on connaît toute l'expérience en fait de guérisons, s'exprime ainsi dans son excellent Manuel de Médecine opératoire :

« L'élytroplastie est jusqu'à présent la méthode qui a procuré les succès les plus nombreux et les plus durables. J'ai pu en constater deux dans les salles de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis. »

« On ne peut, dit M. Michon, s'empêcher de reconnaître que l'élytroplastie a donné un des plus beaux résultats connus dans la science, que peut-être elle est susceptible d'être perfectionnée, et qu'elle pourrait être appliquée à des fistules très-étendues qui ne comporteraient pas un autre mode de traitement. Nous pensons qu'il est raisonnable de la soumettre, telle qu'elle a été inventée ou modifiée, à de nouvelles expériences, et qu'à ce titre elle doit rester dans la science. » (Thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, p. 172, 1841.)

D'après tout ce qui précède, on est donc forcé de regarder comme authentique et incontestable le succès obtenu par M. Jobert dans un cas de fistule vésico-vaginale due à une perte de substance du bas-fond de la vessie, et opérée par sa méthode, c'est-à-dire par élytroplastie.

Ce premier fait nous paraissant bien démontré, passons outre.

Depuis l'année 1838, époque à laquelle, sur sept femmes opérées par M. Jobert d'une fistule vésico-vaginale, on comptait trois guérisons, ce chirurgien a pratiqué plusieurs fois cette opération, qui a tantôt réussi et tantôt échoué. Comme les observations n'ont pas encore été publiées, nous laisserons à M. Jobert, qui doit bientôt les réunir dans un travail *ex professo* sur ce sujet, le soin d'informer lui-mêm

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Congrès médical. — Séance du 2 août. — Menaces d'opposition. — Tenons-nous ferme. — La Faculté et M. Breschet. — Difficultés de faire son oraison funèbre. — Un acte de complaisance. — L'Académie et Chervin. — Acte de justice. — M. Gibert et la pellagre. — Documents à cet égard.

L'affaire du Congrès a été jusqu'ici sur des roulettes. Pas la plus petite opposition ne s'est encore montrée, et la proposition n'a rencontré partout qu'un accueil bienveillant, empressé et sympathique. Dans une première réunion des délégués des Sociétés de médecine de Paris, la proposition fut prise en considération à l'unanimité, et une commission immédiatement nommée qui fut chargée de présenter un plan de réalisation. Cette commission s'est mise à l'œuvre avec zèle; elle a trouvé dans son président, l'honorable professeur M. Moreau, un concours aussi actif qu'éclairé, dans tous ses membres un dévouement complet aux intérêts de la profession. Si je suis bien renseigné, la commission, bien pénétrée qu'un Congrès ne pouvait et ne devait être qu'une haute manifestation de l'esprit de concorde et d'harmonie qu'il serait désirable de voir régner dans le corps médical, la commission a rédigé son rapport dans un ton de modération, d'impartialité et de justice qui éloigne tout prétexte à des récriminations, tout motif à des critiques personnelles et directes. Non-seulement la commission n'a pas voulu que le Congrès pût être considéré comme un acte d'opposition et de révolte, mais admettant que toutes les intentions ont été bonnes et se plaçant libéralement sur le terrain des principes, elle a fait un appel aussi large que possible à toutes les lumières, à toutes les opinions, à tous les intérêts. C'est ainsi que, pour la séance de samedi prochain, elle a convoqué non-seulement les délégués des Sociétés médicales de Paris, mais encore les représentants de toutes les autres institutions et la presse médicale tout entière. Dans cette séance, en effet, où le principe, l'utilité, l'opportunité et la réalisation du Congrès doivent être mis en cause et adoptés ou rejetés, la commission n'a pas voulu seulement s'entourer des adhérents à ses opinions et enlever un vote irréfléchi; non, c'est à une assemblée qu'elle a cherché à rendre aussi nombreuse et qui sera aussi éclairée que possible, c'est ouvertement et au grand jour de la discussion et de la publicité qu'elle a voulu demander la sanction ou la condamnation de ses idées.

Ainsi, si la critique trouve à reprendre dans le rapport de la commission, toujours ne pourra-t-on l'accuser d'avoir fui la discussion; car elle a été, à cet égard, aussi large qu'elle a pu l'être. Aussi, dit-on, une certaine opposition au congrès se propose d'entrer par la porte qui lui a été laissée ouverte. C'est fort bien; on ne peut guère espérer que sur une question de cette nature on réunisse l'unanimité des opinions; quoique, pour mon propre compte, je n'aperçoive aucune objection bien sérieuse à opposer à l'institution d'un congrès médical, ce n'est pas à dire que d'autres plus éclairés et plus perspicaces n'en puissent produire. Puisqu'on parle d'opposition, elle sera probablement sincère, sérieuse, et surtout désintéressée ; elle s'appuiera plutôt sur des inconvénients réels, et qu'elle fera toucher du doigt, que sur des difficultés de réalisation qui ne sont qu'illusoires, ou sur de prétendus essais antérieurs qui n'ont rien de comparable à ce que la commission propose aujourd'hui. On est en droit d'attendre quelque chose de plus substantiel de cette opposition, que l'on dit se nourrir dans de hautes régions; quelques arguments plus nouveaux et plus directs de la part des esprits éminents que la commission aura le malheur d'avoir pour adversaires. Cette opposition ne descendra pas, sans doute, de ses sphères élevées pour venir fondre sur quelque petite inimitié personnelle; et, praticienne célèbre, elle ne s'exposera pas certainement à recevoir un exemple de convenance et de bon goût de la part d'une commission obscure et plébéienne. Enfin, nous verrons bien. Toujours est-il qu'il serait fort désirable que tous les convoqués à la séance de samedi s'y rendissent avec le ferme désir de faire quelque chose de bon, de grand et d'utile en faveur des intérêts de notre pauvre profession, si négligée et si souffrante. J'ai grand espoir que l'immense majorité y viendra avec ces dispositions, et qu'elle montrera, ce que j'ai toujours dit, qu'il y a dans la masse du corps médical un ferment de dévouement et de courage ne demandant que les conditions nécessaires pour s'agiter d'un noble zèle et d'une sainte ardeur. A l'œuvre donc, hommes de cœur et d'action, et ne vous laissez ni émouvoir, ni surprendre.

— L'embarras a été grand à la Faculté ces jours derniers. Il s'agissait de désigner le professeur qui ferait cette année le discours de rentrée et par conséquent l'éloge de M. Breschet que la Faculté vient de perdre. Les orateurs de la Faculté, ordinairement si empressés, se sont récusés l'un après l'autre, qui sous prétexte de mauvaise santé, qui d'un travail urgent, qui d'un voyage en Suisse, etc. La Faculté se trouvait positivement sans discours de rentrée, ce qui eût été une calamité publique, lorsque M. Royer-Collard, le seul qui eût des raisons valables de s'abstenir, sollicité de tirer la Faculté de ce danger imminent, a gracieusement consenti à payer la dette d'usage et de convenance au professeur qui vient de mourir. C'est aux bains de mer de Dieppe que M Royer-Collard s'occupe en ce moment de la composition de son discours, œuvre tout à fait méritoire, dont on lui tiendra grand compte, et qui nous vaudra sans doute une de ces productions remarquables telles que l'on peut en attendre de cet esprit distingué. Il sera beaucoup pardonné à M. Breschet, s'il devient la cause efficiente de quelque action d'éclat de cette pauvre Faculté, qu commence sérieusement à s'endormir dans sa gloire. Mais quel exemple et quelle leçon que la mort de M. Breschet ! M. Breschet meurt dans l'isolement et l'abandon, quel exemple de l'esprit de concorde et de fraternité qui règne parmi les professeurs de l'Ecole ! M. Breschet ne trouve qu'à grand'peine et par un acte d'extrême complaisance un éloge funèbre, quelle leçon pour ceux qui croient pouvoir faire bon marché de la sincérité des promesses et de la sûreté des relations sociales ! Mais ne touchons pas cette corde qui vibrerait si douloureusement.

— Puisque j'en suis aux éloges funèbres, je dois raconter un petit incident de cette espèce qui a mis fort en émoi quelques membres de l'Académie de médecine et le Conseil d'administration tout entier. Il s'agissait, il y a peu de temps, de préparer le programme de la prochaine séance annuelle de l'Académie. M. Pariset annonça qu'il travaillait à l'éloge de Larrey, et cette nouvelle fut accueillie avec tout le plaisir et l'intérêt qu'on attache à toutes les productions du célèbre secrétaire perpétuel, et aussi au souvenir de l'homme illustre dont il doit raconter cette fois la vie glorieuse. Mais alors, une voix s'éleva dans le Conseil, qui, tout en honorant et respectant le choix fait par M. Pariset, demanda si l'Académie ne devait pas aussi à la mémoire d'un autre de ses membres, au souvenir d'un homme qui est resté comme le type de la persévérance et du courage, de celui dont les opinions si vivement combattues pendant sa vie, entrent de force aujourd'hui dans les décisions législatives et dans les règlements administratifs, d'un médecin dont les idées appliquées seront la source d'immenses avantages pour l'État, et qui voulut vivre et mourir pauvre ; en un mot, si l'Académie ne devait pas au noble et courageux Chervin l'honneur d'un discours public. Cette voix, je me plais à le dire, était celle de M. Dubois (d'Amiens). Elle n'obtint pour réponse qu'un silence glacial. Sans se préoccuper ou s'intimider de ce froid accueil, M. Dubois annonça que certain d'entrer dans les vues et les désirs de la majorité des membres de l'Académie de médecine, et usant d'un droit que lui confère le règlement en sa qualité de secrétaire annuel, il rendrait ce pieux hommage à la mémoire d'un de nos contemporains les plus honorables.

Cette résolution de M. Dubois (d'Amiens) est approuvable et louable sans restriction. Je sais bien que ceux que le souvenir de Chervin importune, que ceux pour qui il est un remords et qui ont conservé contre cet homme de cœur et d'honneur une haine posthume aussi énergique que de son vivant, je sais bien que quelques personnes attribuent à cette résolution de M. Dubois des intentions et des vues, des prévisions et des espérances dont la piété ne serait pas le seul mobile. Mais qu'importe et comment pénétrer avec sureté dans ces questions intentionnelles si délicates et si obscures ? Ce qui seulement me préoccupe, c'est que l'Académie ne manque pas à tous ses devoirs

les praticiens des résultats qu'il a obtenus dans ces dernières années.

En attendant, nous allons rapporter l'observation d'une femme qui portait une fistule vésico-vaginale, suite d'un accouchement de date ancienne, occupant le bas-fond de la vessie, son col et l'urètre, avec une vaste perte de substance. Cette malade fut opérée d'abord par l'élytroplastie, qui échoua, et ensuite par un nouveau procédé que M. Jobert appelle *réunion autoplastique par glissement*, et qui réussit complétement.

Si le succès dont il fut jadis question à l'Académie dut soulever des doutes et être regardé comme un fait fort extraordinaire et tout à fait exceptionnel, comment alors considérera-t-on le fait suivant? C'est surtout dans des cas semblables ou analogues, nous le comprenons facilement, qu'il ne suffit pas de dire : on a guéri, on dit avoir guéri, j'ai vu guérir telle fistule vésico-vaginale. Aussi, convaincus de la nécessité de présenter cette observation avec tous ses détails, ferons-nous tous nos efforts :

1° Pour tracer un tableau fidèle de la fistule, pour en déterminer la cause, la date, la position, la direction et les dimensions;

2° Pour décrire avec soin le nouveau procédé imaginé pour ce cas particulier, mais pouvant être appliqué à des cas semblables dans lesquels les moyens connus seraient insuffisants;

3° Enfin, pour présenter l'état actuel de la malade.

C'est alors seulement que l'on pourra apprécier la valeur du nouveau procédé par les résultats qu'il aura fournis à son auteur.

G. G.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois d'avril 1845; par M. Jules BOUTEILLER, interne du service.

Gastralgie. Diagnostic de cette affection.

Il s'est trouvé en même temps dans la salle Sainte-Geneviève trois cas de gastralgie. Dans chacun d'eux la lésion principale était bien différente. L'une des trois femmes qui font le sujet de ces observations était hystérique, l'autre offrait un déplacement de l'utérus, et enfin la troisième portait une tumeur de l'estomac. C'est surtout sur le diagnostic de la gastralgie que nous voulons attirer l'attention. En effet, il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le penser de reconnaître la situation précise de l'estomac et de savoir si les douleurs qu'un malade rapporte à cet organe ont bien réellement l'estomac pour siége. Afin d'éviter toute chance d'erreur à cet égard, le premier soin que l'on doit prendre est de limiter le foie inférieurement et le bord de la rate que j'appellerai bord stomacal, ainsi que son bord inférieur. Si après cette précaution on recommande au malade de bien indiquer à l'aide d'un seul doigt le point ou les points douloureux, on voit souvent que c'est un de ces deux organes et non l'estomac qui souffre. Mais si le malade indique des points intermédiaires ou sous-jacents à ces deux organes, le foie et la rate, il reste à savoir si ces points sont occupés par l'estomac ou par le colon transverse. Pour arriver à cette notion, il suffit de faire boire au malade un ou deux verres d'eau ou de tisane; l'estomac, sonore auparavant, devient mat, et en faisant coucher le malade sur le côté droit, le liquide et par conséquent la matité gagnent la région pylorique de cet organe. La position de l'estomac étant ainsi bien fixée, c'est alors que l'on peut admettre ou repousser l'idée d'une gastralgie. A l'aide de ce procédé on s'assura que les trois femmes dont nous nous occupons souffraient en effet de l'estomac, et que la tumeur dont était atteinte la troisième occupait bien réellement aussi cet organe, car après l'ingestion de l'eau dans l'estomac le son est devenu mat à côté de la tumeur. Des attaques préalables d'hystérie indiquèrent à quoi s'en tenir au sujet de la gastralgie de la première de ces malades, et enfin le toucher et la percussion montrant un déplacement de l'utérus chez la deuxième on a dû rattacher la gastralgie à cette déviation ainsi que cela se rencontre si souvent.

Maladies de la rate. Contusion. Hypertrophie.

M. Piorry possède et a publié dans son ouvrage sur les maladies de la rate vingt-deux ou vingt-trois observations de contusion de la région splénique et de la rate qui donnèrent lieu à des accès de fièvre intermittente. Voici un fait du même genre : Une femme d'une trentaine d'années, entrée la veille dans la salle Sainte-Geneviève, y accoucha dans la nuit du 3 au 4 avril. Interrogée le 4 à visite du matin, elle donna les renseignements suivants : Il y a plus d'un an elle fut atteinte d'une fièvre d'accès, reconnaissant pour cause l'influence des miasmes marécageux. Guérie en peu de temps par l'emploi du sulfate de quinine, elle devint enceinte il y a un mois. Dès les premiers temps de sa grossesse cette femme fit une chute sur la région de la rate, et depuis cette chute elle éprouva dans ce point des douleurs profondes et elle est atteinte d'accès de fièvre bien réguliers et qui ne l'ont pas encore quittée. Ces circonstances commémoratives déterminèrent avec raison l'interne du service à prescrire dès l'entrée de la malade dans les salles une application de sangsues sur le lieu de la douleur.

M. Piorry prescrivit le 4 une nouvelle application de sangsues, et quoiqu'il compte plus sur l'action des sangsues que sur le sulfate de quinine pour combattre les fièvres d'accès lorsqu'elles sont le symptôme d'une contusion de la rate, il fit prendre néanmoins à cette malade le sulfate de quinine. La raison qu'il en donne est celle-ci : on ne pouvait employer trop d'énergie pour combattre cette fièvre d'accès qui aurait constitué une funeste complication s'il fût survenu une métro-péritonite puerpérale. Or, on sait qu'il faut toujours se tenir en garde contre cette dernière affection après un accouchement dans un lieu encombré et dont l'air, malgré le meilleur système de ventilation, ne peut jamais avoir toute la pureté désirable.

Sous l'influence de cette double médication, cette malade est sortie guérie au bout de douze jours.

Cette observation perd, il faut le dire, une partie de son intérêt théorique par le fait de l'affection de la rate antérieure à la contusion. Il semble probable, en effet, que cet organe a dû rester quelque peu malade après les accès; cependant on ne pourrait l'assurer, puisque cette femme est restée plusieurs mois de suite sans avoir d'accès.

— Le 17 fut couchée, au n° 26 de la salle Sainte-Geneviève, une jeune fille de Montargis, atteinte depuis long-temps d'hypertrophie de la rate et d'accès de fièvre intermittente. A la percussion, on reconnut que la rate était énorme; cependant on a eu soin de ne pas prescrire de fortes doses de sulfate de quinine, afin de ne pas faire revenir la rate trop brusquement sur elle-même; ce serait rejeter à la fois trop de sang dans le torrent circulatoire et augmenter sur cette malade un symptôme grave d'une autre affection, nous voulons parler d'une hémoptysie par suite de phthisie pulmonaire, phthisie qui a déjà amené encore deux autres états organo-pathologiques, un emphysème et une chlorose ou hydrémie.

Dans ce cas, l'hémorrhagie est due à une maladie du poumon, mais quelquefois les hypertrophies de la rate sont accompagnées d'hémorrhagies qui ont lieu par le tube digestif et même par d'autres voies. M. Piorry a été consulté, il y a peu de jours, pour une personne habitant à vingt cinq lieues de Paris, offrant une rate énorme, et qui vient de mourir à la suite d'hématémèse. Cette personne avait pris du sulfate de quinine, et on peut attribuer l'hémorrhagie qu'elle a éprouvée au retrait de la rate. Mais il y a des cas où l'épistaxis, l'hématémèse peuvent être attribués à la gêne de la circulation abdominale produite par l'hypertrophie de la rate.

Du reste, nous nous proposons de traiter plus longuement par la suite, cette intéressante question, et de l'appuyer de quelques observations recueillies tant à l'hôpital que dans la pratique particulière de M. Piorry.

Paralysie des muscles extenseurs de la main par excès d'action des fléchisseurs. Appareil remplaçant la palette.

Au n° 7 de la salle Saint-Raphaël est couché un homme âgé de quarante ans environ. Il est entré pour une affection de poitrine légère; aussi ne nous occuperons-nous ici que de la déformation de la plupart de ses articulations, conséquence d'un état organo-pathologique ancien : c'est ce que l'on a souvent, et à tort, appelé le rhumatisme articulaire chronique, à tort, car le mot rhumatisme, quoi qu'on l'ait bien prodigué, implique toujours l'idée de douleur, et ce malade ne souffre pas. Ce n'est pas non plus la goutte, car cet homme, d'abord faucheur, puis manœuvre, n'a pas été soumis à l'influence des causes ordinaires de la goutte, qui frappe surtout les gens riches et adonnés aux plaisirs. Nous attribuons sa maladie au froid humide. M. Piorry prescrit de l'iodure de potassium, quoique cet homme n'ait jamais eu, dit-il, la syphilis, parce que ce médicament agit avec efficacité sur les os. De plus, il recommande l'eau à haute dose, des frictions alcooliques et des couvertures multiples, car il croit en certains cas aux bons effets de l'hydrothérapie.

Ce malade, par suite de son affection articulaire ancienne, a conservé un ou deux doigts de chaque main dans un état continuel de demi-flexion, ce qui le gêne beaucoup dans son travail. Pour y remédier, M. Piorry lui conseille un petit appareil fort simple employé par une dame dont l'observation vient fort bien à ce propos.

Après une deuxième attaque d'apoplexie, cette dame offrait une hémiplégie du côté gauche, qui lui permettait de faire à peine quelques pas; M. Piorry cherchant à étendre sa main gauche qui était complétement infléchie, fut frappé d'y trouver de la résistance, et remarqua qu'après une extension très forte, *produite par lui*, les doigts se fléchissaient par *l'action musculaire seule*. Il en conclut que l'action des muscles fléchisseurs avait tiraillé, affaibli, exténué même les muscles extenseurs, quoique ceux-ci ne fussent pas encore complétement paralysés; car ils peuvent achever l'extension commencée par une force extérieure. L'indication était donc de déterminer l'extension continue, afin que les extenseurs en repos revinssent sur eux-mêmes, en vertu de la contraction de tissu si bien analysée par Bichat, et réservant la force perdue par le tiraillement. Cette extension continue a déjà produit une très notable amélioration.

Il est important de dire que ce n'est pas avec une palette que M. Piorry fit cette extension continue. La palette par sa dureté, le bandage serré qu'elle nécessite, et enfin la privation du contact de l'air, ont des inconvénients trop bien connus pour les décrire ici; c'est pourquoi M. Piorry a inventé le petit appareil suivant.

Un gant ordinaire en peau contient dans chaque doigt un ruban d'un centimètre au plus de largeur. Ce ruban, fixé au bout du doigt, doit suivre la face dorsale de celui-ci et la face dorsale de la main. Pour cela, au niveau de chaque articulation et au niveau du poignet, il passe dans une découpure faite au dos du gant, découpure analogue à celle que font les botanistes pour fixer des plantes sèches sur le papier. Les cinq rubans sont attachés par une bande roulée en haut de l'avant-bras, et par leur tension ils empêchent totalement les doigts de se fléchir.

Ce cas d'atonie musculaire nous rappelle un fait des plus curieux publié il y a huit à dix mois par M. Piorry. Un jeune homme entre à la Pitié avec tous les signes de la paraplégie. A la percussion on trouve la colonne vertébrale tout à fait saine; cependant il avait été appliqué un grand nombre de cautères, tant le long du rachis que sur les jambes. M. Piorry remarquant que les muscles sont grêles, attribue à l'atrophie musculaire ce qu'on aurait pu attribuer plus longtemps encore à une maladie de la moelle. Le malade fut bientot guéri par trois moyens bien simples : 1° une nourriture animale et réparatrice; 2° l'exercice de la marche; 3° la suppression des cautères.

Métrorrhagie causée par la rétention du placenta dans la matrice, deux mois après l'accouchement. Mort.

Le 16 avril fut reçue, dans la salle Sainte-Geneviève, une jeune femme accouchée deux mois auparavant, et atteinte depuis quelques jours d'une métrorrhagie abondante; elle était pâle, entièrement décolorée. Le premier jour, M. Piorry prescrivit l'application de glace sur le ventre, le tamponnement et des injections vaginales glacées; ce qui arrêta l'hémorrhagie pour peu de temps, il est vrai.

Le lendemain, la percussion fit reconnaître que la matrice était volumineuse, et par le toucher on sentit une tumeur à l'orifice du col. Etait-ce la lèvre postérieure de ce col ou un

---

en laissant dans l'oubli le nom de Chervin; M. Dubois (d'Amiens) en se chargeant de remplir cette mission, fait acte d'honorabilité pour lui, de justice pour l'Académie.

— J'ai le regret d'annoncer que j'ai reçu une lettre M. Gibert, en réponse à ce que j'ai dit dans mon dernier feuilleton sur la priorité du diagnostic de la pellagre à Paris. Je dis regret, car ne demandant pas mieux que de bien vivre avec cet honorable praticien, il me force, pour prouver à mes lecteurs que j'ai pour eux assez de respect pour ne pas m'engager témérairement et sans preuves à soutenir une assertion, il me force, dis-je, à lui faire une réponse qui ne sera pas de son goût. Quelques mots seulement de rappel des faits :

Dans un récent rapport fait à l'Académie de médecine, on semblait attribuer tout l'honneur de la découverte de la pellagre à Paris, à M. Gibert. J'ai réclamé cet honneur pour un jeune et méritant confrère, M. Théophile Roussel, qui moins riche encore dans son fonds scientifique que M. Gibert, tenait et avec raison, à ne pas être dépouillé de son premier titre à l'intérêt et à l'estime de ses confrères. J'ai entouré ma réclamation d'une assertion dont M. Gibert conteste l'exactitude, et voici en quels termes :

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Veuillez me permettre un mot de réponse au passage qui me concerne dans le dernier feuilleton de votre Journal.

Il y est dit que j'ai méconnu le cas de *pellagre* observé pour la première fois à Paris, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, en 1842 et que j'ai renvoyé la malade comme *aliénée*.

Qu'il me suffise de rappeler, en réponse à cette double assertion :

1° Que c'est moi même qui ai signalé ce fait à l'Académie dans une lettre adressée à cette savante compagnie, du vivant de la malade — et qu'après la mort, j'ai transmis de même à l'Académie les détails de la nécropsie;

2° Que dans l'observation publiée dans la *Revue médicale*, avec mon autorisation, par M. Roussel, élève interne dans mon service, on lit le passage suivant :

« *M. Gibert, malgré sa répugnance pour les décisions hasardées, reconnut aussi dès lors tous les traits de la pellagre...* » (Revue méd., an 1842, t. III, p. 13.)

Je vous prie, Monsieur et honoré confrère, de vouloir bien insérer cette réponse textuellement dans le prochain numéro de votre journal.

Agréez, Monsieur, mes salutations dévouées.

Paris, ce 24 juillet 1845.

Dr GIBERT.

Ainsi, M. Gibert nie positivement qu'il a méconnu la pellagre; il nie surtout le fait relatif à l'*envoi* de la malade comme frappée d'aliénation mentale et dirigée vers la Salpêtrière.

Je n'ai qu'une réponse à faire à M. Gibert; mais elle est péremptoire, et je répète encore que je ne la fais que contraint et forcé, avec regret et répugnance.

Je dépose dans les bureaux du Journal, pour être mise à la disposition de tous ceux qui voudront en prendre connoissance, copie *certifiée conforme* de la pancarte d'hôpital relative à cette malade, et qui est ainsi conçue :

Administration générale des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la ville de Paris.

(HOPITAL SAINT-LOUIS.)

Je soussigné, le 13 juin 1842, est entrée une fille, née Chenu (Adélaïde), âgée de vingt-trois ans, profession de couturière, demeurant rue d'Albout, née à Brie-Comte-Robert, département de Seine-et-Marne, fille à Joseph et Couville (Joséphine).

Maladie : Eczéma (effacé).
Erytheme.
Pellagre.
Aliénation mentale.

Sortira pour passer à la Vieillesse (femmes).

Le 27 juin 1842.

Signé GIBERT.

Morte le 29 juin, sept heures du matin. *Méningite.*

GIBERT.

Certifié conforme au billet de salle de la malade ci-dessus dénommée, par le commis aux entrées de l'hôpital Saint-Louis.

Ce 17 juillet 1845.

Signé QUENTIN.

Cette pièce prouve sans réplique que ce n'est pas évidemment M. Gibert qui a reconnu la pellagre. Le 27 juin, il renvoie à la Salpêtrière une malade comme frappée de folie; cependant cette malade ne part pas, et meurt à l'hôpital deux jours après. Pourquoi M. Gibert la garde-t-il? Parce que ce jour-là même, M. Roussel, frappé de cette dernière et caractéristique scène de la folie, renouvelle ses instances auprès de M. Gibert et le décide enfin à ouvrir les yeux sur la nature de la maladie. C'est alors aussi que M. Gibert écrit ou fait écrire le mot pellagre au-dessus du mot aliénation c'est alors encore, et seulement alors, que l'Académie est instruite. Peut-on supposer que M. Gibert eût renvoyé à la Salpêtrière une maladie si rare et si intéressante, s'il l'eût reconnue?

Tout cela est si clair et si évident qu'il serait de mauvais goût d'insister davantage.

Jean RAIMOND.

polype? Comme la tumeur était molle et pédiculée, on aurait pu croire plutôt à un polype, si ce n'est que cette mollesse était plus grande que celle qui est propre aux polypes. M. Piorry s'arrêta donc à l'idée que cette tumeur était le placenta resté dans la matrice depuis l'accouchement. Cette opinion était d'autant plus probable, que la tumeur exhalait une odeur fétide. Ce diagnostic fut complétement vérifié, quand, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et sans le secours de pinces, M. Piorry eut retiré la plus grande partie du corps étranger. Quoiqu'il fut bien convaincu d'avance qu'il ne pourrait extraire la totalité du placenta en une seule fois, néanmoins M. Piorry en arracha le plus qu'il put, parce que chez une femme anémique, chez laquelle par conséquent l'absorption est excessivement facile, il fallait, autant que possible, enlever la partie de cet organe qui était en voie de putréfaction. Cette conduite était rationnelle, bien que d'un autre côté on sût qu'après cette ablation partielle le fragment resté dans la matrice dût avoir plus de difficulté à sortir. Dans le but de faciliter l'expulsion de ce fragment, on prescrivit 0,25 centigrammes de seigle ergoté et des injections fréquentes à grande eau, qui, en même temps, durent prévenir l'absorption. Le seigle ergoté devait de son côté empêcher le renouvellement de l'hémorrhagie, point capital, en raison des états organo-pathologiques que présentait cette femme. Son foie était démesurément petit, son sang contenait une proportion considérable de sérum; en un mot, il y avait anémie et hydrémie. Les poumons étaient plus sonores qu'à l'état normal, non qu'il y eût emphysème, mais parce qu'ils contenaient moins de sang.

On joignit aux moyens ci-dessus indiqués des boissons froides, un peu de vin, une bonne nourriture et le repos absolu. C'est avec une alimentation animale, et non point avec les prétendus toniques qu'on fait du sang. Les acides végétaux ou minéraux seraient aussi impuissants contre cette hémorrhagie que les toniques contre l'hydrémie.

Le 25 avril, la malade était très faible et presque mourante, car elle avait encore perdu un peu de sang pendant tous les jours précédents. Ce même jour, M. Piorry enlève encore des débris de placenta en état de putréfaction, et prescrit le traitement suivant: Tenir les jambes et le bassin plus élevés que le tronc et la tête, dans le but de faciliter l'afflux du sang vers le cœur; prendre toutes les dix minutes de l'eau sucrée avec addition de bicarbonate de soude, pour réparer et suppléer autant que possible la sérosité du sang. Toutes les demi-heures boire un peu de bouillon coupé, qui doit, par l'osmazome qu'il contient, réparer la fibrine; toutes les heures un peu de vin, dans le but de ranimer la circulation. Injections vaginales avec de l'eau froide. Entre chacune d'elles, tamponnement méthodique. Glace sur le bas ventre; enfin 50 centigrammes de seigle ergoté en trois prises.

Malgré tous ces moyens combinés avec tant de soin, cette pauvre femme succomba le 26 avril.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Séance du 16 juillet 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Vidal* lit l'observation suivante, de phlébite par suite d'une saignée du bras, abcès métastatiques, guérison.

Dezé (Pierre), âgé de vingt-huit ans, est charretier. Cet homme, assez robuste, a un tempérament qui se rapprocherait du lymphatico-sanguin des classiques.

Le 16 décembre 1844, Dezé entra à l'hôpital du Midi et fut reçu à mon service pour être traité d'un chancre induré du prépuce avec bubon indolent. Le 17 du même mois, on saigna le malade, et ce fut la veine médiane céphalique du bras droit qu'on ouvrit. Le 18, la petite plaie de la saignée n'est pas fermée; il y a entre ses lèvres une humeur séreuse trouble; le malade accuse déjà une douleur au pli du bras. (Cataplasme émoll.) Le 19, deux jours après la saignée, les douleurs sont plus vives; du pus sort en petite quantité par la piqûre de la lancette; au-dessus et au-dessous d'elle, c'est-à-dire à la partie inférieure du bras, et supérieure de l'avant-bras, est un empâtement avec des traînées rouges dans la direction des veines de ces deux parties du membre supérieur. Le matin il y a un léger frisson. (30 sangsues sur le bras, le long du bord interne du biceps; 2 potages.) Le 20, le frisson a été violent; la douleur est plus forte, la tuméfaction plus considérable au bras qu'à l'avant-bras: elle monte vers l'aisselle; la tension est très marquée, la rougeur n'est prononcée que vers le bord interne, où, par le palper, on constate un gros cordon très consistant. (20 sangsues sont appliquées le long du bord interne du biceps.) Fièvre vive continue avec frissons de longue durée au début de chaque redoublement, céphalalgie intense. Le délire a lieu le 21; il est d'abord tranquille et passager; il devient ensuite furieux et continuel. L'altération des traits de la face est prononcée, la peau est jaunâtre, sèche et chaude; langue aride, fuligineuse; respiration anxieuse. (Sulfate de quinine, 1 décigr.) Le 22, le délire devient tranquille, et on peut rappeler le malade à ses sens. Il se plaint de douleurs vives sur divers points de la poitrine. L'accablement est tel, que je n'ose percuter ni soulever le malade pour ausculter convenablement la poitrine. Je pratique plusieurs incisions: 1° Au pli du bras; 2° sur le bord interne du biceps. Elles donnent issue à une sérosité blanchâtre mêlée à du sang; mais il ne sort point de pus proprement dit. (1 déc. de sulfate de quinine tous les jours; vin; bouillon.) Le délire léger; la fièvre continue avec exacerbation à des heures différentes de la journée.

Ces symptômes vont en s'aggravant, et il s'en ajoute d'autres. Ainsi, en janvier, se déclare une toux particulière avec crachats purulents, non tenaces et absolument comme le pus qui sort d'un abcès. Le malade ne se plaint que de l'épaule gauche (côté opposé à la saignée); cette articulation est tuméfiée, peu rouge, sans mouvements spontanés, et les mouvements communiqués causent d'atroces douleurs. Cette articulation a été ouverte plus tard, et elle a fourni une petite quantité de pus. Ce sont les souffrances, les douleurs du côté de cette épaule qui ont empeché le malade d'avoir conscience du travail qui s'opérait à la racine de la cuisse gauche. Dans la région trochanterienne de ce côté était un vaste abcès qui, ouvert, a laissé la peau dénudée dans une grande étendue; le pli de l'aine correspondant a été le siége d'un engorgement et d'une roideur qui ont longtemps persisté. Un autre abcès a apparu au bas du sternum. Un stylet a constaté la dénudation des cartilages correspondants et une très grande profondeur de l'abcès. Des alternatives de constipation et de diarrhée ont eu lieu sans ballonnement du ventre. Les matières étaient fétides au point d'incommoder tous les malades d'une grande salle; la sueur répandait aussi une odeur très fétide. La diarrhée a fini par être continue, et elle n'a cessé qu'à la fin du mois de mai 1845, après l'administration du perchlorure de mercure donné dans l'intention d'agir sur le principe vénérien, contre lequel on n'avait rien dirigé pendant tout cet orage.

Cet accident formidable, accident de la saignée, a donc duré près de six mois, puisqu'il a éclaté vers le milieu de décembre 1844, et s'est prolongé jusqu'à la fin de mai 1845.

Réflexions de M. Vidal. — Le fait dont je viens d'entretenir la Société a sans doute des analogues. Ainsi, dans l'article remarquable de M. Bérard du Dict. en 21 volumes (nouvelle édition), il est question d'une guérison qui se rapproche de celle-ci; M. Michon en possède aussi un cas. MM. Sédillot et Jobert comptent des succès qui se rapprochent de celui ci. Moi même, je possède des observations qui ressemblent à celles des honorables collègues que je viens de citer. Mais dans le fait actuel, notez bien les circonstances que voici:

1° La phlébite est incontestable, sa cause est connue; on a pu, pour ainsi dire, la suivre de l'œil dans son action, et je crois que rien ne manque à la symptomatologie de cette inflammation. Voilà pour l'affection locale.

2° Quant à l'infection purulente, à la maladie générale, je la crois aussi incontestable que la phlébite. En effet, des abcès multiples se sont fait jour dans des régions éloignées de la blessure de la veine; il y a eu un abcès intra-articulaire qui ne peut être nié; une collection de même nature s'est ouverte devant la poitrine et sur d'autres parties du corps. Les frissons répétés qui précédaient des accès fébriles irréguliers, la teinte de la peau, voilà des symptômes qui, joints à ceux que je viens d'exposer, complètent le tableau de la maladie qui tue si souvent nos opérés.

3° Reste la question de savoir si des abcès avaient envahi les viscères. Ici je rappellerai les crachats de pus, les selles purulentes prolongées opiniâtres, et je me demanderai si l'abcès en rapport avec le sternum, celui que le stylet explorateur a trouvé si profond, je me demanderai si cet abcès n'avait aucun rapport avec les organes contenus dans la poitrine.

Ceux qui voudront conjecturer encore sur ce fait important, feront sans doute intervenir le chancre induré, et voudront peut-être que l'infection vénérienne ait affaibli l'infection purulente. Mon projet, aujourd'hui, n'est pas d'entrer dans les hypothèses qui peuvent naître de ce fait; je voulais seulement établir celui-ci dans toute sa sincérité, dans tous ses détails.

M. Malgaigne considère cette observation comme remarquable surtout en ce sens, que l'infection purulente a eu lieu en quelque sorte en dehors, qu'elle a respecté les viscères. A ce sujet, il rappelle que, dans un concours à la Faculté, qui eut lieu il y a trois ans, il s'était attaché à distinguer, dans les cas d'infection purulente, ceux dans lesquels la pyogénie semble se prononcer vers l'extérieur, et ceux dans lesquels elle est surtout viscérale et interne. Ce qui le frappe, dans le cas rapporté par M. Vidal, c'est que les phénomènes de l'infection purulente ayant succédé à une saignée, les abcès métastatiques ont eu lieu à l'extérieur, et c'est en cela surtout que le fait de M. Vidal lui paraît exceptionnel, le contraire ayant lieu habituellement dans les cas de phlébite de ce genre, où l'infection viscérale est en quelque sorte la règle. Comme exemples de maladies à infection purulente dans lesquelles les abcès ont lieu au dehors dans beaucoup de cas, il cite la variole, l'état puerpéral, la morve. Il fait remarquer que le choix des points vers lesquels tend à se former le travail pyogénique à la suite de l'infection purulente, est déterminé par un mobile inconnu, mais de manière qu'il y ait, en quelque sorte, élection d'un lieu plutôt que d'un autre.

Celles qui ont lieu à l'extérieur ont en quelque sorte le caractère d'un phénomène critique, jugeant la maladie et la jugeant favorablement dans un certain nombre de cas. A ce sujet, M. Malgaigne mentionne une observation dont le sujet encore actuellement dans son service, est une femme qui, à la suite d'un état puerpéral très grave a été prise d'abcès multiples tous à l'extérieur. Comme cette femme, antérieurement à ses couches, avait habité une écurie où se trouvaient des chevaux morveux, elle a été examinée par une commission du conseil de salubrité, les accidents qu'elle présente ayant été attribués à la contagion de la morve. M. Malgaigne n'y a rien vu autre chose que les suites d'un état puerpéral, et il considère la malade comme étant en voie de guérison.

M. Chassaignac fait remarquer que plus le fait rapporté par M. Vidal offre d'intérêt, plus il importe de le soumettre à une discussion approfondie, afin d'en mettre hors de toute contestation le véritable caractère. Il est frappé de cette particularité, que tous les abcès qui se sont produits ultérieurement à la phlébite, savoir l'abcès sternal, l'abcès trochantérien et l'abcès scapulo-huméral, étaient en rapport direct avec le tissu osseux, ce qui n'existe pas d'ordinaire pour les abcès métastatiques, tandis que cela est fréquemment observé dans les cas de syphilis constitutionnelle: or, le malade de M. Vidal avait un chancre induré. D'une autre part, le malade n'ayant pas été ausculté, il pourrait arriver qu'il fût tuberculeux, et l'on sait combien les abcès ossifluents sont communs chez les sujets atteints de tubercules. Toutefois cette dernière supposition, rapprochée de l'aspect de la constitution chez ce malade et du mode de guérison complète des abcès, qui n'ont laissé aucun trajet fistuleux chez ce malade, semble peu probable. Quant aux caractères déduits de l'aspect et de la fétidité des excrétions de la muqueuse bronchique, de la muqueuse intestinale et de la peau, ils ne sauraient constituer une démonstration, d'abord parce que l'odeur de pus altéré est celle de tous les produits de décomposition des substances animales quelle que soit leur origine, c'est-à-dire des gaz ammoniacaux et hydrosulfurés, et qu'ensuite l'examen microscopique seul peut juger la question de savoir si les excrétions susmentionnées renfermaient de la matière purulente.

M. Vidal maintient que les abcès observés dans ce cas avaient les caractères des abcès métastatiques; ils étaient articulaires: ce qui n'est pas rare pour ce genre d'abcès. Du moins la chose ne lui paraît pas douteuse pour l'abcès scapulo-huméral, qui a laissé à sa suite une ankylose de l'articulation de l'épaule. Ils ont été précédés par des frissons et une douleur vive, ainsi que par la couleur jaune de la peau. A la vérité, les caractères microscopiques du pus n'ont pas été recherchés; mais pour ce qui concerne l'excrétion bronchique, lorsque l'on comparait sur la même compresse un de ces crachats non visqueux, non cohérents rendus par le malade, et du pus provenant directement des abcès, il y avait une sorte d'identité d'aspect entre les deux produits, et l'on n'aurait pas pu déduire leur point de départ du fait de leur examen le plus attentif. D'un autre côté, il faut noter comme confirmatives de l'interprétation donnée de ce cas par M. Vidal, les circonstances suivantes: 1° la phlébite, comme point de départ des accidents, était incontestable; 2° il y avait des abcès isolés; 3° les diarrhées, l'expectoration et la sueur avaient un caractère spécial qui les rapprochait du pus altéré; 4° l'évolution des divers phénomènes qui ont eu lieu a duré près de cinq mois, puisque la saignée ayant été faite en décembre, la terminaison de la maladie n'a eu lieu qu'au mois de mai; 5° les excrétions qui ont eu lieu témoignent que les viscères n'ont point été respectés dans cette infection pyogénique. En un mot, hors l'autopsie on ne saurait exiger plus de preuves à l'appui de la signification donnée par M. Vidal au fait qu'il a observé.

M. Robert revient sur la distinction établie par M. Malgaigne entre les infections purulentes internes ou viscérales, et les infections à tendance éliminatoire ou externe des produits pyogéniques. Cette distinction, il l'a indiquée dans un concours auquel il a pris part il y a trois ans, à la Faculté. Tout récemment encore il a eu dans son service un malade chez lequel il avait pratiqué l'amputation de la cuisse. Les accidents qui survinrent consistèrent en des frissons, des sueurs à odeur purulente, des accès fébriles quotidiens et irréguliers. Ces accidents se prolongèrent jusqu'au cinquantième jour, époque à laquelle la hanche du côté de l'amputation devint lourde et douloureuse, puis quinze jours après fut le siége d'une collection purulente considérable dont l'évacuation fut immédiatement suivie d'une marche franche vers la guérison, comme si l'économie eût été débarrassée du produit morbide dont la présence avait déterminé les accidents antérieurs. Le fait de M. Vidal paraît remarquable et en quelque sorte caractéristique, suivant M. Robert, en ce sens qu'il y a un travail pyogénique dans les poumons; car il pense que la matière expectorée provenait directement d'abcès pulmonaires métastatiques.

M. Bérard insiste sur la nécessité où l'on se trouve, dans ce genre de discussion, de formuler nettement ce qu'on entend par infection, résorption, fièvre purulente. Dans les cas où, par suite de la suppuration à l'intérieur d'une veine, il y a mélange du pus avec le sang, des conséquences mortelles sont inévitables; du moins, jusqu'ici la science ne possède pas un seul fait où le contraire ait été démontré. Mais il y a une différence essentielle et profonde entre ce cas et ceux des fièvres de suppuration, des fièvres graves, mais sans phlébite reconnue, des fièvres éruptives suivies d'abcès sous la peau comme dans la variole. C'est à cette catégorie, qui diffère essentiellement des cas de phlébite proprement dits, que doivent être rapportés les faits de guérison après infection purulente. Dans l'observation qui fait l'objet de la discussion actuelle, M. Bérard ne saurait voir la marche et les symptômes de la véritable infection phlébitique; car, il le répète, une distinction bien tranchée doit séparer les cas où l'infection est introduite par une phlébite suppurante, de ceux où elle reconnaît tout autre mode d'introduction dans l'économie. Les arguments de M. Bérard contre l'interprétation de M. Vidal, sont puisés dans la marche même de la maladie et la nature des symptômes observés. Ainsi, dit-il, c'est dès le second jour de la saignée que, dans ce cas particulier, vous voyez commencer l'inflammation phlegmoneuse qui se propage le long de la veine. Or, ce n'est pas, le plus souvent, aussi promptement que se manifeste la suppuration veineuse interne. Je vois bien plutôt là le caractère de la phlébite dite interne ou celluleuse qui n'est pas, à proprement parler une phlébite, mais une maladie extra veineuse.

La série ultérieure des symptômes est plutôt celle d'une fièvre grave, d'une fièvre typhoïde, par exemple; car le délire qui dure plusieurs jours n'est point un symptôme de l'infection phlébitique, et je déclare, pour mon compte, n'avoir pas vu un seul cas, parmi tous ceux que j'ai observés, où ce symptôme ait existé. Il en est de même de l'état de la langue, elle était sèche et fuligineuse; eh bien, dans les cas de phlébite, elle se fait remarquer par sa mollesse, sa netteté, sa souplesse, en quelque sorte semblable à ce qui a lieu dans l'état de santé. La teinte jaune de la peau et la fétidité des excrétions se rencontrent dans des affections trop diverses pour constituer ici des symptômes caractéristiques; et quant à l'expulsion de crachats purulents, jamais elle n'a été notée dans les quinze premiers jours d'une phlébite. Je ne rappellerai pas les alternatives de diarrhée et de constipation, qui se rapportent aussi bien à une fièvre typhoïde qu'à une infection purulente. Assurément, le fait de M. Vidal est très remarquable; mais s'il n'y a pas eu infection phlébitique, il perd de son importance. De ce que dans une infection de ce genre les abcès se soient manifestés sous la peau, le pronostic n'a rien perdu de sa gravité, car c'est la nature du phénomène dénoncé par ces abcès, bien plus que leur siége, qui fait la gravité de la situation; et dans un cas que j'ai rapporté à la Société d'une infection purulente survenue après une opération de varicocèle, bien que les abcès se fussent formés dans les articulations, je n'en étais pas pour cela plus tranquille, et mon pronostic se trouva malheureusement vérifié.

Au sujet du début des accidents, qui, suivant M. Bérard, serait prématuré s'il se fût agi d'une phlébite, M. Vidal rappelle les dates précises de l'observation. Le malade entre à l'hôpital le 16 décembre; il est saigné le 17; c'est le 18 que l'on voit suinter de la plaie de la saignée une humeur séreuse trouble: le 19, le pus apparaît avec accompagnement de légers frissons. M. Vidal ne fait aucun doute que cette observation, rapprochée des tableaux qui ont été donnés de l'infection purulente, ne soit en conformité avec ce qui a été observé.

M. Maisonneuve cherche à établir une distinction entre deux modes d'infection purulente, très différents par leurs résultats: l'un dans lequel il y aurait un mélange direct du pus avec le sang dans les veines, un autre dans lequel le pus n'arriverait dans le système nerveux qu'après avoir été en quelque sorte tamisé par les ganglions lymphatiques. Il pense que les infections purulentes tenant à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ont également des caractères particuliers; il a observé des angéioleucites purulentes, et notamment, dans un cas, chez un élève en médecine. Les frissons étaient très rapprochés; ils survinrent le deuxième et le troisième jour, furent suivis d'abcès qui s'ouvrirent à l'extérieur. Dans plusieurs cas de ce genre, la guérison a eu lieu. Peut-être le pus est-il modifié dans son passage à travers les lymphatiques, soit qu'il se forme directement dans ceux-ci, ou bien que, formé ailleurs, il soit transmis par leur intermédiaire dans le système veineux; toujours est-il que cette forme d'infection purulente, qui diffère de celle qui succède à l'état puerpéral, aux fièvres graves, lui paraît beaucoup moins dangereuse. C'est peut-être aux cas de ce genre que doit être rapporté le fait de M. Vidal; mais il n'y a pas lieu d'admettre ici l'existence d'une fièvre typhoïde.

M. Vidal repousse formellement l'intervention des lymphatiques et les explications de M. Maisonneuve dans le cas particulier, puisqu'il n'a existé aucun symptôme d'angéioleucite, ni traînées lymphatiques, ni réseau, ni engorgement ganglionnaire, tandis que dans ce moment encore, et c'est là une preuve que la maladie a directement intéressé les veines, il existe une sorte de développement variqueux de toutes les veines superficielles de la main et de l'avant-bras. Touchant l'opinion émise par M. Bérard sur l'existence possible d'une fièvre typhoïde, M. Vidal fait remarquer que si l'on rapproche comparativement les symptômes mentionnés dans l'observation de ceux de la fièvre typhoïde et de ceux d'une infection purulente vraie, l'analogie sera tout à fait en faveur de cette dernière supposition.

M. Malgaigne, en parlant de la démarcation qu'établit M. Bérard entre les infections purulentes par mélange direct du pus avec le sang dans la phlébite et celles qui ne reconnaissent pas ce mode de production, fait remarquer qu'avant d'admettre cette démarcation il faudrait que le fait même du mélange direct des deux fluides dans la phlébite purulente fût rigoureusement démontré. Or, dit il, dans l'immense majorité des cas on ne peut constater que ce mélange se soit fait directement, et, pour mon propre compte, je n'ai encore vu aucun fait qui le démontrât; car dans tous les cas que j'ai vus il y avait oblitération par un caillot entre le sang en circulation et le pus renfermé dans la veine.

M. Malgaigne ne peut donc considérer que comme une hypothèse l'opinion de M. Bérard sur le mélange direct du pus avec le sang dans la phlébite; et dans les cas observés par lui d'abcès métastatiques non douteux, il y avait absence de toute preuve de transmission directe du pus dans le sang. M. Bérard, en séparant les fièvres purulentes des infections directes, a peut-être trop oublié leur grand point de contact, puisque les premiers faits, ceux recueillis par Dance, l'ont été chez des femmes récemment accouchées. Dans ces infections à origine puerpérale, quelle que fût la voie, lymphatique ou veineuse, qui eût donné lieu à l'infection la mort ne survenait-elle pas de la même manière? Maintenant, de ce que certains malades échappent après avoir présenté à peu près la même série de symptômes que ceux qui succombent, soutenir qu'il n'y a pas eu le même genre d'af-

fection, n'est-ce pas aller contre la logique? Ne veut-elle pas, au contraire, que quand après une lésion qui produit habituellement la phlébite et l'infection, nous observons les symptômes de ces accidents, nous affirmions que ces accidents ont existé? Ainsi donc, si en scrutent jour par jour l'observation de M. Vidal, on peut élever quelques doutes, pourvu qu'on se rappelle la teinte jaune de la peau, les frissons, l'amaigrissement, la faiblesse du malade, tout cela suivi d'abcès multiples, il paraît logiquement impossible de nier qu'il y a eu phlébite, infection purulente et abcès métastatiques.

Pour ce qui a trait à l'assertion de M. Maisonneuve sur la manière dont le pus serait en quelque sorte tamisé à travers le système lymphatique, M. Malgaigne pense que c'est une manière tout hypothétique, et nullement rigoureuse, d'interpréter les faits.

M. Bérard, en parlant du mélange du pus avec le sang à la suite des blessures et des opérations, s'attendait à soulever une controverse; car il ne prétend pas fournir la démonstration rigoureuse de ce mélange. C'est en lui une conviction, une sorte de foi; en un mot, une vérité de sentiment plutôt que de démonstration. Ce n'est pas que, dans certains cas, M. Bérard n'ait vu des conditions cadavériques annonçant soit un mélange direct, soit la possibilité de ce mélange, mais enfin dans la majorité des cas on ne peut administrer la preuve anatomico-pathologique de cette communication. Cela concédé, M. Bérard demande si lorsqu'à la suite d'une blessure ou d'une opération on voit survenir les symptômes de l'infection purulente, on ne diagnostique pas que 99 fois sur 100 il y a une phlébite. Maintenant, qu'il y ait eu transmission dans le sang, le fait a toute la croyance de M. Bérard, mais ce qui reste, ce qu'il y a de positif, c'est qu'on trouve du pus dans les veines.

M. Malgaigne, en croyant l'exception moins rare que ne l'admet M. Bérard, convient que c'est en effet la règle après les lésions traumatiques.

M. Bérard demande encore si lorsque les sujets succombent après avoir présenté les symptômes de l'infection purulente traumatique, on ne rencontre pas constamment une phlébite? Voilà donc deux faits qui coexistent constamment, savoir, d'une part la phlébite, de l'autre l'infection purulente. Quant au mode suivant lequel s'effectue la transmission du pus dans le sang, c'est ici qu'existent des obscurités. A cet égard on peut dire 1° que quand le sujet a vécu un certain temps, les traces de la communication qui a existé antérieurement peuvent être complétement effacées; 2° que la formation du caillot qui sépare le pus du sang dans les veines suppurées peut être ultérieure au mélange; 3° qu'il suffit que dans quelques cas on ait constaté la perméabilité de la veine ou du caillot; 4° qu'il suffit, en un mot, de cette remarquable coïncidence que quand l'infection purulente existe après une lésion traumatique, ce n'est jamais sans qu'il existe en même temps une phlébite pour admettre qu'une transmission a eu lieu.

Eu égard à la question d'identité entre les accidents liés à l'état puerpéral et la phlébite, M. Bérard est loin de regarder cette question comme décidée; il pense, au contraire, que deux ordres de phénomènes distincts peuvent être la suite de l'accouchement: 1° d'un côté la phlébite proprement dite; 2° d'un autre côté des fièvres graves, des phlegmasies de mauvaise nature, mais qui ne sont pas des phlébites. De ce genre sont certaines arthrites, phlegmons diffus, abcès multiples. Si dans ces derniers cas on suit attentivement la marche des symptômes, on voit qu'elle n'est pas exactement la même que dans le premier. Il faut donc distinguer l'état puerpéral grave de l'état puerpéral phlébitique. Ce dernier est constamment mortel. Quand les malades survivent, c'est qu'elles n'ont été atteintes que du premier de ces états. Un fait qui s'observe actuellement dans le service de M. Bérard, semble venir à l'appui de ses assertions. Une femme, à la suite de l'accouchement, a été prise de fièvre intense, de délire, de frissons, d'abcès multiples, sur le trajet de la veine saphène interne. D'après l'aspect et la marche des accidents, M. Bérard crut devoir annoncer aux personnes qui suivent sa clinique, qu'on avait affaire à un état puerpéral grave, mais non de nature phlébitique, et par conséquent moins fâcheux. Son pronostic s'est vérifié. Ce n'est pas, comme l'a avancé M. Malgaigne, de ce que l'infection devient viscérale plutôt qu'extérieure que résulte la gravité de la phlébite, car la mort arrive souvent avant qu'il se soit formé aucun abcès viscéral.

M. Marjolin demande à M. Bérard dans quelle catégorie il range les abcès qu'on voit survenir dans les viscères à la suite d'un cathétérisme simple, non saignant et non douloureux, comme il en a vu un exemple à l'hôpital Beaujon, chez un malade qui fut pris de frisson deux heures après un cathétérisme qui avait été pratiqué sans difficulté aucune par M. le professeur Marjolin.

M. Bérard répond que dans les cas de ce genre il y a ordinairement, ainsi qu'il a eu l'occasion de le voir à l'hôpital Necker, par suite d'opérations de lithotritie, des abcès du rein, et que, vu le commerce vasculaire intime dont cet organe est le siége, il n'y a rien de surprenant à ce que le pus passe dans les veines. Ici une néphrite suppurante coexiste avec des abcès viscéraux. Dernièrement encore M. Bérard a pu observer ce genre d'accident chez un malade qui mourut dans son service à la suite de simples injections continues d'eau fraîche dans la vessie.

M. Maisonneuve dit qu'il a vu bon nombre de faits qui prouvent, suivant lui, le passage direct du pus dans le sang à travers les veines enflammées. Entre autres cas, il rappelle celui qu'il a étudié avec M. Blandin sur un sujet à l'occasion duquel il s'éleva une discussion entre MM. Blandin et Tessier. Chez ce sujet, la veine fémorale étant ouverte, on reconnut qu'il suffisait de pressions très légères exercées sur le membre pour faire arriver le pus jusqu'au mélange avec le sang.

M. Malgaigne trouve ce fait très contestable. Du moment qu'on a employé des pressions sur les muscles, il y a possibilité d'un résultat artificiel. Autant aurait valu, dit-il, le pousser avec une seringue. Il existe des faits, et notamment celui de Hunter, qui seraient bien autrement démonstratifs, mais qui ne lui paraissent pas suffisants pour baser une conviction parfaite.

M. Denonvilliers dit qu'il a vu des faits où l'accès direct du pus dans le sang lui paraissait démontré par l'autopsie. Entre autres cas, chez un enfant auquel il avait pratiqué l'amputation de la cuisse à l'Hôtel-Dieu, le caillot ne faisait point obstacle à ce passage. Une contestation s'éleva à ce sujet entre M. Denonvilliers et M. Tessier, qui affirmait que la destruction du caillot avait été le résultat artificiel de l'examen même qui venait d'être fait par M. Denonvilliers. Ce chirurgien déclara être parfaitement sûr de ce qu'il avait avancé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

M. le docteur Pasquier père, après de longs et honorables services, vient de prendre sa retraite de la place de membre du Conseil de santé des armées. M. Pasquier fils, membre adjoint, lui succède comme membre titulaire; M. Baudens a été nommé membre adjoint en remplacement de M. Pasquier fils.

— A la suite des premières épreuves du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux, les concurrents dont les noms suivent sont admis aux épreuves définitives:

MM. Voillemier, Gosselin, Lucien Boyer, Morel-Lavallée, Lacroix, Dequevauvillers, Désormeaux et Alph. Sanson.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 21 juillet, un concours public sera ouvert le 1er décembre 1845, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'anatomie vacante dans ladite Faculté, par la mort de M. Breschet.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 2 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 90. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 1er AOUT 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Rayer n'est pas éloigné d'adopter notre opinion sur la cause de la salivation, dans le cas dont nous avons parlé samedi dernier. Il nous a même indiqué, à l'appui de cette opinion, un argument d'une grande valeur, tiré de l'apparition quelquefois très tardive des accidents saturnins à la suite de l'intoxication par le plomb. « Nous avons vu, dit M. Tanquerel des Planches, plusieurs individus qui, n'étant plus depuis longues années en contact avec le plomb, ont cependant contracté la colique et les autres formes de l'empoisonnement saturnin. » Ces individus avaient tous depuis longtemps un ou plusieurs des traits caractéristiques de l'*intoxication saturnine primitive*, ainsi nommée par M. Tanquerel. Mais ces traits sont des indices de la présence du plomb, des preuves et non des accidents de l'intoxication. Or, si le plomb peut séjourner pendant *longues années* dans l'économie avant de produire la colique ou une autre forme de l'empoisonnement saturnin, qu'y a-t-il de surprenant à ce que le mercure reste un an dans l'organisme avant de donner lieu à la salivation?

— Puisque l'occasion nous amène à reparler de la salivation, citons un fait curieux rapporté dans un ouvrage intéressant et instructif de M. Mialhe, ouvrage tout récemment publié (*Traité de l'art de formuler*). Il s'agit d'un homme qui, affecté d'une amygdalite, fit usage d'un gargarisme alumineux, à la dose d'une petite cuillerée d'alun par demi-verre d'eau. Le malade se gargarisa très fréquemment dans la journée, et continuait à se gargariser pendant la nuit, lorsque « il fut presque subitement atteint d'un ptyalisme très marqué, qui ne cessa d'avoir lieu qu'après une cinquantaine d'heures d'un écoulement salivaire des plus abondants. » C'est là un fait d'autant plus remarquable que, comme chacun sait, l'alun est prescrit avec avantage et en quelque sorte spécifiquement contre la salivation mercurielle.

Il faut considérer que dans ce cas l'alun fut employé à haute dose. Or, d'après M. Mialhe, le sulfate d'alumine et de potasse, employé topiquement, constitue à la fois, soit un excellent *astringent* ou *coagulant*, soit un *désobstruant* ou *fluidifiant* énergique, suivant la dose à laquelle il est administré. A petite dose, il coagule; à haute dose, il fluidifie. Nous ne pouvons entrer dans l'examen de l'explication chimique proposée par M. Mialhe. Elle n'aura de force, si ingénieuse soit-elle, qu'autant que les faits auxquels elle s'applique seront assez multipliés pour être eux-mêmes hors de doute.

— Un homme, âgé de cinquante-quatre ans, est entré dans le service de M. Rayer. Son pouls battait soixante-quatre pulsations. Ses crachats étaient très rouillés, tout à fait caractéristiques; on entendait sous le bras, surtout en bas, un râle crépitant parfait, et de la résonnance seulement inférieurement. La gêne de la respiration n'était apparente que lorsque le malade parlait. Nous citons ce fait, uniquement au point de vue du diagnostic, à cause de la discordance entre l'état du pouls et la respiration, et la lésion pulmonaire. N'eussent été les crachats pathognomoniques, on aurait pu, du moins pendant les premiers jours, méconnaître la pneumonie, en raison surtout de son siége.

M. Piorry professe que, généralement, la pneumonie des vieillards est hypostatique au lieu d'être inflammatoire. On pourrait admettre cette donnée, qui fait la part des exceptions. Lorsque, comme chez notre malade, la pneumonie est latérale, il y a lieu de penser qu'elle n'est point hypostatique.

— M. Andral vient d'avoir, à la Charité, plusieurs cas de fièvre typhoïde, dans lesquels des abcès multiples se sont formés dans le tissu cellulaire sous-cutané, pendant la convalescence. A diverses reprises nous avons eu l'occasion d'observer ces sortes d'abcès durant les précédentes épidémies; mais c'est le nombre des faits actuels qui a motivé la remarque du savant professeur. Ces abcès constituent une ressemblance de plus entre les deux exanthèmes que l'on a si souvent, etc., ce semble, si justement comparés: la variole et la fièvre typhoïde. Pourquoi faut-il qu'une si frappante analogie s'arrête précisément à la prophylaxie, et que l'on n'ose s'avouer à soi-même qu'après tout, dans un temps plus ou moins reculé, cette variole interne pourrait bien avoir aussi son Jenner? La formation des abcès sous-cutanés multiples, dans la fièvre typhoïde, prouve que l'éc aullement du tissu cellulaire par les boutons varioliques n'est pas la condition principale de leur apparition dans la petite vérole. Seulement, il pourrait servir à expliquer leur fréquence relative dans cette dernière.

— Un fait intéressant de fièvre typhoïde s'est présenté également dans le service de M. Andral. C'est celui d'une femme chez laquelle la maladie a débuté par un délire violent, comme celui de la méningite. Toutefois, une saignée du bras ayant donné un caillot étendu à toute la largeur du vase, mou et sans excès de fibrine, le diagnostic dut être réservé. La mort eut lieu le sixième jour. A l'autopsie, on ne trouva aucune altération dans le cerveau et les méninges. L'intestin grêle, à sa partie inférieure, offrait l'éruption folliculeuse à la première période.

N'est-il pas remarquable que, malgré tant de chances défavorables, on ait pu éviter l'erreur de diagnostic? L'honneur de ce résultat revient tout entier à l'hématologie. Quand l'art a été impuissant, c'est une consolation que la science soit sauve, et elle l'a été, car ici le doute n'est pas une erreur.

—M. Andral a remarqué que depuis quelques années il y a à Paris plus de fièvres intermittentes, et qu'on y observe des fièvres pernicieuses qui ne s'y voyaient pas ou que de loin en loin. D'autres médecins ont fait cette remarque; mais nous aimons à l'enregistrer sous l'autorité de M. Andral. Cette question présente un grand intérêt; aujourd'hui nous ne la considérerons que sous un seul point de vue. A quelle circonstance est-il permis de rattacher la plus grande fréquence des fièvres intermittentes dans cette capitale? A-t-on vu se creuser des marais autour de ses murs? Non pas assurément. Mais les vicissitudes atmosphériques y sont excessives: on passe plusieurs fois par jour d'une température à l'autre; on même on est à la fois mis en sueur par le soleil et refroidi par une brise nord ouest des plus vives. Notre météorologie est tout à fait déréglée et bizarre. L'année n'a plus de saisons et le jour n'a plus d'heures. Il semble impossible d'apercevoir une autre cause de l'extension du type intermittent parmi nous. Cet aveu nous coûte, car nous avons une grande sympathie pour l'explication des fièvres intermittentes par les miasmes paludéens.

— Depuis plus de deux ans M. Trousseau appelle l'attention des médecins et des élèves qui suivent sa clinique des maladies des enfants à l'hôpital Necker, sur un nouveau *signe* de la méningite. Ce signe singulier, auquel on aura peine à croire, et que nous publions sous l'autorité de ce professeur, consiste dans la production d'une rougeur vive de la peau sous un frottement *léger*.

La semaine dernière, M. Trousseau ayant dans son service un enfant de quinze mois atteint de méningite, en prit occasion pour faire remarquer qu'il suffisait de passer légèrement le doigt *une ou deux fois seulement* sur un point de la peau pour qu'une rougeur comme érythémateuse, circonscrite, se manifestât tout aussitôt dans le point touché. Ce phénomène put être constaté aisément plusieurs jours avant la mort, et, ce qui est bien important à noter, alors que les signes de la méningite n'étaient pas encore évidents pour la plupart des personnes qui suivaient la visite.

Pour montrer la valeur de ce signe, M. Trousseau essaya sur plus de vingt enfants affectés d'autres maladies ou sains (fils de mères malades), de produire cette rougeur. Il passa le doigt jusqu'à vingt fois de suite sur un point de la peau, et il ne put la faire rougir au degré où elle rougit, sous le plus léger frottement, chez les enfants atteints de méningite.

La rougeur se produit partout, mais plus spécialement au

FEUILLETON.

DÉPOSITIONS EN JUSTICE. — MÉDECINS. — SECRET.

Aucune loi ne dispense les médecins de l'obligation de déposer en justice et de répondre aux questions qui leur sont posées par un juge d'instruction sur des faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession.

Mais il n'y a pas lieu de condamner à l'amende, pour refus de déposer, le médecin qui, sous la foi du serment, déclare que ce n'est que confidentiellement *et* avec promesse de secret, *qu'il a été introduit auprès d'un blessé.*

Dans son audience du 26 juillet, la chambre criminelle de la Cour de cassation a eu à s'occuper de la question du secret à l'occasion de l'affaire de M. le docteur Saint-Pair (de la Pointe-à-Pitre), dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs. On se rappelle que M. le docteur Saint-Pair fut condamné par M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, à une amende de 150 fr. pour avoir refusé de répondre à des questions qui concernaient un individu blessé en duel, auquel il avait donné des soins. Cette affaire, déférée à la Cour d'assises de la Pointe-à-Pitre, ramena M. Saint-Pair devant la justice; les mêmes questions lui furent adressées, suivies des mêmes refus. Mais ici loin d'encourir une pénalité quelconque, la Cour rendit un arrêt, par lequel reconnaissant que dans l'espèce ce qui avait eu lieu entre le docteur Saint-Pair et le blessé avait été confidentiel, elle déchargeait ce médecin de tout témoignage.

M. Saint-Pair s'est pourvu en cassation contre l'ordonnance du juge d'instruction, qui le condamne à l'amende.

D'un autre coté, le procureur du Roi près le tribunal de la Pointe-à-Pitre a déféré à la Cour suprême l'arrêt de la Cour d'assises qui refusait de prononcer une semblable condamnation.

C'est de ce double pourvoi que la Cour de cassation a eu à s'occuper.

Un mémoire à consulter, très lucidement rédigé par Me Boulanger, conseil judiciaire de l'association de prévoyance des médecins de Paris, a été présenté à la Cour dans lequel les principes et le cas particulier ont été discutés et résolus dans un sens favorable à M. Saint-Pair.

M. l'avocat général Quénault, dans un lumineux réquisitoire, a combattu les principes invoqués dans l'ordonnance de M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, soutenu l'arrêt de la Cour d'assises et conclu à l'annulation de l'ordonnance et au rejet du pourvoi de M. le procureur du Roi.

La Cour, après une délibération qui s'est prolongée pendant plus de deux heures, a rendu un arrêt par lequel elle a rejeté le pourvoi de M. Saint-Pair et le pourvoi du procureur du Roi de la Pointe-à-Pitre.

Sur le premier pourvoi la Cour a considéré qu'aucun texte de loi, qu'aucun principe de droit ou de morale n'affranchit les médecins de l'obligation de déposer sur les faits dont ils ont connaissance à raison de l'exercice de leur profession, et qu'ainsi le juge d'instruction avait sainement appliqué l'art. 80 du Code d'instruction criminelle.

Sur le second pourvoi, la Cour a considéré qu'il résultait des motifs de l'arrêt de la Cour d'assises, que ce qui avait eu lieu entre lui et le blessé avait été *confidentiel*; que ce n'avait été même que *secrètement* qu'il avait été introduit près du blessé; qu'ainsi, la Cour d'assises en refusant de condamner à l'amende un médecin qui, sous la foi du serment, déclarait que c'était avec promesse de secret qu'il avait donné des soins à un blessé, n'avait violé aucune loi.

Nous avouons ne pas très bien comprendre cet arrêt, qui nous paraît contradictoire. Si M. Saint-Pair n'a violé aucune loi, pourquoi a-t-il été condamné par le juge d'instruction? Et si le juge d'instruction a sainement appliqué l'art. 80, pourquoi rejeter le pourvoi de M. le procureur du Roi? Notre *judiciaire* s'embrouille dans ce conflit. Nous préférons de beaucoup l'exposition simple et lumineuse de M. l'avocat général Quénault, qui nous paraît avoir parfaitement posé et résolu la question de principes ainsi que nos lecteurs pourront en juger.

Réquisitoire de M. l'avocat général.

Il n'est point de questions plus graves que celles qui résultent du conflit des devoirs opposés entre lesquels un citoyen est placé, offrent, en même temps qu'un point de droit, un problème de morale à résoudre, et portent ainsi dans la conscience un trouble qui nuit à la sûreté du jugement. C'est une question de cette nature qui a été soulevée, lorsque le sieur Saint-Pair, chirurgien de marine de 1re classe, cité comme témoin successivement devant le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, et devant la Cour d'assises de la Guadeloupe, s'est refusé à déposer sur des faits qui ne lui auraient été confiés, a-t-il dit, que sous le sceau du secret, dans l'exercice de sa profession. Le juge d'instruction a condamné ce témoin à 150 fr. d'amende, pour refus de déposer. Au contraire, la Cour d'assises a admis en faveur du sieur Saint-Pair le droit de garder le secret. L'une et l'autre décision vous sont aujourd'hui déférées, et vous avez à prononcer entre les deux opinions contraires.

Posons d'abord quelques principes généraux qui nous serviront de point de départ pour arriver à la solution de la difficulté qui vous est soumise.

La justice est la dette de la société tout entière; et comme la justice ne peut être administrée qu'à l'aide de preuves, et surtout de preuves testimoniales, l'obligation de déposer est pour les témoins une obligation d'ordre public dont l'accomplissement a dû être assuré par une sanction pénale. On ne saurait s'affranchir d'une obligation de cette nature par des considérations privées, par des engagements privés.

D'un autre côté, la justice ne veut être servie que par des moyens en harmonie avec son but élevé, qui est le maintien de l'ordre, surtout de l'ordre moral, dans la société. Le devoir de déposer comme témoin cesse donc d'être obligatoire dans les cas exceptionnels où l'on ne pourrait obliger à l'accomplir sans risquer de troubler l'ordre de la société par le sacrifice, par la violation d'un autre devoir également respectable. Ainsi, la loi ne veut point qu'on appelle en témoignage le conjoint, les proches parents, les alliés aux mêmes degrés d'un accusé, elle n'exige point le sacrifice des liens du sang et des devoirs de famille. Exiger que pour servir la justice on abdique les sentiments de la nature ou les devoirs sociaux, ce serait risquer de compromettre l'œuvre de la justice. En matière de témoignage, c'est à la conscience que l'on s'adresse: on ne pourrait lui faire violence sans péril pour la vérité et pour la justice elle-même.

Or, indépendamment des devoirs de famille, la société reconnaît aussi des devoirs d'état, de profession, qui paraissent, dans certaines circonstances, incompatibles avec les devoirs de témoin. Il est, en effet, des professions dont l'exercice implique la nécessité de recevoir le dépôt de certains secrets et de garder religieusement ce dépôt. Les lois et la jurisprudence ont dû en tenir compte.

Ainsi l'inviolabilité du secret de la confession, prescrite par les règles canoniques, crée pour les ministres de la religion appelés comme témoins une cause de dispense que l'on ne pourrait méconnaître sans porter atteinte à la liberté religieuse et à la Charte constitutionnelle qui la garantit. Ainsi pour l'avocat, pour le conseil qui a reçu les confidences de son client, l'inviolabilité du secret est inséparable de la liberté de défense, que votre jurisprudence considère avec raison comme une condition essentielle de l'administration de la justice, et qu'elle a élevée à la hauteur d'un principe de droit public.

A ces deux causes de dispense, que votre jurisprudence a consacrées par de nombreux arrêts, l'ancienne jurisprudence, si l'on s'en rapporte aux anciens auteurs les plus accrédités, Jousse, Muyart de Vouglans, en ajoutait une troisième pour le cas où des médecins ou chirurgiens, se conformant à la loi du secret imposée par les statuts des Facultés, refuseraient de déposer comme témoins sur des faits

visage. Elle ne dépend pas de la fièvre ; car des enfants atteints d'affections fébriles au plus haut degré ne l'ont pas présentée.

Il importe de signaler ce fait à l'attention des praticiens, parce qu'il a été présenté dans tous les cas de méningite observés depuis quelque temps par M. Trousseau, parce qu'il est facile à obtenir, parce qu'enfin il a besoin d'être étudié encore et sous toutes ses faces.

Appartient-il à tous les cas de méningite? Est-il propre à certaines formes de cette affection? Existe-t-il constamment dès le début? Rien de plus obscur jusqu'ici que les signes de la méningite commençante. Témoin le jeune enfant du service de M. Trousseau, dont nous parlions plus haut, et chez lequel la méningite confirmée éclata tout à coup après une diarrhée qui avait duré plusieurs jours, et qui avait fait croire à une affection purement intestinale, le tout à la suite d'une rougeole. On comprend, d'après cela, de quel intérêt il serait d'avoir un signe qui pût, dès le commencement, mettre sur la voie du diagnostic.

Quant à expliquer le phénomène étrange qui vient de nous occuper, c'est chose impossible, à notre avis, et à laquelle il faut renoncer.

— La métastase est une sorte de révulsion spontanée. La nature, par un mécanisme insaisissable, révulse l'affection d'un organe sur un autre. Il existe, toutefois, une notable différence entre la révulsion et la métastase. Dans la première, telle que l'art la produit, la résolution de l'affection primitive est postérieure à l'affection déterminée par l'agent révulsif. Dans la métastase, la résolution de l'affection primitive, appelée *delitescence* lorsqu'elle est soudaine, précède l'affection métastatique.

Voici un fait remarquable de métastase, observé récemment à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Trousseau.

Un enfant âgé de quatre mois portait à la partie moyenne de la région sous-maxillaire, sous le menton, une tumeur rouge, dure, ayant l'apparence d'un ganglion enflammé. Les parties environnantes se tuméfièrent rapidement, rougirent; en un mot il se forma un vaste phlegmon du cou. L'engorgement était dur; il comprimait la trachée et produisait de la gêne dans la respiration. Le lendemain du jour où cet état fut constaté, à la visite du matin, le phlegmon du cou avait disparu *entièrement*. Un râle crépitant sec existait en arrière dans toute l'étendue de la poitrine, signe très rare chez les enfants, comme chacun sait. La main, appliquée sur la région précordiale, recevait l'impression du frémissement cataire; et l'oreille, dans le même point, faisait percevoir un râle crépitant (ou plutôt très vraisemblablement un bruit de frottement). L'enfant mourut rapidement.

A l'autopsie, on trouva cette hépatisation pulmonaire, qui constituerait, d'après MM. Legendre et Bailly, le retour du poumon à l'état fœtal. Le parenchyme de cet organe était dur, rouge, compacte, élastique, non œdémateux. L'altération se faisait remarquer dans toute l'étendue de la moitié postérieure des deux poumons. Il y avait de la sérosité dans les plèvres, avec quelques traces de fausses membranes. Une péricardite pseudo-membraneuse des mieux caractérisées, fut constatée, affection bien rare chez les jeunes enfants, car, pour notre compte, nous n'en avons pas lu une seule observation, ou vu un seul exemple. Le tissu cellulaire du cou était parfaitement sain. C'est sans doute à la péricardite qu'il faut rapporter ce prétendu râle crépitant qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, doit être regardé comme un bruit de frottement péricardique.

On doit se tenir en garde contre la possibilité de confondre ces deux bruits. Le fait suivant nous a mis en défiance à cet égard.

Une jeune fille avait été opérée d'un hydrothorax, et l'opération avait parfaitement réussi; la malade mangeait les deux portions; elle était apyrétique. Pourtant on entendait un râle à grosses bulles en arrière; le long du bord interne du scapulum. Comme nous ne pouvions, chez une jeune fille très excitable, supposer une pneumonie si complétement apyrétique, nous nous étions fait une théorie sur le déplissement nécessairement laborieux du poumon long-temps comprimé par le liquide; déplissement auquel il nous semblait rationnel d'attribuer le gros râle crépitant que nous entendions, et nous devons même avouer que nous étions fort satisfait de cette découverte, lorsque l'idée nous vint que, si la paracentèse avait enlevé la partie liquide de l'épanchement, elle en avait laissé assurément la partie solide ou pseudo-membraneuse. Nous écoutâmes plus attentivement, et il nous fut facile de reconnaître que le prétendu râle était un bruit de frottement pleural. Il faut donc bien savoir qu'il y a une sorte de frottement qui imite plus ou moins exactement le râle crépitant.

Revenons à notre métastase. Il ne semble pas possible de contester qu'il y ait eu dans ce cas transport de la maladie de l'extérieur à l'intérieur. On ne peut supposer que la pleuropneumonie et la péricardite existassent de prime abord, coïncidemment avec le phlegmon du cou, car des signes de cette double phlegmasie auraient été observés, et il n'y en avait pas. L'auscultation avait été pratiquée,

Ce fait nous a été communiqué par un excellent et laborieux observateur, M. Deville, interne de M. Trousseau, qui certainement ne l'a pas recueilli sous l'influence d'une idée préconçue.

— C'est encore M. Deville qui nous a signalé un caractère anatomique intéressant fourni par le rein d'un enfant nourri au biberon, et ayant succombé probablement par suite de réparation insuffisante. La substance tubuleuse présentait la vraie injection admirable des anciens anatomistes, injection rutilante, due à la réplétion des tubes de Bellini par une poudre fine et rouge. Cette altération reproduisait le résultat obtenu par Guattani au moyen de la ligature des uretères chez les oiseaux, lesquels ont l'urine très riche en sels.

— M. Deville a également observé que la gravelle est très commune chez les enfants, remarque fondée sur un grand nombre d'autopsies et confirmée par M. Trousseau. La gravelle se présente sous la forme de petites pierres jaunâtres irrégulières contenues dans le bassinet et dans les calices.

— Un jeune homme qui avait reçu un coup de tranchet vers la partie moyenne de la jambe gauche en avant, a éprouvé une hémorrhagie consécutive vers le quinzième jour de la blessure. M. Blandin, dans le service duquel il a été admis, s'est demandé s'il convenait de pratiquer la ligature haut et bas sur l'artère divisée, au point lésé, ou s'il n'était pas plus convenable de lier la fémorale, comme l'a fait Dupuytren dans ces cas bien connus de lésion des artères jambières coïncidant avec une fracture de la jambe. Craignant que l'artère blessée ne fût altérée par l'inflammation et ne résistât pas assez longtemps sous l'étreinte du fil, M. Blandin adopta le second parti et fit la ligature de la fémorale vers le milieu de la cuisse. Le fil fut coupé près du nœud et les bords de la plaie furent affrontés. Au sixième jour l'hémorrhagie se reproduisit par le bout inférieur. La jambe étant le siége d'une inflammation étendue, avec décollement entre les muscles et sous la peau, on pratiqua l'amputation de la partie, qui fut faite dans le genou, par la méthode circulaire.

Les chirurgiens sont partagés sur la question indiquée plus haut, celle de savoir s'il est préférable de lier l'artère blessée haut et bas, au point lésé, ou de placer la ligature à une certaine distance au-dessus de la plaie. Le fait qui vient d'être résumé est contraire à cette seconde manière d'agir. Quant à nous, dans deux cas d'anévrisme faux du pli du bras, suites de saignées malheureuses, nous avons vu, quelques jours après la ligature de la brachiale faite à une certaine distance au-dessus de la lésion, les battements renaître dans la tumeur, et celle-ci reprendre son volume. Nous préférons donc la ligature sur place. Notre opinion est assez arrêtée pour que, à l'occasion, nous n'hésitassions pas à nous faire jour jusqu'à l'artère lésée au moyen de très larges incisions, dussions-nous diviser quelque muscle. Relativement à la sécabilité des artères blessées, on pourrait se mettre en garde contre le danger qui en résulte en suivant le procédé opératoire de Scarpa, qui consiste dans l'interposition d'un rouleau de sparadrap au fil et au vaisseau, ou, tout au moins, par l'application d'une ligature large et plate. Les difficultés de l'opération dans le point blessé sont quelquefois extrêmes; mais elles dépendent en grande partie de ce qu'on veut opérer comme sur le cadavre, moyennant les incisions classiques. On voit que nous sommes hardiment pour la méthode de Guthrie.

— L'homme chez lequel M. Baudens a extirpé un ganglion induré est guéri. La réunion est linéaire.

Un militaire portait un petit lipome sur le dos de la main. M. Baudens ayant soulevé et attiré fortement la tumeur, l'a excisée d'un coup de ciseaux. Une suture entortillée, au moyen d'une seule épingle, a réuni les bords de la plaie, sur laquelle on a appliqué des compresses d'eau froide, et qui s'est cicatrisée dans l'espace de quarante huit heures.

L'infirmier atteint de fracture compliquée de la jambe, dont le membre a été mis dans l'appareil de M. Baudens, sous la glace, va parfaitement. L'inflammation a été prévenue. La consolidation est en très bonne voie.

Un soldat s'est donné, en fendant du bois, un coup de hache qui a intéressé transversalement toutes les parties molles du genou, jusqu'à la synoviale inclusivement; une hémorrhagie assez abondante avait lieu. Dans l'impossibilité de saisir l'artère, une forte compression directe a été faite, et la partie a été recouverte de glace pendant dix jours. Il n'y a pas eu d'inflammation. La plaie est très belle, et tend à la cicatrisation.

La cicatrisation s'est faite également sans la moindre inflammation chez un malade auquel M. Baudens a enlevé un testicule tuberculeux: la plaie de l'opération avait été recouverte de glace.

Un ancien soldat est entré dans le service de M. Baudens avec une entorse tibio-tarsienne des plus graves. La tuméfaction était extrêmement considérable. Un écartement sensible des malléoles doit faire supposer qu'elles ont été fracturées et poussées en dehors par la violence qui a causé l'accident. Les autres signes de cette fracture n'ont pu être saisis, à cause de la tuméfaction. (Existait-il en même temps une fracture par écrasement du calcanéum?) La peau était livide autour de l'articulation, et l'on y voyait de larges phlyctènes. La partie a été plongée dans l'eau froide, où elle est restée pendant quinze jours. Le malade retirait sa jambe de temps à autre. Un grand soulagement a suivi immédiatement cette immersion, et aujourd'hui le membre, recouvert d'un simple bandage compressif, est dans un état très satisfaisant.

Voilà autant de faits (le dernier surtout) qui parlent haut en faveur de la réfrigération appliquée aux lésions traumatiques et aux plaies résultant des opérations.

— L'observation suivante est très remarquable eu égard à l'affection qui en est l'objet, et relativement à l'habileté avec

---

qui leur auraient été confiés sous le sceau du secret dans l'exercice de leur profession.

Cette cause d'exception doit-elle être admise aujourd'hui? A-t-elle un fondement légal dans notre droit actuel?

Dans le système qui la repousse et qui refuse d'étendre l'exception admise par la jurisprudence en faveur du confesseur et de l'avocat, on fait observer qu'à leur égard elle est commandée par des principes de droit public qui dominent la législation et l'administration de la justice elle-même. On ajoute que toute exception qui ne se présente pas avec ce grand caractère, et qui n'est pas écrite dans la loi, ne saurait être admise.

On répond que pour les médecins et chirurgiens le devoir du secret n'est pas seulement établi par les statuts des Facultés de médecine placés eux-mêmes sous la protection des lois qui organisent et garantissent l'exercice d'un art si important pour la société; mais que ce devoir est consacré, sanctionné par le Code pénal dans l'article 378, qui interdit à toutes les personnes dépositaires par profession des secrets d'autrui, et en première ligne aux médecins et chirurgiens, de révéler ces secrets sous peine d'emprisonnement et d'amende. C'est dans la disposition générale de l'article 378 du Code pénal que se trouve le fondement légal de l'exemption admise en faveur du confesseur et de l'avocat, ainsi que l'ont proclamé deux de vos arrêts, l'un du 20 janvier 1826, l'autre du 11 mai 1844. On y trouve donc aussi le fondement légal de l'exemption réclamée par les médecins et chirurgiens. En effet, un troisième arrêt de la Cour, rendu à une époque récente, a considéré l'article 378 comme autorisant le médecin-accoucheur à ne point révéler à l'officier de l'état civil, dans la déclaration de naissance d'un enfant, le nom de la mère qui lui aurait été confié sous le sceau du secret dans l'exercice de sa profession.

Il est vrai qu'on peut tirer argument en sens contraire de l'interprétation donnée à l'article 378 dans un motif d'un arrêt rendu par la Cour, sous la date du 23 juillet 1830, à l'égard d'un notaire qui, cité comme témoin en justice, s'était refusé à déposer sur des faits relatifs à l'exercice de sa profession. On lit dans cet arrêt que « l'article 378 du Code pénal, placé sous la rubrique des calomnies, injures et révélations de secrets, a pour objet de punir les révélations indiscrètes inspirées par la méchanceté et le dessein de diffamer ou de nuire; mais qu'il ne s'ensuit pas que les personnes qui exercent les professions énumérées dans l'article 378 doivent être dispensées de faire à la justice la révélation des faits à leur connaissance, lorsqu'elles sont entendues comme témoins, et que dans l'intérêt de l'ordre public, leurs dépositions sont jugées nécessaires pour parvenir à la découverte de la vérité. » Le même arrêt, nous devons le faire remarquer en passant, décide, par un autre motif, que l'article 378 n'est point applicable aux notaires, et que la loi spéciale du notariat renferme plutôt une défense de divulguer que la prescription d'un secret absolu.

Nous inclinons à penser aussi que l'article 378 a pour objet, dans sa disposition pénale, les révélations faites avec l'intention de nuire, qui constitue l'intention de délit; et nous sommes d'avis que si un médecin, appelé en justice comme témoin, déposait sans se retrancher dans l'obligation du secret sur tous les faits parvenus à sa connaissance par une voie quelconque, cette révélation ne serait point punissable. Mais faut-il conclure de là que cette révélation soit obligée de la part du médecin, comme elle le serait de la part d'un témoin ordinaire?

Il y a dans la loi, dans l'article 378, autre chose que la peine, il y a le principe d'ordre dont elle est la sanction; et l'on est moralement tenu d'obéir à ce principe, non-seulement au degré nécessaire pour éviter la peine, mais à tout autre degré.

Quel est le principe d'ordre que l'article 378 a voulu organiser et garantir? Il est manifeste qu'il a voulu consacrer comme une obligation d'ordre public le devoir, pour les médecins et les chirurgiens, de garder les secrets à eux confiés dans l'exercice de leur profession. Ce qui le prouve clairement, c'est que la révélation d'un secret par un individu qui n'appartient point aux professions énumérées en l'article 378 n'est prévue et réprimée ni par cet article, ni par aucune autre disposition. Donc, si la loi punit comme un délit la révélation par un médecin des secrets qui lui auraient été confiés, c'est parce qu'il y a dans cette révélation autre chose que la violation d'un devoir d'état, de profession, dont l'observance importe à la société et intéresse l'ordre public.

En effet, Messieurs, il y a une grande différence entre les confidences faites à un médecin à raison de l'exercice de sa profession, et les confidences faites de particulier à particulier. Entre le malade et son médecin les confidences sur les causes de la maladie sont forcées, puisqu'elles peuvent seules mettre sur la voie des moyens de guérison. Le dépôt des secrets du malade dans la conscience du médecin, est donc un dépôt nécessaire. La profession du médecin commande la confiance du malade, et lorsque le médecin a provoqué et reçu les épanchements de cette confiance, ce n'est plus par un sentiment ordinaire de délicatesse, c'est par le devoir de sa profession qu'il est obligé de garder le dépôt fait à raison de sa profession même; car le secret est de l'essence des communications que la profession du médecin appelle, et sans lesquelles elle ne saurait s'exercer. Si la condition essentielle du secret était détruite, si le malade savait que sa confiance sera trahie, il aimerait mieux être victime d'un silence qui peut lui coûter la santé ou même la vie, que d'une révélation qui peut compromettre son honneur.

Or, l'intérêt public, l'intérêt de l'humanité exigent que toutes les conditions nécessaires à la liberté, à la sûreté, à l'efficacité de l'art de guérir soient pleinement respectées. Nous pensons que l'on peut appliquer aux médecins, en grande partie, ce que disait des avocats, sous le rapport de la fidélité au secret, M. l'avocat-général Gilbert des Voisins, le 27 janvier 1698, devant le Parlement de Paris: « L'avocat, disait-il, est nécessaire aux citoyens pour la conservation et la défense de leurs biens, de leur honneur et de leur vie. Il est établi par la loi et autorisé par l'ordre public dans des fonctions si importantes. La confiance de son client lui est surtout nécessaire pour s'en acquitter, et où le secret n'est point assuré, la confiance ne peut être. Ce sont donc les lois elles-mêmes qui, en instituant l'avocat, lui imposent la loi du secret, sans laquelle son ministère ne peut subsister et ses fonctions sont impossibles. »

Ne peut-on pas dire avec autant de raison, surtout en présence de l'article 378 du Code pénal, que ce sont les lois elles-mêmes qui, en instituant le médecin, lui imposent le devoir du secret; et si ce devoir est, comme on n'en peut plus douter, un devoir d'ordre public, comment peut-on, en le respectant, se rendre coupable d'un délit?

Toutefois, si la disposition principale de l'article 378 paraît consacrer pour les médecins le devoir, et par conséquent le droit de ne point révéler les secrets à eux confiés dans l'exercice de leur profession, en faveur de la thèse opposée on argumente de l'exception formulée par le même article en ces termes: *Hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.*

Quel est le cas réservé par l'article 378 dans sa disposition exceptionnelle? C'est, au dire de presque tous les auteurs, le cas où la révélation était obligée en vertu des articles 103 et suivants pour les complots contre la sûreté de l'Etat. Cette exception, fondée sur une raison de salut public, était la seule qui s'appliquât dans la pensée du législateur de 1810 à toutes les personnes comprises dans l'article 378, médecins, avocats, confesseurs même. Sous l'empire de cette loi de l'Etat, on n'avait pas cru pouvoir consacrer d'une manière générale le principe de la non-révélation des secrets, comme l'a fait l'article 378, sans placer immédiatement à côté de ce principe l'exception unique, mais générale et toute-puissante, devant laquelle il devait fléchir.

Vous le savez, les lois qui punissaient la non-révélation ont été abolies; et quoique l'on ait omis de rectifier, par suite, la disposition exceptionnelle de l'article 378, la disposition principale de cet article a repris toute sa force. Pour s'en rendre bien compte, il faut apprécier dans toute sa portée le changement introduit en 1832 relativement à la non-révélation. Dans le cas où l'intérêt public parlait le plus haut, on a reconnu que l'on ne pouvait prescrire en son nom, d'une manière absolue, la révélation des secrets d'autrui, et qu'il appartient à la conscience de rester juge des circonstances dans lesquelles la révélation devient un devoir. Comment, dans les cas ordinaires, les con-

laquelle le diagnostic à été porté. Nous avons vu la pièce. Les antécédents nous sont communiqués par M. le docteur Boudet, chef de clinique de la Faculté.

Un homme âgé de soixante-quatre ans, d'une forte constitution, entre dans le service de M. Fouquier, à la Charité, le 21 juillet de cette année. Il a de la dyspnée depuis dix ans, mais pas d'accès de suffocation. L'hiver dernier il a été atteint d'un rhume opiniâtre avec palpitations et œdème des membres inférieurs. Il a été traité par les saignées répétées.

A son entrée, le 21 juillet, il a une dyspnée extrême ; la voix est râlante comme celle des chevaux dits cornards. On ne peut constater dans les poumons autre chose que des râles ronflants et sous-crépitants. Les bruits du cœur sont normaux. Il n'est possible d'entendre en aucun point de bruit morbide aortique. On trouve seulement plus de matité qu'à l'ordinaire à la région supérieure du sternum.

Il n'y a plus de pouls dans la carotide et la sous-clavière gauches, ainsi que dans la radiale correspondante. Nulle part il n'y a d'œdème. Apyrexie.

Le diagnostic porté par M. Boudet, et confirmé par M. Fouquier, est le suivant : *Anévrisme probable de l'aorte au niveau de sa crosse ; compression de la trachée ; oblitération de la carotide et de la sous clavière gauches par suite de la compression exercée par l'anévrisme sur ces vaisseaux.*

Trois saignées sont pratiquées ; néanmoins la fièvre s'élève et la dyspnée augmente. Le malade meurt le cinquième jour après son entrée à l'hôpital, sans asphyxie évidente.

A l'autopsie, on trouve l'aorte énormément dilatée dans sa portion ascendante et sa crosse (dix-neuf centimètres de circonférence un peu au-dessus des valvules). Elle donne naissance à trois anévrismes : deux *vrais*, c'est-à-dire avec perforation des trois tuniques, l'autre mixte externe, c'est-à-dire avec perforation de la tunique interne seulement.

Des deux premiers, l'un, situé en arrière et à gauche du tronc brachio-céphalique, fait saillie dans la trachée dont la paroi est perforée et dont il rétrécit par conséquent le calibre ; l'autre, placé au-dessous de la sous-cloison gauche, a érodé les troisième et quatrième vertèbres dorsales à leur partie antérieure.

Le troisième est placé en avant au niveau de la crosse aortique.

Intérieurement l'aorte présente des traces d'inflammation aigue et chronique.

La carotide primitive gauche est oblitéré dans toute son étendue ; la sous clavière du même côté l'est jusqu'au delà de l'origine de la vertébrale.

Une pneumonie au troisième degré existe à droite. Notons que d'abord le malade fut apyrétique. (*V.* plus haut l'observation du malade de M. Rayer.)

Cette courte narration suffit. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien ce cas est intéressant, et combien l'autopsie a justifié un diagnostic presque divinatoire.

La pneumonie a ajouté à la dyspnée habituelle ; mais celle-ci avait sa cause dans la diminution du calibre de la trachée par le premier anévrisme. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus.

(Suite du numéro du 26 juillet.)

Avant d'examiner le pronostic des inflexions utérines, il n'est pas sans intérêt de dire quelques mots d'une complication qu'on rencontre quelquefois, et qui peut en imposer pour l'affection dont il s'agit ici ; nous entendons parler des difformités de la matrice.

Ainsi, quelques femmes portent un utérus double ; les exemples n'en sont pas excessivement rares. Si, par hasard, une femme se plaignait de symptômes analogues à ceux que nous avons décrits, et qu'elle fut atteinte de ce vice de conformation, on serait conduit à croire à l'existence d'une déviation qui n'existerait pas en réalité. Dans un exemple que nous avons sous les yeux en ce moment, il y a véritablement deux cols séparés par une cloison ; l'un d'eux paraît plus large que l'autre, et semblerait avoir servi à la génération ; mais l'égalité parfaite de volume entre les deux corps autorise à ne pas croire à la conception.

Du reste, nous avons vu sur des cadavres plusieurs fois une disposition semblable ; nous avons pu aussi observer quelques dames qui la présentaient. Chez deux, entre autres, cet état coïncidant avec une impossibilité complète d'avoir des enfants, bien qu'elles en désirassent vivement, nous avait fait penser que ce pouvait être là une cause de stérilité. Quoi qu'il en soit, il faut songer à cette difformité pour éviter l'erreur qu'elle pourrait faire commettre.

Cela dit, nous abordons le pronostic et le traitement des inflexions de l'utérus.

Chacune de ces deux parties de l'histoire des inflexions utérines, le pronostic et le traitement, doit de toute nécessité être envisagée sous deux formes, selon qu'elles se présentent chez des femmes dans l'état de gestation, ou, au contraire, chez des femmes qui ne sont point enceintes.

Chez les premières, en effet, les accidents ayant frappé les esprits, ont été étudiés avec soin, une foule de choses ont été dites : les faits sont parfaitement connus. Chez les secondes, au contraire, c'est une question restée neuve encore.

L'inflexion utérine, chez la femme enceinte, est d'un pronostic grave. C'est généralement vers deux ou trois mois qu'elle s'établit ; et jusqu'à deux mois, quand elle est survenue plutôt, elle ne cause que peu d'accidents ; mais à trois mois, ils commencent à devenir véritablement sérieux. L'utérus, qui jusqu'à cette époque de la grossesse s'était développé dans l'excavation, tend alors à s'élever au-dessus du détroit supérieur ; sa position fléchie s'y opposant, et son volume continuant à augmenter chaque jour, il en résulte bientôt des pressions sur tous les organes contenus dans le bassin, sur le rectum, la vessie, les vaisseaux, les nerfs ; ces pressions amènent de la réaction générale, et l'état de la femme devient alors tout à fait sérieux.

Mais il y a plus ; cette position de la malade tend à s'aggraver chaque jour, à mesure que la matrice augmente ; le détroit supérieur qui est plus rétréci que l'excavation, ne peut plus lui donner passage ; le viscère est dans l'impossibilité de remonter au-dessus, alors arrive la rétention d'urine, voire même la rupture de la vessie, l'accumulation des matières stercorales, qui peut amener des coliques, la péritonite ; de plus, cette pression sur les organes du bassin fait naître chez les femmes un besoin irrésistible de pousser, et il survient alors des déchirures.

On cite ainsi des faits extrêmement bizarres et tout à fait extraordinaires. Ainsi on a publié dans la presse médicale l'histoire d'une femme qui finit par expulser du vagin une matrice à l'état de gestation. C'était une rétroversion qui avait fait naître cette envie irrésistible de pousser.

Nous avons vu avec M. Bonis, rue du Petit-Lion, une femme enceinte de trois à quatre mois, chez laquelle nous trouvâmes une rétroflexion, et qui fut prise d'un besoin de pousser comme si elle eût voulu accoucher. Dans l'intervalle des efforts, nous ramenâmes le col en arrière ; mais toute la force que nous pûmes employer n'empêcha pas le renversement de se reproduire ; pourtant l'expulsion du produit de la conception finit par avoir lieu ; mais il fallut revenir pendant huit jours pour redresser l'utérus, et cela plusieurs fois par jour ; malheureusement une péritonite se déclara, et la malade mourut.

Nous le répétons, le pronostic de l'inflexion utérine chez une femme enceinte est donc grave, et souvent elle amènera l'avortement. Toujours alors on se trouve dans une position difficile ; il y a là un cercle vicieux dont on ne sort qu'avec peine ; car une fois la fausse couche imminente, il faudrait des contractions pour chasser l'embryon ; d'un autre côté, les contractions des muscles abdominaux augmentent la courbure de l'utérus.

Il faut dire cependant que quelquefois la déviation disparaît seule, la matrice se redresse d'elle-même. Une femme, amenée dans notre service, a vu dans une seule nuit la déviation cesser complétement. Nous avons vu un autre exemple chez une femme enceinte de trois mois : elle sentit quelque chose qui se dérangeait, dit elle, et la matrice se trouva remise en place sans qu'aucune manœuvre eût été tentée.

La terminaison des inflexions de l'utérus chez les femmes grosses peut donc amener des accidents graves ; rétention d'urine, déchirures, péritonite, etc., la mort même ; elles peuvent aussi être suivies du rétablissement de l'organe dans ses rapports naturels avec les viscères voisins.

Hors l'état de grossesse, les inflexions de la matrice constituent plutôt, à proprement parler, une difformité qu'une maladie ; cependant presque toutes les femmes qui en sont atteintes se plaignent, sont malades, accusent des souffrances continuelles, et passent leur vie dans un état d'étiolement qui finit par avoir ses dangers. Ainsi un grand nombre maigrissent et se trouvent dans une situation maladive presque continuelle, sans cependant qu'aucun organe se trouve gravement affecté ; pourtant aussi, quelques-unes finissent par contracter certaines maladies qui les font succomber.

La plupart se plaignent de difficultés dans les digestions ; elles sont sujettes aux syncopes, éprouvent facilement des accès convulsifs ; elles ont de la répugnance au mouvement, ne peuvent marcher, accusent des flueurs blanches, des irrégularités dans la menstruation, une respiration embarrassée ; mais il ne faut point oublier que chez beaucoup de ces malades le cerveau, l'imagination joue un rôle qui vient s'ajouter aux véritables douleurs physiques ; c'est ainsi que ces femmes atteintes d'inflexion de l'utérus n'éprouvent pas toutes les mêmes symptômes. Chez celles qui, comme on le dit vulgairement, ne s'écoutent pas, l'inflexion ne donne presque aucun signe d'existence ; chez les autres, soit par organisation, soit par désœuvrement, le besoin de s'examiner, d'étudier ce qui se passe en elles, est irrésistible ; chez celles-là, la plus petite douleur se grossit, elles s'écoutent vivre pour ainsi dire, et s'exagèrent la moindre souffrance. C'est qu'en effet, il n'est guère d'être humain qui en se conduisant de la sorte ne finisse par acquérir la conviction qu'il porte en lui quelque sujet de crainte ou de douleur. Quand les femmes en sont ainsi arrivées à se persuader qu'elles sont malades, si l'on vient à assombrir le tableau et à parler de cancer, de tumeur, d'ulcère, oh ! alors plus elles vont et plus en elles s'enracine la croyance d'un état sérieux.

Absolument et sans aucun doute, hors l'état de grossesse, et dégagées des troubles exagérés de l'imagination, les inflexions utérines sont d'un pronostic peu grave ; mais en y joignant ce rôle joué par le cerveau, elles amènent des dangers réels.

Mais le cerveau laissé de côté, quelle gravité réelle présentent ces inflexions ?

La matrice infléchie s'accompagne d'un certain degré de perturbation dans quelques fonctions. L'inflexion fait naître un sentiment de compression sur le rectum et la vessie, il peut en résulter une fatigue qui devient extrêmement pénible. Cela peut paraître étrange qu'une cause en apparence si légère produise un effet *extrêmement pénible*, comme nous le disons. Qu'on y réfléchisse, combien des causes plus minimes encore suffisent pour faire souffrir, pour rendre malheureux même l'individu soumis à leur influence ; un cil en contact avec la conjonctive ne tourmente-t-il pas horriblement ! quoi d'étonnant dès lors que la matrice fléchie amène une sensation très pénible par les pressions qu'elle exerce. D'ailleurs, non seulement elle comprime les viscères voisins, mais aussi cette compression entraîne du dérangement dans leurs fonctions. Sans doute l'action de la vessie et du rectum ne sera entravée que faiblement, mais elle le sera pourtant ; dès lors, des efforts plus considérables seront nécessaires pour la défécation et l'expulsion des urines, efforts qui tendront encore à augmenter la déviation, qui, à son tour, rendra plus difficiles les urines et les selles.

De tout cela il pourra résulter des irritations lentes qui amèneront des adhérences dans le ventre entre les intestins ; une sorte de paralysie de la vessie, etc.

De plus, la matrice déplacée, donnera lieu à des tiraillements douloureux, incommodes dans les ligaments larges, les ligaments ronds ; il y aura retentissement sur le grand sympathique, finalement sur le système cérébral, et l'on s'expliquera ainsi tout ce qu'éprouvent les femmes.

Enfin, il résulte encore que l'utérus est coudé d'une façon indélébile, et que c'est là une cause de perturbation dans les fonctions menstruelles et génératrices. Les troubles qui surviennent dans chacune de ces fonctions sont même assez importants pour exiger quelques mots, qui compléteront ce que nous avions à dire du pronostic des inflexions de la matrice.

Très souvent, parmi les gens du monde, on rencontre des femmes, d'ailleurs bien constituées, qui restent stériles, quelque désir qu'elles aient d'avoir des enfants ; il n'est pas dou-

---

sciences, et surtout les consciences engagées par un devoir de professions, n'auraient-elles pas la même liberté ?

Depuis ce grand changement introduit dans la législation, le devoir de dénoncer les crimes ne subsiste plus que dans les termes de l'article 29 du Code d'instruction criminelle pour les fonctionnaires publics, et pour tous les autres citoyens dans les termes de l'article 30, qui sont relatifs au cas où l'on aurait été témoin d'un attentat, et étranger, au cas où il s'agirait de secrets confiés, et surtout de secrets confiés à raison de l'exercice d'une profession. Si des ordonnances de police sont allées plus loin, si elles ont voulu déroger au principe de la non-révélation des secrets de profession établi par l'art. 378 (ce qui est douteux pour nous, ce que nous n'avons pas vu dans ces actes), nous ne pensons pas qu'on puisse aujourd'hui leur accorder cette puissance, en l'absence de toute loi qui leur serve de support car l'art. 378 n'admet de dérogation à sa disposition principale que par la force et l'autorité de la loi ; « hors le cas où la loi les oblige, » porte cet article.

On ne peut donc attribuer un semblable pouvoir à de simples règlements de police, à des règlements locaux, qui n'existent que pour la ville de Paris, en telle sorte que ce qui serait un délit à Paris serait innocent ailleurs. Il est évident que sous l'empire d'une législation qui a renoncé à punir la non-révélation même des crimes d'État, il ne dépend pas d'une ordonnance de police de rendre punissable la non-révélation des crimes et délits ordinaires.

Reste, Messieurs, qu'il ne s'agit point ici d'une dénonciation, mais d'une déposition à faire par un témoin appelé en justice. Une loi générale exige que le témoin satisfasse au devoir de déposer. Mais ce témoin est médecin, et une loi spéciale impose au médecin, comme un devoir d'ordre public, le devoir de garder les secrets à lui confiés dans l'exercice de sa profession. Est-il bien possible de régler d'avance, pour toutes les circonstances, la valeur respective et la hiérarchie de ces devoirs ? Si, comme le reconnaissent les auteurs, en petit nombre, qui ont adopté une opinion contraire à la loi du secret ; si, comme le reconnaît lui-même le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, l'obligation de déposer sur tous les faits n'est pas absolue ; si, dans certaines circonstances au moins, la loi du secret est inviolable, il semble que la conscience du médecin doive seule en demeurer juge, car les magistrats ne pourraient apprécier les applications de la règle et de l'exception dans leur rapport avec les circonstances de fait, sans porter eux-mêmes atteinte à l'inviolabilité du secret.

En résumé, ce que l'étude d'une question si grave et si difficile a laissé de plus clair et de plus certain dans notre esprit, c'est que le devoir pour les médecins de garder les secrets à eux confiés dans l'exercice de leur profession est considéré par notre législation, par notre Code, comme un devoir d'ordre public. Or, il nous paraît peu conforme à l'esprit général de notre législation de punir comme un délit l'exécution trop scrupuleuse peut-être d'un devoir de cette nature. Dans l'état de nos idées et de nos mœurs, la raison d'utilité publique ne suffit plus pour transformer un acte en délit. Pour recevoir cette qualification, il faut que l'acte soit en même temps contraire à la loi morale : trouvons-nous ce caractère dans une résistance qui s'appuie sur un devoir d'ordre public ?

Ce qui nous frappe encore, c'est que cette résistance qui s'appuie sur un devoir, part de la conscience d'un témoin, et que pour obtenir une déposition exacte et sincère, c'est à la conscience du témoin que la justice doit s'adresser. Or, il faut se garder de violenter la conscience des témoins. Le domaine de la conscience est celui de la liberté morale. La contrainte, la menace d'une peine peut faire parler des lèvres, mais non du cœur ; et c'est le cœur qui doit s'ouvrir pour rendre hommage à la vérité et à la justice. Nous nous plaisons à penser que si notre opinion était adoptée, les médecins qui se révoltent aujourd'hui contre la contrainte s'empresseraient de reconnaître que leur conscience et la vraie dignité de leur profession sont intéressées à ne jamais exagérer leurs droits aux dépens de l'ordre public.

Nous estimons qu'il y a lieu d'annuler l'ordonnance du juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, et de rejeter le pourvoi contre l'arrêt de la Cour royale de la Guadeloupe.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Votre excellent journal du 19 contient une lettre de M. Tavignot, dans laquelle il émet une opinion contraire à celle que j'ai avancée dans mon article du 12, relatif à l'emploi de la vératrine dans les maladies de l'œil. Je maintiens mes assertions, attendu qu'elles sont le résultat de plusieurs années d'observations.

Quant au prix de la vératrine j'avais évité d'en parler ; mais puisque M. Tavignot avance, par erreur sans doute, qu'elle se vend 6 fr. le gramme je crois devoir affirmer que cette substance parfaitement pure ne se vend que 1 fr. 50 c. le gramme chez plusieurs fabricants de produits chimiques de Paris. Le prix de ce médicament ne pourra donc pas être un obstacle à son emploi dans les établissements de bienfaisance.

Agréez, etc. F. TERRIER (d'Angers), D. M-P.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

leux que certaines de ces stérilités tiennent à des déviations utérines, mais moins souvent à des antéversions ou des rétroversions qu'à des inflexions. L'impossibilité de la fécondation, dans ce cas, paraît toute mécanique : l'angle que forme l'utérus coudé efface plus ou moins la cavité du col naturellement étroite, étroitesse qui seule peut déjà probablement être une cause de stérilité. On comprend que plus le calibre du canal sera petit, plus la fécondation deviendra difficile ; il en sera de même pour l'écoulement du sang menstruel. Pour nous donc, les inflexions utérines sont, sinon une cause absolue de stérilité, au moins un obstacle pouvant empêcher la conception. C'est là un résultat grave au point de vue social ; qui ne sait quel immense intérêt s'attache souvent dans les familles à la naissance d'un enfant ? Nous avons vu deux dames dans l'espace de deux mois, qui, mariées, l'une depuis sept ans et l'autre depuis cinq, avaient grand désir de devenir enceintes, et étaient d'ailleurs dans des conditions excellentes : mais l'une était affectée de rétroflexion, et l'autre d'antéflexion. Nous introduisîmes une tige dans l'utérus, et nous parvînmes ainsi à redresser l'organe ; l'une est accouchée depuis cette époque, et l'autre va accoucher incessamment.

Quant aux menstrues, leur difficulté amène des douleurs, des coliques ; nous croyons que ces symptômes tiennent à ce que le sang a de la peine à se créer un passage. En petit, il se passe ce qui arrive dans une fausse couche ; nous avons vu beaucoup de dames où cela paraissait évident ; chez quelques-unes, les règles commençaient par se déranger, et finissaient par ne plus venir.

Alors qu'il s'agit de simples déviations, tous ces phénomènes peuvent se montrer également ; ils sont moins fréquents cependant : on comprend néanmoins qu'ils soient possibles. Lorsque le col se trouve derrière les pubis, par exemple, sa position est moins favorable pour la fécondation ; car, bien qu'on cite des femmes imperforées devenues enceintes, cela doit être très rare.

Il est évident qu'il ne faut pas faire entrer dans le pronostic des inflexions de l'utérus celui de toutes les maladies qui les viennent compliquer ; il n'est aucune affection qui ne puisse se montrer avec elles. Ainsi, nous avons dans les salles, en ce moment, trois femmes. L'une porte une tumeur et une inflexion, l'autre une rétroflexion ; mais le corps de l'utérus est extrêmement volumineux : il y a probablement une tumeur, un corps fibreux. La troisième est entrée pour des pertes ; nous avons trouvé une latéroflexion. Il est clair que, dans ces trois cas, le pronostic de l'inflexion disparaît devant celui de la maladie principale.

Dans un prochain numéro, nous commencerons l'étude des moyens thérapeutiques. PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. CAVENTOU.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Honoré* revient sur ce qui a été dit par M. Collineau qui, ayant dépouillé toutes les relations d'épidémies de fièvre typhoïde envoyées à l'Académie, a trouvé que dans presque toutes on signale la contagion. L'honorable membre a fait aussi partie de la commission des épidémies pendant longtemps, et à plusieurs reprises. Il se rappelle fort bien qu'il y a quinze ou vingt ans, les rapports qui arrivaient à la commission ne faisaient nullement mention de la contagion. Ce n'est que depuis qu'on en a parlé, que les médecins des épidémies l'ont signalée aussi.

M. Collineau. Cela devait être. Parce que les premiers observateurs n'en parlaient pas, on ne doit pas conclure que la contagion n'existait pas. L'attention éveillée sur ce sujet, on a pu l'étudier avec plus de soin. Ce qui me frappe, c'est qu'aujourd'hui, dans presque toutes les relations d'épidémies de fièvre typhoïde, il est question de la contagion.

M. Villeneuve. L'assertion de M. Honoré ne me paraît pas tout à fait exacte. J'ai dépouillé toutes les relations d'épidémie depuis la moitié du dernier siècle jusqu'en 1831 : j'en ai étudié environ 900 ; eh bien ! j'ai rencontré plusieurs fois des observations fort explicites sur la contagion.

M. Bricheteau. La contagion de la fièvre typhoïde a été signalée pour la première fois par M. Leuret, dans une épidémie qui eut lieu à Nancy.

— *M. Renauldin* lit la relation d'un coup de foudre dont il a été témoin. Dans le mois de juin dernier, cet honorable membre se trouvait à Ville-d'Avray à huit heures du soir, pendant un violent orage. Il voulait surtout se rendre compte de la durée qui sépare l'éclair du bruit du tonnerre. Pour cela, et n'avant aucun instrument à sa disposition, il compta les pulsations de son pouls qui bat 65 fois par minute. A un certain moment un éclair immense sillonna la nue, et au même instant un bruit effroyable se fit entendre. Si l'observateur n'eût pas eu un moyen d'apprécier la distance qui sépara l'éclair du coup de tonnerre, il aurait pensé que les deux phénomènes avaient été simultanés ; mais au moyen des pulsations de son pouls, qu'il pouvait diviser en quatre temps égaux, M. Renauldin a pu se convaincre que la distance entre l'éclair et le bruit avait été de moins d'un quart de seconde. On découvrit que la foudre était tombée sur un arbre, à peu de distance de la maison. Un jardinier qui se trouvait dans une serre voisine, fut renversé, perdit pendant quelques minutes le sentiment et le mouvement, sans que cependant il eût rien vu et entendu.

M. Dubois (d'Amiens) doute très fort que M. Renauldin ait pu apprécier un quart de seconde par les pulsations de son pouls. Il pense qu'au moyen du bruit que produit l'échappement d'une montre à secondes, bruit tout à fait indépendant de celui que produit l'échappement du grand ressort, on aurait pu, même dans l'obscurité, avoir un moyen plus exact de mesurer le temps.

M. Renauldin. Mais comment percevoir au milieu du fracas de la foudre le léger bruit d'une montre à secondes ?

M. Dubois (d'Amiens). Mais quand le bruit commence le phénomène est fini.

M. Londe. La différence entre le mouvement du son et celui de la lumière est telle que le son parcourt 337 mètres par seconde et la lumière 77,000 lieues dans le même temps. Or, évidemment M. Renauldin a commis une erreur lorsqu'après avoir dit que l'arbre frappé de la foudre était à 40 pieds, il a évalué que l'intervalle entre l'éclair et le son était de 1/4 de seconde. 40 pieds font à peu près 13 mètres. Ce serait réduire le parcours du son à 52 mètres par seconde, ce qui est une erreur d'après les principes de la physique.

Cette discussion, dans laquelle l'absence de la section de physique de l'Académie se fait vivement sentir, se prolonge encore pendant quelques instants sans intérêt réel.

— L'Académie procède à la nomination d'un huitième membre associé étranger. Au premier tour de scrutin, M. Nægelé père obtient la majorité des suffrages.

— *M. Parizot* lit un mémoire sur le typhus du gros bétail et sur son traitement préservatif par l'inoculation.

— *M. Gibert* lit un mémoire sur la classification des maladies de la peau.

— *M. Fuster* lit une note sur les grandes révolutions du climat de la France (1).

Nos lecteurs verront avec intérêt les conclusions de ce travail remarquable.

La Gaule, au temps de la conquête de Jules-César, cinquante ans avant l'ère chrétienne, éprouvait un froid excessif, des pluies diluviales et de violentes vicissitudes, la rigueur de son climat lui interdisait la culture du figuier, de la vigne et même des arbres fruitiers. Ces faits sont établis par tous les témoignages et par toutes les circonstances de la vie des Gaulois.

Le climat de la Gaule s'adoucit à dater des premières années de l'ère chrétienne ; il devint à la fois plus chaud, moins pluvieux, plus égal et moins agité. Grâce à cette amélioration, la vigne et le figuier se frayèrent un passage à travers ses peuples. L'adoucissement de ce climat s'opéra par degrés, de proche en proche, et en allant du midi au nord. La culture de la vigne se conforma à cette marche, et s'avança aussi peu à peu de proche en proche, et du sud au nord. La Gaule ne s'échauffa complétement d'un bout à l'autre que dans le cours du cinquième siècle.

Ses progrès ne s'en tinrent pas là. Ils continuèrent sans interruption appréciable, pendant les sixième, septième et huitième siècles. Alors le climat de la France se montra notablement plus chaud, plus égal et plus tranquille que le climat de la France de nos jours. Grâce à ces qualités, les vignes remplirent la Normandie, la Bretagne, la Picardie, la Flandre, le Brabant et le Hainault, rendant chaque année, sous toutes ces contrées, d'abondantes vendanges et de bons vins. Elles y avaient régulièrement des raisins mûrs le 4 du mois d'août, et on les vendangeait au milieu du mois de septembre. La France essuyait en même temps fort peu de grandes intempéries. Les grands hivers surtout y étaient excessivement rares.

L'amélioration de notre climat a cessé au neuvième siècle. Il s'est détérioré depuis en devenant de plus en plus froid, de plus en plus variable, de plus en plus sec et de plus en plus agité. La détérioration s'est opérée comme son amélioration, par degrés et de proche en proche, mais elle a suivi une direction contraire ; l'amélioration s'était élevée du midi vers le nord ; la détérioration est descendue du nord vers le midi.

La détérioration éclate au neuvième siècle par un redoublement extraordinaire des grandes intempéries, et en particulier des grands hivers. Bientôt la vigne, si florissante dans les provinces du nord, ne peut plus vivre ou dépérit dans la Flandre et dans la Basse-Normandie. Le onzième siècle paraît être le point de départ de la rétrogradation ou de la dégénération de nos vignobles septentrionaux.

La dégradation du climat ne s'arrête pas : ses froids et ses vicissitudes augmentent. Les progrès de la détérioration atteignent les vignes de la Bretagne, de la Normandie et de la Picardie. La plupart disparaissent du douzième au treizième siècle ; le reste, à l'exception de clos bien abrités, ne donne plus que de mauvais vin. Les vignobles de l'Ile de France échappent jusque là à la ruine et à la dépréciation des vignes de ces provinces. Les vins d'Orléans, de Suresnes, de Sèvres, d'Argenteuil, etc. conservent toujours leur brillante réputation ; elle ne commence à pâlir que vers le seizième siècle, quoiqu'elle se soutienne au delà du dix-septième.

Les contrées méridionales ne perdirent que plus tard leurs anciennes qualités météorologiques. Leur climat ne s'est visiblement détérioré qu'à dater du dix-septième siècle. Sa détérioration n'a pas cessé depuis. Elle a banni les dattiers et la canne à sucre ; elle en réduit de plus en plus les cultures de l'oranger et de l'olivier. Maintenant la dégradation, devenue générale, s'accroît uniformément dans toute la France.

Une heureuse transformation de la surface du sol, sous un concours d'influences privilégiées, avait amené les améliorations des neuf ou dix premiers siècles de l'ère chrétienne. Une transformation en sens inverse, sous un concours d'influences désastreuses, a opéré les détériorations des neuf ou dix autres siècles.

La séance est levée après cinq heures.

(1) Ce travail est extrait d'un important ouvrage que M. le docteur Fuster vient de publier sous ce titre : Des changements dans le climat de la France, Histoire de ses révolutions météorologiques.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 5 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 91. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 4 AOUT 1845.

CONGRÈS MÉDICAL. — SÉANCE PRÉPARATOIRE.

Réunion des Commissaires délégués par les Sociétés de médecine de Paris.

Séance du 2 août 1845. — Présidence de M. BATAILLE, vice-président de la commission.

M. le docteur Bataille, vice-président de la commission, occupe le fauteuil, et donne connaissance d'une lettre de M. Moreau, qui ne peut assister à la séance, ayant été appelé en toute hâte au château d'Eu.

— Le procès-verbal de la première séance est lu et adopté.

— *M. le docteur A Latour* donne connaissance des adhésions qui lui ont été adressées, et cite en particulier un mémoire de M. Camille Bernard, d'Apt, et un autre de M. le docteur Bourdet, sur l'esprit de corps en médecine.

— *MM. Larrey, Fleurus, Léger* et *La Corbière*, écrivent qu'ils ne peuvent assister a la séance, empêchés par divers motifs impérieux.

— *M. Godard* demande la parole. L'Association de prévoyance des médecins de Paris et la Société médicale du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, n'ont point été convoquées; cependant ces deux Sociétés se sont occupées activement des idées d'association dans le corps médical.

M. A. Latour. Ce n'est que par un oubli tout à fait involontaire que ces deux sociétés n'ont point reçu d'invitation directe.

M. Richelot. Toutes les Sociétés ont été convoquées par la voie de la presse. Cette mesure a été prise précisément dans la prévision de quelques omissions possibles. Toutes les Sociétés, sans exception, devaient donc se considérer comme dûment invitées; c'était leur droit de nommer des délégués pour les représenter à la commission générale. Plusieurs Sociétés ont ainsi agi spontanément.

— *M. A. Latour*, secrétaire-rapporteur, a la parole pour lire le rapport au nom de la commission. (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

— *M. Boullay*, pharmacien, fait remarquer que la présence d'un pharmacien dans la commission d'organisation du Congrès, ne suffirait pas pour l'élaboration des nombreux travaux qui ont été rassembles depuis trente ans, et qui ont donné lieu notamment à seize séances présidées par M. le ministre de l'instruction publique lui-même. Déjà les pharmaciens ont obtenu des mesures importantes. Il demande que la pharmacie soit représentée par trois de ses membres dans la commission.

— *M. Hamont.* S'il est une partie de l'art de guérir qui soit en souffrance c'est l'art vétérinaire. Par des motifs semblables à ceux qui viennent d'être exposés, je demande l'adjonction de trois médecins-vétérinaires.

M. Ségalas. Avant de passer au vote sur ces deux propositions, il en est une qui me paraît devoir obtenir la priorité, car elle est la base de tout ce que l'assemblée pourra décider ensuite. Cette proposition préalable est la première de celles émises par la commission, savoir : Y a-t-il opportunité, utilité et convenance à provoquer un Congrès médical? Je demande que cette proposition soit immédiatement mise aux voix.

De toutes parts. Appuyé, appuyé.

M. le président met aux voix cette première proposition.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité moins quatre ou cinq voix.

Une courte discussion s'engage relativement à l'ordre à suivre pour le vote des autres propositions.

Sur la proposition de *M. Malgaigne*, l'assemblée décide qu'elle s'occupera d'abord de ce qui est relatif à la nomination de la commission permanente.

L'assemblée vote d'abord qu'il y aura une commission permanente.

Le nombre des membres qui devront la composer suscite une discussion et plusieurs propositions. Le nombre de 21 personnes d'abord mis aux voix, est rejeté ; il en est de même du nombre 19. L'assemblée décide enfin que la commission se composera de quinze membres, dont neuf médecins, trois pharmaciens et trois médecins vétérinaires.

Quelques membres demandent que le scrutin pour la nomination de cette commission ait lieu immédiatement.

M. Malgaigne s'y oppose, et détermine l'assemblée à renvoyer le vote à la fin de la séance.

L'assemblée s'occupe alors des pouvoirs à donner à cette commission.

La proposition de la commission relativement aux pleins pouvoirs à accorder à cette commission, est adoptée à l'unanimité.

L'assemblée passe à la discussion relative à l'ouverture du Congrès, que la commission a fixé au 1er novembre prochain.

Quelques membres, parmi lesquels MM. Géry, Mège, Sorlin, se divisent sur cette question : les uns disant qu'il n'est pas possible de fixer une époque, attendu qu'il est difficile de prévoir d'avance l'étendue des travaux ; les autres pensant, au contraire, qu'il vaut mieux déterminer une époque fixe pour arriver plus sûrement à un résultat définitif.

M. Malgaigne. La commission, dans le rapport admirable qu'elle vient de vous présenter a sérieusement examiné cette question, rapportons-nous-en à sa décision. Je lui demanderai seulement quel est le motif le plus impérieux qui lui a fait fixer l'ouverture du Congrès au 1er novembre.

M. Amédée Latour. Le motif le plus impérieux, la commission l'a trouvé dans le peu de temps qui resterait pour préparer les questions du programme, si le Congrès avait été fixé au 1er octobre.

L'époque du 1er novembre, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

La quatrième proposition, relative à la cotisation, est adoptée sans discussion.

L'assemblée passe à la discussion du projet de programme présenté par la commission.

M. Malgaigne fait remarquer que de l'aveu même de la commission le programme est incomplet. Voilà pourquoi elle avait demandé l'adjonction d'un pharmacien et d'un vétérinaire. Cette adjonction ayant été votée, il faut charger la commission de compléter son travail ce qui n'est possible que par ce moyen.

MM. Tanchou et Boullay demandent que le programme des questions soit imprimé et distribué afin que l'on puisse bien examiner s'il y a des omissions à réparer ou des modifications à faire.

Cette proposition n'est pas appuyée, la commission ayant elle-même proposé de publier et de distribuer le programme.

M. Ch. Place demande à présenter une question préjudicielle. Il voit très bien les rapports scientifiques qui existent dans les diverses catégories dont se composera le congrès, et sous ce point de vue il rend justice à l'impartialité et à la noblesse des sentiments manifestés par la commission. Mais sous le rapport de l'art et de la profession il voit surgir des intérêts différents entre les vétérinaires, les pharmaciens et les médecins. Il ne voit aucun profit à les confondre dans le même programme, et il désirerait que les parties qui concernent les trois professions dans le programme fussent faites isolément et restassent isolées.

Cette opinion est vivement combattue par *MM. Boullay, Hamont* et *Géry*, qui soutiennent que les travaux du congrès doivent être collectifs, comme l'a entendu la commission.

M. Malgaigne insiste pour que le programme soit adopté tel quel, sauf à le compléter dans le sens qui a été indiqué par la commission même.

Un membre, que nous croyons être M. Deslandes, fait remarquer qu'on a rédigé un programme composé d'une série de questions, lequel doit être complété par une nouvelle série de questions; et ce programme ainsi complété sera soumis au Congrès. Le Congrès aura donc à délibérer sur des questions. Or, cela est impossible. Une assemblée délibérante discute sur un texte, et jamais sur des questions. A la Chambre des députés on présente des projets de loi, et non des questions. L'honorable membre propose que les questions du programme soient préalablement discutées, et que lorsque cette discussion sera terminée, une nouvelle commission soit chargée de résumer toutes les propositions et de les rédiger sous forme de projet de loi. Ce projet de loi serait présenté au Congrès, qui alors aurait à discuter et à voter sur un ensemble nettement défini.

M. Amédée Latour. Ce que propose l'honorable orateur est tout simplement une illégalité. Le Congrès n'a ni le droit, ni le pouvoir de présenter un projet de loi. Il n'a que des vœux à émettre, et je ne comprends pas bien qu'il ne puisse pas tout aussi bien émettre ces vœux sur des questions que sur des propositions. Toute assimilation du Congrès avec la Chambre des Députés est erronée; elle serait dangereuse, et ce serait le moyen de ne pas obtenir les permissions nécessaires.

La proposition de M Deslandes n'a pas été appuyée, et le programme, tel que l'a présenté la commission, est adopté par l'assemblée, qui décide que la commission qui va être nommée sera chargée de le compléter dans les lacunes volontaires qu'il présente.

Toutes les propositions de la commission se trouvant ainsi adoptées, l'assemblée s'occupe de la nomination de la commission permanente.

Une vive discussion s'engage sur une question préable.

Les membres de la commission permanente seront-ils choisis nécessairement parmi les délégués des Sociétés convoquées pour l'assemblée actuelle ?

Ou bien le vote est-il libre, et peut-il porter même en dehors des représentants des Sociétés ?

L'assemblée paraît se diviser en plusieurs opinions sur ce sujet; des arguments sont produits en faveur de l'une et de l'autre de ces opinions, et la discussion paraît ne pas avancer sur ce point, lorsque *M. A. Latour*, résumant la discussion, et considérant que pour une proposition de cette nature, qui intéresse tout le corps médical, il est convenable de choisir le mode le plus large et le plus libéral, propose, au nom de la commission qui vient de résigner ses fonctions, que le vote soit libre.

Cette proposition ayant la priorité, est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

En conséquence, l'assemblée procède immédiatement au scrutin.

68 membres prennent part au vote qui a donné les résultats suivants :

MM.	Amédée Latour a obtenu	59 voix.
	Leblanc, vétérinaire,	58
	Richelot,	56
	Moreau (professeur),	46
	Hamon, méd. vét.,	45
	Aubert-Roche,	44
	Boullay, pharm.,	43
	Boudet père, pharm.,	43
	Villeneuve,	42
	Blattin,	41
	Bataille,	40
	Malgaigne,	35
	Collignon, vét.,	30
	Dubail, pharm.,	23
	Ségalas,	18

En conséquence, les quinze personnes ci-dessus nommées sont proclamées membres de la commission permanente.

Les membres qui ont obtenu le plus de voix après ceux que nous venons de désigner, ont été M. le professeur Auguste Bérard et M. Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*. En cas d'empêchement ou de refus de l'un des membres de la commission, elle se complétérait par l'adjonction de l'un de ces membres.

La séance, commencée à trois heures, est levée à sept heures.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Tumeur cancéreuse développée dans le sinus maxillaire droit. Résection de la presque totalité du maxillaire supérieur.

M. Bérard a pratiqué, sur une femme couchée au n° 14 de

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sur la séance préparatoire du Congrès médical.
Boîte aux lettres.

Donc, c'est une affaire réglée, arrangée, discutée, votée : nous aurons un Congrès médical. Je suis tout confus quand je vois l'immense chemin qu'a fait ma petite idée et cela sans bruit, sans fanfares, modestement et simplement comme cela convenait à sa pauvre et infime origine. Mais aussi, a-t-elle eu du bonheur ! Alors qu'il est si difficile de mettre d'accord les opinions des hommes sur les propositions les plus évidemment utiles, il s'est trouvé que par un heureux concours de circonstances, la proposition du Congrès n'a rencontré ni embarras, ni obstacles. Cette grande opposition dont on m'avait presque effrayé pour la séance de samedi dernier, n'a pas soufflé mot; au lieu de paroles hostiles, je n'entendais que de bienveillants encouragements, et à la place de ces mines refrognées dont on m'avait fait peur, je n'ai vu que des visages souriants et empressés. Mes chers confrères, c'est charmant, et ce début promet.

Ce n'est pas que cette séance se soit passée tout à fait dans les règles parlementaires, qu'il n'y ait pas eu un peu de bruit, de confusion et de désordre. Historien impartial et véridique, je dois convenir qu'il eût été désirable que l'assemblée fût un peu moins agitée et moins tumultueuse ; mais, raisonnablement, pouvait-on l'espérer ? Il s'agissait de matières tout à fait nouvelles, d'une assemblée dont les membres se trouvaient peut-être pour la première fois en présence, d'une séance où nulle disposition réglementaire ne pouvait être invoquée, et où la discussion, sans guide et sans règle, pouvait, capricieuse ou malveillante, s'abandonner à tous ses écarts. Malveillante, elle ne l'a pas été; mais ce qui m'étonne, c'est qu'elle n'ait pas été encore plus capricieuse, et que cette séance ait suffi pour terminer l'immense besogne qui était à faire. D'ailleurs, eût-elle été cent fois plus tumultueuse encore, qu'en faudrait-il conclure? Précisément ce qui était en question, savoir, qu'il est immensément regrettable que les médecins aient négligé les occasions de se voir et de se réunir, qu'ils aient sous ce rapport toute une éducation à faire et que l'institution du Congrès vient à point pour leur donner des habitudes qui leur manquent N'espérez pas du premier coup réunir des assemblées nombreuses parfaitement calmes, dégagées de toute passion, de tout intérêt autre que l'intérêt général, de toute ambition autre que celle de coopérer au bien public; ce serait nourrir une espérance par trop candide. Toute institution analogue à celle qui vient d'être votée, présente des débuts difficiles et laborieux ; c'est le propre des hommes de courage et de tête de les prévoir, d'en tenir compte, mais aussi de les surmonter par leur énergie et leur persévérance. C'est, assurément, ce que ne manquera pas de faire la commission qui vient d'être constituée en permanence pour que le Congrès arrive à ses heureuses fins.

Laissant de côté les épisodes plus ou moins agités de cette séance, voyons un peu ce qu'elle a produit; car c'est là l'essentiel.

Remarquons d'abord que les *convoqués* ont été en très grande partie fidèles au rendez-vous. Quatre-vingt dix à cent convocations avaient été faites, et à peu de choses près on y a répondu. Il n'en a pas été de même des *invités*. La Faculté de médecine, par exemple, brillait par son absence. Je n'ai remarqué que M. le professeur A. Bérard, qui figurait même à l'assemblée à titre de délégué d'une Société de médecine. Est-ce de la part de la Faculté ou dédain, ou indifférence, ou opposition muette et calculée? L'avenir nous éclairera peut-être sur les dispositions de cette Compagnie, qui, son doyen en tête, avait été poliment invitée. L'Académie de médecine s'est montrée plus libérale, et plusieurs de ses membres honoraient l'assemblée de leur présence. En tout, cent trente personnes environ étaient présentes.

M. le professeur Moreau, appelé en toute hâte au château d'Eu, a dû céder le fauteuil à M. Bataille, vice-président, qui, par quelques mots modestes et fort convenables, a demandé l'indulgence de l'assemblée.

Après quelques préliminaires, la parole a été donnée à M. Amédée Latour, pour communiquer le rapport de la commission chargée de présenter un plan de réalisation et un projet d'organisation du Congrès médical. Des motifs fort particuliers m'empêchent de porter le moindre jugement sur ce travail. Je puis dire seulement, sans blesser, je crois, aucune convenance, qu'il a été très favorablement accueilli par l'assemblée, et que M. Malgaigne, dont les appréciations ont une si grande valeur, a daigné le qualifier d'une épithète dont l'auteur doit être fier.

Ce rapport renfermait cinq propositions qui devaient être suivies d'un vote de l'assemblée; il se terminait par un programme des questions qui doivent être discutées et résolues par le Congrès.

1° Un Congrès où seront appelés tous les membres du corps médical, les pharmaciens et les médecins vétérinaires, est opportun, utile, et doit être provoqué. — Vote approbatif.

2° Une commission permanente doit être instituée investie de pleins pouvoirs pour les objets spécifiés dans le rapport. — Vote approbatif.

3° L'époque de ce Congrès est fixée au 1er novembre prochain. — Vote approbatif.

4° Une cotisation fixée à cinq francs par adhésion est jugée nécessaire. — Vote approbatif.

5° Le programme des questions doit être approuvé. — Vote approbatif.

Je vous demande si jamais ministre, devant les chambres, a rencontré un succès plus complet et plus éclatant.

Donc, tout allait bien jusque-là, et à vrai dire, grâce aux efforts de M. Ségalas et surtout de M. Malgaigne, la discussion avait été calme, digne, convenable. Mais, un dernier point, et le plus scabreux de tous, restait à discuter, savoir : parmi quelles personnes choisira-t-on les membres de la commission permanente ? Le vote est-il libre et peut-il porter sur la généralité des personnes faisant partie des trois catégories admises au congrès ? Ou bien le vote est-il nécessairement restreint aux membres délégués des diverses Sociétés composant l'assemblée actuelle ?

Un violent orage s'est élevé à cette occasion. Il faut dire que la

la salle Saint-Jean, la résection du maxillaire supérieur droit pour une tumeur développée dans cette région, et faisant saillie à travers les téguments de la joue.

Cette femme, âgée de vingt-neuf ans, issue de parents sains, et appartenant à une famille dans laquelle il n'y a point de maladies organiques héréditaires, d'une assez bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une petite vérole. Elle a eu deux enfants sans aucun accident; elle a toujours été bien réglée. Ses dents sont bonnes, à l'exception d'une seule dent de la mâchoire supérieure du côté malade, qui est tombée par suite de carie. La dentition est complète et régulière à gauche; à droite les deux dents de sagesse ne sont point sorties. Il y a huit ans, sans cause appréciable, il lui est survenu un gonflement à la joue droite. Cette tuméfaction, d'abord légère, s'est développée graduellement avec une très grande lenteur et sans réaction notable ni locale, ni générale. Elle en était si peu incommodée, qu'elle n'y avait prêté aucune attention, jusqu'au moment enfin où cette tumeur ayant acquis un volume considérable, en vint à constituer une véritable difformité. Ce motif seul la détermina à consulter un chirurgien qui pratiqua une ponction exploratrice par la face interne de la joue. Il ne s'écoula par la piqûre qu'une très petite quantité de sang, et il n'y eut rien de changé dans le volume et l'aspect de la tumeur. Depuis cette époque, elle a continué à faire des progrès très lents. Ces progrès sont cependant devenus un peu plus rapides dans le cours des trois ou quatre derniers mois qui viennent de s'écouler.

Tels sont les antécédents que nous tenons de la malade elle-même. Quant aux autres signes sur lesquels on a cherché à s'éclairer, soit par l'interrogatoire, soit par l'aspect même de la malade, ils sont tout à fait négatifs; ainsi, point d'épistaxis, pas de mauvaise exhalation, soit par la bouche ou par le nez; pas de douleurs. Le teint de la malade est brun, un peu hâlé, comme celui de toutes les personnes de la campagne (elle travaillait aux champs); seulement il s'est un peu transformé, par le fait du repos et du séjour à l'hôpital, en une teinte un peu jaunâtre; mais il n'a point cette apparence cachectique si caractéristique et si facile à reconnaître.

La difformité dont la joue droite est le siége, consiste en une saillie ou propulsion de la joue d'arrière en avant. Par suite de cette saillie, il y a un déplacement de l'œil droit qui n'est plus placé sur le même plan que l'autre; il est situé plus haut et plus en avant; il y a, en d'autres termes, une légère exophthalmie. Les mouvements de l'œil et de la paupière sont conservés dans toute leur intégrité; mais la vue, de ce côté, est un peu affaiblie.

Là se bornent les lésions que l'on peut apprécier à la simple vue à distance. L'exploration permet de constater des caractères plus précis et plus importants. En entr'ouvrant la narine droite, on voit que sa paroi est rapprochée de la cloison; la cavité nasale droite est rétrécie. Dans le premier compartiment de l'arcade orale, on constate l'existence d'une tumeur saillante recouverte par une membrane muqueuse lisse, tendue, et un peu plus rouge qu'à l'état normal. Rien dans le second compartiment de cette même cavité, où tout paraît régulier. Ainsi: saillie de la joue, exophthalmie, rétrécissement de la cavité droite du nez, tumeur dans l'intérieur de la bouche, dont le revêtement muqueux est rouge, mais non autrement altéré, voilà ce que l'on reconnaît à un premier examen.

Au toucher par l'intérieur de la bouche, on reconnaît que cette tumeur est dure, mais d'une dureté qui n'est point celle des os; elle serait comparable plutôt à celle d'un corps fibreux. Elle n'offre pourtant point l'élasticité particulière à ce tissu. A son centre, elle est un peu moins dure que dans les autres points; sa consistance est entre celle des tumeurs fluctuantes et la résistance fibreuse. Il n'en est pas ainsi lorsqu'on arrive à son pourtour et sur les limites de ses insertions; là, elle a tout à fait la consistance osseuse. On ne sent nulle part de crépitation. Du côté de l'œil, on sent que la tumeur refoule le plancher de l'orbite de bas en haut; elle offre également dans ce point une grande dureté, autant du moins qu'on en peut juger à travers la paroi osseuse qu'elle soulève.

Nous avons examiné ensuite par l'orifice postérieur des narines. On sent, du côté malade, une sorte de boursouflure ou d'hypertrophie, soit de la membrane muqueuse, soit des cornets eux-mêmes. En passant une sonde de femme par la fosse nasale postérieure, la sonde traverse sans obstacle d'arrière en avant, du côté gauche; à droite, elle est arrêtée à peu de distance de l'orifice; il y a obstruction de ce côté, mais point d'une manière complète, car l'air traverse. Quelques-unes des dents du côté malade sont gâtées; l'avant-dernière molaire est très mobile, et ne tient plus que par les parties molles; elle n'est d'ailleurs ni cariée, ni douloureuse. C'est au niveau de ce point que la tumeur descend le plus bas le long de l'arcade dentaire, et qu'elle paraît adhérer le plus fortement à la mâchoire.

Telles sont les dispositions que l'exploration permet de reconnaître. A quel genre de lésion avons-nous affaire? Est-ce un abcès dans la fosse zygomatique, comme il en survient chez quelques personnes à la suite de carie dentaire? On peut de prime abord répondre négativement à cette question. Un abcès situé dans cette région ne déplacerait point ainsi le plancher de l'orbite. D'ailleurs, la ponction exploratrice qui a été pratiquée ne laisse aucun doute à cet égard. On peut de suite affirmer qu'il s'agit d'une tumeur contenue dans le sinus maxillaire. Nous n'insisterons pas ici sur l'ensemble des signes par lesquels M. Bérard a été conduit à exclure l'idée soit d'un abcès, soit d'une hydropisie du sinus maxillaire. Il suffirait de dire qu'une seconde ponction exploratrice, que M. Bérard a fait pénétrer jusque dans le sinus, n'a donné issue à aucun liquide. Il n'y avait pas plus de motifs non plus d'admettre l'existence d'une exostose ou d'une sorte d'hypertrophie du tissu osseux. Restent trois maladies entre lesquelles le diagnostic pouvait encore être indécis, et dont la distinction ne laisse pas que d'offrir quelques difficultés: ces trois maladies sont le corps fibreux, le polype et le cancer. Voici les quelques considérations qu'a émises à cet égard M. Bérard: Les corps fibreux des os sont extrêmement rares ailleurs que dans les os de la mâchoire. Je n'en connais pas d'exemple dans les membres; mais il en existe d'assez nombreux dans les mâchoires, et surtout dans l'inférieure. Ces corps fibreux, lorsqu'ils se développent, soit dans les sinus, soit dans tout autre point de l'un des sinus maxillaires, peuvent détruire une portion plus ou moins considérable de cet os sans laisser de résidu, circonstance remarquable, et qui démontre que dans ce cas il ne se fait point de reproduction nouvelle de substance osseuse pour remplacer le tissu résorbé. C'est ainsi qu'un corps fibreux développé dans l'épaisseur des os finit toujours par se mettre à nu sous la muqueuse. Le corps fibreux n'a pas, du reste, de caractère pathognomonique. La seule conséquence de son existence est la gêne qui en résulte pour la fonction de l'organe qu'il occupe.

Les polypes de cette région sont à peu près de la même nature, au fond, que les corps fibreux; ils en diffèrent cependant par leur mode d'insertion et par leurs rapports: ils naissent dans l'épaisseur des parties molles aux dépens desquelles ils se développent.

Les conséquences de ces polypes sont d'ailleurs les mêmes que pour les corps fibreux. Il n'y a donc point, à vrai dire, de signes pathognomoniques pour ces deux affections, ni de caractères différentiels entre elles. Il ne nous paraît pas plus facile de décider *à priori* s'il s'agit ou non d'un cancer; quels caractères pourrait avoir ici, en effet, un cancer ou un ostéosarcome à la première période? Aucun qui ne pût appartenir aussi bien à l'une des productions morbides dont nous venons de parler. On ne pourrait invoquer ici la douleur par élancement, car elle manque souvent dans le cancer. Il suffirait de rappeler un sujet mort dans le service avec un sarcocèle énorme qui n'avait jamais occasionné de douleur. Les cancers ont bien pour caractère de pousser, de végéter dans tous les sens; mais les polypes en font tout autant. De sorte qu'il devient d'une extrême difficulté de résoudre cette question de diagnostic différentiel. Toutefois, cette distinction, qui, dans d'autres circonstances pourrait être de la plus grande importance, n'est pas indispensable dans ce cas-ci, car que ce soit un corps fibreux ou un cancer, le pronoctic est toujours le même, et il est fort grave. Dans un cas comme dans l'autre, il faut en débarrasser le malade, et on ne peut le faire qu'au prix d'une opération grave.

Il était difficile avant l'exécution de décider si l'on devrait ou non enlever une portion du maxillaire supérieur ou même la totalité de cet os. Dans tous les cas, le premier temps de l'opération devait être le même. Ce premier temps, consistant dans l'incision nécessaire pour mettre la tumeur à découvert, méritait un examen particulier. Voici en quels termes s'est exprimé M. Bérard à cet égard.

Tous les chirurgiens ne procèdent pas de la même manière dans l'exécution de ce premier temps de l'opération. M. Gensoul, qui a le premier pratiqué la résection complète du maxillaire supérieur et posé la régle de cette opération, procédait de la manière suivante: Il faisait une première incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure, qu'il divisait au niveau de la dent canine. Une seconde incision, parallèle à la première, était dirigée de haut en bas depuis environ cinq à six lignes en dehors de l'angle externe de l'orbite jusques un peu au-dessus du niveau de la terminaison de la précédente. Enfin une troisième incision, dirigée horizontalement et partant du milieu de la première, réunissait les deux incisions verticales, de manière que leur ensemble représentait assez bien un H dont la branche verticale droite serait un peu plus prolongée en bas que la gauche. Plus tard il modifia légèrement ce procédé en supprimant la branche inférieure de l'incision externe. On avait ainsi dans le premier cas deux lambeaux quadrilatères se renversant l'un en haut, l'autre en bas, et dans le second cas un lambeau supérieur quadrilatère et un lambeau inférieur triangulaire se renversant en bas et en dehors. D'autres chirurgiens après Gensoul eurent recours à une grande incision cruciale donnant quatre lambeaux angulaires réunis par leur sommet. M. Lisfranc adopta plus tard l'incision en V.

Toutes ces diverses incisions multiples ont un vice commun; c'est de rendre difficile la réunion des lambeaux, et de laisser après elles des cicatrices multipliées et difformes. M. Velpeau a cherché à obvier à cet inconvénient en substituant aux incisions multiples une grande incision unique et curviligne, à convexité externe, qu'il fait partir de la commissure des lèvres jusqu'à la fosse temporale. Ce procédé est évidemment préférable à tous les autres; cependant il est des cas où une incision unique pourrait n'être pas suffisante pour mettre à nu toutes les parties qu'il faut atteindre, et pour permettre les manœuvres de l'opération. Dans une circonstance semblable, j'ai eu l'idée de faire une incision en Y. Toutefois, l'incision unique devant suffire dans la plus grande partie des cas, me paraît devoir être préférée généralement, et c'est celle que j'ai définitivement adoptée. Mais au lieu de donner à l'incision une convexité en dehors, je la dirige de telle sorte que la convexité regarde en dedans et en haut. Cette incision part du niveau de l'os de la pommette, un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil, et elle vient aboutir à la lèvre supérieure en passant par le sillon naso-labial. La préférence que je donne à cette incision sur celle de M. Velpeau, est fondée, d'une part, sur la nécessité où l'on est quelquefois d'enlever l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ce que l'on fait beaucoup plus facilement en faisant passer l'incision dans un point peu distant de cette apophyse, et, d'autre part, sur l'utilité qu'il y a à ménager le plus possible des rameaux importants du nerf facial que l'on divise inévitablement en comprenant la commissure dans la section.

Après ces considérations, M. Bérard a procédé à l'opération en faisant l'incision de la manière qui vient d'être indiquée, c'est-à-dire, depuis l'angle externe de l'œil jusques y compris le bord libre de la lèvre supérieure, à quelques lignes en dedans de la commissure, la convexité de l'incision étant dirigée du côté du nez. Après avoir disséqué et renversé les deux larges lambeaux résultant de cette incision, il a pu reconnaître que la tumeur était de nature encéphaloïde,

---

commission chargée du rapport, mue par un sentiment généralement approuvé, avait pensé que son mandat finissait avec la séance actuelle et qu'elle avait résigné ses fonctions. Il fallait donc en nommer une autre dont le nombre des membres avait été fixé à quinze.

La discussion se prolongeait et s'animait de plus en plus. Les uns soutenaient très vivement les prérogatives des délégués; les autres, non moins énergiquement, invoquaient la liberté du vote, lorsque la commission, par l'organe de son rapporteur, a tranché le nœud gordien. Elle a demandé elle-même que le scrutin fut libre, et cette proposition, comme étant la plus libérale, devant avoir la priorité, elle fut mise aux voix et adoptée.

Le scrutin commença aussitôt. Il fut favorable à l'ancienne commission, qui fut renouvelée tout entière. De plus il lui adjoignit deux membres précieux, MM Malgaigne et Ségalas, et enfin il fit sortir de l'urne trois médecins vétérinaires et trois pharmaciens depuis longtemps en possession de l'estime publique.

Tel est le résultat définitif, essentiel et pratique de cette réunion préparatoire. Je le considère comme fort important et comme très favorable aux destinées futures du Congrès. Les hommes un peu timides et peu habitués aux émotions des grandes réunions, n'ont été impressionnés que de l'animation qui s'est manifestée dans les derniers instants. Je conçois cette susceptibilité, je l'approuve, mais elle ne m'inspire aucune appréhension. Si l'on veut réfléchir qu'elle n'a surgi qu'à l'occasion d'une question de personnes, question toujours si délicate et si inflammable, que tel s'agitait en vue d'une nomination personnelle, que tel autre pérorait en faveur d'un ami, que celui-ci aurait voulu éloigner du scrutin quelqu'un qui lui faisait ombrage, que celui-là eût été charmé de noyer un adversaire ou un jaloux, que le plus grand nombre heureusement ne demandait qu'à pouvoir faire un choix honorable et digne, on comprendra, on excusera ce moment de confusion; on pensera surtout qu'il ne peut plus se reproduire parce que le sujet et le prétexte ne se représenteront plus.

D'ailleurs, je reviens à cette idée qui me paraît avoir son importance: le corps médical est encore dans l'enfance des idées d'association; il a le sentiment de leur valeur et de leur fécondité, mais l'expériance pratique lui manque entièrement. Comme toute expérience, celle-ci, pour l'acquérir entraînera peut-être quelques petits dommages, quelques petits inconvénients, mais au nom de vos intérêts les plus chers, considérez le but, le noble but que vous voulez atteindre, ne vous arrêtez pas à de petites misères qu'un bon et énergique règlement peut faire disparaître; fiez-vous aux intentions pures, droites et désintéressées de la commission permanente, ayez foi surtout à ce mouvement généreux qui se propage, que personne ne serait à cette heure assez fort pour étouffer et que, moteur si faible, je suis heureux mais confondu d'avoir pu provoquer.

Jean Raimond.

Boîte aux Lettres

A MM. les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier. — Je n'ai cru pouvoir faire meilleur usage de la pièce que vous m'avez adressée, que de la déposer moi-même entre les mains de la commission permanente du Congrès, qui avisera aux moyens de poser cette question sur le tapis Dans tous les cas, vos griefs me paraissent légitimes. Vous devez comprendre vous-mêmes en ce moment de quelle immense utilité serait pour tous les membres de la famille médicale l'institution d'un congrès où des abus semblables à ceux dont vous êtes les victimes seraient signalés. Comptez ici sur notre assistance, mais en retour, ne pouvons nous compter un peu sur votre propagande?

— *A M. Tanchou, à Paris.* — Impossible que je puisse vous donner un avis satisfaisant sur la question. Je la comprends encore moins que vous, et les grands illuminateurs de la science ne me paraissent pas la comprendre davantage. *Fiat lux.*

— *A M. le docteur Molas, à Auch.* — Je partage toutes vos opinions, et je crois l'avoir prouvé. Les hommes qui manifestent d'aussi nobles intentions que celles que je trouve dans votre lettre, doivent donner l'exemple, cher confrère; aussi le congrès compte sur vous et sur votre influence locale.

— *A M. le docteur Croizet fils, à Surgères* (Charente-Inférieure). —Votre lettre, qui contient de bons renseignements et des idées utiles, sera remise à la commission permanente. Mais ce n'est pas là tout ce que le Congrès attend de vous.

— *A M. le docteur Lacorbière, à Paris.* — Vos encouragements me flattent; votre concours est précieux; il y a longtemps que je sais que toute idée généreuse vous trouve sympathique.

— *A M. le docteur Sullivan, à Moulins.* — J'avais aussi conçu quelques doutes sur la parfaite exactitude de la statistique dont vous me parlez. Vos renseignements sont extrêmement précieux, et seront communiqués avec empressement à la commission permanente. Mais ne viendrez-vous pas vous-même développer vos idées si justes au Congrès médical?

NOUVELLES.

Par ordonnance royale du 29 juillet 1845, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur: MM. Guépratte, chirurgien-major de la marine; Coméiras, chirurgien entretenu de 2e classe; M. Hervé, chirurgien auxiliaire.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Muller a été nommé membre-correspondant. Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

— Nos lecteurs se souviennent que M. le docteur Seutin, médecin belge, appelé près d'un jeune homme blessé en duel, avait refusé de répondre devant le tribunal correctionnel aux questions qui lui étaient posées comme témoin. Le tribunal condamna le médecin à une légère amende. Il y a eu pourvoi, et la Cour de cassation de Belgique vient de décider qu'un médecin introduit auprès d'un blessé, et qui refuse de déposer sur les faits venus à sa connaissance en cette qualité de médecin, n'est passible d'aucune peine, use au contraire d'un droit et remplit un devoir.

et qu'une portion étendue du maxillaire était comprise dans la dégénérescence cancéreuse. En conséquence, il dut procéder immédiatement à la résection complète de cet os.

L'opération a été faite, à quelques légères modifications près, suivant le procédé opératoire usité en pareil cas.

L'arcade orbitaire externe a été d'abord divisée à l'aide du ciseau et du maillet, près de la suture qui unit l'os malaire à l'apophyse orbitaire externe du frontal, puis il a coupé l'apophyse zygomatique de l'os malaire. L'attache interne et supérieure du maxillaire a été attaquée à l'aide d'un ciseau appliqué au-dessous de l'angle interne de l'œil. L'apophyse montante ayant été séparée de la même manière, les parties molles qui unissent l'aile du nez à la mâchoire supérieure ont été entièrement divisées. La portion inférieure du maxillaire a été séparée à l'aide de la scie à chaînes, après avoir préalablement fait l'avulsion de la première dent incisive correspondante. Les adhérences de l'apophyse ptérygoïde détruites, il ne restait plus qu'à faire basculer le maxillaire entièrement détaché et à diviser les parties molles encore adhérentes à l'os.

Ces divers temps de l'opération ont été effectués sans accidents. Le seul que l'on ait eu un instant à redouter, a été la lésion du globe de l'œil par suite des mouvements de la malade, que l'on avait grand'peine à contenir; mais il n'en a heureusement rien été : l'hémorrhagie n'a pas été très abondante. Quelques petites branches artérielles peu importantes liées, on a affronté les lambeaux, qui ont été maintenus réunis par des points de suture entortillée, et la large excavation provenant de l'ablation du maxillaire supérieure a été mollement remplie avec des bourdonnets de charpie.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses. La réunion par première intention a parfaitement réussi. La communication entre la bouche et le nez, très large au moment de l'opération, s'est peu à peu rétrécie, et elle a fini par se fermer complètement. Aujourd'hui, dix mois après l'opération, cette femme jouit d'une santé parfaite. Seulement il lui reste un peu de difformité.

Ainsi la joue est aplatie et ridée; le plancher de l'orbite est abaissé, et l'œil sur un plan un peu inférieur à celui du côté opposé.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De la fièvre intermittente, de sa nature, et de son traitement.

(Suite du nº du 15 juillet.)

Dans une précédente séance, nous avons passé rapidement en revue les opinions des auteurs relativement à la nature de la fièvre intermittente. Nous avons vu combien elles différaient les unes des autres. C'est qu'en effet, plus on y réfléchit, plus on a lieu de s'étonner de l'existence de cette affection. Nous ne craindrous pas d'être taxé d'exagération en disant que c'est une affection miraculeuse, merveilleuse. Que devient la maladie pendant l'intervalle des accès? Il y a là véritablement de quoi confondre l'imagination. On a imaginé bien des explications de cette disparition périodique de la fièvre intermittente; elles ne sont rien moins que satisfaisantes, et nous avons indiqué les objections que l'on pouvait faire à chacun des auteurs que nous avons cités. Parmi les malades dont nous avons raconté l'histoire, la fièvre était tellement exempte de complications, qu'il était impossible de croire à une phlegmasie intermittente, non plus qu'à une succession de phlegmasies de courte durée.

Quelques auteurs ont pensé que la fièvre intermittente était due à l'augmentation de volume de la rate. Selon nous, la maladie n'est pas le résultat de l'hypersplénotrophie. Il y a des fièvres intermittentes dans lesquelles la rate conserve son volume; dans beaucoup d'autres, l'organe n'augmente qu'après la fièvre; de sorte que pour nous l'augmentation de la rate, au lieu d'être la cause de la fièvre, doit plutôt être considérée comme l'effet, le résultat de la répétition des accès. Il est d'observation que, plus les accès de fièvre ont été nombreux, plus le volume de la rate est augmenté. Nous le répétons, nous admettons dans la fièvre intermittente l'augmentation du volume de la rate, mais comme effet et non comme cause. Quant à l'opinion qui tendrait à en faire une splénite, elle n'est pas fondée. On n'a point trouvé d'inflammation de l'organe, et je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul cas de fièvre intermittente à la suite de laquelle on ait rencontré à l'autopsie de la suppuration dans la rate. Du reste, le pathologiste qui avait voulu faire de la fièvre intermittente une splénite, a renoncé à son opinion. Nous devons mentionner seulement comme chose possible, et même assez fréquente, l'augmentation de volume de la rate et du foie, et aussi la diminution de consistance de ces deux organes ou d'un seul. Comme nous l'avons dit, nous sommes plus porté à partager l'opinion de ceux qui, comme MM. Rayer et Brachet, placent le siége de la fièvre intermittente dans le système nerveux, et nous ne prononçons pas sur la question de savoir si elle dépend de la moelle épinière seulement, ou seulement du système nerveux ganglionnaire. Il nous paraît assez probable que ces deux portions du système nerveux y sont pour quelque chose.

Étiologie. — L'étiologie de la fièvre intermittente est un des points les plus obscurs de la pathogénie. Cependant nous pensons que cette maladie est le résultat d'une intoxication. Si d'un côté nous admettons qu'elle siége dans le système nerveux, et nous dirons, à l'appui de cette opinion, que la périodicité n'est guère le propre que des phénomènes de l'innervation, notre opinion est aussi qu'elle reconnaît une cause spéciale, ou plutôt spécifique. Il y a intoxication bien évidente, à nos yeux.

Je sais que l'on a soumis à l'analyse l'air recueilli près des marais dans des localités où règnent les fièvres intermittentes, et à l'époque où elles sévissent avec le plus de force, et que la chimie n'a trouvé dans cet air aucun principe particulier; la composition en a toujours été la même que celle de l'air le plus pur et le plus normal, recueilli dans les montagnes. M. Braconnot est le seul qui ait cru y avoir constaté une plus grande quantité d'acide carbonique. Mais admettant même que la composition de l'air des contrées marécageuses soit la même, chimiquement, que celle de l'air des montagnes et des contrées les plus saines, cela ne nous empêchera pas de reconnaître qu'il existe des miasmes insaisissables et inappréciables par les moyens d'investigation de la chimie moderne, miasmes qui se dégagent des endroits où des matières végétales et animales sont en décomposition. Nous regardons ce fait comme complétement hors de doute. Mais la fièvre intermittente est quelquefois sporadique. Les malades dont nous avons rapporté l'histoire n'ont pas habité les bords des marais; néanmoins nous sommes porté à penser que leur maladie n'en reconnaît pas moins pour cause une circonstance semblable à celle-là. Il est certain qu'ils ont été soumis à l'action d'une influence identique à celle qui se manifeste sur les bords des marais. Nous n'en dirons pas davantage pour les causes de la fièvre intermittente. Nous ne ferons point un cours de pathologie, et nous devons nous borner à l'indication des points principaux de l'histoire de l'affection qui nous occupe.

Traitement.

Le traitement est la partie la plus essentiellement pratique de l'histoire de la fièvre intermittente. Nous examinerons successivement les principaux fébrifuges conseillés dans le traitement de cette affection, et nous passerons en revue d'une manière succincte les divers succédanés du quinquina et de ses préparations.

Une question qui se présente tout d'abord, est celle-ci : lorsque le médecin est appelé près d'un malade, doit-il sur-le-champ administrer les fébrifuges, et chercher à couper la fièvre? Nous ne croyons pas que l'on doive agir de cette manière. Nous laissons toujours passer, non pas cinq ou six accès, mais un ou deux. Cette méthode a l'avantage de permettre de bien poser le diagnostic, d'être positivement sûr de la nature de la maladie, et de faciliter l'administration des préparations fébrifuges, en temps convenable. Puis, il est encore un avantage sur lequel nous avons longuement insisté précédemment. Quelquefois, après deux ou trois accès, il arrive que la fièvre intermittente guérit spontanément, sans que l'on ait eu besoin de donner aucun médicament. C'est là un avantage, non pas sous le rapport de l'économie, ce qui serait bien peu de chose en pareille circonstance; mais il faut autant que possible éviter aux malades l'inconvénient des remèdes, quand ils ne sont pas absolument nécessaires. Nous n'avons pas besoin de dire que tout ce que nous disons ici se rapporte à la fièvre intermittente simple. Cette forme n'offrant immédiatement presque aucun danger, un accès de plus ou de moins ne peut avoir de valeur, et il pourrait y avoir de l'inconvénient à se tromper, et à croire à l'existence d'une maladie qui en réalité n'existerait pas. Une fois ce point résolu, on doit instituer le traitement de la fièvre intermittente, traitement qui sera différent suivant le stade de la fièvre. On doit distinguer deux espèces de traitement, celui de l'accès, celui de l'affection elle-même.

Traitement de l'accès. — La première période est la période de frisson; le seul traitement à mettre en usage en pareille circonstance consiste en moyens hygiéniques; on tiendra le malade chaudement; on lui administrera des boissons chaudes, légèrement excitantes et aromatiques ou amères; les infusions de camomille, de chicorée sauvage. On devra cependant faire attention, en maintenant égale et suffisante la température du malade, à ne pas le couvrir trop chaudement, méthode qui serait plus nuisible qu'utile.

La période de chaleur comportera des indications diamétralement opposées. Aux boissons chaudes succéderont les boissons rafraîchissantes, les solutions de sirop de groseilles, de limons, à une basse température.

Lorsque enfin le troisième stade survient, la période de sueur, on doit supprimer les boissons fraîches, à plus forte raison les boissons glaciales.

Telles sont les indications principales qui se présentent pendant l'accès de la fièvre intermittente, différentes, on le voit, dans chaque période, et qui ne sont autre chose que de la médecine des symptômes. On doit bannir pendant l'accès toute médication active et énergique. La saignée, par exemple, pendant la période du froid, entraînerait les plus grands accidents.

Traitement de l'intoxication. — On doit distinguer deux sortes de médicaments, les uns que nous nommerons accessoires, les autres qui sont les fébrifuges.

Parmi les moyens accessoires, nous trouvons en première ligne les émissions sanguines. Doit-on saigner dans la fièvre intermittente? Lorsque le sujet est d'une bonne constitution, robuste, pléthorique, qu'il offre quelques symptômes inflammatoires, on s'est quelquefois bien trouvé d'une saignée générale. Un médecin plein d'instruction et de talent qui succomba trop jeune, Bailly de Blois, auquel on doit de curieux et importants travaux sur la fièvre intermittente, a écrit que les médecins italiens saignent souvent les sujets atteints de fièvre intermittente, et que souvent cette médication suffit pour amener la guérison. Nous ne sachions pas qu'à Paris la saignée seule ait suffi pour obtenir ce résultat. Disons en passant, à propos du livre de Bailly de Blois, que son livre est curieux principalement sous un rapport, celui des explications ingénieuses qu'il donne des phénomènes, explications qui sont amusantes, mais souvent peu exactes.

Les purgatifs et les vomitifs doivent être rangés également parmi les agents dits secondaires ou accessoires. Suivant Bailly les médecins romains feraient souvent usage de ces révulsifs internes avec succès.

Nous vous avons entretenu d'un état particulier des voies digestives assez commun dans la fièvre intermittente. Lorsque le sujet malade est affecté d'embarras gastrique, on peut quelquefois avec avantage administrer un évacuant. Il est excessivement rare qu'il en résulte aucun inconvénient, et si le purgatif n'enlève pas la fièvre, il peut du moins favoriser l'action du fébrifuge, qui agit d'autant mieux que la maladie est plus simple.

Les véritables moyens curatifs sont sans contredit et exclusivement les fébrifuges. Le quinquina est le fébrifuge par excellence. Parmi toutes ses préparations, la plus efficace est le sulfate de quinine. A quelle dose doit-on l'administrer? Cette dose doit varier suivant les circonstances individuelles et suivant les circonstances particulières du cas.

Le temps ne nous a pas permis d'entrer dans des détails suffisants sur les divers types de la fièvre intermittente; nous vous dirons seulement que nous n'admettons guère que les types quotidien, tierce, quarte, double tierce et double quarte. Pour les autres, nous les rangeons indistinctement dans la classe des fièvres intermittentes anormales. J'ai été consulté par une dame femme d'un professeur de cette École, qui avait présenté une fièvre caractérisée par un accès tous les cinq jours. A quel type serait-il possible de rapporter cette fièvre? Les accès de la fièvre intermittente normale que nous prenons pour type de comparaison peuvent commencer à quelque heure de la journée ou de la nuit que ce soit. Dans le peu de cas que nous avons observés cette année, il n'y a pas eu un seul malade qui ait eu ses accès à la même heure que les autres. Il n'est pas rare, chez le même sujet, de voir les accès avancer ou retarder sans cause appréciable, et cela de plusieurs heures.

Nous avons pour habitude d'administrer la quantité de sulfate de quinine que nous jugeons nécessaire, à doses fractionnées, et jamais d'une seule fois. Le fébrifuge doit toujours être donné au moins huit ou dix heures avant l'accès. Sans cette précaution, on risquerait, au lieu de l'empêcher, d'agrandir l'accès, mais alors, ce serait sur l'accès suivant qu'agirait le médicament, nous le répétons, il est nécessaire qu'il s'écoule toujours un intervalle de huit ou dix heures entre le moment auquel est prise la dernière dose du médicament et l'accès que l'on veut prévenir. Lorsque nous avons affaire à une fièvre de type tierce, nous donnons un gramme en trois fois, et chaque prise à six heures d'intervalle. Dans les cas de fièvre quotidienne, la dose est de 60 centigrammes en deux fois, à une heure de distance. Pour la fièvre quarte, nous donnons 1 gramme par jour, en trois prises, de six en six heures. Toutes les fois que le malade peut le supporter, on doit administrer le sulfate de quinine par la bouche, si, soit à cause de l'amertume, soit par tout autre motif, il ne peut le prendre de cette manière, on le donnera en lavements. Dans ce cas, on augmentera la dose d'un quart environ. On commencera par évacuer l'intestin par des lavements, avant de donner le médicament, et l'on recommandera au malade de faire tous ses efforts pour garder le lavement chargé du médicament.

Enfin, si l'on ne pouvait non plus le faire prendre de cette manière, on le donnerait par la peau, à l'aide de la méthode endermique. Un grand nombre de médecins ont fait des expériences à l'effet de s'assurer de l'efficacité de ce dernier mode d'administration de sulfate de quinine, et ont obtenu des résultats très avantageux. Cependant, on devra ne recourir à cette méthode qu'après avoir essayé des deux autres; car elle a l'inconvénient de déterminer à la surface du vésicatoire des productions blanches pseudo-membraneuses, et qui laissent sous elles des ulcérations. On peut, en dernier lieu, se servir d'une pommade au sulfate de quinine, composée d'un mélange de ce sel et d'axonge. Ce mode d'administration est à peu près exclusivement réservé aux enfants. Quant au temps pendant lequel on doit poursuivre son usage, nous avons pour habitude de le donner à dose décroissante pendant huit jours pour la fièvre quotidienne, pendant trois semaines pour la fièvre quarte, pendant quinze jours lorsqu'elle est à type tierce. Un médecin qui s'est occupé de l'affection dont nous parlons, dit qu'une fois la fièvre coupée, il est inutile de continuer l'usage du sulfate de quinine, auquel s'habitue l'économie. Nous nous sommes jusqu'à présent bien trouvé de la manière d'agir que nous vous avons décrite : aussi croyons-nous devoir vous conseiller de faire de même.

Les effets que produit le sulfate de quinine méritent d'être examinés. Lorsque la fièvre est légitime, sans complication, que le sel est bien préparé, qu'il est convenablement administré, la fièvre doit guérir. Cependant il est des cas exceptionnels. La fièvre peut n'être que modifiée. Elle peut n'avoir plus ses trois stades; sa durée peut être diminuée, ou bien son intensité seulement; ou enfin l'accès peut être seulement reculé. Supposons, et cela peut arriver aussi, que le malade ne guérisse pas, presque toujours alors c'est qu'il y a une complication. Nous avons vu des cas de ce genre. Une fois, entre autres, un de nos malades avait complétement résisté à l'administration du sulfate de quinine. Nous découvrîmes une petite tumeur au périnée. Nous craignîmes une fistule vésicale avec infiltration d'urine; c'est en effet ce qui arriva, et le malade eut des abcès urineux au périnée. C'est là un résultat sympathique. On a vu plus d'une fois, une fièvre intermittente rebelle entretenue par la présence d'une sonde dans le canal de l'urètre.

Au lieu du sulfate de quinine, on a quelquefois donné le quinquina en substance, suivant la méthode ancienne. La dose en est de 40 à 60 grammes par jour. Il ne doit être em-

ployé que dans des cas exceptionnels. Nous ne dirons pas que c'est là un succédané, puisque dans les deux cas c'est le même principe, la quinine, qui agit.

Les succédanés du quinquina ou de la quinine sont assez nombreux. Un pharmacien de province a extrait de l'écorce du saule un principe amer, la salicine, qui entre les mains de quelques médecins a produit de très beaux résultats. Sans les révoquer en doute, nous pensons cependant que dans un certain nombre de cas, il eût été possible que la guérison fût survenue sans médicament, et que l'on a peut-être eu le tort de l'administrer trop vite. Aussi, est-il arrivé que lorsqu'on a voulu donner la salicine à des individus affectés de fièvre intermittente franche et bien marquée, on n'a eu aucun résultat, dans la plupart des cas.

On a préconisé de même la poudre de houx, et à tort également. Ces substances ne doivent être mises en usage que lorsque l'on n'a point de quinquina à sa disposition. Sous l'Empire, les communications transatlantiques ayant été interrompues, on a dû chercher des succédanés du quinquina; mais, maintenant, ils sont complétement inutiles, et l'on fera toujours mieux de recourir au fébrifuge par excellence.

La gélatine, l'écorce d'olivier d'Europe, de marronnier d'Inde, l'alun, le phosphore, l'éther sulfurique, les préparations arsenicales, ont été tour à tour regardées comme très efficaces. Parmi les préparations arsenicales, la liqueur de Pearson a été recommandée comme très utile. Nous pensons qu'on doit la rejeter plus encore que toute autre substance fébrifuge; sous peine d'empoisonnement, en effet, on ne doit l'administrer qu'à doses infinitésimales, et la moindre erreur pouvant produire des accidents très graves, il est plus prudent de la proscrire.

Hufeland a raconté un fait curieux, comme exemple du pouvoir de l'imagination. Il soignait un duc de Saxe-Weimar atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, et avait inutilement essayé tous les moyens thérapeutiques. Il imagina, en désespoir de cause, d'agir sur le moral de son malade. Il fit, avant l'accès, promener le malade dans son jardin, et secrètement avancer toutes les pendules d'une heure. Lorsque le prince rentra, les pendules marquaient trois heures. L'accès arrivait tous les jours à deux heures. Le malade fut tellement surpris et satisfait de voir l'heure de son accès passée, qu'il crut être guéri, et l'impression morale fut si vive que la fièvre ne reparut plus. Si le fait est vrai, il est sans contredit fort joli; mais est-il exactement vrai, c'est un point sujet à contestation.

Le sulfate de quinine est donc un remède héroïque, et de plus, à dose ordinaire et raisonnable il ne constitue pas un poison. Cependant, il agit sur le système nerveux. La preuve en est dans les fourmillements des membres, les bourdonnements et les tintements d'oreilles qu'il détermine quelquefois. Mais, nous le répétons, à moins d'une grande imprudence, il n'offre aucun danger. Voici, pour notre part, un fait que nous avons observé, mais une fois seulement, et sans jamais en rencontrer d'analogue. Une dame jeune encore, qui avait habité Rochefort, avait contracté une fièvre intermittente. Elle avait pendant longtemps pris du sulfate de quinine à haute dose; des accidents se manifestèrent du côté des voies digestives; il y eut des vomissements, des nausées; les digestions ne se firent plus. Nous pensâmes qu'il y avait chez elle quelque altération organique de l'estomac. Elle succomba. La muqueuse de l'estomac et des intestins, le foie, la rate, étaient réduits en bouillie. Doit-on rapporter cet état à l'abus du médicament? La chose à la rigueur est possible; mais nous n'avons que ce seul fait à vous citer, et nous ne pouvons en tirer aucune conséquence.

Dr A. FOUCART.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi externe de la digitale dans le traitement du croup; par M. le docteur RADEMACHER, de Berlin.

Dans les cas de croup où il est absolument impossible de faire avaler quelque médicament que ce soit aux petits malades, M. le docteur Rademacher emploie avec un succès signalé la pommade suivante :

Extrait de digitale,	8 grammes.
Cérat,	30 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Ce praticien fait recouvrir toute la partie correspondant à la trachée-artère, depuis l'os hyoïde jusqu'à la partie supérieure du sternum, avec des compresses largement enduites de cette pommade : il fait réitérer ces applications très souvent dans les vingt-quatre heures.

Sous l'influence de ce moyen, les accès de suffocation diminuent promptement d'intensité et de fréquence; la fièvre baisse en même proportion, et dans l'espace de trois jours le rétablissement est obtenu.

Emploi de l'ipécacuanha dans le traitement de la fièvre typhoïde; par M. le docteur WOLSHOFFER, de Heulbach.

M. Wolshoffer a employé, avec un succès signalé, dans une épidémie de fièvre typhoïde, la poudre composée suivante :

Calomel préparé à la vapeur,	30 centigrammes.
Poudre d'ipécacuanha,	50 centigrammes.
Sucre,	50 centigrammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

On donne cette poudre en une seule dose, dans un morceau de pain azyme.

S'il est nécessaire, on peut répéter l'administration de la même dose au bout d'un ou deux jours.

On lira avec intérêt les conseils hygiéniques donnés à M. le duc de Montpensier par le docteur Clot-Bey, pour son voyage en Egypte :

« Bien que nous soyons dans la saison des plus fortes chaleurs, je dois dire cependant, d'après l'expérience que j'ai acquise, que c'est l'époque de l'année où il règne le moins de maladies; la peste, qui est la plus redoutable du pays, ne se déclare pas après le mois de juin. La haute température de juillet peut être un peu incommode, mais elle n'est pas nuisible; car le vent brûlant du sud (le kamsin) est remplacé par celui du nord, qui règne actuellement d'une manière constante,

» En conséquence, on n'aura d'autre précaution à prendre que de ne pas faire des courses depuis dix heures du matin jusqu'à trois heures après midi.

» La température de la nuit offrant une différence avec celle du jour de douze à quinze degrés, et la transition de l'une à l'autre étant très prompte, il est prudent de ne pas coucher sans couverture, et j'ajouterai qu'il vaut mieux endurer la chaleur que de se laisser aller à l'impression agréable de la fraîcheur des soirées, car presque toutes les maladies en Egypte résultent de l'action du froid sur la peau; ainsi après une course pendant laquelle on a transpiré, il faut, ici plus que partout ailleurs, se garder de se découvrir, de se laver immédiatement.

» On peut commencer ses courses dès quatre heures du matin, les prolonger jusqu'à dix, sans cependant pousser l'exercice jusqu'à la fatigue, car ici il n'est pas sans inconvénient de faire une trop grande dépense de force.

» De deux à trois heures un bain frais pris dans une baignoire ou dans le Nil est recommandable, en ce qu'il rendra plus dispos pour les courses du soir.

» Je crois devoir prévenir qu'on doit s'abstenir d'une alimentation trop stimulante, manger peu de viande, boire peu de vin et toujours mêlé à l'eau. L'eau du Nil est excellente, très légère, et on peut en boire abondamment sans inconvénient; on la rafraîchit très bien au moyen des bardagues (vases poreux du pays), et elle peut remplacer les glaces, dont on ne doit faire qu'un usage modéré.

» Alexandrie, 4 juillet 1845. « CLOT-BEY. »

— Le conseil-général des hospices s'était plaint, dans une de ses dernières réunions, que les certificats d'indigence, pour admission dans les hospices, étaient délivrés souvent, par les bureaux de bienfaisance, à des personnes qui ne sont pas nécessiteuses ou qui n'ont pas leur domicile à Paris. M. le préfet de la Seine vient d'inviter les maires à s'entendre, pour faire cesser cet abus, avec les administrateurs et commissaires de charité.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 92. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe).

Des fistules vésico-vaginales. De leur curabilité par l'élytroplastie. — Fistule vésico-vaginale occupant tout le bas-fond et le col de la vessie. Elytroplastie. Insuccès. Nouveau procédé de réunion autoplastique par glissement. Guérison complète.

(Suite du n° du 31 juillet.)

Au n° 16 de la salle Saint-Augustin est couchée la nommée Calmès (Marie), âgée de vingt-six ans, frangère, demeurant rue de la Goutte-d'Or, 32.

Cette femme, qui est d'une bonne constitution, et qui a toujours joui d'une santé parfaite, devint enceinte pour la première fois vers la fin de l'année 1840. La grossesse fut heureuse, et ne présenta pendant son cours rien de particulier; mais au bout de huit mois (vers la fin de juin 1841) le travail commença, et ce ne fut que douze heures après que l'accouchement eut lieu.

Cette femme rapporte que le fœtus se présenta par la tête, et que l'on ne fut pas obligé de se servir du forceps. L'enfant, dont la tête surtout était très volumineuse, ne vécut que vingt-quatre heures.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'accouchement, il ne survint aucun accident; mais le cinquième jour, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait plus garder ses urines; celles-ci ne sortaient plus par la voie naturelle, mais tombaient dans le vagin, d'où elles s'écoulaient goutte à goutte et continuellement.

Elle resta dans cet état pendant un mois; mais, comme l'écoulement involontaire des urines augmentait et qu'elle ne pouvait se livrer à aucun exercice sans être mouillée, elle se décida à venir chercher dans les hôpitaux un terme à son infirmité.

Elle entra donc à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Breschet; ennuyée de ce que l'on entreprenait aucune opération pour la guérir, elle en sortit après un séjour d'un mois environ.

Après être restée un an dans sa famille, elle entra à l'hôpital de la Charité et y resta trois mois; mais les mêmes raisons qui l'avaient engagée à sortir de l'Hôtel-Dieu lui firent quitter le service de M. Velpeau. Dès cette époque, l'infirmité de cette femme paraissait donc incurable.

Ce ne fut que dix mois après être sortie de la Charité que Marie Calmès se présenta à l'hôpital Saint-Louis. M. Jobert la reçut dans ses salles au mois d'octobre 1843. A cette époque, la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale, la paroi inférieure de l'urètre et du col de la vessie, étaient détruites. Six semaines après l'entrée de cette malade, M. Jobert pratiqua l'élytroplastie, en taillant un vaste lambeau aux dépens de la fesse droite. La gangrène s'étant emparée de ce lambeau, cette première opération n'eut aucun bon résultat, et l'opérée sortit du service après y être restée cinq mois.

Alors elle quitta Paris; mais un an plus tard elle revint prier M. Jobert de tenter une nouvelle opération et de la délivrer d'une infirmité qui désormais lui rendait la vie insupportable.

Le 11 mars 1845, la nommée Calmès entra pour la deuxième fois dans la salle Saint Augustin.

Ce fut alors que le chirurgien, afin d'avoir un point d'appui en avant et de s'en servir au besoin pour appliquer des points de suture, songea d'abord à rétablir la paroi inférieure de l'urètre et du col de la vessie. L'opération, pratiquée dans ce but, réussit en partie, et l'on obtint ainsi, au niveau de l'urètre normale, une espèce de bride large de plus d'un centimètre, étendue d'une petite lèvre à l'autre, simulant assez bien un urètre de première formation. Au-dessus de cette bride se trouvait un trou qui représentait l'orifice antérieur de l'urètre, et par lequel passait librement une sonde de femme. L'urètre, il est vrai, était reformé; mais ce nouveau conduit ne servait à rien. La malade présentait alors l'état suivant.

A la suite d'un accouchement, et depuis quatre ans environ, cette femme est affectée d'une fistule vésico-vaginale; celle-ci, située sur la ligne médiane, dirigée d'arrière en avant et parallèlement au grand axe du vagin, revêt une forme elliptique. Elle commence à un centimètre et demi du col utérin et va se terminer à la bride urétrale dont nous venons de parler. Elle intéresse donc l'urètre, le col de la vessie et la cloison vésico-vaginale dans presque toute sa longueur. Enfin cette fistule, dont le diamètre transversal est moindre que le diamètre antéro-postérieur, permet cependant d'introduire facilement dans la vessie les trois premiers doigts.

Les bords de l'ouverture, assez épais et irrégulièrement taillés, ne sont pas âpres au toucher et n'offrent, ainsi que le reste du vagin, aucune trace de ces incrustations calcaires que l'on remarque chez quelques malades, et entre autres chez celle couchée au n° 8 de la même salle et également affectée de fistule vésico-vaginale. Le vagin ne présente ni brides ni rétrécissement appréciable. L'intérieur de la vessie paraît lisse et ne présente pas de calculs; sa capacité ne paraît pas notablement diminuée, et sa paroi antérieure n'a aucune tendance à faire saillie dans le vagin, à se renverser à travers la perte de substance.

Quelle que soit la position que prenne la malade, qu'elle soit assise ou debout, couchée sur le dos ou sur les côtés, l'urine coule involontairement et continuellement dans le vagin et de là sur les grandes lèvres et le long des cuisses.

Quant à l'état général, il est des plus satisfaisants; la malade est fraîche et vive, et demande chaque jour à être opérée.

M. Jobert, voyant que l'élytroplastie ne pouvait réussir chez cette femme, qui portait au bas-fond de la vessie une perte de substance si considérable, renonça a pratiquer ici cette opération. Il chercha donc à inventer un autre procédé qui pût être appliqué avantageusement dans ce cas.

Ce chirurgien conçut le projet : 1° d'allonger le plus possible la portion restante de la cloison vésico-vagiale qui adhérait à la lèvre antérieure du col utérin, de l'attirer d'arrière en avant et de haut en bas afin de diminuer la solution de continuité dans le sens antéro-postérieur; 2° de rapprocher ensuite les bords de l'ouverture vésico-vaginale vers la ligne médiane jusqu'au pont urétral dont nous avons parlé.

Le projet une fois conçu, M. Jobert le mit à exécution, le 9 juin 1845, de la manière suivante :

La malade est couchée sur le dos, comme pour l'opération de la taille sous-pubienne; le bassin est amené sur le bord du lit en sorte que le périnée fait même un peu saillie en avant. Les cuisses, demi-fléchies sur le bassin, sont fortement écartées et soutenues par deux aides qui écartent en même temps les grandes lèvres. Des pinces de Museux, enfoncées dans le col utérin, servent à attirer la matrice en bas et en avant jusque vers l'orifice inférieur du vagin. Alors l'opérateur pratique une incision transversale et demi circulaire au dessus de la lèvre antérieure du museau de tanche, dans le sillon que forme la paroi antérieure du vagin lorsqu'elle va s'insérer sur le col utérin; ensuite, en conduisant le tranchant du bistouri de bas en haut (l'utérus étant attiré en bas) ou mieux, du col utérin vers la partie postérieure de la fistule, il détache en partie cette portion de la cloison vésico-vaginale qui restait et qui n'avait, comme nous l'avons dit, qu'un centimètre et demi de largeur. En tirant en avant cette portion de cloison ainsi disséquée, on constate qu'elle a acquis une plus grande étendue et qu'ainsi le diamètre antéro-postérieur de la fistule est beaucoup diminué.

On procède alors, avec l'instrument tranchant, à l'avivement des bords de l'ouverture vésico-vaginale dans toute sa circonférence, puis on affronte facilement les lèvres de la division et on les maintient réunies à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée.

De cette manière, l'ouverture se trouve fermée aux dépens des parties restantes de la cloison vésico-vaginale elle-même, d'une part en les tirant dans le sens latéral et d'autre part en les faisant glisser, après une dissection préalable, dans le sens antéro-postérieur. Ce dernier temps de l'opération justifie, comme on le voit, la dénomination que l'auteur a cru devoir lui consacrer : *Réunion autoplastique par glissement.*

La vaste perte de substance que présentait le bas-fond de la vessie étant donc réparée, la vessie et le vagin, qui tout à l'heure ne formaient qu'un vaste cloaque, constituent maintenant deux cavités parfaitement distinctes et tout à fait isolées par la nouvelle cloison.

L'opération terminée, on procède au pansement : on applique un morceau d'agaric cératé sur la paroi antérieure du vagin, et l'on tamponne modérément avec de la charpie; ensuite une sonde en gomme élastique est introduite dans la vessie par l'urètre de nouvelle formation, et laissée en permanence afin de donner un libre écoulement à l'urine. On conçoit en effet que l'urine, en séjournant dans la vessie et en baignant les lèvres de la plaie, eût pu nuire à leur réunion. Enfin, l'opérée est portée à son lit avec précaution, et couchée sur le dos; les cuisses sont un peu fléchies sur le tronc et rapprochées l'une de l'autre.

Le 11 juin, aucun accident ne s'est développé, et c'est à peine si l'on observe un léger mouvement fébrile. Les règles sont survenues; elles se trouvent avancées de quinze jours. On a soin que les urines passent par la sonde qui est laissée à demeure dans la vessie.

Le 12, une petite quantité d'urine paraît s'écouler par la partie antérieure de la plaie que l'on a réunie et qui se trouve derrière l'urètre; du reste, pas de fièvre, pas de céphalalgie. — Deux bouillons.

M. Jobert craint que la sonde, dont la présence est cependant nécessaire, ne détruise l'urètre de nouvelle formation.

Le 14, le canal urétral s'est rompu, et cependant les urines s'écoulent encore par la sonde; les menstrues continuent. — Une portion.

Le 23, M. Jobert pratique le toucher vaginal, et croit être parvenu, sinon à rétablir toute la cloison vésico-vaginale, du moins à diminuer beaucoup l'étendue de la perte de substance.

Le 28, c'est-à-dire le vingtième jour à dater de l'opération, la malade se lève sans qu'on le lui ait permis.

Le 15 juillet, en présence de MM. A. Devergie et Emery, de plusieurs médecins et d'un grand nombre d'élèves, M. Jobert examine cette femme.

Après avoir refoulé en bas la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une gouttière en buis, on voit, en procédant d'arrière en avant :

1° Au fond du vagin, le *col de l'utérus;*

2° Au devant de ce col et à la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin, ou mieux de la cloison vésico-vaginale, *une saillie* prononcée, formée par le lambeau que l'on a détaché des parties voisines;

3° Plus en avant, la *cicatrice épaisse et solide* présentant un *sillon* qui est dirigé d'arrière en avant, et qui indique l'endroit où s'est faite la réunion des deux lèvres de la fistule;

4° Au-devant de ce sillon et à la hauteur du col normal de la vessie, le *col artificiel* et *une dépression* formée par une ouverture que peut traverser une sonde de femme, et qui livre passage aux urines; c'est l'orifice vésical de nouvelle formation.

Une sonde introduite dans la vessie pénètre à une grande profondeur, et y exécute des mouvements très variés et très étendues; ce dernier résultat prouve d'une manière bien évidente que, malgré la date ancienne de l'affection, l'étendue de la fistule et le rapprochement de ses bords, la capacité de la vessie n'a pas été notablement diminuée.

Cette femme peut maintenant retenir ses urines pendant plusieurs heures; elle est avertie du besoin d'uriner, et y satisfait à volonté. Lorsqu'elle marche, elle conserve encore ses urines, mais moins complétement que dans toute autre circonstance. Enfin, bien qu'il n'existe plus d'urètre, lorsqu'on fait uriner cette femme et qu'on l'examine avec soin, on constate que les urines ne tombent ni dans le vagin, ni sur les grandes lèvres, mais qu'elles s'échappent toutes par le col artificiel de la vessie en formant un jet et en produisant un bruit particulier.

Tel est l'état que présente cette femme, qui, impatiente de revoir son mari, et ennuyée de rester à l'hôpital, sort de la salle Saint-Augustin le 15 juillet 1845.

Depuis cette époque, Marie Calmès, à qui nous ne pouvons supposer assez de fermeté pour s'abstenir des rapports sexuels, est revenue à l'hôpital Saint-Louis. L'appareil génito-urinaire, examiné de nouveau, n'a présenté aucun changement; la cicatrice s'est bien conservée, et l'état des parties est tout aussi satisfaisant que le 15 juillet.

L'opération que M. Jobert a pratiquée chez cette femme comprend trois temps bien distincts : Dans le premier, après l'abaissement préalable de l'utérus vers la vulve, on pratique l'incision transversale et l'on opère le décollement de la portion restante de la cloison vésico-vaginale; dans le second, on fait l'avivement des bords de la fistule dans toute sa circonférence; dans le troisième enfin, on affronte les lèvres de la division et l'on applique les points de suture.

Dès le premier abord, on est frappé tout à la fois et des analogies, et des différences qui existent entre la réunion autoplastique par glissement et l'élytroplastie. En effet, dans celle-ci, on prend le lambeau à l'extérieur; dans celle-là, on le prend à l'intérieur même du vagin. Dans l'une, c'est un lambeau de peau que l'on affronte avec la cloison vésico-vaginale; dans l'autre, c'est une portion de cloison que l'on met en contact avec la cloison même. Ici donc, même structure, même vitalité de tissus; là, tissus de structure et de vitalité différentes. Voilà pour les différences.

Ce simple aperçu laisse déjà entrevoir quelques-uns des avantages de la réunion autoplastique par glissement.

Mais dans cette dernière opération il faut disséquer une sorte de lambeau au fond du vagin, décoller cette portion de cloison qui s'insère sur le col utérin et conduire alors l'instrument tranchant dans une région profonde et plus ou moins voisine du péritoine. Aussi, avant de pratiquer cette opération sur le vivant, M. Jobert fit des recherches sur le cadavre, dans le but de connaître les rapports exacts que le péritoine, qui se réfléchit de la paroi postérieure sur la face antérieure de l'utérus, affecte avec le sillon ou la rigole que forme l'extrémité supérieure du vagin autour du museau de

tanche. Voici ce qu'il a trouvé constamment.

Après avoir incisé la muqueuse et le tissu dartoïde qui forme l'épaisseur du vagin, on trouve un tissu cellulaire filamenteux assez serré qui unit le bas-fond de la vessie au vagin; puis, en allant plus haut, un tissu cellulaire lâche qui permet de repousser la vessie en avant et de remonter assez haut entre cet organe et l'utérus, sans courir le risque de léser le péritoine. En effet, le cul-de-sac que forme celui-ci en cet endroit, se trouve distant de la rigole dont il s'agit, non pas seulement de dix lignes, comme on l'a dit, mais de plus de quinze lignes au moins.

De ces recherches, il résulte évidemment que l'on ne peut craindre de blesser le péritoine en pratiquant l'incision et la dissection dont nous avons parlé, et qui constituent en quelque sorte le premier temps de cette opération. On ne peut donc pas invoquer contre la pratique de ce procédé un danger réel, puisqu'il n'en existe point ici.

Les détails dans lesquels nous sommes entré relativement à la fistule et à l'état actuel de l'opérée, nous dispensent d'insister sur le succès si remarquable obtenu chez cette femme. Devant les faits, toute idée théorique ou préconçue doit disparaître. Or, le fait qui précède est réel et incontestable.

C'est donc un nouvel exemple de fistule vésico-vaginale due à une vaste perte de substance du bas-fond de la vessie, et heureusement guérie par un nouveau procédé autoplastique.

G. G.

CONGRÈS MÉDICAL.

RAPPORT *sur un plan de réalisation et un projet d'organisation d'un* CONGRÈS MÉDICAL *fait au nom d'une Commission composée de* MM. MOREAU, BATAILLE, VILLENEUVE, AUBERT-ROCHE, BLATIN, *et* Amédée LATOUR, *rapporteur.*

Lu et adopté dans la séance générale des délégués des Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire, le 2 *août* 1845.

Messieurs,

Vous nous avez chargés de vous présenter un plan de réalisation et un projet d'organisation d'un Congrès médical.

Cette décision suppose qu'une question préalable avait été déjà discutée et résolue affirmativement par vous; savoir: Un Congrès médical peut-il être utile? Y a-t-il opportunité et convenance à en provoquer un?

C'est, en effet, ce que vous décidâtes à l'unanimité, dans votre séance du 14 juin dernier,

Cette décision en provoqua une autre, qui fut également prise à l'unanimité, savoir, qu'une Commission serait nommée qui vous présenterait un rapport sur les moyens de réalisation et d'organisation du Congrès médical.

Cette commission, nommée au scrutin, fut composée de MM. Moreau, Bataille, Villeneuve, Richelot, Aubert-Roche, Blatin et Amédée Latour.

Elle se constitua séance tenante et me fit l'honneur de me nommer son rapporteur.

Après avoir soumis mon travail à la Commission, qui l'a adopté et signé, je viens, Messieurs, le soumettre à la réunion des délégués des Sociétés de médecine de Paris, non plus comme mon œuvre propre, mais comme l'œuvre de la Commission tout entière que vous avez chargée de ce soin.

Notre mandat était clairement limité: Plan de réalisation, projet d'organisation d'un Congrès médical. Tout en réservant à cette partie du travail son attention spéciale, votre Commission n'a pas cru devoir s'abstenir de vous indiquer les motifs qui lui font désirer l'institution d'un Congrès médical, et les raisons qui l'ont déterminée à accepter avec empressement l'idée qui en a été émise ailleurs.

Cette idée, Messieurs, a eu l'extrême bonheur, et cela seul a fait sa fortune, de naître au moment opportun et de répondre à un besoin général.

Quel médecin honorable et digne n'a pas gémi sur l'isolement dans lequel a vécu notre corporation! Qui n'a senti et exprimé le vif regret de voir le médecin, presque entièrement séparé de ses confrères, entrer dans la vie pratique sans qu'aucune circonstance le rattachât aux écoles où il puisa son instruction, aux maîtres dont il fut le disciple; sans qu'aucun lien de confraternité l'unit aux hommes avec lesquels il partage les labeurs de la profession, sans que des devoirs réciproques de convenance ou d'affections vinssent s'interposer entre des rivalités souvent fort vives, entre des intérêts toujours opposés!

Presque seule aujourd'hui notre corporation, où se trouvent tant de lumières, tant de dévouement et de moralité, vit dans l'abandon à peu près complet du principe si fécond et si puissant de l'association. Cet abandon, Messieurs, lui a été funeste; il n'est pas assurément la seule cause des maux qui nous affligent, il ne les a pas engendrés tous; mais, il faut le reconnaître, la complète indépendance dans laquelle nous vivons les uns à l'égard des autres, l'absence de toute solidarité morale entre nos actes, la liberté absolue et sans limites de nos actions professionnelles ont été pour quelques-uns le motif de déplorables licences, pour tous, la cause efficiente du relâchement des liens de confraternité.

Le mal est devenu, à cet égard, si profond et si général, que de son excès même est résulté un bien inespéré. De toutes parts, un retour évident s'opère vers les idées de rapprochement et d'association si longtemps négligées.

Les médecins de Paris, il faut être juste, sont entrés les premiers dans cette heureuse voie, et l'*Association de prévoyance* en a été le premier résultat.

Des Sociétés de tout genre se sont formées et se forment encore à cette heure dans les divers arrondissements de la capitale; et à cette séance, où votre Commission a l'honneur de vous exposer le résultat de son travail, vingt et une Sociétés diverses, nombre de celles que nous connaissions, ont été convoquées, qui témoignent des progrès évidents que les principes d'association ont faits parmi nous.

Dans les départements, mêmes tendances et même empressement. Vous n'apprendrez pas sans intérêt, Messieurs, qu'à l'heure actuelle, nos confrères des départements se réunissent dans cinquante-huit Sociétés, dont quelques-unes n'ont pas plus d'un an, et même quelques mois, d'existence, et que, dans quelques départements où il n'en existe pas encore, des efforts sont actuellement tentés pour arriver à leur formation.

C'est sur un terrain ainsi préparé et disposé qu'est tombé l'idée d'un Congrès médical. Elle devait être, et elle a été acceptée comme un premier pas et un acheminement vers l'association générale du corps médical, objet des vœux de tous,

D'un autre côté, depuis trente ans, le corps médical attend une loi d'organisation destinée à changer ou à modifier l'état actuel de nos institutions. Vous savez tous, Messieurs, qu'après la destruction complète des institutions destinées à l'enseignement, opérée par la révolution de 1789, les gouvernements qui se succédèrent, et la Convention elle-même sentirent le besoin de reconstituer, mais sur des bases nouvelles, ce qui avait été si violemment détruit. Tout était à refaire, et tout fut refait, mais précipitamment; car la haute pensée des législateurs de cette époque était vivement préoccupée de ne pas laisser plus longtemps un grand peuple comme celui de notre nation privé de toute organisation sur un point aussi important que l'instruction publique. Soyons justes, Messieurs, et reportons nous aux temps où fut établie la législation qui nous régit encore dans ses dispositions les plus fondamentales, et nous reconnaîtrons que ce travail, tout imparfait qu'il nous paraisse aujourd'hui, était cependant, pour l'époque, une immense réparation. Nous irons plus loin même; car, pour nous, les lois de cette époque valent mieux, incontestablement mieux, que ce que la révolution avait détruit. Louangeurs sans vérité et sans justice d'un passé qui avait fait son temps, nous ne vous vanterons pas l'ordre de choses, relativement aux institutions médicales, de l'ancienne monarchie. Déjà les vices et les abus de ces institutions avaient frappé tous les esprits, et le célèbre rapport de Talleyrand à l'Assemblée nationale le prouve sans réplique. Avec l'illustre rapporteur de l'Académie royale de médecine M. Double, nous dirons: « Ce ne sont ni les lois, ni les décrets de nos premières assemblées politiques qui ont renversé les institutions médicales antérieures à la révolution de 1789. Déjà, depuis longues années, ces institutions, vieillies par le temps, sapées par les abus, tombaient en ruine; péniblement soutenues qu'elle étaient encore par le nom, par les travaux, par les succès de quelques médecins justement célèbres. La décadence de ces institutions était frappante pour tout esprit pratique; leur chute rapide prouva, du reste, qu'elles ne répondaient plus ni aux besoins, ni aux lumières, ni à la civilisation de l'époque. »

Donc, Messieurs, la législation révolutionnaire et celle du Directoire, du Consulat et de l'Empire, fut non-seulement, à notre avis, une réparation, mais encore un progrès.

Cependant le temps, les circonstances, l'expérience surtout, démontrèrent bientôt les nombreux et graves inconvénients de l'état actuel de nos institutions médicales. Depuis vingt ans surtout les plaintes à cet égard ont été réitérées, incessantes, générales. Nous n'avons pas l'intention, et ce n'est pas d'ailleurs notre mandat, de dérouler sous vos yeux l'affligeant tableau des souffrances et des besoins du corps médical. Votre présence ici nous atteste que vous en avez conscience, et, sous ce rapport, nous n'aurions rien à vous apprendre.

Vous savez également que le corps médical a confié toutes ses espérances à une organisation nouvelle vainement promise depuis vingt ans, vainement attendue et dont la réalisation, comme un trompeur mirage, s'évanouit d'année en année.

Quelles ont été les causes de ces retards, de ces lenteurs, de ces refus? Votre commission a pensé qu'il en existait deux principales, que le Congrès médical pouvait faire disparaître.

La première, et c'est celle sur laquelle nous pouvons le moins nous appesantir, est relative aux graves préoccupations politiques et sociales dans lesquelles le pouvoir a été absorbé juqu'à ce jour. L'instabilité, le peu de durée des ministres n'a pu leur donner ni le temps ni l'occasion de préparer avec assez de maturité un projet de loi qui répondît aux véritables besoins du corps médical.

Ces véritables besoins, d'ailleurs, le pouvoir les a-t-il connus suffisamment? Non, et c'est là la seconde et plus puissante cause des hésitations du pouvoir à présenter une loi qu'il reconnaissait lui-même devoir être incomplète. Une condition essentielle pour que la loi réponde aux vœux et aux besoins de ceux qu'elle est appelée à régir, c'est que ces besoins et ces vœux soient connus des législateurs. C'est ce que le pouvoir a compris pour toutes les grandes questions industrielles et commerciales qui ont occupé nos assemblées délibérantes. Il n'est pas un de ces intérêts qui n'ait provoqué de nombreuses enquêtes, des réunions fréquentes, des discussions, des pétitions, etc., et le pouvoir, loin de mettre obstacle aux libres et complètes manifestations des vœux des intéressés, les a provoquées quelquefois, encouragées toujours, entravées jamais.

Ce que tous les autres intérêts ont su faire et ont fait, le corps médical serait-il impuissant à le produire? La bienveillance et les encouragements du pouvoir en faveur de ces pacifiques et utiles réunions, les refuserait-il au corps des médecins qui vient s'occuper, non-seulement de ses intérêts propres, intérêts d'ailleurs plus moraux que matériels, mais encore et surtout des intérêts généraux et les plus grands de la société tout entière? Car, Messieurs, serait-ce notre corporation seule qui bénéficierait à ce que l'enseignement de la médecine devînt plus large, plus complet et plus libre? A ce que toutes les classes de la société trouvassent partout et dans tous les médecins les mêmes garanties d'instruction et de talent? A ce que le charlatanisme subît une sévère répression?

Il y a plus, Messieurs; nous croyons sincèrement que le pouvoir est animé pour nous des meilleures dispositions; nous assurons même que le ministre actuellement placé à la tête de l'instruction publique ne demande pas mieux que de satisfaire nos besoins et nos vœux; nous sommes persuadés qu'autour de lui, dans le Conseil royal de l'instruction publique, comme à la tête de nos écoles, se trouvent des hommes franchement dévoués aux intérêts de notre profession, ayant fait et faisant encore tous leurs efforts pour changer l'organisation médicale actuelle. Dans une des dernières séances de la Chambre des députés, M. le ministre de l'Instruction publique, interpellé par l'honorable professeur, M. Bouillaud, tout en regrettant d'avoir été empêché cette année de présenter un projet de loi sur l'organisation médicale, s'est formellement engagé à le faire dans la session prochaine. Dans son zèle pour les intérêts de l'enseignement et de la profession, M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris s'est empressé de mettre sous les yeux de M. le ministre un projet de loi élaboré par lui, et qu'il croyait pouvoir être présenté dans la session actuelle.

Aussi, Messieurs, nous devons le déclarer tout de suite, ce n'est pas en vue d'inciter l'administration à présenter immédiatement un projet de loi que l'idée du Congrès a été émise; vous venez de voir qu'elle n'en a pas besoin, et que le corps médical peut compter sur ses bonnes et généreuses dispositions. Mais le Congrès nous a paru utile et avantageux, en ce sens que les bonnes intentions du pouvoir avaient besoin peut être d'être dirigées vers le but que le corps médical veut atteindre, d'être éclairées peut-être sur nos véritables intérêts et sur nos désirs réels.

Votre Commission n'a pu s'empêcher de reconnaître que jamais et dans aucune occasion l'expérience qu'elle vous propose de tenter n'a été faite. Tout ce qui a été essayé dans ce sens, soit par l'Académie de médecine, soit par quelques Sociétés isolées, soit encore par quelques Commissions instituées à cet égard, soit enfin par les nombreux travaux particuliers publiés sur la matière, ne porte ce caractère d'ensemble et d'harmonie si désirable dans une œuvre qui doit reconstituer nos institutions actuelles. Comment eût-il pu en être autrement? En premier lieu, presque tous les projets d'organisation qui ont été émis jusqu'ici, l'ont été par des médecins de la capitale, tantôt investis d'un mandat ministériel et agissant sur un programme émané du ministère; tantôt ils se sont produits comme l'organe de Sociétés et de Corps enseignants qui avaient été constitués en Commission. Eh bien, Messieurs, pour prendre l'exemple le plus large, et pour vous donner une idée de ce qu'il est possible et raisonnable d'attendre de l'initiative ministérielle, le programme des questions adressées à l'Académie de médecine et sur lequel M. Double fit son rapport, indiquait en tout onze points à traiter, divisés en vingt questions; deux concernant l'enseignement, une sur les réceptions, toutes les autres relatives aux chambres de discipline et à la police médicale. L'esprit élevé et éclairé du savant rapporteur le poussa forcément à franchir ces étroites limites, et sans tenir compte du programme ministériel si incomplet, M. Double aborda toutes les grandes questions relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. La discussion de ce rapport agrandit encore le cadre dans lequel devait se faire l'examen de nos institutions.

Nous ne savons, Messieurs, si nos appréhensions sont exagérées ou chimériques; mais, en vérité, en face de ce programme adressé à l'Académie de médecine, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer une vive crainte que les errements de l'administration, indépendamment de toute sa bonne volonté que nous tenons pour réelle, ne soient encore les mêmes, qu'elle n'enferme encore dans le même cercle nos désirs et nos espérances, et qu'elle ne bâtisse son projet de loi sur les mêmes bases si étroites.

Ce serait un grand malheur, Messieurs, car les mauvaises lois durent à l'égal des bonnes; si celles qui nous régissent actuellement viennent à être modifiées, ce sera après un demi-siècle d'abus, de réclamations et d'efforts, et d'un siècle au moins on ne pourrait obtenir des législateurs une révision nouvelle. Pensons-y sérieusement et pour nous-mêmes et pour nos successeurs, auxquels nous pouvons et nous devons épargner les embarras et les souffrances dont nous sommes les victimes.

En second lieu, les travaux individuels qui ont été publiés, comme ceux dont les Commissions étaient l'organe, présentent presque tous les marques des préoccupations habituelles de leurs auteurs. Votre Commission n'a pas heureusement besoin de se livrer à la critique des projets d'organisation qui ont surgi depuis vingt ans; mais nous devons faire remarquer néanmoins qu'ils paraissent tous avoir été conçus à un point de vue spécial et limité, et que dans aucun on ne trouve les grandes vues d'ensemble cherchant à réparer toutes les souffrances et à satisfaire tous les vœux. Un de nous a fait cette expérience: il a pris un nombre assez considérable d'écrits sur la matière, et il les a lus sans en connaître les auteurs; à peu d'exceptions près, il a deviné leurs qualités, et cette lecture lui indiquait parfaitement si l'auteur appartenait à un Corps enseignant, s'il exerçait sa profession à Paris ou dans les départements, dans les villes ou dans la campagne.

Ceci prouve, Messieurs, que les besoins du corps médical sont complexes, et qu'ils ont besoin d'être étudiés sous des points de vue nombreux et divers.

Pour cela quel moyen plus naturel et plus simple que d'appeler tous les intéressés à une sorte d'exposition générale où seraient indiqués tous les *desiderata* de l'enseignement et de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, où les besoins du médecin des campagnes comme ceux du médecin des villes seraient représentés; où les souffrances de tous auraient des organes, enfin où nous pourrions en commun chercher remède aux uns et satisfaction aux autres? N'est-ce pas ainsi qu'ont procédé les représentants de tous les grands intérêts qui étaient en souffrance? Ne voyons-nous pas depuis deux ans les intérêts agricoles confier l'examen et la discussion de leurs besoins et de leurs souffrances à des délégués d'un Congrès précisément analogue à celui que nous voudrions instituer? Les résultats de ce Congrès, qui en est à sa deuxième session, ont été, de l'avis des hommes les plus compétents et les mieux renseignés, extrêmement favorables; des projets de loi ont été présentés, d'autres s'élaborent, qui ne sont que la réponse aux demandes adressées par le Congrès. Eh bien, les choses seront pour nous plus faciles encore, car si les intérêts des médecins sont complexes, ils ne sont pas opposés comme ceux de l'agriculture; le médecin du nord n'a rien à envier au médecin du midi, et le médecin des villes n'a aucune opposition raisonnable à faire aux intérêts du médecin des campagnes. Chez nous, Messieurs, les intérêts vinicoles ne sont pas en lutte avec les intérêts sucriers, et le pouvoir, en voulant donner satisfaction à une partie de notre corporation, ne se trouve pas dans la pénible alternative de nuire aux intérêts de l'autre.

Voilà, Messieurs, succinctement et rapidement rappelés les motifs qui ont fait adopter à votre Commission le principe d'un Congrès médical. Ils peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes:

1° Le Congrès est une manifestation utile pour encourager dans le Corps médical l'esprit d'association;

2° Il éclairera le pouvoir sur nos besoins et sur nos vœux;

3° Il facilitera ainsi la présentation d'un projet de loi qui réponde à nos désirs et à nos espérances.

Pour terminer la première partie de notre tâche, il ne nous reste qu'à vous entretenir quelques instants de la question d'opportunité.

Ce que nous disions tout à l'heure des dispositions et des promesses de M. le ministre de l'instruction publique nous vient ici singulièrement en aide. Si nous craignons, et en vérité c'est à bon escient, que l'administration, malgré ses lumières et sa bonne volonté, ne soit pas suffisamment renseignée des choses qui nous concernent, si nous appréhendons, non sans fondement, que ses projets de réorganisation soient insuffisants et incomplets; d'un autre côté, si nous devons nous fier aux promesses de M. le ministre de l'instruction publique, et rien ne nous autorise à les révoquer en doute, si dans la session prochaine un projet de loi doit être présenté, il y a, Messieurs, une immense opportunité à nous hâter; il y va de nos intérêts les plus graves que l'état réel de nos affaires soit parfaitement et complétement connu, que nos besoins, nos vœux et nos espérances ne tardent pas plus longtemps à se manifester.

Ainsi donc, Messieurs, un Congrès médical sera utile, il est opportun; est-il réalisable et comment est-il réalisable, voilà ce que votre Commission va maintenant avoir l'honneur de vous exposer.

Le premier principe que la Commission a adopté, c'est que l'appel au Congrès fût fait de la manière la plus libérale et la plus large. Elle n'a admis aucune exclusion, et elle a décidé que tous les docteurs en médecine, que tous les officiers de santé, que tous les pharmaciens de la France que tous les médecins vétérinaires diplômés seraient libres, en se conformant à quelques dispositions dont il sera parlé plus bas, de se présenter au Congrès.

Votre Commission espère que vous apprécierez et que vous adopterez les motifs qui l'ont déterminée à cet égard. Si le Congrès a principalement pour but de mettre le Corps médical en position de faire connaître ses besoins et ses vœux, s'il doit en être l'expression la plus générale, si, comme nous l'indiquerons plus loin, quelques intérêts particuliers doivent y trouver des défenseurs et des organes, il est convenable et juste que toutes les opinions, que tous les intérêts puissent y être représentés, et de laisser à leurs représentants toute la liberté possible de s'y rendre. Votre Commission a voulu éviter par là jusqu'au soupçon de provoquer un Congrès dans un intérêt local ou de personnes; elle a tenu à n'éveiller aucune susceptibilité entre les médecins de Paris et ceux des départements; entre les médecins exerçant leur profession à des titres différents; à ôter tout prétexte à l'indifférence ou au mauvais vouloir.

Cependant, Messieurs, tout en prenant cette dernière détermination, dont elle ne croit pas qu'il soit possible de s'abstenir, votre Commission a senti qu'il était bien difficile, sinon impossible, de convoquer individuellement et régulièrement tous les médecins et tous les pharmaciens de la France. Elle a dû, non pas faire un choix, mais se borner, et tout naturellement elle a pensé à s'adresser d'abord aux médecins qui, ayant déjà reconnu les avantages de l'association, se sont réunis en Société sur différents points du Royaume. Par la voie de la presse, qui, nous l'espérons, ne nous refusera pas son concours, la Commission du Congrès convoquera tous les médecins et tous les pharmaciens, qui auront ainsi tout liberté de se présenter; mais pour les Sociétés de médecine et de pharmacie, pour les Facultés et les Ecoles préparatoires, votre Commission est d'avis qu'une invitation spéciale et directe leur soit adressée par la Commission de Paris, qui

leur transmettra également le programme des questions qui y seront traitées.

La Commission invitera les Sociétés de médecine et de pharmacie et les Corps enseignants à nommer des délégués, en tel nombre qu'ils le jugeront convenable.

Ils seront invitées, en outre, à faire connaître aux médecins de leurs départements, par les moyens dont ils pourront disposer, l'existence, le but et l'époque de la réunion du Congrès médical.

Sur ce premier point, la possibilité de la convocation du Congrès, votre Commission ne voit pas qu'aucune difficulté sérieuse puisse s'élever.

Mais une question préliminaire se présente ici, qui a arrêté votre Commission et qu'elle croit devoir vous soumettre. Par qui sera faite cette convocation? La Commission actuelle et le Bureau que vous avez nommés dans la dernière réunion ont-ils reçu mandat à cet égard et ont-ils été suffisamment institués pour se charger de cette mission? La Commission ne le pense pas Messieurs, et n'acceptant de l'honneur que vous lui avez fait que la mission de vous exposer son travail actuel, considérant d'un autre côté que toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris n'avaient pu être convoquées pour la première réunion et n'y avaient pas toutes envoyé des délégués; considérant que cette convocation a été faite pour la réunion de ce jour et que des délégués s'y trouvent en nombre beaucoup plus considérable; considérant enfin qu'il importe de donner aux actes préliminaires du Congrès la sanction d'un vote aussi nombreux que possible, les membres du Bureau et de la Commission précédemment nommés, croient qu'ils outre-passeraient leurs droits et leurs devoirs s'ils ne résignaient pas leurs fonctions et s'ils ne laissaient pas l'assemblée actuelle entièrement libre dans son voie pour cet objet spécial.

Alors, Messieurs, les membres que vous aurez désignés se réuniront en Commission permanente qui prendra le titre de *Commission d'organisation du Congrès médical.*

Ses attributions qu'il importe de fixer, seront celles-ci :

1° De convoquer le Congrès, et de provoquer des adhésions ;

2° De se mettre en rapport avec toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie de France, les Facultés et Ecoles préparatoires ;

3° De faire auprès des journaux les démarches nécessaires pour donner aux avis relatifs au Congrès toute la publicité possible ;

4° D'obtenir de l'autorité les permissions nécessaires ;

5° De s'occuper de la recherche d'un local approprié à la réunion du Congrès ;

6° De nommer un Bureau provisoire ;

7° De faire un règlement pour l'ordre des séances et des discussions.

Cette Commission peut être composée d'un président, d'un vice-président, de deux secrétaires, de sept membres, dunt un pharmacien et un médecin vétérinaire dont l'absence nous a totalement fait défaut dsns la Commission actuelle; cette Commission nommera dans son sein un trésorier, car, comme vous le verrez tout à l'heure, une cotisation est indispensable.

Pour tous les objets spécifiés plus haut et même pour certains cas imprévus, il est nécessaire que cette Commission soit investie de vos pleins pouvoirs, qu'elle puisse agir sans convocation nouvelle de l'assemblée actuelle, qu'elle puisse éviter enfin la perte de temps et les lenteurs inséparables de toute grande réunion organisatrice.

C'est le mode qu'a suivi la Commission d'organisation du Congrès agricole, et qui l'a conduit aux heureuses fins que vous connaissez.

D'ailleurs, Messieurs, il est bien entendu que tout ce que fera la Commission du Congrès devra être sanctionné par le vote du Congrès dans sa première séance. Ainsi, le Bureau qui sera organisé aura besoin d'un vote définitif du Congrès, qui sera libre de le modifier, de le changer. Le règlement, lu en séance, devra être adopté par le Congrès, qui restera encore libre d'y faire les modifications jugées nécessaires.

En un mot, quels que soient les pouvoirs que vous donniez à cette Commission, quels que soient les actes auxquels elle aura présidé, elle sera toujours et en tout état de cause justiciable du Congrès, qui sera libre d'adopter ou de rejeter ce que cette commission aura pu faire.

Relativement au règlement, une observation pourrait nous être faite, et nous devons la prévenir Pourquoi, nous dira-t-on peut être, la Commission actuelle ne l'a-t-elle pas rédigé, et pourquoi ne pas le soumettre à l'assemblée ici présente? Votre Commission répondrait d'abord que le temps lui a manqué, que pour un travail de cette nature, qui doit nécessairement avoir une grande influence sur la valeur, la portée et les résultats du Congrès, il faut du temps et de la réflexion, et que tous ceux qui se sont un peu occupés de ces matières comprendront facilement qu'un règlement qui a tant d'influence dans toute Société délibérante, demande beaucoup de soins et d'attention pour qu'il soit clair, simple, utile et applicable.

Ensuite, le règlement à faire doit être nécessairement subordonné au nombre des personnes qui enverront leur adhésion; ce nombre, nous ne le connaissons pas; il nous est difficile de le prévoir.

Enfin le nombre et la nature des questions qui doivent être traitées au Congrès ne peuvent être aussi sans influence sur le règlement. Or votre Commission ne sait pas encore si le programme qu'elle va vous présenter à ce sujet aura votre assentiment. s'il sera changé ou modifié; et, par tous ces motifs, elle a dû s'abstenir de vous présenter un règlement.

Ici encore, et nous croyons cette mesure fort sage, nous suivons les errements du Congrès agricole, dont le règlement n'a été connu que le jour de la première séance de la session.

Maintenant, Messieurs, pour quelle époque est-il convenable de provoquer le Congrès?

Dans le sein de votre Commission, une opinion a été émise pour combattre la proposition primitivement faite de réunir le Congrès vers le 1er octobre prochain. On a dit : Au mois d'octobre. les Chambres sont absentes et les députés éloignés de Paris. Il serait plus convenable d'attendre jusqu'au 1er mai de l'année prochaine, époque à laquelle les délégués de toutes les Sociétés de médecine pourraient user de leur influence auprès des députés de leurs departements, soit pour leur faire connaître les récriminations légitimes du Corps médical, soit pour inviter les ministres à présenter un projet de loi.

Une autre opinion que nous avons entendu plusieurs fois émettre en dehors de la Commission et qui a même été le sujet d'une communication qui nous a été adressée par M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, consiste à penser que d'ici au mois d'octobre prochain, le temps ne soit trop court pour l'étude et l'examen des questions soumises au Congrès, pour que leur discussion soit profitable et leur solution possible.

Ces deux opinions qui consistent. la première à renvoyer au 1er mai la réunion du Congrès, la seconde à le remettre à une époque plus éloignée encore, rencontrent contre elles la promesse dont nous avons déjà parlé, faite par M. le ministre de l'Instruction publique, de présenter un projet de loi dans la session prochaine. Si le Congrès ne se réunit pas avant les Chambres, il est évident que les vœux qui seront émis par ce Congrès ne pourront pas être connus des législateurs en temps opportun. Quant à l'influence que les membres du Congrès pourraient exercer sur les députés présents à Paris, qui empêche qu'ils ne l'exercent dans leurs localités respectives et d'une manière peut-être plus efficace? Relativement au peu de temps qui pourra s'écouler entre l'envoi du programme et la réunion du Congrès, cette objection est sans doute plus grave et mériterait une grande considération, si le corps médical ne se trouvait pas placé dans l'imminence d'une présentation de loi qui peut ne pas répondre à ses désirs et à ses vœux. Ici, Messieurs, la Commission qui sera chargée des dispositions réglementaires du Congrès aura a se préoccuper vivement de cette circonstance et à distribuer les travaux dans les diverses Commissions qu'il faudra instituer, de manière que la division en accélère la rapidité.

Après un mûr examen de cette question, la majorité de votre Commission a pensé que le 1er octobre, époque qui paraît convenable à plusieurs égards, était néanmoins trop rapprochée, et elle vous propose de reporter l'ouverture du Congrès à un mois plus tard, c'est-à-dire au 1er novembre prochain.

Du reste, Messieurs, c'est notre conviction, et nous devons ici la faire connaître; il ne nous paraît pas possible que dans une seule session, que nous aurons beaucoup de peine à obtenir d'une durée de quinze jours, le Congrès puisse s'occuper avec efficacité de la totalité des questions qui lui seront soumises.

Mais cette circonstance est pour nous un motif de plus qui nous encourage à en hâter la première réunion. En effet, en supposant que des questions importantes restent en arrière, le Congrès, en se séparant, émettra le vœu que le projet de loi élaboré par le ministre ne soit pas encore présenté, et qu'une nouvelle réunion du Congrès lui permette de discuter les questions que le temps l'aurait empêché d'aborder dans sa première session.

Qui sait, Messieurs — et c'est pour nous une espérance —, qui sait si ces réunions pacifiques n'entreraient pas ainsi dans les habitudes du Corps médical; si, après avoir été simplement organisateur, le Congrès ne tendrait pas irrésistiblement à devenir scientifique; si le désir et le besoin ne se faisaient pas sentir de réunir une fois par an toutes les lumières du Corps médical éparses et disséminées dans notre belle patrie, de s'occuper régulièrement des grandes questions de science et de pratique, et de réaliser ainsi, sur l'échelle la plus vaste possible, toutes les conséquences du principe fécond et puissant de l'association. Comprenez-vous, Messieurs, ce qu'aurait d'imposant et de véritablement utile cette association universelle et complète du Corps médical, à quelles destinées il lui serait donné d'atteindre et ce que nous pourrions légitimement espérer de ces réunions annuelles!... A vous, Messieurs, il appartient de prendre l'initiative de cette grande et généreuse idée. Si vous avez foi à la science médicale, si vous croyez qu'elle contient en puissance et en réalité l'élément le plus indispensable au bonheur des hommes, la santé, prouvez à la société acuelle, si généralement vouée aux intérêts matériels, qu'une profession qui apporte dans l'actif social, par l'hygiène et la thérapeutique, les conditions nécessaires de toute sociabilité, le travail et ses consequences fécondes, que cette profession mérite considération, estime et respect. Jusqu'ici vos désirs, vos plaintes, vos vœux et vos espérances sont restés stériles, parce qu'ils étaient isolés; réunissez-vous, assemblez-vous, faites entendre en commun et d'ensemble la grande voix de la famille médicale, et la société, le pouvoir et les législateurs qui vous oublient et vous négligent se souviendront de vous.

Il ne faut, Messieurs, qu'un léger effort de votre part pour diriger vers ce but les tendances actuelles de l'immense majorité des médecins français; ce serait une noble et grande ambition qui vous inciterait à prendre cette initiative, et il ne faut pour cela qu'accorder vos suffrages et votre bienveillance aux propositions suivantes que nous avons l'honneur de vous présenter :

1° Les délégués des Sociétés de médecine de Paris, de pharmacie et de médecine vétérinaire déclarent qu'il y a utilité, convenance et opportunité à provoquer un Congrès médical.

2° Ils en confient l'organisation à une commission composée de MM. . . . . . . , à qui ils donnent pleins pouvoirs pour provoquer des adhésions, pour se mettre en rapport avec toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie de la France, des Sociétés vétérinaires et des hôpitaux, Facultés et Ecoles, pour publier tous les avis relatifs au Congrès, pour obtenir les autorisations nécessaires, pour s'occuper de la recherche d'un local approprié, pour nommer un Bureau et des Commissions, pour faire un règlement relatif à l'ordre des séances et des discussions.

3° Ils fixent l'ouverture du Congrès médical au 1er novembre prochain.

4° Ils adoptent le programme suivant des questions qui seront discutées au Congrès médical.

Relativement à ce programme des questions, quelques observations sont nécessaires pour lui donner sa signification véritable et pour éviter toute fausse interprétation.

La Commission s'est imposé d'abord cette première condition; c'est qu'elle ferait complétement abstraction de ses opinions propres, et qu'elle ferait tous ses efforts pour que rien n'en transpirât dans la rédaction des questions qui lui a été confiée. Votre Commission a voulu montrer par là qu'elle n'entendait ni imposer ses opinions, ni diriger l'examen des questions vers telle solution plutôt que vers telle autre, laissant tout le monde libre, comme elle veut le rester elle-même, de venir appuyer ou combattre les opinions qu'elle croit utiles ou dangereuses.

Un autre principe qui a dirigé votre Commission dans la rédaction du programme, c'est qu'il devait représenter toutes les opinions raisonnables qui ont été émises relativement à l'enseignement et a l'exercice de la médecine, soit par la voie de la presse, soit dans des discussions académiques, soit par des publications *ad hoc*. C'est aussi ce qu'elle a tenté de faire. Elle craint assurément de n'avoir pas complétement réussi; mais elle se rassure en pensant d'une part que vous pourrez lui signaler les lacunes qu'elle aurait involontairement laissées; d'autre part, qu'elle donnera elle-même toute latitude aux personnes qui adhéreront au Congrès, de lui signaler les omissions qu'elle aura pu commettre.

Cependant une omission a été volontaire dans ce programme, c'est celle qui consiste dans les questions relatives à l'enseignement et à l'exercice de la pharmacie et de l'art vétérinaire. Cette omission nous a été inspirée par un sentiment de convenance que vous approuverez sans doute. La commission ne possédait pas un seul pharmacien, pas un seul vétérinaire, qui pussent l'éclairer de leurs lumières et de leur expérience. Elle n'a pas osé dès lors proposer des questions sur une matière qui lui était moins familière que l'enseignement et l'exercice de la médecine. Cette lacune peut être facilement comblée aujourd'hui que la Société de pharmacie de Paris et les Sociétés de médecine vétérinaire se sont empressées de nommer des commissaires pour les représenter à la séance actuelle. En adjoignant deux de ces membres à la Commission que vous allez nommer, le programme pourra être complet d'ici à quelques jours.

Ainsi, Messieurs, nous le répétons afin de ne blesser, de n'offusquer, de n'intimider personne, ce programme, dans son ensemble comme dans ses diverses parties, n'est ni une provocation, ni une accusation. Il n'a voulu être et il n'est en effet que la représentation aussi exacte que possible des opinions diverses qui divisent les esprits touchant la réorganisation médicale. Au Congrès seul appartiendra le droit d'émettre des vœux qui soient l'expression de la majorité, et qui résultent d'une discussion sérieuse et complète.

Il ne nous reste plus, Messieurs, avant de vous lire le programme des questions, qu'à vous dire quelques mots de la nécessité d'une cotisation. Des frais de poste, d'impression, de distribution, de publicité de toute nature sont indispensables. Sans doute qu'il sera trouvé nécessaire d'imprimer et de réunir en volume les discussions du Congrès; peut-être aurons-nous besoin de payer le loyer d'un local; la Commission sentira aussi le besoin d'avoir auprès d'elle un agent rémunéré; enfin quelques dépenses imprévues pourront se présenter. Pour tous ces motifs, la Commission vous propose de déclarer qu'une cotisation est nécessaire, de l'admettre comme condition d'adhésion au Congrès, et de la fixer à la somme de 5 francs par adhésion, somme qui lui paraît suffisante pour subvenir à tous les frais.

(Le programme des questions sera publié plus tard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Renauldin lit une note en réponse aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance par M. Londe, relativement à la difficulté de compter un quart de seconde par les battements du pouls, et sur l'erreur qu'il aurait commise dans l'appréciation du temps qui se serait passé entre l'éclair et le coup de foudre.

M. Londe persiste dans son opinion et montre que, d'après les distances calculées par M. Renauldin lui-même, ses calculs sont erronés.

— *M. Castel* lit le rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France en 1843.

La voix faible de l'orateur ne nous permet pas d'entendre un seul mot de cette lecture, dont les conclusions sont adoptées.

M. Villeneuve. Je désire qu'on ajoute à ce rapport une invitation à M. le ministre de prémunir les préfets et les maires contre certaines assertions tendant à déconsidérer le vaccin de l'Académie au profit d'une spéculation particulière.

Tous les yeux se portent en ce moment sur *M. James*, membre correspondant, que nous n'avions jamais vu aux séances, et qui est venu tout exprès pour entendre ce rapport.

La proposition de M. Villeneuve est mise aux voix et adoptée.

M. James. Je demande la parole.

De toutes parts : Non, non !

M. le président, s'adressant à M. James : Vous demandez la parole, Monsieur; je ne m'oppose pas à ce que vous la preniez; mais je dois vous prévenir que le règlement m'impose la nécessité de consulter l'Académie pour savoir si vous serez entendu. Voulez-vous vous soumettre à cette épreuve?

M. James fait un signe affirmatif.

M. Gaultier de Claubry, avec énergie : Je demande la parole pour une motion d'ordre.

M. le président. Je vous l'accorde.

M. Gaultier de Claubry. M. James s'étant, au su et vu de tout le monde, posé comme un industriel pour l'exploitation de la vaccination dans Paris et en France, je propose qu'on refuse de l'entendre dans une Société savante qui s'occupe exclusivement de la vaccine au point de vue de la science.

De toutes parts : Appuyé, appuyé.

M. James fait de vains efforts pour se faire entendre; il parle, mais ses paroles sont étouffées par les cris de l'assemblée et par la sonnette de M. le président. Dans une éclaircie de silence on l'entend s'écrier : C'est une insolence!

Aussitôt un tumulte immense s'élève, de toutes parts des apostrophes et des interpellations se croisent et se mêlent.

M. Mérat, dominant le bruit : Je demande formellement l'expulsion de M. James.

L'orage est dans toute son intensité.

M. James. Je ne demande à parler que sur la question scientifique.

M. le président, avec dignité : Une proposition a été faite par M. Gaultier de Claubry; elle est appuyée; je dois donc la mettre aux voix. — Que ceux qui veulent l'adopter lèvent la main.

L'Académie tout entière lève la main.

M. le président. Messieurs, la séance est levée.

L'Académie se sépare dans la plus vive agitation.

Il est à peine quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juin 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — Lecture d'une lettre de M. le secrétaire de la Société de médecine de Bruxelles, qui demande au nom de ses collègues, que la Société de Médecine Pratique veuille bien lui communiquer le compte-rendu de ses travaux.

— *M. Vansgenhoven* envoie un mémoire, et demande le titre de membre correspondant. (MM. Guersant et Tanchou, rapporteurs.)

— *M. Duhamel* rend compte d'un mémoire manuscrit ayant pour titre: *De l'amputation sus-malléolaire*, et adressé à la Société par M. Lucien Boyer afin d'obtenir le titre de membre résident — Après avoir décrit avec soin ce procédé opératoire, parlé de sa valeur chirurgicale, notre confrère propose l'admission du candidat, et ajoute qu'il mérite nos suffrages non-seulement à cause de l'excellent ouvrage dont il vient de rendre compte, mais encore à raison des travaux publiés antérieurement par M. Lucien Boyer, et qui traitent du strabisme et des tumeurs interstitielles de l'utérus.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées, et M. Lucien Boyer est proclamé membre de la Société de Médecine Pratique.

— *M. Deperthuis* complète l'observation de son opéré, chez lequel un érysipèle phlegmoneux est survenu au dix-huitième jour. Cet état extrêmement grave, a été combattu par des onctions d'axonge, de l'eau de Sedlitz et des vésicatoires volants, au moyen desquels on enrayait la maladie, lorsqu'une rougeur nouvelle annonçait un nouvel envahissement. Mais cette maladie disparue, le malade a été pris d'une pneumonie occupant tout le poumon du côté opéré. Il y a encore de la matité sur plusieurs points; les crachats sont purulents; l'auscultation ne révèle point l'existence de cavernes; mais la maigreur, la fièvre, qui n'est point éteinte, et la nature tuberculeuse des tumeurs enlevées, inspirent à notre confrère des craintes fondées pour l'avenir.

M. Terrier pense que M. Duperthuis s'est peut-être trop avancé en disant qu'il enrayait l'érysipèle avec des vésicatoires. On sait que ce moyen est souvent impuissant. Il trouve l'invasion de la pneumonie un fait physologique bien simple; c'est l'inflammation du parenchyme pulmonaire qui a succédé à celle de la peau.

M. Cheneau trouve que M. Duperthuis n'a pas tenu assez compte des signes fournis par l'auscultation. Il se demande si on avait bien affaire à une pneumonie, comme pourrait en faire douter la nature des tumeurs tuberculeuses enlevées par l'opération. Il demande quelles parties du poumon étaient lésées.

M. Duperthuis répond que tout le poumon droit était envahi, qu'on entendait du râle crépitant, que dans plusieurs points on observe encore de la matité.

— *M. Cheneau* demande la permission de lire à la Société quelques faits d'épilepsie traitée avec succès par une méthode nouvelle, il donnera plus tard la composition du médicament; mais il ne peut s'étendre sur ce sujet, devant lire dans quelques jours un mémoire à l'Académie de médecine; il désire en donner seulement les prémices à la Société et l'entretenir de huit épileptiques, jugés tels par des confrères justement célèbres. Sur les demandes qui lui sont adressées de toutes parts, il répond qu'il entre dans ce médicament des doses de jusquiame, de digitale et de belladone. Il demande qu'on lui confie des épileptiques, et qu'on pourra s'assurer de l'efficacité du nouveau remède qu'il propose; mais qu'il se refuse à donner, pour le moment, la composition exacte pour qu'elle ne lui soit point dérobée. Il répond à quelques membres qui paraissent mettre en doute le caractère de la maladie, qu'il a bien eu affaire à des épilepsies, et qu'il peut, pour convaincre les incrédules, lire les consultations données par MM. Fouquier, Andral, Marjolin, etc.

M. Foucart. Lorsque M. Cheneau vint lire, il y a deux ans, à la Société de Médecine pratique, un travail sur la guérison de la phthisie pulmonaire, nous eûmes le tort de permettre, sur ce travail, une discussion qui ne devait point avoir lieu, l'auteur ayant refusé de nous faire connaître ses procédés thérapeutiques. Les considérations dont il vient de donner lecture n'étant accompagnées ni de l'indication des substances médicamenteuses qu'il emploie contre l'épilepsie, ni des proportions dans lesquelles elles doivent être mises en usage, la méthode thérapeutique de M. Cheneau contre l'épilepsie rentre dans la catégorie des remèdes secrets, dont notre règlement nous défend de nous occuper. Je propose à la Société l'ordre du jour.

M. Cheneau. J'ai extrait quelques faits d'un mémoire de 52 pages que je vais lire à l'Académie ; j'ai indiqué, sinon les proportions, au moins la nature des médicaments principaux qui entrent dans ce remède; je vous ai proposé, et je vous propose encore de nommer une commission pour visiter et examiner les huit malades reconnus épileptiques par des confrères dont personne ne met en doute les connaissances. Est-ce agir loyalement et à ciel ouvert?

La proposition de M. Foucart est mise aux voix, et l'ordre du jour est prononcé.

— *M. Guillon* raconte qu'il a opéré récemment, presque à la même époque, deux malades atteints d'hydrocèle, par le procédé qu'il a mis le premier en usage, et qui consiste à introduire dans la tunique vaginale une sonde en gomme élastique contournée plusieurs fois sur elle même. Il a obtenu sur tous deux une guérison prompte, et le testicule est revenu presque à son état naturel.

Notre confrère a eu occasion de traiter une seconde fois un malade atteint d'une hémorrhagie des vésicules séminales (spermathémie). Il a employé, avec le même succès, les injections dans le rectum d'une bouillie de farine de riz et d'eau de guimauve. Après trois jours, le sang avait disparu. Dans quelques circonstances, ce liquide est rouge; dans d'autres, il est noir et veineux.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Erysipèle de la face chez une femme chlorotique. — Le docteur Roque d'Orbcastel a publié, dans le Journal de médecine de Toulouse, un fait curieux dont nous donnons un extrait, et qu'il a fait suivre de courtes réflexions pratiques.

Une jeune fille de dix-sept ans, blonde, lymphatique, délicate, était depuis trois ans atteinte d'une chlorose qui ne fut point soignée. A cette époque, elle eut à deux reprises un érysipèle de la face qui fut très bénin. Du reste, tout le cortége des phénomènes chlorotiques habituels : Règles irrégulières, peu abondantes, décolorées : appétit capricieux. Elle était malade depuis deux jours lorsque l'on appela le docteur Roque. Le 30 mars rêvasseries, soif, vomissements, légère coloration des joues pouls développé, à 90 pulsations. Le 31 mars, nuit agitée; le front, le nez, les paupières sont tuméfiés, comme infiltrés, sans coloration de la peau ; toujours même pâleur de cire. On dirait de l'œdème, à cela près que les tissus ne sont pas empâtés, mais bien résistants. Les yeux sont cachés par les paupières immobiles, dont la peau distendue est lisse, transparente, comme si elle laissait voir la sérosité dont elles sont gorgées. Pouls à 70 pulsations, moins tendu que la veille ; langue saburrale; la malade urine bien, mais n'a pas eu de selles depuis trois jours. — Huile de ricin, 30 grammes; boissons délayantes; bouillon coupé.

1er avril. La tuméfaction a gagné les joues. Cette jeune personne est complétement défigurée Au niveau des pommettes la peau est colorée en rose, et sur ce point existent un certain nombre de vésicules de différentes grandeurs distendues par de la sérosité « Si le second jour, dit M. Roque, j'avais été incertain sur le diagnostic de la maladie, je ne tardai plus, en me rappelant les antécédents que j'ai signalés, de reconnaître un érysipèle de la face, mais d'un caractère tout particulier, tout à fait nouveau, et dont je n'avais lu aucune description dans nos traités de pathologie Le phénomène principal d'où la maladie tire son nom, la rougeur, n'existait, comme je l'ai dit, qu'au niveau des pommettes et aux environs de la mâchoire inférieure, et, chose remarquable, c'est là que le mal était limité par un petit bord en relief, festonné, également rose. »

L'enflure persista les quatrième, cinquième et sixième jours; elle s'étendit aux oreilles et derrière le cou. La peau du nez et du front, devenue moins tendue, se dépouilla de son épiderme ; les vésicules nées sur les joues se séchèrent, et furent remplacées par de petites croûtes Le neuvième jour, la malade était tout à fait convalescente; mais l'état chlorotique persiste comme auparavant.

Au bout de quelques jours, j'ai soumis cette demoiselle à l'usage des médicaments indiqués en semblable circonstance, des pilules de Vallet notamment. Après un mois de traitement environ, la santé de la malade était presque complétement rétablie.

La particularité qu'a offerte la maladie de cette jeune personne n'a été consignée dans aucun des ouvrages usuels. On connaît bien des variétés d'érysipèle lymphatique, d'érysipèle œdémateux ; mais dans la première, il y a toujours engorgement des glandes et des vaisseaux lymphatiques ; ce qui n'a pas existé ici. Le caractère *fraîcheur* de la seconde variété, empêche tout rapprochement avec une affection d'une aussi grande bénignité.

Il faut tenir compte dans ce cas, de l'appauvrissement du sang ; la diminution de la fibrine et des globules, particulière à l'état chlorotique, et la notable augmentation du sérum, ont été les causes de cette congestion séreuse qui a remplacé ici la pléthore sanguine des phlegmagies érysipélateuses.

Traitement des végétations vénériennes. — M. Vidal (de Cassis) a publié dans un des derniers numéros des *Annales de chirurgie*, une note importante et que, vu sa brièveté, nous reproduisons en entier.

Il n'est pas de praticien un peu occupé des affections vénériennes, qui n'ait éprouvé les difficultés et l'ennui du traitement des végétations. Elles sont quelquefois d'une opiniâtreté extraordinaire ; elles récidivent même quand on les extirpe ou qu'on les brûle. D'ailleurs, les malades refusent souvent l'opération, soit qu'on leur propose l'excision (ce qui se fait généralement), la cautérisation ou même la ligature ; car ce sont là des moyens en général très douloureux. J'ai donc essayé un moyen qui d'abord ne cause aucune douleur, qui est d'une facile application et qui peut cependant détruire les végétations. J'ai choisi une poudre composée d'abord de moitié d'alun calciné, moitié sabine, puis j'augmente la proportion d'alun : il entre pour deux tiers dans la composition de la poudre. Depuis quatre mois les malades, soit de mon service de l'hôpital du Midi, soit de ma clientèle particulière, atteints de végétations, sont soumis à ce topique. Si le gland est naturellement recouvert par le prépuce, en ramenant ce dernier sur lui, la poudre se trouve maintenue sur les végétations. Dans le cas contraire, un pansement simple fait le même office. D'ailleurs, la sécrétion de ces parties suffit pour fixer la poudre ; mais bientôt elle est arrêtée, car cette poudre est extraordinairement absorbante. Une quinzaine des malades de mes salles ont été soumis à ce traitement, et parmi eux un seul est encore à l'hôpital. Chez tous, ces végétations se dessèchent d'abord, puis se flétrissent, perdent leur cohésion, de telle façon qu'on peut, en quelque sorte, les émietter sans produire d'ailleurs aucune douleur. Deux fois par jour on renouvelle le pansement avec cette poudre qui est plus efficace après une lotion avec parties égales eau et vin aromatique.

Je ne voudrais pas exagérer l'importance de ce moyen, ni le considérer comme applicable à tous les cas sans exception. Je constate seulement que c'est un procédé facile, non douloureux, et qu'à ce titre il peut, dans un grand nombre de cas, suppléer avantageusement les opérations auxquelles on a ordinairement recours Il faut, quand il n'est pas complétement curatif, c'est-à dire quand il ne produit pas la chute de toutes les végétations, rendre l'extirpation plus facile en diminuant le nombre de ces corps; car quand les végétations sont nombreuses, il en est toujours une grande partie qui tombent par ce moyen.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule et préparation d'un sirop d'iodure de fer ;
par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital St-Louis.

L'association de l'iode au fer à l'état d'iodure est une innovation heureuse dont la thérapeutique est redevable à la chimie. Mais le composé qui en résulte s'altère avec la plus grande facilité Aussi bon nombre de procédés ont-ils été proposés pour constituer une préparation à l'abri de cet inconvénient. Ainsi altérée, l'iodure de fer passe, par une série de degrés, d'un médicament actif à une substance presque inerte.

D'une part, les avantages que j'ai retirés de son emploi dans les cas d'aménorrhée, et comme modificateur du système lymphatique; d'une autre part, les produits variés qui étaient fournis par les meilleurs pharmaciens de Paris m'ont déterminé à adopter la formule suivante pour la préparation d'un sirop que je donne à la dose d'une cuillerée le matin et d'une cuillerée le soir, dans deux ou trois onces d'eau environ.

La formule est celle-ci :

Fer en limaille porphyrisée et non oxydée,		40 centig.
Iode,	1 gram.	70 centig.
Eau,	8 gram.	
Combinez et ajoutez sirop de sucre,	500 gram.	

On mêle ensemble dans un mortier de porcelaine le fer, l'iode et l'eau ; on triture, et en quelques instants on obtient un iodure de fer que l'on incorpore de suite à la quantité donnée de sirop Si le mélange est bien fait, et surtout si la limaille n'est pas oxydée, on obtient un sirop peu coloré, dont la saveur très prédominante est celle du fer; l'odeur d'iode est à peine marquée. Du reste, on peut rendre le sirop plus ou moins iodé en raison de l'indication que l'on se propose de remplir. Or, en se bornant à la prescription ci-après, qui représente la précédente :

Sirop simple,	500 grammes;
Proto-iodure de fer,	2 grammes.

Et en adressant cette formule à dix pharmaciens différents, je suis certain que l'en aura ici un sirop aussi limpide que le sirop de sucre, mais sans saveur de fer appréciable; là un sirop d'un brun foncé avec une énorme prédominance d'iode, au point que ce sirop prend à la gorge, ainsi qu'on le dit, et que les malades répugnent à l'avaler; puis toutes les nuances intermédiaires entre ces deux espèces.

Du reste, je prescris ce sirop dix à douze jours avant l'époque des règles; je le donne journellement dans les cas de flueurs blanches, pour combattre les gastralgies qu'elles déterminent. Je le fais prendre pendant plusieurs mois de suite comme modificateur du système lymphatique.

Nouvel emploi thérapeutique des feuilles et des fleurs de pomme de terre; par M. le docteur Rechnitz.

C'est M. le docteur Rechnitz qui, le premier, a vanté l'administration des feuilles et des fleurs de la pomme de terre contre la coqueluche : il les prescrit à l'état d'extrait, qu'il fait prendre, soit en solution, soit sous forme pulvérulente, à la dose de 5 à 30 centigrammes dans le vingt-quatre heures.

D'après la recommandation de ce praticien, MM. le professeur Braeuer et le docteur Tesseny de Pesth, ont employé ce médicament dans plusieurs cas et avec un très grand succès.

La simplicité du moyen doit engager les médecins français à vérifier les assertions des médecins hongrois.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 93. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 8 AOUT 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Une manifestation morbide, nouvelle dans notre climat, vient d'être observée; elle est importante, et nous lui consacrerons exclusivement notre article d'aujourd'hui.

Rapportons d'abord le cas qui nous l'a présentée. Nous le résumerons ensuite dans ses traits principaux, que nous rapprocherons de ceux qui caractérisent la fièvre jaune. Notre tâche ne sera pas finie là; nous essaierons de préciser la nature de cette dernière, puis nous rapprocherons d'elle également la *grande endémique des climats intertropicaux*, ainsi nommée par les médecins anglais de l'Inde, la fièvre observée par M. Meli, à Castelletto, sur le Tésin et dans les environs, en 1819 et en 1820, et la fièvre d'Ecosse. Ces rapprochements nous permettront de déterminer en quoi ces pyrexies se ressemblent, en quoi elles diffèrent, et s'il y a lieu d'en former deux groupes distincts.

Le cas dont il s'agit a été observé dans le service de M. Rayer, à la Charité. Cet observateur, plein de bienveillance envers les jeunes médecins qui cherchent à s'instruire, nous a éclairé de ses avis pour l'élaboration de cet article. Quant à l'observation, elle a été rédigée par un élève distingué, M. Cahen, interne du service.

Le nommé Thomas, fortement constitué, habituellement bien portant, âgé de trente-cinq ans, cordonnier, entre à la Charité (salle Saint-Michel, n° 26, service de M. Rayer) le 30 juin 1845.

Il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Nous croyons comprendre cependant que peu de jours avant son admission à l'hôpital il a fait un excès de boisson, qui aurait amené une indigestion accompagnée ou suivie d'ictère. Cet homme est affecté de surdité très prononcée depuis son enfance.

Il présente uniformément sur tout le corps une teinte ictérique extrêmement prononcée, orangée; la peau est sèche, chaude, et n'est pas le siége de démangeaison; les yeux, la face inférieure de la langue sont aussi d'un jaune très foncé; la face supérieure de la langue est couverte d'un enduit muqueux abondant. Le malade a de fréquentes envies de vomir, mais ne vomit pas. Le ventre, légèrement météorisé, n'est douloureux au toucher qu'au niveau de l'hypochondre droit. Mesuré à l'aide de la percussion, le volume du foie paraît normal. Les selles sont colorées par la bile, peu abondantes et de bonne nature. L'urine, très ictérique, teint le linge en jaune.

Rien d'anormal ne se fait remarquer dans la cavité thoracique, soit à l'auscultation, soit à la percussion. Dans les grands efforts d'inspiration, le malade éprouve une douleur aiguë dans la région hépatique.

Le pouls est développé, fréquent, mais régulier.

Le malade ne se plaint que de la douleur de l'hypochondre droit et et d'une céphalalgie intense. — Une saignée de trois palettes est pratiquée; le sang se recouvre bientôt d'une couenne inflammatoire épaisse.

Le lendemain, 1er juillet, l'état du malade n'est pas notablement modifié. La douleur de la région hépatique persiste. Des ventouses scarifiées sont appliquées sur cette région, et n'amènent pas d'amélioration sensible. Le même jour, un vésicatoire est appliqué sur l'hypochondre droit; un purgatif salin est administré. Sous l'influence de ce traitement, le pouls devient moins fréquent; l'état général semble s'améliorer.

Cependant, le 2 juillet, sans cause connue, des envies de vomir surviennent et donnent lieu à l'expulsion de *matières noirâtres, sanguinolentes*. Les selles, liquides et abondantes, mais peu fréquentes, sont composées de *sang noir* et de fèces colorées en jaune. Une épistaxis se déclare et se renouvelle plusieurs fois dans la journée. Le pouls est très fréquent, peu développé.

Le malade accuse de la céphalalgie. Il est toujours dans un état de somnolence dont il est facile de le tirer. Il répond lentement, mais juste, aux questions qu'on lui adresse. La langue est sèche, couverte d'un enduit épais et fendillé. Les dents sont encroûtées d'un enduit brunâtre. L'abdomen est légèrement ballonné; il n'est pas douloureux, même dans la région du foie, à une pression modérée.

Toux légère, suivie d'une expectoration muqueuse peu abondante.

Cet état persiste sans changement notable, le 3 et le 4. — Dans la nuit du 4, le malade eut un léger délire. A la vérité, il répondit juste aux questions qu'on lui adressa. Il n'a ni frisson, ni rémittence marquée. On ne trouve sur la peau aucune tache, aucune élevure typhoïde; partout elle offre une coloration jaune-orangé, comme dans les premiers jours; seulement au pli du bras droit où la saignée a été pratiquée, et autour des ventouses sur la région hypochondriaque droite, on remarque de *légères ecchymoses*.

Le 6, l'état du malade semble très notablement amélioré. Le pouls a baissé d'une manière très remarquable; le délire a cessé; la somnolence a diminué. Un nouveau phénomène est apparu. La peau de tout le corps, celle de la face et des membres supérieurs surtout, est couverte de petites élevures saillantes, coniques, dures sous le doigt, semblables à celles de la variole au début. Le malade porte de profondes cicatrices vaccinales.

Le 7, cette éruption, dont la coloration tranche sur la teinte ictérique de la peau, présente une autre apparence. Elle est formée par de véritables *taches* rouges, très nombreuses, répandues sur toute la surface du corps, mais la saillie légère qu'elles avaient offerte n'existe plus. Ces taches sont irrégulièrement arrondies; sous la pression du doigt quelques-unes disparaissent, d'autres, en grand nombre, restent sans changer de couleur. Elles sont assez larges, varient de 6 à 12 millimètres de diamètre, et sont plus développées sur les bras et à la face que sur le reste du corps. Ces taches rappellent celles des rougeoles hémorrhagiques, mais le malade n'a pas de coryza, pas de bronchite; une lumière vive affecte péniblement les yeux, qui ne sont ni larmoyants, ni injectés. L'éruption n'est pas accompagnée de démangeaison. L'état général paraît assez satisfaisant. Quelques cuillerées de bouillon sont données au malade, qui les prend avec plaisir. Questionné sur son état, il répond qu'il se trouve mieux et qu'il n'éprouve absolument aucune douleur. Il paraît avoir de la tendance au sommeil.

Le 8, l'état général est moins satisfaisant. On constate l'existence d'une eschare de 5 centimètres de diamètre environ au sacrum. On conseille au malade de quitter le décubitus horizontal dans lequel il reste constamment depuis le début de sa maladie, et de lui-même il se couche et reste couché sur le côté gauche.

Le 10, l'éruption a pâli. On voit bien encore les taches, mais elles sont à peine distinctes. Les urines sont toujours ictériques. Les selles, sanguinolentes, contiennent encore des fèces colorées en jaune. Le mucus bronchique est aussi teint en jaune; le malade reconnaît les couleurs; il répond exactement aux questions qu'on lui adresse, mais il est toujours dans un état de somnolence dont il est moins facile de le tirer que les jours précédents. Il a quelques envies de vomir, mais pas de vomissements.

Le 11, l'éruption a disparu. L'ecchymose assez étendue, située autour de la saignée, est toujours très apparente. Le malade est plus abattu que les jours précédents. Il ne présente d'ailleurs aucun phénomène nouveau.

Le 12, il reste constamment dans un sommeil profond, presque comateux, et le 13, à cinq heures du matin, *il meurt presque subitement*, sans agonie, sans avoir présenté aucun symptôme qui pût faire prévoir une terminaison funeste aussi rapide.

L'autopsie est faite vingt-huit heures après la mort.

Etat extérieur. — Le cadavre est dans un état de putréfaction très avancé. L'épiderme se détache avec la plus grande facilité. Le teint ictérique comme pendant la vie. La rodieur cadavérique n'existe plus. L'eschare du sacrum n'est pas très étendue; le ventre est plat; au niveau de la saignée, on trouve sous la peau un épanchement sanguin assez étendu. Nulle part on ne trouve d'épanchement sanguin dans les espaces intermusculaires.

Thorax. — Les poumons sont sains, crépitants; ils contiennent une quantité assez considérable de mucus et de sang. Celui du côté gauche présente quelques adhérences anciennes. Il n'existe pas d'épanchement dans les plèvres.

Le péricarde ne contient que très peu de sérosité.

Le cœur est mou, d'un volume normal. Les orifices sont sains. Le sang est partout noir; les caillots sont très mous.

Abdomen. — Les intestins, peu distendus, n'offrent à l'extérieur rien de remarquable.

La membrane muqueuse de l'estomac est ramollie, *d'une couleur lie de vin*, uniforme; quelques arborisations peu marquées au niveau de sa grande courbure. Le duodénum présente aussi quelques traces de *suffusion sanguine*. Cette portion de l'intestin contient de la bile verdâtre. Dans le reste de l'intestin grêle on trouve du mucus coloré et des matières fécales jaunes. Les plaques de Peyer ne sont pas plus développées que dans l'état sain. Il n'existe aucune altération dans le gros intestin.

Le foie a son volume ordinaire; il est mou, offre une teinte ictérique uniforme. Incisé en lamelles minces, on n'y découvre ni dépôts de pus, ni aucune altération.

La veine-porte et ses divisions, la veine-cave inférieure et ses principales branches sont saines, et contiennent du sang fluide noirâtre.

La vésicule biliaire contient une assez grande quantité de bile d'un vert noirâtre. Son conduit excréteur est sain.

La rate est molle, d'un volume normal. Les reins, colorés en jaune, sont très ramollis, presque diffluents. Les capsules surrénales offrent une coloration jaune très prononcée.

Tête. — Le cerveau est très mou et présente une teinte ictérique.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

La marche de cette maladie peut être divisée en deux périodes. Dans la première, que nous appelons *phlogistique*, les symptômes sont les suivants: ictère; douleur à l'hypochondre droit; enduit muqueux abondant de la langue; envies de vomir sans vomissements; selles naturelles; céphalalgie; somnolence; sang très couenneux. Nous appelons cette période *phlogistique*, parce que le sang est très couenneux, et que la couenne, chez un homme fort et bien portant, indique un excès *absolu* de fibrine, c'est-à-dire un état inflammatoire.

Dans la seconde période, que nous appelons *typhoïde*, on observe des vomissements noirs, des selles noires, l'épistaxis, les ecchymoses autour des solutions de continuité, une éruption comme pustuleuse qui fait place à de simples taches. Partout le sang transsude à travers ses vaisseaux; il s'épanche dans les cavités muqueuses; il s'infiltre dans l'épaisseur de la peau. On observe aussi la sécheresse, le fendillement de la langue; l'enduit brunâtre des dents; une eschare au sacrum. Un moment, circonstance notable, et, comme on le verra, importante pour la détermination de la nature de l'affection, le malade semble beaucoup mieux; amélioration trompeuse, démentie bientôt par une mort *presque subite*, dit M. Cahen, et qui surprend tous ceux qui ont suivi la marche de la maladie.

A cause de l'amélioration survenue dans le cours de la seconde période, on pourrait subdiviser cette période ellemême en deux phases. Alors la marche de la maladie serait divisée en trois périodes: division qui se rapporte d'une manière saisissante à l'une de celles qui ont été données de la fièvre jaune.

A l'autopsie, que trouve-t-on? Presque tous les organes ramollis; et, comme lésion plus spéciale, un ramollissement de la membrane muqueuse gastrique, qui est d'une couleur lie de vin, plus, dans l'estomac, quelques arborisations légères, dont on peut se dispenser de tenir compte, et des taches de suffusion sanguines dans le duodénum. Il y a eu des selles sanguinolentes, et cependant le gros intestin ne présente pas de lésions.

La marche de la fièvre jaune á été divisée en deux périodes par M. Dalmas. Les symptômes de la première période ne sont pas caractéristiques. La maladie n'a sa physionomie, ne s'individualise que dans la seconde.

Les auteurs de l'article *Fièvre*, du *Dictionnaire des sciences médicales*, divisent la marche de la fièvre jaune en trois périodes; la première est peu caractérisée; dans la seconde, la maladie prend l'aspect qui lui est propre; dans la troisième, les symptômes s'aggravent après une amélioration *qui en impose au malade et même aux médecins*. C'est ce qui eut lieu dans notre observation, et il est essentiel de faire ressortir cette frappante conformité.

Résumons, d'après M. Littré, les *caractères* de la fièvre jaune, et procédons au rapprochement annoncé plus haut entre cette pyrexie et celle à laquelle a succombé le malade de la Charité.

Etat du sang. — « L'état du sang, dit M. Littré, est, dans la fièvre jaune, ce qui appelle avant tout l'attention, et ce qui caractérise le plus cette maladie. L'altération de ce liquide est certainement l'altération la plus grave, la plus étendue et la plus constante que présentent les malades. »

A cette altération, que l'auteur ne définit pas, se rattachent les accidents hémorrhagiques, les selles et le vomissement bruns ou noirs, l'épistaxis, les hémorrhagies buccale, pharyngienne, œsophagienne, oculaire, auriculaire qui ont été observées quelquefois, ainsi que les épanchements sanguins dans l'épaisseur des muscles et dans les reins.

Si l'altération du sang et les accidents qui en dépendent sont ce qui caractérise le plus la fièvre jaune, assurément la pyrexie que nous avons observée, et dont cet article offre le récit détaillé, était quelque chose de très semblable à cette fièvre. N'avons-nous pas eu le vomissement noir, les selles noires, l'épistaxis et les taches, plus la sécheresse et le fendillement de la langue, l'enduit brunâtre des dents et l'eschare à la région sacrée?

La couenne du sang a été observée dans la fièvre jaune, et même M. Rocboux en a fait l'objet d'une étude minutieuse. Elle semble venir à l'appui de notre division en deux périodes, la première phlogistique.

Symptômes relatifs à l'appareil digestif. — « Dès le commencement, le malade éprouve des nausées. » Notre malade a éprouvé des nausées. Ces nausées, dans la fièvre jaune, sont

excitées par le plus léger mouvement. Il n'est pas dit, dans notre observation, qu'il en fût ainsi pour notre malade. « Le mode de vomissement n'est pas moins spécial que la matière du vomissement. » C'est plutôt une régurgitation qu'un vomissement. L'effort expulsif est à peine sensible. Dans deux cas de péritonite, suite de hernie étranglée, nous avons observé ce mode de vomissement, et c'était du sang qui était rendu. Peut-être ce mode de vomissement tient-il à la matière vomie, et appartient-il exclusivement au vomissement de sang. C'est à vérifier. Quoi qu'il en soit, notre observation se tait sur le mode de vomissement. Mais, après tout, ce n'est point là un détail de première importance. « Le fluide évacué est clair, sans couleur, quelquefois aigre, quelquefois insipide. Il est vomi deux ou trois fois par heure durant les deux ou trois premiers jours de la maladie, et ce vomissement constitue le signe diagnostique le plus important et le plus certain : il est important, parce qu'il se montre de très bonne heure, et il mérite vraiment le titre de pathognomonique... Après que le vomissement a duré deux ou trois jours, le fluide évacué perd souvent sa transparence, devenant trouble, brun et finalement noir. » Nous n'avons rien vu de semblable dans notre cas. Le vomissement noirâtre a eu lieu d'emblée, et ce serait entre la pyrexie que nous avons observée et celle à laquelle nous croyons devoir la rattacher une différence capitale, si nous ne pouvions citer immédiatement le passage suivant du même auteur : « Telle est, généralement, la manière dont survient le vomissement noir, quoique parfois, mais rarement, il se manifeste soudainement sans avoir été précédé pendant un certain temps de l'évacuation d'un liquide incolore. » Le vomissement noir, au point de vue pathologique, est, *sans contredit, d'un grand intérêt et fortement caractéristique de la fièvre jaune*. Si caractéristique, en effet, ajouterons-nous, que les médecins de l'Amérique espagnole s'en sont servis pour la désignation de la maladie (*vomito negro*).

Les évacuations (alvines) ne deviennent caractéristiques que quand les matières noires s'y mêlent. Nous avons eu ce signe *caractéristique*.

« Au début de la maladie la langue est toujours humide et nette, rarement un peu blanchâtre. » Notre malade n'a pas été observé au début. « Du premier au troisième jour elle présente des changements notables; tantôt c'est un léger enduit blanchâtre, tantôt une sorte de couche muqueuse. » Nous avons eu un enduit muqueux abondant. « C'est ordinairement vers le cinquième jour et quand le danger persiste, que la pointe se sèche, que la langue devient noire, fendillée et croûteuse. La sécheresse de la langue est d'un mauvais augure. » (Rochoux.) Le troisième jour après l'entrée à l'hôpital, la langue s'est séchée et fendillée.

« Quand la fièvre jaune commence, la soif est forte. Dans les cas où l'altération ne se fait pas sentir, il y a presque toujours lésion notable des facultés intellectuelles. » Nous ignorons ce qui a eu lieu au début; à l'hôpital, on n'a pas noté que le malade ait manifesté une soif vive.

Pouls. — Il est d'abord médiocrement fréquent, puis, souvent, il tombe. Dans notre observation, il a *baissé remarquablement* à un certain moment.

Accidents nerveux. — « De tous les symptômes de la fièvre jaune, celui qui frappe le plus l'observateur, est l'effroi qui, dès l'invasion, s'empare des malades. » Ce signe manquait chez notre malade, et cela est naturel. L'effroi ne tient pas à la fièvre jaune; il dépend de la connaissance du danger qui y est attaché. L'idée de ce danger est celle de tout homme qui éprouve les premiers symptômes de cette fièvre partout où elle sévit et où elle est connue. L'homme qui ne la connaît pas n'a pas appris à la redouter, et, quand elle l'atteint, il n'en est pas plus effrayé que d'une autre maladie.

« Le délire ressemble à une rêvasserie peu prononcée; alternant avec de longs intervalles d'assoupissement dont on tire difficilement et momentanément le malade; d'autres fois on observe de violents mouvements de colère ou d'impatience; d'autres fois enfin, au lieu d'un délire fortement prononcé, ou d'un assoupissement profond, les malades ne présentent qu'une sorte d'hébétement et de langueur, où les idées n'ont aucune suite. » Le délire de notre malade se rapprochait de la première espèce indiquée dans ce passage.

Les soubresauts des tendons, les tremblements partiels des mains, de la langue et de la voix ont été observés, mais rarement, dans la fièvre jaune. Nous ne les voyons pas mentionnés dans notre observation.

Douleurs. — La céphalalgie est constante dans la fièvre jaune. Notre malade ne se plaignait que de la tête et de l'hypochondre droit. La douleur lombaire, donnée comme pathognomonique par quelques médecins, et les douleurs dans les cuisses, dans les jambes, ne sont pas notées dans notre observation. Mais ces signes appartiennent aux premiers jours, et nous manquons de renseignements sur le début dans notre cas. Dans la fièvre jaune, les malades souffrent tantôt à l'épigastre, tantôt vers l'ombilic, tantôt dans les flancs. Le nôtre souffrait dans l'hypochondre droit.

Peau. — « Le plus remarquable symptôme qui affecte la peau dans cette fièvre est la suffusion jaune..... La jaunisse est quelquefois d'une teinte livide ou brune, quelquefois comme un citron pâle, *quelquefois d'une couleur orange décidée.* » Notre malade a présenté cette dernière teinte.

Caractères anatomiques. — Nous indiquerons seulement ceux que l'on rencontre dans le tube gastro-intestinal et dans l'appareil biliaire. La membrane muqueuse de l'estomac, dans la fièvre jaune, souvent épaissie de plusieurs lignes, *est, dans sa totalité, d'un rouge brun plus ou moins foncé, quelquefois tirant sur le violet.* Elle était couleur lie de vin chez le sujet de notre observation. « Presque toujours le tissu de la membrane est ferme, surtout lorsqu'il est épaissi; mais il arrive *souvent* de le rencontrer très mou... » La muqueuse était ramollie. « Le canal intestinal présente de place en place des portions de membrane muqueuse plus ou moins étendues, rouges, noirâtres, épaissies, ramollies. » Il y avait des taches de suffusion sanguine dans le duodénum. « On ne trouve jamais dans la fièvre jaune ni altération des plaques de Peyer, ni ulcérations. » Les plaques de Peyer n'étaient ni ulcérées, ni tuméfiées. « Le foie affecte *presque constamment* une teinte jaune-rhubarbe. » Le foie présentait une teinte ictérique uniforme.

Après ce rapprochement des symptômes et des lésions anatomo-pathologiques, nous pouvons nous dispenser de conclure.

Maintenant, quelle est la nature de l'affection observée chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire? Poser cette question, c'est poser celle-ci : Quelle est la nature de la fièvre jaune? Nous hésitons à répondre, et pourtant, faut-il le dire, nous croyons la réponse possible et même facile.

On reproche aux médecins de l'Ecole de Paris, de rattacher toutes les fièvres continues à la fièvre typhoïde, et dans un sens on a raison, attendu que la fièvre typhoïde n'est elle-même qu'un dérivé, un diminutif, une variété d'une grande espèce, et cette espèce, c'est le typhus, qui comprend la fièvre jaune comme la fièvre typhoïde, et peut-être aussi la peste.

Dans toutes ces fièvres il y aurait deux choses : la présence d'un miasme, d'un poison dans l'économie, et l'altération du sang produite par ce poison.

L'altération du sang, sa *fluidification* (ce qui est prouvé pour les fièvres typhoïdes, et infiniment probable pour la fièvre jaune) se manifeste par une foule d'accidents hémorrhagiques, seulement différents par le siége, mais constituant un phénomène unique. Quant au poison, il se jette dans les systèmes glandulaires ou élaborateurs de fluides; dans le foie (fièvre jaune); dans les follicules intestinaux (fièvre typhoïde); dans les ganglions lymphatiques (peste).

Mais, à l'instar du virus syphilitique, qui enflamme et ulcère les glandes qu'il traverse, le poison de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune et de la peste, irrite, enflamme les couloirs vers lesquels il s'est porté.

Une cause irritante étant donnée; on comprend très bien que dans les pays chauds elle affecte l'appareil biliaire, tandis que dans les climats tempérés elle affectera l'appareil muqueux de l'intestin.

Rien n'est plus évident que la supersécrétion biliaire dans les pays équatoriaux. La remarque d'Annesley, touchant les nouveaux venus dans ces pays, est aujourd'hui de notion vulgaire. La physiologie explique parfaitement, avec Tiedemann, que l'hématose hépatique soit plus active à mesure que l'hématose pulmonaire l'est moins, à raison de la raréfaction de l'air par les rayons d'un soleil ardent. Or, la fonction ne peut être activée sans que la vitalité de l'appareil ne soit accrue. Dans les pays chauds le système veineux abdominal et le foie prédominent donc, et l'irritation s'y porte comme vers un point où elle trouvera les matériaux dont elle a besoin pour son évolution. Ajoutons à cette première cause que, dans les contrées équatoriales, les vicissitudes atmosphériques sont excessives, d'où résultent, à chaque sédation brusque de la surface du corps, une violente concentration des fluides vers les organes les plus actifs, conséquemment vers le foie.

Les médecins de l'armée d'Afrique, MM. Haspel, Catteloup, Casimir Broussais en dernier lieu, ont bien fait ressortir ces conditions étiologiques de la production de l'hépatite suppurée, si fréquente en Algérie, surtout dans la province d'Oran.

Ainsi, il est tout simple que, dans les pays chauds, le miasme typhique affecte le foie et non les glandes de l'intestin.

En résumé, la fièvre jaune est la fièvre typhoïde des contrées équatoriales, la fièvre typhoïde hépatique ou biliaire; comme la dothinentérite est la fièvre typhoïde des climats tempérés, la fièvre typhoïde entérique ou mucipare.

Au surplus, ces vues, qui pourraient paraître étranges, ne sont pas nouvelles. Sauvages n'a-t-il pas appelé la fièvre jaune *typhus icterodes*. Ces deux mots, si bien placés l'un à côté de l'autre, résument admirablement l'opinion que nous avons essayé de développer.

Dans la fièvre observée par Wade Shields, en mars 1804, à bord du Centurion, il n'y eut ni vomissements noirs, ni aucune autre forme d'hémorrhagie : ce n'était donc pas la fièvre jaune.

Les symptômes étaient essentiellement inflammatoires; mais en même temps la pléthore biliaire était évidente. Chez plusieurs l'affection débuta comme la calenture, par un délire soudain, et ils tentèrent de se jeter à la mer. Cent cinquante hommes furent atteints. Pas un ne mourut. Le traitement fut évacuant (sulfate de potasse, jalap, calomel jusqu'à salivation). L'auteur fait remarquer que si cette maladie avait éclaté à Philadelphie ou à Gibraltar, on l'aurait qualifiée de fièvre jaune. Cette remarque n'est pas exacte : Des douleurs dans les lombes et les membres, une céphalalgie sus orbitaire intense, des douleurs épigastriques, des coliques, de la soif, un enduit blanc de la langue, des vomissements bilieux, la constipation (chez la plupart des malades) ou des selles bilieuses, l'ictère, le délire porté jusqu'à la phrénésie, ne constituent pas un ensemble de symptômes qui puisse passer pour la fièvre jaune pas plus à Philadelphie ou à Gibraltar qu'ailleurs. Quand il n'y a pas d'accidents hémorrhagiques et typhoïdes avec la pléthore bilieuse, il n'y a pas de fièvre jaune, c'est-à-dire, suivant l'expression de Sauvages, *typhus icterodes*.

L'élément typhique est plus essentiel dans la fièvre jaune que l'ictère, puisque celui-ci peut manquer, du moins pendant la vie; car les sujets qui n'étaient pas jaunes le deviennent après la mort. (Littré.)

Dans la fièvre bilieuse du Centurion, il y avait généralement une rémittence le soir. C'est cette fièvre qui est la grande endémique des pays intertropicaux.

Dans l'épidémie observée par M. Meli, les symptômes sont les mêmes (fièvre, douleur gastro hépatique, jaunisse, délire, céphalalgie intense, vomissements bilieux) que dans l'épidémie du Centurion; seulement la rémittence est plus marquée. C'est encore une fièvre bilieuse, et non la fièvre jaune. On mentionne dans un cas une épistaxis; mais il n'y eut pas, à proprement parler, d'accidents hémorrhagiques; pas de signes de cette altération du sang caractéristique de la fièvre jaune, suivant M. Littré. Là où nous ne voyons pas les manifestations propres à cette altération *caractéristique*, nous sommes fondé à dire qu'il n'y a pas fièvre jaune.

Ces manifestations se trouvent, au contraire, dans une autre épidémie, celle qui eut lieu à Edimbourg et dans d'autres villes d'Ecosse en 1843.

Au commencement du mois de février de cette année, les médecins d'Edimbourg rencontrèrent quelques cas de fièvre qui leur parurent tout à fait différents de ceux qu'ils avaient observés jusqu'alors. Dans la forme grave de cette maladie, un des symptômes les plus remarquables, était la teinte jaune de la conjonctive et de toute la surface du corps, qui se montrait du troisième au septième jour, plus la teinte foncée de l'urine qui avait la couleur du *porter*. A ce symptôme s'ajoutaient un état d'affaissement, un délire plus ou moins marqué; des selles noires ou noirâtres et des hémorrhagies par quelques-unes des membranes muqueuses. Les piqûres de puce et les autres lésions superficielles de la peau étaient immédiatement entourées d'ecchymoses. Plusieurs malades présentaient des taches de purpura sur diverses parties du corps. Tels sont les principaux symptômes attribués à cette espèce de fièvre par le docteur Cormack. Vingt autopsies rapportées par cet auteur n'indiquent aucune lésion anatomique propre à cette fièvre. Les viscères étaient gorgés de sang.

M. Cormack, M. Craigie, M. Henderson, s'attachent à faire ressortir une différence qui leur paraît capitale entre cette fièvre et la fièvre typhoïde, différence tirée de l'absence presque constante de l'éruption lenticulaire. Mais qu'importe la forme de l'éruption? Les selles sont noires, les ecchymoses, les taches de purpura ne sont-elles pas des accidents hémorrhagiques? Aussi la fièvre épidémique d'Ecosse nous paraît-elle devoir être rattachée à la fièvre jaune, comme la pyrexie observée dans le service de M. Rayer.

En définitive, il y a deux fièvres dans lesquelles la bile joue un rôle important; dans l'une il n'y a pas d'hémorrhagies, c'est la fièvre bilieuse; dans l'autre, le caractère principal de la maladie est l'altération du sang; la diathèse hémorrhagique, et cette fièvre est la fièvre jaune, mieux appelée *typhus icterodes*. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les maladies des femmes.

Des déviations de l'utérus.

(Suite du numéro du 2 août.)

Excepté chez les femmes enceintes, la thérapeutique des déviations utérines est la partie de l'histoire de ces affections la moins étudiée et la moins connue. On ne trouve, en effet, presque rien d'écrit sur les moyens propres à remédier, soit aux déviations proprement dites (antéversion, rétroversion, latéroversion), soit aux inflexions de la matrice, et pourtant ce serait certes une question fort importante, et qui mériterait qu'on s'en occupât.

D'abord il est vrai de dire qu'on entrevoit difficilement la possibilité de guérir ces déviations, et la première idée qui se présente est celle ci : comme il s'agit d'un phénomène matériel, il est certain que les médications et les ressources pharmaceutiques ne pourront absolument rien contre ces maladies; c'est donc à des procédés mécaniques seuls que l'on doit songer pour entrevoir quelques chances de succès, et encore s'aperçoit-on, en y réfléchissant quelque peu, que ces procédés doivent être d'une exécution fort difficile.

Dans l'état de grossesse, il semble, au premier coup d'œil, que la guérison doive s'obtenir facilement. La matrice étant le siége d'une déviation accompagnée des accidents que nous avons étudiés, le médecin paraît devoir, au moyen d'une opération toute mécanique, replacer l'organe dans sa position naturelle, et cela sans beaucoup de difficultés; il n'en est pas cependant toujours ainsi. Voici néanmoins les procédés qu'on doit mettre en usage quand il s'agit de redresser l'utérus : Si l'on a affaire à une rétroflexion, par exemple, on devra introduire un ou deux doigts dans le vagin, puis, en pressant sur la partie la plus reculée du col, on s'efforcera de faire basculer le fond et à l'obliger de remonter au-dessus de l'angle sacro-vertébral; ou bien, l'on pourra encore exécuter une autre manœuvre, qui consistera à agir simultanément par le vagin et par le rectum, en repoussant le corps de l'utérus avec un ou deux doigts introduits dans l'intestin. On variera ces procédés selon qu'il s'agira d'une antéversion, d'une antéflexion, d'une latéroversion, ou flexion, sans qu'il soit besoin de décrire en détail chacune de ces opérations qui se comprennent. Mais, réussira-t-on toujours? Non, sans doute. Il faudra d'ailleurs, avant l'emploi de ces moyens, prendre la précaution indispensable de vider la vessie ou le rectum. Or, dans les circonstances que nous supposons, cela ne sera pas toujours facile; il pourra se faire, comme nous l'avons dit, que la malade soit affectée de rétention d'urine, et la plénitude de la vessie pourrait être un obstacle au redressement de la matrice. Il arrivera encore que l'intestin sera facile à évacuer au-dessous du point comprimé par l'utérus, et qu'on

ne parvienne qu'avec beaucoup de peine à le vider des matières accumulées au-dessus du siége de la compression ; souvent les lavements eux-mêmes ne pourront pénétrer jusqu'au dessus de ce lieu ; toujours il résultera des efforts exercés par la femme une courbure plus considérable encore, et pourtant il est de toute nécessité que le rectum soit libre avant de pouvoir se livrer aux manœuvres décrites plus haut.

Bien que nous n'ayons pas autant insisté sur les difficultés qui accompagnent parfois le cathétérisme chez les femmes présentant des inflexions de l'utérus, il n'en est pas moins vrai que quelquefois cette opération devient impossible, ou du moins extrêmement difficile. La vessie, poussée qu'elle est par l'utérus infléchi et développé, remonte en se distendant ; l'urètre devient alors presque vertical ; de plus, le méat se cache et est attiré en haut, et quand on le trouve, à peine la sonde y a-t-elle pénétré, qu'elle se trouve arrêtée par la matrice ; on est alors obligé de sonder avec l'algalie ordinaire, dont la courbure s'adapte mieux aux axes du canal ; on peut même être forcé d'introduire une bougie pour indiquer la voie avant de faire pénétrer une sonde en gomme élastique. Enfin, il faut se conduire, dans ces circonstances, d'une manière tout à fait analogue à la méthode qu'on emploie dans les engorgements de la prostate où le cathétérisme est possible aussi, mais quelquefois fort difficile.

On jugera jusqu'où peut aller cette difficulté dans des cas semblables, en sachant qu'on y a pratiqué parfois la ponction de la vessie. Tous les faits connus que possède la science sur ce point ont été rassemblés dans la thèse de M. Lacroix.

Il faut qu'on le sache cependant, c'est là une ressource extrême à laquelle nous ne voudrions qu'on eût recours qu'en désespoir de cause, et quand il a été bien et dûment constaté qu'il est absolument impossible de pénétrer dans la vessie par la voie naturelle. La ponction de la vessie n'est pas, à beaucoup près, une opération toujours innocente ; elle peut être suivie de la mort : on ne saurait donc trop se garder de la pratiquer autrement que comme une ressource extrême.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, outre les difficultés des soins préliminaires à l'opération elle-même, cette dernière en présente aussi de toutes sortes. Quand il faut aller accrocher le col avec un ou deux doigts, on ne réussit pas toujours, à beaucoup près ; dans les rétroversions, par exemple, le col peut s'élever très haut, il peut remonter jusqu'au détroit supérieur. Qu'on pense, dans un cas semblable, à la position des doigts, au peu de prise qu'offre le museau de tanche ramolli par l'état de grossesse, à la faible résistance qu'on trouve dans un point d'appui mollasse, et qui cède sous les doigts plutôt que de se laisser entraîner, on se rendra facilement compte des fréquents insuccès qu'éprouveront les tentatives de réduction de l'utérus. Pour obvier en partie à ces inconvénients, on a imaginé des instruments, des crochets mousses : on a conseillé encore l'emploi d'une sonde qu'on fait pénétrer dans le col, qu'on retourne une fois entrée, et qui fait alors l'office de crochet.

Pour le rectum, les difficultés tiennent surtout à ce que les doigts ne sont jamais assez longs ; cela est la conséquence de ce que nous disions au commencement sur la différence de longueur des deux parois antérieure et postérieure du bassin, et de la nécessité où se trouvait le doigt de suivre la courbure du sacrum pour l'exploration ou les manœuvres dans l'intestin.

En définitive, la réduction des inflexions utérines par le rectum chez les femmes enceintes est pleine de difficultés, même en supposant la matrice basse ; comme on est toujours arrêté par le périnée, on épuise sa force en le déprimant, et l'on n'atteint pas suffisamment l'organe dévié. L'on a conseillé alors d'introduire la main tout entière dans le rectum ; cela nous paraît difficile. Cependant, des individus étant parvenus à s'y introduire des corps d'un volume énorme, un verre à boire ordinaire, et même un de ces grands verres dont se servent les Allemands, il ne serait pas impossible qu'on pût réussir à faire pénétrer toute la main ; néanmoins, comme cette introduction serait nécessairement douloureuse et pénible, on a songé à mettre en usage des tiges et des leviers. M. Moreau a hérité de son beau-père une tige avec un tampon assez convenable pour ces réductions. Une main fort petite nous paraîtrait pourtant préférable.

On a cru avoir imaginé quelque chose de fort ingénieux en conseillant de se faire pousser le coude par un aide pour parvenir plus haut dans le rectum ; c'est une invention bouffonne que nous ne discuterons pas.

Quelle que soit d'ailleurs la manœuvre qu'on emploie, disons qu'on peut échouer et ne pas parvenir à atteindre le résultat qu'on recherche. Il est entendu que nous avons fait abstraction de la position à donner aux femmes, ainsi que de tous ces moyens généraux, compléments inséparables de toute opération chirurgicale qui présente quelque embarras, tels que la saignée, les bains, les boissons émollientes, etc.

Dans cette circonstance difficile, on avait songé encore à de véritables opérations sur la matrice ou sur le bassin lui-même ; on avait imaginé, par exemple, de ponctionner l'utérus. On avait raisonné de la manière suivante, pour conseiller ce moyen chez les femmes enceintes de quelques mois ; par la ponction, on avait pensé évacuer le liquide contenu dans l'œuf, et faciliter de la sorte la réduction de la matrice. Cette opération, dont l'idée remonte à un siècle, a été pratiquée dans sept ou huit cas, et a réussi quelquefois, mais quelquefois aussi a complétement échoué. Du reste, il faut songer qu'elle est grave, d'abord en ce qu'elle compromet la vie de l'enfant et peut mettre en danger celle de la femme ; elle provoque l'avortement, et le fœtus peut être blessé, comme cela eut lieu dans un cas. Pour la femme, la ponction de l'utérus peut amener la péritonite dont on connaît la gravité, soit que cette inflammation se produise par la piqûre même, ou par suite de quelques gouttelettes de liquide épanché.

C'est ordinairement avant l'époque de quatre mois que se pratique cette opération, et en pesant les résultats qu'elle peut fournir, on est disposé à la considérer comme devant être rarement suivie de succès. La quantité de liquide qu'on extraira à trois mois, par exemple, sera tellement peu considérable qu'elle n'aura presque aucune influence sur le plus ou moins de difficultés que présentera la réduction ; à trois mois, ce sera environ un demi-verre de liquide amniotique. Si l'utérus ne pouvait être réduit avant la ponction, il y a tout lieu de croire qu'il ne pourra pas non plus l'être après.

Pour nous, notre avis est que la ponction de l'utérus est une opération qu'on devra très rarement mettre en pratique.

Il est encore une autre opération dont l'opportunité a été discutée par Gardien ; nous voulons parler de la symphyséotomie. En effet, la matrice, dans le cas qui nous occupe, peut être exactement comparée à une tête de fœtus, et la symphyséotomie paraît ici rationnelle ; mais si l'on considère, d'une part, les dangers auxquels est exposée la femme, dangers qui ne seront pas immédiats, il est vrai, et qui pourtant n'en seront pas moins très réels, à cause de l'inflammation, de la suppuration et de leurs conséquences ; si l'on considère, d'autre part, qu'on obtient seulement quelques millimètres d'agrandissement, et encore en employant une certaine violence, on comprendra comment la symphyséotomie est une mauvaise opération qui, du reste, aujourd'hui a presque généralement disparu de la pratique. D'ailleurs, il ne faut pas se dissimuler qu'il n'y a pas parité complète entre ce qui se passerait à la suite de la symphyséotomie dans le cas que nous supposons, et ce qu'on observe alors qu'on met en usage cette opération pour faciliter la terminaison du travail. Dans l'accouchement, quand la section de la symphyse a été pratiquée, les contractions utérines, la tête du fœtus, le forceps sur lequel l'accoucheur exerce des tractions, toutes ces forces convergent vers un même but ; la tête, sollicitée par chacune de ces forces, tend à écarter le bassin. Rien de semblable n'existe quand l'opération est faite pour remédier à l'inflexion. D'ailleurs encore, et ceci résume tout, la symphyséotomie est dangereuse, et les résultats qu'elle fournit ne compensent point ses dangers.

De tout ce qui précède, on doit conclure que la matrice infléchie doit être réduite par les voies naturelles et au moyen des doigts ; qu'il faut tenter cette réduction par le vagin d'abord, par le rectum ensuite, puis combiner ensuite les moyens de réduction par le vagin et par le rectum ; qu'enfin les crochets mousses peuvent trouver leur application, ainsi que la main entière ou la tige introduite dans l'intestin, et tout cela combiné avec les moyens généraux, saignées, bains, etc. Si tout cela échoue, alors seulement, et après avoir suffisamment insisté sur chacun des procédés, on peut en venir à la ponction de l'utérus, qu'on pratiquera par le vagin ou le rectum, selon qu'on la jugera plus facile.

Du reste, tout ce que nous venons d'exposer sur la thérapeutique des inflexions utérines chez les femmes enceintes se trouvant partout, nous n'avons pas besoin d'y insister davantage ; nous nous réservons de traiter avec étendue les moyens à employer dans les inflexions de l'utérus en état de vacuité, car c'est là un sujet encore peu étudié et peu connu.

Nous n'ajouterons donc plus que quelques mots pour ce qui regarde les femmes grosses.

Quand l'utérus a été redressé par les manœuvres indiquées ci-dessus et qu'il occupe sa position naturelle, il faut songer à le maintenir. Si l'organe est très développé, il restera de lui-même dans la nouvelle place qu'il occupe ; et quand il y aura séjourné deux ou trois jours, toute crainte de le voir revenir à sa position vicieuse aura disparu ; mais quand, au contraire, il s'agira d'un utérus occupé par un produit de deux ou trois mois seulement, l'organe aura de la tendance à reprendre sans cesse la situation mauvaise d'où on l'aura tiré. Alors on a besoin de prescrire aux femmes diverses positions propres à prévenir le retour de l'accident. Ainsi, dans les rétroversion ou flexion, on leur recommandera de se coucher sur le ventre ; dans les antéflexion ou version, de garder le décubitus dorsal ; dans les latéroversion ou flexion, de rester sur le côté opposé. En même temps, on leur prescrira d'éloigner toutes secousses, on combattra la toux, les vomissements, s'il en existe, par les moyens ordinaires ; on insistera surtout sur la nécessité d'éviter les efforts quels qu'ils soient et principalement ceux qui accompagnent la défécation, toutes causes qui ne manqueraient pas de reproduire l'accident.

Enfin dans quelques circonstances, il faudra même avoir recours à des moyens mécaniques pour maintenir l'utérus réduit, des ceintures, des pessaires, des pelotes, des sachets introduits dans le vagin, seront employés les uns ou les autres suivant les cas ; on devra même quelquefois soutenir ces moyens mécaniques par un bandage en T, qui comprimant modérément le périnée soulèvera la matrice et la forcera à se maintenir réduite.

Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques que réclament la déviations utérines chez les femmes enceintes ; prochainement nous examinerons ceux qu'il convient d'employer dans ces mêmes déviations de l'utérus à l'état de vacuité.

PAJOT.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ;

Par le docteur SICHEL.

II. *Comparaison de l'extraction et de l'abaissement, appuyée sur l'observation de plusieurs faits pratiques.*

Dans un premier article nous avons mis en présence deux observations assez simples de cataractes opérées l'une par abaissement, l'autre par extraction. Aujourd'hui nous nous proposons d'y joindre quelques autres exemples. La réunion de ce petit nombre de faits suffira pour démontrer qu'en général le même chirurgien peut réussir avec des méthodes différentes et même opposées. Cependant de leur comparaison attentive il nous sera facile de faire ressortir quelques conclusions importantes. Dans ce moment nous nous contenterons de les indiquer, nous réservant de leur donner plus tard tous les développements nécessaires.

Troisième observation. — *Deux cataractes demi-molles ; extraction par en haut le 22 mai 1845. Cornées petites ; lambeaux petits ; sortie difficile des cristallins. Yeux assez enfoncés et paupières épaisses ; opération difficile. Succès immédiat complet et persistant. Conjonctivite et commencement de chémosis produit par l'élévation de la cicatrice sans écartement.*

Madame D...., âgée de soixante-dix ans, est affectée de deux cataractes lenticulaires demi-molles. Les cornées sont petites ; les lambeaux ont été taillés moins grands que d'ordinaire. L'œil droit seul a été fixé avec une pince implantée dans la conjonctive. Les cristallins, qui sortent lentement et assez difficilement, emportent quelques parcelles de pigmentum de l'uvée, mais sans laisser beaucoup de substance corticale dans les chambres antérieure et postérieure. La vue est un peu moins nette que d'ordinaire, les yeux étant plus sensibles, probablement à cause de la pression plus forte qu'ils ont éprouvée. L'enfoncement assez prononcé des yeux et l'épaisseur des paupières ont rendu l'opération difficile, surtout de l'œil droit, où l'abaissement de la paupière a dû être confié à un aide, la main droite de l'opérateur étant employée à tenir la pince qui fixe le globe. La vision est bonne immédiatement. A la levée de l'appareil, les yeux sont assez injectés, et les conjonctives un peu gonflées. — Purgatif, onctions mercurielles belladonées.

Le 30 mai, il y a un commencement de chémosis, mais sans trouble ni injection de la cornée ; les pupilles sont nettes. (Dix ventouses scarifiées entre les épaules et à la nuque ; continuer les onctions. Colchique à l'intérieur.) — Au bout de quelques jours l'inflammation est réduite à une simple conjonctivite. On peut reconnaître alors que cette irritation a été produite et entretenue par l'élévation de la cicatrice sans écartement de ses lèvres. (Continuation des mêmes moyens.) — Après quelques jours on commence à instiller du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau.

Le 6 juin, jour de la sortie de la malade, sa vue est parfaite. Il reste encore un peu d'injection de la conjonctive. — Continuer le laudanum et le colchique ; un bain de pieds de temps à autre.

Quatrième observation. — *Deux cataractes lenticulaires dures, compliquées d'amaurose à gauche et d'amblyopie amaurotique à droite. Abaissement complet et facile ; persistance de l'amaurose et de l'amblyopie.*

M. L..., âgé de soixante dix-neuf ans, invalide, porte deux cataractes lenticulaires verdâtres. L'absence complète de la perception lumineuse de l'œil gauche me fait prédire une amaurose de cet œil, dont le congénère semble affecté d'une amblyopie.

L'abaissement pratiqué par la scléronyxis le 17 septembre 1838, est facile, et réussit complétement. Les pupilles, fortement dilatées par la belladone, présentent partout le plus beau noir ; mais de l'œil gauche le malade ne voit rien, ou, pour mieux nous servir de ses propres expressions, il ne voit que du noir. De l'œil droit, quelques minutes après l'opération, il commence à voir assez bien de gros objets et à distinguer non-seulement le cadran et la boîte d'une montre, mais encore, bien qu'avec quelque hésitation, les aiguilles. Il ne survient point de symptômes inflammatoires ; par conséquent le traitement se borne à l'observation des règles hygiéniques générales.

Après quinze jours le malade sort, ne voyant pas bien distinctement de l'œil droit, même avec des lunettes convexes du n° 5, bien qu'il n'existe aucune trace de cataracte secondaire. Cela s'explique par l'amblyopie, dont nous avions reconnu l'existence avant l'opération, et qui d'ailleurs, comme dans beaucoup de cas, ne se révèle par aucun autre symptôme manifeste. On prescrit un liniment excitant et quelques vésicatoires volants. L'âge avancé du malade, seule cause appréciable de la maladie de l'organe visuel, nous fait concevoir sur-le-champ peu d'espérance pour la guérison. Le temps est malheureusement venu confirmer ce pronostic.

Cinquième observation. — *Deux cataractes lenticulaires demi-dures operées par abaissement. Flocons capsulo-lenticulaires flottant après l'opération dans la pupille. Vomissements. Cataractes capsulaires secondaires presque complètes ; nouvelle opération difficile des deux côtés à cause de l'extrême extensibilité de la capsule. Iritis droit avec hypopyon considérable. Guérison complète des deux yeux.*

Madame V. L..., âgée de soixante-douze ans, est entrée à ma clinique le 29 mars 1838, pour deux cataractes lenticulaires assez dures, entourées d'un peu de substance corticale molle. Au centre on voit un peu le noyau ambré. Le globe est très profondément enfoncé dans l'orbite, la chambre antérieure très étroite, circonstances défavorables pour l'extraction. L'abaissement est pratiquée le 2 avril, sans que la malade souffre un seul moment pendant l'opération. Le noyau s'abaisse facilement ; mais des flocons capsulo-lenticulaires restent flottants dans la pupille. (Instillation de belladone ; frictions d'onguent napolitain belladonisé.) Il survient des vomissements fréquents, qui le lendemain sont arrêtés par l'emploi de la potion de Rivière. Il ne se développe point d'inflammation ; la pupille reste large.

Le 6, la conjonctive de l'œil droit est rouge, et cet œil commence à larmoyer. (Huit sangsues sont appliquées.) La malade a bien vu ces jours-ci; néanmoins, probablement par suite des vomissements, il semble qu'une portion du cristallin, surtout dans l'œil gauche, soit remontée dans la pupille. Dans l'œil gauche on voit une opacité convexe blanc-bleuâtre, formée par une portion du cristallin enveloppée de la capsule et placée dans la moitié interne de la pupille encore un peu dilatée; dans l'œil droit la pupille est presque entièrement remplie de lambeaux opaques capsulo-lenticulaires. La malade se plaint même de douleurs dans l'œil droit, qui présente les signes anatomiques d'une conjonctivite et d'un léger commencement d'iritis. — Purgatif salin; frictions d'onguent napolitain belladoné, et instillation de belladone.

Le 27 avril, la pupille droite est dilatée et permet de voir que sur son bord la capsule est moins opaque et fenêtrée. Tous les symptômes d'inflammation ont disparu, à l'exception d'une légère injection de la conjonctive, près du bord interne de la cornée. Le malade commence à voir un peu de cet œil, mais il n'y a guère d'espoir que la lacune de la capsule s'agrandisse et que la vision gagne. Je retouche cet œil le 26, en déchirant et abaissant la capsule opaque. Je fais la même opération sur l'autre œil, dont la pupille dilatée n'est transparente que dans son tiers externe, tandis que les deux tiers internes sont occupés par la capsule opaque contenant des restes de substance cristalline. Sur les deux yeux, l'opération est très difficile; car la capsule a beau s'inciser très aisément, elle est devenue tellement extensible qu'il est presque impossible, même en portant l'aiguille jusqu'au fond de l'œil, de séparer entièrement les derniers filaments qui réunissent les fragments.

Voici pourquoi on doit craindre de voir les lambeaux se réunir de nouveau; quoique rejetés latéralement et en bas, ils tremblotent continuellement dans la pupille et s'écartent très fréquemment les uns des autres.

L'opération, indolore pour l'œil gauche, a été un peu douloureuse pour l'œil droit, dans lequel la malade éprouve aussi de fortes douleurs pendant la nuit. On applique de suite dix sangsues, qui saignent encore le lendemain à deux heures après midi. C'est alors seulement que la douleur a cessé. La pupille gauche est largement dilatée. Madame L..., voit très bien de cet œil. De l'œil droit elle voit un peu moins; mais pourtant assez bien. Il y a un peu de rougeur et un certain degré d'injection et de gonflement de la conjonctive, ce qui indique une tendance au chémosis. — Continuer les instillations de belladone faites depuis l'opération, et les fomentations glacées employées depuis cette nuit. Reprendre les onctions mercurielles belladonées.

Il se développe dans l'œil droit un iritis avec hypopion qui finit par remplir presque le tiers de la chambre antérieure. La pupille se contracte, la vue devient fort trouble. — Douze sangsues sont appliquées, le calomélas avec l'opium est donné à l'intérieur; des purgatifs, des bains de pieds, le colchique sont alternativement employés.

Les douleurs frontales qui accompagnaient l'iritis cessent petit à petit; la matière puriforme se résorbe; la vision devient plus nette.

Le 2 juin, la malade quitte la clinique voyant parfaitement bien des deux yeux avec et sans lunettes à cataracte, mais ayant encore à l'œil droit la conjonctive rouge, la pupille un peu angulaire et plus étroite, et une petite tâche gris-jaunâtre dans le fond de la chambre antérieure formée par un reste de matière plastique. — Continuer l'onguent mercuriel belladoné.

La guérison est devenue complète, sans qu'il ait même été nécessaire d'en venir à l'application d'un vésicatoire.

Les observations qu'on vient de lire donnent lieu aux considérations générales suivantes :

1° Chaque méthode opératoire porte avec elle ses difficultés et ses accidents. Il est impossible de dire d'une manière absolue que l'une d'elles soit plus facile à exécuter que l'autre, plus sûre et plus heureuse dans ses résultats. Il s'agit donc d'établir quelles sont les circonstances où l'une d'elles, offrant plus d'avantage, doive être choisie de préférence. En d'autres termes, nous allons nous attacher à fixer d'une manière rationnelle quelles sont les indications déterminantes pour l'adoption de l'une ou l'autre de ces deux méthodes.

2° Même quand le choix de la méthode a été bien fait, des accidents peuvent survenir pendant ou après l'opération. Parmi ces accidents, il en est que l'on aurait pu soupçonner davantage et d'autres qui sont complètement imprévus. L'opérateur le plus heureux, sinon le plus habile, sera celui qui saura le mieux les éviter; et quand, malgré les précautions qu'on aura prises, on les verra surgir inopinément, celui qui les combattra et les neutralisera le plus efficacement.

3° Dans les six observations que nous venons de rapporter, toutes les méthodes mises en usage ont obtenu un succès à peu près égal. Cependant, bien que ce soit plutôt l'effet du hasard qu'une intention réfléchie qui ait amené la réunion des faits que nous venons de passer en revue, et qui ont été puisés au milieu d'une énorme quantité de matériaux, il est une remarque qui doit frapper nos lecteurs. Après l'extraction, même dans des cas où l'opération a offert des difficultés notables, la guérison s'est montrée en général plus prompte et plus directe, lorsqu'on n'avait point affaire à des cataractes dures. Pour l'abaissement, au contraire, les mêmes conditions de consistance du cristallin, donnaient lieu à des accidents inflammatoires plus violents, plus prolongés, et à des cataractes secondaires qui ont nécessité une nouvelle opération.

Cette différence de résultats dans des circonstances pathologiques semblables, est précisément ce qui sert à baser d'une manière rationnelle les indications les plus importantes pour le choix de telle ou telle méthode opératoire. Nous en ferons le sujet de notre prochain article. Nous ne négligerons point pour cela de considérer les observations sous tous les autres rapports et d'en tirer toutes les conclusions qui en découlent naturellement. Car s'il est quelque chose qui fasse mieux ressortir combien il est utile de varier suivant les cas les procédés opératoires et en outre qui démontre le plus clairement la justesse de certains principes généraux fondés sur l'expérience, c'est assurément l'examen comparatif de faits qui au premier abord paraissent identiques, mais dont les suites immédiates et éloignées présentent des variations qui ne doivent pas échapper à l'œil du praticien. Ce sont elles qui lui apprennent à poser son diagnostic avec plus de rigueur, de précision, et à saisir ces nuances délicates dont il peut tirer des indications précieuses.

On trouvera peut-être que certains points des observations, énoncés d'une manière trop aphoristique, n'ont pas toute la clarté désirable. Nous devons prévenir le lecteur que toute obscurité se dissipera dans la suite, car nous avons à revenir sur ces mêmes observations pour en tirer des déductions générales et pour y ajouter en même temps certains détails explicatifs.

NOUVELLES.

La maladie qui avait frappé le collége d'Orléans a tout à fait cessé: il n'y avait plus hier à l'infirmerie qu'un seul malade. Trois élèves de l'école secondaire de médecine, MM. Josias, d'Olier et Dionis, s'étant particulièrement distingués dans les secours prodigués jour et nuit aux jeunes malades, M. le ministre de l'instruction publique vient de les récompenser en décidant qu'ils seront exempts des frais d'inscriptions, d'examens et de diplôme jusqu'à la fin de leurs études médicales,

— Les docteurs en médecine de notre ville, suivant l'exemple du corps médical de Paris, Bordeaux, Marseille, etc., ont formé aussi leur association. Ceux qui avaient donné leur adhésion à ce projet se sont réunis le 22 juin, dans l'un des amphithéâtres de l'Ecole de médecine. à l'effet de se constituer, de nommer un bureau définitif, et une commission de dix membres. Le nombre des docteurs associés s'élève à soixante-trois. Les officiers de santé n'ont pas été compris dans cette association : c'est peut-être ce qui explique l'absence de plusieurs noms d'une valeur scientifique reconnue, que nous aurions voulu voir figurer sur la liste des signataires.

Les nominations du bureau définitif et de la commission ont été faites au scrutin secret. Quarante-quatre votants sur soixante-trois se sont présentés, et ont nommé :

MM. Ducasse, président; Viguerie neveu, vice-président; A. Clauzade, secrétaire; Tellier, sous secrétaire; Dassier, trésorier. On a adjoint à ce bureau définitif une commission de dix membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 94. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

De la cataracte congénitale.

Deux enfants affectés de cataracte se trouvant maintenant dans les salles dont est chargé M. Guersant fils, il a profité de cette occasion pour présenter aux auditeurs qui assistent à ses leçons quelques considérations cliniques sur cette affection, considérations dont nous allons donner une analyse succincte.

Le premier des sujets dont nous voulons parler est un garçon de douze ans, d'une bonne santé, d'une bonne constitution. Au dire de ses parents, et d'après les réponses qu'il a faites aux interrogations nombreuses qu'on lui a adressées à plusieurs reprises, il paraîtrait n'avoir jamais eu d'ophthalmies. Il exerce depuis quelque temps un état qui pourrait peut-être chez un adulte être regardé comme ayant eu une certaine influence sur la production de sa maladie, mais qui chez lui n'en a certainement point eu, l'état de pâtissier. Nous devons faire cette différence entre l'adulte et l'enfant, par la raison que voici : les adultes seuls, chez les pâtissiers, sont exposés à la chaleur du four et à la vraie lumière produite par la combustion du bois ; tandis que les enfants sont plutôt occupés à faire les commissions au dehors. M. Guersant croit donc être en droit de nier complétement l'influence que pourrait avoir la profession sur le développement de la cataracte chez cet enfant, qui nous a en effet déclaré être occupé presque exclusivement au dehors. On devra noter, sans que l'on puisse peut être tirer de conclusion bien rigoureuse de cette circonstance, que sa grand'mère a été affectée de cataracte double. Chez lui, la cataracte est bien formée à l'œil droit ; il distingue encore le jour de la nuit, et s'aperçoit que l'on interpose des corps opaques entre son œil et la lumière, mais sans pouvoir distinguer aucun objet.

Le second est un enfant de huit ans, couché au n° 1 de la salle Saint-Pierre, affecté de cataracte congénitale. Ce sujet se conduit très adroitement avec les mains, parvient souvent, en tâtonnant, à trouver les objets qu'il cherche autour de lui. Il distingue imparfaitement le jour de la nuit, perçoit vaguement la lumière que l'on fait passer devant ses yeux. Mais il présente une disposition assez fréquente chez les enfants affectés de cataracte congénitale, et parvenus à l'âge de sept à huit ans sans avoir été opérés. L'œil diminue de volume, et semble avoir une tendance à s'atrophier. Chez ce sujet, en effet, l'œil est beaucoup moins volumineux qu'il n'est ordinairement à cet âge. Cette petitesse des yeux a été beaucoup plus marquée encore chez deux enfants : l'un de neuf ans, qui a été couché à la salle Saint-Côme ; l'autre, à peu près du même âge, qui l'an dernier a été envoyé de l'hospice des Enfants-Trouvés dans ce service.

— Relativement à l'étiologie de la cataracte dans l'enfance, M. Guersant établit, d'après le relevé des faits qu'il a eu occasion d'observer, que la cataracte congénitale est beaucoup plus fréquente que les autres espèces, que la cataracte traumatique, par exemple, et surtout que la cataracte accidentelle spontanée, sans que cependant cette dernière soit une chose extraordinaire. D'après les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance, l'hérédité devrait être considérée comme ayant une influence incontestable sur le développement de cette affection. Chez le premier des deux enfants que nous avons mentionnés, cette cause n'est peut-être pas sans quelque valeur, sa grand'mère ayant été affectée de cataracte double. Cependant, avons-nous dit, la conséquence que l'on pourrait en tirer ne serait pas rigoureuse, la cataracte chez lui n'étant pas congénitale. Lorsque la cataracte est traumatique, et cette forme n'est pas extrêmement rare chez les enfants, elle se borne le plus ordinairement à un côté ; dans cette circonstance, elle marche d'une manière assez rapide, et fréquemment on observe des complications du côté de l'iris, qui peut contracter des adhérences et devenir immobile. Enfin, comme cause prédisposante ou déterminante de la cataracte dans l'enfance, on a cité l'influence de la lumière très vive sur les yeux du nouveau-né. D'après M. Guersant, sans vouloir nier la puissance de ces diverses causes, il est prudent de ne leur accorder qu'une confiance médiocre, et leur valeur est tout au moins souvent problématique. On a remarqué que, lorsqu'elle est spontanée, c'est principalement chez des enfants scrofuleux, ou du moins d'une constitution éminemment lymphatique, qu'elle se produisait.

Nous ne dirons rien de la symptomatologie, le diagnostic étant le même, on le conçoit facilement, à tous les âges de la vie ; mais il est une question importante et sur laquelle a cru devoir insister M. Guersant, nous voulons dire celle qui est relative à l'époque à laquelle on doit opérer la cataracte. Appelé près d'un enfant affecté de cataracte congénitale, ou de cataracte, soit spontanée, soit traumatique, à un âge très tendre, quelle conduite doit tenir le médecin ? Doit-il opérer le plus tôt possible, ou doit-il attendre que l'enfant ait atteint l'âge de sept à huit ans, âge auquel il comprendra la nécessité de se soumettre à l'opération, et aura assez de raison pour s'y soumettre docilement ? M. Guersant pense, avec presque tous les auteurs que l'on devra opérer le plus tôt qu'il sera possible, en tenant compte cependant du degré de maturité de la cataracte, si elle est accidentelle. Dans les cas où elle est congénitale, il croit que l'on aura d'autant moins de chances de réussite, que la maladie sera plus ancienne, la rétine se trouvant en quelque sorte paralysée par suite du défaut d'exercice. On évitera de même la tendance à l'atrophie que peut présenter l'œil, et dont les exemples ne sont point rares. D'une autre part, lorsque l'opération est faite seulement à l'âge de sept ou huit ans, l'enfant a une nouvelle éducation à subir pour un sens qui n'existait pas chez lui, et cette éducation est plus difficile et plus pénible dans un âge avancé que lorsqu'elle se fait graduellement ; l'enfant n'acquiert que difficilement la faculté de porter ses mains d'une manière convenable pour saisir les objets ; il n'a pas le sentiment des distances. Lorsque l'enfant est opéré de bonne heure, son œil fonctionne plus complétement, l'éducation de l'appareil de la vision se fait en même temps que celle des autres parties du corps. C'est une loi physiologique bien connue, bien positive, que celle en vertu de laquelle, lorsqu'une partie ne fonctionne pas, elle perd de sa force, de sa vie. Et puis, ne peut-on point admettre, avec quelques auteurs, et très logiquement, ce nous semble, que le sens de la vue est en quelque sorte indispensable à l'éducation complète physique et morale de l'enfant, qu'il est nécessaire au complet développement de ses facultés intellectuelles ?

Se fondant sur toutes ces raisons, M. Guersant conseille d'opérer le plus tôt possible les enfants affectés de cataracte congénitale. Il a opéré avec succès non-seulement des enfants de dix-huit mois à deux ans, mais des sujets beaucoup plus jeunes encore, des nouveau-nés.

Une autre circonstance peut se rencontrer, c'est la suivante :

Un enfant peut être pris de cataracte d'un seul côté. Doit-on opérer aussitôt que la cataracte sera parvenue à maturité, ou doit-on attendre que l'autre œil ne puisse plus servir à la vision ? Les avis sont partagés sur cette question. Il est des auteurs qui pensent qu'un seul œil étant pris, on ne doit l'opérer que si l'autre commence à se prendre, et cela, dans la crainte de faire naître une inflammation qui pourrait se propager à l'œil sain, et déterminer chez le sujet une cécité complète. Quel que soit l'âge du sujet, voici l'opinion de M. Guersant. Si chez un individu adulte, enfant ou vieillard, un œil est pris avant l'autre, et que la vision soit totalement abolie d'un côté, tandis qu'elle est encore saine de l'autre côté, on serait peut-être obligé souvent d'attendre fort longtemps si l'on ne veut point opérer avant que les deux yeux soient complétement perdus. La position pénible du malade pourra dans ce cas se prolonger fort longtemps, sans que le chirurgien fasse rien pour l'en tirer. Dans ce cas encore, nous trouverons le même inconvénient que nous mentionnions il n'y a qu'un instant pour la cataracte congénitale. Si l'on at-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'Académie en courroux. — Imprudence de M. Mérat. — Un ordre du jour contestable. — L'Académie et la vaccine. — Un vol au magnétisme. — Nouvelle agitation à Charenton. — Les infirmiers laïques et les congrégations religieuses. — Bon exemple donné par un hérétique. — Un procès singulier. — Les vacances. — Inanité de la gloire. — La maison de Flicotteaux.

L'Académie était fort agitée mardi dernier. Même il a été un moment où l'on aurait pu craindre que quelques membres de cette docte compagnie n'en vinssent à des arguments d'une nature peu académique. Grâce à la présence d'esprit pleine de dignité de M. le président, qui a levé la séance à l'instant le plus scabreux, les choses en sont restées à l'endroit des menaces. C'est fort heureux, pour M. Mérat surtout. L'honorable trésorier était en proie à une vive agitation ; l'agitation de M. Mérat, dont tout le monde connaît l'ampleur majestueuse des formes, est sans doute fort redoutable en général, mais dans le cas particulier elle me paraissait gravement compromise. Figurez-vous que la colère de M. Mérat s'adressait à une sorte d'hercule, à une espèce de géant ou de colosse qui d'un revers de main aurait mis le respectable trésorier dans sa poche et deux ou trois académiciens par-dessus. Ce colosse s'appelle M. James, qui n'a pas craint de se représenter devant une compagnie que depuis longtemps il poursuit de ses critiques acerbes.

Bref, l'Académie a fait acte d'autorité suprême ; elle a refusé d'entendre un de ses membres correspondants, sous le prétexte que M. James ne s'occupe de la vaccine qu'au point de vue industriel. J'avoue que j'aurais préféré un ordre du jour autrement motivé que celui qui a été adopté. C'est bien vague que ce point de vue industriel, et cela ne prête-t-il pas à de singulières réflexions ? M. Gaultier de Claubry connaît-il beaucoup de ses collègues qui s'occupent d'une partie quelconque de l'art par humanité pure ou par amour exclusif de la science ?..... Il y avait, ce me semble, autre chose et mieux à dire que de reprocher à M. James de vendre son vaccin ou de se faire payer ses vaccinations, péché, si c'en est un, qu'il partage avec un très grand nombre d'académiciens.

— Un vol qu'on pourrait intituler : *Vol au magnétisme*, est ainsi raconté par la *Gazette des Tribunaux* :

« Un ancien instituteur, le sieur C...., retiré depuis longtemps à Fontainebleau, où il jouit d'une honnête aisance, avait été, dans l'espace de quelques mois, victime de plusieurs vols, et tous ses efforts pour en découvrir l'auteur avaient été inutiles. Il avait renvoyé successivement plusieurs servantes sur lesquelles ses soupçons s'étaient arrêtés, et il vivait seul depuis quinze jours, lorsqu'un nouveau vol fut commis dans son secrétaire pendant qu'il dînait chez un de ses amis.

De nouvelles recherches furent faites, et n'eurent pas un plus heureux résultat que les premières, et M. C.... se désespérait, lorsqu'il eut connaissance de l'histoire de ce jeune fermier du village de Wissons que l'on avait cru assassiné, et dont le retour, annoncé par une somnambule, s'accomplit ainsi que la *Gazette des Tribunaux* l'a raconté. L'ancien instituteur résolut d'avoir recours au même procédé. Dès le lendemain donc il se mit en route, gagna Corbeil, et prit place sur le chemin de fer, impatient d'arriver à Paris.

Chemin faisant, il lia conversation avec un monsieur de bonnes manières placé près de lui ; on parla du magnétisme, de ses prodiges ; M. C..... raconta alors ce qui lui était arrivé ; il dit le projet qu'il avait conçu de recourir à cette merveilleuse science pour découvrir les voleurs dont il avait été la victime.

« Parbleu ! Monsieur, dit alors son interlocuteur, le hasard vous sert à merveille, car je suis l'intime ami du savant magnétiseur et de la somnambule dont vous parlez ; pour peu que cela vous soit agréable, je me ferai un plaisir de vous présenter à eux, et je ne doute pas qu'ils ne satisfassent complétement à votre désir. »

M. C.... accepta avec empressement. On arriva à Paris, et pendant que l'on réclamait les bagages, l'inconnu invita M. C... à entrer dans un café, où il le laissa seul, sous prétexte de terminer une affaire urgente dans le quartier, et en affirmant que son absence ne durerait pas plus d'un quart d'heure. Une heure environ s'écoula, heure bien lente pour l'impatience de l'ancien instituteur. Enfin l'obligeant voyageur reparut, et l'on se mit en chemin pour la visite projetée.

On arrive rue des Moulins, M. C... entre avec son guide dans une maison d'assez modeste apparence, et d'abord il s'étonne qu'un si savant magnétiseur ait une si chétive habitation ; mais il se dit qu'il ne faut pas juger sur l'étiquette du sac ; et bientôt il est introduit dans un appartement au troisième étage, et présenté au magnétiseur et à sa somnambule.

« Mon cher ami, dit au savant le personnage qui servait d'interlocuteur au brave rentier, je suis désolé que mes affaires ne me permettent pas d'assister à l'intéressante séance qui va avoir lieu ; mais je te recommande Monsieur ; je te prie de le traiter comme moi-même ; je reviendrai ce soir, mais à une heure avancée. Adieu ! »

A peine est-il parti que la somnambule prend place dans un large fauteuil ; après quelques passes du magnétiseur, elle s'endort. On l'interroge ; et, répondant aux questions qui lui sont faites, elle dit que la personne qui vient la consulter arrive d'une ville éloignée de douze lieues de Paris, ville où il y a une splendide résidence royale ; elle dit le nom de la rue où est située la maison de M. C..., en décrit l'aspect, parle du jardin qui y est attenant, et déclare que, par ce jardin, des voleurs se sont introduits à différentes époques qu'elle indique avec exactitude. Le bon rentier est dans l'admiration. « Quels sont ces voleurs ? » demande le magnétiseur. — Je les ai aperçus, répond la somnambule, mais je ne les vois plus. Le voici ; non... Il fait bien chaud... de l'air ! je n'en puis plus... — C'est fâcheux, dit le magnétiseur, mais il y aurait danger à la maintenir en cet état ; il faut que je l'éveille : nous recommencerons un peu plus tard, lorsque l'atmosphère sera moins chargée d'électricité. Restez donc, mon cher Monsieur ; vous dînerez sans façon avec nous, afin que, par ce détestable temps d'orage, nous saisissions l'instant favorable dès qu'il se présentera. »

L'invitation est acceptée ; on se met à table ; la somnambule mange comme quatre, tout en se plaignant de la fatigue et de l'extrême faiblesse qu'elle éprouve. Le repas se prolonge ; la nuit vient. M. C... parle de se retirer ; mais on lui dit qu'alors tout sera manqué, et il est décidé que l'on passera la nuit, s'il le faut, pour attendre que la somnambule ait recouvré toute sa lucidité. A minuit, l'habitant de Fontainebleau s'endort dans un fauteuil, et il ne se réveille qu'au grand jour.

Il regarde autour de lui, et est fort étonné de se trouver seul. Il se lève, appelle : personne ne répond ; il saisit le cordon d'une sonnette et l'agite violemment : une servante arrive alors, une longue note à la main : c'est la carte du dîner, à laquelle on a ajouté le prix du loyer de l'appartement pour vingt-quatre heures. Qu'on juge de la surprise de l'ancien instituteur ! Il est dans un hôtel garni ; l'appartement où il a passé la nuit en a été retenu en son nom ; les personnes avec lesquelles il a dîné sont tout à fait inconnues au maître de la maison, qui est même fort mécontent qu'elles se soient retirées si tard... Par un mouvement instinctif, le malheureux M. C... porte la main à sa poche. Heureusement sa bourse est intacte. Mais, si on ne l'a pas volé, quel est donc le mot de l'énigme ?

Il le cherchait encore lorsqu'il arriva chez lui, où il le trouva enfin, à la vue de ses meubles brisés et vides. La razzia était complète ; les voleurs avaient tout enlevé, jusqu'aux rideaux du lit.

Plainte a été portée ; mais jusqu'à présent, ni à Fontainebleau, ni à Paris, on n'a rien pu découvrir.

— La maison royale de Charenton a du malheur. A peine remise de la grande querelle entre la médecine et la chirurgie.... — A propos, où en est donc cette affaire dont on a tant parlé et dont on ne parle plus ? — Voici l'agitation qui recommence pour un autre motif. Cet établissement a été jusqu'ici desservi par des infirmiers et des in-

tend la maturité des deux cataractes pour faire l'opération, il pourra arriver que le second œil n'aura perdu que depuis quelques semaines la faculté de voir, tandis que l'autre en sera privé depuis plusieurs années. Il y aura donc inégalité très manifeste des deux yeux, la rétine de l'œil primitivement affecté ayant perdu, par suite de sa longue inaction, une partie de sa propriété visuelle, et étant devenue paresseuse, comme semi-paralysée. Lorsqu'un sujet affecté d'une fracture, reste, en vertu de circonstances particulières, pendant quinze ou dix huit mois sans se servir d'une jambe, il est, après la guérison parfaite de la fracture, souvent plusieurs années avant de pouvoir se servir du membre malade aussi bien que de l'autre, et de plus, celui qui a été fracturé diminue de volume. Il en est de même de l'estomac, qui perd par une abstinence trop prolongée ses facultés digestives. Lorsque chez des vieillards on a ainsi attendu sept ou huit ans après la perte du premier œil, et que le second n'est perdu que depuis quelques mois, on voit souvent l'opération suivie de succès complet et égal aux deux yeux, quant à l'apparence extérieure, quant à la netteté et à la transparence des milieux; mais il est rare que l'œil malade depuis le plus long espace de temps, recouvre la vue d'une manière aussi parfaite que le second.

On a craint d'opérer la cataracte chez de trop jeunes enfants, parce que l'on a redouté certaines affections oculaires assez fréquentes chez eux, l'ophthalmie purulente par exemple. Mais il est toujours facile dans le cas de cataracte congénitale de choisir un moment où les yeux sont sains. M. Guersant n'a point observé qu'il survînt plus d'inflammation chez les nouveau-nés que dans toute autre période de la vie. Peut-être même y en a-t-il moins fréquemment. Le pronostic de la cataracte est toujours chose fort grave; car, outre que la vue est irrévocablement perdue si l'on n'opère point, on ne peut toujours compter sur une réussite certaine de l'opération. Un des devoirs du chirurgiens et des plus importants, c'est l'appréciation des conditions dans lesquelles se trouve le sujet; appréciation qui a un double but, celui de le guider dans le pronostic qu'il devra porter, et celui de lui faire connaître s'il doit opérer ou non dans telle ou telle circonstance, quelles sont les chances favorables ou défavorables de l'opération. Si le sujet est d'une bonne constitution, si l'affection est simple, c'est-à-dire exempte de complication, le pronostic de l'opération sera favorable, et l'on ne devra point hésiter à opérer le plus promptement possible. Si le sujet est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux, s'il a été sujet aux ophthalmies, aux affections rhumatismales, on aura moins de chances, de succès. Il en sera de même si, par suite de la cataracte, ou quelle qu'en soit la cause, le globe de l'œil a augmenté ou diminué de volume, s'il est déformé, s'il présente ces bosselures, indice d'une affection squirrheuse ou carcinomateuse commencante, si les membranes oculaires sont le siége d'une phlegmasie aiguë ou chronique, d'un écoulement puriforme; si la cornée présente un épaississement ou une opacité complète ou presque complète, il est de toute évidence que l'opération ne pourrait avoir aucun résultat, la lumière ne pouvant pénétrer dans l'intérieur de l'œil. Inutile de dire également que, lorsqu'il y a complication d'amaurose, ou plutôt lorsque l'on a lieu de supposer, d'après des signes rationnels, l'existence d'une amaurose, soit complète, soit commençante, l'opération est inutile, et le pronostic est excessivement fâcheux.

Une objection que l'on a faite contre la méthode qui consiste à opérer de bonne heure, c'est que l'on a à redouter les mouvements désordonnés que peut faire l'enfant très jeune; mouvements qui peuvent déterminer des accidents graves. M. Guersant n'admet pas la valeur que l'on a voulu attribuer à cette objection. Il fait maintenir le plus ordinairement le petit malade sur la poitrine d'un aide; d'autres sont occupés à fixer solidement la tête. D'autres fois il opère l'enfant couché sur un lit, et maintenu par des aides. Il pense, du reste, que les mouvements ne sont point à redouter chez les individus qui ont six ou huit ans, et peut-être même est-il plus malaisé de les tenir immobiles à cet âge que dans la première enfance.

Doit-on opérer par extraction ou par abaissement? Nous ne voulons examiner ici que le point de la question relatif à l'enfance. A cet âge, on devra toujours, telle est l'opinion de M. Guersant, opérer par abaissement; les raisons sont nombreuses, qui militent en faveur de l'emploi de ce procédé. Les enfants sont indociles. Quand ils n'ont point encore atteint l'âge où ils peuvent comprendre l'importance de leur immobilité, ils se livrent à des mouvements désordonnés, dont ne peuvent toujours se rendre complétement maîtres les aides de l'opérateur. En ce sens l'abaissement est moins dangereux, et n'expose pas le sujet à perdre l'œil, ce qui arriverait infailliblement si, par une pression involontaire un peu trop considérable, le chirurgien ou l'aide, par un mouvement brusque et imprévu du malade, venait à provoquer la sortie des humeurs de l'œil. Deux autres raisons, non moins importantes, doivent encore faire préférer l'abaissement à l'extraction chez l'enfant. D'abord, les accidents inflammatoires consécutifs sont moins violents à la suite de l'opération par abaissement. Puis, le plus souvent ou du moins fréquemment, dans le jeune âge, les cataractes sont molles. Lorsque la cataracte n'a aucune consistance, à peine l'aiguille a-t-elle divisé la capsule, que la chambre antérieure se trouve remplie d'un liquide opalin trouble, qui ne permet plus au chirurgien de suivre dans l'intérieur de l'œil les mouvements de son instrument et les fragments de la capsule cristallisée. Lorsque cette circonstance se présente, l'opérateur doit continuer avec les plus grandes précautions seulement, et imprimer avec l'aiguille les mouvements de rotation, de bascule ou de broiements accoutumés. Tout le monde sait que, dans la chambre antérieure, l'absorption est tellement rapide que dans l'espace de quelques jours à peine, le trouble de l'humeur aqueuse produit par cet accident disparaît complétement. L'absorption de la chambre antérieure ne s'exerce pas seulement sur des liquides; elle est tellement puissante que des lambeaux de membrane cristalline y disparaissent et cela dans un temps assez court. M. Guersant fut appelé en consultation un jour, par une des célébrités oculistes dont les annonces tapissent les murs de Paris, et remplissent la quatrième page des journaux quotidiens. Cet homme avait voulu opérer une cataracte par abaissement; mais, par une manœuvre inconcevable et par une rare maladresse, il avait fait entrer le cristallin tout entier dans la chambre antérieure de l'œil, puis il avait fait, mais en vain, quelques tentatives pour le faire sortir de cette cavité. Plusieurs jours après l'opération, il fit appeler M. Guersant. Celui-ci, prenant en considération plusieurs circonstances: que l'œil ne présentait aucune trace d'inflammation, que le cristallin avait l'air d'être moins volumineux qu'il l'est à l'âge du malade, pensa qu'il valait mieux laisser l'enfant dans l'état où il se trouvait, et que, puisque l'absorption avait commencé à se faire sur le cristallin entier, il ne tarderait pas à disparaître complétement, pourvu toutefois qu'on lui donnât le temps. C'est, en effet, ce qui arriva; M. Guersant revit le malade au bout de quelque temps. Il était complétement guéri; le cristallin avait été entièrement résorbé, la vue était parfaite.

Une question importante est encore celle de savoir si l'on doit opérer les deux yeux le même jour, chez les sujets qui ont une cataracte double, ou si l'on doit, au contraire, mettre plusieurs jours d'intervalle entre les deux opérations. Il est un grand nombre de chirurgiens, et des plus distingués, qui n'opèrent qu'un seul œil, et qui n'en viennent au second qu'après l'entière guérison de la première opération. Ces praticiens se fondent sur le fait suivant. Il est peu fréquent d'observer à la suite d'une opération double, une inflammation assez vive des deux yeux pour que la vue soit perdue; mais il arrive souvent que l'un des deux yeux, dans le cas de double opération le même jour, guérisse sans être le siége d'aucun accident, pendant que l'autre, servant en quelque sorte de point de révulsion, favorise à ses dépens la guérison du premier. Il est évident qu'il sera presque toujours plus prudent de n'opérer qu'un seul œil à la fois, et que l'on ne devra jamais risquer d'en perdre un, comme il pourrait arriver si l'on faisait deux opérations le même jour. Tel était l'avis de Dupuytren. Ce n'est que dans les cas où les sujets se sont trouvés dans les meilleures conditions de santé, que M. Guersant a cru pouvoir déroger à cette loi; et, il faut le dire, les accidents qui sont le plus souvent survenus n'ont fait que le confirmer dans la résolution de n'opérer qu'un œil à la fois.

Nous ne ferons que mentionner, et très rapidement, les précautions et le traitement à suivre après l'opération de la cataracte. Les yeux seront couverts d'un bandeau, le lit sera entouré de rideaux épais, afin d'intercepter complétement l'accès de la lumière solaire. Quand les sujets sont déjà d'un âge assez avancé, qu'ils ont une forte constitution, M. Guersant fait quelquefois pratiquer une saignée du bras dans la journée. On comprend, du reste, que cette pratique n'est possible que chez les individus qui ont dépassé la première enfance. M. Guersant a l'habitude, après une opération de cataracte, de ne point laisser pendant plusieurs jours l'œil opéré sous un bandeau sans l'examiner; dès le lendemain, il soulève le bandeau, écarte les paupières, regarde l'œil; cette méthode a, suivant lui, l'avantage de permettre au chirurgien de surveiller les accidents dès leur apparition, et d'y porter un prompt remède. Du reste, il prend les plus grandes précautions pour que la lumière solaire ne vienne point frapper l'œil opéré; il enveloppe soigneusement le malade sous les rideaux du lit, et ne l'éclaire que de la lumière d'une petite bougie. Lorsqu'il a produit des accidents, les révulsifs cutanés, les purgatifs, les frictions mercurielles suffisent habituellement pour s'en rendre maître.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

De la méningite.

(Suite du numéro du 17 juillet.)

Signes et symptômes. — La méningite, comme les autres inflammations, donne lieu à deux ordres de phénomènes, dont les uns sont communs à toutes les inflammations, et les autres sont particuliers ou propres à chacune d'elles. Les phénomènes communs sont ceux que l'on désigne sous les noms de chaleur, rougeur, tumeur et douleur. Pour la maladie qui nous occupe, il est certainement bien impossible de constater, comme pour les inflammations externes, ces phénomènes sur les organes malades eux-mêmes; mais ils se traduisent à l'extérieur, et d'une manière entièrement analogue. C'est ainsi que, dans la méningite, le visage est animé, rouge, l'œil congestionné et brillant; la douleur se manifeste par une céphal-

---

firmières laïques et je n'ai pas ouï dire qu'aucune plainte se soit élevée a cet égard. Mais un esprit de changement s'est depuis quelque temps introduit dans cette maison, et se révèle à toute occasion. Les infirmiers laïques déplaisent à certaines personnes toutes confites en dévotion, et elles demandent avec la plus vive instance l'introduction, dans la maison, de je ne sais plus quelle congrégation religieuse d'hommes et de femmes, à qui serait exclusivement confié le service de l'infirmerie de cet asile. Une opposition fort vive s'est manifestée dans la maison même; ce qui n'a pas empêché que la proposition ne fût soumise au ministre de l'intérieur, qui en délibère à cette heure.

Nous ne comprendrions pas trop que M. le ministre prêtât les mains à cette invasion ultramontaine dans un établissement purement civil qui reçoit des malades payants, des malades qui peuvent appartenir à toute autre religion que celle des infirmiers ou infirmières, dont le zèle a cet égard est souvent fort indiscret, quelquefois coupable et presque toujours dangereux. Je regrette de n'avoir pas actuellement sous la main un très bon mémoire que j'ai lu dans les *Annales médico-physiologiques*, dans lequel l'auteur a fait valoir avec beaucoup de force les dangers de confier les aliénés aux soins des congrégations religieuses.

Puisque j'en suis sur ce chapitre, je dois faire connaître une institution nouvelle du roi de Prusse, qui ne me paraît pas un grand dévot; ce qui n'empêcherait pas qu'il fût un excellent chrétien.

Ce prince vient de fonder à Berlin un institut modèle de garde-malades et de sœurs de charité laïques; ce sera un hôpital pour trois cent cinquante malades, et une école normale pour former des garde-malades.

D'après l'opinion du roi de Prusse, il ne suffit pas d'avoir de la charité chrétienne pour soigner les malades et les infirmes, il est encore nécessaire de posséder les connaissances qu'exigent ces fonctions. A l'achat du terrain où doit s'élever l'édifice et à sa construction a été consacrée une somme d'environ 2,150,000 fr. provenant de la munificence royale et de celle de l'Etat. En outre, une dépense annuelle de 10 500 thalers est imposée au trésor public pour l'entretien de l'institution; le reste de la dépense sera à la charge de la commune de Berlin aussi longtemps que la générosité individuelle n'y subviendra point. Le double édifice, c'est à-dire l'hôpital et l'église, sera construit sur le champ de Koepnick. Le 23 juillet, la première pierre a été posée en présence du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Tichhorn, et des autorités civiles et ecclésiastiques. Un rescrit royal gravé sur porcelaine a été posé dans la pierre fondamentale; il est simple, mais plein de cette chaleur religieuse et de cet esprit de philosophie chrétienne qui distinguent les discours de Guillaume IV, de Prusse; il se termine par ces mots: « Nous supplions » le Dieu d'amour et de miséricorde de bénir cette maison, afin qu'elle » prospère et contribue à la gloire de son nom. »

Certes, voilà quelque chose de parfaitement utile et de parfaitement chrétien. Pourquoi cette pieuse idée n'est-elle venue qu'à un prince hérétique, comme on dirait dans la rue des Postes?

— Un procès singulier vient d'être jugé à Nantes, et soulève une question de jurisprudence médicale fort extraordinaire et complétement neuve. Un enfant atteint de monstruosité vient au monde mort-né. Sur la demande de l'Ecole préparatoire de Nantes, le père en fait don au Musée anatomique de cette Ecole où il est immédiatement déposé. Mais voilà que des regrets s'élèvent dans le cœur de ce père; il se repent du cadeau qu'il a fait, et il redemande son enfant à l'Ecole, qui refuse de le rendre. Une action est intentée; le procès se plaide devant le tribunal civil de Nantes qui rend un jugement par lequel l'Ecole est déclarée légitime propriétaire de ce fœtus monstrueux, et le père débouté de sa demande.

Voila le fait tel que j'ai pu l'enucléer des journaux de l'endroit, car c'est incroyable ce qui paraît s'être dépensé d'éloquence de part et d'autre dans cette affaire. Ce que j'aurais voulu lire, et précisément ce que je n'ai pas trouvé, ce sont les considérants de ce jugement qui, dans l'espèce feront jurisprudence. Dans l'intérêt général, je prie très humblement quelqu'un de mes lecteurs Nantais de me les faire parvenir. Cet autre jugement de Salomon mérite assurément d'être conservé.

— Voici que Paris devient fort triste et se dépeuple tous les jours. Quoique la saison soit peu engageante, bon nombre de professeurs circulent déjà sur les grandes routes, chaudement calfeutrés dans de bonnes chaises de poste: tandis que l'impériale des diligences regorge d'étudiants allant rejoindre le toit paternel. Les quartiers qui avoisinent la Sorbonne deviennent tous les ans, à cette heure, une immense et profonde solitude, où l'on ne s'aventure pas sans précaution. En passant ces jours-ci dans ces quartiers silencieux et déserts, j'y appris une triste nouvelle, et qui prouve bien comme sont vaines et fragiles les gloires de ce monde. Quel médecin de ma génération ne se souvient du restaurant de *Flicotteaux!* Rappelez vous quelle foule se pressait de quatre à six heures dans ses salles trop étroites; quels appétits frais et charmants pour le biftek aux pommes ou le bœuf aux choux! Non, non, jamais dans les luxueux salons du café de Paris, dans les plus somptueuses tables de nos Lucullus modernes, nous ne dînerons avec cette franche gaieté, cette insouciance charmante de la jeunesse. Eh bien! on m'a dit que notre ancienne maison nourricière, qui n'avait de mon temps d'autre concurrent sérieux que *Rousseaux* l'aquatique, n'avait pu conserver son ancienne splendeur; l'étoile des *Flicotteaux* a pâli, et les générations d'étudiants qui se succèdent, sans se ressembler, ont porté ailleurs leur appétit et leur vingt-deux sous.

Ah, monsieur Flicotteaux II ou III! si je croyais à la reconnaissance de l'estomac, je sais bien ce que je ferais pour vous!

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres

A M. Claston ou *Plaston.* — Libre à vous, Monsieur, de penser ce que bon vous semble sur nos intentions. Mais puisqu'il vous prend fantaisie de nous communiquer vos pensées, il serait plus loyal et plus digne de nous dire qui vous êtes et où vous êtes. Il est tout naturel que nous voulions savoir à qui nous avons affaire. Sans cela, point d'autre réponse.

SUR LA CONTAGION. — Nous extrayons ce qui suit d'une lettre de M. Tanchou, adressée, sur ce sujet, à Jean Raimond.

« Une chose que je ne comprends pas, que je n'ai jamais pu comprendre, et sur laquelle je désire vivement être éclairé, c'est la dissidence des médecins sur la contagion, quand tout, autour de nous, me semble résulter, c'est-à dire provenir de l'action incessante des modificateurs innombrables qui nous environnent. Des individus ne peuvent longtemps vivre et habiter ensemble, de grandes assemblées ne peuvent se former et durer, sans qu'il s'établisse *une moyenne* dans leurs opinions, leur langage, leur physionomie même, leurs gestes, l'inflexion de leur voix et jusque dans la mobilité, la fixité et même l'intégrité des fonctions intellectuelles. Il est d'observation, mon cher confrère, que tout peut se communiquer parmi les êtres vivants et impressionnables, surtout parmi les hommes.

» D'une autre part, nos affections morbides les plus simples dégagent un *habitus* qu'il n'est pas toujours prudent de respirer. Les forces conservatrices de l'économie les repoussent ordinairement; mais quand ce principe est trop intense, ou quand les forces de l'organisme sont insuffisantes pour s'en débarrasser, il survient *maladie* c'est-à-dire des phénomènes analogues à l'intensité de cette cause et à la résistance des personnes qui s'y trouvent exposées. Voilà, je crois, mon cher confrère, tout le mystère des épidémies, de la contagion de la peste, celui de la fièvre jaune et de l'action de tous les agents délétères sur nous.

» Ainsi donc, partout, dans la société, dans les familles, et surtout dans les ménages, tout se communique s'harmonise et se partage; c'est-à-dire tout est contagion, soit qu'on déguise ce mot sous celui d'imitation, d'infection, de communication par contact direct ou indirect; ou que le principe soit impondérable, comme celui de la pensée miasmatique ou aériforme, comme celui des fièvres de mauvais caractère, matériel, ou puriforme, comme celui du chancre, peu importe, selon moi, la chose est la même. »

lalgie générale plus ou moins intense. Cependant, il arrive assez souvent qu'au lieu d'être générale, elle se localise dans telle ou telle partie circonscrite de la tête : et, pour le plus souvent, les malades la rapportent à la région frontale. A quoi doit être attribuée cette céphalalgie? Nous ne nions pas, loin de là, que dans certains cas l'inflammation des méninges se propageant à la substance du cerveau, de même que la congestion générale de cet organe, n'en soient le point de départ ; mais, dans le cas que nous venons de signaler comme étant le plus fréquent celui où la douleur siége dans la région frontale, elle reconnaît pour cause, nous en sommes bien convaincu, soit la participation à l'inflammation, soit seulement la compression de quelques filets de la cinquième paire, nerfs sensitifs par excellence, qui se distribuent à cette région des membranes du cerveau. Quant à la tumeur, elle ne saurait être constatée directement, pas plus que la rougeur. La chaleur extérieure, et surtout de la tête et de la région frontale, est assez évidente pour que nous n'y insistions pas ici.

Les signes propres sont les suivants :

Première période. — Il existe un trouble, un désordre, une exaltation des facultés intellectuelles et morales qui donne lieu à un délire général ordinairement violent. En outre, les enfants surtout, sont pris de mouvements convulsifs. Dans quelques cas, les muscles sont dans un état général d'agitation, de *trémoussement*; mais dans d'autres circonstances, ces symptômes sont remplacés par une rigidité et une contracture très grande du système musculaire. Le trismus s'observe aussi très souvent, et c'est un symptôme doublement grave, surtout lorsqu'il se montre au début ; d'abord, parce qu'il annonce une inflammation violente et rapide, non-seulement des méninges, mais aussi de la base du cerveau et des origines nerveuses, etc. ; et puis, parce que l'on se trouve dans l'impossibilité de faire rien prendre aux malades. D'autres fois, au lieu de trismus, les mâchoires sont prises d'un tremblement, d'un grincement très fréquents.

A tous ces symptômes, viennent s'ajouter l'exaltation de la sensibilité, soit générale, soit spéciale ; et cette exaltation peut être facilement constatée ; car, pour peu que l'on touche les malades, qu'on les pince légèrement, ils s'agitent, cherchent à changer de place, et poussent des cris plaintifs. Pour ce qui concerne la sensibilité spéciale, les pupilles sont fortement contractées, et lorsqu'on parle au malade avec un peu d'insistance, il cherche à se soustraire à ce bruit qui le fatigue, et dont souvent même il se plaint.

Deuxième période. — A ces symptômes d'exaltation des facultés intellectuelles, de la sensibilité, du mouvement, qui caractérisent la première période, succède bientôt un état comateux général. Alors, si le coma n'est pas porté trop loin, en questionnant les malades à très haute voix et avec un peu de persévérance, on les tire momentanément de cette torpeur; ils répondent quelques mots, ordinairement incohérents, et retombent immédiatement dans le même état, qui, s'il est porté trop loin, donne lieu à une véritable mort apparente des fonctions de la vie de relation.

Le visage présente des altérations fréquentes de rougeur et de pâleur ; les traits sont considérablement amaigris et grippés, surtout chez les enfants ; aspect idiotique de la face chez certains sujets ; le décubitus dorsal est le plus habituel, et les membres sont alors étendus sans mouvement et sans aucune espèce de contraction. Cependant, il arrive quelquefois qu'au début de cette seconde période les malades soient encore repliés et ramassés sur eux-mêmes, et couchés sur le côté ou sur le dos, comme pendant les contractions de la première période ; mais alors il n'y a plus véritablement de contractures, et les membres semblent plutôt être restés dans cet état parce qu'ils n'ont pas pu s'étendre, que parce qu'ils sont encore contracturés. La céphalalgie persiste très probablement encore à cette période, et même jusqu'à l'issue funeste de la maladie, à un degré assez élevé; car, malgré l'état comateux des sujets, ils portent de temps en temps, et automatiquement, leurs mains vers la tête. La carphologie caractérise la fin de cette seconde période chez quelques sujets; mais ce phénomène n'est pas constant. La contraction, le resserrement des pupilles, est un phénomène de la première période de la méningite, et coïncide toujours avec l'exaltation de la sensibilité et la contracture générale ; mais, dès que les accidents de compression des centres nerveux, ou de participation très étendue du cerveau à l'inflammation, se manifestent par les symptômes caractéristiques de la seconde période : somnolence, coma, etc., les pupilles tendent à se dilater de plus en plus.

Indépendamment de ces symptômes, il en est un, la fièvre, qui doit fixer particulièrement l'attention des observateurs. En général, le pouls est très accéléré au début de la méningite, et varie de 96 à 120 et 130 ; mais ce dernier chiffre est très rare ; il est plein, fort résistant, à part cependant les sujets faibles et anémiques, chez lesquels nous avons rencontré le pouls à 96-100, peu résistant, mou et petit : rarement il est irrégulier et intermittent au début ; il tendra à s'élever de plus en plus ; et en même temps qu'il gagne en fréquence, il devient irrégulier, souvent même intermittent. Pour le plus souvent, il bat 120 et 130 fois, et plus, dans la durée de la seconde période, en même temps qu'il est petit, filiforme, dans certains cas, et peu facilement dépressible. Dans le cours d'une méningite, s'il arrive un amendement momentané, le pouls se ralentit, est moins irrégulier et intermittent, et gagne en ampleur, en développement ; mais dès que l'on voit, à ce calme passager du pouls, succéder une accélération un peu notable, on est certainement autorisé à porter un pronostic fâcheux ; et dès ce moment, le pouls qui, au début, avait été un peu accéléré et puis ralenti, le pouls devient extrêmement fréquent, à 130-140, et même au delà, surtout dans les derniers instants de la vie.

Dans le cours de l'année dernière, nous avons eu occasion d'observer, dans notre service, quelques cas de méningite qui nous ont offert ces caractères bien tranchés. Nous ne devons pas omettre de dire que lorsque dans la première période de la méningite, les convulsions, les soubresauts des tendons sont très fréquents, il devient très difficile, pour quelques cas encore assez rares, de constater avec exactitude l'état du pouls. La température générale est en même temps portée de 39 à 40 ; elle est accompagnée de moiteur ou de sueur sur toute la surface du corps. Ce phénomène est surtout presque constant pendant la période de réaction, d'exaltation, et c'est, selon nous, à tort que quelques auteurs ont signalé comme symptôme constant la sécheresse de la peau dans cette maladie. La sécheresse de la peau se remarque bien, en effet, dans la méningite, en même temps que l'élévation de la température générale ; mais elle accompagne pour le plus souvent la deuxième période, et est surtout presque constante dans la méningite chronique ou subinflammatoire et à marche lente. Il est cependant juste de dire que chez certains sujets lymphatiques, principalement des enfants, où l'on observe cette forme de la méningite, quelques anatomo-pathologistes regardent comme une maladie spéciale la méningite tuberculeuse; la peau est presque constamment d'une sécheresse très grande ; mais aussi la température n'est pas aussi élevée chez eux que chez les autres sujets.

La respiration, plus fréquente, est quelquefois portée à 28, 36 et même 40 inspirations par minute ; elle est suspirieuse principalement chez les enfants, et les soupirs, dans le courant de la maladie, se changent parfois en de véritables cris, nommés *cris hydrencéphaliques*. C'est un symptôme que l'on rencontre plutôt dans ces méningites qui sont accompagnées d'un épanchement considérable de sérosité dans la cavité des ventricules et dans celle des méninges, épanchement qui lui-même se montre dans les cas où des granulations tuberculeuses se sont développées dans l'épaisseur des membranes. Le ralentissement de la respiration est observé également ; mais il est dû, dans certains cas, à la participation partielle ou générale des centres nerveux à l'inflammation.

Anorexie, soif intense au début, langue saburrale, et ordinairement des vomissements, tels sont les premiers phénomènes qui se montrent du côté des voies digestives. Mais le vomissement est un symptôme souvent trompeur dont il faut se défier, et qui pourrait induire en erreur si les autres symptômes que nous avons décrits plus haut n'étaient pas très marqués, car il se rencontre dans bon nombre de circonstances, et pourrait fort bien faire prendre la méningite pour une affection gastrique commençante, bien que l'estomac fût parfaitement sain. Ces vomissements, ou envies de vomir, s'observent également dans l'érysipèle, et surtout l'érysipèle du cuir chevelu. En même temps, les déjections alvines ne se font pas avec la même facilité ; il arrive même quelquefois qu'elles sont rendues involontairement dans le cours de convulsions un peu violentes. Les malades sont aussi pris de diarrhée au début ; mais ce symptôme n'est pas des plus fréquents. Pendant la seconde période, ou la période de coma, de collapsus, les déjections ne s'effectuent pour ainsi dire plus ; le rectum se remplit, et lorsqu'il est distendu, les matières s'écoulent involontairement sous les malades. La diarrhée se montre plus souvent dans le cours de cette période, qu'au début de la maladie. Les urines sont rares, rouges, déposent parfois un sédiment briqueté, et sont acides au début ; mais à mesure que l'on s'avance vers le terme fatal, elles deviennent de plus en plus rares, ne sont plus rendues volontairement, et la vessie se remplissant alors de plus en plus, elles ne s'écoulent plus que par regorgement. Beaucoup de malades ne les rendent même pas de cette façon ; mais, quoi qu'il en soit, le cathétérisme est urgent dans ces deux circonstances. L'urine est alors alcaline.

Dans les derniers temps de la maladie, on voit souvent la respiration devenir de plus en plus haute, puis stertoreuse, laborieuse, et alors, assez souvent, les malades succombent tout à coup à une véritable asphyxie. Ceci se remarque principalement dans les méningites de la base.

A la forme aiguë succède la forme lente, chronique, et c'est dans de telles circonstances que l'on voit survenir des exemples très fréquents de démence, d'aliénation mentale, dont MM. Foville, Calmeil, etc., ont si bien décrit les causes et le point de départ.

Toutes les fois que des signes physiques et matériels, tels que ceux qui caractérisent la pneumonie, ne peuvent être obtenus et que l'on ne peut forcément s'en rapporter qu'aux phénomènes fonctionnels pour étayer son diagnostic, tel est le cas de la méningite, le diagnostic différentiel devient nécessaire. La méningite se trahit bien, à la vérité, par quelques signes locaux, comme l'état de congestion, d'animation du visage, de congestion et de larmoiement des yeux, les battements plus violents des artères temporales, etc., mais cela ne suffit pas, en général; aussi de nombreuses erreurs sont-elles journellement commises. Ainsi la méningite est souvent prise pour une fièvre typhoïde, à forme ataxique, et, pour le dire en passant, c'est bien dans ces cas qu'on a prétendu avoir eu affaire à des fièvres typhoïdes sans lésion des plaques de Peyer, et que certains médecins sont arrivés à ne plus attacher qu'une très médiocre importance à ces altérations. Certainement l'état ataxique peut venir compliquer la fièvre typhoïde (cette complication, de même que les fuliginosités, est très rare dans notre service), mais ce n'est alors qu'une pure et simple complication, car les phénomènes ataxiques ne constituent nullement, ne font nullement partie intégrante de la fièvre typhoïde, et cela est si vrai, que ces phénomènes manquent dans un nombre immense de cas, et particulièrement dans nos salles, où on ne laisse pas marcher la maladie assez longtemps pour que les centres nerveux puissent ressentir l'influence de l'empoisonnement général, quelle que soit la manière dont cet empoisonnement se produit.

S. H.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 3 juin 1845. — Présidence de M. Ségalas.

M. Baradue communique une observation d'anus artificiel pratiqué par lui avec un succès complet, et il soumet à l'examen de la Société l'enfant qui est le sujet de ce cas chirurgical. (*Voir* le texte de cette observation dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 juin dernier.)

— La Société procède à la nomination d'une commission chargée de s'occuper, conjointement avec les commissions des autres Sociétés, du projet de Congrès médical. Sont nommés membres de cette commission, MM. Amédée Latour, Aubert-Roche et Forget.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Vée: Du paupérisme et des secours publics dans la ville de Paris.

M. Vée a la parole, et commence par donner des explications sur les points qui ont trouvé le rapporteur en desaccord avec lui. M. Amédée Latour et moi, dit-il, nous avons envisagé la question d'un point de vue différent.

Je me suis placé principalement au point de vue administratif, et lui, au point de vue médical. Peut-être ces points de vue sont-ils justes tous les deux. — Ici M. Vée donne lecture du passage de son mémoire qui a été surtout combattu par le rapporteur, celui où il retrace les inconvénients des hôpitaux et les avantages qu'il y aurait à y soustraire le plus souvent possible les pauvres malades ; puis il continue : Il ne résulte pas de là que je désire la suppression ou même la diminution des hôpitaux. Je reconnais que ces établissements sont nécessaires. Mais faut-il en augmenter le nombre? Je ne le pense pas. Ceux qui existent suffisent aux besoins de la population, et y suffiraient mieux encore si, comme je le propose le traitement à domicile recevait une plus large extension. Il y a deux classes de pauvres ; d'abord, les indigents inscrits aux divers bureaux de bienfaisance. Pour eux, il y a un service médical organisé, mais incomplet et insuffisant. Viennent ensuite les ouvriers vivant quoique avec peine de leur travail; les uns sont étrangers : pour ceux-ci les hôpitaux sont nécessaires ; les autres ont un domicile, un intérieur ; ceux-là, il faudrait les retenir chez eux et ne pas les séparer de leur famille. Quant au mode actuel d'admission, il me paraît défectueux. Je crois avoir attaqué avec raison le Bureau central; et, sous ce rapport aussi, je pense qu'une organisation meilleure est possible. Ainsi, dans mon travail, deux points principaux se rattachent à la question médicale : Mode d'admission meilleur dans les hôpitaux, et élargissement du traitement à domicile pour une partie de la classe indigente.

M. Aubert-Roche ne croit pas que les secours médicaux à domicile soient aussi faciles que l'a pensé M. Vée. Les malades indigents se trouvent dans des conditions trop défavorables sous tous les rapports. La position des médecins dans les bureaux de bienfaisance n'est pas non plus ce qu'elle devrait être : elle est tout à fait secondaire et impuissante. Cependant les médecins sont à même de connaître mieux que personne les besoins des pauvres et l'opportunité des secours. Ils devraient avoir voix délibérative dans le Bureau, et c'est à eux que devrait appartenir le rôle de distributeurs.

M. Homolle est convaincu des avantages qu'une certaine partie de la classe ouvrière doit trouver dans l'extension des secours médicaux à domicile. Il est médecin d'une Société de secours mutuels, et il a obtenu des résultats thérapeutiques très favorables : sur un chiffre d'environ 200 malades, il n'y a pas eu un décès. Sous le rapport moral également, le traitement à domicile présente de grands avantages sur les hôpitaux, dans lesquels les jeunes filles se perdent trop souvent.

M. Bonnafont pense qu'on a exagéré l'immoralité des hôpitaux. Du moins il n'a rien vu qui justifie cette accusation.

M. Dubart cite quelques faits tendant à prouver les inconvénients des hôpitaux. Des pilules n'auraient pas été distribuées, des lavements n'auraient pas été administrés parce que les malades n'avaient pas quelques sous à donner à l'infirmier.

M. Gery expose avec développement les difficultés qu'on rencontre à traiter convenablement à domicile les indigents atteints de maladies graves. Tous les moyens manquent au médecin. Les malades sont inintelligents, exécutent mal les prescriptions, ou ne les exécutent pas du tout. Il n'y a près d'eux personne pour leur donner les soins nécessaires. En un mot l'on a pu dire avec quelque raison, qu'en faisant la médecine des pauvres, nous faisions, le plus souvent, de la pauvre médecine.

M. Ed. Louis parle dans le même sens. Le traitement à domicile est désirable sans doute, mais bien difficile, sinon impossible à réaliser largement dans l'état actuel des choses. Toutes les maladies graves ou qui doivent avoir une certaine durée, presque toutes les maladies chirurgicales, celles qui exigent des pansements journaliers, ne peuvent être traitées à domicile. Comment confier des pansements minutieux à des gens qui, comme l'a dit M. Géry, ne savent souvent pas faire un cataplasme? On a parlé des sociétés de secours mutuels ; mais il n'y a aucune comparaison à établir entre les individus qui composent ces sociétés, et ceux qui forment la population des bureaux de bienfaisance. Les premiers ont déjà une certaine aisance relative ; les seconds manquent de tout, et pour leur appliquer utilement les secours médicaux à domicile, il faudrait pouvoir les élever de suite de plusieurs crans dans l'échelle sociale. Quant au mode d'admission dans les hôpitaux, M. Vée a attaqué avec raison le bureau central ; mais il propose la création de médecins inspecteurs qui choisiraient, pour ainsi dire, parmi les malades ceux qui devraient être traités à domicile, et ceux qui devraient être envoyés dans les hôpitaux. Cette création est inutile. Les attributions dont il s'agit doivent rentrer de droit dans celles des médecins des bureaux de bienfaisance. C'est à eux à juger lorsqu'ils sont appelés auprès d'un malade, si ce malade peut être traité chez lui, ou s'il est préférable de le diriger sur un hôpital, et il est vraiment incroyable que les médecins des bureaux de bienfaisance n'aient pas ce droit, même dans les cas urgents.

M. Homolle explique ce que peut paraître avoir d'extraordinaire le chiffre des guérisons qu'il a annoncé, en disant que ce nombre de 200 malades comprend des cas de gravité très différents, c'est-à-dire beaucoup de cas légers, d'autres plus graves et quelques-uns tout à fait sérieux ; il n'a du reste rien exagéré. Il ajoute que les malades dont il a parlé lui semblent pouvoir rentrer dans la catégorie des malades dont a parlé M. Vée, ceux qui ont un domicile, un intérieur.

M. Mercier. On a raisonné plutôt sur ce qui est que sur ce qui pourrait être, et précisément M. Vée propose une réforme. Les inconvénients des hôpitaux sont nombreux : la mortalité y est considérable ; des épidémies graves et meurtrières s'y développent fréquemment. L'esclavage des malades est réel, et le médecin a le droit de les renvoyer s'ils se refusent à ce qu'il exige d'eux. On ne voit pas non plus que ces consultations entre plusieurs médecins qui seraient si avantageuses dans les cas difficiles, aient lieu comme cela devrait être.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

BIBLIOGRAPHIE.

Angusties ou rétrécissements de l'urètre et de leur traitement rationnel; par M. Le Roy-d'Etiolles.

Le nom de M. Le Roy-d'Etiolles sur la couverture d'un traité des rétrécissements de l'urètre, est une excellente recommandation pour l'ouvrage. Aussi nous sommes-nous empressé de le lire et nous n'y avons pas perdu notre temps.

Ce livre réunit trois grandes conditions de succès : 1° une descrip-

tion claire, complète au point de rendre presque toutes les nuances cliniques de la maladie : 2° des observations bien choisies et tombant toujours à propos soit pour mettre en saillie un phénomène symptomatique, soit pour appuyer un précepte pratique ou indiquer le vice d'une méthode ou d'un procédé, soit enfin pour offrir l'exemple d'un cas rare, d'un diagnostic difficile, d'un pronostic trompeur ; 3° une riche collection de figures, la plupart intercalées dans le texte, les autres gravées sur acier quand la finesse des détails l'exigeait, et toutes de la première utilité pour rendre les altérations pathologiques, les diverses espèces d'instruments et leur manœuvre dans l'exploration comme dans le traitement des coarctations. Ajoutez à cela la longue expérience et la réputation méritée de l'auteur, et vous vous ferez une idée de la valeur de l'œuvre.

M. Le Roy-d'Etiolles débute par des considérations anatomiques très nettement exposées et très judicieuses Il fait connaître les dimensions normales de l'urètre d'après les différents observateurs qui s'en sont occupés, et donne les mesures qu'il a obtenues lui-même. Il montre que ces mesures, que chacun a précisées avec exactitude presque mathématique, varient comme les chirurgiens qui les ont cherchées, comme les procédés employés, et surtout comme les sujets chez qui elles ont été prises. Il en conclut naturellement qu'elles sont loin d'avoir l'importance qu'on leur avait attribuée; elles sont effectivement à peu près sans utilité pratique.

Les causes des rétrécissements sont passées en revue d'une manière complète, examinées avec soin, et toujours sainement appréciées.

Les caractères anatomiques sont traités avec une méthode et un développeement qu'on chercherait vainement dans beaucoup d'autres livres. A l'occasion de la classification des espèces de la maladie, l'auteur discute à fond la question si controversée des rétrécissements spasmodiques, et nous avouons qu'il est difficile de ne pas se rendre à ses raisons. Siége, nombre, longueur, étroitesse, tous les points de l'anatomie pathologique des rétrécissements sont parfaitement rendus par une description claire et des figures parlantes.

Grâce aux mêmes artifices, la symptomatologie et le diagnostic ne laissent rien à désirer; la marche de la maladie, les altérations du jet urinaire, la signification de ces altérations; les moyens d'exploration si nombreux, parmi lesquels ceux de l'auteur ne sont pas les moins ingénieux; les formes les plus insidieuses des coarctations, l'examen comparatif des cas les plus difficiles avec les affections de la prostate, etc., c'est-à-dire le diagnostic différentiel, rien de ce qui peut faire éviter une erreur n'a été négligé. Mais c'est le traitement qui forme la partie capitale de l'ouvrage. L'auteur n'est nullement exclusif; il s'étudie au contraire à distinguer les cas qui réclament l'emploi de telle ou telle methode, de tel ou tel procédé. La dilatation, la cautérisation, la scarification, etc., sont très bien décrites et dessinées, et la plus grande prudence conseillée dans leurs manœuvres. Si l'on ne peut pas dire que dans le traitement de ces affections la patience soit le génie, on peut avancer qu elle en approche, qu'elle constitue le complément obligé du talent et son caractère le plus saillant. Ici, en effet, un homme habile se reconnaît à la lenteur et à la douceur de sa main.

Nous n'avons qu'effleuré les points importants d'un excellent ouvrage, et nous croyons que c'est assez, puisque la meilleure manière de donner une idée d'un livre c'est de le faire lire, et on lira celui-ci. Nous n'y trouvons que deux choses à blâmer, des attaques de mauvais goût contre un de nos premiers chirurgiens, le premier peut-être, et un défaut bien rare, trop d'esprit. Mais, au total, vous direz comme nous : « C'est un excellent ouvrage. » X.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des indurations des tonsilles; par M. le docteur Huss, de Stockholm.

M. Huss a employé avec succès, dans sa clinique, à l'hôpital de Stockholm, contre l induration tonsillaire, le moyen proposé par M. le professeur Branting ; ce moyen est le suivant.

On introduit l'index dans la bouche, et on le fait pénétrer jusqu'à l'isthme du gosier, et alors on comprime pendant quelques minutes, avec la pulpe de son extrémité, la glande indurée, en ayant soin d'augmenter peu à peu le degré de pression. On réitère cette pratique plusieurs fois par jour.

Si les deux amygdales se trouvent prises à la fois, on doit les soumettre alternativement l'une et l'autre à la même compression.

Au bout de quelques jours de ce mode de traitement, la glande s'amollit, la résorption commence, la surface de la tonsille se couvre de rides et paraît être dans un état notable de relâchement. C'est alors le moment de recourir à l'usage des gargarismes irritants qui favorisent la contractilité des tissus.

Ce traitement, d'après l'auteur, doit être essayé dans tous les cas avant de se décider à pratiquer la résection des amygdales. Du reste, c'est surtout chez les enfants qu'il procure les meilleurs résultats. Mais, pour les obtenir sûrement, il est indispensable de le soutenir pendant quelques semaines sans interruption.

Traitement de l'obésité abdominale ; par M. le docteur Albers, de bonne.

Partageant les opinions de M. le docteur Brodie, qui recommande, contre l'accumulation de la graisse et les tumeurs adipeuses, l'emploi à l'intérieur d'un soluté de potasse (24 grammes de potasse dans de la petite bière, trois fois par jour), M. Albers vante, dans les mêmes cas, l'usage des bains potassés (1000 à 1600 grammes de potasse pour chaque bain, pour les adultes); il fait prendre douze à vingt de ces bains.

Cette médication agit surtout contre les dépôts de matière graisseuse dans la cavité abdominale, dépots qui, comme tous les praticiens le savent finissent par apporter des perturbations dans l'exercice des fonctions digestives, par amener de l'insomnie, de l'anxiété, de l hypochondrie, etc.

La nature. dans les cas de ce genre, vient quelquefois à l'aide du malade en déterminant une fièvre lente gastrique, accompagnée de sueurs salutaires. D'après M. Albers, les bains potassés produisent le même résultat.

Correspondance.

Nous recevons la lettre suivante de M. le docteur James, avec prière de l'insérer :

Paris, le 9 août 1845.

Monsieur le Rédacteur,

En rendant compte dans votre Journal de la séance de l'Académie de médecine du mardi 5 août, où j'étais allé pour entendre un rapport sur les vaccinations de 1843, vous vous étonnez que les conclusions de ce rapport dont la faible voix de l'orateur ne vous a pas permis d'entendre un seul mot, aient été adoptées. Pour mon compte, je n'ai entendu avec beaucoup de peine que fort peu de choses qui ne m'ont pas paru susceptibles d'un grand intérêt ; mais pour me dédommager de mon temps perdu inutilement, bientôt l'insulte, l'outrage et la diffamation même ne m'ont pas fait défaut.

Mon intention, en allant écouter le rapport, était d'entretenir l'Académie sur les *vaccinations naturelles;* mais au moment où j'ai demandé la parole sur la question scientifique, on est encore venu m'interrompre.

Mais, quand même je me serais avancé comme un industriel sur le terrain de la *vaccination naturelle*, que sont-ils donc eux-mêmes ceux qui veulent ainsi en imposer ? — Pourquoi vouloir entraver la marche des vérités utiles, et quelle serait la nécessité d'empêcher la *vaccination naturelle* de se populariser, tandis qu'il serait au contraire du plus grand intérêt de la répandre avec profusion, et d'*enseigner sa saine pratique* jusque dans les moindres localités? — En vérité, je ne conçois pas où on veut en venir. Aurait-on, de bonne foi, la prétention assez ridicule de rendre le ministre du commerce éditeur responsable des épisodes académiques, et de faire aujourd'hui pour la *vaccination naturelle* ce que le parlement fit un jour à l'occasion de l'émétique ?...

Ces messieurs prétendent que je déprécie leur vaccin ; ils se trompent. J'ai toujours dit que pour pratiquer une bonne vaccination il fallait la tenter avec du vaccin assez fort. Or, pour avoir de bon vaccin pourvu d'une vertu prophylactique assez puissante contre la variole, ce n'est qu'en le renouvelant souvent qu'il est possible de le maintenir dans un état convenable. — Ils ont employé ce moyen et ils l'ont reconnu bon. — Que veulent-ils donc ?

M. le docteur Gédéon a mis l'ancienne et la nouvelle vaccine en présence, en rendant compte d'une épidémie de la plus affreuse variole qui a ravagé les populations des *communes de l Orne et du Calvados*, où une mortalité engloutit par centaines, dans une seule commune, des individus bien vaccinés avec l'*ancien vaccin*, tandis que ceux inoculés avec le *vaccin régénéré* ont bravé le fléau avec impunité, comme le dit ce médecin dans son mémoire adressé au ministre du commerce, qui l'a renvoyé à l'Académie de médecine pour lui faire un rapport qu'on attend encore. — Puisque ces faits se rapportent justement à l'exercice de 1843, j'aurais voulu demander à M. le rapporteur pour cette année, s'il n'aurait point été possible de mentionner le travail de notre estimable confrère Gédéon dans le rapport dont l'Académie vient d'adopter si brusquement les conclusions. — Voilà cependant pourquoi je me trouvais là mardi dernier, pour cette réclamation toute dans l'intérêt de la science et de l'humanité. — Car il est inouï, après avoir eu autant de mal que s'en est donné M. Gédéon, qu'on ne lui ait pas encore donné satisfaction, lui qui, après s'être revacciné avec le *nouveau vaccin* n'a point craint de s'inoculer la variole en présence des paysans pour regagner la confiance que la vaccine avait perdue dans son département. Eh bien ! une conviction semblable de la part d'un médecin aussi instruit que consciencieux, malgré l'ordre du ministre, ne vaut pas seulement une prise en considération de la part du corps savant. Alors que veut-on que je dise, et que dois-je conclure ? Est-ce moi seulement qui viens soutenir qu'un vaccin trop affaibli ne vaut plus rien pour garantir dans tous les cas ? Au lieu de répondre scientifiquement, ils préfèrent se taire ; ou s'ils ouvrent la bouche, ce n'est que pour calomnier les honnêtes gens : cela n'est pas très logique. Mais enfin poursuivons ; citons d'autres faits :

Il a toujours été fort dangereux d'employer du vaccin sortant de source impure. Si mes détracteurs osaient le nier, il me serait facile de leur offrir, entre mille faits contre lesquels il n'y a rien à répliquer, ce qui s'est passé en 1842 sur deux militaires de la garnison de Paris, dont l'un mourut le lendemain de son entrée dans le service de M. Bégin, membre de l'Académie, employé alors comme chirurgien à l'hôpital militaire du Val-de Grâce. — L'autre militaire resta longtemps malade et fut, je crois, réformé à sa sortie de l'hôpital (1).

J'ai eu beaucoup de peine à me faire régulièrement transmettre ce renseignement par M. Bégin lui-même, qui craignait alors de se compromettre en me mettant à même de faire connaître la vérité. Mais aujourd'hui il est assez convenablement placé pour ne plus rien craindre en cherchant à faire le bien, et je pense qu'il voudra sans doute, quand l'occasion se présentera, m'aider toujours de son concours pour que l'armée de terre puisse avoir d'aussi bon vaccin que celui dont on se sert depuis dix ans au département de la marine et dans toutes nos colonies. D'ailleurs, en 1838, l'intendant général de l'ex-régence d'Alger s'était déjà adressé à nous, n'ayant pas à se louer du vaccin qui lui parvenait depuis plus ou moins longtemps; mais on nous a fait répondre bientôt après que l'Académie royale de médecine était à même de livrer du vaccin à meilleur marché que celui de la Société de vaccine. Ces documents sont insérés au *Journal de vaccine* de 1838. — Maintenant, Monsieur le rédacteur, n'ai-je pas le droit de vous demander de *quel côté sont les industriels plus ou moins estimables?*

Agréez, etc. JAMES.

M le docteur Morel-Lavallée vient d'être nommé, à l'unanimité, membre de la Société de chirurgie.

(1) Le Journal la Vaccine de 1842, page 14.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 95. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Les ateliers étant fermés vendredi, fête de l'Assomption, le Journal ne paraîtra pas samedi, 16 août.

Sommaire.

PARIS, 13 AOUT 1845.

DU CONGRÈS MÉDICAL.

La *Gazette des Hôpitaux*, tout en accueillant avec empressement l'idée d'un Congrès médical, émise par un de ses collaborateurs, n'a pas voulu cependant se hâter de lui prêter son concours actif avant d'avoir connu les principes sur lesquels on voulait instituer ce congrès, et quelles idées serviraient de base à cette grande manifestation. Cette réserve nous était commandée par l'intérêt même que nous portons à cette manifestation et à celui qui l'a provoquée. Il nous eût été fort pénible, après nous être engagé dans l'éloge et l'encouragement, d'être obligé de faire un pas rétrograde si les principes que nous avons toujours soutenus avaient été froissés ou méconnus.

Heureusement il n'en est rien. Nous pouvons, aujourd'hui que le Rapport de la Commission d'organisation est connu et que le Programme des questions nous a été communiqué, nous pouvons donner notre adhésion pleine et entière aux opinions libérales et modérées qui ont prévalu dans la rédaction de ce Rapport et de ce Programme. Il n'est pas de médecin sincèrement dévoué aux intérêts moraux et matériels de notre profession qui n'accueille sympathiquement de telles idées émises avec autant de convenance. Nous dirons même que si, après une exposition aussi sincère, le Congrès ne réussit pas, c'est à désespérer du dévouement du corps médical.

Mais nous osons espérer que ce dévouement ne sera pas stérile. En faisant appel à toutes les opinions, à toutes les lumières, à tous les intérêts du corps médical, le Rapport de la Commission s'est placé dans les véritables conditions du succès. Il s'agit maintenant pour les Sociétés de médecine de la France, qui vont être invitées à adhérer au Congrès, il s'agit pour tous les médecins qui ont l'intention de s'y rendre, de préparer avec soin les réponses aux questions que la Commission de Paris leur adresse. La communication qui nous a été faite de ce Programme nous permet de devancer de quelques jours la publicité que la Commission se propose de lui donner, et nous allons en publier aujourd'hui la première partie, celle qui est exclusivement consacrée à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

Nous commencerons nous-même l'examen de ces questions dans un de nos prochains numéros, afin que l'exposition de nos principes soit terminée vers le 1er novembre, époque fixée pour la réunion du Congrès.

PROGRAMME DES QUESTIONS A TRAITER AU CONGRÈS MÉDICAL.

MÉDECINE. — ENSEIGNEMENT.

FACULTÉS ET ÉCOLES.

L'enseignement des sciences médicales est donné aujourd'hui dans des Facultés et dans des écoles préparatoires.

Cette division est-elle utile, et quels sont ses avantages?

L'enseignement donné dans les Facultés répond-il aux besoins de la science et de l'art?

Dans le cas de la négative indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune des Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et pour chaque division de cet enseignement, les améliorations que l'on croit utiles.

Le nombre des Facultés est-il suffisant? Est-il trop considérable?

Dans le cas où il serait jugé insuffisant, dans quelles villes conviendrait-il d'en instituer de nouvelles?

Dans le cas où il serait trop considérable, lesquelles supprimer?

Y aurait-il avantage à n'avoir qu'une seule Faculté?

L'enseignement donné dans les Ecoles préparatoires répond-il aux besoins de la science et de l'art?

Dans le cas de la négative indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune des Ecoles les améliorations que l'on croit utiles.

Enseignement libre. — L'enseignement donné par les Facultés et par les Ecoles préparatoires est l'enseignement légal et officiel, à l'existence duquel il est interdit et d'ailleurs impossible de porter atteinte.

Mais les prérogatives de cet enseignement officiel interdisent-elles l'enseignement libre?

Quel est l'état de la législation sur ce point?

Rechercher quels sont les droits, relativement à l'enseignement libre, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux et de tout autre membre du corps médical.

Professeurs. — Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs?

Comparer les avantages et les inconvénients des divers modes de nomination, tels que la nomination directe, la nomination après présentation, la nomination par concours, la nomination par élection ou toute autre.

Dans le cas où le concours serait reconnu le meilleur mode de nomination, rechercher les améliorations dont cette institution est susceptible.

Les fonctions des professeurs sont à vie dans l'organisation actuelle; est-ce un bien, est-ce un mal?

Dans ce dernier cas, indiquer une organisation nouvelle qui, tout en tenant compte des services rendus, prévoie les circonstances où l'âge et les infirmités rendent les professeurs incapables.

Agrégés. — L'institution actuelle des agrégés dans les Facultés de médecine, n'est-elle pas susceptible de grandes modifications?

Rechercher si cette institution ne pourrait pas être remplacée par celle de professeurs suppléants.

Elèves. — Quelles garanties d'aptitude faut-il demander aux élèves qui se destinent à l'étude de la médecine?

Rechercher si les règlements actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies, et la preuve qu'elles ont été suivies, sont suffisants et efficaces.

Dans le cas de la négative, indiquer une organisation nouvelle.

Examiner la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement.

Indiquer un mode efficace d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux.

Examens. Réceptions. — Le mode actuellement suivi pour les examens offre-t-il des garanties suffisantes?

Y a-t-il des inconvénients à ce que les examens probatoires soient faits exclusivement par les professeurs?

Dans le cas de l'affirmative, indiquer un plan d'organisation de jurys d'examen pris en dehors du corps enseignant proprement dit.

EXERCICE.

Les deux ordres de médecins. — Rechercher s'il y a des inconvénients réels à renoncer à avoir deux ordres de médecins?

En supposant qu'il fût dangereux de supprimer les réceptions à deux degrés, quelles conditions nouvelles d'aptitude et d'exercice faudrait-il imposer au degré inférieur?

Dans quelles écoles et par quels juges les médecins du degré inférieur devraient-ils étudier et être reçus?

Quelle dénomination conviendrait il de leur donner?

En admettant que la suppression du degré inférieur fût trouvée utile et légitime, quels moyens employer pour que les populations rurales ne fussent pas privées des secours de l'art?

Médecins cantonnaux. — L'institution des médecins cantonnaux étant reconnue utile, indiquer un plan d'organisation. Quel mode de nomination faudra-t-il suivre?

Quelles attributions leur donner?

Quels honoraires leur accorder?

Honoraires. — L'arbitraire qui règne actuellement sur les honoraires dus au médecin est-il compatible avec la dignité de l'art?

Quels seraient les avantages d'une fixation légale à cet égard?

D'après quel mode et sur quelles proportions établir cette fixation?

Les honoraires fixés par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire, sont-ils en proportion de la peine et du dérangement que cette réquisition occasionne?

L'article 2272 du Code civil, qui fixe à un an la prescription pour les honoraires du médecin est-il fondé en équité et en morale?

L'article 2101 du Code civil, qui déclare privilégiés les frais quelconques de dernière maladie, est-il applicable au cas où le malade a guéri, ou seulement aux cas où il y a une succession ouverte?

Responsabilité. — Les articles 319 et 320 du Code pénal, les articles 1382 et 1383 du Code civil sont applicables, et dans quelles conditions sont-ils applicables à la responsabilité des médecins?

La responsabilité des médecins admise comme principe, les tribunaux ordinaires sont-ils compétents pour en connaître?

Dans la négative indiquer à quels juges on devrait recourir.

Secret. — Exposer l'état de la législation et de la jurisprudence sur la question du secret.

Dans quelles conditions le secret est-il imposé au médecin?

Existe-t-il des cas où le médecin doive révéler?

Existe-t-il des cas où relativement à des faits passés dans l'exercice de ses fonctions, le médecin peut être assimilé à un témoin ordinaire?

Exercice illégal. — La pénalité infligée à l'exercice illégal de la médecine, est-elle en rapport avec la gravité du délit?

Au lieu d'être justiciable des tribunaux de police correctionnelle, l'exercice illégal de la médecine devrait-il l'être des cours d'assises?

Le traitement des malades dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être regardé comme un exercice illégal de la médecine?

Médecins étrangers. — Quelles conditions nouvelles faudrait-il imposer aux médecins étrangers qui veulent jouir du droit d'exercer en France?

Abus et délits. — La législation actuelle est-elle insuffisante pour la répression des abus et des délits dans l'exercice de la médecine?

Indiquer quels sont les abus contre lesquels la loi est impuissante.

Indiquer une législation nouvelle efficace.

Conseils de discipline. — Quels seraient les avantages, quels seraient les inconvénients des conseils de discipline?

Quelle organisation, quelles attributions leur donner?

Quelles modifications leur imposer selon l'exercice de la médecine dans les villes ou dans les campagnes?

Limitation. — La limitation du nombre des médecins peut-elle être admise en principe?

Sur quelles bases faudrait-il la faire reposer?

Divers. — Rechercher les moyens de créer dans les campagnes des hôpitaux, asiles, infirmeries, bureaux de secours, etc.

La position des médecins des hôpitaux est-elle en rapport avec les services qu'ils rendent?

Indiquer quelles améliorations seraient désirables sous ce rapport.

L'organisation actuelle, relativement aux médecins, des secours à domicile, est-elle susceptible de modifications avantageuses?

L'organisation actuelle relativement aux médecins attachés aux eaux minérales est-elle sans inconvénients?

Toutes les places, rétribuées ou honorifiques que les médecins peuvent remplir, sont-elles susceptibles d'être données au concours ou à l'élection?

ASSOCIATIONS.

Indiquer un plan d'association pour les médecins de la France, associations de départements, d'arrondissement se reliant à un centre commun.

Indiquer quels seraient les droits et les devoirs de cette association générale :

1° Envers la science;
2° Envers la loi;
3° Envers la morale publique;
4° Envers l'administration;
5° Envers la profession.

Lu et adopté en séance de la Commission, le 17 juillet 1845.

MOREAU, G RICHELOT, BATTAILLE, Henri BLATIN, D.-M.-P., L. AUBERT-ROCHE, VILLENEUVE, LATOUR (Amédée), rapporteur.

Adopté dans la séance générale des délégués des Sociétés de médecine, le 2 août 1845.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Observation d'abcès multiples. Etat puerpéral... Affection farcino morveuse? — Inoculation pratiquée sur un cheval. Remarques sur les complications du diagnostic; par M. DAVASSE, interne du service.

Au n° 11 de la salle Sainte-Marthe, est une malade dont l'observation mérite le plus grand intérêt sous plusieurs points de vue, à cause surtout des graves incertitudes auxquelles le diagnostic a d'abord donné lieu. En effet, cette femme, qui a été affectée d'*abcès multiples*, présentait une coïncidence remarquable dans les conditions étiologiques de sa maladie : d'une part, l'état puerpéral, et de l'autre, la circonstance d'un contact récent plus ou moins prolongé avec des chevaux atteint de morve et de farcin. L'une et l'autre de ces conditions pouvant être le point de départ de ces abcès, il était de la plus haute importance d'établir un diagnostic rigoureux entre les états morbides dont il pouvait dépendre, de distinguer, dès le début, si la maladie devait être jugée un cas de morve, ou, au contraire, de simple fièvre puerpérale, par exemple. On peut pressentir déjà de quelles difficultés ce diagnostic se trouvait entouré.

Je pense qu'un pareil fait ne doit pas être perdu pour la science; mais avant d'en déduire les enseignements qu'il porte avec lui, il convient de rapporter l'observation entière et avec tous ses détails.

— Catherine Pothier, âgée de vingt-six ans, accoutumée aux travaux pénibles de la campagne et à toutes les privations, habituellement mal nourrie, souvent maltraitée; néanmoins d'une constitution forte, robuste, pléthorique, bien réglée, n'ayant jamais été malade, est depuis longtemps employée dans une ferme où se trouve une quantité assez considérable de chevaux pour l'emploitation d'un service public. Là, plusieurs de ces chevaux, qui ne peuvent être affectés au service ordinaire pour cause de maladie, sont utilisés dans un manége, à la récolte des grains. Obligée de subir fréquemment le contact de ces animaux malades par les soins dont elle était chargée, Catherine, jusqu'à présent, n'en avait reçu cependant aucune atteinte fâcheuse pour sa santé.

Au commencement du mois d'avril dernier, enceinte pour la troisième fois, et arrivée au dernier terme de sa grossesse, cette femme, surprise par les douleurs de l'enfantement et par la rupture de la poche des eaux, n'eut que le temps de se faire transporter à l'hospice de la Maternité de Paris, où elle accoucha naturellement d'une petite fille qu'elle voulut nourrir. Le troisième jour, elle fut prise d'un frisson assez prolongé; mais le lendemain, se trouvant assez bien, elle voulut sortir. De retour à la ferme, elle ne tarda pas à reprendre ses occupations au manége des grains, où se trouvaient alors plusieurs chevaux atteints de morve depuis peu de temps. Au bout de quelques jours, Catherine, dont les suites de couches étaient bonnes, et qui nourrissait son enfant, fut prise tout à coup de frissons répétés, de malaise, d'anorexie, d'abattement, de douleurs vives, avec tuméfaction de la main et de l'avant-bras du côté gauche, et une collection purulente se forma rapidement à la face palmaire du pouce. Le médecin qui fut appelé pour ces premiers symptômes, crut reconnaître l'invasion d'une *affection farcino-morveuse*; et, après avoir ouvert l'abcès du pouce, envoya la malade à l'hôpital Saint-Antoine. Je dois ajouter qu'il eut le soin de venir lui même me faire part de ses présomptions sur la nature de la maladie, présomptions qui devaient être d'un certain poids de la part d'un médecin dont le nom ne manque pas d'autorité dans cette matière. (1)

(1) Sans révéler des renseignements sur lesquels je dois m'imposer ici une certaine réserve il suffit de dire que plusieurs des chevaux en question que j'ai vus, du reste, ont été reconnus *morveux* par des médecins vétérinaires d'un haut mérite, et abattus par leur ordre quelque temps après l'entrée de la malade à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, le 13 avril, la malade était au troisième jour environ de ses couches; les seins étaient un peu durs, et comme ceux d'une femme dans les premiers temps de la lactation; les lochies coulaient dans leur état naturel; le ventre était souple, sans la moindre douleur à la pression; il y avait un peu d'abattement, un mouvement fébrile assez médiocre; de l'inappétence; la langue était blanche et humide, la soif peu prononcée. Le pouce gauche présentait à la face palmaire de la première phalange, une incision peu étendue, par laquelle s'échappait du pus assez bien lié; tout le reste de la main était notablement tuméfié, douloureux; les doigts, fortement fléchis, ne pouvaient être redressés sans occasionner des douleurs très vives dans le trajet de la gaîne des fléchisseurs. La tuméfaction œdémateuse, surtout prononcée au niveau du poignet, s'étendait à tout l'avant-bras. Il y avait en outre, à la partie postérieure et moyenne du bras droit, une sorte d'engorgement pâteux mal circonscrit, sans changement de couleur à la peau, ni douleurs à la pression. — Catapl. renouvelés fréquemment; solution de sirop de groseilles; bouillons légers.

Les jours suivants, la tuméfaction de l'avant-bras gauche sembla se dissiper en partie, ou au moins se circonscrire au niveau du poignet et le long du pouce; mais en même temps il se manifesta sur l'avant-bras droit, dans tout le tiers supérieur, un gonflement uniforme des parties molles, très prononcé à la face palmaire, avec rougeur et empâtement douloureux. Le bras du même côté présentait la tuméfaction signalée plus haut. L'état général ne paraissait pas plus grave, et il n'y avait pas de frissons. Une compression régulière et méthodique par un bandage roulé, fut établie sur tout le membre supérieur droit, et aussi sur l'avant-bras gauche, tandis que de légers minoratifs étaient donnés chaque jour à l'intérieur. La compression fut bien supportée par la malade. Au bout de trois à quatre jours il ne restait presque plus rien du côté droit, qu'une tuméfaction peu étendue et indolente à la partie moyenne du bras. Du côté gauche, au contraire, les symptômes inflammatoires prenaient plus d'intensité.

Le 20 avril, nouvelle tuméfaction paraissant siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané, derrière la malléole externe de la jambe gauche, avec rougeur de la peau et douleur. Elle disparut au bout de douze jours, sous l'influence de la compression, en laissant un noyau induré. L'état général ne présentait aucun changement remarquable. — On continuait l'usage des purgatifs salins.

Le 25, vers le milieu du jour, frisson prolongé suivi d'une forte réaction. Le soir, le pouls était très fréquent; l'accablement plus considérable; insomnie rebelle pendant la nuit. Le frisson se renouvelle les jours suivants, à plusieurs reprises, suivi de sueurs profuses, et avec persistance du mouvement fébrile. Le pouls était devenu rapide, comme bondissant sous les doigts, sans dureté. Il y avait de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments, des selles naturelles. Quelques teintes d'un jaune ictérique terne cernaient les orbites et les ailes du nez; sur les pommettes, coloration d'un rouge prononcé; point d'altération dans le faciès, qui conservait toute sa vivacité d'expression. Cependant les forces générales étaient notablement affaissées. Quant aux affections locales, l'engorgement du bras droit était à peu près dans le même état. Du côté gauche, l'incision du pouce n'offrait aucune tendance à la cicatrisation; la tuméfaction devenait plus considérable dans toute l'étendue de ce doigt jusqu'au niveau de l'articulation radio-carpienne. — On continuait la compression combinée avec les onctions mercurielles, et l'on donnait à l'intérieur une potion avec 4 décigrammes de sulfate de quinine.

Le 29, l'état fébrile prit le type continu; les frissons disparurent sans retour. — Le sulfate de quinine fut continué.

Le 2 mai, l'engorgement du bras droit est plus circonscrit; il forme sous les téguments une sorte d'induration profonde, assez limitée à sa périphérie, d'une étendue de 8 à 9 centimètres, et indolente. A l'avant-bras gauche, vives douleurs, empâtement très considérable, sans aucune trace de fluctuation. Mouvement fébrile toujours très prononcé; le pouls à 112 pulsations. — Catapl.; onct. merc.; eau de Sedlitz; gomme sucrée et manuluves émollients, etc.

Le 4, la tuméfaction inflammatoire de l'avant bras fait toujours des progrès, surtout à la face palmaire; les doigts sont très fortement rétractés; les moindres mouvements sont impossibles. Signes de fluctuation en avant et un peu au-dessus du niveau du poignet et à la face palmaire du premier métacarpien. Deux incisions dans ces points donnent issue à une assez grande quantité de pus bien lié. — Même prescription.

Le 7, douleurs vives avec élancements dans les jambes. Les deux incisions du pouce et celle du poignet laissent écouler beaucoup de pus.

Le 8 et jours suivants, douleurs plus vives dans les membres inférieurs, surtout dans la jambe gauche, où il se forme en avant, dans les deux tiers de la longueur, un empâtement douloureux et diffus sans changement de couleur et de température de la peau. La fluctuation est fort obscure. Une incision profonde avec le bistouri donne issue à du pus. Par cette ouverture, un stylet pénètre facilement dans la gaîne des muscles extenseurs. Les plaies de l'avant-bras laissent écouler une sorte de sérosité visqueuse et puriforme avec détritus blanchâtres; elles sont béantes, non ulcérées et bordées par un bourrelet grisâtre et couenneux à l'intérieur. Il n'y a pas de décollement. L'état fébrile est toujours au même degré; le faciès s'altère; la nuit insomnie ou rêvasseries pénibles. — M. Malgaigne prescrit une potion avec 6 décig. de tartre stibié, qui occasionne plusieurs vomissements et des selles copieuses.

Le 12, le pouls est tombé à 100 pulsations; il est devenu petit et très dépressible; la faiblesse est très grande. A l'avant bras, empâtement toujours considérable et rétraction des doigts. Au bras droit, la tumeur dure et profonde qui persistait, se ramollit et s'élève un peu au centre. A la jambe droite, un empâtement assez étendu se forme à la partie antérieure avec rapidité: deux émissions sont pratiquées pour donner issue à du pus abondant et bien lié. — Même prescription.

Le 14, on ouvre largement la tumeur, devenue fluctuante à la partie postérieure du bras droit. Issue d'une très abondante quantité de pus blanchâtre et crémeux, auquel succède immédiatement un sang noirâtre en partie liquide, en partie coagulé, chargé de débris celluleux macérés et ramollis. Ce liquide sanguinolent était en quantité si grande, qu'on aurait pu croire à la lésion d'un vaisseau par l'instrument tranchant. — *Idem.*

Le 15, au lieu de pus, il s'écoule de la jambe droite et du bras une bouillie noirâtre, qui s'échappe en jet lorsqu'on enlève la mèche interposée aux lèvres de la plaie; le foyer est marqué profondément par des saillies dures, globuleuses, à peu près indolentes. A la jambe gauche, la suppuration diminue. — *Idem.*

Le 16, les abcès, surtout au bras droit, laissent toujours écouler une sanie putrilagineuse rougeâtre contenant des grumeaux celluleux; à l'avant-bras et à la main, c'est plutôt une sérosité purulente s'écoulant goutte à goutte à la pression des parties voisines. Dans ces derniers points, les plaies présentent de plus en plus un aspect blafard et boursouflé; et un bourre et grisâtre, mou, pultacé, adhérent en rétrécit l'ouverture. Quant à l'état général, il s'aggravait, loin de s'améliorer: le pouls, de 112 à 120, était petit, presque insensible sous les doigts; la faiblesse des forces était portée à un degré considérable, et le décubitus dorsal seul possible. Cependant l'état du ventre était toujours satisfaisant, et l'intelligence bien conservée. — On donne une potion avec l'extrait de quinquina (5 grammes), le suc de citron (10 grammes), l'eau distillée de cannelle et l'essence de menthe; on continue les cataplasmes, les onctions mercurielles, la compression.

Le 17 et jours suivants, on augmente jusqu'à 10 grammes l'extrait de quinquina; on ajoute 150 grammes de vin de Bagnols, des bouillons légers. La suppuration est nulle dans les membres inférieurs, mais les plaies n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

Le 20, élancements douloureux dans la cuisse vers la partie moyenne de la région postérieure, où l'on sent profondément une tumeur dure, circonscrite, sans fluctuation; cette tumeur fait des progrès lents, et se ramollit un peu sans travail inflammatoire bien prononcé. Les plaies de la jambe droite, de la jambe gauche et du bras droit commencent à se cicatriser; cette cicatrisation a lieu par la formation d'une pellicule grise, couenneuse, qui se développe au fond de la plaie et agglutine ses lèvres. — *Idem.*

Le 24, un nouveau foyer purulent du volume d'une grosse noix, qui s'est formé rapidement à la jambe droite, au-dessous du genou, est ouvert avec le bistouri.

Le 25, large et profonde incision au milieu de la collection purulente de la cuisse; pus de très bonne nature, mais très épais et en assez grande quantité pour remplir toute une poêlette à saignée. Les jours suivants, le pus est remplacé par un liquide sanguinolent et putrilagineux.

Ces deux derniers abcès, d'abord stationnaires, ont marché peu à peu vers la cicatrisation; l'avant-bras gauche, toujours très empâté, tendu, douloureux, a laissé au contraire pendant très longtemps exhaler par les plaies du pouce et du poignet une sérosité tantôt puriforme, tantôt sanguinolente.

Le 29, pour la première fois, amélioration assez considérable dans l'état de la malade. Le pouls est tombé de 112 à 92, et s'est un peu relevé. — On continue l'usage des toniques, le vin de Bagnols, la glace, l'eau de Seltz; on donne des bains sulfureux peu prolongés, des bouillons, des potages, du poulet, etc.

A partir de ce moment, il ne s'est formé aucun abcès; mais l'état général ne nous a présenté qu'un changement lent et progressif en mieux. Rien ne parvenait à relever l'appétit et les forces; il y avait un collapsus extrême. C'est à peine s'il était possible de soulever la malade sur son séant. Cependant il n'y avait pas d'émaciation bien notable, et le faciès était peu altéré. La mémoire était très affaiblie.

Encore aujourd'hui, après trois mois et demi de séjour à l'hôpital, cette femme se ressent de cette faiblesse radicale si longue à disparaître. On s'occupe à combattre la roideur considérable des articulations du poignet et de la main, et la flexion permanente des doigts déterminée par l'intensité d'une inflammation prolongée dans les gaînes tendineuses. Les règles n'ont pas reparu.

Il faut ajouter, pour compléter cette observation, que du pus recueilli dans les collections de la cuisse et de l'avant bras de la malade a été inoculé sur un cheval, au moyen de douze piqûres, dans les narines, à la face interne des cuisses et autour de l'anus, et que cette inoculation, pratiquée par deux professeurs distingués de l'Ecole d'Alfort, MM. Bouley jeune et Delafond, qui avaient bien voulu se charger de ce soin, a donné un résultat négatif.

— En présence de ces résultats, il n'est pas difficile de conclure maintenant à la non-existence d'une affection morveuse chez cette malade. Ce cas ne saurait rentrer ni dans la morve pure (dont il n'existe que deux observations) (1), ni dans le farcin qui se termine par les phénomènes de la morve, ni dans le farcin simple lui-même: trois formes essentielles qu'il faut distinguer dans cette maladie chez l'homme, ainsi que cela a été bien reconnu par M. le docteur Marchant (de Charenton) (2). Reste donc l'état puerpéral pour expliquer la production de ces abcès multiples; l'état puerpéral est seulement un ensemble de causes morbifiques, et quant à la maladie, on la chercherait vainement ici dans une altération locale, soit dans l'utérus, ses annexes et ses vaisseaux,

(1) Observations de Landouzi et de Marchant.
(2) Recueil de médecine vétérinaire, 1845. *De l'affection farcino-morveuse chez l'homme.*

soit même dans les autres veines de l'économie. Il y a eu production de pus, dissémination d'un même produit en divers lieux, diathèse purulente en un mot; c'est là l'expression du fait en dehors des hypothèses.

Mais si toute hésitation est levée aujourd'hui dans ce diagnostic, elle a été longtemps permise avant le développement des phénomènes ultérieurs de la maladie et les essais d'inoculation; et lorsque, à une époque déjà assez éloignée du début, M. Guérard, au nom de la commission de salubrité, est venu visiter cette malade, il aurait été encore difficile de baser le diagnostic sur des signes rigoureux. Or, on comprend la gravité d'un pareil doute en face d'un état morbide qui pouvait donner lieu à toutes les chances d'une contagion si effrayante.

L'inoculation elle-même a certainement une grande valeur; mais est-ce encore là un signe pathognomonique? Les médecins vétérinaires qui se sont le plus occupés de cette question ne se prononcent pas formellement: et en effet, la prédisposition, chez les solipèdes, est si grande au développement de la morve, qu'il suffit souvent des moindres causes occasionnelles pour la mettre en jeu, indépendamment de toute circonstance contagieuse. La science possède une remarquable observation de MM. Renault et Bouley, dans laquelle une émulsion purulente formée avec le mélange du pus provenant de plaies simples existant sur deux chevaux, et introduite dans la veine jugulaire d'une jument parfaitement saine, donna lieu à une morve aiguë avec toutes ses lésions caractéristiques... (1). Et malgré les objections de M. Louis Fleury (2), ce fait ne reste pas moins avec toute sa valeur, savoir, que du pus non morveux a déterminé un cas de morve incontestable.

Je ne fais que signaler ici ces complications du diagnostic pour montrer combien de lacunes renferme l'étude séméiotique des affections purulentes. Cela doit peu étonner quand on considère la confusion qui règne dans leur nosologie particulière, confusion qui disparaîtra sans doute quand les médecins se préoccuperont de la maladie, moins sous le rapport des explications que sous celui de ses formes, de ses signes et de ses évolutions.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. NONAT.

Cancer de l'utérus. Phlébite. Oblitération des veines. Mort. Autopsie.

Amarante Ma ais, femme G...., âgée de cinquante ans, femme de ménage, née à Paris, est entrée à l'infirmerie (salle Sainte-Marthe), le 26 mai dernier. Voici les renseignements qu'elle a donnés sur son état antérieur et le résumé des réponses qu'elle a faites aux nombreuses questions qui lui ont été adressées. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a vingt ans environ, le premier six ans auparavant. Ses deux couches ont été faciles. Elle affirme que ses parents étaient d'une bonne santé, et n'a jamais entendu dire que personne dans sa famille ait été atteint d'affections cancéreuses. D'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle jusqu'à ces dernières années, elle dit avoir éprouvé de grands chagrins qui lui auraient été causés par son mari, mort après avoir été aliéné pendant quatre ans. Cette femme travaillait beaucoup et éprouvait de grandes fatigues en frottant chaque jour le parquet de plusieurs appartements.

Nous avons dit que sa santé habituelle avait été bonne pendant fort longtemps, lorsqu'en 1843, il y a deux ans, dans les premiers jours du mois d'août, elle éprouva pour la première fois des pertes rouges abondantes. Ces pertes devinrent de plus en plus fréquentes jusqu'au mois de mars 1844; les intervalles qui les séparaient furent plus courts. Pendant les premiers temps de sa maladie on lui fit suivre un traitement qu'elle ne se rappelle pas assez distinctement pour l'indiquer même d'une manière sommaire.

Le 5 août 1844, elle entra à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Jobert, où elle demeura quatre mois. Là, elle fut, nous dit-elle, cautérisée une douzaine de fois avec le fer rouge; elle pense, mais sans prétendre l'avoir entendu dire au chirurgien, qu'on la traitait pour un polype de la matrice. Elle sortit de l'hôpital Saint-Louis le 5 décembre suivant, tellement soulagée qu'elle se croyait complétement guérie. Elle entra à l'hospice de la Vieillesse le 24 mai 1845, et à l'infirmerie (salle Sainte-Marthe) le surlendemain. Voici l'état qui fut constaté au moment de la première visite.

Teinte jaune-paille générale de la peau, qui est comme terreuse. La malade se plaint tout d'abord de vives douleurs dans la région du bassin, se propageant dans les lombes; le toucher fait reconnaître une ulcération fort étendue du col de l'utérus; le col est en partie détruit et cette destruction permet d'introduire facilement le doigt dans la cavité de l'organe. Ecoulement sanieux et fétide par le vagin, le liquide qui baigne les parties génitales offre une odeur très prononcée qui se rapproche de celle des tissus cancéreux ramollis et réduits en putrilage.

L'état de la malade reste à peu près le même pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, mais le 4 juin elle ressent une douleur assez vive dans le mollet et le creux poplité du côté gauche. Elle ne se plaint cependant de cette douleur que le 8 juin.

Le 8 juin. Douleur extrêmement vive dans les points indiqués. La région du creux poplité, explorée avec le plus grand soin, on reconnaît dans la direction de la veine poplitée un cordon résistant à la pression du doigt. Le moindre contact augmente la sensibilité. La jambe gauche semble un peu plus volumineuse que la droite; les veines superficielles sont injectées; le pied est tuméfié, œdématié. Le doigt, appuyé sur le pied et sur le cou-de-pied y laisse une épression qui s'ef-

(1) Recueil de médecine vétérinaire, tome XVII.
(2) Essai sur l'infection purulente, page 192.

face lentement. Pas de changement de couleur à la peau dans les points infiltrés. Pouls à 112-116 par minute, petit, faible. Chaleur générale de la peau ; langue blanche ; inappétence, soif vive.

Diagnostic. — Phlébite de la veine poplitée. — L'état de faiblesse et la mauvaise constitution de la malade, plongée dans le marasme, empêchent de recourir aux émissions sanguines. — Cataplasmes laudanisés.

Pendant les jours suivants, l'œdème envahit les trois quarts inférieurs de la jambe.

Le 12 juin, la douleur du creux du jarret commence à disparaître pour s'étendre dans la direction de la saphène interne et de la crurale. Injection et turgescence des veines superficielles de la jambe et de la cuisse gauches. Œdème considérable de la cuisse tout entière, dont le volume est presque double de celui de la cuisse droite. Douleurs très vives, augmentant encore au moindre contact, dans tout le trajet des vaisseaux enflammés. Les symptômes vont en augmentant d'intensité jusqu'au 19 juin.

Le 20 juin, la cuisse droite devient douloureuse à son tour. Les veines superficielles se gonflent aussi ; il y a de l'œdème. Cependant la pression ne fait pas éprouver plus particulièrement de douleurs sur le trajet des vaisseaux cruraux ni poplités. Le soir, frissons. L'état de la malade s'aggrave de plus en plus ; mort le 24 juin, dans la soirée.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Appareil circulatoire. — Les veines tibiales, péronières, poplitée et crurale du membre inférieur gauche sont oblitérées par du sang coagulé. Leurs parois sont épaissies, denses, semblables pour la consistance à celle des artères. La veine iliaque externe et la veine-cave inférieure à un centimètre au-dessus de sa bifurcation renferment du sang diffluent, mêlé de pus. On s'est assuré, par l'examen microscopique, de la présence du pus. On trouve également du pus dans la saphène interne, au point où elle va se jeter dans la veine crurale. Un caillot de sang oblitérait l'orifice de la veine iliaque primitive droite, ce qui explique l'œdème du membre pelvien droit pendant les derniers jours de la vie. Les veines de la jambe et de la cuisse droites, examinées avec la plus scrupuleuse attention, ne présentent aucune trace d'inflammation. La veine sacrée moyenne offre un calibre très considérable, et égale presque le volume du doigt annulaire.

Appareil de la génération. — L'utérus est le siége d'une dégénérescence carcinomateuse, offrant l'aspect d'un détritus grisâtre ; le col de cet organe est en grande partie détruit, et présente une cavité d'un centimètre et demi de diamètre environ. La cavité de l'utérus est assez vaste pour loger un œuf de pigeon.

— Ce fait est des plus dignes de fixer l'attention, sous le rapport des causes qui ont pu déterminer la phlébite, des symptômes tant locaux que généraux présentés par la malade ; enfin sous celui de la marche qu'a dû suivre l'affection, et du point de départ de la phlegmasie veineuse.

Et d'abord, l'existence de la phlébite est incontestable. L'anatomie pathologique a prouvé l'oblitération des vaisseaux veineux du membre inférieur gauche, et la présence du pus mélangé au sang dans la veine-cave inférieure, l'épaississement des membranes composant le tissu de ces vaisseaux ne laissent aucun doute sur l'inflammation dont il s'agit. Dans le cas actuel, la phlébite n'était évidemment point traumatique. Mais était-elle spontanée, ou existait-il un rapport de cause à effet entre la dégénérescence carcinomateuse de l'utérus et la phlegmasie veineuse qui aurait alors été consécutive, c'est ce qui paraît assez difficile à établir. La phlébite peut être spontanée, et les recueils périodiques contiennent des faits nombreux qui le démontrent d'une manière péremptoire. Mais plus souvent encore elle se développe chez des sujets atteints d'affections tuberculeuses ou cancéreuses. Les bulletins de la Société anatomique (1839, pages 303, 384) contiennent un assez grand nombre de faits de ce genre, entre autres la mention d'une phlébite de la saphène interne, chez un sujet qui portait des tubercules dans l'épiploon, la plèvre et les poumons ; d'une phlébite de la partie supérieure des iliaques primitives chez un individu dont le foie contenait des masses cancéreuses énormes ; un cancer du rectum fut également accompagnée de l'inflammation d'un grand nombre de veines. Ne serait on pas en droit de supposer avec M. Mercier, qui fait suivre ces faits de quelques réflexions, que la phlébite peut se rattacher à ces affections organiques qui nécessairement introduisent dans le sang des principes delétères que nous ne pouvons pas toujours apprécier ? Les auteurs du Compendium ne partagent pas, il est vrai, cette opinion ; mais ils conviennent en même temps que dans l'état actuel de la science il est presque impossible de se prononcer d'une manière certaine sur la question de savoir si le caillot qui oblitère souvent les veines est dû à la phlegmasie veineuse ou à l'altération du sang seulement. Dans l'observation ci-dessus, nous l'avons déjà dit, la phlébite n'était point contestable, puisque, outre les concrétions sanguines, il y avait épaississement considérable des parois des veines.

Les symptômes locaux qui ont été observés sont ceux qui appartiennent à la phlébite, douleur vive dans la région et suivant le trajet des vaisseaux malades ; gonflement des veines, qui présentent sous le doigt la sensation d'un cordon rénitent ; rougeur de la peau le long du trajet des veines ; enfin œdème de tout le membre inférieur gauche. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier symptôme, extrêmement important, et auquel nous consacrerons quelques lignes spéciales. Comme symptômes généraux, nous avons à noter la fièvre d'abord, sans aucun phénomène cependant d'infection purulente ; puis à mesure que l'affection s'est étendue, et que le pus s'est formé, sont survenus les symptômes de l'infection purulente, les frissons caractéristiques, et la terminaison fatale. Nous retrouvons donc dans ce fait les trois ordres de phénomènes décrits par Dance. Trois ordres de symptômes, disait ce savant pathologiste, correspondant à autant de degrés de la phlébite, nous semblent devoir être admis dans l'histoire générale de cette maladie. Le premier ordre est caractérisé par des phénomènes locaux sans fièvre, le second par des phénomènes généraux joints aux précédents, et en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation veineuse ; enfin, le troisième, par des phénomènes plus graves et d'une autre nature, indiquant le passage du pus dans le sang et le développement de complications variées. Cette succession de phénomènes est plus facile à constater dans la phlébite traumatique des veines superficielles que dans celle des veines profondes et non traumatiques. Cependant, l'exemple que nous avons rapporté démontre que l'on peut quelquefois aussi en suivre la production dans les cas de ce dernier genre.

Nous avions besoin d'insister sur ces faits avant d'arriver à la question la plus importante ici, celle de la marche de l'affection. Par quel point a commencé la maladie chez notre sujet ? Deux opinions sont ici en présence. L'une assigne au point de départ de la phlébite, la veine cave inférieure, dans laquelle on a trouvé à l'autopsie du pus manifestement mêlé au sang. L'autre, et c'est celle qui nous paraît la plus vraisemblable, prend ce point de départ dans la veine poplitée, d'où l'inflammation se serait prolongée, en suivant le cours du sang jusqu'aux veines iliaque externe et cave inférieure.

A tout prendre, il ne serait pas rigoureusement impossible que la première opinion fût l'expression de la vérité. On voit quelquefois la phlébite s'étendre du centre à la circonférence, remontant ainsi en sens inverse du cours du sang veineux. Mais, dans ce cas, la douleur suit le trajet du vaisseau en se propageant également des gros troncs aux petits rameaux, et très rarement il se manifeste des symptômes de résorption purulente. — Admettons-nous au contraire que la phlegmasie ait eu son point de départ dans la veine poplitée, et se soit propagée de proche en proche suivant le trajet du sang veineux, tous les phénomènes observés ici, toutes les théories les mieux fondées sur l'expérience des faits se réunissent pour venir à l'appui de cette opinion. Et d'abord, les phénomènes locaux. Les premiers phénomènes locaux inflammatoires se sont montrés dans le creux poplité ; peu à peu, et successivement, ils ont diminué d'intensité dans le point primitivement malade, ont remonté vers le tronc, laissant après eux les traces non équivoques rencontrées à l'autopsie, d'une inflammation violente des parois des vaisseaux, nous voulons dire l'épaississement, la dureté des parois veineuses, et des caillots fibrineux oblitérant leur cavité. Cette marche des symptômes de la circonférence au centre est pour nous une des preuves les plus convaincantes de la marche pareille de l'affection. Nous avons dit que les théories fondées sur l'expérience des faits venaient confirmer notre pensée. Hunter était si persuadé que le pus transporté avec le sang propage la phlegmasie dans les veines, qu'il proposait dans les cas de phlébite d'appliquer une compression au-dessus du point malade, principalement dans les cas de phlébite traumatique, afin de faire adhérer les parois, et d'empêcher l'inflammation de s'étendre le long de la membrane interne du tube vasculaire, méthode, pour le dire en passant, sur laquelle l'expérience n'a pas encore prononcé. « C'est sans doute, dit M. Breschet, au pus mêlé avec le sang et circulant avec lui qu'il faut attribuer la propagation plus grande de l'inflammation vers le cœur que vers les rameaux. » Nous emprunterons une dernière citation à M. Cruveilhier ; « la phlébite de la veine-cave inférieure, dit il, est presque toujours consécutive aux phlébites des veines qui viennent s'y jeter. Je l'ai plusieurs fois observé dans les cas de phlébite des membres inférieurs. » Et plus loin : « Pour un certain nombre de phlébites abandonnées à elles-mêmes ou traitées sans succès, la formation d'un caillot n'est que la première partie de la maladie ; la suppuration en est la seconde ; la phlébite, d'adhésive qu'elle était d'abord, devient suppurative. » Relevons encore ici, en passant, une assertion peut-être un peu trop exclusive des auteurs du Compendium, qui établissent que l'inflammation de la veine-cave inférieure *a toujours été adhésive*. Le fait que nous avons cité au commencement de cet article, et au sujet duquel nous nous livrons à cette discussion, prouve manifestement que la phlébite de cette veine peut être suppurative ; on a pu, à l'aide du microscope, distinguer nettement dans le liquide recueilli dans ce vaisseau, des globules de pus mélangés aux globules de sang.

Nous croyons avoir suffisamment développé les raisons qui nous portent à penser que la phlegmasie veineuse a commencé par les vaisseaux du membre inférieure gauche, et s'est étendue à ceux du tronc. Néanmoins nous ne passerons pas sous silence un dernier motif à l'appui de notre manière de voir. Pendant les derniers jours de la vie, le membre inférieur droit, jusqu'alors resté sain, devint œdémateux, et à l'autopsie on trouva un caillot fibrineux dans l'iliaque primitive droite, les veines crurales étant saines. Ne ressort il pas de cette circonstance que la veine iliaque droite ne s'est oblitérée que par suite de l'extension de la phlegmasie de la veine-cave ? Et si la veine-cave avait été malade dès le commencement, pourquoi la phlegmasie ne se serait elle pas étendue aux veines des deux membres à la fois ? L'œdème se serait alors aussi manifesté dans les deux membres inférieurs simultanément. Nous le répétons, de cet ensemble de phénomènes et de leur ordre de succession, résulte évidemment pour nous la conviction que le travail inflammatoire a commencé par les veines poplitée, crurale et saphène interne du côté gauche, qu'il s'est étendu aux veines du tronc, et qu'alors seulement la veine iliaque droite s'est prise, d'où l'œdème du membre droit pendant les derniers temps de la vie.

Nous avons dit, en traitant des symptômes, que nous reviendrions sur l'œdème envisagé comme résultat de l'oblitération des veines ; ce symptôme est, en effet, de la plus haute importance, et résulte de l'observation de faits nombreux. Au sujet d'un fait de cette nature recueilli à l'Hôtel-Dieu au commencement de cette année, nous nous sommes longuement étendu sur la valeur de cet œdème et sur sa découverte. On pense assez généralement, disions-nous (*Gazette des Hôpitaux* du 22 février), que la découverte est récente qui permet de rapporter à un obstacle au cours du sang la production de certaines hydropisies, soit d'une cavité séreuse, soit du tissu cellulaire d'un membre. Que cet obstacle au cours du sang dépende de la compression d'un gros tronc veineux par une tumeur étrangère au vaisseau lui-même, ou qu'elle soit le résultat de l'oblitération de la veine par un caillot fibrineux qui en remplit la cavité, ou bien de la conversion du vaisseau en un cordon solide, phénomènes qui tous deux sont, dans le plus grand nombre des cas la suite d'un travail phlegmasique qui s'est produit dans l'intérieur de la veine, il n'en est pas moins vrai que la découverte est loin d'être récente, et qu'aux modernes n'appartient pas tout entière la détermination des lois en vertu desquelles ces phénomènes se produisent. Il suffit d'avoir parcouru les ouvrages de quelques-uns des auteurs les plus connus du siècle dernier pour se convaincre que cette opinion est très ancienne, et que dès le commencement du siècle actuel, elle avait été reproduite et développée dans des travaux dont on a peut-être eu tort de ne point assez se souvenir.

Si les auteurs anciens, Morgagni, Cullen, etc., dont nous avons alors donné des extraits, et qui ont souvent parlé de l'oblitération des veines comme cause de l'hydropisie, si ces auteurs, disons-nous, n'ont point insisté longuement sur ce fait, c'est que le fait leur paraissait tellement simple, évident et commun qu'il leur semblait impossible qu'on pût le mettre un seul instant en doute. Nous nous contenterons de ces quelques mots sur la découverte de l'œdème comme symptôme de l'oblitération veineuse, renvoyant pour plus amples développements au numéro de la *Gazette des Hôpitaux* que nous avons indiqué ci-dessus.

D[r] A. FOUCART.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août. — Présidence de M. CAVENTOU.

A trois heures nous trouvons les portes de l'Académie fermées pour le public. La compagnie s'est formée en comité secret dès le début de la séance. Les huissiers annoncent que les portes ne seront ouvertes qu'à trois heures et demie.

A cette heure la séance devient publique.

— *M. Collineau* lit un rapport sur un mémoire de M. Giraud, relatif à la dysenterie par l'opium à haute dose.

Remercîments à l'auteur ; dépôt aux Archives.

Ces conclusions sont adoptées.

— Le même membre lit un second rapport sur un travail de M. Thomas intitulé : Traitement des fièvres muqueuses.

L'auteur fait envelopper les malades dans des briques chaudes afin de déterminer une abondante diaphorèse, et puis il applique des vésicatoires qu'il entretient avec soin sur les cuisses et sur les jambes.

Il assure n'avoir pas perdu un seul malade quand il a été appelé à temps. La fièvre muqueuse de l'auteur est, du reste, la *dothinenterie* de M. Bretonneau, la fièvre typhoïde de la plupart des modernes.

Remercîments à l'auteur et dépôt aux Archives.

M. Rochoux. Ceci est trop fort. Je regrettais de n'avoir rien dit sur le premier rapport (rires) ; mais puisque ça va *crescendo*, je ne puis me taire. S'il y a quelque chose de prouvé en thérapeutique, c'est que les vésicatoires, dont on faisait un si grand usage il y a une vingtaine d'années dans la fièvre typhoïde, sont inutiles et dangereux. Voici cependant un travail où on les préconise. Il est vrai que l'auteur a su se réserver une échappatoire : Si le malade meurt, c'est qu'il a été appelé trop tard. Voilà, certes, une médecine fort commode. J'aurais désiré une critique un peu plus énergique de la part de M. le rapporteur.

M. Collineau. Je n'ai fait qu'exposer la doctrine de l'auteur, sans l'approuver ou la combattre (Une voix : Tant pis !) Quant aux vésicatoires, je ne crois pas qu'ils méritent l'excommunication dont M. Rochoux vient de les frapper. Il est des cas où ils sont utiles ; M. Louis, qui a publié un très bon travail sur ce sujet, le reconnaît lui-même. M. Rochoux croit-il que si les médecins dont il a parlé ne leur eussent pas reconnu quelques avantages, ils eussent continué à les employer ? Croit-il qu'ils fussent moins bons observateurs que ceux d'aujourd'hui ? Allons donc ! (Hilarité.)

M. Rochoux. M. Collineau est assurément un esprit très conciliant. Un auteur qui a pu dire : Entre l'esprit et la matière, entre le repos et le mouvement, je ne vois pas de différence, a bien pu adopter les vésicatoires dans la *dothinenterite*. Mais tout cela ne prouve pas qu'ils soient utiles, et je persiste dans mon opinion.

M. Louis. Puisque j'ai été interpellé par M. Collineau, je dirai mon sentiment sur la question ; car tout ce qui touche à la thérapeutique est important et grave. M. Collineau m'a précisément fait dire le contraire de ce que j'ai imprimé. De l'analyse d'un très grand nombre de faits, analyse où il n'y a véritablement rien à dire, il résulte que l'emploi des vésicatoires dans la fièvre typhoïde est toujours inutile, et parfois dangereux. Dangereux par la tendance qu'ont toutes les plaies à devenir ulcéreuses dans cette maladie.

M. Collineau. Je répondrai d'abord à M. Rochoux que s'il veut parler de l'abus des vésicatoires je suis de son avis. A M. Louis, je dirai, qui, quelquefois les vésicatoires sont dangereux ; mais c'est le grand art des praticiens de distinguer ces cas ; ces cas légers dans lesquels les vésicatoires sont précisément utiles.

M. Castel. Il est bien convenu que

. . , nul n'aura d'esprit hors nous et nos amis.

Il est bien convenu que seuls les médecins contemporains sont de bons observateurs, et qu'il faut faire table rase des anciens. Vous savez que ces prétentions ne me vont pas. Et d'abord, dans la question actuelle, remarquons qu'on a fait fausse voie dès le principe, en oubliant que les anciens ne considéraient les vésicatoires que comme des moyens auxiliaires. On ne voit pas que les bannir de la pratique, c'est bannir les révulsifs. On oublie que les anciens avaient reconnu que dans le typhus une plaie accidentelle diminuait l'intensité de la maladie.

M. Louis. Notre intention n'est pas assurément de soulever la question de prééminence des modernes sur les anciens. Anciens et modernes chacun observait ou observe avec les moyens d'investigation qui ont cours dans la science. Aujourd'hui, les modernes vous donnent leurs résultats ; les contestez-vous ? Voyons vos preuves. Nous donnons les nôtres, où sont les vôtres ? Jusqu'à ce que vous ayez détruit nos résultats par des preuves analogues aux nôtres, il nous est permis de rester dans nos convictions. Eh mon Dieu ! vous parlez des

anciens observateurs; Lieutaud n'a-t-il pas dit, il y a déjà longtemps, qu'il fallait faire table rase de tout ce qui avait été fait sur les fièvres?

Relativement aux vésicatoires jusqu'à ce qu'on m'ait prouvé par l'analyse sévère de faits nombreux que je me suis trompé, je resterai dans ma croyance.

M. Castel. Je n'ai pas représenté les médecins anciens comme exclusifs, et je n'ai pas voulu enlever aux modernes la faculté de faire des recherches. Ce que je dis, c'est que vous êtes dans le chaos relativement à la fièvre typhoïde.

Ici M. Castel reproduit les critiques et les opinions des modernes sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Vous parlez de faits, nous en avons tous, et les nôtres valent les vôtres. Nous ne vous reconnaissons pas le droit de subjuguer nos intelligences et notre raisonnement. L'inutilité et le danger des vésicatoires ne sont prouvés que pour M. Louis.

M. Castel termine en faisant appel à l'expectation, qu'il considère comme la seule chose à faire dans la fièvre typhoïde.

M. Velpeau rappelle que M. Bretonneau n'a pas dénommé la fièvre typhoïde *dothinenterite*, comme l'a dit M. Collineau, expression qui semblerait faire croire que le médecin de Tours croit à l'inflammation intestinale : c'est *dothinenterie* qu'il faut dire avec M. Bretonneau.

La discussion s'éteint et les conclusions sont adoptées.

— *M. Tanchou* lit une note sur la saignée avec quelques inductions pratiques sur ce sujet.

Il commence par établir que le sang est diversement coloré dans les saignées, et bien que le plus souvent il soit noir, cette couleur n'existe souvent qu'au commencement de l'opération pour devenir rouge ensuite, et que dans certains cas même il sort rouge et rutilant pendant tout le cours de la saignée, ou bien le filet de la veine qu'il fait en sortant est de ces deux couleurs à la fois; enfin quelquefois il sort rouge au commencement, puis noir à la fin.

M. Tanchou pense que ces diverses colorations du sang résultent dans quelques cas du passage rapide du sang artériel dans le système veineux, et le plus souvent de l'action de l'air sur la peau qui, en pénétrant par cette voie dans la circulation, agit alors sur le sang à sa manière ordinaire. Il rappelle à cette occasion que le sang des enfants est habituellement rouge, tandis que celui des vieillards est noir.

M. Tanchou trouve dans ces diverses colorations du sang des indications pratiques pour continuer la saignée et même la renouveler lorsqu'elle est indiquée d'ailleurs ou bien l'arrêter immédiatement. Conformément à la pratique générale, toutes les fois qu'il est noir et tant qu'il conserve cette couleur il le laisse couler. Il en est aussi de même lorsqu'il sort rouge seulement au début de la saignée pour devenir noir ensuite, car dans ce cas il pense que ce sang rouge vient des veines superficielles et résulte de l'oxygénation à travers la peau, mais dès qu'il continue à sortir rouge, il arrête immédiatement la saignée, car c'est un indice pour lui que l'économie est aux prises avec le besoin d'excitants naturels, et si on la laisse couler dans ce cas, les accidents que l'on cherche à combattre augmentent. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, où tout est d'actualité, dit M. Tanchou, si le sang sort rouge la saignée est constamment nuisible.

M. Tanchou préfère tirer ces inductions de la couleur du sang que de la couenne inflammatoire, sur la présence de laquelle on se repose aujourd'hui pour renouveler la saignée, parce que, dit-il, ce signe n'est connu que lorsque la saignée est achevée, c'est-à-dire, que le mal est fait, tandis que la couleur du sang avertit tout de suite l'opérateur du danger; enfin parce que c'est un guide infidèle, attendu qu'elle apparaît aussi bien sur le sang rouge que sur le sang noir.

M. Tanchou base son opinion sur de nombreuses remarques qu'il a faites dans sa pratique, et il arrive à cette conclusion que le sang noir est malade, et le sang rouge de bonne qualité; que dans le premier cas, toutes choses égales d'ailleurs, on peut laisser couler le sang et même renouveler la saignée, tandis que dans le second on doit soigneusement s'en abstenir.

— *M. Blatin* présente un appareil qu'il nomme *tamis-aqueduc*. Au moyen de cet appareil, on peut soumettre à une irrigation abondante la tête d'un malade sans mouiller sa couche.

Il se compose d'un châssis qui est formé par un fond en bois et par des parois en cuir qui supportent une toile de crin.

La tête du malade repose sur cette toile, qui constitue une sorte de hamac rendu souple et élastique par des ressorts.

L'eau qu'on verse sur la tête au moyen d'un siphon baigne celle-ci, se tamise à travers la toile de crin, tombe dans l'appareil dont les parois et le fond sont imperméables, puis est rejetée au dehors par deux tuyaux d'écoulement.

Avec ce tamis-aqueduc, quelque abondante et continue que soit l'irrigation, la couche n'est pas mouillée; le malade n'éprouve aucune gêne; la partie postérieure de sa tête se trouve soustraite à la macération inévitable avec les procédés ordinaires, et ne peut s'échauffer, puisqu'elle repose sur une toile à jours que l'eau traverse incessamment.

Des appareils du même genre, mais modifiés dans leur forme, leurs courbures et leur force, sont destinés aux irrigations du bassin et des membres.

— Après quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 août 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Legrand adresse une note sur le pourpre.

Pour l'auteur, le pourpre n'est point une maladie de la peau; en effet, dans cette maladie il n'y a ni altération, ni sécrétion de la peau. Le pourpre n'est pas en lui-même une maladie, mais un phénomène symptomatique. Cependant, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient mieux éclairé la question, il faudra continuer d'admettre un pourpre symptomatique et un pourpre essentiel. Dans le premier, la cause de l'altération du sang est facile à trouver; dans le second, elle échappe aux investigations du médecin.

L'auteur a eu occasion d'observer un cas de ces deux espèces.

« C'est d'abord une fille de trente à trente-deux ans, dont j'ai constaté le décès dans le courant du mois de juin dernier, qui m'a offert l'exemple d'un *pourpre symptomatique*. Les nombreuses taches roses, pourpre, lie de vin qui étaient disséminées sur la face, sur le haut de la poitrine, sur les bras, avaient commencé à se manifester quinze jours avant la mort. C'était, dans ce cas, évidemment la manifestation d'une décomposition du sang, qu'on s'expliquait facilement par la présence de nombreux tubercules dans les deux poumons qui empêchaient que l'hématose ne se fît bien. Dans tous les cas de ce genre, ou dans ceux analogues, on remonte facilement à la cause de l'altération du sang. Il n'en est plus de même lorsque, cette cause vous échappant, il faut considérer le fait comme un cas de pourpre essentiel, dont l'histoire suivante va nous offrir un type parfait.

» Il s'agit, cette fois, d'une petite fille de six ans et demi, chez laquelle était survenue, sans aucun trouble apparent dans la santé, une éruption de nombreuses taches répandues sur toute l'habitude du corps, sur la langue même, offrant des dimensions qui variaient depuis celle d'une très petite tête d'épingle, jusqu'à celle d'une lentille, et des variations de couleur depuis le rose-tendre jusqu'au rouge lie de vin. Les jambes en étaient tellement couvertes, qu'elles paraissaient être le siége d'une éruption abondante de rougeole. En outre, on trouvait éparses sur diverses parties du corps de véritables ecchymoses de formes irrégulièrement sphériques, variant de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 et même de 5 francs, et offrant tout à fait l'aspect, quant à la couleur, de celles produites par le choc d'un coup contondant. La veille de ma première visite (13 juillet 1845), la petite malade avait eu, par les fosses nasales, une hémorrhagie qui avait duré plus de cinq ou six heures, et qu'il avait été fort difficile d'arrêter; le sang, qu'il eût fallu pouvoir recueillir et analyser, en était rose et très liquide. Le 14, on remarqua que les urines étaient fortement colorées en rouge, et je ne doute pas que ce ne fût par la présence du sang exhalé par la muqueuse vésicale. L'analyse microscopique que j'en fis avec l'aide de M. le docteur Constant Thibipeaux, préparateur de M. Flourens, et de M. Papenheim, un de nos plus habiles micrographes a permis de constater d'une manière incontestable la présence de globules sanguins.

» Je me livrai à l'examen le plus attentif de tous les organes, et je ne parvins à découvrir aucune lésion appréciable. Sauf que l'appétit était faible, que le pouls offrait une certaine fréquence (120 pulsations), que la petite malade avait la figure fatiguée, il me fallut reconnaître que toutes les fonctions vitales s'opéraient assez convenablement dans les conditions si extraordinaires que je viens d'exposer. Je ne fus pas plus heureux dans la recherche que je fis des causes de la maladie; il est vrai que la malade, arrivant à l'instant de Nevers, où elle était au couvent, je ne pus pas les étudier rigoureusement. Je dus m'en référer au dire de la mère, qui m'assura que sa fille avait été envoyée dans ce pensionnat encore plus faible que je ne la trouvais, et qu'elle en revenait, après un séjour de huit mois, bien grande et bien fortifiée.

En même temps que je conseillai un régime tonique, la limonade cuite, je prescrivis les pastilles au lactate de fer (2 centigrammes par pastille), prises à la dose d'une de deux en deux heures. Quoi qu'il y eût, dès le 17, une amélioration marquée, puisque plusieurs taches avaient pâli et que les jambes offraient une teinte moins foncée. Effrayé à la vue d'un peu de sang qui avait été rendu par le fondement, je remplaçai la limonade par l'infusion de bourgeons de sapin du nord, et dans le but de donner une grande activité aux organes de la digestion, je fis prendre des pastilles de chocolat renfermant 5 milligrammes de stannate d'or (une le matin à jeun et une le soir), tout en faisant continuer l'usage du lactate de fer. Le 18, grâce sans doute à l'action réparatrice de la préparation ferrugineuse, l'amélioration notoire la veille était bien plus marquée, et le 21 elle était si prononcée, que je ne craignis pas de rassurer entièrement la mère sur l'issue de la maladie, dont il ne restait plus aucune trace le 31 suivant (juillet 1845). Je n'en ai pas moins conseillé de continuer pendant quelque temps encore la préparation ferrugineuse, mais à la dose seulement d'une pastille matin et soir. La santé de la petite fille qui m'a fourni les éléments de cette observation, est aujourd'hui aussi satisfaisante que possible.

M. Regnier, médecin à Coulommiers, adresse une relation de la mort subite d'une jeune fille occasionnée par l'électricité sans bruit de tonnerre. Cette jeune fille se retirait des champs au moment où un gros nuage noir s'avançait de l'ouest. Tout à coup elle tombe; on s'approche, elle était morte. L'examen du cadavre ne fit découvrir aucune lésion; seulement les poils de l'aisselle étaient brûlés. Son bonnet, projeté au loin, présentait un trou. M. Regnier attribue cette mort à l'électricité de la terre : cette fille aurait servi de conducteur pour la transmettre au nuage.

M. Arago croit à la possibilité de ce fait, qui a, dit-il, deux ou trois analogues dans la science.

— *M. Frestel* adresse une note en réponse à un mémoire de M. de Haldat dans lequel ce savant contestait l'influence que les muscles de l'œil exerçaient dans l'acte de la vision.

NOUVELLES.

A la suite du dernier concours, MM. les docteurs Voillemier et Gosselin ont été nommés chirurgiens du Bureau central des hôpitaux de Paris.

— M. Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chirurgien-consultant du roi, en remplacement de M. Breschet, décédé.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur, (officier) M. Viollet, chirurgien-major en retraite; (chevalier) M. Marbotin, chirurgien major de 2e classe au 10e cuirassiers.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 ET MARDI 19 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 96. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Du traitement des accidents secondaires de la syphilis. Du mercure envisagé comme agent thérapeutique, et comme cause pathogénique.

Nous donnerons successivement dans une courte série d'articles une rapide analyse des leçons dans lesquelles M. Ricord expose en ce moment à l'hôpital du Midi ses opinions sur le traitement des accidents secondaires de la syphilis, et sur la marche et le traitement des accidents tertiaires.

— Le traitement de la vérole constitutionnelle, dit M. Ricord, peut se diviser en traitement prophylactique, traitement curatif. Et d'abord, le traitement prophylactique par excellence de la vérole constitutionnelle, c'est le traitement abortif du chancre; du chancre, point de départ de tous les phénomènes que l'on peut observer plus tard. Détruisez le chancre dès son apparition, au premier, deuxième, troisième, quatrième, ou même cinquième jour après le coït infectant, détruisez-le complétement, foncièrement, et vous n'aurez jamais d'accidents constitutionnels. Ce n'est point là une vue purement spéculative; c'est le résultat de milliers d'observations, de milliers d'expériences,

Il y a dans le traitement prophylactique de la syphilis constitutionnelle, deux choses bien différentes : 1° Empêcher la diathèse syphilitique de s'établir; c'est le traitement préservatif absolu. 2° Une fois la diathèse établie, empêcher la manifestation des phénomènes qui la caractérisent. Dans cette seconde circonstance, on ne peut point, à proprement parler, regarder le traitement comme prophylactique. Dès que le chancre s'est induré, la diathèse est établie; et à quelque époque que vous arriviez avec le traitement spécifique, vous ne pourrez empêcher que la manifestation des phénomènes. La fermentation syphilitique a eu lieu, vous ne pourrez vous opposer à l'empoisonnement général. Un exemple. Un homme se livre à un coït infectant. Le même jour il commence un traitement mercuriel. De deux choses l'une, où il aura affaire à un accident qui aura des suites graves, et le traitement ne pourra empêcher la diathèse de s'établir; où il aura affaire à des accidents qui ne doivent rien produire, et le traitement aura un succès complet. Tout le vice de l'argumentation des anciens consiste en cette circonstance, à savoir : que proportionnellement au nombre des individus atteints de chancres, la quantité des syphilis constitutionnelles est peu considérable. On en a fait honneur au traitement spécifique employé comme préservatif. Il n'en est rien; les résultats sont identiquement les mêmes chez les sujets qui n'ont fait aucun traitement. Pour détruire notre doctrine, il faudrait prouver : qu'après un coït infectant, le traitement mercuriel employé sur-le-champ empêchera toujours le chancre de s'indurer; qu'une fois le chancre induré, le traitement mercuriel empêchera *à tout jamais* la production d'un accident constitutionnel, quel qu'il soit, deux points que nous nions formellement. Nous professons, et nous le prouvons chaque jour, que le chancre induré est fatalement suivi, dans un espace de temps qui varie, d'accidents constitutionnels. Nous avons suivi avec attention des malades soumis à des formes variées de traitement, ayant pris des doses différentes de mercure pendant des espaces de temps éminemment variables, et nous ne sommes point encore arrivé à une médication qui nous permette de dire : Ce malade, affecté d'une syphilis constitutionnelle, est, à tout jamais, débarrassé de la vérole, et n'en présentera plus aucun symptôme.

Sous l'influence d'un traitement mercuriel administré à des sujets infectés tout à fait au début de la maladie, nous avons vu maintes fois le chancre se développer, parcourir toutes ses périodes, s'indurer sans que le traitement général ait eu la moindre influence sur lui. Mais il est un fait avéré, c'est que par ce traitement on peut empêcher, ou tout au moins retarder la manifestation des accidents constitutionnels. On peut, chez quelques sujets, empêcher complétement l'apparition d'un ordre de symptômes, et cela pendant un temps si long que le sujet vient à mourir d'autre chose, sans en en avoir présenté de traces; ce qui équivaut presque à la santé.

Supposons maintenant que l'on n'ait pu s'opposer à l'établissement de la diathèse syphilitique, et que le malade se trouve avec une vérole confirmée, à quelle médication faut-il avoir recours? Pour instituer un traitement rationnel, on a cherché à se rendre compte de la nature intime de la maladie elle-même, et, il est fâcheux de le dire, après tous les raisonnements que l'on a faits, on est presque réduit à la trop fameuse théorie de Molière sur l'opium. Jetons un coup d'œil rapide sur ces théories diverses, et les rapports qu'elles peuvent avoir avec le traitement. On a fait de la vérole une affection reconnaissant ou non une cause spécifique. On sait que pendant un temps, la doctrine physiologique ne voyait dans la syphilis qu'une forme de l'inflammation; d'autres, au contraire, la considéraient comme le résultat d'un empoisonnement, d'une intoxication. Tandis que l'une de ces doctrines y voyait le résultat de causes hypersthéniques, inflammatoires, l'autre la rattachait à un principe asthénique, hyposthénisant. De là dut résulter forcément une foule de théories pour la thérapeutique; et cependant, dans ces explications si différentes, il y a quelque chose de vrai. Mais la faute que l'on a commise, c'est de s'être emparé pour constituer cette unité, la vérole, des choses les plus disparates; c'est d'être arrivé à faire rentrer dans la syphilis les conditions les plus différentes comme premiers éléments, d'une part, le chancre avec ses conséquences, d'autre part, la blennorrhagie avec ses conséquences; deux choses qui diffèrent autant l'une de l'autre, que la pneumonie la plus franche diffère de la fièvre typhoïde.

Dans la vérole, nous avons un effet toxique incontestable; une altération évidente du sang, une diminution des globules et de la fibrine facile à constater, tout le contraire en un mot des conditions de l'état inflammatoire. La syphilis constitutionnelle est éminemment altérante, éminemment désorganisante. Mais, dans ses manifestations, elle peut présenter momentanément et localement, dans certains points affectés, des accidents inflammatoires; ce sont des accidents sthéniques développés sur un fond asthénique. C'est ainsi que l'on a pris des phénomènes secondaires pour la maladie totale. Ces manifestations sont autant de petites maladies locales qui ont leur physionomie à part, leur allure particulière. Dans ce tout, il y a des parties.

En envisageant la syphilis de cette manière, dans les formes particulières de ses manifestations, on arrivera à comprendre toutes les modifications des opinions; à comprendre comment on a pu la considérer et comme une maladie inflammatoire, et comme une affection dépendant d'un principe hyposthénisant; comment on a pu proposer les antiphlogistiques et les toniques, la diète et une alimentation substantielle; comment aussi le mercure peut agir tour à tour comme hyposthénisant ou comme excitant. A une certaine dose, le mercure est antiphlogistique; il défibrine le sang; il diminue la quantité des globules. Qu'il vienne à se produire des accidents inflammatoires, une stomatite, par exemple, il y aura augmentation de la fibrine. Il faut donc voir dans la vérole l'essence de la maladie, l'empoisonnement. C'est de là qu'il faut partir. Eh bien! l'essence de la maladie est hyposthénisante, désorganisante, portant sur l'élément principal de l'homme, de sa nutrition, sur sa chair coulante, pour nous servir de l'expression de Bordeu, sur le sang, qui est altéré dans ses éléments; et puis, cela une fois admis, faire attention aux différentes manifestations, et remplir les indications à mesure qu'elles se présentent, poursuivre ici les phénomènes inflammatoires, là les accidents sub-inflammatoires, chroniques, etc., suivre enfin régulièrement le traitement de la forme et celui de la diathèse.

On doit emprunter à toutes les classes de médications. I

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les anciens et les modernes. — Cent-unième édition d'un discours bien connu. — Les vésicatoires dans la fièvre typhoïde. — Les anciens sur ce sujet. — Commodité et obligeance de la littérature médicale. — Ce que c'est qu'un historique. — Formule à ce sujet. — Moïse et Hippocrate. — Les Grecs et les Latins. — La chute de l'empire romain. — Les Arabes. — De Fernel à nos jours. — A quoi peut mener un historique. — M. Louis, ses doctrines critiques. — Son rôle à l'Académie.

M. Louis a fait, à mon sens, une réponse pleine de justesse et de raison à M. Castel qui, mardi dernier, donnait, à l'Académie de médecine, une centième édition de son discours sur la prééminence des anciens sur les modernes. Convenons-en, c'est un triste passe-temps que se donnent là certains critiques de s'acharner avec une ardeur toujours nouvelle contre la science contemporaine. Je veux bien croire que ces éternelles redites ont pour leurs auteurs un grand charme; mais, de grâce, qu'ils aient un peu de pitié pour l'auditoire qui sait par cœur leurs homélies; qu'ils jettent un regard compatissant sur le banc des journalistes dont la plume s'est usée à reproduire leurs oraisons; qu'ils aient quelques égards pour l'éditeur infortuné du *Bulletin* officiel de l'Académie, qui n'imprime que contraint et forcé la répétition incessante, monotone et ennuyeuse des mêmes discours. Il s'agissait, vous le savez, de l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la dothinenterie. Vous connaissez tous le travail consciencieux de M. Louis sur ce sujet, et ses conclusions tirées de l'analyse d'un grand nombre d'observations sur l'inutilité et même le danger des vésicatoires dans cette maladie. A l'argumentation fort nette et fort précise du chef de l'école numérique, qu'a répondu M. Castel? Des phrases dont la pompe dissimulait mal l'inanité. Les anciens — et, pour M. Castel, les anciens ce ne sont pas seulement les Grecs et les Latins, les Arabes, Fernel et même le dix-septième siècle, mais tout ce qui n'est pas contemporain — les anciens ont, dit-il, parfaitement jugé la question des vésicatoires dans les fièvres. De quels anciens parlez-vous donc, spirituel et acharné contempteur des temps présents? Voyons, où sont vos preuves, comme a dit M. Louis? Les puisez-vous dans Baglivi, qui a fait une longue dissertation *De usu et abusu vesicantium* pour prouver tous leurs dangers? Est-ce dans Sydenham, qui fit un grand éloge de leur utilité dans l'épidémie de fièvres de 1674? Etes-vous pour Galien, qui n'en voulait que pour faire croître les cheveux? Ou pour Freind (*De vesicantibus*), qui va jusqu'à dire qu'une fièvre violente ne peut guérir sans leur intervention? Eh, mon Dieu, si je voulais, dans ce moment, me donner un petit badigeon d'érudit — chose en tout temps très facile et qui n'impose guère qu'aux ignorants — je vous prouverais, à l'aide des 174 ouvrages, dissertations ou mémoires recueillis par les bibliographes sur les vésicatoires, en ne remontant guère qu'en 1607, à Dominique Terillo (*De vesicantium recto usu ac utilitatibus, mirificisque in praxi fructibus.* In-4°. *Venetiis*), et en finissant à Louis Toti (*L'Efficacia delle cantaridi*, etc. In-8°. Pise, 1793), je vous prouverais, dis-je....., tout ce que je voudrais.

Car c'est là l'agréable, le commode, le véritablement obligeant de ce chaos immense et profond qu'on appelle la littérature médicale; c'est qu'un esprit adroit en tire tout ce qu'il veut, prouve avec tout ce qu'il veut, édifie ou démolit tout ce qu'il veut. Sur cette question des vésicatoires, me croiriez-vous bien embarrassé de dire le pour ou le contre? Pas le moins du monde.

Je commencerais par un historique. L'historique est de rigueur. Mon bien aimé lecteur, sur quelque petit bobo que vous vous avisiez d'écrire, je vous recommande l'historique, si vous ne voulez passer auprès des érudits pour un ignorantissime écrivain, un iconoclaste, un brûleur de livres, un ambitieux voulant faire dater la science de vos œuvres, et selon l'expression consacrée, faisant table rase des anciens. Nos jeunes auteurs qui redoutent ces aménités critiques, ne manquent pas à ce devoir, et en tête de leurs monographies, s'agirait-il des plus puériles choses, vous voyez majestueusement s'étaler ce grand mot à effet, HISTORIQUE. Que ce grand mot ne vous effraie pas, vous tous qui aspirez à faire gémir la presse! La formule de la chose est bien simple, et quoiqu'elle n'ait encore jamais servi à mon usage particulier, je puis, l'occasion s'en présentant, vous en donner les éléments principaux.

Hippocrate vient le premier, c'est tout simple. Une petite tartine, s'il vous plaît, pour le vieillard de Cos..., le père de la médecine...., cet immortel observateur qui... que .. génie antique... Périclès... la Grèce et son climat..., vous avez là deux belles pages au moins, entrelardées de deux ou trois bonnes petites citations en grec, je vous prie; ce qui produit un charmant effet auprès de ceux qui n'entendent pas la langue d'Homère. Il y en a de plus raffinés qui ne disent jamais Hippocrate, mais bien la *collection hippocratique;* cette petite périphrase donne un certain vernis de connaisseur qui a son mérite; je vous la recommande. Il en est de bien plus malins qui se gardent fort de commencer par Hippocrate. Ceux-ci, et c'est aujourd'hui le bon genre, remontent à Moïse. Un petit verset de la Bible vous fera le plus grand honneur; c'est à la mode, ou comme disent les *lions* de notre littérature médicale, c'est très bien porté. Donc, comme la Bible — les commentateurs l'ont bien prouvé — est d'une complaisance extrême, donnez-vous le luxe peu coûteux d'un verset du Pentateuque.

Saluez, en passant, Alexandrie et son école. Ah! si vous pouviez dénicher quelque opinion d'Erasistrate ou d'Hérophile!..... Il y en a qui ont eu ce bonheur; imitez-les. Ne dédaignez ni Asclépiade, ni Dioscoride. Inclinez-vous surtout devant Celse, Arétée, et n'oubliez pas d'ajouter : de Cappadoce; ce qui donne un certain relief d'instruction variée. Avec tous ces noms-là vous vous ferez assurément une réputation d'érudit; mais tenez-vous à celle de savantissime? Prenez-moi tout de suite, dans Galien, une petite citation de Scribonius Largus. Citer du Scribonius Largus! voyez-vous, c'est la fine et quintessenciée diplomatie de l'historique, c'est de l'érudition médicale élevée à sa dernière puissance. Un petit mot d'Amatus Lusitanus ne fera pas trop mal.

J'en passe, et des meilleurs, Antonius Musa célébré par Horace :

Nam mihi Baias
Musa supervacuas Antonius.

Symmachus, dont le nom, grâce peut-être à l'épigramme célèbre de Martial, est venu jusqu'à nous :

Languebam, sed tu, comitatus, protinus ad me
Venisti centum, Symmache, discipuli,
Centum me tetigere manus aquilone gelatæ,
Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Ce qui prouve, en passant, que la clinique n'est pas inventée d'hier; Soranus, Rufus, Sérapion, et cent autres au milieu desquels Cœlius Aurelianus doit faire très bonne figure.

Arrivé à Galien, vous faites une pause; il en vaut bien la peine. Avec un auteur de cette trempe, il ne faut pas seulement citer, mais expliquer, commenter; car absolument Galien doit être pour vous. Ne lui faire rien dire sur le sujet en question, serait une maladresse insigne; mais le mettre contre vous serait une gaucherie impardonnable. Quand dans ce fécond auteur on peut puiser les opinions les plus contradictoires, il faut être bien candide pour ne pas s'en servir à son usage. Voyez un peu si nos faiseurs d'historiques commettent cette faute!

Passez rapidement sur les Sextus Empiricus, les Philagrius et autres médecins en us qui vous conduisent tout doucettement à la chute de l'empire romain et à l'invasion des barbares. Donnez-vous en à cœur joie de cette pauvre chute où ne manquent pas de trébucher tous les historiques passés et présents. Vous serez bien novice si vous n'en

n'y a pas de remèdes qui ne puissent devenir utiles ; les antisyphilitiques, qui font disparaître les phénomènes syphilitiques ; puis les antiphlogistiques sous toutes les formes trouveront leur emploi, émissions sanguines, purgatifs ; d'autres fois, ce seront les toniques, les ferrugineux surtout, pour l'état chloro-anémique ; d'autres fois enfin, les révulsifs ; les sudorifiques, les diurétiques. Mais il en est, parmi ces médications, qui réussissent plus souvent, plus vite les unes que les autres, et qui donnent au moins l'apparence la plus complète, la plus puissante, la plus certaine d'une guérison absolue. C'est par cette médication, qui mérite le nom de médication spécifique, que nous allons commencer, tous les autres moyens empruntés à la thérapeutique générale ne servant que de moyens adjuvants. Pour arriver à une médication simple, nous commençons par établir l'unité de nature de la maladie. Contre l'élément syphilitique pur, le mercure purement et simplement.

On a dit avec raison du mercure que c'est une arme à double tranchant ; son action est toute bonne ou toute mauvaise. Aussi distinguerons-nous une action thérapeutique et une action pathogénique, et nous commencerons par cette dernière.

Nous ne sommes pas de ceux qui ont l'horreur du mercure, mais nous ne sommes pas non plus un enthousiaste irréfléchi.

Effets pathogéniques du mercure et de ses préparations. — Le mercure, a-t-on dit, doit produire un petit mouvement fébrile ; c'est la preuve qu'il agit avec succès. Nous disons, nous : Il ne doit point y avoir de fièvre mercurielle. Défiez-vous des cas dans lesquels le mercure donne lieu à ce mouvement fébrile. Soyez-en sûr, c'est qu'alors il fouette une phlegmasie quelque part. Le mercure n'est nullement fébricitant ; il serait plutôt fébrifuge. Il produit la réaction fébrile chez les sujets qui ont une maladie organique ou qui présentent des accidents quels qu'ils soient qui en contre-indiquent l'administration. Si un sujet soumis au mercure est pris de fièvre, demandez-lui s'il ne tousse point, s'il n'a pas des sueurs nocturnes ; examinez-le avec attention, et vous trouverez souvent la cause de la fièvre mercurielle dans le poumon, dans des tubercules commençants, toujours en dehors de l'action thérapeutique du médicament. Cette fièvre mercurielle est déjà un accident qui doit ou faire modifier la dose du médicament ou en faire suspendre l'emploi complètement.

On a reproché au mercure de causer la chute des cheveux, l'alopécie. Pour nous, le mercure n'est jamais la cause de cet accident ; il empêche tout au contraire les cheveux de tomber ; il ne les fait pas repousser, mais il leur permet, en détruisant la manifestation morbide, de repousser quand cette manifestation a disparu.

C'est principalement sur les membranes muqueuses que se manifeste l'action pathogénique du mercure. C'est sur ces parties que l'on doit fixer principalement son attention. Quant à l'ordre d'apparition des phénomènes, c'est la muqueuse buccale qui en est le premier siége, et dans un temps très court ordinairement. Lorsqu'il doit produire des accidents buccaux à une dose donnée, c'est le plus fréquemment dans le premier septénaire que l'action se montre. Lorsque pendant huit ou dix jours un sujet a été soumis à une dose donnée de mercure, sans accident, on peut être presque certain, à moins de circonstances tout à fait particulières, qu'il n'en surviendra pas, et l'on peut continuer sans crainte la même quantité. Plus on s'éloignera du moment où l'on a commencé l'administration du mercure, moins on a de craintes à concevoir.

Ces accidents sont la salivation, l'ébranlement et la chute des dents, la carie des os maxillaires, la gangrène de la face interne des joues, les perforations, les térébrations des joues ; on a vu survenir le sphacèle d'un côté de la face. Nous avons vu dans un cas une gangrène complète de la langue, jusques et y compris le ligament épiglottique. Nous le disons hautement, la salivation est un accident excessivement grave et sans aucune espèce d'utilité dans le traitement de la vérole. Jamais on ne doit chercher à la provoquer, toujours chercher à la prévenir, à l'arrêter si malheureusement elle se produit. Rarement elle s'observe dans la première période de la vie ; rarement aussi dans un âge très avancé. Il semble que la présence des dents soit nécessaire pour qu'elle puisse se produire. On a pris quelquefois le muguet pour la stomatite mercurielle, c'est une erreur que l'on doit éviter. On ne l'observe que rarement aussi chez les vieillards dont les dents sont tombées et dont les gencives sont devenues dures et comme cornées.

Au nombre des accidents causés par le mercure, nous signalerons ceux qui se produisent du côté du canal intestinal. Quelle que soit la préparation mercurielle employée, son action peut se passer sur cette partie, et constituer un véritable accident. Ici, deux distinctions à établir. Il peut n'y avoir qu'une exhalation muqueuse, analogue à celle qui survient sur la muqueuse de la bouche, une véritable salivation intestinale, caractérisée par une diarrhée séreuse, sans aucun symptôme inflammatoire franc, comme il arrive au début de la stomatite mercurielle. C'est principalement chez les enfants soumis au traitement mercuriel que l'on observe cette diarrhée séreuse, succédanée de la salivation buccale. Mais très fréquemment aussi, vous n'avez pas seulement cette action, en quelque sorte spécifique, cette exhalation simple qui enlève au sang une partie de sa sérosité. Vous avez, de plus, une action excitante, des produits d'inflammation, une phlegmasie du tube digestif.

Sur la peau, le mercure a une action pathogénique double. Le plus souvent, c'est un effet direct ; c'est là où il est appliqué qu'il détermine une irritation. Cette irritation n'a rien de spécial ; il n'y a pas d'irritation cutanée hydrargyrique reconnaissable. Le mercure peut produire des érythèmes, des eczémas semblables à l'érythème, à l'eczéma normal.

On ne peut prononcer, à la simple inspection, si l'exanthème reconnaît pour cause déterminante le mercure ou toute autre circonstance. La seconde action, différente de cette action primitive, directe, est celle que produit le mercure à distance. Administré à l'intérieur, il pousse à la peau, et détermine aussi des éruptions. L'action directe est celle que l'on doit le plus ordinairement éviter, parce qu'elle est aussi le plus souvent irritante. C'est dans l'action directe que l'on trouve plutôt les effets pathogéniques ; dans l'action à distance que se manifeste l'action thérapeutique.

Enfin, le mercure peut agir comme cause d'accidents sur le système nerveux. Un des phénomènes le plus fréquemment déterminé par le mercure sur l'appareil de l'innervation, c'est le tremblement mercuriel, et il ne constitue pas un accident de mince valeur. Heureusement, hâtons-nous de le dire, il ne se produit que dans certaines circonstances, et ce ne sont pas celles dans lesquelles se trouvent les malades soumis à la thérapeutique antiphlogistique. Ce n'est que chez les individus soumis pendant longtemps aux émanations du mercure en vapeur qu'on rencontre ce tremblement ; chez les doreurs, par exemple, et dans quelques professions analogues.

Nous n'avons jamais vu un seul cas de tremblement mercuriel causé par le mercure pris à l'intérieur. Le seul fait de tremblement que nous ayons vu dans cet hôpital, est relatif à un infirmier qui, chargé de donner les fumigations de cinabre aux malades, se trouvait dans les mêmes conditions que les ouvriers dont nous venons de parler.

Mais, en dehors de ce phénomène particulier, le mercure a une action incontestable sur les centres nerveux, action qui ne se manifeste pas toujours de la même manière, pouvant conduire à des altérations d'intelligence, à des inflammations, à des suppurations du cerveau et à la mort.

Nous avons eu dans nos salles, il y a quelques années, un sujet présentant des accidents syphilitiques très tenaces, réfractaires au mercure, et chez lequel les préparations hydrargyriques n'agissaient plus. Cet homme succomba, offrant une hémiplégie qui avait succédé à des symptômes d'inflammation cérébrale lente, et à une suppuration encéphalique.

A l'autopsie, on trouva du pus dans un hémisphère du cerveau, la substance cérébrale a fourni du mercure en substance à l'analyse chimique. Dans ce cas particulier, est-ce le mercure seul qui avait produit les accidents, ou doit-on les rapporter aussi à la syphilis ? C'est un point que l'état de la science ne nous permet point de décider encore.

Dr A. FOUCART.

MAISON D'ARRET DE CHAUMONT (Haute-Marne).

Morve aiguë développée chez un détenu cinq mois et demi après son incarcération. Observation recueillie par le docteur CHATELAIN, médecin des prisons de Chaumont.

Le 21 août 1844, Pubel (Maurice), âgé de vingt-trois ans, a été renfermé dans la maison d'arrêt de Chaumont comme prévenu de vols qualifiés. Conducteur d'accélérés depuis l'âge de dix-neuf ans. Pubel est né de parents bien portants ; il a eu la variole à l'âge de quatre ans ; il est d'une forte constitution ; il n'a jamais eu de boutons ni de taches sur la peau, jamais d'engorgements ganglionnaires, ni aucun autre signe d'affection vénérienne ou scrofuleuse. Tempérament sanguin, cheveux chatains, embonpoint ordinaire. La ration de la maison (750 grammes de pain et 1 litre de soupe par jour) étant insuffisante pour apaiser sa faim, il lui fut accordé une demi-ration supplémentaire jusqu'au 1er novembre.

Le 21 janvier 1845. Pubel se plaît de coliques et de diarrhée ; cinq à six garderobes par jour ; le sommeil et l'appétit n'ont point diminué ; il ne ressent aucun frisson, aucune courbature ; pouls à 68-72. Tisane de riz ; lavements avec eau de riz et amidon.

Le 25 janvier, les coliques et la diarrhée ont cessé complétement ; le malade va très bien.

Le 1er février, Pubel a été condamné la veille à trois années d'emprisonnement ; il est séparé des prévenus et transféré dans une pièce sombre, humide et malsaine. Aucun travail pour se distraire ; trois heures de cour par jour.

Le 10 février, Pubel a perdu l'appétit ; il est triste, morose, abattu ; il a ressenti de légers frissons la nuit, ses yeux sont rouges ; larmoyants ; il a de fréquents éternuments accompagnés de l'expulsion d'un mucus aqueux, ténu, incolore ; les ailes du nez sont rouges, enflammées ; la membrane pituitaire est congestionnée ; douleur à l'arrière-gorge ; pouls à 76-80. — Bains de pieds eau de cendres ; lotions eau de guimauve ; fumigations émollientes ; tisane pectorale.

Le 20 février, amaigrissement notable ; gonflement érysipélateux du nez ; le bord libre des ailes du nez et la muqueuse sont d'un rouge très vif ; difficulté d'avaler ; le palais, les amygdales et l'arrière-bouche ne présentent rien de particulier ; point d'engorgement sous-maxillaire ou parotidien ; point de céphalalgie ; une selle en vingt-quatre heures.

Le 6 mars, sécrétion purulente par la narine droite ; point

---

tiez pas au moins une bonne page. Pour les ténèbres du moyen-âge, un autre feuillet ; c'est de règle. Mais au beau milieu de cette profonde nuit, adroitement et comme un coup de théâtre, montrez-nous là bas, là-bas, dans l'empire des califes ou du côté de Grenade et de Cordoue, montrez-nous une toute petite lueur qui brille et scintille dans l'obscurité complète qui enveloppe le monde ; c'est le lumignon des Arabes. Très expressément je vous recommande ce lumignon. Avec un peu d'habileté vous nous ferez de Rhazès, d'Albucacis, d'Hali-Abbas, d'Avicenne et d'Averrhoès un petit salmi mauritain très bien en goût. Je vous signale à cet égard quelques historiques récents où cette passion de l'arabe a été poussée jusqu'au luxe. C'est sans doute une conséquence de notre conquête de l'Algérie.

Les arabistes — n'oubliez pas cette dénomination qui a tout à fait bonne façon — vous conduisent à la renaissance et aux modernes. De Fernel à nos jours la traite est longue sans doute, mais que d'étapes vous pouvez faire fructueuses et habiles ! croyez-en là dessus l'expérience de quelques-uns de vos confrères ; faites des divisions et des coupures dans votre énumération : l'Italie, l'Allemagne, l'Angleterre et la France vous fournissent naturellement quatre têtes de chapitre qui vous feront le plus grand honneur dans votre département. Soignez moi surtout les contemporains ; c'est ici qu'il faut savoir avec largesse prodiguer les citations ; ne soyez pas avare d'épithètes louangeuses et que chaque nom propre se trouve flanqué d'une désignation flatteuse qui chatouille agréablement la vanité. Si vous visez au prix Monthyon surtout, ma petite recommandation trouvera son opportunité. Dans l'historique d'un ouvrage récemment couronné, j'ai compté six fois le mot célèbre, cinq fois l'auteur a donné de l'illustre, et j'ai perdu le chiffre, tant il était gros, du savant observateur, du praticien éminent, du clinicien exact et une infinité d'autres flagorneries *ejusdem farinæ* qui n'ont pas manqué de produire leur effet.

Eh bien ! ce n'est pas plus difficile que cela de faire un historique. Pour un bon prix, je connais des gens qui se chargeraient d'en faire ainsi un tous les jours, bien nourri, bien corsé, de bonne défaite, avec citations exactes, et, vu la concurrence, avec addition du Pentateuque, sans oublier la chute de l'empire romain ni le lumignon des Arabes ; et cela sur un sujet au choix ; et comme sur un sujet quelconque il existe au moins deux manières de voir, ils se chargeront de soutenir historiquement celle qui vous fera plaisir.

Mais, je vous le demande, à quoi peut conduire un historique semblable ? Où peut aboutir cette manière banale et vulgaire de faire de l'histoire ? Quelle valeur peuvent avoir, auprès d'un esprit sérieux et éclairé, ces lambeaux décousus pris à droite et à gauche, sans discernement, sans mesure, sans critique ? Quelle utilité assigner à ces prétendus historiques, premier chapitre obligé de toute œuvre médicale, tous si uniformes et si complétement ressemblants qu'on dirait, en vérité, que dans un coin ignoré existe et se meut quelque mécanique a haute pression qui inonde notre littérature de ses produits de pacotille ?

Cette histoire bâtarde n'est pas du goût de tout le monde ; et, pour en revenir à mes moutons, elle a surtout déplu à M. Louis, qui, cherchant partout des preuves, ne rencontrait que des assertions. Or, il existe deux façons d'apprécier la valeur des preuves dans une science d'application comme est la science médicale. Dans la première, en partant d'un principe, d'une loi, d'un dogme, on soumet les faits et les doctrines à un *criterium* qu'on a formulé, établi d'avance, et sous le joug duquel on fait passer toute l'histoire de la science. C'est la manière employée par les grands systématiques, et qui serait à coup sûr la meilleure si le dogme était irréprochable. De nos jours, pour ne citer qu'un exemple, Broussais a fait l'emploi le plus large de ce moyen, et si ses puissants efforts n'ont pu soutenir l'édifice, c'est que la base était mal assurée, c'est que son *criterium* n'en était pas un.

L'autre manière, celle qu'a préférée M. Louis et que certes il n'a pas inventée, car ce n'est en fin de compte que la méthode de Descartes, consiste à regarder le vaste champ de l'observation médicale comme inculte et stérile ; à rejeter toute autorité dogmatique et historique comme insuffisante et illégitime, et, sans tenir compte des opinions et des doctrines, à recueillir, sans prévision d'un résultat quelconque, des faits sévèrement observés, soigneusement analysés, dont on tire ensuite les conséquences qu'ils portent dans leurs flancs. M. Louis a été fort critiqué, très vivement blâmé d'avoir considéré la science médicale existant plutôt en puissance qu'en réalité. Je ne veux pas ici ranimer une grande querelle à peine éteinte ; mais c'est ma conviction profonde, vienne un historien véritable de la médecine, un homme qui à une profonde et solide instruction générale, joigne un jugement sûr et sévère, un sens critique surtout très développé, qui ne prenne pour base de ses appréciations que le *criterium* employé aujourd'hui dans toutes les sciences d'observation, et j'affirme qu'il fera faire un grand pas aux doctrines critiques de M. Louis. Qu'a-t-il manqué jusqu'ici à ces doctrines pour être généralement acceptées ? Presque rien, un écrivain ; encore, peu de chose, un orateur.

Ceci me conduit, pour terminer, à dire quelques mots du rôle que joue le chef de l'école numérique à l'Académie de médecine. A l'encontre de ses illustres confrères qui pour se conformer aux préceptes de l'Eglise, viennent à l'Académie au moins une fois l'an, M. Louis assiste régulièrement aux séances et remplit ses fonctions d'académicien avec zèle et exactitude ; les commissions dont il fait partie le trouvent assidu à leurs réunions, et il fait les rapports dont on le charge. Il prend part aux discussions d'une manière discrète et toujours convenable ; il est écouté quand il parle, et sa parole a de l'autorité. Ce serait cependant une insigne flatterie de faire de M. Louis un orateur agréable ; à coup sûr il n'a pas cette prétention, et c'est ce qui m'engage à passer sous silence tous les qualités de sa diction embarrassée et hésitante, et à ne pas signaler les défauts qui lui manquent. Dans les grandes occasions, M. Louis ne se lance pas dans les périlleux hasards de l'improvisation, il écrit ses discours, mais alors il les lit mal, et ne produit pas l'effet qu'il pourrait produire. A tout prendre, ce n'est pas comme académicien que M. Louis doit surtout être étudié. Sous d'autres points de vue il peut être le sujet d'une appréciation intéressante et curieuse qui viendra peut-être ici en temps et lieu.

Jean RAIMOND.

— Nous recevons d'un de nos abonnés une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

La question de jurisprudence médicale que je soumets à vos lumières, est celle-ci :

« Dans un cas de délit d'exercice illégal de la médecine, commis par un officier de santé dont le diplôme n'a pas été obtenu dans le département dans lequel il exerce, un médecin qui n'a eu connaissance du délit de cet officier de santé que par état et dans l'exercice de sa profession, peut-il se refuser à déposer devant un tribunal qui exigerait de lui des renseignements sur des malades qu'ils auraient pu être appelés à traiter. »

On nous prie de répondre à cette question, et nous le faisons en ces termes ;

La légalité sur ce point est obscure et confuse, ce n'est pas dans la jurisprudence qu'il faut chercher un mobile à sa détermination ; la conscience seule est ici souveraine, et c'est à ses inspirations seulement qu'il faut céder.

NOUVELLES.

M. le docteur P. Pelletan est mort à Bruxelles, le 11 de ce mois, à l'âge de 64 ans. Il était chevalier de l'ordre de la Légion-d'Honneur, professeur en retraite de la Faculté de médecine de Paris, ex-médecin des rois Louis XVIII et Charles X, etc.

— M. Flourens a ouvert, mardi 12 août, au Jardin des Plantes, à une heure, son cours de physiologie comparée, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. L'amphithéâtre ordinaire étant en état de réparation, le cours a lieu, cette année, dans celui de géologie.

de fièvre ni de courbature ; sommeil tranquille ; l'appétit est conservé.

Le 8, écoulement par les deux narines d'une matière fétide, épaisse, sanguinolente, semblable au jetage des chevaux morveux.

La face proémine en forme de groin ou de museau ; la muqueuse nasale est boursouflée, ulcérée ; la moitié droite de la lèvre supérieure a acquis le double de son volume ordinaire ; elle présente à son bord libre et à sa face interne une ulcération de deux centimètres de diamètre. Le malade est transféré à l'infirmerie. — Lotions et injections guimauve chlorurée ; charpie imbibée de chlorure dans les narines ; sous-pis ; lait sucré ; solution de sirop de groseille avec addition de chlorure ; gargarismes chlorurés.

Le 9, l'ouverture des narines est obstruée par des croûtes brunâtres desséchées et dures ; dans l'intérieur, on observe sur la cloison cinq ou six élevures blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet et couvertes de mucosités. La lèvre supérieure est tuméfiée et ulcérée dans toute son étendue ; la lèvre inférieure présente un commencement d'excoriation ; haleine fétide ; il s'écoule continuellement par la bouche des mucosités limpides et filantes ; la paroi postérieure du pharynx est tapissée d'une couche visqueuse adhérente et jaunâtre. La bouche ne présente rien de particulier ; point de céphalalgie, point de nausées ; nulle sensibilité à l'épigastre ; aucune colique, aucune douleur contusive dans les membres ; la soif est modérée ; le malade a toute son intelligence ; il prétend connaître la morve, et n'avoir jamais touché de chevaux morveux ou farcineux. Quand il exerçait son métier de voiturier, il avait l'habitude de coucher à l'écurie. La poitrine ne présente rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion. Aucune éruption à la peau ; aucune trace de tumeur phlegmoneuse ; pouls à 92-96. — Traitement *ut suprà*.

Le 10, les deux lèvres sont ulcérées et boursouflées : elles saignent très facilement ; même état du nez. Le malade a dormi cinq heures en différentes fois ; la difficulté d'avaler est plus grande que la veille ; il n'a pu boire que son lait ; pouls à 96-100. — Cautérisation des lèvres et des narines avec la créosote pure ; lot. et inject. guimauve chlorurée ; sirop vineux de quinquina ; solut. sirop de groseille ; demi-litre de lait sucré.

Le 11, le sommeil a été agité par des rêvasseries ; un peu de délire ; deux garderobes liquides dans la nuit ; langue humide, sans rougeur ni enduit muqueux ; soif modérée ; légère céphalalgie.

Les 12, 13 et 14, même état ; pouls à 108-112.

Les 15 et 16, les yeux sont rouges, injectés ; engorgement des conduits lacrymo-nasaux ; sécrétion purulente des paupières ; caroncule lacrymale gauche tuméfiée ; pouls à 112-116 ; petite toux sèche pendant la nuit ; deux garderobes liquides ; borborygmes ; douleur à la région iléo-cœcale ; chaleur de la peau naturelle ; urines claires, limpides, citronnées, sans dépôt. Deux heures à peine de sommeil. — Saignée de 500 grammes ; collyre nitrate d'argent (eau distil. 30 gram., nitr. d'argent cristal, 75 centigr.) ; vésicatoire à la nuque ; diète absolue ; le reste, *ut suprà*.

Le 17, une selle solide. On remarque sur le dos du nez trois ou quatre pustules de la grosseur d'une tête d'épingle, entourées à la base d'un petit cercle rouge. Trois heures de sommeil. La toux a diminué, ainsi que la difficulté d'avaler ; aucune douleur dans la poitrine ; le malade se plaint seulement de ses lèvres. Les crachats contiennent une grande quantité de matière purulente semblable à celle qui s'écoule par le nez quand on a détaché les croûtes qui en bouchent l'orifice. Même état des yeux ; pouls à 112-116.

Le 18, huit heures de sommeil tranquille ; une selle liquide. La toux a cessé ; rien de particulier dans la poitrine. Le gonflement des narines et des lèvres a beaucoup diminué. Les yeux et les paupières sont toujours congestionnés. L'appétit revient ; le malade mouche des mucosités jaunes très épaisses ; il avale mieux ; les ulcérations des lèvres commencent à se cicatriser ; pouls à 100-104. — Les lèvres sont touchées avec le nitrate d'argent fondu ; charpie créosotée dans les narines matin et soir ; lotions eau de roses ; inject. garg. chlorurés ; sirop vineux de quinquina : vésicatoire au bras ; solut. sirop de groseille ; bouillons ; lait sucré.

Le 19, sept à huit heures de sommeil sans rêver ; une selle liquide. La lèvre inférieure est complétement désenflée ; les ulcérations se cicatrisent de plus en plus. Les yeux sont plus rouges qu'hier ; le bord libre des paupières est boursouflé, excorié ; il y a sécrétion purulente des paupières et engorgement des conduits lacrymaux ; pouls à 104-108.

Le 20, il n'y a plus de mal de gorge. Le sommeil est bon ; l'appétit revient de plus en plus ; pouls à 104-108. — Même traitement ; 2 potages.

Les 21 et 22, le malade a dormi toute la nuit ; les sécrétions nasales sont naturelles ; la suppuration des paupières diminue beaucoup. Il existe encore à la lèvre supérieure, près de la commissure droite, une légère excoriation de 5 millimètres environ de diamètre ; une garderobe naturelle en vingt-quatre heures ; pouls à 100-104. — Demi-litre de lait ; demi-litre de bouillon ; 1 œuf ; 100 gram. de veau rôti ; 250 gram. de pain ; 2 décilit. de vin.

Les 29 et 30 mars, 500 gram. de pain ; 200 gram. de veau ; 1 litre de bouillon.

Le 15 avril, guérison complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 23 et 30 juillet 1845.— Présidence de M. Monod.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Letenneur*, médecin à Challans, ancien interne des hôpitaux de Paris, demande à faire une lecture à l'appui de sa candidature comme membre correspondant.

La parole lui est accordée pour lire une observation d'extraction de l'astragale après une luxation complète de cet os avec plaie.

D'après l'intérêt que présente cette observation, M. le président nomme une commission composée de MM. Michon, Guersant et Vidal, pour faire à la Société un rapport sur l'observation de M. Letenneur.

— *M. Chassaignac* présente un malade qui, après une double fracture de la cuisse gauche, traitée à l'Hôtel-Dieu, a guéri sans claudication et avec un raccourcissement peu considérable du membre fracturé. Ce fait a paru digne d'être présenté à la Société sous le point de vue de l'influence que la paralysie d'un membre fracturé peut avoir sur la régularité de consolidation des fractures et l'absence de chevauchement des fragments. Le sujet de cette observation était en effet atteint de paraplégie.

MM. Robert et Malgaigne font remarquer que le raccourcissement du membre est réel, mais qu'il s'est formé une inclinaison latérale de la colonne vertébrale et du bassin, ce qui rend compte de l'absence ou du faible degré de claudication.

— *M. Nélaton* communique, à titre de fait intéressant sous le point de vue pratique, l'observation suivante : Un homme se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une blessure produite par un coup de tranchet qui avait porté sur l'angle de réunion des deux premiers métacarpiens de la main gauche ; cette blessure donna immédiatement lieu à une hémorrhagie artérielle. Conduit chez un pharmacien, le malade y fut pansé à l'aide de morceaux d'agaric soutenus par une bande. Une nouvelle hémorrhagie étant survenue, on appliqua une deuxième fois un appareil compressif ordinaire. Plus tard, M. Roux ayant enlevé le pansement, l'hémorrhagie ne se reproduisit plus ; la cicatrisation s'effectua complétement, et le malade sortit de l'Hôtel-Dieu. Au bout de quelques jours, et en cherchant à soulever un fardeau, il vit tout à coup se former dans le lieu de sa blessure, une tumeur du volume d'une noix, que M. Nélaton reconnut pour un anévrisme faux consécutif à ses battements distincts et isochrones à ceux du pouls, et à un bruit de souffle très caractérisé. La compression de l'artère radiale diminuait les battements de la tumeur sans les faire cesser complétement. On n'obtenait ce résultat qu'en faisant simultanément la compression de la radiale et celle de la cubitale. L'indication d'opérer paraissant évidente à M. Nélaton, il avait résolu de lier dans la même séance la radiale et la cubitale, et il avait pris jour pour cette opération, lorsqu'au moment d'y procéder, il reconnut que la tumeur s'était affaissée, avait perdu ses battements d'une manière complète, était molle dans toute son étendue, en laissant toutefois un accroissement considérable de l'épaisseur de la main, puisque la région thénar de la main malade présente cinq centimètres et demi d'épaisseur, tandis que celle du côté sain n'a que deux centimètres et demi. En cette occurrence, M. Nélaton crut devoir renoncer à toute opération, et il a trouvé que cette remarquable circonstance de la disparition spontanée des caractères de l'anévrisme, rendait ce fait assez intéressant pour qu'il méritât d'être communiqué à la Société de chirurgie.

M. Bérard pense que quand les tumeurs anévrismales traumatiques placées sur le trajet d'artères peu volumineuses sont stationnaires, on peut ne pas les opérer, et compter dans un certain nombre de cas sur leur résolution spontanée. Il a été témoin de plusieurs faits de ce genre dans le service de Béclard, qui pratiquait souvent l'artériotomie de la temporale. Des tumeurs présentant tous les caractères d'un anévrisme succédaient à cette opération, et disparaissaient généralement au bout d'un mois, six semaines ou deux mois. Toutefois, M. Bérard reconnaît que ces exemples de guérison spontanée n'éclairent pas suffisamment le mécanisme de la disparition de l'anévrisme dans le cas présent ; car il ne se rappelle pas si dans les cas cités par lui, il y avait oblitération graduelle ou cessation brusque des battements. M. Bérard pense que dans l'état où se trouvait la tumeur avant la cessation des battements, et avec le volume qu'elle présentait, il y avait indication d'opérer et d'adopter le mode des deux ligatures radiale et cubitale.

M. Robert demande s'il n'a point existé quelques signes d'inflammation sur le trajet de la radiale ; si la pression sur cette artère n'était pas douloureuse ; si les parois avaient conservé leur souplesse et leur extensibilité normales. La production d'une artérite au voisinage d'une tumeur anévrismale est un mode de guérison connu et dont il a observé, tout récemment encore, un exemple. Ayant pratiqué la ligature de la brachiale tout près du pli du bras, et au-dessous de la collatérale interne, pour un anévrisme causé par la blessure de l'artère dans une saignée mal faite, il vit reparaître les battements dans la tumeur ; mais, l'artère étant devenue douloureuse dans son trajet, le sac anévrismal commença à s'indurer, puis disparut peu à peu. Ici la guérison semble avoir été déterminée, non pas sous l'influence directe de la ligature, puisque les battements avaient reparu, mais bien par suite de l'inflammation artérielle qui survint quelques jours après.

M. Nélaton répond que la pensée de ce mode de guérison s'étant présentée à lui, il a examiné le malade à ce point de vue ; mais n'a rien trouvé qui fût susceptible de le justifier ; car la tumeur qui existe encore est extrêmement molle dans toute son étendue, nullement douloureuse, non plus que le trajet de la radiale. L'artère a conservé les battements et sa souplesse jusqu'à la tumeur. Comprimée sous le doigt, elle s'affaisse pour reprendre son état primitif et présente aussi bien que la cubitale, tous les caractères de l'état sain.

M. Huguier dit qu'il est reçu en pratique, pour les blessures de la main et du pied, même pour celles de la jambe et de l'avant-bras, en un mot pour les points dans lesquels existent des anastomoses artérielles larges et multiples, de pratiquer une ligature double, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la tumeur anévrismale, dans le but de prévenir la récidive de la maladie par suite de la persistance des battements dans le bout inférieur. Cependant il existe à sa connaissance plusieurs faits qui prouvent qu'une seule ligature est suffisante pour amener la guérison. A cette occasion il cite un cas dans lequel l'artère radiale ayant été blessée à sa terminaison dans le premier espace inter métacarpien par un coup de sabre, il lui a suffi de pratiquer la ligature de la radiale dans l'excavation qu'on appelle la tabatière anatomique pour guérir le malade. Ce fait s'est passé à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Gerdy, que M. Huguier remplaçait alors. Chez un autre blessé, qui en 1830 eut le calcanéum traversé par une balle, il survint une hémorrhagie provenant de la tibiale postérieure. Cette première hémorrhagie s'étant arrêtée, il en survint une seconde par suite d'imprudences du malade. M. Hugier se contenta d'appliquer une seule ligature au-dessus de la blessure artérielle et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée.

M. Nélaton fait remarquer que suivant le renseignement qu'il obtient au moment même de M. Huguier, la compression de l'artère tibiale postérieure au dessus du lieu où elle était blessée, suffisait pour faire cesser tout battement au-dessous, tandis que, dans le cas communiqué par lui à la Société, les battements ne disparaissaient dans la tumeur qu'autant que l'on comprimait à la fois la radiale et la cubitale. C'est dans les cas de ce genre que la ligature lui paraît nécessaire : pour les cas où la compression d'une seule artère suffit à faire cesser les battements, on peut se contenter aussi d'une seule ligature.

M. Maisonneuve dit que le précepte dont a parlé M. Hugier n'a point été donné pour les anévrismes de l'extrémité terminale des membres, mais seulement pour les plaies artérielles.

M. Huguier répond que c'est pour les uns aussi bien que pour les autres, et que telle est la pratique de Dupuytren, de M. Roux et de la plupart des chirurgiens modernes ; que cette doctrine est même consignée dans presque tous les traités classiques de notre époque.

— *M. Chassaignac*, à l'occasion d'un fait dernièrement communiqué à la Société par M. Bérard, et dans lequel une pièce de cinq francs engagée dans les voies digestives, les avait parcourues dans toute leur longueur et avait été rendue par l'anus, fait connaître à la Société les détails d'un fait dans lequel une pièce de cinq francs retenue dans l'œsophage en a été retirée à l'aide de l'instrument de Grœfe.

M. Monod rapporte à cette occasion un cas dans lequel il a retiré, à la Maison royale de santé, une pièce de cinq francs de l'œsophage d'un homme qui, étant allé consulter Dupuytren, avala en sa présence et sur son invitation quelques bouchées de pain, ce qui fit penser à Dupuytren que la pièce de cinq francs n'existait plus dans l'œsophage. Le malade continuant à éprouver de la gêne au creux de l'œsophage, alla consulter M. Monod, qui introduisit l'instrument de Grœfe, reconnut de suite un tintement manifeste, et retira sans difficulté la pièce de cinq francs qui, probablement, s'était placée de champ dans l'œsophage.

Ce fait est intéressant en ce qu'il montre l'exemple d'une pièce de monnaie de grande dimension, restant pendant trois jours dans l'œsophage sans empêcher l'accès des aliments dans l'estomac.

Bien que l'instrument de Grœfe ne soit guère employé que pour l'extraction des pièces de monnaie, M. Monod en a fait usage avec succès pour l'extraction d'un noyau de pêche arrêté dans l'œsophage ; ce fait dans lequel un corps presque ovoïde a pu être délogé par un instrument imaginé pour des corps aplatis, en recule la limite d'application.

Sans blâmer la construction et l'emploi de cet ingénieux appareil, M. Guersant lui préfère dans certains cas la pince œsophagienne. C'est à l'aide de ce dernier instrument que dans une circonstance récente il est parvenu à extraire de l'œsophage d'un enfant de cinq ans une pièce de monnaie de cinq centimètres. Quelques tentatives furent faites d'abord avec l'instrument de Græfe, qui semblait refouler le corps étranger. M. Guersant eut alors recours à la pince œsophagienne, qui lui permit de le retirer immédiatement. La pince fut conduite dans l'œsophage latéralement et fut ensuite ouverte d'avant en arrière.

M. Chassaignac fait voir à la Société deux corps étrangers extraits chez des enfants, l'un est un noyau de cerise, perforé par une de ses faces et qui, placé dans les fosses nasales d'un enfant de trois ans, présenta pour son extraction quelques difficultés dépendant de ce que la membrane muqueuse boursouflée s'était engagée dans la cavité du noyau et le retenait comme par une sorte d'adhérence. L'autre est un bouton de chemise en nacre qui fut extrait de l'oreille d'un enfant de six ans à l'aide d'une sonde cannelée qui ayant été conduite sur les bords du bouton en détermina la sortie par un mouvement de bascule. M. Chassaignac n'avait envisagé ce dernier moyen qu'après avoir tenté à plusieurs reprises l'introduction d'un stylet recourbé.

M. Lenoir est parvenu à expulser du conduit auditif, à l'aide d'une injection vivement poussée dans ce conduit, un corps étranger dont l'extraction offrait de grandes difficultés à raison de sa forme et de la position qu'il avait prise. Un enfant s'introduisit dans le conduit auditif une pièce de pendant d'oreille ayant la forme d'une poire. L'extrémité aiguë du corps piriforme appuyait contre la membrane du tympan et déterminait les douleurs les plus aiguës pendant les tentatives d'extraction, que l'on renouvelait sans succès par suite de la configuration du corps étranger et de sa surface extrêmement lisse. C'est alors que M. Lenoir eut recours à la seringue d'Anel, avec laquelle il poussa dans le conduit auditif une injection brusque qui détermina presque aussitôt la sortie du pendant d'oreille.

M. Monod dit que l'injection est employée comme moyen général par M. Ménière pour tous les corps étrangers du conduit auditif.

A ce sujet, *M. Vidal* décrit un instrument qu'il a imaginé pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif. Cet instrument, qui se trouve dans le cabinet de M. Charrière, consiste en un ressort de montre très fort, terminé par un bouton aplati, et renfermé dans une canule également plate. On introduit l'instrument en cherchant à le glisser par l'un des côtés du corps étranger, puis on pousse le ressort qui, à raison de son élasticité, embrasse le corps à extraire et le ramène avec lui. Deux fois M. Vidal a eu recours avec succès à cet instrument chez des jeunes filles qui, employées dans une manufacture où l'on travaille le corail, s'étaient introduit dans l'oreille des fragments de cette substance.

M. Guersant a employé avec des succès presque constants la curette articulée pour l'extraction des corps étrangers les plus variés dans leur forme et dans leur nature, tels que perles, fragments de bois, petites pierres, etc. Toutefois, dernièrement, il lui a été impossible, même après deux ou trois tentatives avec cet instrument, de retirer du conduit auditif d'un enfant une petite pierre qui s'y était en quelque sorte enchatonnée.

M. Huguier fait remarquer que la curette articulée pouvant être ramenée jusqu'à former un angle droit, offre des conditions de solidité, de résistance et de forme en crochet qui doivent la faire préférer à l'instrument de M. Vidal.

M. Robert pense qu'à raison de l'impossibilité où l'on se trouve d'approprier à l'avance la force du ressort à employer pour chaque cas particulier, un stylet recourbé est préférable à l'instrument de M. Vidal.

M. Vidal répond à ces diverses objections, en faisant remarquer 1° qu'il emploie un ressort d'une grande force ; 2° que le ressort formant une courbe presque complète embrasse plus exactement le corps étranger dont il suit en quelque sorte les contours, surtout quand ce corps est de forme ronde ; 3° enfin qu'à l'aide de cet instrument, combiné avec l'emploi d'un stylet, on peut saisir le corps étranger entre une double pression, celle du ressort qui tend à ramener vers l'extérieur, et celle du stylet qui fait contre appui sur le ressort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Voyage médical dans l'Afrique septentrionale, ou *de l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races*; par le docteur FURNARI.

Après avoir parcouru en observateur attentif toute la partie septentrionale de l'Afrique, devenue colonie française, M. Furnari vient de publier un livre qui ne peut manquer d'exciter à un haut degré l'intérêt, et où il a consigné le résultat des nombreuses remarques qu'il a eu occasion de faire, tant sur la population des villes que sur la partie errante de la race indigène. C'est par des considérations générales sur les mœurs et sur les caractères physiques et moraux des races africaines, que commence l'ouvrage dont nous rendons compte. Cependant ces prolégomènes sont courts, et M. Furnari se hâte d'aborder le but principal de son livre ; nous voulons dire la partie ophthalmologique. Relativement à l'anatomie normale, l'auteur a étudié les différences d'organisation que présentent les diverses races africaines, et y a rencontré des caractères assez distincts pour mériter une description spéciale ; par exemple, la petitesse de la cornée, disposition très évidente dans les tribus nomades, et dont on retrouve quelques traces dans certaines contrées de la Sicile et de l'Espagne ; le bombement considérable de la cornée ; l'apparition plus hâtive chez les Arabes que chez les Européens de l'arc sénile (*gérontoxon*), qui ne se montre guère dans nos pays qu'après cinquante ans ; la rareté excessive de la myopie en Afrique, malgré la convexité extrême des surfaces du globe oculaire, circonstance qui renverserait en partie la théorie de la guérison de la myopie par la section des muscles de l'œil ; enfin, la teinte jaunâtre de la sclérotique d'autant plus foncée, que la

coloration de la peau est plus intense. Chez les Arabes, l'iris est, en général, petit, et la pupille rétrécie, le cristallin petit et fortement convexe, la choroïde très dense et la couche pigmenteuse fort épaisse.

Aux considérations anatomiques succède l'histoire des ophthalmies d'Afrique, conjonctivite, kératite, iritis et phlegmon oculaire, toutes affections dont la marche et la durée est à peu près la même en Afrique qu'en Europe. Cependant, à propos de la conjonctivite nous ferons remarquer qu'en Algérie elle se termine souvent (quinze fois sur cent) par la suppuration, tandis que dans nos pays cette terminaison ne se montre guère que deux fois sur cent. Les ophthalmies : syphilitique, très fréquente en raison de la malpropreté des individus; scrofuleuse, varioleuse; l'examen de leurs causes et du traitement que l'on dirige contre elles, sont successivement étudiés ; ainsi que l'hydrophthalmie, l'exophthalmie, les staphylomes, affections assez communes principalement chez les Juifs.

L'auteur combat et réfute l'opinion généralement accréditée que la réverbération directe de la lumière exerce une influence sensible sur les milieux réfringents de l'œil. Il cite un grand nombre de documents desquels il résulte que les cataractes sont moins fréquentes que dans nos climats tempérés. On n'attend pas que nous suivions l'auteur dans l'examen détaillé qu'il fait de chacune des affections du globe oculaire ; chez les indigènes d'une part, quant aux maladies congéniales ou acquises, l'entropion, le trichiasis, le strabisme, l'albinisme ; d'autre part, chez les Européens que le changement de climat, de genre de vie, les influences atmosphériques prédisposent à certaines ophthalmies. Parmi ces derniers chapitres, on lira avec intérêt ceux dans lesquels l'auteur traite des ophthalmies épidémiques dans les diverses régions de l'Afrique et les compare à celles que nous observons en Europe. Chacune des divisions de son livre donne à l'auteur l'occasion de présenter des considérations générales qui font de l'ouvrage que nous analysons un travail utile à consulter pour ceux qui s'occupent de l'étude et du traitement de maladies des yeux.

Le livre de M. Furnari se termine par quelques conclusions sommaires qui résument la partie pratique de ses recherches, et par un chapitre fort intéressant dans lequel l'auteur jette un coup d'œil général sur l'état de la médecine et des médecins chez les Arabes, tant anciens que modernes. On trouvera dans cette partie du *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, une appréciation souvent heureuse des travaux de cette école, qui a produit les Albucasis, les Avicenne, les Averhois, les Rhazès, savants distingués dont les ouvrages, malheureusement trop peu connus de nos jours, portent dans plus d'un endroit la véritable empreinte du génie.

Correspondance.

Paris, 29 juillet 1845.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans la *Revue thérapeutique* de votre intéressante feuille du 10 du mois de juillet, j'ai remarqué un article intitulé : *Emploi du poivre long dans l'amaurose commençante*, par M. le docteur Butterlein, de Schwrebus. Si c'est comme découverte que M. le docteur Butterlein a consigné l'emploi du poivre long dans l'amaurose, ce praticien sera bien désappointé quand il saura que dans toute l'Amérique du sud, et particulièrement au Brésil, la *pimenta malagueta* ou poivre de Cayenne, qui n'est qu'une variété de la grande famille des plantes à poivre, est depuis un temps immémorial mis au nombre des remèdes domestiques contre certaines maladies des yeux et particulièrement contre l'amaurose connue dans ces contrées sous le nom de *gota serena*. Quoi qu'il en soit des prétentions de M. le docteur Butterlein, permettez-moi de vous donner quelques renseignements sur l'emploi thérapeutique du poivre de Cayenne en Amérique et surtout parmi les Indiens. Si vous croyez ces observations dignes de quelque intérêt, veuillez leur accorder une place dans les colonnes de votre journal.

Les habitants de l'Amérique du sud civilisée pensent que ce sont les nègres importés de la côte d'Afrique qui ont introduit et popularisé l'usage du poivre de Cayenne dans certaines maladies des yeux. Je ne suis pas loin de me rendre à cette opinion ; car je me rappelle qu'en 1818, étant au Sénégal, j'ai vu employer par des nègres cette substance contre plusieurs maladies, même contre celles réputées inflammatoires, et ce ne fut pas sans grand étonnement que je constatai les succès obtenus par l'emploi de cette substance dans une telle circonstance. Cependant je pense que l'usage thérapeutique de cette plante peut aussi avoir été introduit par les Indiens parmi les premiers habitants européens de cette partie de l'Amérique. En effet, les nombreuses tribus qui se trouvent entre l'immense forêt qui sépare la Colombie du Pérou et le Pérou du Grand-Para, province du Brésil, emploient le poivre de Cayenne dans les mêmes maladies que les Nègres. Cette concordance d'idée, entre des peuples qui n'ont jamais eu la moindre communicarion, ne laisse pas d'être remarquable. Comme les Nègres, les Indiens de ces contrées ont le poivre de Cayenne en si grande vénération comme médicament, qu'ils disent que cette substance énergique doit nécessairement entrer comme auxiliaire dans toutes les préparations médicales dont elle n'est pas la base, et même comme condiment dans tous les aliments. Ils l'administrent effectivement à très haute dose intérieurement et extérieurement, dans la plupart de leurs maladies, mais plus particulièrement dans l'amaurose, la blépharite, les aphthes; dans certaines rétentions d'urine, dans les fièvres pernicieuses. En employant cette substance dans ces différentes maladies, ces pauvres sauvages ne nous prouvent-ils pas qu'ils ne sont pas aussi arriérés, qu'on semble le croire, dans la médecine pratique? Quant à moi, je dois avouer franchement que bien des fois dans les nombreuses occasions que j'ai eues pendant mon long séjour chez eux, de comparer leurs médications si simplement empiriques mais couronnées de nombreux succès avec les nôtres si exubéramment scientifiques avec moins de résultats peut-être, je me suis surpris à m'écrier — *Scientia, ô vanitas!... nihil novi sub orbe.*

Mais revenons à la manière dont ces sauvages font usage du poivre de Cayenne dans les différentes affections que nous avons citées. Pour combattre l'amaurose, les Indiens expriment le suc de quelques poivres, le mêlent avec un peu d'eau, introduisent quelques gouttes de ce collyre dans l'œil malade au moyen d'une barbe de plume; puis avec un liniment composé du même poivre broyé avec une d'huile tirée de l'œuf de la tortue terrestre, nommée jabuti, ils frictionnent les parties extérieures de l'œil ; quand ces remèdes causent de trop grandes douleurs, ils appliquent sur les yeux des cataplasmes faits avec les feuilles crues et écrasées d'une petite mauve qui croît en abondance dans les forêts. Ce cataplasme est maintenu par de larges feuilles de ricin ou de bananier. Ils renouvellent ce cataplasme plusieurs fois le jour, et chaque fois ils font des lotions abondantes d'eau froide sur les parties malades. Ils saturent alors plus que de coutume, de poivre de Cayenne, leurs aliments, qui dans cette circonstance se composent de *cara*, espèce d'igname très savoureux cuit dans les cendres, de *chair de singe*, de *tortue*, et de *jacou* (espèce de faisan), le tout rôti. De temps à autre ils prennent une médecine de poudre de *condoé*, espèce de liane très commune dans ces forêts, et qui est un émético-purgatif très fort. J'ai vu quelques succès obtenus par cette médication, surtout chez une personne dont l'amaurose datait de trois ans.

Dans la blépharite, qui est ordinairement de ces espèces dites *muqueuse* et *granuleuse*, ils promènent plusieurs fois par jour sur les bords des paupières, un piment ou poivre de Cayenne coupé en deux. Cette espèce de cautérisation compte de nombreux succès.

Dans cette espèce de rétention d'urine qui survient si souvent en Amérique, lorsqu'ayant chaud vous vous plongez les membres inférieurs dans l'eau froide, rétention qui n'est, je crois, due qu'à un état spasmodique de la vessie, ils donnent à boire une forte infusion de poivre de Cayenne. Il est rare que dans cette circonstance l'émission d'urine et par conséquent le soulagement ne soient pas immédiatement suivis de l'administration de cette boisson.

Dans les aphthes ils frictionnent fortement l'intérieur de la bouche avec un mélange fait avec du miel et du poivre de Cayenne. Ce moyen cruel, qu'ils accompagnent de quelques purgatifs de jalap du pays, est presque toujours couronné de succès.

Dans les fièvres pernicieuses qui ont résisté aux évacuants répétés qu'ils administrent presque toujours avec succès, lorsqu'il se manifeste cet état comateux d'hébêtement, de prostration qui constitue l'état typhoïde qu'ils nomment eux *corruption*, ils écrasent beaucoup de poivre, le mêlent avec un peu de miel, font des boulettes de coton brut, les imbibent de ce mélange de piment et de miel, et introduisent ces boulettes par l'anus, le plus profondément possible. L'effet de ce puissant dérivatif ne se fait pas longtemps attendre. Le malade s'agite, soupire, ouvre les yeux ; le pouls devient fréquent. L'agitation augmente ; une sueur se répand sur tout le corps; le malade se lève sur son séant, promène ses regards autour de lui, reconnaît les personnes qu'un instant avant il ne reconnaissait plus. Il se plaint, en jetant des cris, du feu intérieur qui le dévore, bientôt il a plusieurs selles, après lesquelles on le plonge dans un bain froid ; on le couvre, une sueur abondante le baigne, le calme se rétablit, le malade dort d'un bon sommeil, la maladie est jugée ; le malade entre en convalescence. On répète souvent deux fois la même opération ; il est rare que l'on soit obligé d'y revenir une troisième. Si à la deuxième application de ce cruel remède, le malade ne sent pas d'effet, les Indiens abandonnent le malade; ils le regardent comme mort. Toute terrible que soit cette médication, les succès par elle obtenus sont si grands et si constatés, que les médecins du pays s'en sont emparés, en lui faisant toutefois subir les modifications dictées par la prudence ; ainsi, au lieu de l'horrible suppositoire dont se servent les Indiens, les médecins n'ordonnent que des lavements de décocté de poivre de Cayenne, dont ils savent graduer l'énergie selon le degré du mal et l'idiosyncrasie du patient.

Agréez, etc.

Dr P. Saulnier de Pierrelevée.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 97. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus.

(Suite du numéro du 9 août.)

Chez les femmes qui ne sont point en état de grossesse, il ne faut pas penser que le redressement de l'utérus puisse être obtenu avec facilité. Il existe, pour arriver à ce but, plusieurs catégories de moyens que nous allons successivement passer en revue.

Tant qu'il ne s'agit que de relever l'utérus, de redresser son grand axe, la difficulté n'est pas grande ; mais on ne parvient qu'avec beaucoup de peine, quand on y parvient encore, à le maintenir dans sa position naturelle. Ainsi, avec les doigts, on arrive aisément à ramener la matrice affectée d'antéversion, de rétroversion, dans sa situation normale ; mais ces déviations reparaissent. Il n'en est pas de même des antéflexions et des rétroflexions ; on ne peut venir à bout de les redresser le plus souvent ; il faut alors employer des moyens mécaniques, ou même des moyens chirurgicaux proprement dits. Au nombre des premiers, sont les pessaires, les tiges, les ceintures ; parmi les seconds, les sections, les débridements. Nous apprécierons bientôt chacune de ces médications.

Quelques chirurgiens ont pensé que ces inflexions, reconnaissant pour cause, selon eux, l'augmentation de poids de l'utérus et le raccourcissement des ligaments qui le maintiennent, il y avait lieu de se demander si la section de ces ligaments ne pouvait pas être pratiquée, si ce n'était pas le cas d'employer la ténotomie sous-cutanée. L'utérus est bien, en effet, fixé par des liens destinés à le maintenir dans sa position naturelle, ligaments utéro-vésicaux et recto-vésicaux, les ligaments larges et ronds qui remplissent cet usage contenant les éléments du tissu musculaire, on peut supposer que ces tissus soient le siége de rétractions qui amènent la déviation de l'utérus. Nous l'avons dit en énumérant les causes des déviations, quelques femmes, après les couches, éprouvent des symptômes qui peuvent se rapporter à l'inflammation de quelques-uns de ces ligaments ; et à la suite de ces phlegmasies on conçoit la possibilité de ces rétractions.

Une autre pensée viendrait appuyer l'emploi des moyens chirurgicaux, c'est l'observation directe qui a permis de constater que souvent les déviations dépendaient de brides, résultats de maladies antécédentes ; mais l'idée d'employer l'instrument tranchant pour la guérison des déviations de l'utérus, n'est plus soutenable, si l'on réfléchit que d'abord il n'est nullement possible d'acquérir la certitude que la déviation qu'on est appelé à traiter soit amenée par des rétractions ; d'autre part, qu'il est très présumable que la section des brides n'amènerait pas une guérison radicale, puisque partout l'on sait que les moyens mécaniques sont obligés de venir en aide aux sections tendineuses, sous peine de voir la difformité se reproduire. Or, dans le bassin, il est évident qu'un effet semblable aurait lieu ; probablement les deux extrémités de la division ne tarderaient pas à se réunir, et le but serait complétement manqué. En outre, ces opérations présenteraient certainement des dangers. M. Vidal avait très judicieusement prévu ce qui devait advenir des moyens chirurgicaux appliqués au traitement des déviations utérines ; ce sont des projets qui resteront à l'état de théorie, et que la saine chirurgie refusera toujours de mettre en pratique.

Aujourd'hui le traitement des déviations utérines à l'état de vacuité repose en grande partie sur l'emploi des pessaires. Pour arriver à mettre en usage aussi fréquemment qu'on l'a fait ces sortes de moyens, voici comment l'on a raisonné ; nous verrons bientôt quelles objections peuvent être opposées à ces vues théoriques. Si le col, s'est-on dit, se trouve emboîté dans une cupule du pessaire, l'utérus étant une fois redressé, il sera forcé de conserver la situation qu'on lui aura imposée, il ne pourra plus se dévier.

Malheureusement les pessaires n'ont pas l'efficacité qu'on leur attribue. Quand un praticien est appelé pour remédier à une déviation de la matrice, ordinairement la difformité de l'organe existe depuis longtemps, il a pris son pli, s'il est permis de se servir de cette expression ; de plus, les tissus voisins se sont habitués à sa nouvelle position ; il en résulte qu'on réduit en vain la déviation, l'utérus retombe dès qu'il a été redressé, dès qu'il cesse d'être soutenu. Or, comme il faut que le pessaire soit appliqué pendant que le redressement persiste ; cela devient une source de difficultés qu'on ne surmonte pas toujours. Pourtant, avec une main placée sur l'hypogastre, on y parvient généralement ; mais il est encore d'autres causes d'insuccès.

Le pessaire introduit dans le vagin est nécessairement mobile ; une de ses extrémités emboîte le col et supporte des pressions causées par le poids des viscères et aussi par les efforts qui accompagnent certains actes ; mais tandis que le bout supérieur est ainsi comprimé, le bout inférieur n'étant appuyé sur rien, il arrive que le col s'échappe souvent du pessaire et que la déviation se reproduit de nouveau. Sans doute si cette déviation se trouve compliquée d'abaissement, les inconvénients de l'abaissement disparaîtront, mais la difformité persistera.

Les pessaires en gimblette ne réussissent pas mieux que les autres dans les déviations ; ils se dérangent aussi au point même que nous ne savons pas s'il n'est pas préférable de n'user d'aucun moyen plutôt que d'employer ceux-là.

Les pessaires en bilboquet conviennent peut-être un peu mieux que ceux en gimblette pour la réduction des déviations. Comme leur cuvette se trouve plus creuse, le col y reste mieux emboîté ; et avec une tige qui vient à l'extrémité, ils sont susceptibles de redresser un peu le col utérin : néanmoins il n'est pas rare non plus qu'il finisse par s'échapper au bout de quelque temps.

Enfin les deux pessaires, ceux de MM. Louis et Bergeon sont construits de façon à mieux s'accommoder aux mouvements du corps, ainsi celui de M. Louis est représenté par une cuvette avec une tige spiroïde s'attachant à une sorte d'arc se fixant au bassin ; mais là encore le col peut s'échapper à cause de l'inflexibilité de la tige spiroïdale.

Celui de M. Bergeon est fixé à un arc qui est attaché lui-même à une sorte de pelote herniaire. Cet arc s'avance dans le vagin de façon à maintenir convenablement le pessaire, mais encore ici la tige n'étant soutenue que par un de ses bouts seulement est encore sujette à basculer.

En un mot, nous considérons, quant à nous, les pessaires comme une assez triste ressource contre les déviations de l'utérus ; ils sont utiles, sans contredit, chez les femmes qui présentent un abaissement de l'organe, chez celles, par exemple, qui ont eu le périnée déchiré dans le travail, ou bien chez d'autres dont le vagin et la vulve ont été distendus par de nombreux accouchements. Par leur emploi, les pressions fatigantes, pénibles dont l'abaissement est la cause diminuent, mais restent les inconvénients des pessaires !

Et qu'on ne pense pas que ces inconvénients soient légers, les pessaires deviennent très souvent la cause d'écoulements, d'écorchures ; ils peuvent s'incruster de nature calcaire et amener des perforations, des fistules vésico ou recto-vaginales ; enfin l'usage des pessaires change totalement l'existence d'une femme. Aussi nous n'hésitons pas à le dire, il faut être sûr que leur usage est tout à fait indispensable pour se résoudre à les prescrire.

L'on voit, parce que nous venons de dire, que la thérapeutique manque de remèdes convenables dans les cas qui nous occupent ; il y a là une lacune à combler, il y a à chercher, à découvrir.

Pourtant, parmi les moyens mécaniques propres à remédier aux inconvénients qu'entraînent avec elles les déviations utérines, nous croyons que les ceintures doivent tenir un des premiers rangs à cause du grand soulagement qu'elles procurent. Nous sommes un des premiers qui ayons vanté leur emploi, et l'un de ceux qui ont le plus contribué à les populariser. Depuis quinze ans au moins nous en parlons, nous avons écrit sur ce sujet, nous en avons demandé aux mécaniciens.

La première est celle de M. Martin ; elle se compose d'une sorte de corset avec une pelote destinée à comprimer le ventre en le relevant. Une autre, qui nous vient d'Amérique, consiste en une plaque métallique recouverte de peau de chamois, avec un ressort qui fait le tour du bassin et qui est destiné à fixer la plaque. Les mécaniciens de Paris en ont également imaginé ; MM. Bienaimé, Duvoir ont inventé chacun une ceinture avec une plaque métallique comme la précédente, mais avec un double ressort, de façon que la plaque peut être inclinée à volonté. M. Béchard et un autre encore ont pris chacun un brevet pour une ceinture du même genre ; enfin, madame Girard en a fabriqué une autre en caoutchouc, et munie d'un bourrelet, etc. Ces ceintures hypogastriques ont été fabriquées, quelques-unes du moins, à notre instigation.

Selon nous, elles sont destinées à remplacer avec avantage les pessaires, et soulagent beaucoup les malades. Les raisons qui rendent leur usage véritablement utile sont des plus faciles à saisir. Les déviations arrivant sous l'influence des pressions exercées par les viscères, et la cause étant, par conséquent, permanente, par l'emploi de ces ceintures on diminue ces pressions, puisqu'elles ont pour objet de soutenir les organes du ventre, but qu'elles remplissent sans le faire acheter par aucun des inconvénients que nous venons de signaler dans l'emploi des corps étrangers introduits dans le vagin.

Du reste, la pratique est venue prouver d'une manière à lever tous les doutes, que cette idée théorique était exacte ; les femmes affectées d'abaissement ou de déviations de l'utérus se sont constamment trouvées soulagées en se servant de ces ceintures. Des praticiens se sont demandé ce qu'elles pouvaient faire ; quelques-uns ont pensé qu'elles pouvaient seulement être utiles dans les déviations antérieures. Leur mode d'action n'a évidemment pas été bien saisi. Il faut savoir que ces ceintures n'ont pas pour but de remédier à la déviation de la matrice, que le résultat que nous en attendons n'est pas, le plus ordinairement, le redressement de l'organe dévié, mais que nous voulons tout simplement débarrasser l'utérus du poids des viscères de l'abdomen, qui tend sans cesse à augmenter la déviation existante.

Enfin, on les emploie encore différemment ; on leur ajoute des sous-cuisses qui soutiennent le périnée au moyen d'un coussin, et on soulage encore, par ce moyen, les femmes qui éprouvent sur cette région ce sentiment de pression si pénible qu'accusent celles dont l'utérus est abaissé fortement.

Nous terminons en avouant que nous ne considérons pas les ceintures hypogastriques comme le dernier mot qu'on puisse dire à ce sujet. Sans aucun doute ce moyen est loin d'être parfait ; nous avançons seulement qu'il procure autant de soulagement que les pessaires, tout en étant dépourvu de leurs inconvénients. PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

De la méningite.

(Suite du n° du 12 août.)

Causes. — Les causes de la méningite sont très nombreuses et de nature différente, comme celles, du reste, de la plupart des inflammations. Aussi les a-t-on divisées, pour plus de méthode, en deux classes connues sous les noms de prédisposantes et de déterminantes. Mais en admettant cette division générale, on se trouve pour ainsi dire forcé de faire un troisième groupe, qui comprend les causes sympathiques ou réactionnelles, car elles ne peuvent être placées ni avec les causes prédisposantes, bien qu'il y ait jusqu'à un certain point quelque analogie entre elles, ni avec les causes déterminantes, qui sont bien différentes. Nous croyons être autorisé, dès lors, à adopter une autre division, qui permettra de renfermer les causes de la méningite dans un cadre plus circonscrit, dont les catégories ou sous-divisions seront plus nettement délimitées.

Ainsi donc :
1° Causes directes ;
2° Causes indirectes.

1° Causes directes, *a.* matérielles et communes à plusieurs inflammations ; *b.* immatérielles, si nous pouvons ainsi dire, ou morales, intellectuelles, affectives, et par conséquent spéciales aux organes centraux de l'innervation et à leurs annexes. 2° Causes indirectes ; *a.* prédisposantes, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, les conditions physiologiques, l'alimentation, etc. ; *b.* sympathiques ou réactionnelles, qui comprennent les conditions morbides dans lesquelles se trouvent certains sujets, telles que la fièvre typhoïde, un érysipèle du cuir chevelu, ou de la face, et quelquefois une pneumonie du sommet, etc. Entrons maintenant dans les détails.

1° *Causes directes.* — *A.* Matérielles, et communes à plusieurs inflammations. — Dans cette catégorie nous placerons toutes les lésions traumatiques, telles que les contusions profondes du crâne, accompagnées seulement de commotion violente du cerveau, ou bien de fractures, d'enfoncement de la voûte du crâne ; les plaies résultant de grandes opérations sur le cuir chevelu, et les plaies pénétrantes du crâne, etc. L'insolation très forte et longtemps prolongée. On sait qu'un coup de soleil peut donner simplement lieu à un érythème, ou bien à un érysipèle, selon qu'il a été plus ou moins intense ; de même il peut déterminer une méningite, lorsque bien entendu il porte sur la tête.

B. Les organes s'enflamment sous l'influence des causes qui agissent particulièrement sur chacun d'eux ; c'est ainsi que les aliments excitants pris en grande quantité, la plus part des poisons minéraux, déterminent la gastrite ; les refroidissements, la pneumonie, le rhumatisme, le coryza, etc. ; les affections morales vives, telles qu'un chagrin profond, une joie, une jouissance extrême, les veilles prolongées, les travaux immodérés de l'esprit, agissant fortement sur le cerveau, sont les causes les plus habituelles de la méningite chez l'adulte et chez les jeunes gens surtout. Mais il faut ajouter que, dans ce dernier cas, la substance cérébrale participe

pour le plus souvent à l'inflammation, soit primitivement, soit consécutivement.

2° *Causes indirectes A. prédisposantes.* — La méningite ne survient pas à tous les âges avec le même degré de fréquence. On l'observe beaucoup plus souvent chez les enfants jusqu'à dix ans, que de dix à vingt. Dans cette période de la vie, elle est encore plus fréquente que dans l'âge adulte, et la vieillesse y est de moins en moins sujette. L'âge a donc une influence très grande et facile à constater; il n'en est pas tout à fait de même du sexe. MM. Guersant et Foville prétendent, et ils appuient leur opinion d'observations, que les filles en sont plus souvent atteintes que les garçons; ils attribuent cela à l'usage inconsidéré que l'on fait des *serre-tête* pour coiffer les filles; ces espèces de bonnets déterminant une compression circulaire trop grande et permanente sur la tête de ces enfants.

Sur des relevés qui ont été faits il y a peu de temps à l'hôpital des Enfants, et qui ont été publiés dans un traité spécial, nous avons vu, à l'article *Méningite*, que les filles y étaient beaucoup moins nombreuses que les garçons. A quoi tiennent ces dissidences? Nous ne pouvons entrer dans des détails à cet égard. Nous pouvons dire seulement que la question a besoin encore d'être étudiée; mais que dans le cas où l'opinion de MM. Foville et Guersant prévaudrait, l'explication qu'ils ont donnée ne serait pas la véritable. Comment, une compression qui, au demeurant, est modérée et a été exercée pendant quatre, cinq ou six années, déterminerait une maladie, alors que les organes doivent y être en quelque sorte habitués (nous tenons compte du développement graduel de la tête)! Nous regarderions comme bien plus logique et vrai d'admettre une influence de constitution, de tempérament. En effet, ne sait-on pas que les petites filles, que les femmes même, sont généralement plus lymphatico-nerveuses que les hommes? Et puisque nous nous arrêtons sur ce point, disons que les tempéraments lymphatiques et nerveux y sont plus sujets que les autres. Et cela nous explique, d'une part, pourquoi l'enfance en est plus souvent atteinte, et, d'une autre part, pourquoi aussi la méningite dite granuleuse ou tuberculeuse est plus particulièrement spéciale à cette époque de la vie. Les cinq sixièmes des enfants sont effectivement aussi plus lymphatiques que nerveux. Nous avons précédemment posé en principe que la méningite tuberculeuse est le fait d'une inflammation, et d'une inflammation du système lymphatique; et notre assertion trouve dans ces faits une nouvelle force et une confirmation bien puissante.

Un fait d'observation constante, c'est que les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les sujets sont des causes très fréquentes et réelles de la méningite. Ainsi, la première et la seconde dentition, l'époque de la première apparition des règles, ou la suppression subite et complète de cet écoulement périodique, qu'elle soit elle-même amenée d'une façon ou d'une autre, ces différentes conditions sont très souvent signalées par la production d'une méningite. Ce ne sont pas là des choses vagues et que chaque auteur peut répéter parce qu'on les a dites avant lui, et dont on ne puisse pas se rendre compte; les faits, et ce qu'il y a peut-être de plus puissant, les groupes de faits, les chiffres qui ont été donnés dans les ouvrages spéciaux, et dont nous avons été souvent à même de vérifier l'exactitude, en donnent une preuve bien suffisante.

Une alimentation très stimulante et continue, l'abus des boissons spiritueuses surtout que quelques personnes font particulièrement dans le but de s'étourdir et d'oublier leurs chagrins, sont aussi des causes dont l'action, quoique lente et éloignée, n'en est pas moins positive. Ne sait-on pas, au surplus, que le seul usage immodéré des boissons spiritueuses, que l'ivrognerie habituelle déterminent une espèce particulière de cette maladie, connue sous le nom de méningite crapuleuse, ou de *delirium tremens*, qui n'est qu'une phlegmasie lente, chronique, dont on trouve toujours des traces palpables et matérielles à la mort des sujets!

B. *Sympathiques ou réactionnelles.* — Il est un assez bon nombre de maladies dans le cours desquelles la méningite se développe souvent, ou qui au moins se compliquent d'accidents nerveux. On voit très souvent, dans le cours d'un érysipèle du cuir chevelu ou de la face, surgir cette maladie, soit d'une manière sympathique, et, pour le dire en passant, cette expression ne fait que voiler notre ignorance au sujet de ces causes, ou du mécanisme de leur production; soit par voie de propagation, celle-ci s'opérant par la fente orbitaire, ou par l'intermédiaire des veines du cuir chevelu qui communiquent avec les sinus de la dure-mère. M. Foville a remarqué, de son côté, qu'elle se déclare sympathiquement dans certaines affections des membranes séreuses, et il a observé un cas d'hydrocèle opérée par ponction et injection, à la suite de laquelle les synoviales des articulations s'étant enflammées, l'ankylose des articulations malades s'est opérée; à ces accidents, vinrent s'ajouter tous les signes rationnels d'une méningite aiguë. Nous avons nous-même signalé l'inflammation intercurrente des membranes du cerveau comme une des coïncidences du rhumatisme articulaire aigu violent; et nous avons eu occasion d'en observer des exemples. Mais cette coïncidence est heureusement extrêmement rare.

Les cas de méningite sympathique se remarquent souvent dans la fièvre typhoïde et constituent alors, non pas un élément de cette maladie, mais bien une complication, et c'est surtout à ces cas de fièvre typhoïde compliqués de méningite qu'on a réservé le nom de fièvre typhoïde à forme ataxique. Par quel mécanisme maintenant, l'affection des plaques de Peyer peut-elle réagir sur le cerveau et ses membranes? Nous ne voudrions pas nous prononcer d'une manière trop affirmative à ce sujet, mais nous commencerons d'abord par poser en principe qu'il est bon nombre de ces méningites que l'on regarde comme typhoïdes et qui sont véritablement idiopathiques et entièrement indépendantes de la lésion intestinale, soit qu'elles précèdent, soit qu'elles se développent en même temps que l'affection des plaques de Peyer, et cela absolument comme si cette maladie n'existait pas. Quant aux méningites secondaires, se développant dans le cours d'une fièvre typhoïde et sous son influence (on ne peut se refuser à admettre des méningites de cette nature); au lieu d'être produites d'une manière *sympathique* et par une cause impondérable, insensible, ne serait-il pas plus raisonnable de dire qu'elles sont produites par le *poison*, l'élément typhoïde, le principe septique qui, répandu dans le sang et dans toute l'économie, irait ainsi agir matériellement sur les centres nerveux et leurs dépendances.

Quoi qu'il en soit, il est certain que dans notre service, où l'on prévient cet empoisonnement général dans la fièvre typhoïde, on empêche aussi le développement de ces phénomènes ataxiques, de ces méningites typhoïdes qui ne s'observent chez nous que comme des exceptions infiniment rares.

En décrivant les symptômes de la méningite, la méthode que nous avons suivie indique suffisamment la marche de cette maladie, et nous dispense de nous y arrêter d'une manière particulière, sous peine de nous répéter. Disons cependant quelques mots sur sa durée.

Si la maladie est vraiment idiopathique et violente, elle emportera souvent les malades, les enfants surtout, dans le premier septénaire, au plus tard dans le deuxième, et quelquefois dans les trois ou quatre premiers jours.

La fièvre lente nerveuse n'est qu'une méningite ordinairement lente et sympathique d'autres affections.

Le *pronostic* de la méningite est en général grave, et il ne faut pas dans certaines circonstances s'en laisser imposer par des moments, des intervalles lucides et calmes qui sont assez fréquemment observés; mais qui sont bientôt suivis par d'autres paroxysmes, etc.

Occupons-nous maintenant du traitement. S. H.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Gérardin lit un rapport relatif à la nomination des membres correspondants nationaux. Il propose qu'une nomination soit faite avant la fin de la présente année; et, vu le grand nombre de pertes que l'Académie a faites, que le nombre des nominations à faire soit porté à vingt.

M. Dupuy. On tient à honneur d'être nommé correspondant, et pour cela on envoie des travaux; mais sitôt que la nomination est faite, messieurs les correspondants n'envoient plus rien. Il serait à désirer que l'Académie fît une admonestation à cet égard.

M. Gérardin dit que, par la voie du *Bulletin*, les médecins qui désirent être portés sur la liste de présentation, seront prévenus qu'ils doivent en faire la demande par écrit.

M. Delens pense que l'Académie avait décidé que le simple envoi d'un travail suffisait pour être mis sur les listes de présentation.

M. Emery ne croit pas que l'envoi d'un travail soit suffisant; car ce travail pourrait n'avoir aucune valeur.

Les propositions du rapport sont adoptées.

— *M. Henry* lit trois rapports officiels sur les eaux minérales.

Le premier, relatif aux eaux de Forges-les-Eaux. — Conclusions favorables adoptées.

Le second, relatif aux eaux de ..... (Basses-Pyrénées). — Conclusions défavorables adoptées.

Le troisième relatif à des eaux thermales découvertes dans une localité de l'Algérie, qui paraissent contenir un arséniate de soude en très petite quantité, et qui sont de nature sulfureuse. Les documents ont paru manquer à la commission pour faire une réponse péremptoire à M. le ministre.

M. Gérardin demande s'il y a des observations dans les documents envoyés par le ministre. Il voudrait que l'on engageât les médecins de l'Algérie à faire des essais de l'application de ces eaux dans le traitement des fièvres intermittentes, puisqu'elles contiennent de l'arsenic.

M. Henry répond que l'arsenic contenu dans ces eaux ne s'y trouve qu'à dose homœopathique; que les habitants s'en servent pour tous les usages domestiques sans inconvénients, et qu'il n'est pas probable qu'elles aient aucune propriété thérapeutique.

M. Bussy. La petite quantité d'arsenic que ces eaux renferment ne serait pas une raison pour qu'elles fussent sans influence. M. Boussaingault a vu dans les Cordilières une petite localité dont les habitants étaient exempts du goître, alors que tous les villages environnants étaient affectés de cette infirmité. Il trouva la cause de cette exemption dans les eaux, qui contiennent une très petite dose d'iode.

M. Bally a fait un long et très fréquent usage de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes, et il est arrivé à cette conviction, que toutes celles qu'il a guéries par ce moyen auraient guéri sans lui.

M. Desportes a aussi employé l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler; il a été obligé d'y renoncer, parce que des accidents graves s'étaient développés du côté du bas-ventre, des hydropisies, etc.

M. Piorry. Je demande si la manière dont la discussion s'engage me permet de dire quelques mots du traitement des fièvres intermittentes?

Sur la réponse affirmative de M. le président, M. Piorry continue:

Je viens d'entendre des propositions étranges et que la plus simple observation suffit pour détruire. On a attribué à l'influence de l'arsenic ce qui est le simple résultat de la maladie. Si l'on a observé des hydropisies, c'est que l'arsenic n'avait pas guéri la fièvre, et que cette hydropisie était la conséquence naturelle de l'hypertrophie de la rate. Avec les préparations de quinquina, on n'a jamais à craindre cet engorgement splénique. Cet engorgement est amélioré ou guéri par le sulfate de quinine, et jamais ce médicament ne fait augmenter le volume de la rate. Dans un cas qui fut rebelle au sel de quinquina et dans lequel la rate resta volumineuse, le malade avait pris de l'arsenic dans d'autres hôpitaux. Je ne comprends pas que l'on fasse prendre de l'arsenic à un malade, un poison aussi dangereux, une substance aussi peu maniable, quand on possède un médicament aussi innocent et aussi héroïque que le sulfate de quinine.

M. Honoré dit quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. Rochoux. Pour ne pas sortir de la question qui consiste à engager les médecins de l'Algérie à expérimenter les eaux dont on vient de vous parler dans le traitement des fièvres intermittentes, je dis que la dose d'arsenic qu'elles contiennent est trop faible pour guérir les fièvres, bien plus faible encore pour guérir la lèpre; donc qu'on doit les proscrire.

M. Gueneau de Mussy. J'ai eu dans mon service une femme qui, après avoir éprouvé diverses affections, fut prise de fièvre intermittente quotidienne, avec névralgie costale. Les préparations de quinquina et d'opium furent sans succès. Effrayé du dépérissement de cette femme, j'administrai la solution de M. Boudin, qui contient un milligramme d'acide arsénieux sur 10 grammes d'eau. Au bout de trois jours, les accès furent supprimés. Cette femme prenait 40 grammes de solution, ce qui fait 4 milligrammes d'acide arsénieux. Une imprudence amena une petite rechute, dont deux nouveaux milligrammes firent justice.

La discussion s'éteint; la proposition de M. Gérardin est adoptée.

— La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

Habitants des Marquises. — M. Dubreuil, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, communique à M. Isidore Geoffroi-Saint-Hilaire, qui en fait part à l'Académie, les résultats des observations qu'il a faites sur deux têtes de Nukaviens qui ont été trouvées dans un *moraï* et qui lui ont été données par le docteur Commérias.

Les traits ostéologiques les plus intéressants se trouvent dans le maxillaire inférieur, privé d'angle. A l'endroit occupé ordinairement par cette éminence, qui, chez l'adulte, présente 120 degrés, on voit le bord postérieur des branches se continuer d'une manière insensible avec le bord inférieur de la mâchoire. Toutefois M. Dubreuil est porté à croire que cette dernière disposition, dont M. Lebâtard ne fait pas mention dans son mémoire sur les habitants de l'Océanie, n'est qu'accidentelle. Il a aussi remarqué que les apophyses condyliennes et coronoïdes sont peu saillantes et fort écartées les unes des autres. Le tissu osseux de ces crânes lui a paru plus dur et plus compacte. En somme, la tête du Nukaïvien mâle semble appartenir à la race caucasique. Quant à celle de femme de la même nation, elle se rapproche des plus beaux types de cette race. Comparée à une tête de Géorgienne, elle supporte le parallèle sans trop de défaveur. Le front cependant est un peu fuyant; mais la face est petite, arrondie, les éminences adoucies. Le squelette de la tête offre des lignes et des contours gracieux.

Quant à l'angle facial, sa mesure est loin de s'élever à 80 degrés, ainsi que M. Lebâtard assure l'avoir trouvé sur des têtes d'insulaires des Marquises.

Kératoplastie. — Les chirurgiens donnent ce nom à une opération qui consiste à remplacer une cornée malade par une portion de cornée saine empruntée à un autre individu, au moyen d'une sorte de greffe animale. Après de nombreux essais tentés sur les animaux avec plus ou moins de succès, mais toujours sans accidents, on a eu l'idée d'appliquer cette opération sur l'homme pour les cas de perte de substance accidentelle de la cornée ou de cécité complète provenant d'une opacité de cette membrane. Dans ce dernier cas, on enlève toute la portion opaque de cornée, et l'on greffe sur le moignon restant un lambeau de cornée pris sur l'œil d'un animal.

M. le docteur Plouviez, de Lille, qui a déjà communiqué une note sur ce sujet en 1843, adresse aujourd'hui à l'Académie un nouveau travail dans lequel il fait connaître les résultats des expérimentations auxquelles il n'a cessé de se livrer depuis cette époque.

La possibilité de la transplantation des cornées est une question à peu près résolue; mais il restait à étudier plusieurs questions dont la solution n'importe pas moins pour le succès de l'opération. La plus importante, sans contredit, était de savoir jusqu'à quel point la cornée nouvelle conserverait sa transparence. « Depuis cinq à six ans, dit M. Plouviez, que je m'occupe de la kératoplastie, et que j'ai fait une grande quantité d'opérations de ce genre, je n'ai pas obtenu une seule fois une transparence complète. Dans les cas les mieux réussis, la nouvelle cornée est toujours restée plus ou moins opaline. Cependant la vision s'est plus ou moins en partie rétablie, mais toujours incomplétement. »

Parmi les observations qu'il rapporte, il est question d'une jeune fille de vingt-trois ans, devenue aveugle à l'âge de trois ans à la suite d'une petite vérole et chez laquelle, après avoir enlevé la cornée opaque, il a appliqué sur le moignon, à l'aide de quatre points de suture, une cornée d'un jeune chien qu'il venait de sacrifier. La greffe a parfaitement réussi, mais il est à regretter que le résultat définitif n'ait pas été satisfaisant. Le seul bénéfice que cette jeune fille ait retiré de l'opération, est de distinguer, mieux qu'elle ne pouvait le faire auparavant, le jour d'avec la nuit: mais elle est incapable de se conduire seule.

Toutefois, à en croire M. Flourens, il ne faudrait pas désespérer du succès de ces tentatives: M. Feldmann, qui fait depuis longtemps sous ses yeux des expériences de même nature, serait arrivé à des résultats plus satisfaisants que ceux de M. Plouviez, et qui donneraient lieu d'espérer un succès plus complet. S'il en est ainsi, et nous prenons avec plaisir acte de la déclaration de M. le secrétaire perpétuel, la kératoplastie serait une acquisition précieuse.

Bouc-nourrice. — M. I. Geoffroi-Saint-Hilaire communique verbalement un cas curieux d'anomalie offert par un bouc donné récemment au Muséum par une personne dont nous n'avons pas retenu le nom. Ce bouc, qui présente tous les attributs de son sexe, est pourvu en outre d'une paire de mamelles aussi bien développées que celles d'une chèvre. Le lait qu'on en extrait en abondance, a toutes les apparences physiques du lait de chèvre; il n'en diffère, quant au goût, que par une saveur un peu plus salée. L'analyse, dont M. Chevreul a bien voulu se charger, apprendra s'il existe quelque différence dans sa constitution chimique. Cet animal n'est pas, comme on pourrait le croire d'après cette circonstance, un hermaphrodite, car il a, ainsi qu'on peut s'en assurer par le dessin que M. Geoffroi-Saint-Hilaire fait circuler, les parties génitales mâles très développées et parfaitement conformées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 2 juillet 1845. — Présidence de M. GILLETTE.

La correspondance comprend: 1° Une brochure de M. Depaul ayant pour titre: Mémoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente; 2° un mémoire de M. Belhomme, intitulé: Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale; 3° une brochure de M. Payan, sous ce titre: Des remèdes anti-syphilitiques, de leur appréciation et de leur application thérapeutique.

M. Larrey est prié de faire un rapport verbal sur ce travail.

MM. Larrey, Caffe, Laborie, Launay et Cherest, sont nommés au scrutin délégués de la Société pour assister à la discussion du rapport de la commission d'organisation du Congrès médical.

— *M. Mojon* fait un rapport sur un travail de M. Maudel (de Vienne), ayant pour titre: *De phthisi pulmonali.* Voici les conclusions de ce rapport: Si on ne trouve dans ce mémoire, rédigé d'ailleurs en assez bon latin, aucun fait particulier à la clinique de l'auteur, aucune considération ou nouveauté importante sur la maladie en question, on y remarque toutefois qu'aucune des vérités utiles déjà publiées par les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés de ce sujet, n'a échappé à M. Maudel; et que tout en gardant le rôle d'observateur purement passif, il a su rédiger une excellente monographie sur la consomption pulmonaire, maladie aussi grave que rebelle à toutes sortes de remèdes. Sur la proposition du rapporteur, M. Maudel est nommé membre correspondant de la Société.

— *M. Blatin* fait fonctionner son *Rigocéphale*, ou appareil de réfrigération pour la tête. Ce bonnet à doubles parois est exécuté en cuir mince; rendu imperméable par des couches de caoutchouc. Il est solide, parfaitement souple en tous points, et ne renferme plus au-

une pièce métallique capable de gêner la tête du malade. M. Blatin est parvenu à le débarrasser de toute odeur et à réduire son prix d'une manière notable. Les trois grandeurs qu'il a fait exécuter s'adaptent à toutes les têtes, et se moulent complétement sur elles. Dès que le courant continu de l'eau qu'apporte un siphon et qu'emporte un tuyau de décharge se trouve établi, l'appareil fonctionne seul, sans surveillance, et peut faire circuler autour de la tête plus de 500 litres d'eau par jour.

M. Forget craint que l'imperméabilité absolue qu'a recherchée M. Blatin ne fasse perdre au Rigocéphale un des grands avantages que présentait son premier appareil, dont les vessies laissaient transsuder un peu de liquide, qui, s'évaporant, n'était pas sans utilité pour la réfrigération.

M. Blatin répond qu'à l'aide du thermomètre et par des applications répétées sur plusieurs malades et sur lui-même, il s'est assuré que le renouvellement continu du liquide refroidit complétement la tête sur tous ses points et ajoute que si l'on croit utile de l'humecter, pour obtenir une évaporation, rien n'empêche de l'envelopper d'une compresse mouillée. L'évaporation se fera, comme auparavant, par des ouvertures qu'on peut multiplier autant qu'on le veut, au moyen d'œillets métalliques à travers la double paroi du bonnet.

— *M. Forget* fait connaître deux cas de fractures fort rares, surtout au point de vue étiologique; le premier est relatif à un homme qui s'étant élancé dans l'eau d'une hauteur d'environ sept pieds, dans l'attitude qu'on prend pour plonger, ne tarda pas à reparaître à la surface et se mit à nager, puis éprouva, après avoir fait deux ou trois brasses, mais seulement alors, une douleur très vive au coude du côté droit, avec impossibilité de faire agir l'avant-bras. Le lendemain, à l'Hôtel-Dieu, M. Blandin constata une fracture de l'olécrane, près du sommet de cette apophyse, fracture qui ne peut être attribuée qu'à l'effort musculaire, à la contraction énergique du triceps.

Le second fait est celui d'un homme qui se fractura la clavicule près de son extrémité interne, à un centimètre environ en dehors de l'extrémité costo-claviculaire, par un mécanisme assez peu connu. Il charriait de la terre, travail qui s'exécute ainsi : Plusieurs terrassiers s'entre-passent une brouette chargée. Le premier, après lui avoir fait parcourir une certaine distance, la fait pirouetter sur sa roue, de manière à lui faire décrire un mouvement rapide, par suite duquel les deux brancards sont vivement jetés de côté et doivent être reçus par un autre ouvrier. C'est en recevant brusquement cette charge, le corps penché de côté et un peu en avant, et ne se trouvant pas prêt pour cette manœuvre, que le terrassier dont nous parlons ressentit une vive douleur dans l'épaule droite et entendit un craquement marqué. Il ne put, dès lors, relever son bras et le porter en avant. — A l'Hôtel-Dieu, on diagnostiqua une fracture de la clavicule, avec saillie anguleuse du fragment externe sous la peau. — Comment s'est effectuée cette fracture? Pour répondre à cette question, il faut se rappeler l'attitude qu'a dû prendre le membre et la situation de la clavicule par rapport à la première côte, dans le moment même où un poids considérable vient agir sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, les muscles ne se trouvant pas préparés et surpris en quelque sorte. Or, le bras étant fortement allongé et tiré en bas, l'épaule s'est trouvée brusquement et fortement abaissée; la clavicule a suivi ce mouvement de dépression, et s'est appliquée contre la première côte par sa face inférieure, précisément au niveau de son articulation costo-claviculaire. Voilà donc cet os qui représente un levier du premier genre. Le bras de levier de la puissance n'est autre que toute la longueur du fragment externe, à l'extrémité duquel agit la violence extérieure, ou puissance, par la transmission du membre thoracique. La résistance a un bras fort court : c'est le fragment interne, retenu en position par les ligaments articulaires du sternum et de la côte. Le point d'appui se trouve ainsi intermédiaire; et c'est près de là que la fracture s'opère.

M. Larrey, quant au premier cas, se fondant sur le mouvement forcé et brusque qu'exécute un nageur pour s'élancer dans l'eau, pense que l'explication de la fracture de l'olécrane peut bien se trouver dans l'action musculaire exagérée pendant l'extension violente imprimée aux bras. Peut-être pourrait on encore admettre la coïncidence subite d'une de ces contractures musculaires qui portent le nom de crampes; mais la première explication lui semble plus probable.

M. Belhomme demande à M. Forget s'il a constaté quelle était l'épaisseur de la clavicule chez le second malade, et s'il n'est pas d'observation que chez quelques individus les os ont une fragilité anormale.

M. Forget, répondant d'abord à la seconde question, dit qu'il ne peut la décider, manquant d'exemples à cet égard; et quant à la première, il a trouvé les clavicules en rapport de force avec tout le reste de l'organisme de cet homme, qui est bien constitué, fort et robuste.

M. Larrey désirerait, et c'est une question importante, qu'on observât si la faiblesse, la fragilité des os correspond en général à la faiblesse musculaire, ou en est indépendante.

— La séance est levée à dix heures.

Henry Blatin, *secrétaire particulier.*

REVUE GÉNÉRALE.

Tubercules du testicule. — Les *Annales de chirurgie* rapportent un fait intéressant; recueilli dans le service de M. Vidal (de Cassis), par M. Mouchot, interne; et sur lequel l'auteur promet de revenir dans un des prochains numéros.

Le nommé Carré, âgé de dix-neuf ans, lymphatique, est entré à l'hôpital du Midi le 8 janvier de cette année, pour être traité d'un testicule tuberculeux.

Le testicule droit était sain; le gauche, quatre fois plus volumineux que le précédent, présentait un ramollissement considérable; le canal déférent du même côté avait subi la dégénérescence tuberculeuse; il était très volumineux, dur, inégal. Une incision pratiquée sur le testicule donna issue à un pus mal lié, floconneux, fétide, restait une caverne qui aurait logé une grosse noix. Le malade portait en outre des cicatrices inégales sous la branche de la mâchoire où existaient encore des ganglions engorgés. Ce malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium. La plaie de l'opération resta fistuleuse.

Le 15 du mois de mars, le malade se plaignit de céphalalgie, et l'iodure de potassium lui fut supprimé pendant quelques jours, puis repris quand le mal de tête disparut.

Le 26 mars, il accuse de nouveau une céphalalgie frontale assez intense, continue, et qui ne s'accompagne d'aucun autre symptôme pendant quelques jours. L'iodure de potassium est complétement supprimé.

Le 2 avril, quelques vomissements.

Le 3, le malade prononce quelques mots sans suite et mal articulés, s'agite dans son lit; le pouls est régulier, développé, sans fréquence; l'appétit est conservé. M. Vidal diagnostique des tubercules dans le cerveau. — Sangsues derrière les oreilles.

Le 5, stupeur, regard hébété; le malade comprend encore ce qu'on lui demande, mais lentement; répond par monosyllabes; la langue est humide; selles faciles tous les jours; pouls régulier, développé, peu fréquent. — Vésicatoire à la nuque.

Dans la journée, délire, agitation des membres; le malade veut se lever. On lui met la camisole.

Le 6, stupeur extrême; intelligence abolie, face rouge, yeux immobiles, ouverts, pupilles dilatées, mobiles; conjonctives injectées et purulentes; lèvres sèches. On ne peut lui faire tirer la langue. Mouvements continuels des bras. Respiration suspirieuse, assez fréquente. Pouls régulier, développé, peu fréquent. — Glace sur la tête; vésicatoire aux cuisses.

Mort le 7 avril à huit heures et demie du matin.

Autopsie. — Le cerveau contient plusieurs tubercules du volume d'une grosse noisette. Un d'eux existe à la partie postérieure de la scissure de Sylvius du côté droit, à 2 deux ou 3 millimètres de la surface cérébrale. On le sent facilement avec le doigt en pressant à ce niveau. Un autre occupe la partie latérale du lobe moyen du côté gauche; il est aussi logé près de la surface. Un troisième du même côté, lui est postérieur. Trois autres tubercules du même volume sont trouvés à la face inférieure de la tente du cervelet, du côté droit et adhérent à cette tente. Le cerveau présente une apparence sablée, rouge, assez prononcée dans toute son étendue; les vaisseaux de la pie mère sont injectés autour des tubercules. Il n'y a ni ramollissement, ni changement de coloration dans la substance cérébrale. Les poumons sont farcis de tubercules à l'état de granulations miliaires transparentes; le testicule est réduit à sa coque fibreuse, contenant de la matière tuberculeuse.

L'épididyme confondu avec le testicule, le canal déférent a subi la même dégénérescence; il est considérablement augmenté de volume jusqu'au canal inguinal; là il conserve son volume normal. Aussitôt après son entrée dans l'abdomen, le canal redevient très volumineux et contient beaucoup de tubercules. La vésicule séminale du même côté, plus grosse que la droite, est transformée en une caverne remplie de matière tuberculeuse, et qui communique avec une autre caverne de la prostate également tuberculeuse; celle-ci enfin s'ouvre dans le canal de l'urètre, sur le côté gauche du veru montanum, par une ouverture arrondie, ne paraissant pas due à une déchirure, ne pouvant recevoir que la pointe d'un stylet.

Traitement de l'angéioleucite utérine. — M. Botrel, interne de l'hôpital de Rennes, a publié dans les *Archives de médecine*, un travail important sur l'angéioleucite utérine, travail dont nous analyserons la partie relative au traitement.

En première ligne, l'auteur place les antiphlogistiques. Reconnaissant à la maladie deux périodes distinctes, il reconnaît aussi deux indications toutes différentes à remplir. 1° arrêter l'inflammation à son début, prévenir la suppuration; 2° une fois le pus formé et porté dans le torrent circulatoire, chercher à détruire ses propriétés morbides. L'auteur n'a jamais vu guérir de malade chez laquelle il y avait eu des signes certains d'intoxication du sang; il ne peut même concevoir alors de guérison possible qu'autant que l'infection purulente s'arrête d'elle-même et que la nature puisse débarrasser l'économie du pus déjà formé. Le traitement doit commencer par une saignée générale et une locale. Toujours une amélioration notable coïncide avec cette thérapeutique. Des applications de sangsues, des bains, des frictions mercurielles, lorsque les symptômes inflammatoires persistent concourent au même but. Il ne faut pas se laisser surprendre par les caractères du pouls; il ne se relève quelquefois qu'après la seconde saignée. Cependant, quand après la première il conserve ses caractères primitifs, qu'il reste concentré, peu résistant, il faut agir avec une grande circonspection et modérer les émissions sanguines.

Lorsque les malades sont arrivés à un ou deux jours de maladie, on doit insister plutôt sur les émissions sanguines locales. Quand il y a un mélange de symptômes inflammatoires et de symptômes typhoïdes, que ceux ci, encore à leur naissance, se disposent à masquer les premiers, que l'abdomen est cependant le siége de douleurs vives, révélant une inflammation encore envahissante du péritoine, que le pouls est peu résistant, l'auteur préfère les sangsues à la phlébotomie; car elles ne peuvent pas jeter les malades dans l'affaissement qui les menace. A ces moyens, on joindra les injections émollientes dans le vagin, en introduisant le bout de la canule jusque sur le col de l'utérus même. Les cataplasmes émollients légers sur le ventre, ou flanelles imbibées de décoctions émollientes; les bains sont souvent utiles, mais avec les plus grandes précautions. Souvent on voit, après leur emploi, la peau, de sèche qu'elle était, devenir moite, sudorale, et l'état de la malade s'améliorer rapidement. Une abondante transpiration est une chose très heureuse et qui peut servir de crise à la maladie.

On devra permettre une alimentation légère dès que la période inflammatoire arrivera à son déclin. On donnera à petites doses et souvent des boissons acidulées : les boissons émollientes répugnent souvent aux malades.

Les mercuriaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, ont échoué dans la plupart des cas. Cependant le calomel et l'onguent napolitain ont quelquefois semblé concourir à diriger l'affection vers une issue heureuse, lorsqu'on les a employés comme succédanés des évacuations sanguines. Le calomel a été donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour en potion; l'onguent napolitain, employé à la dose de 60 ou 70 grammes, en frictions sur le ventre et sur la face interne des cuisses. Chez les malades qui ont été ainsi traitées, il est à peine survenu une légère salivation; chez celles qui ont guéri, le mercure a porté son action sur les gencives. Les purgatifs doux ont semblé favoriser l'action des saignées; l'huile de ricin, les sels neutres, le calomel ont triomphé de la constipation qui a été constante au début de la maladie, mais seuls, ils n'ont rien pu, non plus que les vomitifs. Le tartre stibié a été administré; non seulement à doses vomitives, mais encore d'après la méthode rasorienne et cela sans effets notablement satisfaisants.

Lorsque l'on n'a pu à l'aide des médications précédentes arrêter la marche de la maladie, que celle-ci est arrivée à sa seconde période, on a cherché à neutraliser l'action du pus mêlé au sang. Le chlorure d'oxyde de sodium, administré en potion, tisane, lavements, etc., a toujours été impuissant. Le nitrate de potasse n'a produit aucun effet sensible. Les toniques, et principalement le vin, ont été bien tolérés dans tous les cas rapportés par M. Botrel, le sulfate de quinine a déterminé le délire chez l'une des malades, une surdité prononcée chez une autre. Les vésicatoires et les sinapismes, employés quand l'affaissement et le délire sont survenus, ont été souvent utiles, appliqués aux mollets, ou à la face interne des cuisses. L'huile essentielle de térébenthine, considérée par les médecins anglais comme un spécifique héroïque, n'a jamais été suivie de succès à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Loin de là, on a toujours vu survenir des vomissements fréquents, une sensation de chaleur à l'épigastre, des coliques, une soif brûlante, de la rougeur et de la sécheresse de la langue. A l'autopsie, on a toujours trouvé des traces certaines d'inflammation. Nous regardons, dit M. Botrel, ce médicament comme tout à fait hors de place dans le traitement de la fièvre puerpérale; le seul avantage que nous puissions lui reconnaître, c'est d'être un purgatif; mais comme elle constitue un purgatif irritant, et que nous en avons bon nombre d'autres plus convenables et tout aussi efficaces, nous la bannissons entièrement du traitement de cette affection. Il ne nous reste, pour avoir épuisé la liste des moyens que nous avons vu mettre en usage, qu'à parler des opiacés employés comme médication préservatrice. Ils ont été rarement employés; mais à chaque fois, malgré les circonstances favorables dans lesquelles s'est faite leur administration, la maladie n'a pas été conjurée.

En résumé, chaque fois que les antiphlogistiques aidés des mercuriaux ou des purgatifs n'auront amené aucune amélioration sensible dans les accidents, nous pourrons regarder tous les autres moyens dont nous avons parlé comme impuissants; et à moins que la thérapeutique ne vienne à nous fournir un médicament qui puisse neutraliser chaque molécule de pus à mesure qu'elle s'introduit dans le sang, l'*angéioleucite utérine suppurée* restera marquée au sceau de l'incurabilité. Cependant nous devons chercher à remplir alors la seconde indication que nous présente cette horrible maladie, c'est-à-dire combattre, autant que faire se peut, les propriétés morbides du sang, son état poisseux, plastique, diminuer les difficultés qu'éprouve ce liquide à traverser les capillaires des organes. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons que le moyen le plus favorable, c'est de faire passer une grande quantité de boisson dans le torrent de la circulation.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes thérapeutiques sur la pharmacodynamie au point de vue de la solution de ces trois questions : « Pourquoi, quand et comment, le médecin doit-il employer les agents pharmacodynamiques? » Par M. Golfin, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ce livre a pour objet l'étude philosophique de la science des médicaments. Il a été inspiré par l'idée de résumer les principes de cette branche importante de la médecine, et de fixer par des commentaires judicieux la valeur réelle des expressions du langage médical, dont la fausse interprétation entraîne trop souvent des conséquences si désastreuses.

L'auteur commence par démontrer combien est vicieuse cette synonymie des termes qui, sous la triple appellation : pharmacologie, pharmaceutique, matière médicale, désigne vaguement une seule et même science, la science des médicaments. Il s'efforce ensuite de faire cesser cette confusion en exposant logiquement le véritable sens de ces dénominations. Pour le professeur Golfin, la pharmacologie est la partie de la thérapeutique qui se compose de tout ce qui est relatif à la connaissance des médicaments sous le triple rapport : 1° De leur histoire naturelle, physique et chimique; 2° de leur choix, de leur préparation et de leur conservation; 3° de leurs propriétés dynamiques. La pharmacologie comprend trois parties : 1° L'histoire naturelle physico-chimique, ou la pharmacographie; 2° la pharmacie, ou la pharmacotechnie; 3° la matière médicale proprement dite, ou la pharmacodynamie, subdivisée en pharmacodynamie générale ou philosophique, et en pharmacodynamie spéciale ou pratique. La pharmacographie a pour objet la description des médicaments; la pharmacie indique leurs différents modes de préparation, et la pharmacodynamie fait connaître leur emploi médicinal.

Cette définition et ces divisions de la pharmacologie sont, selon nous, irréprochables. Nous applaudissons à l'heureuse idée qu'a eue le professeur de Montpellier, de substituer le mot très scientifique pharmacodynamie aux expressions infidèles : matière médicale, généralement employées jusqu'ici. Cette nouvelle appellation deviendra classique, du moins elle sera adoptée par les médecins qui connaissent le génie de la médecine et qui en respectent les lois. M. Golfin définit ensuite la pharmacodynamie la partie de la pharmacologie qui a pour objet la connaissance des propriétés physico-chimiques et dynamiques des substances naturelles ou artificielles dont l'usage est, en général, étranger au régime de la santé, et presque exclusif au traitement de l'état morbide. Puis, après ces généralités sur la science des médicaments il aborde exclusivement l'étude de la pharmacodynamie au point de vue de ces trois grandes questions fondamentales : Pourquoi, quand et comment le médecin doit-il employer les agents pharmacodynamiques? C'est-à dire dans quel cas, dans quel moment, et de quelle manière le médecin doit-il employer les agents pharmaceutiques. Eh bien; dussions-nous passer pour enthousiaste, ce qui n'est pas notre défaut ordinaire, nous dirons encore que, dans cette seconde partie de son travail, M. Golfin s'est constamment tenu dans une sphère très élevée. En effet, parfois il s'exprime avec une savante lucidité, soit qu'il indique les méthodes à suivre pour acquérir la science de la thérapeutique, soit qu'il fasse connaître les conditions générales de l'occasion ou de l'opportunité, soit enfin qu'il expose les lois de la médication et les divers modes de médicamentation.

Parmi les dogmes que l'auteur formule il en est un sur lequel nous devons surtout fixer l'attention, parce qu'il résume parfaitement l'esprit de la doctrine hippocratique : « Lorsque l'homme est malade, dit M. Golfin, si la force de la nature ne se livre pas à des actes curateurs, le médecin doit intervenir, saisir l'occasion pour provoquer l'établissement de ces actes et les diriger d'une manière favorable à la médication par une méthode de médicamentation appropriée à chaque individualité morbide. » Puis il ajoute plus loin : « l'*acte d'imitation* de la nature est la loi primordiale de la constitution de la thérapeutique; » or il complète aussi, à notre sens, un des plus utiles enseignements de la philosophie médicale. Nous recommandons encore les paragraphes qui traitent 1° de la manière de placer la force médicatrice dans les dispositions favorables à l'exercice de la puissance curative; 2° des moyens de prévenir les affections locales en combattant primitivement les états généraux ou les diathèses, et particulièrement celui qui a pour objet l'examen analytique des diverses doctrines médicales. C'est, sans contredit, un morceau capital.

En dernière analyse, l'ouvrage du professeur Golfin peut être considéré comme un résumé didactique essentiellement propre à faire connaître le génie de la pharmacologie étudiée au point de vue du vitalisme hippocratique et barthézien. C'est un livre dont tous les mots sont pleins d'idées, et qui possède sous ce rapport le véritable cachet des meilleurs ouvrages de Montpellier.

Docteur Ed. Auber.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Hydropisie ascite. Mort subite. — Nous avons reçu de M. Rousse, à Bagnères-en-Bigorre, l'observation suivante relative à une hydropisie ascite en voie de guérison, terminée brusquement par la mort, sans aucun signe précurseur.

La femme J....., âgée de cinquante-huit ans, de taille ordinaire, d'un embonpoint médiocre, d'un tempérament lymphatique prononcé, fort adonnée aux boissons alcooliques; irritable à l'excès; éprouve, en décembre 1843, un sentiment de gêne dans l'abdomen; ses vêtements ne sont jamais assez larges; la nuit, elle est obligée, pour dormir, de comprimer avec son poing la région épigastrique. Sa langue est saburrale; son appétit, moindre au commencement des repas, augmente à mesure qu'elle prend des aliments, et le bien-être que détermine l'ingestion des aliments la force à manger et à boire souvent. De légers maux de tête qui la tourmentent cessent après ses repas; pouls naturel, respiration libre; le cœur bat régulièrement; les glandes de l'économie paraissent à l'état sain. La digestion est un peu gênée le soir. Une selle chaque jour; urines abondantes, faciles.

La malade continue à être dans cet état jusqu'au mois de février 1844.

Alors, et sans cause connue, la face devient bouffie, la respiration moins facile, sans cependant rien présenter d'anormal à la percussion et à l'auscultation; le pouls est petit et précipité; bruits du cœur normaux; anorexie, digestions difficiles; nausées; léger développement de l'abdomen, qui paraît s'opérer de bas en haut; selles rares; urines pas très abondantes, bilieuses; peau très sèche. Enfin, peu à peu un liquide, dans l'espace de deux mois environ, remplit la cavité du petit bassin, gagne l'ombilic et repousse en haut les intestins grêles. De là, augmentation des phénomènes indiqués; maigreur du sujet. La poitrine percutée, donne un son mat en bas, et assez clair dans les parties supérieures des poumons.

25 mai. Ventre excessivement tuméfié, variqueux; paroi abdominale dure et résistante, ne cédant en rien à la pression; fluctuation; urines et selles rares; peau sèche; maigreur extrême; anorexie, etc.; suffocation excessive.

Vu le danger d'attendre plus longtemps, je pratique l'opération de la paracentèse, et retire six pintes de liquide. Le trois-quarts, à cause

de la grande tension du ventre, a produit une ouverture assez large qui donne pendant quinze jours passage à une assez grande quantité de sérosité.

Prescription. Compression du ventre ; purgatifs de temps en temps; tisane diurétique ; se couvrir autant que possiblo pour favoriser la transpiration ; régime doux.

Après l'opération, la malade est revenue à un état de santé satisfaisant, et tout indiquait une guérison parfaite, si ce n'est un grand besoin de dormir, lorsqne, le 25 juillet, sans cause connue, le ventre étant aussi plat que possible, la malade délire, ne voit rien, n'eutend rien, et meurt le lendemain sur les sept heures du matin, sans qu'il m'ait été donné d'assister à ses derniers moments.

Autopsie cadavérique. — Crâne. Epaississement de l'arachnoïde, de la membrane qui recouvre les hémisphères et de la membrane qui tapisse les ventricules. Grande quantité de sérosité épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules. Injection très marquée de la pie-mère.

Poitrine. Poumons en bon état, légèrement refoulés en haut par une petite quantité de sérosité à la base. Injection sous-pleurale prononcée.

Cœur, sain. Péricarde légèrement épaissi, injecté, contenant une cuillerée environ de sérosité.

Estomac et intestins, peu phlogosés.

Rate, en bon état.

Foie, un peu hypertrophié.

Pancréas, bien.

Reins, idem.

Fausses membranes dans le péritoine qui est comme blanchi, induré et macéré.

— Ce fait est curieux en ce sens qu'il peut être rapproché des cas assez fréquents dans lesquels, chez un sujet affecté de pleurésie avec épanchement, la mort survient instantanément, sans cause appréciable et sans phénomènes précurseurs. Cette terminaison par mort subite, plus fréquente dans la pleurésie que dans l'hydropisie ascite, est cependant assez connue pour avoir été mentionnée par les auteurs. Serait-il possible de la prévenir en plaçant, avant de commencer le traitement, un séton à la nuque, comme le pense M. Rousse, et y a-t-il toujours indication d'un séton? C'est ce que nous ne pensons point; ces cas étant exceptionnels, d'une part, et rien ne prouvant, de l'autre, que l'application d'un séton puisse prévenir ces accidents.

Transposition des viscèrcs constatée pendant la vie. — Suicide par strangulation.

Mon cher confrère,

Il serait inutile d'entrer dans longs détails au sujet de deux observations intéressantes sous le rapport de la médecine légale et de la physiologie. Le point important réside, en effet, dans la constatation exacte des faits, et ceux-ci paraissent, du reste, d'une réalité d'autant moins douteuse, qu'il nous a été possible de rendre M. le professeur Chomel témoin de l'un, et que l'autre s'est passé pour ainsi dire publiquement.

Il s'agit, d'une part, de transposition de viscères..... Chez une dame de mes clientes, le cœur se trouve à droite, la rate du même côté et le foie à gauche. Cette dame, d'une quarantaine d'années, a eu neuf enfants, est d'une assez pauvre santé, sans que l'on puisse cependant rattacher son état maladif à la particularité organique qu'elle présente; car à part cette sorte d'inversion, anatomiquement et physiologiquement l'harmonie est ici tout aussi parfaite. En résumé, il n'est pas très rare de rencontrer cette anomalie sur le cadavre, mais il l'est excessivement de la reconnaître sur le vivant. M. Chomel, qui se trouvait en consultation, avouait n'avoir jamais, en effet, observé pendant la vie une pareille singularité.

L'autre observation a trait à un cas de suicide par strangulation, et, ce qui peut-être lui prête quelque intérêt, c'est que le cadavre fut trouvé suspendu, au-dessous de hauteur d'homme, à la corde de la jalousie d'une fenêtre, les pieds traînant à terre, les genoux un peu fléchis. Cet événement a eu lieu tout récemment dans une maison située derrière la Bourse; et le triste héros était un malade, qui profita de l'absence momentanée et calculée par lui de surveillance, pour accomplir son sinistre projet.

Agréez, etc.

Docteur BERTON.

Paris, ce 13 août 1845.

Avortements causés par le sulfate de quinine.

Monsieur et très honoré confrère,

Au moment où vous venez de publier dans votre intéressant journal les leçons de M. le professeur Rostan sur les fièvres intermittentes, je crois de mon devoir de signaler à l'attention des praticiens la fréquence extrême des avortements occasionnés par l'administration du sulfate de quinine dans cette maladie.

Exerçant dans une localité où les fièvres d'accès sont endémiques, j'ai pu, ainsi qu'un de mes confrères, d'une expérience longue et consommée, constater très souvent ce fâcheux accident. Est-il dû à une action spéciale sur l'utérus, ou à une modification du système nerveux? C'est ce qu'il resterait à éclaircir.

Nous portons rarement la dose de ce sel à plus d'un gramme à doses fractionnées. Si les récidives nous obligent à revenir au même remède, *très souvent* l'avortement s'ensuit. Redoutant une pareille conséquence, j'ai laissé à eux-mêmes les accès périodiques chez un grand nombre de femmes enceintes; toutes sont arrivées à terme.

Ce fait, je pense, mérite de fixer l'attention des praticiens ; aussi, j'espère, Monsieur et très honoré confrère, que vous voudrez bien réserver à ma lettre l'honneur de la publicité.

Agréez, etc. V. PETITJEAN, D.-M.-P.

Seurre (Côte-d'Or), 10 août 1845.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la digitale contre l'épilepsie;
par M. le docteur SCHARKEY.

Withering, Parkinson, Schwediaur, Thomas, et autres, se basant sur la propriété sédative que les autcurs s'accordent assez unanimement à attribuer à la digitale, ont recommandé l'usage de cette plante dans le traitement de l'épilepsie, et M. le docteur Scott a fait connaître deux cas de guérison ou d'amélioration notable de cette affection si rebelle, sous l'influence de ce puissant médicament.

Aujourd'hui, M. Scharkey recommande de nouveau la digitale à l'attention des médecins, pour combattre les accidents épileptiques ; mais il en restreint avec raison l'usage aux cas où l'affection est idiopathique.

La forme sous laquelle ce praticien administre la digitale est celle de la teinture alcoolique, et il la prescrrit à des doses très fortes, car il en fait prendre 3 grammes, trois fois par jour, dans un excipient approprié.

Cas d'empoisonnement par le vinaigre radical; observation recueillie par M. le docteur MÉLION, de Freudenthal.

Bien que M. Christison révoque en doute les propriétés toxiques de l'acide acétique, M. Mélion croit néanmoins devoir ranger ce corps parmi les poisons irritants, et il cite, à l'appui de son opinion, l'observation suivante :

Un homme, âgé de trente-six ans, était en voie d'amélioration d'une pleuro-pneumonie, lorsque, au lieu de prendre une cuillerée à café d'hydrolat de laurier-cerise, il prit du vinaigre radical qu'il avait près de lui pour le flairer au besoin. Immédiatement après l'ingestion de ce liquide, il sauta du lit comme un furieux et se traîna par terre en poussant des hurlements arrachés par la douleur. Faute de mieux, il se hâta d'avaler une grande quantité d'eau.

A son arrivée, M. Mélion trouva la membrane muqueuse buccale tout à fait blanche ; le malade se plaignait d'éprouver une violente douleur, un sentiment de brûlure dans les régions de la poitrine et de l'estomac, une anxiété très forte, des angoisses, des nausées ; il pouvait à peine s'exprimer, et il était baigné de sueur. Le pouls était très accéléré, petit, resserré.

On administra du lait, du carbonate de magnésie et une potion huileuse.

Après avoir eu des vomissements fréquents et des selles diarrhéiques, le malade vit ses douleurs diminuer, et il ne tarda pas à recouvrer la santé.

CONGRÈS MÉDICAL. — Des renseignements sur l'exactitude desquels nous pouvons compter, nous autorisent à annoncer que les travaux de la Commission permanente du Congrès ont été poussés avec assez d'activité pour que le manifeste d'appel et d'adhésion puisse être publié à la fin de cette semaine. Il sera probablement envoyé dès demain aux journaux de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire, où, selon toute apparence, il recevra bon accueil.

Le programme complet est actuellement sous presse, et son envoi à toutes les Sociétés de médecine, de pharmacie et d'art vétérinaire, continuera incessamment.

La Commission a déjà reçu plusieurs adhésions, soit de Paris, soit des départements. Nous serons en mesure, dans notre prochain numéro, d'indiquer à nos lecteurs le mode à suivre pour faire acte d'adhésion.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 23 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 98. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 22 AOUT 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

La Commission permanente du Congrès médical aux Docteurs en médecine et en chirurgie, aux Officiers de santé, aux Pharmaciens et aux Médecins Vétérinaires de la France.

La Commission permanente du Congrès médical, nommée dans la séance générale des délégués des Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris, le 2 août 1845, a l'honneur d'informer :

1° Les docteurs en médecine et en chirurgie ;
2° Les officiers de santé ;
3° Les pharmaciens ;
4° Les médecins-vétérinaires diplômés,

Qu'un Congrès général s'ouvrira à Paris le 1er novembre prochain.

Ce Congrès a pour but de discuter le programme des questions relatives à l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire.

La solution de ces questions, expression des vœux de la majorité, sera transmise à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et aux membres de la Chambre des pairs et de la Chambre des députés.

Les Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris, dont la *Commission permanente* n'est que l'interprète, ont adhéré à l'institution d'un Congrès général avec l'espérance que cette institution aurait pour résultat :

1° De favoriser dans le corps médical le développement de l'esprit d'association,

2° De faire connaître aux ministres et aux Chambres l'état réel de nos souffrances et l'expression réelle de nos vœux,

3° De hâter sans doute la présentation d'un projet de loi qui réponde à nos désirs et à nos espérances.

Pour que ce triple résultat soit obtenu, le concours de toutes les lumières et de toutes les bonnes intentions est indispensable. Il est nécessaire aussi que tous les intérêts soient représentés au Congrès général.

Aussi a-t-il été adopté en principe que l'appel au Congrès serait fait de la manière la plus libérale et la plus large, et la *Commission* a-t-elle reçu pleins pouvoirs pour faire connaître cet appel à toutes les personnes exerçant la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire.

Elle remplit cette mission aujourd'hui en faisant connaître par la voie des journaux, l'existence, le but et l'époque de la réunion du Congrès médical.

Cet appel est distinct de l'appel direct et spécial qui est fait aux Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire du royaume, aux Facultés et Ecoles, pour lesquelles seulement ce dernier mode pouvait être adopté.

Pour faire acte d'adhésion au Congrès il suffit, pour les personnes éloignées de Paris, d'adresser (*franco*) à M. le docteur Richelot, trésorier de la Commission, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10, à Paris, un bon sur la poste de la somme de cinq francs, somme destinée à couvrir les frais de toute nature qu'exige la réunion du Congrès, avec un bulletin indiquant le nom, la demeure et la profession de l'adhérent.

Chaque adhérent des départements trouvera à son arrivée à Paris, chez M. le docteur Richelot, une carte d'entrée au Congrès, signée de M. le président et de M. le trésorier de la Commission.

MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris qui sont dans l'intention d'adhérer au Congrès, peuvent s'inscrire chez M. le docteur Richelot qui leur remettra la carte d'entrée, ou bien lui adresser leur adhésion par lettre affranchie. La cotisation sera alors touchée à domicile.

La *Commission* a donc l'honneur d'inviter les personnes qui exercent l'une des trois professions désignées, à vouloir bien concourir à l'institution du Congrès général qui intéresse les besoins généraux de ces professions, et par conséquent le bien-être général de chacun de ceux qui les exercent.

Les membres de la Commission permanente :

MM.

VILLENEUVE, D.-M.-P., membre de l'Académie royale de médecine, *président*.
BOULLAY, ancien pharmacien, membre de l'Académie royale de médecine, *vice-président*.
AMÉDÉE LATOUR, D.-M.-P., *secrétaire*.
MALGAIGNE, D. M.-P., agrégé de la Faculté de médecine de Paris, *secrétaire-adjoint*.
RICHELOT, D.-M.-P., membre de la Société de médecine du département de la Seine, *trésorier*.
MOREAU, D.-M.-P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.
AUGUSTE BÉRARD, D.-M.-P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.
SÉGALAS, D.-M.-P., membre de l'Académie royale de médecine.
F. BOUDET, pharmacien, agrégé à l'Ecole de pharmacie, membre de la Société de pharmacie.
BATTAILLE, D.-M.-P., président de la Société médico-pratique.
HAMONT, vétérinaire, membre associé de l'Académie royale de médecine.
FLAVIN, D.-M.-P., secrétaire de la Société médicale d'émulation.
DUBAIL, pharmacien, membre de la Société de pharmacie.
LEBLANC, vétérinaire, membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée.
COLLIGNON, vétérinaire membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée.

Nota. — La Commission permanente regrette vivement de ne pouvoir adresser à chacun des membres qui exercent l'une des trois professions désignées un exemplaire du rapport et du programme des questions; mais les frais qu'exigeraient une telle publication et une telle distribution seraient énormes. Elle a dû nécessairement se borner à en envoyer un exemplaire à chaque Société de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire; à toutes les Facultés, Ecoles préparatoires de médecine, Ecoles de pharmacie et Ecoles vétérinaires; à tous les journaux s'occupant spécialement de l'une de ces trois sciences, avec prière de le faire connaître aux personnes qui désireraient en prendre communication.

Cette distribution pourra être terminée vers le 15 septembre. Si quelque erreur, quelque omission involontaires étaient commises à cet égard, on est prié d'en prévenir M. Amédée Latour, rue Richer, 44, à Paris, secrétaire de la Commission, qui s'empressera de les réparer.

Pour que ce Congrès ait toute la valeur et obtienne tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, la *Commission permanente* croit devoir émettre le vœu que dans les départements où n'existent encore ni Sociétés scientifiques, ni Associations de prévoyance, les médecins, pharmaciens ou médecins vétérinaires se réunissent par arrondissement, et nomment à la pluralité des suffrages les délégués auxquels ils voudront accorder l'honneur de les représenter au Congrès. Ces nominations seront pour tous une garantie que les choix auront été faits parmi les hommes les plus capables et animés de bonnes intentions.

La Commission émet expressément le vœu que les personnes qui adhéreront au Congrès lui fassent connaître, sous le couvert de son secrétaire, et avant le 1er octobre prochain, leurs opinions sur la solution qu'elles croieraient convenable de donner aux questions proposées. Cette mesure, si elle est généralement exécutée, accélérera et abrégera beaucoup les travaux du Congrès.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un cas de luxation des os de l'avant-bras en arrière vient de se présenter avec des circonstances qui doivent fixer l'attention, et qui légitiment les développements dans lesquels nous allons entrer.

La flexion de l'avant-bras, à un certain degré, est indiquée par tous les auteurs comme un signe de cette luxation.

« L'avant-bras, dit M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) dans un excellent article, est fixé entre la demi-flexion et l'extension, et toute tentative pour varier cette position est très douloureuse. » Plus bas, il indique la cause probable de cette position. « L'extrémité de l'humérus, ajoute-t-il, placée derrière les insertions du brachial antérieur et du biceps, pousse ces muscles en avant, les soulève et explique la position légèrement fléchie de l'avant-bras. » Ce signe, pourtant, peut manquer, comme le fait suivant, très bien observé par M. Richet, actuellement chargé du service de M. Gerdy à la Charité, le démontre.

Ces jours derniers, on conduisit un garçon de douze ans à la consultation chirurgicale de cet hôpital. Sa mère raconta qu'en jouant il était tombé sur la paume de la main (cause la plus ordinaire de la luxation des os de l'avant-bras en arrière); qu'il avait été conduit immédiatement chez un médecin qui reconnut la luxation et essaya de la réduire; qu'après les tentatives de réduction, ou plutôt après la réduction supposée, car le médecin croyait avoir remis les os en place, la partie fut entourée de compresses résolutives; mais que la flexion de l'avant-bras n'était pas possible; que, six semaines s'étant écoulées sans que l'enfant pût se servir de son bras, elle avait jugé à propos de consulter un autre médecin.

Voici dans quel état M. Richet trouva le membre :

L'avant-bras était étendu sur le bras, et on ne pouvait lui faire subir qu'un très léger mouvement de flexion; le pli de la peau du coude paraissait remonté; le diamètre transversal ne prédominait pas sensiblement sur l'antéro-postérieur (augmenté par la présence de l'extrémité inférieure de l'humérus); l'olécrane était remonté d'un centimètre et demi au-dessus de l'épicondyle; au-dessous et en dehors de l'olécrane, on sentait, roulant sous le doigt dans les mouvements de pronation et de supination encore faciles, une éminence que l'on reconnaissait bientôt pour la tête du radius; on sentait en avant, dans le pli du coude, une saillie transversale soulevant les parties molles et appartenant à l'humérus, dont on distinguait, au toucher, la face articulaire; l'épicondyle et l'épitrochlée étaient situés, par rapport à l'olécrane, beaucoup plus bas et sur un plan antérieur; la distance entre cette dernière apophyse et l'acromion était moindre que du côté opposé d'un centimètre et demi environ, distance égale à l'espace dont nous avons dit que l'olécrane était remonté au-dessus de l'épicondyle; la même différence existait entre les mesures prises des deux côtés de l'épicondyle aux apophyses styloïdes radiale et cubitale.

La luxation datait de six semaines; il était urgent de la réduire. On procéda de la manière suivante :

Une serviette appliquée autour du poignet servit à faire l'extension; une alèze pliée en cravate, dont le plein était placé sous l'aisselle du côté affecté et dont les chefs se croisaient sur l'épaule du côté sain, maintenait l'omoplate du côté luxé et servait à faire la contre-extension. Le petit malade était assis sur une chaise ordinaire. Le chirurgien, placé en dehors, appuya les doigts de la main droite sur la partie interne et inférieure du bras, de manière à repousser l'extrémité inférieure de l'humérus en arrière, tandis que le pouce repoussait l'olécrane en bas; la main gauche embrassant l'avant-bras, devait le fléchir en temps opportun. Dès que les tractions commencèrent, on entendit des craquements comme si l'on eût déchiré des adhérences.

C'est qu'en effet l'olécrane avait cédé un peu, et il n'avait pu céder qu'en rompant les liens qui l'assujettissaient dans son nouveau rapport.

Ce premier résultat enhardit le chirurgien, et l'extension fut rendue plus énergique. On entendit de nouveau le bruit de craquement; l'avant-bras descendit encore, et l'on combina alors la flexion avec les tractions, ce qui parut avoir rétabli le rapport des parties.

Mais il fut aisé de reconnaître que l'olécrane, qui était arrivé presque au niveau de l'épitrochlée, était en ce moment très dévié en arrière, ce qui fut très judicieusement attribué, par M. Richet, à ce que probablement l'apophyse coronoïde sortie de la cavité olécranienne s'était placée sur le rebord articulaire de l'humérus et projetait le cubitus en arrière de toute l'épaisseur de son relief.

Il était donc évident que la luxation n'était pas réduite.

Malgré la fatigue du jeune malade, on renouvela une troisième fois les tractions, et on vit l'olécrane s'abaisser jusqu'au-dessous de l'épitrochlée. Poussant alors avec force la première de ces apophyses en avant en même temps que l'avant-bras fut fléchi brusquement, on acheva la réduction.

Les mouvements ne furent pas pour cela rétablis complètement, ce qui s'explique par l'ancienneté de la luxation. On s'assura que les parties avaient repris leurs rapports normaux. Une bande fut roulée autour du membre; des compresses d'eau végéto-minérale furent appliquées sur l'articulation; et l'avant-bras, fléchi, fut fixé au moyen d'une écharpe sur le devant de la poitrine.

Le malade se présenta le lendemain à la consultation. Le coude était fortement gonflé, très ecchymosé, surtout en arrière; mais on pouvait étendre et fléchir l'avant-bras sans produire de vives douleurs. Les mouvements de pronation et de supination étaient conservés, seulement il semblait que la tête du radius, un peu saillante en arrière, ne fût pas entièrement réduite.

Il se pourrait bien, en effet, qu'il y eût eu, en même temps que luxation des os de l'avant-bras en arrière, rupture du ligament annulaire et luxation du radius sur le cubitus en arrière. Cette complication, mentionnée par les auteurs, est d'autant plus facile à comprendre que, suivant l'explication de M. Sédillot, le véritable mécanisme de la luxation de la tête du radius en arrière dépend du rapprochement du côté externe de l'extrémité inférieure de l'humérus du bord radial du poignet, comme, par exemple, dans une chute sur le côté de la paume de la main pendant la demi-pronation du membre. Ce qui revient à dire que la même cause qui luxe les deux os de l'avant bras en arrière peut luxer isolément le radius en arrière sur le cubitus.

Un observateur moins attentif que M. Richet et moins apte au diagnostic anatomique, aurait pu méconnaître cette luxation, du moins au premier abord. Plusieurs circonstances pouvaient induire en erreur : 1° le médecin qui avait vu le premier l'enfant avait, au dire de la mère, réduit sur-le-champ la luxation; 2° l'avant-bras, au lieu d'être fléchi comme cela a lieu ordinairement, était *complétement étendu*; 3° enfin, l'olécrane n'était que très peu proéminent.

Les deux dernières circonstances doivent nous arrêter un instant.

Comment expliquer que l'avant-bras fût étendu ? Avant la réduction, on se demanda si les muscles biceps et brachial antérieur n'avaient pas été rompus. L'état du membre, quand

les os eurent été remis en place, aurait fait renoncer à cette supposition.

On conjectura aussi, pour expliquer le peu de saillie de l'olécrane, que l'apophyse coronoïde pouvait avoir été fracturée, ce qui aurait rendu compte du rapprochement de la première de ces apophyses de l'humérus. Mais nous avons vu que, précisément, pendant la réduction, cette apophyse coronoïde, étant venue arcbouter contre le rebord articulaire de l'humérus, fit saillir notablement l'olécrane : elle n'était donc pas fracturée.

Ces questions pourraient être résolues si l'on avait une anatomie bien faite des luxations du coude. M. Sédillot admet deux cas : celui dans lequel l'apophyse coronoïde est reçue dans la cavité olécranienne, et celui, *beaucoup plus commun qu'on ne pense*, dit-il, dans lequel cette apophyse appuie contre la face postérieure de la trochlée humérale. Ne se pourrait-il pas que les différences dans la position de l'avant-bras relativement au bras, fussent en rapport avec ces variations dans la situation de l'apophyse coronoïde? Dans le fait de M. Richet il semble bien positivement que l'apophyse coronoïde se fût logée dans la cavité olécranienne; or, le bras, au lieu d'être fléchi, était étendu : en serait-il de même dans les cas où l'apophyse coronoïde se trouverait ainsi dans la cavité destinée à l'olécrane, tandis que, dans les autres cas, ceux où elle serait appuyée contre la face postérieure de la trochlée humérale, l'avant-bras serait fléchi à un certain degré?

Quant à la saillie plus ou moins considérable de l'olécrane en arrière, il paraît bien évident qu'elle dépend aussi des circonstances que nous venons d'indiquer : l'emboîtement de l'apophyse coronoïde dans la cavité olécranienne, ou son arcboutement contre la trochlée humérale. Dans le premier cas, une partie de l'épaisseur de l'extrémité supérieure du cubitus est employée à remplir un creux, tandis que dans le second elle ressort tout entière.

Comme les auteurs professent que l'olécrane, dans la luxation des os de l'avant-bras en arrière, fait une saillie *considérable*, l'observation de M. Richet tendrait à faire supposer que le cas commun est celui dans lequel l'apophyse coronoïde est appuyée en arrière contre la trochlée humérale. Celui dans lequel elle est logée dans la cavité olécranienne, serait l'exception. On voit que nous serions entraîné plus loin encore que M. Sédillot. Mais nous prions instamment le lecteur de considérer que nous n'émettons ici que des vues à vérifier, et que nous sommes loin de rien affirmer.

On avait regardé comme irréductibles les luxations du coude datant de quinze jours. Mais déjà Desault en avait réduit une après deux mois; Boyer a obtenu la réduction au bout de six semaines; M. Roux au cinquante-deuxième jour (le membre avait été mis dans un appareil à fracture, la nature de la lésion ayant été méconnue); M. Cappelletti, soixante-douze jours après la luxation, en se servant du moufle, au moyen duquel il soutint l'extension pendant une heure et demie; M. Nichet, au bout de soixante-dix jours, par le moufle et le dynamomètre; M. Sédillot, après deux mois, par la même méthode; enfin, M. Lisfranc, au bout de cinq mois, également à l'aide du moufle guidé par le dynamomètre.

Le cas de M. Richet se joint à tous ces faits pour prouver que l'on s'était singulièrement mépris en limitant à un si court espace de temps la réductibilité des luxations du coude.

Il prouve aussi que les moyens ordinaires peuvent suffire à la réduction; mais si les tentatives à l'aide des lacs avaient échoué, l'emploi des tractions continues et modérées au moyen du moufle et du dynamomètre, aurait fourni une précieuse ressource.

— Nous avons parlé, il y a longtemps, des commotions morales soudaines comme causes de la fièvre typhoïde, et nous avons même cité, à cette occasion, un fait frappant tiré de la clinique de M. le baron Michel. Un jeune médecin d'avenir, M. Serrier, chef de clinique au Val-de-Grâce, nous communique une observation qui n'est pas moins probante dans ce sens, et qui se recommande également au point de vue du diagnostic.

Un jeune homme d'une belle constitution, d'un tempérament sanguin, caporal dans un régiment de ligne, plein de zèle dans son service, redoutant par-dessus tout d'être puni, commet une légère infraction, la première depuis seize mois qu'il est militaire, et on lui inflige une peine minime. Il en est affecté au plus haut degré, tombe dans un affaissement qui devient de plus en plus profond, et on est obligé, huit jours après, de le transporter à l'hôpital.

On l'examine : sa physionomie est empreinte de tristesse; la peau est chaude; le pouls bat de cent à cent dix fois; céphalalgie; gargouillement léger dans la fosse iliaque droite; pas de selles depuis deux jours. Pressé de questions, il répond à peine; encore n'exprime-t-il qu'une idée : *Il n'est pas malade; son seul regret est d'être entré à l'hôpital; que diront ses camarades?*

Ce malheureux était frappé moralement. Ceux qui ont vécu avec les soldats se rendront facilement compte de cet état. Le lendemain (25 juillet de cette année), plus de réponses; trismus léger; physionomie très inquiète; chaleur brûlante de la région frontale; gargouillement iléo-cæcal à peine perceptible; les taches lenticulaires ont disparu; pouls fort, à 120; *pas de selles*. On fait une saignée de 300 grammes : le caillot est dense, mais *sans couenne*.

Le 26, le trismus augmente; même pouls; immobilité du malade dans son lit; pas de réponses; les traits se grippent; *constipation*. A dix heures du soir, délire furieux. On est obligé de mettre la camisole de force.

On avait appliqué le matin seize sangsues aux tempes; on avait prescrit deux pédiluves sinapisés et deux lavements laxatifs.

Le 27, rien n'est changé, la constipation résiste; on donne encore deux lavements laxatifs, et on met quarante sangsues aux tempes.

Le 28, le coma succède à l'agitation. On donne 6 décigrammes de calomel, et quarante sangsues ceignent le front et les tempes.

Le 29, on prescrit 60 grammes d'huile de ricin, et deux vésicatoires sont appliqués aux cuisses. Il n'y a pas encore eu de selles.

Jusqu'au 2 août, jour de la mort, les symptômes ne font que s'aggraver. Il devient impossible d'écarter les mâchoires; on voit les yeux se convulser en haut; le malade exhale l'odeur de souris. La constipation persiste.

A l'autopsie on trouve une injection *légère* de la pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux. Du reste, rien d'anormal dans la consistance et la coloration du cerveau et du cervelet.

Une énorme quantité de matières fécales dures, ramassées en pelotons globuleux, est accumulée dans le cæcum, le colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant. Des ulcérations nombreuses diversement larges et profondes, existent dans les deux derniers pieds de l'intestin grêle, à partir du cæcum. On trouve un grand nombre de plaques gaufrées dans toute l'étendue de l'iléon, qui présente aussi une éruption confluente et comme miliaire de follicules isolés dépassant chacun la surface de la muqueuse d'un demi-millimètre environ.

La rate est volumineuse, pesante, gorgée d'un sang noir et poisseux.

Bornons-nous à la considération des deux points que nous avons indiqués en commençant, et qui sont relatifs : 1° à l'étiologie; 2° au diagnostic.

1° Dira-t-on que, lors de la perturbation morale à laquelle ce malheureux jeune homme fut soumis, il était déjà sous l'influence du miasme typhoïde? Ce serait une supposition dénuée de toute espèce de fondement. Nous sommes donc forcé de faire remonter la maladie à cette perturbation, et de localiser dans l'axe cérébro-spinal la cause première des phénomènes morbides qu'il a présentés. Maintenant le cerveau a-t-il réagi sur les solides ou sur les liquides : voilà toute la question. Y a-t-il eu *septicemie* par retentissement de l'action morbide de l'axe cérébro-spinal sur le système nerveux nutritif et nécessairement alors sur les organes de l'hématose; ou bien la transmission de l'action morbide à travers le grand sympathique a-t-elle eu pour effet l'inflammation et l'ulcération de la muqueuse intestinale, indépendamment d'une altération du sang? Cette dernière supposition n'est aucunement probable. D'ailleurs les taches lenticulaires (bien qu'éphémères), l'absence de couenne, l'état de la rate légitiment l'idée d'une atteinte portée à la composition du sang.

Une cause morale peut donc altérer ce liquide, et il peut y avoir *septicemie* sans agent septique : car on ne saurait donner ce nom à une pareille cause : ce qui revient à dire que la dénomination de *septicémie* cesse d'être exacte dans certains cas.

Reste à savoir comment, le sang étant altéré, il se forme une éruption et des ulcérations dans l'intestin grêle. Ne dirait-on pas que, par suite d'une réaction des éléments de ce liquide un produit s'y forme, dont l'élimination nécessaire est tentée à travers un système glandulaire spécial, qui en est victime? Cela revient à une vue que nous exposions dans notre dernier article touchant la pathogénie des grandes pyrexies. Mais il ne convient pas d'insister plus longtemps sur une simple vue.

2° Il eût été facile de se tromper à cet ensemble de symptômes, les taches ayant disparu, le gargouillement n'étant plus ou étant à peine appréciable, le malade étant opiniâtrement constipé et les symptômes cérébraux étant si prononcés. On aurait pu diagnostiquer une méningite; mais les signes du début, si passagers qu'ils eussent été, si tranchés que fussent les phénomènes cérébraux, serviront à faire éviter la méprise.

Nous n'avons rien dit de l'état de la bouche. Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, la langue était uniformément rouge et très sèche; les jours suivants le trismus s'opposa à ce que l'on constatât son état physique; le quatrième jour les dents perdirent leur poli, mais sans se couvrir de fuliginosités. Les trois derniers jours il y eut par la commissure droite un écoulement abondant de salive que l'on peut attribuer au proto-chlorure de mercure.

— Une femme du service de M. Gerdy (M. Richet intérimaire) est affectée d'une paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens du côté gauche, caractérisée par la chute complète de la paupière supérieure, le strabisme externe, et la quasi immobilité de la pupille, qui n'est pas très dilatée. Le globe de l'œil ne peut se porter en dedans que d'un à deux millimètres; il ne peut en aucune façon être porté en haut et en bas. La langue présente quelque chose de particulier; elle se recourbe à gauche quand la malade veut la tirer directement ou qu'elle l'a portée à droite, comme s'il y avait paralysie du nerf grand hypoglosse du côté droit; mais c'est là un phénomène bien obscur.

Cette femme a éprouvé des douleurs névralgiques dans la direction de plusieurs rameaux du nerf trifacial. Nous avons tout prêt un travail dans lequel nous cherchons à prouver que la paralysie de la troisième paire est souvent consécutive d'une névralgie de la cinquième, et dans lequel nous exposons une théorie sur le mécanisme de cette relation pathologique; théorie qui se rattache à l'une des plus grandes questions de la physiologie du système nerveux. X.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

De la pleurésie et de son traitement.

Au numéro 3 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme de vingt ans, entré au sixième jour d'une pleurésie. Tourneur sur métaux, d'une constitution chétive, à le voir, on le supposerait malade depuis beaucoup plus longtemps. Son teint, d'une couleur jaune-paille, est en harmonie avec son état de maigreur et de débilité.

Cet homme affirme néanmoins s'être toujours bien porté et jouir d'une bonne santé. Respiration assez libre; pas de dyspnée. Depuis un an cependant, il toussait un peu, et rendait, le matin, quelques crachats. Lorsqu'il avait travaillé pendant un certain temps, il se fatiguait plus que ses camarades, et plus qu'il ne faisait à des époques antérieures. L'intelligence de ce malade paraît assez obtuse, et ce n'est qu'à force de questions qu'on a pu parvenir à obtenir ces renseignements. Trois jours après s'être refroidi brusquement, il fut pris d'un frisson violent avec douleur dans le côté droit de la poitrine. Cette douleur se fait sentir entre le rebord des fausses côtes droites et le flanc. Il n'est pas rare, comme nous l'avons déjà fait souvent observer, de voir les malades rapporter la douleur pleurétique à un point inférieur à celui où elle existe ordinairement et réellement. Ainsi, ils l'accuseront dans le flanc, dans une région à laquelle ne répond nullement la plèvre.

A l'époque que nous venons d'indiquer, il fut pris de toux, d'essoufflement, d'oppression, de dyspnée, phénomènes qui l'obligèrent de rester chez lui, et de suspendre ses travaux. Anorexie; soif vive.

La maladie avait débuté le dimanche. Le jeudi, il s'est décidé à entrer dans nos salles. C'est le vendredi matin que nous l'avons vu pour la première fois; il était alors, avons-nous dit, au sixième jour de sa pleurésie. Voici les phénomènes qu'il présentait et que nous avons pu noter.

Visage calme, sans animation anormale. Interrogé sur ce qu'il avait éprouvé, il nous a raconté ce que nous venons de vous exposer. Le pouls donnait 120 pulsations par minute, fréquence que l'on ne remarque que dans les maladies aiguës intenses. Du côté gauche, qui est le côté sain, la respiration était parfaitement normale. La résonnance était bonne partout. le murmure vésiculaire moelleux. un peu plus prononcé qu'à l'état ordinaire, circonstance qui lui a fait donner le nom de respiration puérile. A droite, la résonnance était assez faible en haut, ainsi que le bruit respiratoire. Dans la moitié inférieure environ, résonnance tout à fait nulle et absence complète de bruit respiratoire; nous avions affaire à un épanchement pleurétique. Pas de souffle bronchique; pas de retentissement de la voix; pas d'égophonie. Il arrive une époque de la pleurésie avec épanchement, où ce double caractère manque complétement. Dans toute la partie de la poitrine où l'on constate de la matité, on ne rencontre pas cette élasticité normale du thorax. Lorsque l'on applique la main sur les deux côtés de la poitrine alternativement, on perçoit une vibration manifeste d'un côté seulement, vibration qui manque du côté malade lorsque le malade parle. Du reste, pas de céphalalgie, pas de dérangement dans les fonctions de relation. Les urines plus foncées, bourbeuses. Tous ces phénomènes ne pouvaient s'appliquer à une autre maladie que celle dont nous vous parlons ici.

Dès ce jour-là, le côté droit de la poitrine offrait une sorte d'augmentation de volume qui ne pouvait dépendre d'une autre cause que d'un épanchement pleurétique. Tout se réunissait donc pour nous faire arriver à ce diagnostic. Revenons sur quelques-uns des phénomènes de cette affection qui méritent une attention toute spéciale. Nous voulons dire l'absence de retentissement de la voix, du murmure vésiculaire, et l'existence du souffle bronchique.

Si ces phénomènes se présentent dans une étendue considérable, et que cependant la physionomie n'ait pas subi une très grande altération, qu'elle ne soit pas très anxieuse, on est certain d'avoir affaire à un épanchement pleurétique. Une pneumonie donnerait lieu à du souffle bronchique, à de la bronchophonie, phénomènes qui accompagnent constamment l'hépatisation du poumon. L'état extérieur des malades présente en outre des phénomènes très significatifs, qui suffisent parfaitement pour établir un diagnostic. Il arrivera quelquefois qu'un sujet viendra vous consulter qui n'aura pas l'air très malade; vous constaterez un peu de fréquence du pouls; l'appétit est conservé; les fonctions digestives se font bien. En l'examinant avec attention au moyen des méthodes directes d'exploration, vous constaterez cependant une matité complète des trois quarts inférieurs de la poitrine. La réunion de ces deux circonstances : matité, d'une grande étendue de la poitrine, et état général assez satisfaisant, ne peuvent appartenir qu'à l'épanchement pleurétique. Il n'y a pas d'autre maladie que celle-là qui puisse donner lieu à cette matité étendue, avec apparence d'une demi-santé. La parole, les gestes, l'attitude du malade, ne sont pas très sensiblement altérés. Le sujet que vous examinez n'a pas l'apparence d'un homme qui est sous l'influence d'une pneumonie. Il arrive fort souvent de rencontrer des sujets qui ont un épanchement très étendu, et chez lesquels on constate à peine une fréquence très légère du pouls. Nous le répétons, et nous ne saurions trop insister sur ce caractère; la matité, d'une part, mise en rapport avec l'aspect extérieur et l'état général du malade, de l'autre, fournit des signes largement suffisants pour caractériser un épanchement pleurétique.

Il est dans la pleurésie chronique, des circonstances qui ne sont pas sans intérêt, et sur lesquelles nous devons fixer un moment votre attention. La matité occupe ordinairement la partie postérieure de la poitrine; cependant, bien que cette région soit celle où le liquide s'amasse habituellement et où la percussion en fait reconnaître la présence, néanmoins, il n'est pas toujours facile de le constater aussi manifestement et d'une manière aussi tranchée que chez le sujet dont nous parlons aujourd'hui. En effet, chez lui, la respiration est bonne partout en avant, et se fait entendre dans toute sa pureté normale. Ce phénomène est notable, et diffère assez de

ce qui arrive ordinairement pour que nous ayons dû en faire mention. En auscultant la partie supérieure du côté malade en arrière ; on a remarqué que le bruit respiratoire est plus faible que du côté opposé. C'est là un phénomène qui n'a rien de constant. Dans la grande majorité des cas, dans la partie supérieure du poumon, du côté où existe l'épanchement, la respiration se fait aussi bien que du côté sain. Dans le fait actuel, le bruit respiratoire était plus faible dans les points où l'épanchement ne comprime pas le poumon que dans le côté opposé. Un autre caractère à noter, c'est la présence d'un râle muqueux humide, à bulles rares, que l'on perçoit en auscultant avec attention. Or, ces bulles sont de quelque importance pour la détermination du diagnostic : La pleurésie est elle simple où est-elle liée à l'existence d'une autre maladie ?

Il y a un certain nombre de pleurésies qui sont consécutives d'autres maladies. Souvent il arrive qu'au moment où la résolution s'opère dans le poumon enflammé, le son produit par la percussion devient tout à fait mat. On serait tenté de croire que la position du malade s'est aggravée ; cependant, les phénomènes généraux s'améliorent, en même temps que les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont plus graves. Quelquefois, et nous reviendrons sur ces circonstances, c'est le rhumatisme des parois de la poitrine qui détermine et prépare la pleurésie. D'autres fois ce sont les tubercules du poumon. La plèvre, qui est en contact avec celles de ces productions qui sont les plus superficielles, s'enflamme localement, partiellement ; ainsi se forment ces adhérences si nombreuses chez les phthisiques, que l'on rencontre à l'autopsie, ces épanchements séreux qui accompagnent quelquefois aussi la phthisie pulmonaire ; le pneumothorax, l'hydropneumothorax, etc.

Le malade dont nous avons raconté l'histoire est dans des conditions telles que l'on peut se demander s'il a des tubercules dans les poumons. Si nous avons recours à l'appréciation des antécédents, nous voyons que c'est un jeune homme de vingt ans, qui a une profession presque sédentaire, qui ne détermine pas une grande fatigue et ne provoque pas habituellement la sueur. Il est dans un état de maigreur remarquable, et qui se concilie difficilement avec la pensée d'une santé parfaite. Il a fini par nous dire que le matin il tousse un peu depuis assez longtemps déjà. Nous avons dit plus haut aussi que lorsqu'il avait travaillé d'une manière un peu suivie, il se sentait plus fatigué que ses camarades qui n'avaient fait que la même besogne que lui. Ces commémoratifs sont tout au plus de nature à appeler l'attention, mais ils sont loin, tout le monde en conviendra, d'être suffisants pour permettre d'établir d'après eux l'existence d'une affection tuberculeuse bien évidente. Nous avons recommandé au malade de garder ses crachats ; ils sont peu abondants, et en général la toux est sèche. Cependant le crachoir contient environ deux ou trois cuillerées de liquide expectoré. Au milieu d'une matière liquide, visqueuse, transparente, nage un crachat opaque, isolé. Ceci ne constitue pas un caractère d'une grande importance par soi-même ; mais pour établir le diagnostic on doit rapprocher les uns des autres tous les symptômes, et ce rapprochement permettra d'en apprécier plus sûrement la valeur.

En rapprochant donc l'examen de ces crachats et leur nature de ces bulles humides assez rares que nous avons dit exister au sommet du poumon, les deux phénomènes insignifiants par eux-mêmes jusqu'à un certain point, acquièrent une grande importance et donnent beaucoup de poids aux craintes de tubercules que l'on peut concevoir. Lorsqu'il n'existe qu'une simple affection catarrhale, le râle muqueux se fait presque toujours entendre dans la partie inférieure. Or, ici, c'est à la partie supérieure que nous avons constaté les craquements, qui, si faibles soient-ils, ont une valeur bien réelle.

L'épanchement chez ce sujet n'est pas disposé comme il l'est dans les cas ordinaires ; il ne s'étend pas dans les limites qu'il occupe d'habitude ; il est circonscrit latéralement, et cette disposition provoque cette question que l'on est porté à s'adresser : Y a-t-il quelques altérations organiques qui aient contribué à limiter l'épanchement ? Quelles peuvent être ces limites ? Évidemment ce ne peut être que des adhérences, et alors cette délimitation par des adhérences, résultat d'une pleurésie partielle, ajouterait quelque probabilité à celles que nous avons établies d'après la constitution du sujet, la toux, la maigreur excessive, la nature et l'aspect des crachats. Toutes ces circonstances réunies nous inspirent des craintes sérieuses, et nous font redouter autre chose qu'une simple pleurésie.

Quel traitement avons-nous dû instituer ? D'abord les narcotiques à faible dose, une petite quantité d'opium ; puis quelques révulsifs sur le tube digestif, les purgatifs doux, et en petite quantité. Deux saignées peu abondantes ont été pratiquées ; et aujourd'hui nous avons prescrit un vésicatoire. Depuis le début de la maladie, nous vous avons fait remarquer que le malade avait toujours été forcé de se coucher sur le côté affecté ; il affirme qu'il s'est toujours couché sur le même côté, même avant d'être malade. Le plus ordinairement, les sujets déclarent avoir l'habitude de se coucher sur le dos ou sur le côté opposé à la douleur, et ce n'est que lorsque l'épanchement a lieu, que le décubitus est forcé sur le côté qui est devenu le siége de la collection de liquides. Ici, les choses se sont passées d'une manière tout opposée ; ceci soit dit en passant, à titre de renseignement, et revenons à la thérapeutique que nous avons mise en usage. On voit que les moyens que nous avons employés ont été à peu près les mêmes que ceux que nous aurions conseillés dans un cas de pleurésie simple et sans soupçon de complication. Lorsqu'il y a diathèse tuberculeuse, la terminaison funeste est grandement à redouter ; il faut donc agir d'autant plus énergiquement dans les premiers jours que l'on ne pourra pas insister longtemps sur les moyens violents, ni revenir sur leur usage, une fois une certaine période passée.

Le pronostic présente de la gravité sous plusieurs rapports ; d'abord sous celui de la pleurésie actuelle, puis sous le point de vue des tubercules dont nous avons lieu de soupçonner l'existence. L'épanchement pleurétique n'ajoute pas beaucoup de gravité aux tubercules ; il arrive souvent même qu'il guérisse spontanément. Mais ce n'est qu'à une époque plus avancée que l'on voit se développer les tubercules. A mesure que le liquide épanché dans la cavité de la plèvre se résorbe, l'existence et les progrès de l'affection tuberculeuse deviennent plus manifestes. Pour le sujet dont nous nous occupons maintenant, bien que nous ayons quelque lieu de craindre les tubercules, nous n'avons pas d'inquiétude sérieuse imminente. Relativement à l'affection tuberculeuse, le principe ne peut être examiné ici que d'une manière vague, puisque nous n'avons que des soupçons sur son existence. Si, en effet, il y a des tubercules dans les poumons, il est à craindre que cette complication ne rende plus difficile la résorption du liquide, et l'on aurait quelques chances de moins pour la guérison de l'épanchement. Lorsque l'affection tuberculeuse est déjà avancée, il arrive quelquefois qu'un tubercule s'ouvre dans la plèvre avant que des adhérences se soient formées. Alors, une certaine quantité de pus est projetée dans la cavité pleurale, et détermine une pleurésie purulente plus grave que la pleurésie simple. C'est l'innocuité la plus ordinaire de la pleurésie avec épanchement qui a conduit M. Louis à établir qu'elle n'était jamais mortelle. Nous ne saurions partager aussi exclusivement cette opinion. La pleurésie double avec épanchement, la pleurésie purulente sont toujours excessivement graves et fréquemment mortelles.

— Dans la séance qui suivit celle où M. Chomel avait exposé les principales particularités du fait dont nous venons de rendre compte, ce professeur revint sur le même sujet, et indiqua brièvement les changements survenus dans son état, sous l'influence des médications prescrites.

Le malade présente aujourd'hui l'égophonie de retour, phénomène qui ne se fait pas entendre dans toute l'étendue de la poitrine, ni dans tous les cas de pleurésie avec épanchement. Lorsque la résorption se fait très rapidement et dans un court espace de temps, le poumon reprend son élasticité normale, et l'égophonie peut se produire ; tandis que si l'affection dure longtemps, si l'épanchement a été considérable, et que le poumon ait été longtemps refoulé et comprimé, s'il s'est formé des adhérences, cette égophonie de retour manque complètement. Ce matin, on a fait placer le malade sur ses mains et ses genoux, et l'on a pratiqué la percussion, afin de s'assurer si le liquide changerait de position et si la matité disparaîtrait en arrière, la position déclive du thorax étant devenue l'inverse de ce qu'elle était primitivement. Quelquefois, l'égophonie, de cette manière, se produit là où elle n'était pas auparavant perceptible, et la respiration est plus distincte en arrière qu'en avant, le poumon s'étant déplacé en vertu des lois de la pesanteur. C'est ce qui est en effet arrivé ici. La respiration est évidemment meilleure. Cependant, nous devons penser, comme nous l'avons exprimé une première fois, que des adhérences limitent l'épanchement dans une certaine étendue.

NOTE SUR LA CATARACTE NOIRE (1);

par le docteur TAVIGNOT.

Nous entrerons dans quelques détails sur la cataracte noire, parce qu'elle diffère assez naturellement des autres cataractes pour mériter un examen particulier.

Quoiqu'il n'y ait en réalité qu'une seule espèce de cataracte noire cristallisée, il existe néanmoins plusieurs états pathologiques de la lentille qui s'en rapprochent plus ou moins, et avec lesquels il importe de ne pas la confondre complétement.

La cataracte noire est pour nous une altération particulière du cristallin, ayant pour caractère principal la coloration qui lui est propre, et à laquelle la capsule ne participe pas dans les cas ordinaires.

L'anatomie pathologique peut jeter quelque jour sur cette maladie ; elle est appelée à éclairer ce qu'il y a d'obscur dans son mode de formation, à nous expliquer en quoi il ressemble, en quoi il diffère de celui des autres cataractes. Ainsi si l'on examine la partie du cristallin sur laquelle apparaît d'abord la coloration noirâtre, l'on trouve que dans la plupart des observations relatées avec quelques détails les symptômes ont été, au début, ceux des cataractes qui commencent par le noyau central du cristallin. Puis on a constaté, d'une manière plus directe sur des cristallins extraits de l'œil, que dans quelques cas la périphérie de la lentille avait conservé toute sa transparence, et qu'elle formait une sorte de coque diaphane entourant la partie centrale devenue opaque.

Plus tard, l'opacité noirâtre envahit la totalité de l'organe, alors on peut reconnaître, si l'on vient à pratiquer son extraction, que le cristallin, loin d'être augmenté de volume, est au contraire le plus souvent légèrement revenu sur lui-même, et comme atrophié. Son tissu est en même temps plus dense, plus condensé que de coutume ; d'une dureté assez notable par conséquent. Wenzel dit en avoir observé un qui avait les apparences d'une petite pierre. La coloration du cristallin a fixé l'attention de plusieurs chirurgiens, et l'on a discuté sur ses nuances. Rosenmüller regarde la cataracte noire comme une mélanose partielle, dans laquelle la capsule, devenue variqueuse, déposerait le principe noir du sang dans tout le corps du cristallin. Werneck a émis à peu près la même opinion. Mais l'intégrité ordinaire de la capsule suffit elle seule pour réfuter cette manière de voir.

Marc-Antoine Petit décrit sous le nom de cristallin ecchymosé, une cataracte dans laquelle le cristallin d'un petit volume offrait à sa partie centrale comme les traces d'un épanchement sanguin d'un brun presque noir. Cette sorte d'ecchymose du cristallin existe quelquefois à sa périphérie, et spécialement à sa partie antérieure ; le plus souvent elle est limitée à une partie seulement de sa surface, comme j'en ai vu moi-même plusieurs exemples. Son existence ne se rattache pas toujours à l'action de quelque cause traumatique ; et cet épanchement peut coexister avec une cataracte lenticulaire d'un blanc grisâtre ou exister seul. Mais ce n'est pas encore là la véritable cataracte. Quoi qu'il en soit, cette teinte ecchymosique qui se rapproche, si l'on veut, de la cataracte noire des auteurs, constitue néanmoins une variété très distincte de celle-ci, sous tous les autres rapports. Ainsi, non-seulement la coloration est différente (car elle est plutôt d'un rouge foncé que d'un noir bien ardent) ; mais dans l'ecchymose du cristallin la coloration est en général plus prononcée en bas qu'en haut, tandis qu'elle est uniforme dans la cataracte noire ordinaire.

Enfin la cataracte noire, proprement dite, n'a pas de tendance à guérir spontanément, tandis que l'ecchymose du cristallin, sans disparaître non plus d'une manière complète, s'affaiblit pourtant à la longue plutôt qu'elle n'augmente.

En un mot, l'anatomie pathologique nous démontre que ces deux affections sont tout à fait distinctes l'une de l'autre par leur aspect extérieur, leur marche et leur nature propre.

Quoiqu'en réalité l'origine de la cataracte noire, sous quelque forme qu'elle se présente, soit fort obscure, il n'en est pas moins vrai qu'elle paraît être différente dans les diverses variétés de coloration noire du cristallin, que nous venons d'indiquer. Par conséquent, jusqu'à démonstration nouvelle, il ne nous paraît pas rationnel de les rattacher toutes à une simple ecchymose ou infiltration sanguine de la lentille cristalline. Personne ne met en doute la difficulté que l'on éprouve à reconnaître une cataracte noire et à la distinguer d'une amaurose ; néanmoins quelques auteurs pensent pouvoir y réussir. « La pupille, dit Wenzel, a un degré de noirceur bien différent de l'état naturel, et, avec de l'attention, on découvre toujours l'opacité et la couleur du cristallin différente de celle du fond de l'œil. » Delarue n'est pas moins explicite, et il prétend que l'on aperçoit toujours derrière la pupille une tache de couleur noirâtre à la vérité, mais bien caractéristique et bien reconnaissable. Guillié, après avoir énuméré quelques symptômes propres à différencier la cataracte noire de l'amaurose, n'insiste guère sur les caractères physiques de la première, et il termine son travail en insinuant que dans le doute il est préférable de tenter inutilement l'opération sur un amaurotique, plutôt que d'abandonner à lui-même un sujet privé de la vue par une cataracte noire méconnue. Ce diagnostic, après coup, n'est pas précisément le plus difficile ; mais il serait à désirer qu'on put le formuler plus tôt. La Théorie des lumières de l'œil, due à Purkinje et à Sanson, parut un instant avoir levé toutes les difficultés ; rien n'était plus simple, en effet, et moins sujet à erreur. Avec une seule lumière, la capsule antérieure et le cristallin étaient envahis par l'opacité noirâtre ; avec deux lumières, le cristallin seul était noirâtre... Mais Sanson n'eut pas occasion, que je sache, d'appliquer ses idées théoriques à un seul fait de cataracte noire ; et pour ce qui est de la prétendue observation de cataracte noire diagnostiquée plus tard par un de ses élèves à l'aide du même moyen, il faut bien se garder de l'invoquer en pareille circonstance, car il s'agissait bien évidemment dans ce cas d'une cataracte pigmenteuse, maladie bien plus fréquente que la cataracte noire des auteurs, et dont le diagnostic, même à l'œil nu, n'offre aucune difficulté. Sans entrer maintenant dans plus de détails que mon sujet n'en comporte, je dirai que je suis loin d'accorder au diagnostic des maladies de l'appareil cristallin, à l'aide des lumières, toute l'importance que plusieurs personnes lui attribuent encore. J'ai vu en effet, et quelques chirurgiens ont dû faire la même remarque que moi, plusieurs sujets amaurotiques, examinés avec une bougie, n'offrir qu'une image évidente, et une seconde peu perceptible, l'image renversée manquant dans ces cas. Or, dans la Théorie des lumières, ces sujets avaient nécessairement une cataracte noire ; je ne les ai pas opérés, il est vrai. Je ne pourrais pas fournir la preuve directe du contraire ; néanmoins on me permettra de rester dans l'opinion qu'il s'agissait chez ces malades d'amauroses, jusqu'à ce que l'on ait établi expérimentalement la fréquence des cataractes noires. Il est un autre signe objectif sur lequel on a basé l'existence d'une cataracte noire dans les cas douteux ; c'est la mobilité de la pupille. Le fait est incontestable, et la pupille jouit de tous ses mouvements normaux dans la cataracte noire dépourvue de complication ; ce qui dépend, sans aucun doute, de ce que la cataracte est toujours lenticulaire, et le cristallin plutôt diminué qu'augmenté d'étendue.

Nous n'avons presque rien de particulier à dire sur les symptômes de la cataracte noire, car ils rentrent dans l'étude de ceux qui appartiennent aux autres opacités de la lentille cristalline, la vue est nécessairement abolie lorsque la cataracte est complétement formée, et la rétine accusera moins facilement encore la présence de la lumière que dans les cas ordinaires, par la raison qu'un corps noir est moins propre que tout autre à laisser passer quelques rayons lumineux. Et c'est très probablement cette circonstance qui a fait considérer au commencement la cataracte noire comme étant peu susceptible d'être opérée avec succès.

Il n'y a, en réalité, que deux maladies avec lesquelles il est possible de confondre la cataracte noire lenticulaire ; ce sont

---

(1) Il y a deux espèces de cataractes noires, l'une *capsulaire*, ou pigmenteuse, que nous avons décrite avec détails (*Gazette médicale*, septembre 1844), et l'autre *lenticulaire*, dont nous allons nous occuper ici.

la cataracte noire capsulaire et l'amaurose. Et encore, relativement à la première de ces deux affections, l'erreur ne serait guère excusable, ainsi que l'on va en juger. La cataracte pigmenteuse a été précédée d'une violente inflammation des parties internes de l'œil (irido-périphakite); la cataracte noire des auteurs débute spontanément comme la plupart des autres cataractes. La vue se perd d'emblée, dans la première, parce que l'iris, contracturé dès le début, ne revient que peu à peu sur lui-même, en abandonnant une certaine quantité de sa matière colorante sur la face antérieure de la capsule. La vue se perd peu à peu et graduellement, dans la seconde, parce que l'opacité noirâtre met toujours un certain temps avant d'être complète. La pupille est toujours et nécessairement immobile, et le plus souvent déformée, dans la cataracte pigmenteuse; elle est, au contraire, régulière et contractile dans la cataracte noire. Enfin, l'examen à l'œil nu, ou mieux à l'aide d'une forte loupe, permet de constater manifestement la forme et la disposition variables de la matière noirâtre ou gris de fer déposée sur la capsule antérieure dans la cataracte pigmenteuse; tandis que dans la cataracte noire rien de semblable n'existe, et ce n'est que plus profondément que l'on aperçoit une teinte noirâtre distincte de la teinte ordinaire du fond de l'œil par une sorte de reflet métallique.

Ainsi qu'on vient de le voir, il y a trop de différences entre ces deux maladies pour qu'il soit permis de les confondre l'une avec l'autre.

La difficulté n'est donc plus que de distinguer la cataracte noire de l'amaurose, et la chose n'est pas toujours aussi aisée.

Guillié cherche à différencier ces deux affections, en disant: On perd presque toujours subitement la vue dans l'amaurose, tandis que la cécité occasionnée par la cataracte est longtemps à devenir complète; de plus, la paralysie de la rétine s'accompagne de violentes douleurs dans le fond de l'orbite, à l'occiput, au front; la cataracte noire, au contraire, se forme et devient complète, sans déterminer rien de semblable dans l'appareil oculaire.

Il y a un peu de vrai et beaucoup de faux dans l'opinion que nous venons d'émettre d'après Guillié.

Il est inexact de dire, en effet, que la plupart des amaurotiques perdent subitement la vue, car il en est encore bon nombre chez lesquels elle ne s'affaiblit que graduellement, et pour ce qui est des douleurs névralgiques qui précèdent ou accompagnent l'amaurose, s'il est vrai qu'elles manquent dans la cataracte, elles n'existent pas toujours non plus dans l'amaurose: par conséquent, sa valeur ne saurait être absolue.

On peut également invoquer, comme caractère différentiel de l'amaurose et de la cataracte noire, la faculté qu'ont les *cataractes* de mieux percevoir l'impression de la lumière dans un demi jour qu'en plein soleil; ce qui est précisément l'inverse chez les *amaurotiques*. Ce signe a, en effet, une certaine valeur lorsque la différence est bien tranchée.

La mobilité de la pupille existe, avons-nous dit, dans la cataracte noire; et néanmoins cette circonstance n'a pas grande signification dans le diagnostic différentiel, car elle peut se rencontrer également dans bon nombre d'amauroses: et d'ailleurs, dans la cataracte noire, les pupilles peuvent avoir perdu également un peu de leur contractilité.

Maintenant que l'on sait à quoi s'en tenir sur les moyens rationnels que nous avons de distinguer ces deux maladies, il nous reste à examiner si nous possédons d'autres ressources plus directes et moins sujettes à erreur.

Je n'ose dire positivement que l'inspection seule peut faire reconnaître une cataracte dans tous les cas; cependant, je suis autorisé à penser que quand le cristallin est totalement envahi par l'opacité noirâtre, elle ne peut pas échapper complètement à l'examen d'un observateur attentif, et qui regarde de l'œil dans différents sens et avec des quantités différentes de lumières. — A l'appui de cette proposition, il est permis d'invoquer les diagnostics, vérifiés ensuite, qui ont été portés par Maître-Jan, Wenzell, J. Janin, etc.

La manière de distinguer la coloration noirâtre du cristallin de la teinte noire du fond de l'œil ne s'apprend pas dans une description, mais par l'exercice; et les observateurs dont je parlais tout à l'heure nous ont plutôt mis sur la voie, qu'ils ne nous ont éclairés à cet égard.

Voici le résumé des principales observations de cataracte noire consignées jusqu'aujourd'hui dans les archives d'ophthalmologie.

Maître-Jan (Maladies de l'œil, page 209). Obs. de cataracte noire abaissée avec succès. La capsule paraissait opaque.

Morgagni (De Sedibus, etc. Lettre 63). A l'autopsie, cristallin d'une couleur d'un blanc-sale traversé diamétralement par de petites parcelles noirâtres.

Wenzell (Traité de la cataracte, pages 38 et 41) rapporte deux observations. L'opération faite a été l'extraction. Succès.

J. Janin (Mémoires et observations sur l'œil, pages 259 et 261) donne l'histoire de trois cataractes extraites par lui avec succès. Elles offrent ceci de particulier, que les capsules étaient d une teinte brunâtre comme dans la cataracte pigmenteuse; les cristallins, tout à fait noirs, donnaient un reflet rougeâtre, vus à la lumière réfractée.

Pellier (Mémoire et observation sur l'œil, pag. 226 et 227) rapporte deux observations qu'il est bon de rapprocher l'une de l'autre. Dans le premier fait, il s'agit d'une double cataracte dont il pratiqua l'extraction; les cristallins furent trouvés d'un rouge aussi foncé que le sang. La malade ne voyait plus d'un œil depuis quarante-cinq ans, et de l'autre depuis six ans. Dans le second fait, qui a trait plus directement à notre sujet, les corps lenticulaires également extraits étaient très épais et noirs comme de l'encre.

Marc-Antoine Petit (Observations cliniques, page 26) a vu un cristallin d'un brun presque noir; lorsqu'il fut extrait, il paraissait comme ecchymosé à son centre. Le malade guérit, malgré une inflammation violente qui faillit causer la perte de l'œil.

M. Chassaignac (Bulletin de la Société anatomique, 1841, page 208) a rencontré sur le cadavre d'une femme âgée, un cristallin d'un noir foncé; la coloration avait envahi la totalité de la capsule, et elle ne disparaissait pas par le frottement. J'ai vu le cristallin lorsqu'il fut présenté à la Société anatomique, et il m'a paru fournir un argument péremptoire contre les chirurgiens qui, comme Demours, Delpech, Dupuytren, etc., ont mis en doute l'existence de la cataracte noire.

M. Trinchinetti (Gazette médicale, décembre 1844) a également trouvé sur le cadavre d'un vieillard un bel exemple de cataracte noire. Le cristallin du côté droit paraissait atrophié; il était induré, d'un brun noirâtre; la capsule, transparente à son centre, était légèrement opaque à la circonférence. A gauche, le cristallin offrait une coloration d'un jaune ambré.

Il existe encore dans la science quelques travaux et plusieurs observations sur la cataracte noire. Il nous suffira de les mentionner.

Rolfincius, au dix septième siècle, avait déjà appelé l'attention sur ce sujet.

Ribbé a publié également un mémoire spécial dans le journal de Leroux (juillet 1814), et, outre les trois observations indiquées par Guillié (Nouvelles recherches sur la cataracte, page 62), MM. Arrachard, Lusardi, Warnatz, Béclard, Jules Cloquet en ont encore vu des exemples.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 26 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 99. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Zona. Diabète sucré. Considérations cliniques sur ces deux affections et leur traitement.

Le 18 juillet est entrée dans nos salles une femme de cinquante-six ans, qui nous a présenté deux affections intéressantes à divers degré; et d'abord, une maladie de la peau. Depuis quelques jours, nous a-t-elle dit, elle portait sur l'épaule une quantité de petites vésicules; cette éruption s'étendait du côté de la partie supérieure du cou et vers l'oreille. Dans ces deux points, elle était fort avancée et commençait même à brunir et à se dessécher. Les vésicules occupaient, en avant, la région mammaire, et en arrière s'arrêtaient aux apophyses épineuses des vertèbres. Dans les points envahis par l'éruption, la peau présentait une coloration d'un rouge vif, non uniformément répartie. Dans quelques points, la peau était saine; dans les parties inférieures de la zone occupée par les vésicules, ces dernières étaient encore peu développées, transparentes, du volume d'une tête d'épingle. Dans les régions supérieures, elles étaient opalines, plus grosses; évidemment, cette éruption n'était pas survenue tout d'un coup: elle s'était faite successivement dans plusieurs points. Nous avions affaire à l'affection connue sous le nom d'érysipèle zona ou zoster.

Avant d'aller plus loin, deux mots sur l'état des organes digestifs.

La langue était nette; ni nausées, ni vomissements; inappétence, soif vive. Cette soif avait un caractère tout particulier, c'est qu'elle durait déjà depuis plusieurs mois. Ventre normal, non ballonné, indolent à la pression; urines faciles; la malade nous a dit avoir remarqué qu'elle rendait une quantité d'urines beaucoup plus considérable que n'était celle des boissons. Pouls à 100 par minute; respiration à peu près normale; fonctions de nutrition dans un état de santé parfaite. Cette femme nous disait avoir un peu maigri. Rien du côté des centres nerveux. Pour la menstruation, nous avons dit qu'elle a cinquante-six ans; il y a déjà fort longtemps qu'elle n'est plus réglée.

Indépendamment de l'éruption dont nous avons parlé, nous avons été frappé de l'état extérieur de cette femme. Dès le jour de son entrée, et lorsqu'elle nous parla de cette soif intense qui la tourmentait depuis plusieurs mois, nous dîmes à ceux qui entouraient le lit de la malade: Défiez-vous de ce phénomène; le plus souvent, cette soif extraordinaire et de longue durée, appartient au diabète. Lorsque nous eûmes prononcé ce mot, la malade nous interrompit pour nous dire que plusieurs fois les médecins qui l'avaient soignée avaient appelé sa maladie diabète sucré. Elle nous a de même déclaré qu'elle urinait plusieurs litres par jour, même lorsqu'elle prenait très peu de boissons, et que, par conséquent, la quantité des urines était hors de toute proportion avec celle des boissons.

Avant d'aller plus loin, disons que le diabète est, en général, une affection difficile à reconnaître. L'attention du malade n'est pas dirigée du côté de cette maladie, qui, par elle-même, est assez rare. Il vous arrivera plus d'une fois d'être consulté par des sujets qui urineront beaucoup plus abondamment qu'à l'ordinaire, dont aussi la soif sera prodigieusement augmentée, et qui cependant ne vous diront rien de ces deux particularités des plus importantes pour le diagnostic, ne se doutant point de la valeur séméiologique qu'elles peuvent avoir. Ils ne vous en instruiront que si vous leur demandez d'une manière positive: Votre soif est-elle augmentée? Urinez-vous plus qu'à l'ordinaire? Vous n'aurez pour vous guider tout d'abord que l'amaigrissement progressif en l'absence de toute lésion apparente et bien nettement tranchée d'un organe ou d'un appareil d'organe important et essentiel à la vie. Nous ne saurions trop le répéter, nous avons toujours eu plus ou moins de difficultés à établir le diagnostic du diabète.

Il y a quelques mois à peine, un malade vint nous consulter. C'était un grand chasseur; il commença par nous dire qu'il ne savait à quelle cause rapporter l'invincible fatigue dont il était saisi aussitôt qu'il marchait un peu; fatigue qui l'empêchait de se livrer à son exercice favori. Nous ne pouvions juger de l'amaigrissement; c'était la première fois que nous le voyions. Nous ne trouvâmes, après un examen des plus minutieux, rien à noter d'anormal, soit dans la poitrine (respiration et circulation), soit dans le cerveau, soit dans l'abdomen; rien en un mot qui pût nous rendre compte de cet affaiblissement. Le malade nous disait simplement avoir un peu maigri.

Enfin, par une inspiration soudaine, et en désespoir de cause, nous lui demandous s'il urine plus abondamment qu'à l'ordinaire; il nous répond que la quantité des urines est énorme. Les urines recueillies par le malade furent envoyées par nous à un pharmacien qui en fit l'analyse chimique, y trouva du sucre. Le diagnostic était tout porté. Disons en passant encore que, dans un examen clinique, nous avons toujours la meilleure idée d'un élève qui parvient à diagnostiquer un diabète. Mais revenons d'abord à l'éruption que présentait notre malade, et qui mérite de faire le sujet de quelques réflexions.

De toutes les éruptions de la peau, le zona est sans contredit l'une des plus extraordinaires que l'on puisse observer. Comment se fait-il qu'une éruption se borne à une moitié du corps seulement, dans la plus grande partie des cas? Quelle est la raison de cette délimitation parfaite de l'éruption aux apophyses épineuses d'une part, à la ligne médiane du sternum, de l'autre? Est-il possible d'expliquer cette singularité d'une façon tant soit peu satisfaisante? Nous avouons, pour notre part, qu'elle nous paraît inexplicable. Cette disposition est aussi merveilleuse pour nous que la fièvre intermittente. On a cherché à donner une raison de cette éruption en forme de demi-ceinture, par l'intervention du système nerveux. L'appareil nerveux étant symétrique, il s'ensuivrait que, affectant une marche parallèle à celle des filets nerveux, le zona devrait n'occuper qu'une moitié du corps. Nous préférons dire que nous ignorons complètement le mécanisme suivant lequel s'opère cette disposition, et qu'il nous semble difficile, sinon impossible, de la rattacher au système nerveux. Nous devons dire, avant de quitter ce sujet, qu'il n'est pas excessivement rare de voir le zona affecter une autre marche. Nous l'avons vu naître à la cuisse et descendre le long du bord externe de la jambe; nous l'avons vu occuper la partie antérieure du cou, et nous sommes certain que nous n'avions pas alors affaire à d'autre éruption qu'au zona. Son aspect est tellement caractéristique, qu'il serait impossible de s'y tromper. Dans l'immense majorité des cas, le zona n'occupe que la moitié du corps dans une largeur qui peut varier.

Une circonstance intéressante, c'est la douleur produite par le zona, douleur beaucoup plus vive que celle qui est produite par une phlegmasie violente. Cette douleur persiste encore après la disparition de l'éruption; nous avons plusieurs fois cité l'exemple d'une vieille femme que nous avions dans nos salles à la Salpêtrière, et qui fut affectée d'un zona. La douleur fut d'une intensité remarquable; tant que l'éruption exista, cette douleur s'expliquait facilement. Mais la dessiccation eut lieu, et la douleur persista. Au bout d'un an la malade s'en plaignait encore, bien qu'elle fût diminuée, et la sensation était assez pénible après cet espace de temps, pour que cette femme, qui était aveugle, se crût encore atteinte de l'affection pour laquelle elle était entrée à l'infirmerie. Nous avons entendu dire à Landré-Beauvais, qu'il avait trouvé une fois une altération correspondante de la plèvre à l'endroit où la douleur s'était fait sentir pendant la vie. Mais un seul fait ne peut suffire pour établir une loi positive; nous devons seulement tenir compte du fait, dans le cas ou l'expérience viendrait plus tard à le confirmer. Dans ce cas, on expliquerait la persistance de la douleur; mais nous croyons que Landré-Beauvais avait eu affaire à un cas tout exceptionnel. Voilà donc déjà deux points, la délimitation de la maladie, et la douleur, qui méritaient de fixer notre attention.

Il est encore une autre considération essentielle, relative au traitement. La thérapeutique du zona est toute simple; des boissons délayantes, une température modérée, l'expectation, tels sont à peu près les seuls moyens à mettre en usage. On s'est imaginé que des applications directes pourraient calmer la douleur. On a essayé également de cautériser les vésicules; mais on a bientôt reconnu que ces moyens aggravent la maladie, au lieu de procurer du soulagement. Notre opinion, fondée sur l'observation des faits, est que la maladie guérit d'autant plus vite qu'on laisse les sujets plus parfaitement tranquilles. On doit même éviter les cataplasmes émollients, les fomentations narcotiques, moyens dont Pinel avait déjà signalé non-seulement l'inutilité, mais le danger. Il y a quelques années que nous fûmes appelés, M. Chomel et moi, pour donner nos soins à un colonel de dragons, homme d'une forte constitution, robuste, qui avait été traité en province pour un zona qui le faisait beaucoup souffrir. Les premiers médecins lui avaient appliqué sur le côté des cataplasmes qui recouvraient la moitié de l'espace occupé par l'éruption. Toute la partie qui avait été respectée avait guéri en quinze jours environ; mais dans toute l'étendue de celle qui avait été couverte de cataplasmes, il s'était formé des ulcérations, et le malade avait été forcé de venir à Paris pour se faire guérir de ces ulcérations, et, à ce propos, nous

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une victoire du feuilleton. — Le concours du Bureau central. — Les vœux de la Commission du Congrès. — Un peu de zèle et de courage. — Le musée d'anatomie comparée. — Blessures d'un bourdon.

On m'a dit quelquefois : — Que produisent, Jean Raimond, vos sermons et vos censures? quel abus avez-vous extirpé? quel vice avez-vous détruit? quel ridicule avez-vous corrigé? A cela j'ai répondu sans cesse : — Je n'ai pas la plus petite prétention sur les abus; sur les vices, moins encore. Si, comme l'a dit Montesquieu, les lois sont impuissantes à former les mœurs, plus impuissants seraient assurément tous les feuilletons du monde. Mais ici-bas on n'est pas seulement honnête ou improbe, savant ou ignorant, bon ou méchant, serviable ou égoïste, vices et vertus, qualités et défauts qu'il faut laisser au moraliste le soin de louer ou de blâmer. Ce qu'on est encore, et cela indépendamment de sa valeur intellectuelle et morale, on est agréable ou déplaisant, d'une humeur facile ou acariâtre, vaniteux ou modeste, convenable ou ridicule, toutes choses qui depuis le commencement du monde incombent naturellement au feuilleton. Eh bien! sous ce rapport, le feuilleton a la prétention d'avoir remporté quelques victoires. En voici une toute récente: M. Piorry a parlé, mardi dernier, à l'Académie, et M. Piorry a été scilencieusement et favorablement écouté. Ah! c'est que ce n'était plus le M. Piorry que vous connaissiez et que je daguerréotypais il y a quelques semaines. Ce n'était plus ce ton emphatique et dépréciant, ces phrases ballonnées et rénitentes, cette mimique auguste et solennelle dont le feuilleton s'était quasi pris de rire. Non, le vieil homme avait disparu, et au lieu de quelque Bourdaloue de la rate, nous avons entendu un homme solidement instruit, disant clairement et simplement d'excellentes choses, parlant de ses travaux avec modestie, de ses opinions avec convenance, et se faisant écouter d'un auditoire prévenu. Encore un petit effort et M. Piorry reprendra à l'Académie l'importance et l'autorité qu'il mérite. C'est là, je l'assure, et j'ai de bonnes raisons pour le dire, une victoire du feuilleton contre lequel on a grand tort de maugréer; car, en fin de compte, est-ce à lui qu'il a rendu service?

— Encore un concours d'où l'équité et le bon droit sont sortis triomphants. L'habitude en vient, du moins parmi les juges du Bureau central des hôpitaux; ah! si elle pouvait donc devenir contagieuse! La nomination de MM. Voillemier et Gosselin comme chirurgiens du Bureau central a été accueillie comme un des résultats les plus légitimes de la vérité et de la sincérité du concours. Elle donne aux hôpitaux deux jeunes hommes d'un mérite incontestable qui continueront cette magnifique tradition de la chirurgie parisienne, comme un trésor précieux, léguée à l'époque actuelle.

— La Commission du Congrès médical a exprimé des vœux, dans son manifeste, qui me paraissent fort sages et dont les résultats auraient un haut degré d'utilité, non-seulement pour la circonstance actuelle, mais encore pour l'avenir. Elle engage d'abord les médecins de chaque arrondissement à se réunir et à s'entendre sur le choix des délégués auxquels ils confieraient l'honneur de les représenter au Congrès. Cette mesure serait, en effet, de la plus haute importance; elle donnerait au Congrès une immense valeur de représentation, car elle ferait préjuger avec raison, d'une part, que le choix des délégués a été fait avec intelligence et discernement, de l'autre, que les délégués viendraient représenter au Congrès des opinions discutées et résolues d'avance. Il importe beaucoup, pour la dignité et la portée morale du Congrès, que les adhérents y arrivent avec une mission à remplir, et qu'ils représentent autant que possible les opinions d'un nombre plus ou moins considérable de leurs confrères. Par là, le Congrès serait en réalité et en vérité l'expression véritable du corps médical, et ses décisions en acquerraient une valeur d'autant plus grande.

D'un autre côté, cette première réunion des médecins par arrondissement en entraînerait nécessairement une seconde; car les délégués, en rentrant dans leurs foyers, devraient rendre compte à leurs commettants de la mission qui leur a été confiée et des résultats du Congrès.

Ainsi, en peu de temps, les médecins d'un arrondissement, qui, dans ce moment, vivent dans le plus complet isolement, dans un état de rivalité permanente, quelquefois d'hostilité, ce qui entraîne toutes les mauvaises passions que vous savez, ces médecins se verraient deux fois, s'entretiendraient des intérêts généraux de la profession, sans aucun doute aussi de leurs intérêts locaux, et comprendraient facilement que si dans leur isolement ils sont impuissants à lutter contre le mal qui les entoure, il n'en serait pas de même s'ils étaient réunis dans des sentiments communs et une commune opposition.

Quoi! Dans chaque arrondissement, il ne se trouverait pas un confrère, un seul, dévoué, ardent au bien, poussé par un noble et généreux sentiment, qui prît cette honorable initiative? Je ne puis adopter cette triste et décourageante pensée. Je sais, au contraire, que sur plusieurs points de la France où l'association scientifique ou de prévoyance n'a pas encore été réalisée, des tentatives fructueuses sont faites en ce moment à l'occasion du Congrès, pour éveiller des idées et des sentiments propices au bien de tous. Que ces hommes honorables veuillent bien s'empresser de faire connaître le résultat de leur incitation à la commission permanente; car la publicité de leur exemple ne peut être qu'extrêmement fructueux. Allons, chers confrères, un peu de zèle, un peu de dévouement pour la chose publique, et vous verrez que tout ira bien.

Un autre désir exprimé par la Commission est aussi d'une grande importance. Elle voudrait que les adhérents au Congrès, soit libres, soit délégués par les Sociétés ou par les arrondissements, lui transmissent d'avance les réponses qu'ils croient devoir faire aux questions proposées. Quand le règlement sera terminé et publié, on verra combien cette mesure, si elle est généralement exécutée, facilitera et abrégera la besogne des assemblées générales. Il ne s'agit pas, comme on le pense bien, dans ces réponses, de donner les motifs et les développements des opinions qui auront été adoptées, ce qui serait sans doute bien utile, mais que le défaut de temps rendra peut-être im-

vous dirons que nous avons été étonné de voir un professeur distingué prescrire l'emploi des topiques émollients dans le traitement de l'érysipèle.

Quelques mots maintenant de la seconde affection dont est atteinte notre malade. Vous savez que le diabète consiste dans une sécrétion anormale de l'urine, avec présence du sucre dans l'urine le plus souvent; nous disons le plus souvent, car il paraîtrait que l'on rencontre des cas de diabète dans lesquels l'urine ne contient pas de principes sucrés. Nous arrivons de suite à quelques considérations théoriques et pratiques sur le diabète et sur le traitement qu'on lui oppose.

Le diabète est une affection qui a beaucoup occupé les médecins de ce siècle; il y a déjà longues années que MM. Dupuytren et Thénard en firent l'objet d'études sérieuses. Les résultats de l'analyse chimique furent que l'urine contenait une grande quantité de sucre, et qu'en même temps elle était privée d'urée et d'acide urique. Cette dernière partie de l'analyse a été plus tard reconnue en partie inexacte. D'après l'analyse et les résultats auxquels il était arrivé, Dupuytren fut conduit à penser que l'on devait, dans le traitement du diabète, ne faire prendre aux malades que des substances incapables de produire du sucre par suite des réactions chimiques qui se passent dans l'acte de la digestion. Il leur administra des substances éminemment azotées, les nourrit de viandes, de lard, etc. Depuis quelques années, le savant pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. Bouchardat, a repris cette question. Une nouvelle analyse de l'urine lui a démontré la présence de l'urée en quantité normale dans le liquide de la sécrétion urinaire; urée que M. Thénard n'avait point rencontrée, parce que la présence du sucre l'avait probablement masquée. D'après M. Bouchardat, l'urine est plus lourde dans le diabète qu'à l'état normal; elle pèse à l'aréomètre depuis 1015 jusqu'à 1030. La matière sucrée est tellement abondante qu'elle forme quelquefois jusqu'au sixième du poids total de l'urine; l'appareil de M. Biot a fait découvrir une polarisation très marquée; le sucre se trouve dans l'urine à l'état de sucre de raisin.

Comme les précédents observateurs, M. Bouchardat a institué dans le traitement du diabète sucré, qu'il nomme *glucosurie*, un régime alimentaire particulier. Il supprime toutes les substances qui peuvent former du sucre, les féculents, les farineux. Ayant de plus observé que dans le diabète la peau était généralement sèche, il a pensé que l'on se trouverait bien des diaphorétiques; il fait couvrir les malades plus qu'à l'ordinaire, de manière à provoquer la transpiration. On voit, par ce rapide et sommaire exposé du traitement de M. Bouchardat, qu'il fait la médecine du symptôme. Les aliments qu'il donne aux malades sont ceux qui sont susceptibles de contribuer à la nutrition sans subir la transformation sucrée, les aliments gras, un peu de vin. De plus, il cherche à empêcher cette transformation de s'opérer, et neutralise toutes les substances féculentes, en même temps qu'il s'efforce d'augmenter les sécrétions de la peau, à l'aide du carbonate d'ammoniaque administré à l'intérieur. M. Mialhe a pensé que les chlorures alcalins jouaient un grand rôle dans la production du diabète. Il a pu se convaincre par l'analyse chimique, que le sang des diabétiques contenait moins de principes alcalins qu'à l'état normal: sa conclusion a été qu'il était nécessaire de faire prendre aux malades des composés alcalins en quantité déterminée.

D'après MM. Bouchardat et Mialhe, on devrait croire que cette thérapeutique a pu, en effet, amener des guérisons complètes. En effet, sous l'influence de cette médication, les urines sont devenues moins abondantes; les malades ont repris de l'embonpoint; le sucre a disparu des urines.

Reste à savoir si c'est là une guérison véritable. Pour notre part nous ne sommes pas disposé à le croire. Voici les objections que nous pensons pouvoir faire directement à ces auteurs, auxquels du reste plus que personne, nous nous plaisons à rendre justice. Si vous aviez, leur dirons-nous, une opération chimique à faire dans un verre, et si vous ne mettiez dans l'appareil que l'un des composants et pas l'autre, vous n'obtiendriez pas de résultat. Si vous ne mettez que l'alcali, sans l'acide, le sel ne se formera pas. Si vous enlevez au diabétique les matériaux nécessaires à la formation du sucre, nul doute qu'il ne formera pas de sucre, mais seulement pendant le temps où vous le priverez de ces éléments. Mais l'aurez-vous guéri pour cela de la disposition qu'avaient ses organes à faire du sucre? Nullement. Vous avez fait la médecine du symptôme. Vous avez enlevé les éléments nécessaires à la fabrication du sucre, mais vous n'avez pas attaqué le désordre organique en vertu duquel le sucre se produit. En donnant du bicarbonate de soude au malade, vous augmentez la quantité d'alcali contenue dans le sang; vous favorisez la transpiration cutanée. Mais si le sujet ne transpirait pas, la raison en est toute simple; du moment qu'il urinait très abondamment, il ne devait point transpirer. La suppression des sueurs n'était pas la cause du diabète, ce n'en était qu'un symptôme. Nous le répétons: le raisonnement des chimistes est juste; leur médication est rationnelle; mais il faudrait, pour que le traitement du diabète fût logique et efficace, il faudrait attaquer la maladie dans la lésion organique qui la constitue.

Quelle est-elle cette lésion organique? M. Bouchardat a démontré que ce n'est pas le rein qui est malade; ce n'est pas le rein par conséquent, qui produit le sucre, dit-il; il a mis le suc gastrique de l'estomac des diabétiques en contact avec des substances qui sous l'influence du suc gastrique normal ne se transforment pas en matière sucrée, et il a formé du sucre dans le verre à réactifs. C'est donc le suc gastrique qui est le point de départ de la gleucosurie. Mais comme, d'une autre part, il n'y a point dans le diabète de maladie de l'estomac, nous voilà forcés de nous rejeter sur le système nerveux. Ce serait donc une innervation morbide de l'estomac et de l'appareil digestif. Ici encore nous préférons dire que la cause du diabète nous échappe, que nous ignorons complétement quelle est la disposition morbide qui produit la maladie dont nous nous occupons avec vous.

Maintenant que l'on nous montre des diabétiques guéris par les moyens thérapeutiques que nous avons passés en revue, nous nous rendrons à l'évidence; car on l'a dit, un peu trivialement peut-être, mais avec la plus grande raison: il n'y a rien de brutal comme un fait. Jusqu'à présent tous nos diabétiques sont morts plus ou moints rapidement il est vrai, et cependant la médication a été bien exactement employée. C'est M. Bouchardat lui-même qui a dirigé le traitement.

Nous devons néanmoins, avant de terminer, citer un fait qui nous est propre, et qui, jusqu'à présent, semblerait venir à l'appui des théories et de la thérapeutique de M. Bouchardat. Le sous-préfet d'une petite ville de Normandie vint nous consulter l'hiver dernier pour une affection diabétique parfaitement dessinée. Nous lui prescrivîmes un traitement alcalin, les diaphorétiques, l'alimentation azotée. Nous nous attendions cependant que la maladie ferait des progrès. Jusqu'à présent il paraît qu'il n'en est rien. Le médecin de la ville où demeure ce malade nous a écrit que la médication et le régime indiqués ont été ponctuellement suivis, et que le malade se trouve dans un état de santé assez satisfaisant. Reste à savoir si, lorsque l'on cessera le traitement, la maladie ne se reproduira pas.

D[r] A. FOUCART.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des déviations de l'utérus.

(Suite du numéro du 21 août.)

Pour terminer le traitement des inflexions utérines, il nous reste à parler de quelques moyens spéciaux propres à redresser la matrice déviée et à la maintenir dans sa position normale.

Nous croyons avoir démontré que la plupart des modes de traitement mis habituellement en pratique sont insuffisants, et n'atteignent que fort imparfaitement le but qu'on se propose. Ainsi, nous avons fait voir que les pessaires ordinaires, en gimblette, avec un des bords derrière ou devant le col; que ceux en bilboquet, ceux de MM. Louis Bergeon, et même ceux de MM. Tanchou, Hervez de Chégoin, etc., ne pouvaient pas surmonter des difficultés qu'aucun pessaire d'ailleurs ne peut vaincre, puisqu'elles sont inhérentes au moyen lui-même, et que toujours ces corps présentent l'inconvénient de n'être soutenus que par une seule de leurs extrémités, ainsi que nous l'avons dit déjà.

Du reste, ajoutons que dans les cas de déviations, quelles qu'elles soient, de l'utérus, si cette déviation n'est pas compliquée de l'abaissement de la matrice, les femmes éprouveront peu de soulagement par l'emploi des pessaires. Cela signifie-t-il qu'il faille les rejeter complétement? Sans doute, non; mais cela veut dire qu'il faut rechercher d'autres moyens, et c'est ce que nous-même avons tenté déjà depuis longtemps.

Nous avons pensé, en effet, qu'il serait peut-être possible de se servir des tiges introduites dans la cavité de l'organe dans le but de le redresser d'abord, puis de le maintenir réduit. Partant de ce point de vue, et les indications nous paraissant évidentes, nous nous sommes livrés à quelques tentatives qui, d'abord, ne nous ont pas beaucoup satisfait.

Avouons qu'il est des difficultés inhérentes à cette pratique, qui la feront mal accepter des praticiens auxquels il répugne, et qui s'effraient même de l'idée d'introduire un corps étranger à demeure dans la cavité de l'utérus. Nous n'hésitons pas à dire cependant qu'en général on s'épouvante beaucoup trop de cette idée, et cela tient surtout à ce que, dans le monde, on s'exagère singulièrement la sensibilité de la matrice; on juge de cette sensibilité par les fonctions de l'organe, et alors la pensée d'un corps étranger dans l'utérus paraît quelque chose de dangereux et de douloureux à la fois. C'est là un jugement qui, pour être très naturel, n'en est pas moins complétement faux, sous le rapport de la douleur au moins.

L'utérus et le col surtout, cela est démontré pour nous depuis longtemps, peut être piqué, cautérisé, incisé, sans que la femme ressente beaucoup de douleurs; si la malade souffre dans les opérations sur l'utérus, c'est plus par les pressions exercées sur le vagin, sur les organes environnants, que par la matrice elle-même: nous croyons, en vérité, que si une opération sur le col utérin se pouvait faire pendant le sommeil, sans qu'on touchât à aucun autre organe, la malade ne se réveillerait même pas. La partie interne de l'utérus jouit d'une sensibilité analogue; nous y avons porté des baguettes garnies de charpie imbibées de nitrate liquide acide de mercure, et nous pouvons affirmer que les femmes ne percevaient pas la cautérisation; elles n'accusaient rien autre chose qu'une sorte de tiraillement.

Mais d'ailleurs, en y réfléchissant, le tissu de l'utérus n'est-il pas fibreux, fibro-musculaire et peu fourni de branches nerveuses! Il est vrai qu'il devient musculaire dans la grossesse; mais, anatomiquement, dans l'état de vacuité, il ne paraît pas devoir être doué d'une grande sensibilité. Nous pouvons donc déjà conclure que sous le rapport de la douleur seule, l'introduction d'une tige dans l'utérus ne produira qu'un résultat négatif.

Une objection plus sérieuse se présente, et c'est celle-ci: quand une tige, un corps étranger enfin, aura séjourné plusieurs jours dans l'utérus, n'amènera-t-elle pas des phénomènes inflammatoires; et si cette inflammation survient, ne peut-elle pas envahir le péritoine et amener la mort? Nous avouons ne pas avoir été très tranquille sur la solution de cette importante question; cependant, la pratique la ville, où nous avons pu mettre en usage les moyens dont nous parlons, nous a rassuré un peu; d'ailleurs, il faut savoir qu'on ne doit employer que des tiges en ébène ou caoutchouc, terminées en olive, et que, par conséquent, de tels corps sont aussi doux et aussi peu irritants que possible; aussi n'avons-nous pas vu d'accidents suivre leur emploi. Ce sont là, comme on le voit, des moyens qui ne sont pas parfaits encore, auxquels nous ne renonçons pas pourtant, et qui, améliorés, pourront un jour être utilement employés pour maintenir l'utérus dans sa situation naturelle.

Quant au redressement de la matrice, c'est différent, nous cherchons encore; mas déjà ici même, à l'hôpital, nous avons tenté quelques essais qui n'ont pas été sans résultats avantageux. Ainsi, nous avons effectué le redressement de l'utérus au moyen d'une sorte de mandrin composé de petits anneaux qui peut se courber et se redresser au moyen d'une vis de rappel. L'instrument s'introduit avec précaution et courbé, puis on redresse graduellement, et en plusieurs fois, en deux, trois, quatre, cinq, dix fois, si cela est nécessaire, puis le petit appareil est disposé pour pouvoir rester en place dans la cavité utérine au moyen d'un bandage.

Nous le répétons, ce ne sont là que des tentatives, que des ébauches dont nous ne parlons que parce qu'elles ont été mises en pratique à l'hôpital, et que, par conséquent, nous en devons compte; il ne nous est pas permis encore de préjuger quel sera l'avenir de ces moyens; toujours est-il qu'ils nous paraissent légitimés par le désir de remédier à une infirmité dont nous connaissons les conséquences, et qui se traduit souvent par des accidents qu'on ne la croirait pas capable d'engendrer.

Tel est le traitement des déviations utérines et l'ensemble des moyens connus à opposer à ces affections. Un mot encore nous reste à dire sur la thérapeutique des accidents qu'elles provoquent, et qui effraient les femmes au point de leur persuader qu'elles sont atteintes d'une affection grave.

Ici nous nous trouvons assez embarrassé de parler d'un certain moyen de calmer ces accidents, qui consisterait dans des frictions opérées d'une façon particulière, et qui demeure un secret pour la personne qui les emploie. Il paraîtrait que ces frictions doivent être pratiquées de bas en haut et de droite à gauche, pour avoir toute leur efficacité.

La sage-femme qui s'est fait une spécialité de cette sorte de remèdes, les emploie deux à trois heures par jour; et,

---

praticables; il s'agit d'indiquer à la commission le sens dans lequel les délégués désirent que soit faite la solution aux questions proposées, libres qu'ils seront d'exposer leurs motifs dans les discussions du Congrès.

Il dépend assurément aujourd'hui du corps médical que cette manifestation soit imposante et réellement utile. Elle réclame, il est vrai, des hommes de bonne volonté, éclairés et sincères; elle leur impose, il est vrai, un sacrifice de temps et d'argent, un déplacement onéreux, et l'abandon momentané de leurs affaires. Mais quel bien, dans ce monde, peut s'opérer sans quelques sacrifices? Quelle amélioration sociale a été obtenue sans quelque préjudice partiel? C'est à ceux pour qui ce préjudice sera le moins pénible qu'il faut surtout faire appel, à ceux que leurs lumières et leurs talents ont élevés à la fortune, et qui par cela même doivent l'exemple du dévouement aux intérêts de leurs confrères moins heureux.

— Une activité extrême règne à cette heure à la Faculté de médecine. Non pas dans les régions professorales, s'il vous plaît; les hommes qui tiennent le haut pavé de l'enseignement, habitués qu'ils sont à la rude besogne de la fin d'année scolaire, se livrent à l'agréable distraction des examens et des thèses avec cette douce facilité que donne un long usage, et qui n'échauffe ni le sang, ni la bile. Mais l'agitation se fait sentir dans le ban et l'arrière-ban des anatomistes et des disséqueurs. de l'Ecole. On sait que M. le doyen de la Faculté a voulu un musée d'anatomie comparée; avec l'ardeur qu'il porte en toutes choses, M. le doyen a mis à l'œuvre une cohorte nombreuse et bien disciplinée de jeunes et intelligents prosecteurs; un abatis complet a été opéré de pauvres animaux de l'échelle entière; les menuisiers et les peintres achèvent les armoires, et à la rentrée prochaine le nouveau musée étalera ses rayons couverts des résultats de ce travail, qui peut être utile et méritant. Nous verrons bien.

— Pauvre Jean Raimond, tu viens de recevoir une atteinte bien rude! Un journal que les industriels trouvent trop scientifique, et les savants beaucoup trop industriel, vient de se livrer contre moi en particulier, et contre la *Gazette des Hôpitaux* en général, à une attaque dont elle et moi avons peine à revenir. Il s'agit de notre article du 8 juillet dernier, dans lequel nous avons essayé de peindre un des patrons de ce journal scientifique et industriel. Dans le temps, un autre facétieux journaliste m'avait fait double; celui-ci me fait triple! A la bonne heure, j'aime mieux cela que s'il m'appelelait simple. Quant à lui, qu'il dorme bien tranquille. on ne l'accusera pas certainement d'avoir autant d'esprit à lui tout seul que deux ou trois ensemble.

Bref, ce savant et industriel rédacteur me reproche cet article du 8 juillet; il me blâme de me cacher, dit-il, sous le voile du pseudonyme, lorsque lui-même, beaucoup plus courageux, se cache entièrement sous la couverture de l'anonyme.

Il me demande pourquoi j'ai attaqué son patron, et il m'appelle méchant. Je n'ai qu'un mot à lui répondre. En effet,

Jean Raimond est bien méchant;
Quand on l'attaque, il se défend.

Mais, de grâce, devrait-il être permis aux anciens patrons de feu *l'Expérience* de s'irriter de quelque vivacité de rédaction envers un homme qui s'est livré contre nous, directement ou indirectement, à l'intempérance la plus incroyable de mensonges odieux! Laissons là, s'il vous plaît, ces récriminations stériles; elles n'ont ni miel pour les blessures que vous vouliez panser, ni aiguillon contre ceux que vous vouliez atteindre; vous n'êtes en effet ni guêpe, ni abeille, mais un inoffensif bourdon.

Jean RAIMOND.

— Un nouveau journal de Médecine, organe de notre Ecole préparatoire, vient de paraître à Marseille sous le titre: *Archives du Midi*; il est rédigé par quatre élèves internes de l'Hôtel-Dieu; mais chacun s'accorde à dire que la direction supérieure, qui se trouve, du reste, indiquée dans le prospectus de cette feuille, a été confiée par l'Ecole à MM. Sue, professeur de thérapeutique; Roux (de Brignolles), professeur de médecine opératoire; Villeneuve, professeur d'accouchement, et Girard, professeur de pathologie interne.

C'est à ce dernier, dit-on, qu'a été confiée la haute surveillance dans la rédaction. (*Clinique de Marseille.*)

soit par conviction, soit par intérêt (elle s'est fait avec ces frictions une clientèle nombreuse et choisie), elle assure qu'elles sont toujours fort utiles. Nous avouons que nous avons commencé par en rire avec beaucoup d'autres; et à ranger cette jonglerie sur la ligne du magnétisme, de l'homœopathie et autres charlataneries semblables; mais, chose singulière, nous avons vu des résultats qui nous ont étonné. Ainsi, chez une dame de province atteinte d'antéflexion, à laquelle nous avions fait subir un traitement antisyphilitique et prescrit des injections pour calmer des douleurs qui nous semblaient avoir leur source dans une infection vénérienne, affection sur laquelle nous avait éclairé une lettre confidentielle, nous ne parvînmes pas à calmer les douleurs; elle alla voir cette sage-femme; trois semaines après elle se trouvait guérie; on constatait nécessairement toujours l'antéflexion, mais la malade ne souffrait plus.

Cela nous força à nous demander si l'imagination n'était pas pour beaucoup dans tout cela. Depuis ce temps, nous en avont vu une foule d'autres qui ont présenté des résultats analogues. Nous ne pouvons donc nous refuser à croire que ces frictions ont de l'efficacité, et voici comment nous la comprenons.

Chez les femmes affectées d'anté ou de rétroversion, par exemple, il est évident que les accidents tiennent au système nerveux et à nulle autre chose, les organes eux-mêmes ne peuvent guère être la source des douleurs; car rien là ne ressemble à des maladies véritables, à des inflammations, des dégénérescences, etc., etc. Et la preuve que le système nerveux est presque le seul en action, c'est que chaque femme, bien qu'atteinte de la même déviation, souffre d'une façon différente. Dès-lors il ne serait pas impossible de croire à l'utilité de ces frictions, c'est un moyen mystérieux, secret, qui a une allure tout à fait en dehors des moyens médicaux ordinaires; et, ne le savons-nous pas! par cela même, il a des chances de réussir auprès des gens du monde. De sorte que sans oser dire un bien infini de ces frictions, nous ne croyons pas que ce soit un moyen à rejeter complétement.

Et vraiment, avouons-le, quand on réfléchit sur les étranges phénomènes qui se passent dans le système nerveux, on ne sait que douter. Ainsi, lorsqu'on songe qu'un coup même modéré sur l'épigastre suffit pour produire une syncope, et quand on sait d'autre part qu'on ne touche, qu'on ne lèse dans cette région aucun organe important, on est forcé d'accorder au système nerveux un rôle extraordinaire et inexpliqué.

Nous formulerons donc notre opinion de la sorte : Peut-être ces frictions sont-elles efficaces contre les accidents nerveux qui compliquent les déviations de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, ces déviations exigent des soins hygiéniques dont l'emploi soulage beaucoup les femmes, et qu'il ne faut pas négliger. Ainsi l'on prescrira les bains émollients, amidonnés, au son, gélatineux chez quelques-unes; les autres se trouveront bien de l'usage de bains alcalins; certaines malades retireront grand avantage des bains de mer. Les eaux de Barége, de Bourbonne, d'Enghien réussiront dans quelques cas. En général, tous ces bains auront plus d'efficacité pris frais que chauds. La natation conviendra parfaitement, comme tout exercice modéré, du reste, et c'est là un fait capital sur lequel nous insistons.

Toutes les femmes affectées de déviations compliquées d'accidents nerveux, redoutent le mouvement, refusent de prendre de l'exercice; or souvent le médecin consent au repos absolu ou le prescrit même. C est une thérapeutique pernicieuse que celle qui consiste à laisser les femmes au lit ou sur une chaise longue pendant des mois et des années quelquefois. Par ce repos prolongé, les femmes s'énervent, s'étiolent, s'alanguissent et deviennent véritablement malades.

Ce qu'il y a de pis encore, c'est que les femmes en cet état quittent d'ordinaire le médecin qui leur prescrira le mouvement pour garder celui qui permettra le repos. Toutefois entre deux moyens contraires la malade choisira celui qui lui plaît, vers lequel elle a de la tendance. Nous le répétons, le repos aux femmes dans ces sortes de cas est une thérapeutique détestable qu'elles accueillent avidement parce que dans les premiers temps où elles se livrent à un peu d'exercice leur malaise augmente et elles se trouvent plus souffrantes qu'avant la marche; mais, qu'on le sache bien, ces accidents nerveux qu'on veut combattre par le repos, s'accroissent au contraire.

Il faut donc, en résumé, engager les femmes à prendre un exercice modéré, sans fatigue : il faut qu'elles évitent toute secousse du corps et de l'esprit, qu'elles ne se livrent point à des efforts violents dans la défécation, qu'elles se privent d'élever les bras fortement, nous avons dit pourquoi; puis, elles doivent se mettre à un régime substantiel, les potages gras, les viandes leur conviennent; les crudités, la charcuterie, la volaille, le lait seront proscrits; l'emploi de quelques ferrugineux sera d'un bon effet.

Les eaux ferrugineuses et salines produiront de salutaires résultats, les eaux de Spa, de Pougues, qu'on prendra et suspendra tour à tour. Les malades qui auront de la tendance à la chlorose se trouveront bien de l'emploi des pilules de Blaud, de Vallet, du carbonate de fer; le bismuth, l'eau de chaux. de Vichy seront prescrits comme le fer chaud; et les agacements d'estomac; les névroses seront traités par les anti-spasmodiques, la valériane, le fer, l'asa fœtida, etc.

Mais principalement l'on devra procurer aux malades autant de distractions qu'il sera possible, et s'attacher à leur persuader que ce qu'elles ont est peu dangereux.

PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE À L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 6 et 13 août 1845. — Présidence de M. Monon.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Sur le rapport de M. Denonvilliers, la candidature de M. Morel-Lavallée est mise aux voix. Elle réunit treize voix sur quinze votants.

M. le président prononce l'admission de M. Morel-Lavallée.

— *M. Monod* met sous les yeux de la Société plusienrs instruments modifiés par M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie. Ce sont :

1° Une canule pour trachéotomie, munie d'une soupape qui laisse facilement pénétrer l'air, mais qui se ferme par le mouvement d'expiration, de manière à permettre au malade l'exercice de la parole. C'est ce qui a été observé sur une malade de l'annexe, au sujet de laquelle M. Macquet, interne de cet hôpital, doit lire une observation.

2° Un brise-pierre de Heurteloup, dans lequel la crémaillère est mise en mouvement par une demi-roue dentée, à laquelle est soudé un bras de levier qui permet d'imprimer à cette demi-roue un mouvement partiel de rotation à l'aide duquel la pression des branches s'exerce sur le calcul.

3° Enfin, un instrument de Fanestock pour l'amygdalotomie. La modification consiste en ce que, l'anneau étant oblique afin de l'appliquer également à droite et à gauche, on a mobilisé la fourchette et le manche de l'instrument, de manière à pouvoir l'appliquer également pour le côté droit et pour le côté gauche.

Au sujet de ce dernier instrument, *M. Robert* condamne en principe son emploi, en se fondant principalement sur ce que l'amygdale hypertrophiée est un corps trop variable dans sa forme et ses dimensions pour s'adapter à un instrument qui n'a qu'une manière d'agir. Ici, comme dans tous les instruments qui agissent par un mécanisme analogue, le chirurgien est plutôt dominé par les conditions de l'instrument qu'il ne le dirige. Un autre reproche adressé à cet instrument se rapporte au danger auquel il expose d'ébarber la partie latérale de la langue. M. Robert pense qu'avec la pince de Museux telle qu'il l'a modifiée en plaçant les crochets latéralement et avec le bistouri on fait l'opération tout aussi facilement et on l'approprie d'une manière plus rationnelle aux exigences des cas particuliers.

M Lenoir partage la même opinion. Il n'a jamais rencontré de grandes difficultés en employant la pince de Museux et le grand bistouri boutonné de M. Blandin, d'autant mieux que la pince sert à la fois d'abaisse-langue et de crochet pour attirer l'amygdale. Il insiste particulièrement sur le vice des ablations incomplètes de l'amygdale qui ont lieu assez souvent avec l'instrument de Fanestock et quelques autres encore. A cette occasion, M. Lenoir rappelle comme exemple de récidives d'abcès dans des amygdales enlevées incomplétement, le fait suivant qui a précisément pour sujet le jeune médecin qui vient d'être admis à faire partie de la Société de chirurgie. Pendant que ce dernier était interne des hôpitaux, il avait été plusieurs fois affecté d'angines pharyngiennes qui toujours s'étaient terminées par un abcès des amygdales qui déterminait chez notre jeune confrère des accidents graves. Ces fréquentes rechutes l'engagèrent à se faire pratiquer l'ablation des amygdales malades. M. Cloquet exécuta cette opération à l'aide de la pince de Museux et de ciseaux courbes. L'ablation fut incomplète et de nouveaux abcès se déclarèrent. M. Lenoir, deux ans plus tard en employant la pince et le bistouri, pratiqua une ablation complète qui a été suivie de la cessation définitive des abcès.

M. Guersant pense que plusieurs des reproches adressés par ses honorables collègues à l'instrument de Fanestock, s'appliquent moins à l'instrument qu'à la manière défectueuse dont il est appliqué dans beaucoup de cas. Quelque simple que paraisse le mécanisme de cet instrument, il exige qu'on y soit parfaitement familiarisé, et alors, surtout chez les enfants, on peut en retirer de grands avantages pour la rapidité et la netteté d'exécution. Il fait emploi de cet instrument, à titre de méthode générale, à l'hôpital des Enfants, et il a fait revenir plusieurs de ses confrères sur les préventions défavorables qu'ils avaient conçues contre l'emploi de l'amygdalatome. Quant à l'objection déduite de la difficulté d'adapter un anneau qui a des dimensions fixes à des amygdales si variables en volume, M. Guersant pense que le chirurgien doit avoir des instruments de diverses grandeurs. Cependant à l'hôpital des Enfants, c'est le même instrument qui lui sert et il s'adapte à presque tous les cas. Afin d'éviter que les branches de la fourchette ne viennent accrocher les parties latérales de la langue, M. Guersant a fait disposer l'hameçon de chaque branche de manière concentrique. Dans les cas d ablation incomplète, M. Guersant, dès dès qu'il a reconnu ce vice de l'opération, reprend de suite et sans désemparer l'ablation de la portion restante. Du reste, il conçoit d'autant mieux les préventions qu'a suscitées l'emploi de ces instruments que lui même, au début de ses premières tentatives, avait presque été conduit à les rejeter.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Guersant, en ce sens que chez les enfants on peut retirer de grands avantages de cet instrument quand il est convenablement dirigé. Le chirurgien doit se familiariser avec l'emploi de deux modes opératoires, parce qu'il est des cas dans lesquels l'instrument de Fanestock est tout à fait inapplicable; c'est, par exemple, quand des amygdales peu volumineuses sont cependant le siége d'accidents qui obligent à en pratiquer l'ablation. Alors rien ne peut remplacer la pince et le bistouri; mais loin de rejeter pour les autres cas le mécanisme ingénieux dont il a été parlé, il faut s'attacher à en perfectionner la construction et à faire disparaître les défectuosités qu'il présente. De ce nombre sont les suivantes : 1° la fourchette de l'instrument exécutant pour attirer l'amygdale à travers l'anneau un mouvement de bascule qui est le même pour tous les cas, il y a inconvénient, parce que si l'amygdale est très volumineuse, elle doit être engagée plus avant dans l'anneau, et *vice versa*. Il était donc avantageux de pouvoir graduer pour chaque cas particulier le degré de traction exercée par la fourchette; c'est à quoi l'on est parvenu au moyen d'une vis qui détermine à volonté et à l'avance la limite d'écartement de la fourchette. 2° Souvent il arrive qu'au moment où on exécute le mouvement de propulsion de la fourchette, ce mouvement se trouve involontairement combiné avec le mouvement d'écartement, qui ne doit avoir lieu que plus tard; il était facile au moyen d'une simple inclinaison du talon de la fourchette de faire en sorte qu'elle ne put être poussée qu'en la tenant forcément adossée à l'anneau; c'est ce qui a été fait. 3° Enfin avec la construction ordinaire de l'instrument, quelquefois le mouvement d'extension du pouce est presque terminé avant que la section ne soit complète. Afin de donner à ce mouvement toute l'étendue dont il est susceptible, le point d'appui de la pulpe du pouce a été reporté plus en arrière au moyen d'une espèce d'infundibulum sur le bord duquel le pouce vient s'appuyer. Telles sont les modifications présentées par M. Chassaignac. Il adopte aussi la modification de M. Guersant, et donne trois branches à la fourchette.

Une autre modification également apportée par M. Chassaignac au bistouri pour l amygdalotomie, consiste à armer l'extrémité de la lame d'un bouton très élevé, ou d'une espèce de talon qui tend sans cesse à retenir l'amygdale en avant dans les mouvements de va et vient qu'on imprime pour opérer la section. Cette modification est fondée sur ce fait observé plusieurs fois par M. Chassaignac, que dans les mouvements de section, l'impossibilité de voir l'extrémité du bistouri qui est dans le pharynx, expose à laisser l'extrémité de l'instrument cachée dans le corps même de l'amygdale; et celle-ci : 1° au lieu d être divisée à chaque coup de part en part, ne l'est que dans une portion de son épaisseur; 2° fait éprouver, pour sa section, des difficultés résultant de ce que l'extrémité de la lame, se mouvant avec l'amygdale et dans l'intérieur de celle-ci, en rend la section beaucoup plus douloureuse.

— *M. Guersant* présente à la Société une jeune fille de six à sept ans, qui offre, à la partie la plus déclive de la région sus-hyoïdienne, un pertuis cutané sans aucun vestige d'inflammation passée ou présente, et semblant comme une ouverture naturelle. Ce pertuis conduit dans un trajet de trois travers de doigt de longueur, remontant vers la cavité buccale dont on soulève la muqueuse sur les côtés de la langue à l'aide d'un stylet conduit dans le trajet fistuleux. Chaque fois que l'enfant mange, il y a un suintement par la fistule. Les parents ont prétendu que l'enfant avait rendu par l'orifice de la fistule, de l'eau rougie qui avait été placée dans la bouche; mais leur récit n'est pas admis comme démontré par plusieurs membres de la Société, non plus que par M. Guersant qui, dans le but de rechercher un orifice buccal, a fait, mais en vain, des injections colorées par l'orifice fistuleux. M. Guersant demande l'opinion de ses collègues sur ce fait.

M. Chassaignac le considère comme devant être rattaché au vice de conformation décrit sous le nom de fistule congénitale du col.

M. Lenoir repousse cette opinion, en disant que ce genre de fistule siége plus latéralement et moins près de la ligne médiane que celle que nous avons sous les yeux.

M. Bérard a observé et traité, mais chez une dame âgée de trente ans, une fistule également congénitale. Elle offrait cependant, contrairement à ce qui a lieu dans le cas actuellement soumis à la Société, cette particularité, qu'elle donnait lieu à l'écoulement en quantité assez considérable d'un liquide d'une limpidité presque complète. C'est par suite de l'incommodité résultant de cet écoulement, que M. Bérard fut conduit à en entreprendre le traitement. Le trajet fistuleux ne communiquant point avec la cavité buccale, du moins d'une manière constatable, M. Bérard pensa qu'on pourrait obtenir la guérison du trajet fistuleux si l'on ménageait une large ouverture à ce trajet dans la cavité buccale. Dans ce but, il employa durant un laps de temps assez considérable, c'est-à-dire près de huit mois, divers modes opératoires qui lui furent suggérés par les principes de traitement des fistules salivaires du canal de Sténon. A l'aide de ces moyens, il parvint à établir une ouverture permanente dans laquelle il plaça à demeure l'instrument de Dupuytren pour la grenouillette. Le résultat définitif de ce traitement a été, non pas de guérir le trajet fistuleux qui persiste encore, mais de faire cesser l'écoulement, qui ne s'est plus reproduit.

M. Danyau a observé, il y a quelques années, un cas de fistule congénitale du col, dans lequel la guérison a été obtenue par l'injection iodée. Un enfant vint au monde, présentant sur la partie latérale du col, vers la région carotidienne, une petite dépression comme celle que laisserait une plaie faite antérieurement et cicatrisée. Le stylet porté sur cette dépression, y pénétrait dans une profondeur de deux centimètres et demi, dans une direction oblique de haut en bas vers le corps thyroïde. Le caractère de cette lésion ne put être rigoureusement déterminé dans une consultation où se réunirent MM. Blandin, Danyau et Guersant; mais il fut convenu que l'on emploierait la cautérisation pour déterminer l'adhésion des parois du trajet fistuleux. Dans ce but, on fit un premier essai de cautérisation au moyen d'un stylet de platine portant une rainure chargée de nitrate d'argent. Plus tard, on eut recours aux injections iodées. Ces tentatives, qui exigèrent un laps de temps de six à huit mois, n'amenèrent que des adhésions incomplètes, et la guérison n'était pas stable, lorsqu'on eut recours à une injection de teinture d'iode concentrée qui détermina l'adhésion définitive et complète du trajet. Cette guérison, qui date de deux années, s'est prfaitement maintenue.

— *M. Lenoir* présente une observation de plaie de tête adressée à la Société dans le but d'obtenir le titre de membre correspondant, par M. Dezautière, docteur médecin à Decize.

— *M. Robert* donne lecture de la première partie d'un mémoire sur les écoulements séreux à la suite des fractures de la base du crâne.

Il s'engage, à la suite de cette lecture, une discussion, à laquelle MM. Laugier et Huguier prennent part. Elle sera reproduite *in extenso* après que la lecture de la totalité du mémoire sera terminée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 1er juillet 1845. — Présidence de M. Ségalas.

M. Belhomme fait hommage à la Société d'un mémoire sur la paralysie des aliénés, et en donne un résumé succinct. Esquirol, dit-il, est le premier qui a signalé la paralysie comme une complication grave de la folie M. Daloye a fait sa thèse sur ce sujet, et a signalé l'endurcissement du cerveau; M. Calmeil a signalé le ramollissement de la substance corticale et quelques lésions intérieures. Les recherches de M. Belhomme en 1833, et celles de M. Parchappe en 1839, ont trait aux rapports des altérations du cerveau avec les phénomènes de la paralysie générale.

L'aliéné affecté de paralysie commance par balbutier, ensuite se soutient mal sur ses jambes; bientôt arrivent les phénomènes d'embarras dans la respiration, et la vie se trouve consécutivement anéantie par le fait de l'invasion successive de la maladie de l'encéphale.

M. Belhomme a vu que l'encéphalite dans ces cas occupe d'abord la substance corticale; ce qui explique les premiers symptômes de la paralysie, et marche de la périphérie au centre; c'est alors seulement que les mouvements sont profondément altérés. M. Belhomme admet dans le cerveau une zone intellectuelle qui est la plus superficielle, une zone plus profonde qui correspond à la sensibilité, et enfin une troisième zone plus profonde encore qui règle les mouvements; ce qu'il déduit des expériences qu'il a faites sur les animaux. Il a constaté qu'une cautérisation de la surface cérébrale produit chez ceux-ci l'idiotisme; qu'une lésion plus profonde donne lieu à des phénomènes de sensibilité et à des convulsions; que la destruction des pédoncules du cerveau paralyse l'animal; enfin que la lésion profonde de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien déterminent la mort à l'instant même par une véritable asphyxie.

Dans la forme aiguë de la folie, dit M. Belhomme, il y a une hypérémie, une inflammation congestive des membranes et de la surface du cerveau. Dans la forme chronique, l'hypérémie, l'inflammation congestive sont chroniques; elles épaississent les membranes et ramollissent souvent la substance cérébrale. M. Belhomme a prouvé dans divers mémoires qu'il admet aussi un type névropathique de la folie; il a décrit la folie symptomatique, la folie névropathique. Déjà MM. Royer-Collard et Bayle ont signalé des inflammations des membranes cérébrales. Il faut admettre dans l'état actuel de la science deux modes de morbidité, le mode hypérémique et le mode névropathique, auxquels on peut rapporter la plupart de nos maladies, à moins de trouver une nouvelle cause organique. C'est à l'école organicienne qu'on doit de mieux connaître le parallélisme de développement et de succession entre les degrés des lésions anatomiques et les diverses formes de la folie.

M. Mercier n'admet pas, avec M. Belhomme, que la lésion de la périphérie des hémisphères cérébraux ne développe pas de sensibilité et que celle-ci ne se produit que lorsqu'on atteint les parties plus profondes. Il a vu enlever les hémisphères cérébraux tout entiers sans provoquer de sensibilité; et ce n'est que lorsque, dans les expériences auxquelles il a pris part il y a quelques années, on a touché aux tubercules quadrijumeaux et à la partie supérieure de la moelle allongée, que l'animal a donné des signes d'une excessive douleur. Il

ne pense pas, avec M. Belhomme, que l'inflammation produise d'abord l'induration et plus tard le ramollissement. Il regarde au contraire l'induration comme une terminaison de l'inflammation, comme un résultat des efforts curatifs de la nature. L'inflammation infiltre les tissus de liquides. Lorsqu'elle s'arrête, ces liquides sont résorbés peu à peu et les parties solides se condensent. Si un individu vient à succomber une semaine ou deux après qu'une hémorrhagie s'est effectuée dans son cerveau, on trouve presque toujours autour des foyers la pulpe nerveuse ramollie et jamais indurée ; tandis que s'il échappe à cet accident et ne succombe que lorsqu'on a tout lieu de croire qu'il s'est effectué un travail de réparation, on trouve très souvent la pulpe nerveuse indurée autour des vestiges du foyer sanguin.

M. Bethomme répond qu'il a vu des foyers de ramollissement au milieu de la substance indurée, preuve que le ramollissemeut succède à l'induration.

M. Mercier. Il est vrai que le ramollissement est ordinairement précédé d'une sorte de rénitence correspondant au deuxième degré de la pneumonite, à l'bépatisation rouge du poumon ; mais ce n'est pas ce qu'on désigne sous le nom d'induration. Celle-ci est un état tout à fait chronique, qu'on ne retrouve que quand la maladie est d'ancienne date ; et si elle se termine quelqnefois par le ramollissement, c'est qu'une inflammation nouvelle est venue produire cette dégénérescence.

— MM. Ségalas, Foy et Bénet de Perrand sont nommés au scrutin membres délégués pour assister à la discussion du rapport d'organisation du congrès médical.

— *M. Ségalas* entretient la Société d'une opération de lithotritie qu'il a faite avec succès dans des circonstances fort difficiles.

La séance est levée à dix heures.

(Pour le secrétaire général indisposé.)

Henry BLATIN, *secrétaire-particulier.*

BIBLIOGRAPHIE.

Réflexions sur les moyens employés jusqu'à ce jour pour le redressement des dents, suivies de ta description d'un procédé nouveau; par M. P.-A. GRANDHOMME, chirurgien-dentiste.

Le travail de M. Grandhomme n'est pas une simple énumération. Les procédés connus de redressement des dents y sont énumérés, mais au point de vue critique, et pour montrer qu'il existe une lacune dans cette partie de la médecine opératoire que l'on peut appeler l'orthopédie dentaire.

Les opérations pratiquées pour redresser les dents se rangent sous deux chefs : le redressement instantané et le redressement gradué. L'auteur n'accorde qu'une mention justement dédaigneuse à la luxation, seul procédé compris sous le premier chef. Le redressement gradué s'exécute par deux méthodes : la traction, qui comprend le procédé par les ligatures et celui par les bandeaux ; le refoulement, qui comprend le procédé au moyen du plan incliné de M. Catalan et le nouveau procédé de M. Grandhomme.

L'auteur expose avec concision et clarté les moyens employés jusqu'à lui ; il ne nie pas qu'ils aient réussi, mais il montre leurs inconvénients, leur fréquente inefficacité, et s'autorise d'un passage explicite du livre de M. Désirabode pour conclure que l'orthopédie dentaire laissait beaucoup à désirer.

M. Grandhomme s'est proposé d'obtenir une pression *continue* sur la dent déviée, problème que les appareils précédemment imaginés n'avaient pas résolu. Il a trouvé dans le caoutchouc une substance appropriée à la réalisation de ses vues. Nous ne pouvons que renvoyer à sa brochure pour la description de son appareil, qui nous a paru très ingénieusement conçu.

M. Grandhomme rapporte, à la fin de son travail, plusieurs observations détaillées qui prouvent en faveur de son procédé.

En général, les médecins ne s'occupent pas assez de ces questions : pourtant ils sont souvent consultés quand il s'agit d'opérations à pratiquer sur les dents. Il importe donc qu'ils soient bien renseignés sur les hommes et sur les choses. C'est à ce titre que nous recommandons à nos lecteurs l'opuscule de M. Grandhomme. Z.

NOTE SUR UNE NOUVELLE SOUDE DESTINÉE A L'ALIMENTATION DES ALIÉNÉS ; par M. LEURET.

Un des obstacles les plus difficiles à surmonter dans le traitement des aliénés, c'est le refus fait par ces malades de prendre des aliments et des boissons. Ce refus, quand il est très persistant, entraîne presque inévitablement la mort.

En cas pareil, on a recours à une sonde dite en gomme élastique que l'on introduit dans l'œsophage, soit par la bouche, soit par le nez. Par la bouche, il est difficile et souvent impossible de réussir ; par le nez, cela est ordinairement possible, mais non pas sans danger. Quand le malade cède, quand il demeure passif, la sonde peut être introduite longtemps et plusieurs fois par jour, sans qu'il en résulte aucun inconvénient, et j'ai maintenant dans mon service, un malade qui a été alimenté pendant deux mois environ au moyen des injections de bouillons et de potages à la semouille, faites à l'aide d'une sonde introduite par le nez, trois fois au moins chaque jour. Mais il s'en faut que l'on soit toujours aussi heureux ; si le malade résiste, s'il craint qu'on ne l'empoisonne, ou s'il croit avoir reçu de Dieu la défense de se nourrir, il oppose une vive résistance, et l'introduction de la sonde devient excessivement dangereuse. Alors, il est arrivé qu'avec la sonde on a percé l'œsophage, ou bien qu'on a traversé le larynx, une bronche, le tissu pulmonaire, et que par l'injection d'un aliment, on a causé la mort du malade. Il est arrivé aussi que, retenu par la difficulté et les dangers de l'opération, le médecin est resté spectateur désolé d'une longue et affreuse agonie contre laquelle il n'a rien osé entreprendre.

Depuis longtemps j'ai conçu l'espoir et j'ai tenté de remédier, sinon en totalité, du moins en partie à ces accidents. Le danger consistant dans l'introduction de la sonde, il s'agissait d'avoir une sonde qui, une fois introduite, pourrait rester en place. De cette manière, on nourrirait le malade sans avoir à lutter contre lui et sans l'exposer à aucun péril. Pour atteindre ce but, il fallait avoir une sonde bien flexible et pouvant s'affaisser sur elle-même, de telle sorte qu'elle ne produisît aucune compression et, s'il se pouvait, aucun frottement sur les parties avec lesquelles elle devait se trouver en contact. Les sondes dont on se sert actuellement ne pourraient être laissées en place plusieurs jours de suite, ou même un seul jour, sans qu'on n'eût à craindre les effets fâcheux qui résulteraient de leur contact prolongé avec l'œsophage, le pharynx, quelques-unes des parties du larynx et les fosses nasales. Il faut donc introduire la sonde plusieurs fois chaque jour, et faire courir au malade, chaque fois, de nouveaux dangers. Avec une sonde à demeure, le danger n'existe qu'une seule fois.

Il y a bientôt deux ans que j'avais fait construire par un de nos couteliers les plus habiles, M. Charrière, une sonde métallique qui devait servir de guide à une sonde flexible ; mais alors je n'ai pas été assez heureux pour réussir à confectionner cette sonde flexible, telle que je l'avais conçue. De nouvelles réflexions et de bons conseils m'ont conduit à un meilleur résultat, et ce résultat, je m'empresse de le faire connaître à mes confrères

Je prends des intestins de mouton dépouillés des membranes péritonéale et villeuse, et dont il ne reste par conséquent que la membrane fibreuse ; j'introduis plusieurs de ces intestins, ou plutôt de ces tubes fibreux les uns dans les autres ; je les distends par l'insufflation, et je les laisse sécher. En se desséchant, les tubes fibreux adhèrent les uns aux autres, et ne forment plus qu'une seule paroi, et par conséquent un seul tube. Ce tube est mis dans une eau chargée de tan ; il y reste vingt-quatre ou trente heures, puis il est séché de nouveau, huilé, assoupli par le frottement, et dégraissé avec l'eau de savon. Ainsi préparé, l'intestin forme un tube plus flexible qu'un doigt de gant, sans couture, résistant, difficilement putrescible, et pouvant servir de conducteur aux liquides alimentaires quelqu'ils soient.

Les intestins de mouton bien nettoyés mais non préparés, c'est-à-dire ayant conservé leur membrane péritonéale et leur membrane muqueuse, puis doublés, triplés et même quadruplés par intussusception ont été, par moi, préparés de la même manière que les tubes fibreux seuls, et ils m'ont fourni des sondes aussi souples et plus résistantes que ceux-ci. Je les emploierai simultanément afin que l'expérience me fasse connaître ceux qu'il faudra préférer.

J'ai dit, en commençant cette note, que j'ai été aidé par de bons conseils ; ces bons conseils, je les dois à M. Labarraque qui, parmi les travaux importants dont la science lui est redevable, a publié le meilleur livre que nous ayons sur l'art des boyaudiers.

Une nouvelle note complétera ce que celle-ci laisse d'inachevé.

NOUVELLES.

M. le docteur Prus, membre de l'Académie royale de médecine, et secrétaire de la commission de la peste, est arrivé à Marseille le 20 août. Ce voyage a été exécuté dans l'intention de recueillir auprès des sociétés de médecine et des administrations sanitaires, les renseignements nécessaires pour le travail dont il est chargé.

— Le concours pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales s'est terminé le 9 août. Les trois dernières épreuves ont consisté dans la soutenance des thèses. M. Hirtz a eu pour sujet de dissertation : Des principes généraux qui se sont perpétués à travers les révolutions des doctrines médicales ; M. Christophe : Appréciation comparée du vitalisme, du solidisme et de l'humorisme ; M. Stœber : De l'influence que l'analyse chimique et la micrographie ont exercée sur la pathologie générale.

M. Stœber a été nommé professeur à la majorité de cinq voix sur sept. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— *Mortalité après les grandes opérations.* — D'après les tableaux statistiques de Th. Inmanns, publiés dans *The Lancet*, la mortalité après les grandes opérations se trouve dans les rapports suivants : De 3,586 amputés, il en mourut 1,146, soit 1 sur 3 1/10. De 199 individus, chez qui furent faites des ligatures de grosses artères, il en mourut 66, soit 1 sur 3. Six cas de l'artère innominée, et trois cas de ligature de l'artère descendante furent tous suivis de la mort. Par contre, de 42 patients, à qui Hunter lia l'artère fémorale, il n'en perdit que 7, soit 1 sur 6. Dans 5,900 lithotomies, pratiquées par des chirurgiens anglais et français, la mort survint 765 fois. Le rapport moyen est donc de 1 à 7 3/4 ; cependant ce rapport varie dans les exposés particuliers entre 1 : 4 1/2 et 1 : 38. Chez frère Come il mourut 19 opérés sur 100, c'est-à-dire 1 sur 5 ; chez Cheselden, 20 sur 213, soit 1 sur 10 1/2 ; chez Bransby, Cooper, Pajola et Liston, le rapport est le même que chez Cheselden. Dans 545 opérations de hernie, on remarqua 260 cas malheureux, soit 1 sur 2, quoique ce furent A. Cooper, Travers, Scarpa, Laurence, etc., qui les pratiquèrent. Le même rapport a été noté pour l'opération césarienne. (*Gaz. méd. belge.*)

— M. PAJOT commencera son cours public d'accouchements pour sages-femmes le 1er septembre 1845, à deux heures, rue du Paon, 8.

— Le 28 août, M. EDOUARD ROBIN ouvrira, par la Physique expérimentale, la Chimie et l'Histoire naturelle, une nouvelle série de Cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au 1er examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté, rue de la Harpe, 90. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, celui de Physique à deux heures et demie, et celui d'Histoire naturelle à trois heures et demie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 100. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Sarcocèle syphilitique. Ulcères phagédéniques tertiaires. Guérison. Observation et remarques pratiques, par M. Jules DAVASSE.

Le nommé B... (Auguste), âgé de trente-neuf ans, charpentier, demeurant à Compiègne (Seine-et-Oise), est envoyé par le Bureau central à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 4, le 2 avril 1845, pour deux ulcères situés sur la jambe droite.

Ce malade est d'une stature moyenne, assez robuste. Il arrive de la campagne. Son intelligence est très médiocrement développée; il ne nous donne d'abord que des renseignements très incertains. Les deux ulcères qu'il porte sur la partie antérieure de la jambe, irréguliers, à fonds livide, à bords taillés à pic, décollés et entourés d'une coloration d'un rouge sombre, ne peuvent laisser le moindre doute sur la nature de la maladie dont ils sont le symptôme; et on ne tarde pas à découvrir l'existence d'un testicule vénérien sur lequel le malade n'avait point appelé l'attention.

B..., marié depuis une quinzaine d'années, n'aurait point eu de maladies vénériennes dans sa jeunesse. Il y a onze ans, il contracta pour la première fois des chancres à la verge avec écoulement de l'urètre, pendant que, de son côté, sa femme avait au moins un écoulement vaginal très abondant et un bubon. Celle ci, se trouvant alors enceinte, mit au monde un enfant qui mourut quelques jours après.

Les boutons sur la verge se sont renouvelés pendant cinq à six mois. (Probablement il existait là quelque éruption secondaire que le malade aura confondu avec les boutons primitifs.) L'écoulement blennorrhagique ne disparut entièrement qu'au bout de deux années. B... ne fit aucun autre traitement que quelques injections astringentes, et encore huit jours seulement. Pendant la durée de la chaudepisse, il ne s'aperçut d'aucun symptôme du côté des testicules; l'écoulement suivit une marche bénigne et régulière. Depuis cette époque, il n'y a point eu de recrudescence dans la blennorrhagie, et il n'existait pas le moindre suintement du canal. B... n'a commis aucun excès. Au bout de six ans, le testicule gauche lui parut plus dur, un peu plus volumineux, mais sans lui faire éprouver de gêne notable ou l'obliger à porter un suspensoir. Cet engorgement a fait jusqu'aujourd'hui des progrès lents et presque insensibles. Il aurait commencé, au dire du malade, par la partie inférieure du testicule. Trois ans après, il se développa sur la jambe gauche quelques plaques pustuleuses qui donnèrent lieu à des ulcérations irrégulières, rapprochées, lesquelles, loin de se cicatriser, augmentèrent rapidement d'étendue. Il en résulta deux ulcères assez larges, situés, l'un à la partie externe, l'autre à la partie interne de la jambe. Ils n'ont depuis jamais offert la moindre apparence de cicatrisation.

A l'entrée du malade, le sarcocèle date de quatre ans, et les ulcères de onze mois. Il n'y a pas eu de traitement.

1° Le testicule affecté présente à peu près sa forme ordinaire, mais son volume est double au moins de celui de l'autre côté; il est dur, résistant, n'a pas son élasticité habituelle, et ne glisse pas facilement entre les doigts. L'épididyme participe à cette augmentation de volume. La cavité intra-vaginale ne contient aucune trace de liquide. Le scrotum est libre, mobile, plissé, comme à l'état normal.

2° Les deux ulcères siègent à la partie moyenne de la jambe gauche. Leur fond est inégal, d'une coloration rouge-sombre de mauvais aspect, sans traces de bourgeons charnus, mou, exhalant un liquide ichoreux et saignant au moindre contact. Ses bords, assez profondément découpés en petites languettes anguleuses, sont décollés, renversés, amincis, et entourés d'un cercle diffus et livide. Le plus étendu, à la région externe, a la forme d'un croissant irrégulier; son grand diamètre, verticalement dirigé, offre 9 centimètres environ. Le second, situé en dedans, est plus arrondi et moins étendu. Tout autour, la peau est amincie, sans élasticité, altérée dans sa coloration, et couverte de traces de cicatrices irrégulières et d'érosions disséminées, à fond rouge et mollasse, mais peu étendues.

Dès le premier jour, le malade commença le traitement suivant :

1° Tisane salsepareille avec addition d'un gramme d'iodure de potassium;

2° Une pilule de 0,02 de proto-iodure de mercure;

3° Pansement des ulcères avec le cérat mercuriel;

4° Compression régulière et méthodique du testicule avec bandelettes de diachylon, etc.

Au bout de quarante-huit heures, un changement extrêmement favorable fut noté déjà dans l'aspect des ulcères, qui avaient perdu en partie leur caractère phagédénique; les bords déprimés présentaient moins de décollement; leurs laciniures devenant adhérentes par des bourgeons charnus, fermes et serrés. La coloration adjacente des téguments avait pris un aspect moins sombre; le suintement enfin était de meilleure nature.

Au bout de quinze jours, le traitement fut augmenté d'une pilule de proto-iodure et d'un gramme d'iodure de potassium. L'engorgement du testicule avait notablement diminué, surtout à la partie inférieure, ce qui faisait paraître l'épididyme un peu plus gonflé en proportion.

Après quatre semaines, l'iodure de potassium fut continué seul, et élevé peu à peu à la dose de 5 grammes par jour dans un litre de décoction de salsepareille.

Les ulcères étaient pansés alternativement avec du vin aromatique et de l'onguent mercuriel.

Du 20 au 25 mai, après cinquante jours environ de traitement, le testicule avait diminué des trois quarts de son volume; il reprenait de l'élasticité; l'épididyme était aussi beaucoup moins saillant. Quant aux ulcères, ils étaient entièrement cicatrisés, et la coloration sombre de la cicatrice s'effaçait peu à peu sous l'influence des lotions avec le vin aromatique, des bains et du traitement général toujours continué.

Au commencement du mois de juin, le malade a pu sortir de l'hôpital. Le testicule affecté était revenu à son volume ordinaire, à très peu de choses près. Après avoir fait le voyage de Paris à Compiègne à pied, ce malade nous a fait savoir que sa guérison ne s'était point démentie.

— Au point de vue thérapeutique, cette observation mérite de l'intérêt. Nous voyons, en effet, sous l'influence du traitement qui a été mentionné, d'une part, les ulcères perdre presque instantanément ce caractère rongeant, cet aspect morbide, signes qui annoncent d'ordinaire une si fatale persistance de l'affection abandonnée à elle-même; et de l'autre, un engorgement chronique ancien (datant déjà de quatre ans), du testicule, se résoudre en peu de temps et avec assez de facilité. Le traitement mercuriel a été combiné et donné concurremment avec l'iodure de potassium, suivant l'indication tirée de la période de la maladie, et nous n'avons eu qu'à nous en louer, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres. Ce traitement a été bien supporté par le malade, et aucune contre-indication n'est venue en faire suspendre l'usage.

En terminant, je ferai remarquer un phénomène assez curieux, qu'on a souvent l'occasion d'observer dans l'administration de l'iodure de potassium, c'est l'éruption particulière qu'on le voit déterminer à la peau. Chez ce malade, cette éruption s'est manifestée à trois reprises différentes, sous forme de petites saillies papuleuses, pleines, arrondies, légèrement acuminées, de la dimension d'une petite lentille, présentant une coloration d'un rouge un peu sombre, et quelquefois surmontées à leur sommet par un point blanchâtre. Dans ce dernier cas, elles ressemblent assez bien à des pustules d'acné, mais elles n'en ont ni le volume, ni la dureté de la base, et le plus souvent elles parcourent toutes leurs évolutions sans présenter le petit point blanchâtre du sommet. La pression les faisait pâlir sans les effacer. Du reste, elles ne donnaient lieu à aucune démangeaison. Elles étaient discrètes, et siégeaient principalement à la face, au dos et à la poitrine. Plusieurs simulaient dans les sillons des narines les petites plaques muqueuses granulées qu'on y voit souvent. A l'intérieur des narines, il survint également deux ou trois de ces saillies particulières qu'on pouvait apercevoir facilement.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Cancer du pylore. Péritonite tuberculeuse. Mort. Autopsie.

Au n° 17 de la salle Saint-Lazare a été couché le nommé Etienne Breton, journalier, âgé de cinquante-cinq ans, employé le plus souvent depuis quelques années à des travaux de culture et de terrassement. Cet homme ne peut donner de renseignements bien positifs sur l'époque à laquelle remonterait le commencement de sa maladie.

Cependant, il paraîtrait qu'il y a un an à peu près, il aurait rendu par l'anus une quantité assez considérable de sang, qu'il évalue à une pinte environ. A la même époque aussi, il se serait aperçu d'une chute de la muqueuse rectale. Malgré ces accidents, Breton continua à travailler, se sentant moins fort qu'à l'ordinaire, mais cependant capable de se livrer à ses occupations ordinaires, pourvu qu'elles ne fussent pas très pénibles. Pour tout traitement, il prit de la tisane de cynorrhodons. Il y a six mois la faiblesse devint telle, qu'il fut forcé de suspendre son travail et de se mettre au lit. Depuis cette époque il ne s'est levé que rarement, et sans pouvoir sortir de sa chambre. Perte complète de l'appétit, diarrhée, vomissements abondants, se reproduisant chaque fois que le malade mangeait. Il ne paraît pas qu'il ait observé du sang dans la matière de ses vomissements. Les matières qu'il rend par les selles sont liquides, visqueuses, jaunâtres. Il ne souffre point en les rendant. Il nous dit avoir souvent remarqué la présence du sang dans ses crachats. Frissons fréquents, suivis de chaleur intense et de sueurs abondantes. La sécrétion urinaire s'est toujours faite régulièrement. La diarrhée, qui a toujours été en augmentant depuis quelques mois, a singulièrement affaibli le malade, qui est réduit à un état de maigreur effrayant. Voyant cet état s'empirer de jour en jour, il s'est décidé à entrer à l'hôpital le 14 avril. Voici l'état que l'on constate au premier examen :

Visage pâle, excessivement maigre; les yeux enfoncés; pommettes saillantes et d'un rouge vif tranchant sur la teinte jaunâtre générale de la peau. Appétit nul, soif vive. Sommeil peu profond et rare. Sueurs abondantes pendant les nuits. Ventre tendu, ballonné, douloureux à la pression; on ne sent aucune tumeur dans le ventre, dont on ne peut déprimer que très difficilement et fort peu les parois. Diarrhée abondante; toux continuelle; dyspnée assez forte, pour que le malade soit souvent forcé de rester assis dans son lit. Crachats visqueux, présentant quelquefois des filets de sang pur. Pouls petit, dépressible, fréquent. Résonnance et respiration assez bonnes partout; bruits du cœur nets, bien frappés, sans souffle. Œdème de la jambe droite, datant de huit jours environ, et dû probablement à l'oblitération de la veine iliaque externe. Il n'y a eu depuis la veille qu'un vomissement de liquide séro-muqueux, incolore, formé en grande partie par la tisane. On constate dans la région de l'épigastre la présence d'une tumeur arrondie, bosselée, dont on ne saurait préciser le volume, à cause de la sensibilité de cette région à la pression. — Pectorale sucrée. Julep diacodé. Deux bouillons; deux soupes.

Le 16, l'état du malade restant à peu près le même, la diarrhée cesse complètement; mais cette amélioration ne dure que peu de jours, et le 22, elle reparaît aussi forte qu'au moment de l'entrée.

Le malade succombe le 23, à dix heures du soir.

Autopsie cadavérique. — Les poumons sont parfaitement sains, n'offrant aucune trace de tuberculisation. Les ganglions bronchiques gonflés, tuberculeux, quelques-uns ramollis. Tubercules durs assez nombreux dans le feuillet du péricarde.

Appareil digestif. — La tumeur que l'on sentait dans la région épigastrique pendant la vie, est formée par une masse cancéreuse du volume du poing occupant toute la portion pylorique de l'estomac. Cette masse cancéreuse est formée de tissu lardacé, dur, criant sous le scalpel, colloïde en certains points.

Au niveau du pancréas on trouve une masse tuberculeuse énorme, commençant à se ramollir çà et là. Une grande partie du péritoine est parsemée de corps d'un blanc jaunâtre, arrondis, d'un assez gros volume, d'une consistance médiocre, à peu près analogue à celle du cristallin.

Oblitération de la veine iliaque externe du côté droit, depuis son embouchure dans la veine cave jusqu'à la veine fémorale. Elle contient un caillot fibrineux bien organisé, blanchâtre.

— Nous n'avons, on le pense bien, aucune intention de faire ici l'histoire des altérations pathologiques et des symptômes du cancer de l'estomac. Nous présenterons seulement quelques considérations sur les rapports qui ont existé dans le cas actuel entre les symptômes pendant la vie et les altérations notées à l'autopsie. Chez notre malade l'affection cancéreuse n'occupait que la portion pylorique du ventricule. Cette circonstance explique parfaitement les vomissements qui se sont manifestés dès le commencement de la maladie, et qui, bien que persistant jusque dans les derniers temps, sont néanmoins devenus moins fréquents et moins abondants. On conçoit facilement que dans les cas où, comme dans celui-ci, le ramollissement partiel de la tumeur, à son centre, détruit l'obstacle qui s'oppose au passage des matières contenues dans l'estomac les vomissements cessent, l'induration cancéreuse de la portion la plus extérieure de la tumeur convertissant l'orifice pylorique en un canal constamment ouvert. Jamais les vomissements, au dire du malade, n'ont été accompagnés de la présence du sang. On n'en a trouvé que dans les selles, et encore ce symptôme paraît-il n'avoir pas duré fort long-temps.

On constate quelquefois une toux assez fréquente, dans les dernières périodes de la maladie, toux à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de toux gastrique, et qui peut

xister comme chez notre malade sans que l'on constate la résence d'aucun tubercule pulmonaire. Nous ne mentionnenous que pour mémoire l'amaigrissement général du sujet, abituel dans les affections cancéreuses parvenues à leur dernière période, ainsi que la teinte jaune terreuse de la face. lous insisterons un peu plus sur les phénomènes que fit percevoir la palpation de l'abdomen et de l'épigastre.

Le plus souvent, l'inspection directe de la région épigastrique ne fournit aucun signe, à moins que ce ne soit dans es derniers temps de la maladie et lorsque la tumeur cancéreuse est très volumineuse. Il faut, pour s'apercevoir de la résence de cette tumeur, déprimer la région épigastrique vec l'extrémité des doigts, et ordinairement cette pression létermine de la douleur. De même cependant qu'il peut xister un cancer de l'estomac sans que l'on perçoive aucune umeur épigastrique, comme on le voit dans les cas où la tumeur squirrheuse s'enfonce dans le ventre, se cache dans les hypochondres, etc., de même il faut prendre garde de ne point confondre avec les tumeurs cancéreuses de l'estomac quelques tumeurs gazeuses de cette même région épigastrique. Mais ici, presque toujours la percussion suffira pour rendre facile le diagnostic différentiel.

Dans le cas actuel, le cancer de l'orifice pylorique présentait l'aspect squirrheux si connu, lardacé, criant sous le scalpel. Mais dans quelques points, dans ceux les plus rapprochés de la circonférence interne de l'anneau cancéreux, la dégénérescence était plus avancée, et le cancer avait revêtu cette forme que l'on a récemment désignée sous le nom de cancer gélatiniforme ou colloïde. On sait que les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de cette altération. M. Andral semble la regarder comme un simple dépôt de sérosité semblable à une gelée bien prise. Dans un fait rapporté par M. Vernois, et consigné dans les Bulletins de la Société anatomique, un cancer du pylore présentant au plus haut degré la variété gélatiniforme, offrait un tissu spongieux dont les cellules renfermaient une matière analogue à de la colle de poisson commençant à se figer. Les Bulletins de la même Société pour 1836 et 1842 renferment des exemples du même genre relatifs au cancer du pylore, portion de l'estomac qui semble être le siége de prédilection de cette variété de l'affection cancéreuse. Pour le dire en passant, le cancer gélatiniforme du pylore existe souvent sans aucun symptôme manifeste du côté des fonctions de l'estomac. On note fréquemment l'absence de vomissements.

Si nous nous occupons maintenant des masses d'apparence tuberculeuse que l'on a trouvées dans le péritoine, nous verrons qu'il se présente ici une légère difficulté; il est souvent très malaisé de reconnaître si l'altération des ganglions mésentériques est due à une affection tuberculeuse ou à de la matière squirrheuse ramollie. Chez un sujet mort dans le service de M. Chomel, et dont l'observation a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1840, un cancer du pylore fut trouvé accompagné de la présence de masses cancéreuses dans les ganglions mésentériques hypertrophiés, et, chose très curieuse, les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, remplis de matière cancéreuse ou paraissant telle, étaient noueux et comme renflés çà et là, blanchâtres. Une circonstance qui augmente encore la difficulté du diagnostic, c'est que quelquefois, le cancer revêt une forme décrite avec soin par M. Cruveilhier sous le nom de forme tuberculeuse du cancer du péritoine, lésion le plus ordinairement consécutive du cancer de l'estomac ou de l'intestin. Cependant parce qu'il existe un cancer de l'appareil digestif, il faudrait se garder de croire qu'il fût impossible au tubercule de se développer simultanément. Si d'une part nous avons quelque sujet de croire plutôt à l'existence du cancer mésentérique, d'autre part, les symtômes présentés par le malade donneraient une certaine valeur à l'opinion qui regarderait comme tuberculeuse l'origine de ces tumeurs.

Si la loi portée par M. Louis, et en vertu de laquelle, toutes les fois qu'il existe des tubercules dans une partie du corps, on doit nécessairement en rencontrer dans le parenchyme pulmonaire, si cette loi est vraie, il est évident que l'on ne pourra rapporter le gonflement des ganglions mésentériques à l'affection tuberculeuse, puisque l'exploration la plus minutieuse n'a pu faire découvrir dans les poumons la moindre trace de tubercules, même à l'état miliaire. Mais l'observation journalière des faits prouve que l'assertion de M. Louis est trop exclusive. Si le plus souvent il y a des tubercules dans les poumons lorsqu'il en existe dans les autres organes viscéraux, cette loi n'est pas sans exceptions. Dans le cas actuel, la dégénérescence des ganglions bronchiques était évidemment tuberculeuse, malgré l'absence des tubercules pulmonaires. Des tubercules étaient également disséminés dans la séreuse péricardique; rien ne s'opposait donc à ce que l'on regardât comme tuberculeuse l'altération des ganglions mésentériques et du péritoine.

D'ailleurs, avons-nous dit, le malade présentait des symptômes qu'il eût été difficile de rapporter à autre chose qu'à la tuberculisation péritonéale. Dans la péritonite tuberculeuse, le ventre augmente de volume plus ou moins rapidement; mais l'augmentation de volume est constante. Quant à la consistance, deux circonstances peuvent se présenter. Quelquefois, la mollesse de l'abdomen est telle, que la palpation y fait découvrir une fausse fluctuation tenant uniquement à ce que les mouvements transmis à la masse intestinale par une main sont facilement perçus par l'autre. La percussion, faite légèrement, donne en quelques points un son mat; au-dessous, se retrouve le son tympanique de l'intestin. Les adhérences de celui-ci avec la paroi abdominale déterminent chez quelques sujets des saillies et des enfoncements, ou tout au moins des inégalités à la surface du ventre; mais il est juste de dire que ce signe manque souvent, et que quelques auteurs ont même révoqué en doute son existence. Dans un petit nombre de cas tout à fait exceptionnels, le toucher fait reconnaître des tumeurs indurées et aplaties qui dépendent de la présence des tubercules, des fausses membranes qui les entourent, et des adhérences partielles qui se sont formées. Mais, nous le répétons, ce sont des cas excessivement rares, et l'on ne peut guère rencontrer cette disposition que lorsque les tumeurs sont devenues très volumineuses, et dans la dernière période de la maladie. Plus fréquemment et dans le cas actuel, il en était ainsi; au lieu de la flaccidité des parois abdominales que nous avons signalée, l'abdomen est ballonné, tendu, rénitent, très dur, plus ou moins sensible à la pression. Le développement du ventre empêche que l'on ne puisse par la dépression des parois constater la présence des tumeurs tuberculeuses, tant de l'intestin lui-même que du mésentère. La percussion, dans cette circonstance, produit un son tympanique très manifeste, qui est dû à la présence de gaz nombreux dans le tube digestif. On a, dans ces derniers temps, attiré l'attention sur la forme du ventre, qui peut quelquefois fournir un renseignement utile; il est ovalaire ou uniformément arrondi, et sa partie supérieure moins tuméfiée que les parties les plus déclives vers lesquelles se porte le paquet intestinal.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les symptômes de la péritonite tuberculeuse, non plus que sur les phénomènes généraux dont on a pu constater l'existence chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, les alternatives de constipation et de diarrhée, la fièvre hectique, l'amaigrissement excessif, les insomnies, les sueurs nocturnes; mais nous devons dire quelques mots sur la différence que quelques auteurs ont cru trouver entre les tubercules du péritoine et ceux du mésentère, entre les deux affections connues sous le nom de péritonite tuberculeuse, d'une part, et de carreau. Il est rare, d'abord, que la péritonite tuberculeuse existe sans tuberculisation des ganglions mésentériques, tout comme il est peu commun de rencontrer des tubercules pulmonaires sans tuberculisation des ganglions bronchiques. Ce sont deux maladies tellement liées ensemble, ou plutôt la coïncidence de la production de la même altération dans deux organes voisins est tellement fréquente qu'elles ne semblent à elles deux constituer qu'une seule et même maladie. Quant au diagnostic différentiel que l'on a prétendu établir, il est presque illusoire, et tout au plus existe-t-il dans les livres. Si l'on compare sérieusement, et au point de vue pratique, la péritonite tuberculeuse et la tuberculisation mésentérique, que trouve-t-on? Dans les deux affections, augmentation du volume du ventre, plus ou moins rapide et considérable, mais constante; douleur abdominale à la pression. Possibilité quelquefois, mais non toujours, de constater la présence des tumeurs dans l'abdomen, coïncidence fréquente de la tuberculisation pulmonaire dans les deux cas. Alternatives de constipation et de diarrhée, avec prédominance de cette dernière vers la fin de la maladie; fièvre hectique, amaigrissement, sueurs nocturnes; longue durée de l'affection, qui peut être de quelques mois seulement, mais le plus souvent d'une année et même plus.

La marche et la terminaison de l'une et l'autre affection sont identiquement les mêmes. L'étiologie, en tant que soit possible l'étiologie des affections tuberculeuses, ne présente aucune différence; la mort en est la terminaison inévitable dans un si grand nombre de cas, que l'on peut révoquer en doute la nature présumée de l'affection d'après les signes diagnostiques, lorsque l'on parvient à guérir le sujet. Pour le traitement, il est absolument pareil dans l'un et dans l'autre cas, et chez la plupart des individus, il est simplement palliatif. Dans la première période, application rigoureuse des règles de l'hygiène; emploi des toniques et des analeptiques propres à modifier jusqu'à un certain point la constitution du sujet malade, et à corriger autant que possible l'état général. Une fois que la maladie est définitivement établie, que la palpation a fait constater d'une manière bien positive la présence des tubercules dans l'abdomen, il faut se borner au traitement du symptôme; alimentation légère, embrocations aromatiques et narcotiques sur l'abdomen, lavements émollients laudanisés pour arrêter la diarrhée. On peut également faire usage, mais sans grandes chances de succès, de quelques préparations empiriques, le diascordium, la thériaque. Ce sont là des remèdes purement palliatifs, tout au plus propres à rassurer le moral du malade, à calmer quelquefois les douleurs si fréquentes, mais, nous le répétons, sans aucune valeur pour la guérison de l'affection tuberculeuse, toujours au-dessus des ressources de l'art. Y...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août. — Présidence de M. Caventou.

— *M. Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, à l'occasion de la discussion de la dernière séance, relative à l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, adresse à l'Académie une communication dont nous extrayons les passages suivants :

La discussion du 19 de ce mois ayant remis à l'ordre du jour l'importante question relative à l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, je m'empresse de soumettre à l'appréciation de l'Académie quelques documents exclusivement basées sur l'expérience et susceptibles d'éclairer le problème.

Après m'être soumis moi-même pendant longtemps à l'usage de l'acide arsénieux, après m'être convaincu de son innocuité *à dose thérapeutique*, et avec la seule observation des précautions ordinaires dont on entoure le maniement de tous les médicaments héroïques, j'ai soumis depuis cinq ans 2947 malades de tout âge à la médication arsenicale.

Il ne s'est pas présenté une seule fois le moindre accident imputable à l'arsenic.

Le plus grand nombre des malades dont il s'agit étaient atteints de fièvres paludéennes de divers types; plus de 2000 avaient été traités antérieurement de *une à dix fois* par la quinine. Près de 500 individus venaient de prendre vainement, pendant plusieurs jours, des doses plus ou moins considérables de quinine avant de m'être adressés.

Les malades n'ont été l'objet d'aucun triage préalable; tous *indistinctement* et pendant des années entières, ont été soumis par centaines au traitement arsenical. Le résultat a été tel, qu'il m'est arrivé souvent de rester *des années entières* sans recourir une seule fois à la quinine.

Je n'ai fait acception d'aucune saison; seulement, j'ai constaté pendant plusieurs années de suite la nécessité d'augmenter ma dose moyenne en été.

Le traitement arsenical a été continué pendant cinq années sans suspension aucune sous des latitudes variées, toujours sur une large échelle, et sur des malades venus pour ainsi dire de tous les points du globe, du Sénégal, de l'Algérie, d'Amérique, de la Syrie, de l'Italie, de la Corse, du Delta, du Rhône, etc., etc.

Mes expériences ont été répétées sur divers points du globe, avec un succès souvent enregistré par la presse médicale, par des centaines de médecins tant civils que militaires, en Italie, en Corse, en Afrique, au Brésil et à Paris, en particulier, par des membres de l'Académie de médecine et par plusieurs professeurs de la Faculté

L'efficacité thérapeutique de l'arsenic et son innocuité complète, quand il est manié avec les soins que commande l'emploi de tous les médicaments énergiques, peuvent donc être considérées aujourd'hui comme ayant subi la quadruple épreuve du temps et des lieux, du nombre des médecins, du nombre et de la variété des malades.

La durée du traitement a été généralement courte; rarement la fièvre a résisté à une première ou à une seconde dose d'arsenic; les récidives ont été d'une rareté remarquable; différence que j'attribue en grande partie à la continuation du fébrifuge pendant huit ou dix jours apres la cessation des accès.

Des essais comparatifs répétés m'ont conduit à renoncer à tous les arséniates, et à me renfermer dans l'emploi exclusif de l'acide arsénieux.

Les liqueurs étrangères de Fowler et de Pearson sont d'une préparation trop longue et d'un dosage difficile. Je leur ai substitué la solution suivante :

Acide arsénieux,	5 centigrammes (un grain);
Eau distillée,	500 grammes (une livre).

100 grammes de cette solution représentent la *dose moyenne*. On l'administre trois heures avant le moment présumé de l'accès. Si les antécédents font supposer la fièvre d'un caractère tenace, on fait précéder cette prise de 100 grammes de deux autres prises égales, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre.

J'ai longtemps employé, à Marseille, comme dose moyenne 1 *à 2 centièmes de grain* d'acide arsénieux; cette dose est encore employée aujourd'hui par beaucoup de médecins du midi de la France, et, notamment, par plusieurs professeurs de Montpellier. Je préfère la dose indiquée ci-dessus de 1 centigramme d'acide.

On reproche à l'arsenic d'être un poison! Il y a trois cents ans que Paracelse a fait justice de ce reproche par ce mot remarquable : « Si l'arsenic guérit, c'est précisément parce qu'il est un poison. »

Au reste, la quinine, considérée comme poison, est depuis longtemps *passée maître*, ce qui ne l'empêche pas de constituer un de nos plus précieux médicaments.

« Mais l'arsenic tue à petite dose! » Soit; mais pourquoi donner des doses qui tuent, quand il est aussi facile d'administrer des doses qui guérissent? Il est d'ailleurs d'autres médicaments, tels que la strychnine et le bichlorure de mercure, etc., qui tuent à des doses plus petites que l'arsenic, et pourtant quel est le praticien qui songe à y renoncer?

Enfin, on déclare l'arsenic inutile en affirmant que la quinine guérit *toujours*. Une telle assertion ne se réfute pas; Ramazzini, Baker et J.-P. Frank, qui s'y connaissaient un peu, avaient trouvé, au contraire, des épidémies entières réfractaires au quinine; ils citaient comme telles les épidémies de 1680, 1781 et 1787. Mais en supposant même que le quinquina guérisse toujours, ce qui est faux, il est inaccessible, par son prix, à la classe indigente.

Concluons, de ce qui précède, qu'aucune raison plausible ne saurait s'opposer désormais à l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales; que si, dans les circonstances ordinaires, il peut être indifférent d'employer tel ou tel fébrifuge, il y a devoir pour le médecin de recourir à l'acide arsénieux toutes les fois qu'il s'agit du traitement de malades indigents ou de fièvres réfractaires à la quinine.

— *M. Longet* lit un mémoire sur les troubles qui résultent, dans l'équilibration, la station, la locomotion, chez les animaux, de la section des parties molles de la nuque.

Ce mémoire est le développement des communications de M. Longet à l'Académie des sciences sur ce sujet, que nous avons déjà fait connaître.

M. Londe propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication, afin qu'il soit inséré dans les Mémoires de l'Académie.

M. Bousquet. En acceptant l'honneur de voir insérer ce travail dans les Mémoires de l'Académie, il faut que M. Longet sache à quoi il s'engage; c'est à renoncer à publier son mémoire dans un journal. (Marques de surprise.)

M. Longet. Ce serait sans doute pour moi un grand honneur de voir mon travail inséré dans les Mémoires de l'Académie; mais je vois que je dois y renoncer, puisque je l'ai promis aux *Annales psychologiques*, dont je suis un des rédacteurs, et où il doit paraître prochainement.

— *M. Velpeau* lit une observation de hernie hydrencéphalique qui lui a été communiquée par un médecin de La Châtre.

— *M. Dupuy* lit un mémoire sur l'anatomie du bœuf.

— *M. Sandras* lit un mémoire sur le traitement de l'empoisonnement saturnin. Après avoir fait prendre un bain savonneux au malade, l'avoir soumis aux purgatifs, l'auteur prescrit un magma de sulfure de fer, qui a, dit-il, la propriété de neutraliser le poison, de hâter ainsi la guérison, et de prévenir la récidive des accidents.

— *M. Jobert* (de Lamballe) présente un malade qu'il a opéré d'un anus contre nature, et qu'il a guéri au moyen de l'autoplastie.

Voici les principaux détails de cette importante opération.

« Beauby, cocher, âgé de quarante-cinq ans, entra le 3 juillet 1844, à l'hôpital Saint-Louis, pour un anus anormal siégeant à la région inguinale gauche, survenu à la suite d'une hernie étranglée.

» Interrogé sur la manière dont s'est établi cet anus anormal, le malade donne les renseignements suivants : Une hernie inguinale qu'il portait depuis six ans s'étrangla il y a deux ans; des coliques, des vomissements, une douleur vive dans la tumeur annoncèrent cet accident pour lequel on pratiqua une opération à la Maison royale de santé le 2 décembre 1842. L'étranglement avait duré six jours. Au dire du malade, les matières fécales s'échappèrent par la plaie immédiatement après l'opération et continuèrent depuis à salir les pièces d'appareil. Six semaines après l'opération il existait une large ouverture qui livrait passage aux matières fécales, dont aucune partie ne s'échappait par l'anus naturel.

» Plus tard on appliqua l'entérotome à diverses reprises. Malgré l'application réitérée de cet instrument, le malade n'éprouva pas d'amélioration notable; les matières ne passaient qu'en petite quantité et à de longs intervalles par l'anus normal. Il sortit de la Maison de santé, après y avoir séjourné sept mois.

» Il entra ensuite dans un autre hôpital. Le chirurgien du service, après avoir avivé les bords de la solution de continuité au moyen de cautérisations faites avec le nitrate d'argent, appliqua sur ses lèvres une pince formée de deux branches garnies de coussinets et se serrant avec force à l'aide d'une vis. Ce traitement dura deux mois et produisit un léger resserrement dans l'anus artificiel qui toujours laissait passer la totalité des matières fécales.

» On eut alors recours à un autre mode de traitement. Après avoir avivé comme il a été dit précédemment les bords de l'ouverture anormale, on pratiqua vers son extrémité inférieure seulement un point de suture entortillée. Mais au bout de vingt-quatre heures l'épingle avait coupé les tissus : on fut obligé de la retirer. On tenta de nouveau les cautérisations pratiquées à cinq ou six jours d'intervalle. Enfin ce malade sortit de cet établissement le 2 juin 1844, dans le même état qu'il y était entré.

» Un mois après, il entra à l'hôpital Saint-Louis. Son état est le suivant :

» Au pli de l'aine gauche, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et du pubis, au-dessus du ligament de Fallope, on voit une ouverture de forme à peu près circulaire, de trois centimètres et demi de diamètre ; les bords en sont radiés et le fond rougeâtre est formé par la muqueuse intestinale épaissie et comme boursouflée. Une sonde portée dans cette ouverture, pénètre profondément, soit en haut, soit en bas, dans les portions d'intestin qui lui correspondent. Les matières qui sortent par cette ouverture indiquent par leur odeur, leur couleur et leur consistance que l'anus anormal correspond au gros intestin. — Du reste, l'appareil digestif ne présente rien de particulier dans ses fonctions, et l'état général de cet homme est des plus satisfaisants.

» Le 18 juillet 1844, M. Jobert pratiqua une autoplastie pour remédier à cette infirmité. Deux heures après cette opération il survint une hémorrhagie qui nécessita l'emploi de la compression. Celle-ci dut être continuée le lendemain, et le troisième jour de l'opération on trouva ce lambeau gangrené à son sommet. Les jours suivants les points de suture se détachèrent et la portion de lambeau qui ne s'était pas gangrenée se rétracta peu à peu vers son pédicule. Dès lors on ne compta plus sur le succès de cette opération, et le malade fut laissé en repos pendant quelque temps.

» Un mois après cette opération les parties étaient revenues à leur état primitif, sauf la région de l'abdomen sur laquelle avait été taillée le lambeau et qui offrait encore une plaie en voie de cicatrisation.

Au mois de septembre 1844, M. Jobert tenta la cautérisation des bords de la plaie avec le nitrate d'argent d'abord, puis avec le fer rouge. Sous l'influence de ce traitement continué jusqu'au mois d'octobre, la solution de continuité avait un peu diminué d'étendue.

» Le 8 octobre, M. Jobert pratiqua l'opération suivante : Après avoir fait une perte de substance sur les côtés et à peu de distance des lèvres de l'anus anormal, le chirurgien rapproche les parties molles à droite et à gauche au-devant de l'ouverture accidentelle, et les maintient en contact au moyen de six points de suture entortillée. Les parties molles, ainsi rapprochées, laissent entre elles et aux extrémités du sillon longitudinal qu'elles forment par leur adossement, deux angles rentrants, au fond desquels on voit une partie de la paroi abdominale parfaitement saine.

» Le 9, il n'est point sorti de matières fécales, et la réunion est aussi parfaite que la veille.

» Le 10, l'angle inférieur de la plaie laisse suinter un peu de matières liquides.

» Le 11, il en fut de même pour l'angle supérieur. On enlève alors les deux épingles qui avoisinent les extrémités de la plaie, et on laisse en place celles qui en rapprochent la partie moyenne.

» Le 14, M. Jobert enlève les épingles qui restent : on aperçoit par-dessus la solution de continuité un large pont cutané, au-dessus et au-dessous duquel existent deux orifices qui livrent passage aux matières fécales. Chaque jour ce pont augmente d'étendue ; les orifices supérieur et inférieur sont cautérisés avec la pierre infernale, et diminuent de calibre, de telle sorte qu'il ne s'écoule plus par l'anus anormal qu'une très petite quantité de matières liquides.

» Le 19 novembre, le malade présente l'état suivant : A la région inguinale du côté gauche, on voit : 1° un tissu cicatriciel, linéaire, blanchâtre, ferme et résistant, indice de la réunion des parties molles ; 2° aux extrémités de cette ligne, deux enfoncements formés par la peau saine des parois de l'abdomen ; 3° au centre de ces enfoncements, deux trous inégaux, dont l'inférieur est plus étendu que le supérieur, et qui laissent suinter quelques gouttes de matières fécales liquides.

» Le 14 août 1845, Beauby se présenta à l'hôpital Saint-Louis, qu'il avait quitté déjà depuis plusieurs mois. On put, à cette époque, constater que la guérison était complète. La région de l'aine gauche ne présente plus de fistule stercorale ; elle porte seulement la trace des diverses opérations pratiquées : en haut, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, les restes d'un lambeau rétracté vers son pédicule ; au-dessous, une cicatrice oblique dans la direction du cordon spermatique, résultant de l'adossement des téguments, dont l'agglutination a amené la guérison définitive. Cette cicatrice est déprimée en forme de rigole et limitée latéralement par deux replis cutanés ; à ses extrémités supérieure et inférieure, elle offre deux enfoncements qui sont pendant quelques mois demeurés fistuleux. Sous l'influence de la toux, cette cicatrice se soulève et se déplisse ; la région inguinale est surmontée par une tumeur molle, descendant jusque vers le milieu de la hauteur du scrotum. Cette tumeur est facilement réductible avec gargouillement par la pression avec la main ou un bandage ; et quand la réduction est opérée, on sent avec le doigt une large ouverture qui représente le canal inguinal. La cicatrice est partout complète et bien organisée ; il ne se fait aucun suintement stercoral.

Depuis trois mois, Beauby a pu reprendre ses occupations de cocher dans une entreprise d'omnibus. Les digestions s'exécutent bien ; jamais il n'éprouve de coliques ; ses garderobes sont régulières. Il soutient la région inguinale avec un brayer.

— *M. Bonnafont* présente des instruments destinés à opérer les polypes et les végétations du conduit auditif.

— La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 août 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Flourens, en présentant le troisième volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, s'exprime ainsi :

« Le troisième volume de la Bibliothèque du Médecin-Praticien comprend :

» Une classification nouvelle des corps étrangers de la vessie, un article fort important sur les calculs de la vessie, la lithotritie et la taille, avec un parallèle original de ces deux opérations ; toutes les autres affections de la vessie, hernies, névralgies, paralysie, inflammation, catarrhe, hématurie, hypertrophie, ulcérations, fongus, polypes, tubercules, cancers, hydatides, etc.

» Ce volume forme, avec le précédent, une monographie complète des maladies des voies urinaires, et dispense d'une nouvelle édition de Chopart, dont le besoin se faisait sentir.

» Le plan de la Bibliothèque du docteur Fabre se développe de plus en plus ; et le soin et le talent avec lesquels l'ouvrage est exécuté, lui assurent un rang distingué dans la science : mérite joint à une utilité pratique incontestable. »

— *M. Flourens* lit une note sur la résorption des os. Dans ses expériences précédentes l'auteur avait établi : 1° que l'os croît en longueur par lames terminales et juxtaposées, 2° qu'il croît en grosseur par lames externes et superposées ; et 3° que le canal médullaire croît ou s'agrandit par la résorption des lames intérieures, les lames anciennes de l'os. Il appelle encore une fois l'attention des physiologistes sur cette résorption intérieure de l'os, que ses nouvelles expériences lui paraissent démontrer d'une manière complète.

On sait que Duhamel expliquait l'agrandissement du canal médullaire par l'extension de l'os, tandis que M. Flourens, se fondant toutefois sur la même expérience, l'explique par la résorption de l'os.

Afin d'éviter les interprétations auxquelles avaient pu donner lieu les expériences précédentes, faites d'après celles de Duhamel, et qui consistaient à placer un anneau métallique autour d'un os, M. Flourens a procédé d'une manière différente. Au lieu d'un anneau qui presse, qui résiste et qui puisse rompre l'os, il a employé une très petite lame de métal de platine de 4 millimètres de long sur 2 de large, si mince qu'elle n'avait presque pas de poids, et qui, d'ailleurs, étant isolée, libre, ne pouvait offrir à l'os aucune résistance. Il a placé cette lame sous le périoste de tibias de jeunes chiens. Ce qui est arrivé à l'anneau arrive aussi à la lame. La lame est, comme l'anneau, successivement recouverte par le périoste, par des lames d'os de plus en plus nombreuses ; on la trouve enfin dans le canal médullaire. Et pourtant, fait remarquer M. Flourens, la lame n'a point résisté, la lame n'a rien rompu. L'os qui, primitivement, était sous lame, est maintenant sur la lame ; c'est qu'un os ancien a disparu, et qu'il s'est formé un os nouveau. L'os qui existe aujourd'hui n'est pas celui qui existait quand on a mis la lame ; il s'est formé depuis, et l'os qui existait alors n'est plus, il a été résorbé. La résorption de l'os est donc un fait démontré, un fait certain.

Ainsi donc, dit M. Flourens, comme l'avaient déjà avancé Buffon, Cuvier, Leibnitz, tout dans nos organes se renouvelle, change, s'écoule ; ainsi donc la forme est plus durable que la matière, et, considérée sous ce point de vue, la vie n'est que la mutation continuelle de la matière.

— *M. Baudelocque* adresse deux notes, dont l'une est relative à la possibilité de lier sur le cadavre des artères rénales, sans blesser ni le diaphragme, ni le péritoine ; la seconde, sur l'inutilité de l'entérotomie iliaque ou lombaire, dans le cas d'absence du rectum chez l'enfant nouveau-né, et sur la possibilité d'attirer toujours l'intestin colon à la marge de l'anus, pour l'y fixer à l'aide de points de suture.

— *M. Delabarre* fils, chirurgien-dentiste, adresse un mémoire sur de nouveaux appareils imaginés pour le redressement des dents, et propres à éviter les douleurs occasionnées par cette opération.

— *M. Bonjean*, de Chambéry, adresse la suite de ses recherches sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes.

— *M. Lesouvage*, de Caen, adresse un mémoire sur l'explication de quelques phénomènes cadavériques.

Le fait qui se présente le plus communément à l'ouverture d'un cadavre, et qui paraît être tout à fait indépendant de l'espèce de maladie qui a terminé l'existence, est l'accumulation du sang dans les gros troncs veineux, et les cavités droites du cœur et les veines du cou et de la tête.

M. Lesauvage croit avoir trouvé l'explication de ce phénomène, dont les physiologistes ont donné des explications fort diverses, dans le concours de deux circonstances principales, dont l'une est dépendante des lois vitales, et l'autre du ressort des lois physiques : ce sont, d'une part, l'activité vitale du système capillaire, persistant après la mort générale, qui produit le passage du sang artériel dans le système veineux ; d'autre part le refroidissement du corps qui ayant lieu des extrémités et de la périphérie vers le centre, concourt avec la cause précédente à produire la concentration des liquides vers l'intérieur.

Monstruosité. — Réunion de deux jumelles par le ventre. — Un cas de monstruosité des plus rares, des plus singuliers, vient de se produire dans un hameau de l'arrondissement de La Châtre, département de l'Indre ; il s'agit de la naissance d'un enfant monstre double, dont les deux corps incomplets sont joints par un ventre unique et commun. Voici en quels termes M. le docteur Decerfz, médecin à La Châtre, rapporte ce phénomène :

Le 6 août 1845, la femme G....., de Chasse pain, commune de Mers (Indre), est accouchée de deux enfants jumeaux, joints ensemble par le ventre, et qui présentent la plus bizarre comme la plus monstrueuse conformation. Les deux jumeaux nés à terme étaient renfermés dans les mêmes enveloppes. Il n'y avait qu'un seul placenta et qu'un seul cordon ombilical. Ce double enfant a d'abord été considéré comme appartenant au sexe masculin et baptisé sous les noms de Jean et de Pierre ; mais comme il est évident qu'il est du sexe féminin, il a été convenu que les deux jumelles seraient inscrites sous les prénoms de Philomène et d'Hélène. Voici les dispositions principales que M. Decerfz a constatées.

Hélène et Philomène présentent deux corps placés sur un plan horizontal et bien distincts jusqu'à la base du thorax. Jonction de ces deux corps par un abdomen commun ; un seul ombilic placé un peu sur le côté de la ligne médiane du ventre ; un seul anus, situé à la partie la plus déclive des régions lombaires, recouvert de deux caroncules nymphoïdes, oblongues, et qui offre l'apparence d'une vulve. Ces caroncules soulevées, on voit distinctement deux ouvertures ; l'une à droite, qui sert à la défécation ; l'autre à gauche, qui remplace la vulve, donne issue aux urines, qui s'échappent par un méat unique et distinct. Le ventre unique et commun qui unit les deux enfants, est relativement plus volumineux que les autres parties.

Les deux têtes sont diamétralement opposées, très bien conformées. Elles ont toutes deux les mêmes dimensions, les mêmes diamètres. Tous les organes, toutes les régions des deux corps présentent la plus parfaite régularité, la plus exacte corrélation jusqu'à la base de la poitrine ; mais c'est là que tout devient anormal et que commence la monstruosité.

Chaque enfant a un cœur particulier, dont les battements sont sensibles au toucher et isochrones à ceux du pouls : il a également des poumons dont les fonctions sont régulières et spéciales.

L'une des deux jumelles (Philomèle) seule prend le sein ; l'autre l'a constamment refusé, bien que la bouche et la langue soient bien conformées. Son alimentation consiste seulement dans quelques gouttes de lait que sa mère lui projette dans la bouche ; et ce qui est digne de remarque, c'est que précisément celle qui ne prend rien semble la plus vivace et paraît de la meilleure santé, et c'est la seule aussi qui pousse des vagissements.

Ce nouveau cas de monstruosité paraît différer notablement des cas analogues les plus connus. Il n'a que des rapports éloignés avec les filles hongroises, Hélène et Judith, dont parle Buffon, et qui tenaient ensemble par les reins mais dont tous les organes étaient distincts à l'exception de l'anus, et avec les deux frères siamois qui ne tenaient l'un à l'autre que par un lien tégumentaire.

Sur la demande de l'auteur de cette communication, une commission composée de MM. Serres, Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire et Velpeau, est chargée d'examiner ce monstre et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'art de formuler, ou Notions de pharmacologie appliquée à la médecine; par le docteur Mialhe.

Ce serait se tromper que de s'attendre à trouver dans le livre de M. Mialhe une énumération sèche et aride de formules pharmaceutiques. Aussi neuf par le fond que par la forme, le Traité de l'art de formuler peut se diviser en deux parties distinctes ; l'une, consacrée à des considérations importantes de philosophie chimique, l'autre à l'examen des préparations mercurielles et ferrugineuses en particulier.

L'auteur commence par des notions générales sur les phénomènes chimiques de la vie. Considérée sous le rapport des actions si diverses exercées sur les êtres organisés par les éléments qui les entourent, l'*essence de la vie*, suivant Burdach, *consiste en une activité permanente*. Si, laissant de côté l'influence des agents extérieurs, on cherche à dévoiler le mystère de l'existence des êtres organisés, on arrivera, suivant M. Mialhe, à cette proposition : *l'influence de la vie consiste en une suite non interrompue de réactions chimiques*, sans cependant que l'auteur prétende expliquer tous les phénomènes de la vie par la seule connaissance des lois qui régissent la nature morte. Cause ou effet, la chimie intervient à coup sûr dans la création, l'accroissement, l'entretien des êtres vivants, qui peuvent être considérés comme un laboratoire de chimie, dans lequel s'effectuent des opérations dont l'ensemble constitue la vie. On conçoit dès lors quelle importance l'auteur attache à l'étude des réactions des corps les uns sur les autres, envisagées au point de vue de la thérapeutique, et comment il est conduit à proclamer : qu'un médicament interne, pour avoir sur l'organisme une action bien réelle, doit être soluble ou susceptible de le devenir par suite de réactions chimiques opérées dans le sein de nos organes. C'est, on le voit, le retour à l'ancien axiome, *Corpora non agunt nisi soluta*, axiome regardé dans ces derniers temps comme inexact, et auquel M. Mialhe s'efforce de ramener les physiologistes.

Ces considérations générales, nécessaires à l'intelligence du reste du livre, et dans le détail desquelles nous ne pouvons, à notre grand regret, suivre l'auteur, constituent en quelque sorte le préambule du chapitre dans lequel M. Mialhe s'efforce d'exposer la théorie de l'action des agents médicamenteux insolubles ou peu solubles, comparés aux médicaments solubles. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'il explique la rapidité de l'action toxique du cyanure de mercure, qui ne forme aucune combinaison insoluble avec les liquides animaux contenus dans l'estomac, et la lenteur relative de l'action du deutochlorure qui détermine la production d'un coagulum, etc. La première partie se termine par un résumé général dans lequel l'auteur indique brièvement le résultat de ses recherches sur le mode d'action des médicaments et des poisons, les influences de la quantité d'eau ingérée, de l'état de la peau, des maladies sur l'action des substances médicamenteuses.

La seconde partie du Traité de M. Mialhe comprend deux mémoires sur les préparations de mercure et de fer. Après avoir examiné chimiquement les divers composés mercuriels, l'auteur passe en revue ces composés et s'efforce de déterminer le mode suivant lequel ils agissent sur l'économie. On sait déjà, par les nombreuses lectures faites par M. Mialhe devant les corps savants, pendant ces dernières années, que pour lui, tous les composés mercuriels doivent être convertis en deuto-chlorure pour agir d'une manière appréciable ; de plus que la quantité de sublimé qui prend naissance avec les différents composés fournis par le mercure n'est pas la même pour chacun d'eux. Des considérations de la plus haute importance sur l'empoisonnement par les préparations mercurielles, son traitement et les substances que l'on doit mettre en usage pour les neutraliser, terminent le premier mémoire.

Dans le second, M. Mialhe examine toutes les préparations ferrugineuses et cherche à en apprécier la valeur. Les deux principales conclusions de ce mémoire, sont : 1° que toutes les préparations martiales solubles ou pouvant le devenir sous l'influence des acides de l'estomac susceptibles d'être décomposés par les substances alcalines contenues dans le sang peuvent seules être avantageusement employées dans le traitement des affections organiques qui réclament l'usage du fer ; 2° que les composés de fer à base de péroxyde tout comme ceux à base de protoxyde peuvent être employés avec succès à la régénération des globules sanguins.

L'espace ne nous permet pas d'entrer dans des détails plus circonstanciés. Qu'il nous suffise de dire que les médecins liront avec intérêt cet ouvrage qui renferme sous un petit volume des préceptes nombreux de la plus grande valeur, et que M. Mialhe a eu le bon goût de ne pas surcharger de ces formules algébriques nécessaires dans les livres de chimie pure, mais qui ne sont guère acceptables que par les hommes spéciaux. Physiologie, thérapeutique, toxicologie, tout y a été traité d'une manière aussi neuve et originale que logique. Nous ne craignons pas d'être démenti en disant que le Traité de l'art de formuler est un bon livre qui guidera souvent les praticiens dans l'usage des substances médicamenteuses les plus utiles et les plus journellement employées.

REMARQUES SUR LES EFFETS DES ÉVACUATIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ; par M. S. Tanchou.

En parlant de la saignée dans le traitement du cancer, dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine dans son avant dernière séance, j'ai donné lieu à des questions et à des objections qui m'ont été faites et auxquelles je dois répondre pour élucider de plus en plus ce point pratique, et mettre les médecins à même de vérifier ce que j'ai observé.

« Dans le traitement du cancer ou des tumeurs qui peuvent le devenir, les saignées sont tantôt favorables, tantôt nuisibles, suivant les circonstances où elles sont faites, » Voilà ma proposition.

Rappelons d'abord que dans un ouvrage récemment publié *Sur le traitement médical du cancer* (1), nous avons établi que cette maladie était beaucoup plus fréquente chez les personnes d'un tempérament sanguin que chez les autres.

Disons en outre qu'une tumeur une fois formée, ou une plaie établie, elle devient de plus en plus, à mesure qu'elle se développe, un centre de fluxion, qui déplace ou qui dérange celles qui se font naturellement dans l'état normal ou physiologique.

Rappelons enfin que ces congestions, ces raptus plus ou moins prononcés, se font aussi bien sous l'influence de la débilité que sous celle de l'hypersthénie vasculaire.

En effet, le propre de tous les organes et de tous les êtres vivants, c'est de se débattre aussi bien sous la puissance des causes débilitantes que sous celles des causes excitantes qui tendent à les détruire.

Dans le cancer et dans les tumeurs où il se prépare, il y a tantôt des congestions passives, non seulement selon la constitution de l'individu mais encore selon le degré de la maladie, le régime qu'il suit, le traitement qu'il fait et beaucoup d'autres circonstances.

Dans le premier cas, le sang sera noir d'abord, mais il deviendra bientôt rouge, dès que la maladie sera affaiblie par le mal ou par la saignée.

Dans le second, il sera rouge dès la première saignée.

Une circonstance pourtant que nous devons noter et que tous les praticiens ont pu remarquer, c'est que dans toutes les cachexies et surtout dans la cachexie cancéreuse, le sang qu'on tire de la veine comme celui qui sort des artères est toujours noir, mais entouré d'une auréole aqueuse qui témoigne de la fluidité du sang. Ce caractère ne manque guère chez les femmes épuisées par des pertes utérines.

Quoi qu'il en soit, le praticien doit fermer sa lancette et même arrêter le cours d'une saignée dès que le sang sort rouge ; autrement il favorise singulièrement les congestions dont nous venons de parler, et qui précèdent toujours la marche du mal. Autant les petites saignées répétées même dans une tumeur du sein sont favorables tant que le sang soit noir, autant elles sont nuisibles quand il sort rouge.

(1) Chez Germer Baillière, 1844, avec des planches et une statistique sur cette maladie.

Cependant l'observateur attentif ne doit point pour cela renoncer aux évacuations sanguines, si elles lui paraissent d'ailleurs nécessaires; les sangsues appliquées sur le mal même ou à sa base sont parfois le seul moyen de modérer la douleur dans certains cancers et d'arrêter le développement de certaines tumeurs dont la marche est aiguë. Tous les praticiens ont remarqué le soulagement que les hémorrhagies procurent aux femmes qui sont dévorées par un cancer de la matrice ou du sein. C'est cette observation qui doit servir de base à leur pratique.

Mais dès qu'une première ou une seconde application de sangsues n'a pas été suivie d'un bon effet, dès surtout que le sang sort rouge des piqûres, il faut y renoncer entièrement, pour les raisons que je n'ai plus besoin de redire.

C'est parce que les indications de ces deux moyens thérapeutiques, les saignées et les sangsues n'ont pas été précisées, que leur succès a été contesté, exagéré, et même formellement nié, surtout dans le traitement du cancer ou des tumeurs où il se prépare. Nous espérons faire cesser une partie de ces incertitudes, et être utile aux praticiens en leur signalant un guide à cet égard.

Correspondance.

Quarantaines.

Châlons-sur-Saône, ce 25 août 1845.

Mon cher confrère,

Retenu ici par un malade en grand danger, je viens vous prier de vouloir bien insérer dans votre journal quelques lignes concernant un voyage que je viens de faire à Marseille dans un but tout médical. Je tiens à rectifier ce qu'ont dit à cet égard la plupart des journaux de Marseille, qui ont été beaucoup plus bienveillants qu'exacts.

Voici les faits :

Pensant que les documents que j'ai recueillis sur la peste et les quarantaines seraient incomplets si je n'y ajoutais les opinions des Sociétés médicales de Marseille et de l'Intendance sanitaire et, surtout, les faits sur lesquels reposent ces opinions, j'ai cru remplir un devoir en me rendant dans la ville de France la plus intéressée dans les questions qui s'agitent. Muni d'une lettre du ministre du commerce, nécessaire pour pouvoir visiter le lazaret et ses dépendances, je suis arrivé à Marseille le 19 août au matin. Après avoir fait une visite aux autorités locales, à l'Intendance sanitaire et aux principaux médecins de la ville, j'ai été appelé, ce même jour, à une réunion générale des membres de l'Intendance. Pendant plus de deux heures, la conversation a roulé sur les principaux points qui préoccupent tous ceux qui étudient les moyens d'opérer la reforme de nos règlements sanitaires.

Au moment où je sortais de la salle des délibérations de l'Intendance, je fus prévenu par M. le maire que la Société académique de médecine de Marseille était convoquée extraordinairement pour le 20 août à quatre heures. M. le maire m'engageait à me rendre à la séance.

La Société académique avait voté à l'unanimité, dans une séance antérieure, un rapport favorable à la contagion de la fièvre jaune et de la peste. Il fut donné lecture des parties les plus importantes de ce rapport, qui provoqua de ma part quelques réflexions. J'invitai ensuite nos honorables confrères à vouloir bien me communiquer tous les faits dignes de confiance et propres à élucider les questions dont je suis chargé de préparer la solution.

La Société royale de médecine de Marseille fut également convoquée pour le 21, à onze heures du matin. J'y exposai les motifs de mon voyage, et les questions que je crois plus particulièrement devoir soumettre à l'examen de la Société. Des réponses me furent faites à l'instant par plusieurs membres; d'autres me seront adressées ultérieurement.

Le même jour, à une heure, trois membres de l'Intendance, au nombre desquels étaient M. le docteur Reymonet, président semainier, et M. le docteur Rey, voulurent bien venir me chercher pour me faire visiter les établissements de Pomègue et de Ratonneau, et me ramener ensuite au lazaret, que j'ai pu examiner dans tous ses détails.

Le 21, au soir, je suis parti pour Lyon.

Je me félicite beaucoup de ce voyage, qui m'a mis en relation avec des confrères aussi honorables qu'instruits. Les lumières qu'ils m'ont fournies, celles qu'ils m'ont promises et que j'attends avec confiance, seront utilisées dans le rapport que je prépare.

Vous connaissez trop bien, mon cher confrère, la gravité et la difficulté des questions de quarantaine, pour que je me permette de vous faire des recommandations de prudence.

Je saisis avec plaisir cette occasion de vous réitérer l'assurance de mon dévouement sincère. PRUS.

Application du camphre à la moxibustion; par M. le docteur CHASSAIGNAC.

Un assez grand nombre de substances combustibles à un degré plus ou moins marqué ont été jusqu'ici mises en usage pour fabriquer les moxas; mais aucune d'elles ne présente peut-être la réunion des avantages que peut offrir le camphre dans la pratique. En effet, la grande combustibilité de ce corps, la facilité avec laquelle il peut recevoir la forme désirée et être transporté successivement à diverses places pendant la durée même de sa combustion, le rendent tout à fait propre à l'exécution de cette opération chirurgicale.

M. Chassaignac, qui a apprécié à leur valeur ces divers avantages, a réussi à en faire avec succès l'application que nous signalons ici. Ce praticien fixe, entre les branches d'une pince ordinaire, un fragment de camphre du volume d'une noisette, puis il le pose sur le point qui doit être cautérisé, et il y met le feu. Le camphre s'enflamme immédiatement, et l'on doit garantir avec soin la flamme des agitations que l'air pourrait lui faire éprouver, afin qu'elle n'aille pas atteindre les parties voisines.

La chaleur qui se développe se communique immédiatement à la peau et occasionne de vives souffrances; aussi le moxa ne doit-il être laissé que peu de temps à la même place, et, s'il est nécessaire d'en appliquer plusieurs, on transporte le fragment de camphre enflammé en divers points successivement : de cette manière, on peut poser quatre ou cinq moxas dans l'espace de quelques minutes seulement.

NOUVELLES.

La Commission permanente du Congrès nous prie d'annoncer que l'envoi et la distribution du programme et du rapport à toutes les Sociétés et Associations, Facultés et Ecoles, et journaux spéciaux, commencera vers la fin de cette semaine.

— M. le docteur Mélier parcourt dans ce moment les salines de France pour en étudier sur les lieux les influences, sur lesquelles il est chargé de faire un rapport à l'Académie de médecine.

— Le docteur Guerland de Beaumont, correspondant à Paris du *Medical Times*, vient de mourir à l'âge de trente-sept ans. C'était un confrère instruit, simple et modeste, et qui est vivement regretté de tous ceux qui l'ont connu.

— Dans sa dernière conférence clinique, M. Ricord a présenté à ses auditeurs un appareil imaginé par un jeune docteur américain, M. Stearns, pour remédier à la difformité connue sous le nom de *gueule de loup*. Cet appareil, extrêmement ingénieux, d'une légèreté incroyable, formé de deux lamelles de caoutchouc monté sur un ressort, doit faire le sujet d'une communication à l'Académie des sciences. Nous en donnerons la description lorsque cette communication aura été faite.

— Quelques réclamations s'élèvent sur la manière dont on aurait procédé à l'élimination dans le dernier concours de l'Ecole pratique de la Faculté de Paris. Le règlement sous les yeux, nous examinerons s'il y a eu et en quoi ont consisté les irrégularités.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 30 AOUT 1845. (18e ANNÉE.) N°. 101. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 29 AOUT 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'étiologie de la gangrène du poumon est encore très obscure. Au point de vue anatomique on connaît deux formes de cette affection, suivant qu'elle envahit la totalité ou une portion considérable du poumon (*gangrène non circonscrite* de Laënnec), ou qu'elle est bornée à une portion plus ou moins étendue, ordinairement peu étendue de l'organe (gangrène circonscrite). Au point de vue séméiologique, elle offre deux symptômes pathognomoniques (ou peu s'en faut) qui en assurent presque infailliblement le diagnostic. Mais, nous le répétons, l'étiologie, et par ce mot nous entendons les causes, plus leur mode d'action, c'est à-dire la pathogénie, reste énigmatique.

Laënnec, comme chacun sait, n'attribuait pas une grande influence à la pneumonie sur la production de la gangrène du poumon. Loin de là, il dit : « On peut à peine ranger la gangrène du poumon au nombre des terminaisons de l'inflammation de cet organe, et encore moins la regarder comme un effet de son intensité. »

M. le docteur Jules Fournet, dont on connaît les travaux importants sur l'auscultation, regarde cette opinion de Laënnec comme *un peu exclusive*, et M. Rostan n'hésite pas à déclarer que « des maladies locales auxquelles peut succéder la gangrène des poumons, la pneumonie doit être signalée la première. » Ce professeur fait la part des causes générales, débilitantes; mais il admet que la gangrène pulmonaire paraît plus souvent « dans le cours d'une maladie de l'appareil respiratoire *ou de l'une de ces affections qui portent sur l'économie tout entière.* » Cette proposition mérite de fixer un instant notre attention; car où faut-il chercher le principe de ces affections qui s'étendent à toute l'économie, si ce n'est dans le sang? Et d'ailleurs, ces causes débilitantes mentionnées par M. Rostan, et qu'il sépare des maladies générales auxquelles elles nous paraissent au contraire se rattacher intimement, peuvent-elles agir autrement qu'en affectant d'une manière quelconque l'hématose ?

Pour Laënnec, la gangrène du poumon se rapproche bien plus des maladies gangréneuses, telles que l'anthrax, etc., que des maladies inflammatoires.

Nous ne pouvons formuler une opinion qui pour être précise et assurée, demanderait un grand nombre de faits minutieusement analysés et *complets ;* mais, autant que nous pouvons en juger à première vue, c'est à une altération du sang, survenue par l'effet de causes diverses et suivant un mécanisme ignoré, qu'il faudrait, *dans le plus grand nombre des cas*, rapporter la gangrène du poumon.

Il s'agirait d'analyser le sang dans cette affection et dans toutes les affections gangréneuses.

Il faut bien qu'on le sache : en dehors de certaines affections nettement caractérisées, telles que les inflammations franches, il sera impossible de classer une maladie autrement que par l'étude du sang, quitte à trouver des cas dans lesquels cette étude elle-même ne fournira pas de données suffisantes.

La pathologie externe sera d'un grand secours à la nosologie, en fournissant dans leur vrai type les inflammations indépendantes de toute altération préalable des humeurs.

Revenons à la gangrène du poumon. Tous les auteurs accordent une grande influence à l'abus des boissons alcooliques sur la production de cette grave affection ; cause essentiellement débilitante, conduisant (dans un autre ordre d'idées) à l'asthénie par l'excès de stimulus (asthénie directe de Brown).

L'observation suivante, recueillie par M. le docteur Nidard, chirurgien sous-aide-major au Val-de-Grâce, est une nouvelle preuve de l'influence de cette cause. Ce fait, comme on va le voir, est important à d'autres égards.

Un homme âgé de trente-huit ans, de constitution moyenne, de tempérament bilieux, d'un caractère violent, adonné à la boisson et fatigué par les excès, entra le 21 de ce mois au Val-de-Grâce, dans les salles de la clinique médicale (service de M. Alquié).

Il y a quinze mois, à la suite d'une colère, il eut une attaque d'épilepsie. Depuis lors, toute contariété un peu vive lui occasionna une attaque semblable. Dans ces derniers temps les accès se sont renouvelés jusqu'à cinq et six fois par jour.

Il n'accuse aucune douleur locale ; la respiration est bonne, le pouls a 78. L'émotion que lui cause la visite détermine un accès épileptiforme.

M. Alquié prescrit : Diète ; potion purgative, potion antispasmodique ; huit ventouses scarifiées le long du rachis.

Le lendemain (23), réponses lentes ; regard hébété; haleine extrêmement fétide, gangréneuse ; nouvel accès pendant qu'on interroge le malade : six accès depuis hier. (Potion antispasmodique ; vésicatoire à la nuque ; sinapismes aux cuisses.)

Le 24, il y a eu cinq accès ; le malade a été très agité ; il a battu l'infirmier qui voulait le maintenir dans son lit ; il ne comprend pas les observations qui lui sont adressées. Haleine toujours fétide, qui laisse pour plusieurs heures une sorte d'âcreté dans la trachée aux personnes qui l'ont respirée ; crachats infects, peu abondants, d'une couleur gris-noirâtre. (Deux vésicatoires aux bras.)

Le 25, l'agitation est plus grande encore ; le malade ne peut être maintenu dans son lit qu'au moyen de la camisole de force ; il semble étranger à ce qui l'entoure, et ne manifeste qu'une impulsion qui le porte à vouloir s'échapper ; pourtant, sur la demande qui lui en est faite, il montre la langue après quelque hésitation.

Les crachats et la fétidité de l'haleine fixent le diagnostic quant aux organes respiratoires. Il n'est pas moins évident qu'une lésion grave affecte le système nerveux cérébro-spinal (probablement une méningo-céphalite).

On prescrit 40 sangsues derrière les oreilles. Elles sont appliquées le matin. Le soir, à cinq heures, le malade succombe, après avoir passé insensiblement de la plus violente agitation au collapsus le plus profond.

L'autopsie est faite quarante heures après la mort.

La cavité de l'arachnoïde renferme à peine une cuillerée de liquide jaunâtre. Ses parois sont âpres au toucher ; une quantité notable de sérosité est accumulée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, principalement à la partie supérieure des hémisphères cérébraux : quelques scarifications font écouler ce liquide, dont la quantité peut être évaluée à deux ou trois cuillerées. Le cerveau présente sur toutes ses coupes un sablé très fin et peu prononcé. Le cervelet est ramolli, mais nous n'accordons pas une valeur absolue à cette altération, vu le temps écoulé depuis la mort (quarante heures) et l'élévation de la température.

Le cœur est assez volumineux, flasque, décoloré ; ses cavités sont remplies de sang non coagulé, d'une couleur rouge-acajou.

Les poumons sont libres d'adhérences ; ils présentent une couleur gris-ardoisé marbré de noir en avant, rouge-livide en arrière; ils sont crépitants partout, bien que leurs deux tiers postérieurs soient engoués de sang peu aéré, analogue à celui du cœur. *Absence complète de tubercules.* A la base du poumon droit, à quelques millimètres au-dessus de la plèvre, existe une caverne irrégulière, allongée transversalement dans une étendue d'environ 0,05 sur 0,02 de diamètre antéro-postérieur, remplie d'une matière horriblement fétide ayant la consistance et l'aspect d'une solution épaisse de chocolat. Au milieu de cette matière flottent de nombreux filaments d'un gris sale, ténus, comparables à du lin pourri, ou mieux, suivant une comparaison empruntée à M. Andral, aux ramuscules de la conferve des ruisseaux. Autour de cette caverne, le tissu pulmonaire est induré dans l'épaisseur de trois à quatre millimètres (hépatisation rouge) ; sa surface interne est dépourvue de fausses membranes ; plusieurs ramuscules bronchiques coupés à pic s'y ouvrent ; la muqueuse qui les tapisse est fortement colorée en brun-verdâtre : celle de la trachée offre la même coloration, surtout en arrière, où elle est parsemée de petits points noirs. Cette coloration et ces points paraissent dus au passage des gaz et des matières septiques : explication invoquée par les auteurs pour des cas analogues.

Le foie est extrêmement volumineux ; son lobe gauche glisse entre l'estomac et la rate, et s'étend jusqu'au sommet de l'hypochondre correspondant, ce qui lui donne la forme d'un cœur de carte à jouer; sa face supérieure adhère intimement au diaphragme ; son tissu est devenu graisseux, surtout dans le lobe de Spigel, qui est peu développé.

La muqueuse de l'estomac est mamelonnée, ramollie ; on la réduit en pulpe jaunâtre en la raclant légèrement avec le dos d'un scalpel.

Le reste du tube digestif n'offre à signaler qu'une coloration rouge de la muqueuse qui tapisse le tiers inférieur de l'intestin grêle.

La rate est petite et gorgée de sang d'un rouge violet ; les reins sont aussi hypérémiés.

Cette observation suggère beaucoup de réflexions, mais nous sommes obligé de nous limiter ; d'ailleurs nous aurons sans doute à revenir sur ce sujet important.

Nous avons dit que la nature des crachats et la fétidité de l'haleine sont des signes pathognomoniques de la gangrène du poumon, ou *très à peu près.* Pourquoi cette réserve ? Parce que, d'une part, ces symptômes se retrouvent dans quelques cas autres que la gangrène pulmonaire, et parce que, d'autre part, ils n'existent dans celle-ci qu'à la condition d'une communication entre le foyer gangréneux et les bronches. Il y a plus, M. Fournet rapporte une observation dans laquelle on voit que le foyer était en communication avec les bronches, sans que les symptômes précités eussent existé ; ce qui était dû à une circonstance fort simple : la caverne était ouverte dans la plèvre où passait l'air inspiré, qui ne pouvait être expulsé, non plus que la matière gangréneuse, à raison d'une sorte de valvule existant entre le foyer et la cavité pleurale. Mais les cas dans lesquels la fétidité de l'haleine et des crachats existe indépendamment d'une gangrène du poumon, de même que ceux dans lesquels le foyer gangréneux n'est pas en rapport avec les bronches, sont exceptionnels ; en conséquence, si la réserve que nous avons faite est légitime, il n'est pas moins vrai que, d'une manière très approximative, les signes indiqués sont pathognomoniques.

Le tissu pulmonaire autour de la caverne était hépatisé. Cela veut-il dire que l'inflammation a précédé la gangrène dans le point occupé par la caverne, ou n'est-ce pas plutôt que l'organe s'était mis en défense contre la mortification par la phlogose, comme cela arrive dans les cas les moins fâcheux de sphacèle externe? Nous inclinons vers la seconde supposition.

C'est ici l'occasion de dire quelques mots de l'état du sang chez notre sujet. Il était *liquide* dans les cavités du cœur ; les reins étaient hypérémiés; un sang rouge-violet gorgeait la rate; un sang peu aéré, de couleur rouge-acajou, s'écoulait de la surface des incisions faites à la partie postérieure des poumons. Ce qui nous préoccupe surtout, c'est le défaut de caillots. Le sang avait-il donc perdu sa plasticité? Si cela était, il y aurait eu par conséquent diminution de sa fibrine. Resterait à savoir si cette diminution devrait être regardée comme primitive, ou imputée à l'introduction dans le sang de matières septiques provenant du foyer gangréneux? Nous soulevons ici des questions, et nous indiquons des difficultés qui n'ont pas encore, à notre connaissance, attiré l'attention des observateurs. C'est à eux de juger si elles méritent qu'on les examine.

Nous avons souligné la phrase dans laquelle il est dit formellement qu'il n'y avait pas trace de tubercules dans le poumon, attendu qu'on peut se demander si une caverne gangréneuse n'était pas d'abord une masse tuberculeuse.

Le foie était extrêmement volumineux, et adhérait au diaphragme ; il repoussait le poumon qui s'était moulé sur lui ; or, la caverne gangréneuse était à une petite distance au-dessus du diaphragme, et M. Alquié, conformément à l'opinion de plusieurs auteurs qui ont invoqué, pour expliquer la production de la gangrène pulmonaire, la pression exercée par les côtes ou par un épanchement, M. Alquié, disons-nous, a supposé avec beaucoup de vraisemblance que la compression exercée par le foie sur le poumon avait pu contribuer au développement de la mortification.

Le foie n'était pas seulement très volumineux ; il était gras comme chez les individus chez lesquels l'hématose hépatique a dû s'exercer avec excès par suite de l'affaiblissement de l'hématose pulmonaire.

Laënnec avait admis que dans la gangrène, même partielle ou circonscrite, du poumon il existe une extrême prostration et une extrême anxiété. Chez le malade de M. Alquié, il y avait, au lieu de prostration, de la turbulence, et surtout il y eut plus tard une violente ataxie; à la vérité, ce cas est compliqué, et les symptômes dépendants de l'affection cérébrale auraient pu masquer ou dominer les troubles généraux liés à la gangrène du poumon. Mais M. Fournet a déjà fait remarquer que ces troubles ne sont ni aussi constants, ni aussi proncés que Laënnec avait cru le voir.

Comme nous l'avons dit, nous n'accordons pas une valeur absolue au ramollissement du cervelet, attendu que le sujet était mort depuis quarante heures, que la température était élevée le 26 août, et qu'enfin, ajouterons-nous, le cervelet est toujours sensiblement plus mou que le cerveau. Toutefois, M. Nidard indique, dans son observation, que la moindre pression réduisait le premier de ces organes en bouillie. Il est donc permis de supposer que ce ramollissement était en partie cadavérique, mais en partie aussi morbide, et on pourrait le rapprocher alors du trouble dans la motilité, s'il ne suffisait de la méningo-cérébrite, dont on a trouvé les traces manifestes à l'autopsie, pour expliquer ce trouble. M. le docteur Serrier, qui a aussi observé le malade, croit avoir remarqué chez lui une tendance à se rouler violemment sur le côté droit pendant les accès. Ce symptôme cadrerait encore avec la lésion de l'organe qui, suivant des expériences probantes, régularise les mouvements.

Il semble possible de rattacher à la même cause (l'abus des boissons) et l'affection cérébrale et la désorganisation d'une partie du poumon.

— M. Baudens a pratiqué encore tout dernièrement, d'après le procédé que nous avons fait connaître, l'extirpation d'un chapelet énorme de ganglions lymphatiques cervicaux

très volumineux. Une circonstance nous fait parler de cette opération, savoir : l'engorgement du ganglion compris dans l'épaisseur de la portion massétérine de la glande parotide, au-dessous de l'arcade zygomatique. La même circonstance s'était présentée à M. Vidal, dans un cas où nous lui avons servi d'aide. Ce ganglion, qui est quelquefois engorgé isolément, est renfermé dans une loge fibreuse bien nette, bien distincte, beaucoup mieux formée que celle des ganglions libres. La portion de glande salivaire qui le recouvre est reconnaissable à ses grains ; elle est très vasculaire, et quand on la divise, le sang coule en abondance, ou même s'échappe par jets. Il ne faut pas moins l'inciser, et déloger le ganglion qu'elle renferme.

— On se rappelle peut-être un cas de péritonite traumatique très violente enrayée par les onctions mercurielles à la manière de M. Serres (d'Uzès) ; cas que nous avons observé dans le service de M. Lisfranc, et sur lequel nous avions promis de revenir.

La péritonite ayant cédé, il avait été facile de reconnaître à la palpation abdominale une tumeur globuleuse s'étendant jusqu'à l'ombilic, et présentant une certaine résistance. M. Lisfranc dut supposer qu'elle était due à une accumulation d'urine dans la vessie momentanément privée de son ressort ; une sonde fut introduite, et n'amena qu'une petite quantité de liquide. La tumeur, bien entendu, n'en éprouva aucune modification. M. Lisfranc pensa alors, avec toute apparence de raison, qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin circonscrit, dont il abandonna la résorption au péritoine rendu à son état normal. Tous les jours on put constater, au moyen de la palpation et de la percussion, une diminution de cette tumeur dans l'étendue de 3 centimètres environ, et le quatrième jour elle avait entièrement disparu. Plus tard le malade rendit en urinant un caillot fibrineux, allongé, du diamètre de la première phalange du doigt annulaire. Dans la crainte qu'il n'existât d'autres caillots semblables dans la vessie, et qu'ils ne devinssent le noyau de concrétions lithiques, M. Lisfranc fit des injections dans la poche urinaire avec la sonde à double courant ; elles furent sans résultat. Mais quelques jours après, un caillot plus petit que le premier, ayant aussi tous les caractères de la fibrine privée de la matière colorante du sang, se fit jour pendant la miction. Il faut noter que, dans les premiers moments qui suivirent l'accident, le malade n'avait pu uriner spontanément, sans doute à cause de la présence du sang récemment épanché dans la vessie.

— Chez le jeune malade de M. Richet, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre dernier article, il y avait positivement, suivant la supposition à laquelle nous avions été conduit, luxation en arrière du radius sur le cubitus, et cette luxation n'avait pas été réduite. Il a été facile de s'en assurer après la diminution du gonflement énorme qu'avaient déterminé les efforts nécessaires à la réduction de la luxation principale. L'enfant a été reconduit à M. Richet, qui a fait tirer sur l'avant-bras étendu, en même temps qu'il repoussait lui-même la tête du radius en avant. Il nous aurait semblé plus facile de réduire en tirant sur l'avant-bras un peu fléchi et porté dans la pronation ; mais M. Richet nous a fait remarquer que la nécessité où l'on se serait trouvé d'appliquer la contre-extension sur la partie inférieure de l'humérus aurait exposé cet os. La réduction de la luxation isolée du radius sur le cubitus a été suivie de douleurs extrêmement vives, tellement qu'au bout d'une demi-heure le père du petit malade est venu demander du secours. Une potion anodine a été prescrite, et il est supposable qu'elle a suffi pour calmer ces douleurs.

— Un accident très rare, dont il n'existe peut-être pas d'exemple, a suivi une opération de cataracte par extraction pratiquée par un de nos plus habiles chirurgiens. Le diaphragme irien n'avait pas été lésé, et l'opération avait été aussi heureuse que possible : seulement il y avait eu à noter un léger *tremulus iridis*. Au bout d'une demi-heure on vint prévenir le chirurgien qu'un écoulement de sang très abondant avait lieu par la plaie de la cornée. Les chambres de l'œil étaient pleines de sang ; le bandeau en était imprégné. L'œil est perdu inévitablement. On ne sait comment se rendre compte d'un pareil accident.

— Dans un autre hôpital, la ponction d'une hydrocèle a été suivie de l'évacuation d'un liquide séreux (le liquide de l'hydrocèle), puis de l'écoulement par la canule d'une quantité considérable de sang pur en partie pris en caillots. Après un moment de réflexion, le chirurgien poussa l'injection iodée dans la vaginale. Cette pluie sanguine à la surface de la séreuse montre, dans son principe, le phénomène par suite duquel se produit cette matière noirâtre qu'on trouve quelquefois dans l'hydrocèle, qui est alors, plus exactement, une hématocèle.

— Un homme âgé de quarante et un ans, fort et bien portant, à part un accident syphilitique consécutif, fut admis le 4 août dans les salles de M. Ricord. Il avait eu plusieurs affections syphilitiques pour lesquelles il avait fait plusieurs traitements mercuriels, et il entrait avec une éruption tuberculeuse siégeant sur le moignon de l'épaule gauche ; plus, une ulcération tuberculeuse sur la face dorsale de la verge, au niveau de la base du prépuce, ulcération dont le pus inoculé ne donna pas lieu à la pustule caractéristique, et qui se continuait avec un trajet étendu jusqu'au pubis, suivant la direction des vaisseaux lymphatiques.

On prescrivit le traitement suivant : Tisane de saponaire ; une pilule de 0,05 de proto-iodure de mercure ; 2 grammes d'iodure de potassium.

Il suivait ce traitement depuis le lendemain de son entrée à l'hôpital (5 août), et déjà le symptôme syphilitique était en voie de guérison très avancée, lorsque le 16 du même mois, à sept heures et demie du matin, il fut pris d'un étourdissement, se jeta sur son lit, et expira en moins de trois minutes. Sa face était devenue violacée, puis très pâle : il avait prononcé ces mots : Je me sens bien mal. Peu d'instants auparavant, il avait été aux lieux, et il avait été frappé d'une particularité dont il avait fait part à ses camarades ; au moment où il urinait, il était sorti quelques gouttes de sang par l'ulcération de la verge.

A l'autopsie, on trouva une congestion sanguine très prononcée dans tous les viscères. Le cœur offrait un volume plus considérable que dans l'état normal ; ses cavités étaient remplies de sang pris en caillots peu consistants. L'endocarde du ventricule droit était d'une couleur blanc-mat particulière, insolite ; cette membrane était épaisse de plus d'un millimètre, dense, et d'une apparence fibreuse. L'endocarde du ventricule gauche n'offrait rien d'anormal. Vers la pointe de ce ventricule, sur la paroi antérieure, se trouvait une couche de sang rouge, friable, adhérente, au-dessous de laquelle le tissu musculaire présentait une sorte d'apoplexie sanguine intéressant toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire. Le péricarde, vis à vis ce foyer, était boursouflé et épaissi ; et, dans le foyer, le sang était comme combiné avec la substance musculaire. La pointe du cœur était recouverte d'une couche fibreuse de plus de trois millimètres d'épaisseur. Vers la partie moyenne du ventricule gauche et dans l'épaisseur de sa paroi, existait une production morbide jaunâtre de la grosseur d'un pois, ressemblant à un tubercule en voie de ramollissement. Autour de la base des deux poumons, on vit quelques indurations, dont l'une, plus volumineuse, présentait les apparences du tubercule cru. Les autres points indurés étaient constitués par des granulations grisâtres non agrégées.

Le cerveau, le foie, tous les viscères, étaient sains, à part la congestion dont nous avons parlé et qui était très marquée.

Cette observation est fort remarquable sous deux points de vue principaux.

Quelle a été la cause de cette mort subite ? Ce n'est pas le tubercule du cœur ; ce n'est pas non plus l'état fibreux de la séreuse du ventricule droit, ni même le foyer apoplectique de la paroi du ventricule gauche, qui peut avoir fait succomber instantanément le sujet ?

Or, qu'y avait-il de notable en dehors de ces altérations du cœur ? Il y avait une congestion très abondante de tous les viscères. A l'autopsie, les cavités du cœur étaient pleines de sang ; les vaisseaux de la pie-mère, le foie en étaient gorgés. En outre, un peu avant la mort, il y avait eu un écoulement de sang par la plaie de la verge, puis un étourdissement, c'est-à-dire un symptôme de la congestion cérébrale, du coup de sang. La mort a pu commencer par le cerveau. Ce foyer sanguin de l'épaisseur du ventricule gauche, que nous avons décrit, n'était-il pas lui-même un accident du molimen congestif ? Il y avait du sang dans l'épaisseur du cœur comme il y en avait dans ses cavités.

Mais à quoi rattacherons-nous cette congestion ? Le malade était à l'usage de l'iodure de potassium depuis douze jours, et nous savons que l'iodure de potassium détermine des congestions. Faudrait-il voir dans ce sel alcalin un agent de fluidification, de défibrination du sang ? Nous posons cette question à regret ; car c'est là un médicament précieux, héroïque, qu'il faut craindre de discréditer.

Maintenant, qu'était-ce donc que ce tubercule du cœur dont il a été fait mention ? Doit-on le considérer comme une répétition du symptôme syphilitique de la peau ? M. Ricord tend singulièrement à l'affirmative, et nous nous rencontrons avec lui dans cette tendance. Il faudrait que les médecins donnassent une plus grande attention au commémoratif, pour ce qui touche la syphilis. On arriverait ainsi, dans bien des cas, à rattacher à la maladie vénérienne des altérations des viscères dont la pathogénie reste ignorée.

Verrons-nous la répétition du même symptôme dans ces indurations du poumon existant chez un homme robuste et offrant toutes les apparences d'une belle santé ? On ne peut guère que poser de pareilles questions ; mais c'est déjà quelque chose qu'elles soient posées.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que le foyer sanguin de l'épaisseur du ventricule gauche aurait pu donner lieu à la rupture de l'organe.

N. B. Depuis la rédaction de cet article, on a divisé le cœur sur plusieurs autres points et on a trouvé, à différents degrés, un assez grand nombre de tubercules semblables à celui de l'épaisseur du ventricule gauche. M. Ricord a donné à examiner à un micrographe exercé la matière de ceux de ces tubercules qui étaient ramollis ; nous ferons connaître le résultat de cet examen.

— Un homme ayant été opéré deux fois d'un ptérygion, portait au côté interne de l'œil une bride fibreuse qui ne permettait pas au globe oculaire de se porter aussi complétement que l'autre vers l'angle externe. Cet homme voyait trouble, surtout quand il voulait regarder en dehors. Cette circonstance fit penser à M. Marchal (de Calvi), dans le service duquel le malade se trouvait, au Val-de-Grâce, que la bride comprimait le globe de l'œil et déterminait l'affaiblissement de la vision. Cette opinion ne fut point partagée par un ophthalmologiste célèbre, qui regarda le trouble de la vue comme indépendant de la bride. M. Marchal excisa cette dernière, et aujourd'hui le malade voit aussi bien de l'œil opéré que de l'autre.

X.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Du traitement des accidents secondaires de la syphilis. Du mercure envisagé comme agent thérapeutique et comme cause pathogénique.

(Suite du n° du 19 août.)

(Deux erreurs se sont glissées dans le compte-rendu de la leçon de M. le professeur Ricord, insérée dans le numéro du 19 août. La première est relative à la diminution des globules du sang, qui a été indiquée comme un des effets de la médication mercurielle, tandis que cette action altérante ne porte que sur la fibrine et nullement sur l'élément globulaire. La seconde, que nos lecteurs auront rectifiée sans nul doute, est une faute typographique de laquelle résulterait un non-sens. « Le tremblement mercuriel, avions-nous écrit ne se développe que dans certaines circonstances, et ce ne sont pas celles dans lesquelles se trouvent les malades soumis à la thérapeutique *antisyphilitique.* » Nous profiterons de cette circonstance pour revenir sur un point qui a pu sembler rendu d'une manière un peu obscure et confuse. Le mercure, a dit M. Ricord a une action pathogénique et une action thérapeutique tout à fait indépendantes l'une de l'autre. L'action pathogénique peut être soit directe, c'est-à-dire se manifestant par des accidents locaux, là où le mercure a été appliqué, sur la peau, par exemple, où il produit des érythèmes ; sur la muqueuse gastro-intestinale, où il détermine une hypersécrétion muqueuse, voire des phénomènes d'inflammation ; soit indirecte, c'est-à-dire se manifestant à distance par des accidents qui se développent loin du point sur lequel a eu lieu l'application du composé mercuriel ; telle est la salivation, par exemple, succédant à des frictions mercurielles ou à l'ingestion de médicaments internes. Eh bien ! cette action pathogénique peut se produire indépendamment et en dehors de l'action thérapeutique à laquelle elle est presque toujours nuisible. Cependant, il est des cas rares où l'on peut, où l'on doit invoquer l'action pathogénique du mercure comme adjuvant de l'action thérapeutique, dans certaines ophthalmies syphilitiques, par exemple, et alors c'est l'action pathogénique à distance, la salivation et non l'action locale, directe, que l'on doit chercher à obtenir.)

Au nombre des effets pathogéniques du mercure, nous mentionnerons l'influence que peut avoir sur la gestation un traitement mercuriel fait sans précautions, sans ménagements, influence d'autant plus fâcheuse que le traitement sera fait plus près du commencement de la grossesse. Plus la grossesse sera récente, plus l'action abortive sera à redouter. S'ensuit-il, de là, qu'il ne faille point traiter par le mercure une femme enceinte qui présentera les accidents de la vérole constitutionnelle ? A parler franchement, les chances d'un avortement au début de la grossesse seraient presque préférables à celles de la naissance d'un enfant entaché d'une syphilis constitutionnelle très avancée. Mais il est une autre considération importante ; c'est le progrès que peut faire la maladie chez la mère pendant neuf mois et les ravages qu'elle peut exercer en l'absence d'un traitement spécifique. Dans des cas de cette nature, on devra être plus prudent encore qu'en toute autre circonstance. On calculera les doses de mercure avec plus de réserve ; on surveillera les moindres symptômes précurseurs d'un accident, et surtout l'on préviendra la malade de la possibilité de l'avortement. Nous devons ajouter quelques mots encore à ce sujet. Il faudrait se garder de croire que toute femme enceinte vérolée, et qui avorte, avorte par le fait seul du traitement mercuriel. Les accouchements prématurés déterminés par la vérole constitutionnelle sont très fréquents. Le fœtus meurt souvent dans l'utérus de la mère infectée. Ce n'est souvent qu'après un traitement bien fait, que des femmes qui jusqu'alors n'avaient pu parvenir sans accident au terme de leur grossesse, atteignent heureusement ce terme, et mettent au monde un enfant dans de bonnes conditions de viabilité. La syphilis constitutionnelle est une cause d'avortement qui se joint à l'action des préparations mercurielles. Dans quelques circonstances, le mercure devient donc un antiabortif en détruisant les effets de la vérole constitutionnelle. Nous le répétons, toutes les fois que vous aurez à traiter une femme dans des conditions analogues à celles dont nous vous parlons, prévenez-la que l'avortement peut survenir par le fait de la maladie, et gardez-vous de mettre la possibilité de l'accident sur le compte du traitement mercuriel.

Effets thérapeutiques du mercure. — Comment agit le mercure ; quel est le mécanisme de son action thérapeutique ; c'est ce que l'on ignore complétement. Quelques auteurs avaient pensé que la vérole était constituée par des animalcules ; pour eux le mercure était un *insecticide.* D'autres ont comparé, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le travail du mercure à celui d'un ramoneur, balayant le virus en suivant les mêmes voies qu'il avait prises. De là est venue l'idée singulière de chercher à faire pénétrer le mercure par les points à travers lesquels le virus avait cheminé, de frictionner la verge avec des pommades mercurielles, méthode dont nous n'avons besoin de vous démontrer ni le ridicule, ni le peu d'efficacité.

Le mercure agit-il différemment suivant les formes pharmaceutiques sous lesquelles on l'administre, ou son action est-elle toujours la même ? C'est foncièrement le mercure qui agit ; quelles que soient ses combinaisons, chlorures, iodures, cyanure, amalgames, etc. ; c'est toujours le mercure auquel on doit rapporter les effets obtenus. Les résultats sont toujours les mêmes ; suivant les préparations, vous aurez besoin de modifier les doses du médicament ; mais c'est le mercure métallique qui agit. Dans ces derniers temps, M. Mialhe a voulu réduire l'action du mercure à celle du deuto-chlorure. Certes, les expériences de cabinet, de cornue sont en faveur de cette doctrine ; mais bien que l'on cherche à ne voir dans l'accomplissement des fonctions de l'économie vivante que de la chimie vivante, le corps de l'homme est à coup sûr autre chose qu'une simple cornue, qu'un simple alambic.

Il est difficile de réduire complétement et absolument les actes organiques aux opérations que fait le fourneau dans le laboratoire. Du reste, il y a un argument à opposer à cette doctrine, argument qui paraît la contredire victorieusement. Lorsque l'on fait des frictions avec un composé mercuriel, il n'y a pas formation de sublimé préalablement au

passage du mercure dans l'économie. Or, si le mercure passe dans l'économie à l'état de métal, il en résulte qu'il ne doit pas être non plus nécessaire que dans l'estomac cette formation du sublimé s'opère. Et puis, il y a dans l'estomac un acide puissant en très grande abondance, l'acide lactique, qui se combine avec la plus grande facilité avec le mercure, ainsi qu'il résulte de nombreuses expériences que nous avons faites dans cet hôpital, et forme un sel, le bilactate de mercure, qui se laisse absorber très rapidement. Pourquoi donc, dans la théorie qui rapporte toute l'action du mercure à la formation du sublimé, ne tenir aucun compte de la présence de l'acide lactique de l'estomac? Quelle que soit la préparation de mercure qui soit administrée au malade, le métal reste comme médication spéciale en dehors de tous les éléments qui peuvent entrer en combinaison avec lui. Nous reviendrons bientôt sur le choix des préparations mercurielles, au point de vue thérapeutique.

Par quelle voie doit-on faire pénétrer le mercure? Par ordre d'importance, ce sont : les voies digestives, la peau, la muqueuse respiratoire. Lorsque l'on a le choix, que le sujet malade a l'appareil digestif sain, il n'y a pas à hésiter un instant; c'est par les voies digestives qu'il faut entrer. On a pris la muqueuse intestinale d'un bout à l'autre : l'un a conseillé les frictions mercurielles sur la langue, et a fait un gros livre sur cette méthode, à laquelle il a donné son nom, méthode de Clare; un autre a donné le mercure en lavements, etc. Nous vous rappelons, en passant, que nous critiquons fortement toutes ces méthodes employées comme méthodes générales; pour être juste, nous devons convenir que si l'estomac est malade, si la bouche est en mauvais état, si la peau n'est pas susceptible de recevoir le mercure, on devra le faire entrer par le rectum, mais ceci constitue un cas exceptionnel et toujours excessivement rare. C'est donc à l'estomac que l'on devra donner la préférence, tout en tenant compte de l'état des voies digestives.

Administré à l'intérieur, le mercure devra être pris à une certaine distance des repas, trois ou quatre heures environ. Ingéré immédiatement après le repas, le remède pourra bien ne point être absorbé, enveloppé qu'il sera par la masse alimentaire qui l'empêchera de se trouver en contact avec les parois stomacales. En général, lorsque nous faisons prendre une seule dose, nous la faisons prendre le soir, quatre ou cinq heures après le dernier repas, de telle sorte que la digestion soit faite et que la préparation médicamenteuse ait toute la nuit pour agir.

Si les organes digestifs sont compromis, la voie que nous préférons est la peau. Tous les points de la peau ont été successivement proposés; la méthode la plus vulgaire en même temps que la meilleure, consiste à faire des frictions sur les membres pelviens et thoraciques, à la face interne des jambes et des cuisses, des bras et des avant-bras, aux aisselles. Nous mentionnerons, en passant, la méthode des frictions sous la plante des pieds, méthode irrationnelle s'il en fut jamais; on doit, en effet, faire les frictions dans les points où la peau est la plus fine, où l'absorption est la plus facile, où l'organisation de son tissu se rapproche le plus de celle des membranes muqueuses. La région qui réunit au plus haut degré ces qualités est, sans contredit, le creux axillaire; le traitement par les frictions en cet endroit porte le nom de méthode de Scattigna. Lorsque l'on frictionne la peau de la face interne des membres, on doit n'employer qu'un des points à la fois, afin d'éviter l'action pathogénique directe que nous avons signalée plus haut, les érythèmes mercuriels, et laisser reposer la peau dans un endroit pendant qu'on se sert d'une autre partie; l'action irritante que produit souvent l'onguent mercuriel étant non-seulement inutile, mais même éminemment nuisible, en ce sens qu'elle force à interrompre le traitement. Les frictions à la plante des pieds, comme les employait Cirillo, est la plus mauvaise, à cause de l'épaisseur que présente la peau dans cette partie.

Lorsque l'on ne peut user ni de médicaments internes, ni de frictions sur la peau, en raison d'états pathologiques particuliers, on doit recourir à l'administration du mercure en vapeur, procédé dont on pourrait peut-être tirer plus de parti qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Une circonstance qui doit rendre le praticien plus prudent encore dans le traitement par l'inspiration des vapeurs mercurielles que dans tout autre, c'est la crainte de déterminer le tremblement mercuriel dont nous vous avons signalé un si funeste exemple chez l'infirmier chargé de faire prendre les fumigations de cinabre aux malades de notre service, il y a quelques années. Ainsi, tout en réservant les voies aériennes pour les cas exceptionnels, les fumigations mercurielles nous paraissent encore constituer un procédé dont on pourra quelquefois avantageusement se servir.

Un point des plus importants dans le traitement de la siphylis secondaire, c'est la question des doses, la manière dont le mercure, quelle que soit sa forme, doit être administré relativement à sa quantité. Ici la question des doses est double; elle comprend ce qui est relatif à la dose journalière, et à celle qui doit constituer le traitement complet, ou dose de neutralisation. La dose journalière est facile à trouver. L'observation clinique amène bientôt le praticien à reconnaître les idiosyncrasies médicamenteuses, les susceptibilités individuelles, depuis l'haleine métallique la plus légère, jusqu'aux accidents les plus graves. La quantité de mercure donnée journellement doit-elle être constamment la même? En d'autres termes, peut-on avec une seule et même dose, arriver chez tous les sujets aux mêmes résultats? Nous nous inscrivons en faux contre la réponse affirmative à cette question. Deux choses sont nécessaires pour prouver au médecin que la dose qu'il emploie est la dose convenable : d'abord, ne pas produire d'accidents avec le remède; puis voir des résultats favorables de la médication se manifester plus ou moins rapidement. Tant que la maladie ne cède pas, que la quantité de préparation mercurielle ne produit ni bien, ni mal, c'est qu'elle n'est pas suffisante. On commence en général par une dose arbitraire, moyenne, résultant de l'expérience de chaque jour. Si à la fin du premier septenaire ou dans le courant du second, une amélioration se manifeste, on continue jusqu'à ce qu'un temps d'arrêt survienne. C'est qu'alors le malade s'harmonise avec le remède; une lutte s'établit entre le remède et la maladie; puis celle-ci l'emporte, et ses symptômes reparaissent avec une nouvelle intensité. En thèse générale, lorsqu'au bout de quinze jours on n'a point obtenu d'effet appréciable de l'administration d'une certaine quantité de mercure, on ne doit plus en attendre, il faut l'augmenter. Il est des malades que l'on peut conduire à la fin d'un traitement en leur faisant prendre constamment la même dose de préparation mercurielle; mais ce n'est point la règle générale : il faut ordinairement accroître de temps en temps cette dose journalière, et cela d'autant plus que la maladie n'est pas stationnaire. Il arrive souvent qu'un sujet étant donné avec un cortége, un ensemble de symptômes caractéristiques d'une certaine période de la maladie, le mal continue à faire des progrès sous l'influence d'une quantité déterminée de mercure. On conclut de là que l'individu est réfractaire au mercure. On se trompe de la manière la plus fâcheuse. Ce que l'on doit conclure, c'est que la dose est insuffisante. On doit tâter les malades, tout en se défiant des cas dans lesquels le médicament agit d'une manière nuisible.

Faut-il, comme dose journalière, administrer le mercure à faible dose? On sent que les conditions individuelles sont extrêmement variables. La quantité devra être minime pour ceux qui ne peuvent tolérer que cette faible quantité; on l'augmentera pour ceux qui semblent digérer le médicament. Nous avons vu des sujets auxquels nous avons été obligé de faire prendre jusqu'à 30 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour. Ne donnez à ces malades qu'un centigramme de deuto-chlorure par jour pendant six mois, comme le font quelques praticiens, vous n'en obtiendrez aucun résultat favorable; en devrez-vous conclure qu'ils sont réfractaires au mercure? Nullement, répétons-nous encore. Mais la dose n'est pas suffisante. On a proposé, une quantité de mercure étant jugée nécessaire, 5 centigrammes par exemple, de la diviser en cinq parties, à différentes heures de la journée. De cette manière, il est vrai, peut-être serait-on plus certain de l'absorption complète du médicament. Mais un inconvénient des plus graves qui doit faire renoncer à cette méthode, c'est que pour mettre entre chaque prise médicamenteuse et chaque repas un intervalle suffisant, le malade se trouverait dans une sujétion trop grande; le traitement mercuriel se trouverait converti alors en un véritable supplice; excellente en théorie, cette manière d'agir est inadmissible en pratique. Nous nous en tenons jusqu'à présent à l'administration du médicament le soir, quatre à cinq heures après le dernier repas, méthode la plus commode pour les malades, la plus favorable aussi à l'action thérapeutique de la préparation mercurielle, qui, comme nous l'avons dit plus haut, se trouve en contact pendant une grande partie de la nuit avec les parois de l'estomac pendant le repos de l'organe.

Docteur A. FOUCART.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juillet 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — *M. Belhomme* fait hommage à la Société d'un mémoire imprimé intitulé : Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale. (Remercîments.)

— *M. le docteur Dancel* adresse à la Société trois mémoires, un manuscrit et deux imprimés, et demande à être nommé membre-résident. Le premier de ces mémoires est intitulé : Recherches sur la morsure de la trachine (M. Foucart, rapporteur); les deux autres mémoires traitent des fausses ankyloses et de la contracture des membres. (M. Lucien Boyer, rapporteur.)

— *M. Belhomme*, prié de donner une idée des matières contenues dans son mémoire, après avoir rapporté les opinions différentes des auteurs anciens ou modernes sur la paralysie générale des aliénés, se résume en disant :

1° Que ces auteurs ont admis constamment une affection cérébrale dans la démence compliquée de paralysie générale.

2° Qu'ils ont signalé des altérations superficielles, mais qu'ils n'ont point dit, comme il cherche à le démontrer par des observations pathologiques, que l'inflammation s'étend pour ainsi dire couches par couches jusqu'au centre cérébral, et qu'ils n'ont point expliqué la mort par la lésion successive des parties centrales encéphaliques, présidant aux fonctions les plus essentielles de la vie.

M. Belhomme énumère quinze observations qui viennent confirmer ces opinions. Placé à la tête d'un établissement qui renferme un grand nombre d'aliénés, il a pu rassembler des faits nombreux et en tirer des corollaires, mais il rapporte à la Société un fait tiré de la pratique de M. Jobert de Saint-Louis, fait dans lequel on peut suivre la marche suivie par la nature.

Un combattant de Juillet reçut une balle au front. On veut enlever la balle, mais il survient un érysipèle, des vomissements, le corps se courbe en arrière; le malade succombe. A l'ouverture, on trouve que le pus formé dans le lobe antérieur du cerveau a fusé dans le ventricule latéral correspondant, altéré la voûte à trois piliers et de là pénétré dans le quatrième ventricule. On conclut que c'est lorsqu'il a touché au *calamus scriptorius* que le malade a succombé à l'opisthotonos.

Chez les aliénés, dit M. Belhomme, les choses se passent ainsi, mais plus lentement. Il est rare cependant qu'un aliéné, dont la parole devient gênée et la marche peu sûre, vive plus de quinze à dix-huit mois; à peine est-il possible de retarder la destruction; la mort est inévitable. M. Esquirol, dans le cours d'une longue pratique, n'a cité qu'un seul cas de guérison.

M. Tanchou doute que l'on puisse affirmer que les choses se soient passées comme l'affirme M. Belhomme, chez le malade dont l'histoire est rapportée par M. Jobert; que le pus se soit manifesté d'abord dans le lobe antérieur, puis qu'il ait passé dans le ventricule latéral et de là dans le quatrième, après avoir détruit la voûte à trois piliers, et qu'on puisse ajuster avec certitude chaque symptôme survenu pendant la vie à chaque lésion observée après la mort.

M. Belhomme. L'étude anatomique et physiologique du cerveau apprend que cet organe se compose de parties dont la lésion occasionne tel ou tel phénomène. On peut les provoquer à volonté en dirigeant l'instrument vulnérant à droite ou à gauche, en bas ou en haut. Lorsque ces phénomènes apparaissent dans la maladie, il est logique de penser que l'organe malade est celui qui aurait donné lieu à la manifestation des mêmes phénomènes, s'il eut été blessé à dessein. Dans le fait cité par M. Jobert, on veut extraire la balle au trentième jour. Il survient de l'érysipèle; on soupçonne un abcès dans le lobe antérieur du cerveau; le bistouri fait sortir du pus; il survient un opisthotonos : on doit penser que le mal s'est étendu près du bulbe rachidien. L'ouverture du corps montre du pus dans le quatrième ventricule.

Je le répète encore, ce qui s'est passé rapidement ici se passe lentement chez les aliénés.

M. Tanchou. Ce que je conteste, ce que je ne comprends pas bien, c'est cette sorte de pérégrination du pus, qu'on fait ainsi cheminer d'un lobe à un ventricule et d'un ventricule à un autre ventricule.

M. Duhamel demande à M. Belhomme si la paralysie générale ne se rencontre que chez les aliénés. A cela, notre confrère répond que dans certains cas elle précède la folie, surtout la folie ambitieuse; mais que la démence ne manque jamais de survenir, si cette paralysie persiste.

M. Duhamel. Ma question est toute pratique. J'ai deux amis âgés de cinquante à cinquante-trois ans, tous deux attaqués d'une maladie qui semble devoir se terminer par une paralysie générale; on n'observe chez aucun d'eux de signes d'aliénation mentale. L'un est malade depuis un an, et l'autre depuis six mois environ.

Le premier a été pris successivement d'insomnie, de perte de mémoire, a éprouvé des maux de tête, mais n'a jamais déraisonné. Ce n'est que depuis huit jours que les mouvements ont cessé d'être parfaitement libres; il a été obligé de suspendre son service d'huissier, parce qu'en chemin il oubliait ce qu'il avait à faire. Aujourd'hui encore, il jouit de ses facultés intellectuelles; cependant il ressent de l'oppression, et ne peut avaler les liquides qu'avec beaucoup de difficulté.

Chez le second, malade depuis un an, la paralysie s'est montrée d'abord. L'intelligence est intacte; on remarque seulement une diminution de la mémoire. Je regarde donc cette dénomination de la maladie, paralysie générale des aliénés, comme mauvaise.

M. Belhomme. Ces faits sont intéressants et je remercie notre confrère de me les avoir communiqués; ces faits pratiques viennent à l'appui de la théorie que j'ai émise dans mon mémoire. La perte de la mémoire est pour moi un commencement de démence. Je ne nie point que la paralysie générale ne puisse devancer cette maladie, mais à une certaine période, elle survient nécessairement. Ainsi, quand il y a folie, la surface du cerveau est lésée, cet organe lui-même une diminution de volume, et la boite osseuse éprouve souvent un retrait. Lorsqu'il y a paralysie générale, la lésion est plus profonde et atteint les parties centrales.

M. Charles Masson. M. Belhomme admet trois zones dans le cerveau : une supérieure, pour les fonctions intellectuelles; une moyenne, pour les phénomènes de la sensibilité, et la plus profonde pour ceux du mouvement. Suivant qu'une de ces fonctions subit une altération, il conclut, d'après des faits, que la zone correspondante est atteinte. Cette théorie est ingénieuse, mais ne s'en est-il point trop préoccupé? L'observateur le plus consciencieux voit souvent ce qu'il désire voir. Et dans ce cas même, comment expliquer cet affaissement du cerveau dans la folie? La folie n'est souvent que l'exaltation de certaines facultés dont il fixe le siége à l'extérieur. Il devrait y avoir hyperthrophie de l'organe; je ne conçois l'affaissement du cerveau que dans l'idiotisme, l'imbécillité sénile.

M. Belhomme. Je ne crois pas me faire illusion ni céder à aucune préoccupation; j'ai vu des diminutions survenues dans le volume du cerveau coïncider avec l'épaississement des os du crâne. Je ne suis pas éloigné de penser qu'il existe des hypertrophies; il me semble même en avoir rencontré qui coïncidaient avec des amincissements de la boite osseuse. Ce sera pour moi le sujet d'observations ultérieures.

— *M. Guillon* lit un mémoire dans lequel un malade, médecin distingué et doyen d'une des facultés de médecine d'une grande capitale, raconte lui-même comment n'ayant pu être guéri depuis vingt ans des maux que lui causaient un rétrécissement de l'urètre, il a été obligé de venir à Paris s'en remettre, d'après le conseil de M. Lisfranc, aux mains de M. Guillon, qui l'a rétabli en parfaite santé. Pour guérir ces rétrécissements on avait en vain, à Vienne, à Berlin, introduit des corps dilatants, essayé de la sonde de Mayor; tous ces moyens étaient restés impuissants. M. Guillon l'a guéri en employant les incisions urétrales, suivant la méthode qu'il a introduite dans ce traitement des voies urinaires.

M. Guersant. Cette lecture est intéressante; mais voici ce que je trouve à dire. Il faudrait voir les malades trois ou quatre ans après la guérison pour juger si la méthode employée est vraiment supérieure. Qui sait si ce malade ne sera pas obligé de recourir aux bougies?

M. Guillon. Je puis citer beaucoup de malades guéris depuis dix ans. Un ancien sous préfet avait été cautérisé par M. P....., qui, depuis cinq mois, ne voulait plus le cautériser. Ce malade, jeune encore, voulait se brûler la cervelle. Il s'adressa à M. Lagneau, qui me l'envoya. Je l'examinai, et lui répondis que je le guérirais d'une façon durable. En quelques mois, je l'ai opéré, et lui ai passé des bougies de quatre lignes de diamètre. J'ai soumis ce malade à une commission, composée de MM. Roux, Velpeau, etc. Après plusieurs années, cet individu a succombé aux atteintes d'une affection cérébrale. J'ai assisté à l'autopsie, et on a constaté qu'il n'existait dans le canal aucune trace de retrécissement, bien qu'avant l'opération il ait été si dur, si résistant, qu'aucune sonde ne pouvait le franchir.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Correspondance.

Tumeur du cou. Guérison.

Paris, 19 juin 1845.

Mon cher confrère,

Veuillez prêter toute la publicité de votre excellent journal à une observation *médico-chirurgicale* qui me semble du plus haut intérêt au point de vue de la thérapeutique. Cette observation, en effet, peut prouver à l'évidence, aux esprits droits et non prévenus, toute la puissance de la médecine physiologique, de la médecine rationnelle, appliquée à la chirurgie; et partant, toute la supériorité du chirurgien-médecin sur celui qui ne l'est pas, sur celui qui, réduisant son art glorieux à des procédés manuels et à un empirisme grossier, se réduit lui-même à la condition subalterne de l'*iatro-mécanicien*...

Et cependant, l'un de ces praticiens, trop rares encore de nos jours, même en France, le berceau de cette médecine, qui, au milieu des déclamations et des mauvaises passions qu'elle a soulevées contre elle, a renouvelé la science et changé la face de la thérapeutique, le chirurgien éminent qui présenterait à un si haut degré cette double et précieuse condition du chirurgien médecin, qui résumerait dans sa pratique tous les progrès de la pathologie externe éclairée et assistée par la médecine rationnelle, s'il usait du FROID *intus et extra* plus largement et plus hardiment, et qui a présidé au traitement remarquable que je vais exposer; ce chirurgien, dont le nom, justement célèbre, se présente ici à l'esprit de tous, n'est pas dans la Faculté, qui, sous

l'empire des mêmes calculs, des mêmes intrigues ou des mêmes préjugés, comme l'accoucheur Capuron, comme l'anatomiste Broc, etc., l'a toujours et systématiquement repoussé, alors qu'elle devait attirer à elle et assimiler toutes les gloires de notre art. Et c'est loin de son sanctuaire dégénéré, malgré la transfusion *nécessaire* de quelques nobles individualités, que dans un enseignement libre il proclame hautement des vérités qui feraient l'honneur de l'Ecole comme elles font l'honneur de la chirurgie française.

Le 7 février 1844, M. J..., de Paris, homme de quarante-huit ans, robuste, de haute taille, d'un embonpoint assez prononcé et d'une belle carnation, vrai type du tempérament sanguin, se présente dans mon cabinet pour me consulter sur une tumeur qu'il portait au cou, et qui, disait-il, le tourmentait beaucoup. J'examinai avec soin cette tumeur, et je la trouvai située à la partie antérieure et un peu à droite du cou, au-devant et sur la glande thyroïde de ce côté, avec qui elle paraissait se confondre. Semblable à un goître unilatéral, elle était adhérente, rénitente, assez sensible à la pression, et paraissait obscurément fluctuante sous la peau excessivement tendue, mais sans changement de sa couleur et de sa texture. Formant une saillie du volume des deux points réunis, elle offrait 15 centimètres de longueur sur 12 centimètres environ de largeur, et paraissait tendre à s'introduire sous le sternum.

Voulant m'aider autant que possible du commémoratif, j'interrogeai le malade, qui me paraissait triste et inquiet de son état. C'était un homme éclairé et de bon sens, et il me fit l'historique de sa maladie à peu près en ces termes :

« Ma famille ne présente rien qui pourrait expliquer mon affection par l'hérédité... Mon père et ma mère étaient bien portants, et sont morts âgés ; et moi, vigoureux et alerte, menant bonne et joyeuse vie, bien que sans *excès*, je n'avais jamais été malade, quand, il y a un an environ, je sentis au point correspondant au centre ou à peu près de cette tumeur, un petit noyau gros comme une *aveline*. Cette petite tumeur était indolente ; et comme elle ne m'occasionnait aucune gêne, je n'y fis d'abord pas grande attention. Mais ayant bientôt remarqué qu'elle prenait du développement, et grandissait d'une manière régulière et continue, je consultai le médecin de ma maison. Cet homme, qui passe pour un praticien éclairé, me fit pratiquer successivement, sur le point malade, des frictions de diverses pommades dites *résolutives*. Sous l'empire de ce traitement suivi avec persévérance pendant trois mois au moins, ma tumeur avait été réduite à son point de départ constaté, c'est-à-dire au volume d'une grosse noisette, et je commençais à ne plus guère m'en occuper, quand, cependant, voulant la réduire à néant, et ma dernière pommade n'agissant plus, celle plus active par laquelle mon chirurgien la remplaça l'ayant probablement trop excitée, ma tumeur reprit un nouvel accroissement, et arriva promptement, malgré la suppression de la pommade malencontreuse, au degré de développement où vous la voyez, et dont je n'ai pu désormais la faire revenir. Je m'aperçois même qu'elle grandit toujours, et tend à s'enfoncer sous le sternum. Elle me gêne dans la déglutition, et même parfois dans la respiration ; elle entretient chez moi une disposition congestive de la tête, et trouble mon sommeil et ma vie.....

» Enfin, voyant que mon médecin n'y entendait ou n'y pouvait plus rien, je me suis mis à courir les sommités médicales et chirurgicales de Paris, et toutes m'ont conseillé l'OPÉRATION..... Mais comme — à tort ou à raison — je suis persuadé qu'elle me serait fatale : ayant entendu dire à l'un de mes amis, que vous aviez, à sa connaissance, guéri, il y a quinze ans, une semblable tumeur, et sans emploi de l'instrument tranchant, chez un jeune homme resté depuis bien portant et sans récidive, je me suis empressé, Monsieur, de venir vous trouver, afin de vous supplier de me rendre le même service. »

Je me rappelai, en effet, le cas du malade en question, le nommé D..., alors charcutier, et maintenant conducteur d'omnibus sur la ligne de la Madeleine à la Bastille ; cas qui présentait bien quelques différences avec celui de M. J..., la tumeur étant chez lui *multiple* et *ganglionnaire*, alors qu'elle était *unique* et me semblait *enkystée* chez M. J.... Cependant, je résolus d'appliquer à ce nouveau cas le même traitement suivi pour le premier, modifié toutefois suivant les différences de la constitution du sujet, et la nature de l'état morbide ; cet état morbide offrant pour moi un élément générique commun : la *sub-inflammation*.....

Mais désirant, en cette grave occurrence où tant d'hommes éminents avaient porté leur jugement, m'éclairer de l'avis d'un MAITRE, et me rappelant que la guérison de D... avait été obtenue sous la direction du professeur Lisfranc, je proposai à M. J... de le conduire près de ce chirurgien célèbre. M. J..., qui aurait volontiers donné la moitié de sa fortune pour obtenir sa guérison, fut d'autant plus enchanté de ma proposition que, par extraordinaire, disait-il, il n'avait pas encore consulté le chirurgien de la Pitié.

Le 9 février, nous nous rendîmes donc, M. J., et moi, à la consultation de M. Lisfranc. Ce chirurgien parut assez vivement intéressé pour le cas de M. J... et pour l'historique qui s'y rattachait ; et après avoir approuvé mon diagnostic et mes vues sur le traitement à suivre, il formula ainsi ce traitement :

1° Appliquer, tous les douze à quinze jours, au pourtour et sur les limites de la tumeur, et, suivant l'effet obtenu, des sangsues en nombre décroissant à chaque fois (exemple : 30, 20, 15, 10, 6, 4 ; 25, 18, 12, 8, 4, 2). Dans l'intervalle de ces applications, faire, matin et soir, à la dose d'un et demi à 4 gros (2 à 4 grammes), graduellement et pendant 5 à 6 minutes sur cette tumeur avec des frictions la pommade d'iodure de plomb. Lorsque la tumeur sera très chaude et trop excitée, la recouvrir le soir en se couchant d'un cataplasme émollient. Prendre un bain général tiède au moins deux fois par semaine, et alternativement simple et alcalin

2° Donner à l'intérieur, aussi matin et soir, une cuillerée à bouche de la potion suivante, dont la base sera graduellement élevée de un gros à six (4 à 24 grammes), si toutefois la tolérance de l'estomac pour ce médicament s'établit sans accidents. Mais si ces accidents (vomissements, diarrhée, inappétence, céphalalgie) survenaient, on le suspendrait ou on en diminuerait la dose jusqu'à ce qu'ils fussent dissipés.

Eau distillée,	6 onces (180 grammes).
Iodure de potassium,	1 gros (4 grammes).

F. M.

T. La dose indiquée de sette potion sera prise, selon l'effet obtenu, dans un demi-verre d'eau fraîche ou de tisane de houblon.

3° Régime doux et sévère, sans être par trop débilitant.

4° Vie régulière. Eviter autant que possible les réactions morales vives, le coït rapproché et la colère surtout.

Ce traitement a été suivi très régulièrement pendant près de quatre mois. Alors la tumeur était considérablement réduite ; et tous les accidents généraux ayant disparu, le malade s'est un peu relâché de la rigueur des prescriptions, et, par cela même le noyau de la tumeur a été plusieurs mois à décroître. Mais enfin il a complètement disparu, et M. J..... est à la fois rentré dans ses habitudes et dans son état de santé tout à fait normal.

Voilà, je pense, en même temps un beau fait clinique et une preuve éclatante de l'influence immense que peut exercer sur la chirurgie proprement dite, la médecine physiologique ; ou, en d'autres termes, un fait établissant péremptoirement la supériorité du chirurgien *vraiment médecin* sur celui qui ne l'est pas !... Le traitement a été long, sans doute, et accompagné de beaucoup de petits épisodes, de petits épiphénomènes morbides qu'il a fallu savoir conjurer et éteindre à leur apparition..... Mais qu'est-ce que cela en comparaison d'une opération sanglante en un tel lieu, et surtout chez un individu pusillanime et fatalement prévenu contre elle ! Combien de fois n'ai-je pas vu dans les hôpitaux et même en ville, les opérations les plus simples, les mieux faites, et chez les malades physiquement et moralement les mieux disposés, compliquées des accidents les plus graves, les plus complexes, quelquefois même mortels ! Honneur donc aux chirurgiens qui, s'achant s'élever à toute la hauteur de leur mission, ne croient pas leur tâche accomplie quand ils ont satisfait, suivant les cas, je le répète, soit à un aveugle empirisme, soit à cette maxime superficielle et bornée de la vieille chirurgie : *Cito, tuto et jucunde* ; et chirurgiens vraiment physiologistes, combinent avec sagesse, intelligence et résolution, les triples ressources de la médecine *préventive*, de la médecine *curative* et de la médecine *opératoire* !

Recevez, mon cher confrère, la nouvelle assurance des sentiments affectueux et très distingués de votre confrère dévoué,

LA CORBIÈRE, D.-M.-P.

NOUVELLES.

Un accident, malheureusement trop fréquent tous les ans à cette époque, vient d'arriver à Paris. Vendredi dernier, deux personnes demeurant rue du Petit-Carreau, 32, étaient allées se promener au bois de Boulogne, où elles avaient ramassé des champignons. Au retour, les champignons furent préparés, et l'on crut être certain qu'ils étaient de bonne qualité, parce qu'en les accommodant avec le lait, le lait n'avait pas tourné. Cinq personnes mangèrent de ces champignons, et dès le soir toutes cinq ressentirent les effets de l'empoisonnement. Les souffrances ont été atroces, et, malgré tous les secours, deux d'entre elles ont succombé dans la nuit du dimanche au lundi ; deux autres sont dans un état qui laisse peu d'espoir, et la cinquième personne, qui avait moins mangé de ce mets redoutable, est hors de danger.

— Le 14 de ce mois, vingt-cinquième anniversaire du jour où M. Œrstedt, professeur de physique à l'Université de Copenhague, fit l'importante découverte de l'électro-magnétisme, le roi a conféré à cet illustre savant des lettres de noblesse héréditaire avec le titre de baron.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) Nº. 102. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe).

Plusieurs cas de paralysie locale. Un nouveau cas de paralysie du muscle grand dentelé.

Nous allons rapporter plusieurs observations de paralysie locale due à des lésions de divers cordons nerveux, et produite par des causes très variées. Ainsi, nous verrons successivement, tantôt sous l'influence seule du froid, du vice rhumatismal ou même sans cause appréciable, tantôt à la suite d'une lésion physique ou organique de l'appareil nerveux, ou d'une affection générale qui ne laisse pas de traces appréciables par les sens, les nerfs oculo-moteurs commun, pathétique, facial, thoracique postérieur, circonflexe, radial et cubital, frapper de paralysie complète ou incomplète les organes auxquels ils se distribuent.

Comme la paralysie du muscle grand dentelé, qui reçoit exclusivement ses filets nerveux du nerf thoracique postérieur, a attiré, surtout dans ces derniers temps, l'attention des pathologistes (*voir* les numéros du 21 juin, du 5 et du 26 juillet 1845 de la *Gazette des Hôpitaux*), nous commencerons par relater avec tous les détails nécessaires une nouvelle observation de cette affection.

Nous profitons de cette occasion pour signaler une omission, sans doute involontaire, qui s'est glissée dans les écrits qui ont trait à cette maladie. Nous voulons parler d'une observation qui a été publiée en 1839 (numéro du 5 septembre, *Gazette des Médecins-Praticiens*), par M. Jobert, et dont il n'est fait mention dans aucun des mémoires parus depuis cette époque. Notons seulement que le malade qui fait le sujet de celle observation est le même dont l'observation fut publiée l'année suivante par M. Marchessaux.

M. Desnos, tout récemment encore (juin 1845), a essayé de réunir dans sa thèse tous les faits de ce genre qui existaient alors. Aux quatre faits qui s'y trouvent consignés, on doit en ajouter un cinquième observé dans le service de M. Nélaton, et publié par MM. Beau et Maissiat dans leur mémoire sur le mécanisme des mouvements respiratoires. (*Arch. gén. de Med.*, mars 1843.)

Dans le mois de juillet de cette année, la *Gazette des Hôpitaux* a mentionné deux autres cas de cette paralysie.

C'est donc le huitième fait de ce genre que nous allons rapporter.

Doudas (Georges), âgé de vingt-trois ans, serrurier, entre à l'hôpital Saint Louis le 21 juillet 1845, et est couché au nº 38 de la salle Saint-Augustin.

Cet homme est d'un bon tempérament; quoique de moyenne taille, sa constitution est presque athlétique; le système musculaire est surtout très développé.

Il n'a jamais eu de maladie syphilitique, n'a jamais manié de préparations saturnines, et ne porte aucune trace de l'affection scrofuleuse. A aucune époque de sa vie il n'a été atteint d'affection soit rhumatismale, soit analogue à celle qu'il présente aujourd'hui. Dans ces derniers temps, il n'a point éprouvé de refroidissement notable, et ne peut pas, par conséquent, attribuer au froid la cause de la maladie dont il est affecté.

Il y a sept semaines, cet homme, habitué à travailler avec un marteau de trois kilogrammes, se servait depuis deux jours d'un marteau qui en pesait neuf, lorsqu'il éprouva tout à coup, en travaillant, une faiblesse notable dans le membre supérieur droit, et une gêne très prononcée, surtout dans les mouvements d'élévation. L'épaule correspondante devint douloureuse, même dans l'état de repos, et à tel point que la nuit, pour goûter quelques instants de sommeil, il était obligé de se coucher sur le côté gauche. Ces douleurs durèrent une semaine et diminuèrent ensuite d'intensité, sans cependant disparaître tout à fait. Il continua néanmoins de travailler, en reprenant toutefois un marteau plus léger.

Au bout d'un mois seulement, ses compagnons de travail s'aperçurent que l'épaule droite offrait une saillie très prononcée qui n'existait point à l'épaule gauche, et attribuèrent cette difformité à une luxation.

A cette époque, les mouvements d'élévation du membre supérieur droit étaient très gênés. Au dire du malade, une douleur assez vive occupait les régions antérieure, postérieure et externe de l'épaule correspondante, et se faisait ressentir, non-seulement pendant son travail, mais encore pendant le repos. Les autres mouvements du bras, quoique gênés et déterminant une saillie plus ou moins prononcée dans la région scapulaire, s'exécutaient assez bien pour lui permettre de travailler encore pendant quinze jours.

Au bout de ce temps, il cessa tout travail et prit quatre bains de vapeur dans l'espace d'une semaine. N'éprouvant aucune amélioration à la suite de ce traitement, le malade se présenta à la consultation de M. Jobert, qui le reçut dans son service. Il offrait les symptômes suivants :

Le corps étant mis à découvert, le thorax est large, bien développé, et n'offre, ainsi que la colonne vertébrale, aucune difformité.

La difformité de l'épaule étant un des principaux caractères de l'affection de notre malade, doit d'abord fixer notre attention, et, comme les déplacements de l'omoplate varient beaucoup dans certaines positions du membre, nous aurons soin d'indiquer les positions dans lesquelles la difformité est à son maximum ou à son minimum ; nous nous occuperons ensuite des douleurs, des mouvements, et enfin de l'état des muscles voisins.

Difformité. — Si l'on examine le sujet dans l'état de repos, *le tronc et la tête étant fixes et les bras pendants le long du tronc*, voici ce que l'on observe :

En avant et des deux côtés la clavicule offre une direction normale, et les creux sus et sous-claviculaires sont parfaitement conservés.

En arrière, la région scapulaire gauche forme avec les parties voisines une surface presque plane, tandis que l'épaule droite est plus saillante : de ce côté, on remarque une surface large, convexe, triangulaire, évidemment formée par l'omoplate, qui est écarté du thorax et comme soulevé en sa totalité ; en effet, cette saillie existe au niveau, non-seulement de son angle inférieur et de son bord vertébral, mais encore de son angle supérieur et interne et de son bord axillaire.

L'épaule droite paraît plus élevée que la gauche, de sorte que les tissus qui séparent l'apophyse mastoïde de l'apophyse acromion représentent un plan moins oblique du côté droit que du côté gauche. Si l'on cherche à apprécier par la mensuration le degré d'élévation de l'épaule malade, on trouve que *cette élévation peut être évaluée à quatre centimètres.*

Ce que l'on peut affirmer, c'est que, dans le cas qui nous occupe, malgré le rapprochement de deux centimètres de l'angle inférieur du scapulum vers la colonne vertébrale, le moignon de l'épaule malade n'est point abaissé.

Si, pour apprécier la difformité que présente l'épaule droite dans la même position (les bras étant appliqués près du tronc), on a encore recours à la mensuration, on trouve : 1° que la distance qui sépare l'angle inférieur du scapulum de la colonne vertébrale est de 11 centimètres pour le côté malade et de 13 centimètres pour le côté sain ; il y a donc rapprochement de 2 centimètres de l'angle inférieur vers la ligne médiane du tronc ; 2° que la saillie du bord vertébral du scapulum droit est de 2 centimètres et demi.

Lorsque les bras sont portés en avant et tendus horizontalement, la difformité est bien plus considérable. On constate, en effet : 1° que l'élévation de l'omoplate est encore de 4 centimètres ; 2° que la distance qui sépare la rangée des apophyses épineuses de l'angle inférieur du scapulum est de 10 centimètres pour le côté malade et de 17 pour le côté sain ; l'angle inférieur du côté malade est donc rapproché de 7 centimètres ; 3° que la distance de la colonne vertébrale à l'angle supérieur et interne est de 6 centimètres pour le côté malade, et de 8 centimètres pour le côté sain ; 4° que la saillie du bord vertébral de l'omoplate droit est de 7 centimètres à sa partie supérieure et de 8 centimètres à son angle inférieur.

Lorsque les bras sont portés en haut, la difformité est portée au même degré. Ainsi, l'élévation et la saillie du scapulum restent les mêmes; mais le rapprochement de son

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Jour heureux. — Charmant envoi. — La poésie et les médecins. — Délassements permis et défendus. — M. Prosper Viro. — Un touriste en Algérie. — Un poète à Bicêtre. — Reconnaissance. — La salle de l'Académie. — Les dentistes de Paris. — Un de ces messieurs trop galant. — Boîte aux lettres. — Les dents osanores.

Je suis aujourd'hui inondé de poésie. On a ainsi des jours de bonheur qui compensent un peu ces tristes semaines passées dans la prose pâteuse ou les filandreuses oraisons de messieurs tels et tels. Dieu soit loué; voici un élégant petit volume tout imprégné de ce parfum littéraire si doux à respirer; charmant envoi gracieusement adressé à Jean Raimond par *M. Prosper Viro*, pseudonyme sous lequel se cache à demi un de nos graves et dignes confrères qui craint, et c'est à bon escient, que la réputation d'homme d'esprit et de goût, que la réputation de poète surtout, n'annihilent et n'emportent sa réputation de médecin. C'est bien cela ! Le délassement purement littéraire est interdit au médecin par ordre suprême de nos grands praticiens. Pendant trois mortelles heures, vous pouvez vous attabler devant les somptueux festins des Lucullus modernes; vous pouvez encore vous livrer aux savantes combinaisons du whisth ou aux émotions du lansquenet ; permis à vous de parader dans un salon, de médire dans un cercle, de jalouser votre voisin, de courtiser sa femme, et bien d'autres choses encore qui forment le chapitre des distractions permises sans détriment pour la réputation de praticien. Mais si, à ces amusements illicites ou frivoles, vous préférez le calme de votre intérieur; si votre lampe austère ne s'allume le soir que pour vous permettre de retremper votre esprit et votre cœur aux pages immortelles de nos grands écrivains, à cette source vive des belles et nobles pensées revêtues d'un beau langage, si les tristes réalités de la vie n'ont pas détendu toutes les cordes poétiques qui résonnaient, harmonieuses, dans le ferment de votre adolescence ; oh, prenez garde ! Des gens qui ont de bien bonnes raisons pour n'aimer ni le style, ni l'esprit, ni le goût, vont vous frapper de cette accusation atroce dans ses conséquences et indélébile : *Médecin de cabinet !* Cela veut dire que vous êtes à tout jamais impropre à compter les pulsations de l'artère radiale ou à faire tirer la langue à un malade.

M. Prosper Viro, qui cependant a fait ses preuves en médecine pratique, et à qui je ne veux pas rendre le mauvais service de le désigner autrement, a tant soit peu redouté l'accusation, et je ne l'en blâme pas. Son poème est intitulé : *Un touriste en Algérie*; c'est donc un voyage en vers :

> Voyager, courir la campagne,
> Gravir les rocs, fendre les eaux,
> Gambader par monts et par vaux,
> Quand la gaîté nous accompagne,
> Quelle source de longs plaisirs !
> Quel bonheur digne qu'on l'envie !
> Doux passe-temps, féconds loisirs,
> Qui sèment par avance, au gré de nos désirs,
> D'impérissables fleurs le déclin de la vie.

L'auteur paraît se donner tous les ans cette douce jouissance :

> Pour ma part, j'ai plus d'une fois
> Savouré cette aimable ivresse.
> . . . .
> J'ai vu Bade, les bords du Rhin
> Et les glaciers de l'Helvétie,
> . . . .
> . . . .
> Et, le bâton en main, au sein des Pyrénées
> Escaladé d'un pied hardi
> La Brèche de Roland et le Pic du midi.
> . . . .
> Nous avons dirigé nos pas vers l'Italie
> . . . .
> Sous nos regards alors, et je les vois encore
> Comme un rêve fascinateur,
> Ont passé tour à tour ces villes que décore
> Ou l'art, brillant linceul dont l'éclat les colore,
> Ou des temps reculés le prestige enchanteur :
> Ainsi Milan, Padoue et Venise la belle ;
> Gênes, Pise, Florence, et celle qui s'appelle
> La reine de tout l'univers;
> Et Naples sa voisine *aux bosquets toujours* [illegible];
> Enfin, dix-sept cents ans sous la lave [illegible]
> Pompeia qui s'éveille, étonnante momie,
> Et revoit son beau ciel de ses yeux entr'ouverts.

Il y a, certes, du mouvement et de la spontanéité dans ces vers ; les deux derniers surtout me paraissent réellement beaux.

L'auteur, que les exigences de ce feuilleton me font regretter de ne pouvoir suivre, parcourt ainsi, en plus de deux mille cinq cents vers, le chemin qui conduit de Paris à Alger, l'Algérie tout entière, et son récit, semé d'incidents et d'épisodes, forme une lecture pleine d'attraits et de charme.

Voulez-vous, avec cet heureux voyageur, pénétrer dans une de ces délicieuses retraites réservées aux plaisirs des anciens maîtres de ces lieux? Savez-vous, jeune et incandescent lecteur, quels trésors de beautés cachent à tous les regards les murs jaloux d'un harem? Ecoutez le poete :

> D'un boudoir que décore un luxe gracieux,
> Nous venons de franchir le seuil mystérieux.
> Là, deux jeunes beautés s'offrent à notre vue :
> L'une, apparition passagère, imprévue,
> Est Oréda ; sans doute auprès d'elle, *d'abord*,
> On reste fasciné de son charmant abord ;
> Isolée, Oréda paraît fraîche et jolie,
> On aime ses yeux noirs, la blancheur de son sein,
> Ses pieds si gentiment croisés sur un coussin;
> Mais, quand on voit Fathma, comme vite on l'oublie !
> Qu'elle est pâle à côté de cet ange d'amour,
> De cet être idéal aussi pur que le jour!
> Fathma sur un divan mollement accroupie,
> Relève à notre aspect sa paupière assoupie :
> Comme elle est belle ainsi ! d'une main soutenu,
> Se cambre avec langueur son corps à demi-nu ;
> Autour de l'*asisbah*, sa coiffure de fête,
> Mariant leurs festons de feuilles et de fleurs,
> Le jasmin, la cassie aux suaves couleurs,
> Serpentent en spirale et parfument sa tête ;
> Un tissu transparent, broché de soie et d'or,
> Dessine et voile à peine, et mes rimes décentes
> Respecteront ce précieux trésor,
> D'un buste adolescent les richesses naissantes ;
> Ses jambes qu'elle croise ont pour tout vêtement,
> D'un double bracelet le coquet ornement,
> Et sur leur frêle appui, mobile dans sa pose,
> Sa taille de péri s'affaisse et se repose ;
> Ses hanches dont un peintre envierait les contours,
> Gonflent les plis soyeux, voluptueux atours,
> Qu'un ample pantalon autour d'elle rassemble ;
> Etc., etc.

Ces citations, que je ferais plus étendues si je ne cédais qu'à mon propre penchant, suffiront je l'espère pour faire apprécier le talent pur et distingué de M. Prosper Viro, et pour légitimer son entraînement à oublier quelquefois le plessimètre et le stéthoscope pour la lyre du poète.

— Je passe à un autre. Celui-ci n'est qu'un pauvre et jeune malade de la division des aliénés de Bicêtre qui, après avoir reçu dans cet établissement et de M. le docteur Voisin, les soins les plus em-

angle inférieur vers la ligne médiane est moitié moindre. On trouve, en effet, que cet angle est distant de la colonne vertébrale de 16 centimètres pour le côté malade et de 20 centimètres pour le côté sain.

Douleurs. — Quand le bras est rapproché du tronc, le malade ne ressent plus ces douleurs spontanées qui existaient au début et qui étaient assez vives pour causer de l'insomnie pendant la première semaine.

Lorsque le bras est porté en avant et horizontalement, ou bien en dehors et dans l'élévation, le sujet se plaint de ressentir des douleurs, ou plutôt des tiraillements, en trois points bien distincts qu'il indique lui-même en y portant la main; ces tiraillements existent, les uns en avant, vers les insertions antérieures du muscle grand dentelé; les autres en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; d'autres enfin en haut, vers le bord interne de l'apophyse acromion. Aucune sensation de douleur ou de tiraillement ne se manifeste dans le creux axillaire.

Il ne ressent également ni douleurs, ni fourmillements, ni engourdissements dans le membre supérieur qui correspond à l'épaule malade. Ce membre est encore aujourd'hui, comme au début, plus faible que celui du côté gauche, et cependant il est loin d'être atrophié. En effet, si à une même hauteur on mesure la circonférence des deux bras, on trouve que celle du bras droit est de 30 centimètres, et celle du bras gauche de 28 centimètres. Du reste, le malade dit avoir remarqué depuis longtemps que les membres du côté droit étaient plus développés et plus forts que ceux du côté opposé.

Mouvements. — Les mouvements des doigts, de la main, ainsi que ceux de l'avant-bras du côté droit, sont parfaitement conservés; quant à ceux du bras, il en est tout autrement. En effet, quand on lui imprime certains mouvements, quand on le porte, par exemple, soit en avant, soit en dehors ou en haut, il est facile de constater que ces mouvements ne se passent point dans l'articulation scapulo-humérale; la tête humérale paraît rester fixe, et c'est l'omoplate qui, selon les cas, se déplace plus ou moins et produit la difformité dont il s'agit.

Le sujet ne peut élever le bras qu'incomplétement et avec beaucoup de difficulté; lorsqu'il réunit tous ses efforts, l'humérus droit forme avec le tronc un angle de 45 degrés environ; s'il essaie d'élever le bras davantage, le tronc se fléchit du côté opposé, la tête s'incline à gauche, et, en réalité, l'angle n'a pas augmenté.

Si on maintient l'omoplate fortement appliqué contre le plan costal, les muscles grand pectoral et deltoïde, trouvant un point d'appui solide dans le scapulum, peuvent se contracter avec avantage pour porter le bras soit en avant, soit en haut; le malade lui-même peut alors imprimer au bras tous les mouvements possibles sans douleurs et sans qu'il en résulte une difformité bien prononcée à la région scapulaire. Pendant l'élévation du bras, on voit le scapulum éprouver un mouvement de bascule en vertu duquel son angle inférieur est porté en dehors et en haut de cinq centimètres environ.

La possibilité d'élever le bras, quand l'omoplate a été préalablement fixée contre les côtes, prouve d'une manière bien évidente que la difficulté des mouvements du bras dépend du défaut de fixité de l'omoplate, c'est-à-dire de la paralysie du muscle grand dentelé, et qu'elle ne peut être attribuée dans ce cas à la paralysie du muscle deltoïde, affection qui prive aussi le membre du mouvement d'élévation.

Quant aux mouvements de l'épaule, ce malade offre ceci de remarquable: l'élévation du moignon de l'épaule et la rotation du scapulum sur son axe (mouvements qui ont été peut-être à tort attribués au muscle grand dentelé) peuvent être effectuées assez facilement, mais alors la difformité apparaît plus ou moins.

Etat des muscles voisins. — Si, lorsque la difformité est portée à son plus haut degré, c'est-à-dire lorsque le bras est dans l'élévation, on cherche à se rendre compte de l'état des muscles qui s'insèrent à l'omoplate, on en trouve quelques-uns qui sont dans la contraction, et d'autres qui sont plutôt tendus ou tiraillés que contractés. Ces deux états, que l'on a confondus, doivent être distingués; ils sont toutefois assez difficiles à constater, surtout dans la région scapulaire. La sensation de dureté que présentent les muscles contractés ou leurs extrémités, nous paraît insuffisante. En effet, pour en citer un exemple pris dans une autre partie du corps, le tendon d'Achille offre la sensation d'un cordon plus dur dans la flexion du pied que dans son extension sur la jambe; et cependant, dans le premier cas, il n'est que tendu ou tiraillé.

Qu'il nous suffise donc de dire que, chez notre malade, le muscle angulaire et le bord supérieur du trapèze, les muscles grand et petit ronds, ainsi que le rhomboïde, présentent au toucher une sensation très manifeste de dureté. Cette sensation dépend-elle de la contraction de ces muscles ou de leur tiraillement? Il nous semble difficile de répondre à cette question; nous dirons cependant que le muscle rhomboïde nous paraît tiraillé par le soulèvement du bord vertébral de l'omoplate, ou par son écartement du plan costal. Quant au muscle deltoïde, il est évidemment contracté.

Lorsque l'on veut introduire les doigts entre les côtes et le scapulum, on en est empêché par la tension du muscle rhomboïde; ce n'est guère que vers l'angle inférieur et la partie inférieure du bord vertébral que l'on peut explorer la fosse sous-scapulaire.

Tels sont les symptômes locaux que présente ce malade. Quant aux appareils circulatoire, digestif et respiratoire, ils n'offrent rien de particulier. En un mot, l'état général est très satisfaisant.

Cette observation mérite surtout de fixer l'attention par la localisation de la paralysie. En effet, dans certains cas de ce genre qui ont été publiés, l'affection ne paraissait pas si bien localisée: ainsi, tantôt il y avait paralysie de tous les muscles de l'épaule, et même des quatre membres, comme dans le cas récemment observé à l'hôpital des cliniques par M. Nélaton; tantôt il y avait atrophie de tous les muscles de l'épaule et du bras, comme chez le malade de M. Briquet.

Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que, chez notre malade, la difformité est à son maximum lorsque le bras est porté en haut ou en avant; et, chose singulière, c'est précisément dans ces deux circonstances que MM. Gendrin et Rayer ont vu disparaître chez leurs malades la tumeur produite par le soulèvement de l'angle inférieur et du bord spinal de l'omoplate.

Relativement à l'étiologie de la paralysie du muscle grand dentelé, déjà, en 1839, M. Jobert s'exprimait ainsi dans ses Etudes sur le système nerveux, tome II, p. 699: « Le muscle grand dentelé peut être paralysé quand le rhumatisme s'est fixé sur les nerfs qui l'animent, et qui lui sont fournis par les branches thoraciques postérieures. »

Chez le malade dont nous venons de rapporter l'observation, on ne peut évidemment soupçonner l'influence de cette cause tandis que le tiraillement du nerf thoracique postérieur paraît plutôt avoir contribué à la production de cette paralysie. Sous ce rapport, ce fait se rapproche du cas observé pour la première fois par M. Velpeau, et dans lequel il y eut contusion du nerf. Ces deux paralysies du muscle grand dentelé reconnaîtraient donc une cause traumatique.

M. Jobert attire l'attention sur le diagnostic de cette affection, et fait remarquer que dans ce cas la difformité de l'épaule est tellement prononcée, tellement caractéristique, qu'il suffit d'avoir observé déjà cette maladie pour ne pas s'y méprendre. Aussi, sans examiner minutieusement l'épaule du nommé Doudas, M. Jobert n'hésita point un instant à porter le diagnostic d'une paralysie du grand dentelé.

Ce chirurgien, outre les formes idiopathique ou rhumatismale et traumatique, en admet encore deux autres d'après l'intensité du mal: ce sont les paralysies complète ou incomplète, que l'on reconnaîtrait d'après le degré du déplacement de l'omoplate.

Quant au pronostic de cette affection, il l'établit de la manière suivante: Lorsque la cause traumatique a été très forte, et par là même le tiraillement du nerf très intense, M. Jobert pense que l'affection est incurable; si l'affection existe depuis longtemps, c'est encore une circonstance défavorable; enfin, s'il y a déjà atrophie des muscles, il lui paraît tout à fait impossible de rétablir les mouvements volontaires. Chez le sujet qui nous occupe, il espère que le tiraillement exercé sur le filet nerveux qui se rend au muscle grand dentelé n'a pas été assez intense pour rendre la paralysie incurable.

S'il est facile de reconnaître ici la nature de la maladie, il n'est pas aussi facile de la combattre avec succès; et, bien qu'on ait déjà employé, chez le nommé Doudas, des médicaments très variés, tels que douches, bains de vapeur, frictions irritantes, vésicatoires, ventouses, moxas, il n'existe pas encore une amélioration notable.

C'est au cautère actuel que M. Jobert doit avoir recours, et l'on sait quels avantages il retire de ce remède héroïque dans un assez grand nombre d'affections.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Corps étranger dans la trachée-artère. Trachéotomie. Guérison.

Au numéro 30 de la salle Sainte-Thérèse a été couchée une fille de quatre ans et demi, qui fut amenée à l'hôpital le mardi 12 août de Coulommiers. Cette enfant avait avalé, en jouant, un haricot qui avait passé dans le larynx. Aussitôt que l'accident fut arrivé, suffocation, accès de toux, dyspnée extrême. On envoya chercher un médecin de Coulomiers, qui, l'année dernière, avait eu déjà occasion d'adresser à M. Guersant un enfant absolument dans les mêmes circonstances. Des vomitifs furent administrés sans succès à la petite malade, et le médecin dont nous parlons donna aux parents le conseil d'apporter leur enfant immédiatement à Paris.

Au moment où on la vit pour la première fois, on nota des quintes de toux assez prononcées, de l'anxiété par moments, phénomènes auxquels succédaient des intervalles de calme; la face était un peu plus colorée qu'à l'état normal. La percussion était normale en avant et en arrière; on entendait un peu de râle sibilant et muqueux dans les deux côtés de la poitrine, tant en avant qu'en arrière. Puis enfin, en appliquant la main au-devant du cou, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, on sentait manifestement un corps solide qui allait et venait dans la trachée artère. Lorsque l'enfant était pris de toux, on sentait encore mieux ce mouvement de va-et-vient. Les renseignements fournis par les parents, l'insuccès du vomitif administré à l'enfant, l'ensemble des phénomènes que l'examen direct fit constater permirent à M. Guersant d'affirmer qu'un corps étranger solide était en effet contenu dans la trachée. Au moment de l'examen, l'accident datait de deux jours.

Le plus ordinairement, les corps étrangers qui se trouvent dans ces conditions sont les haricots crus. M. Guersant a vu

---

pressés et les plus fructueux, a cédé à un élan de reconnaissance dans les stances qu'il a eu la bonté de m'envoyer:

Bicêtre.

Non, Bicêtre n'est point ce que le monde pense!
Ce n'est point un cachot aux infâmes verrous,
Un cloaque où Paris, bourreau de l'indigence,
Entasse pêle-mêle et malades et fous.

C'est un vaste hôpital, c'est une ville, un monde,
Où de tous les pays, de tout rang et sans choix,
La foule des souffrants de tous côtés abonde...
— La charité pour tous y dicte mêmes lois.

Moi, j'ai droit de parler; car j'y suis, à Bicêtre.
Alors que j'arrivai, j'allais sans savoir où...
La fièvre me brûlait, c'est un bonheur peut-être...
J'aurais eu peur d'entrer si je n'eusse été fou.

. . . .

Mais un puissant génie est là qui toujours veille.
Au cri de la douleur il vole, il est partout.
On dirait qu'à sa voix la raison qui sommeille
Parait... comme un esclave à qui l'on dit: debout!

. . . .

Oh! c'est que ce regard évoque la pensée...
Elle veut se cacher, la rebelle, elle fuit...
Miracle du génie! Il poursuit l'insensée,
L'éclaire; il est pour elle un flambeau dans la nuit.

F. D.

— Mais il faut que je revienne aux réalités de notre petit monde. Il est fort heureux que la poésie soit un peu venue à mon secours; car les événements du moment sont rares et fort maigres. La Faculté est en vacances et l'Académie ne fait pas grand'chose. A propos de cette dernière, je dois charitablement avertir M. Mérat qu'elle tombe en déliquium. Je parle de ses murs, dont les peintures, ou plutôt le modeste badigeon octroyé par la munificence ministérielle, disparaît sous les efflorescences que l'humidité a fait pousser. Les *byssus* et les champignons croissent sous les banquettes, et en entrant dans cette docte enceinte, une certaine odeur de moisi saisit fort désagréablement l'organe olfactif. Il est certain qu'on respire dans cette salle un air humide et froid fort peu hygiénique. Il avait été question d'orner le coté nord de cette salle d'une copie du célèbre tableau de Rambrandt, la *Leçon d'anatomie*. On fera bien de ne pas se hâter. Il m'a semblé remarquer quelques altérations dans le magnifique portrait de Vesale, par le Titien, légué à l'Académie par le baron Portal. La section d'hygiène de l'Académie ne pourrait-elle donc aviser aux moyens d'assainir cette salle, véritable épigramme en moellons, contre la médecine et les médecins?

— Messieurs les dentistes ne se contentent pas d'user et d'abuser de la publicité, de noircir de leurs annonces véridiques......, comme celles des arracheurs de dents, la quatrième page des journaux, d'inventer les plus extravagantes formules de la réclame et les plus incroyables *puffs* que le génie de l'annonce ait inventés. — Ici, j'éprouve le besoin d'ouvrir une parenthèse. (Messieurs les dentistes sont-ils donc tant coupables? Malgré les lois de ventose, et à la barbe de M. Adelon, qui défendent les unes et l'autre d'exercer une branche quelconque de l'art de guérir sans un petit bout de diplôme, les tribunaux ont *jugé* que l'art du dentiste était un art *libéral* par excellence, c'est-à-dire à la portée de quiconque se sent un poignet assez vigoureux pour manier le baume d'acier, ou l'intelligence assez développée pour attirer par un moyen quelconque le public dans sa boutique. Aussi est-elle fort curieuse la statistique des dentistes de Paris. A part d'honorables exceptions heureusement connues du public intelligent, l'art du dentiste est tombé, chez le peuple le plus spirituel de la terre, au dernier degré des mystifications humaines. On peut même dire qu'il tombe en quenouille; car de toutes parts surgissent des dentistes en jupons, des madames de Saint-Amour, ou de Saint-Alphonse, ou de Saint-Daniel qui exploitent de leur mieux les mâchoires parisiennes. Je connais un ex-marmiton qui a quitté le couteau de cuisine pour clé de Garengeot; il exploite un superbe cabinet dans les environs du Palais-Royal. On m'a parlé d'un marchand de contremarques qui reçoit actuellement ses clients dans un somptueux appartement de la Chaussée-d'Antin. Enfin, il existe, dit-on, dans les archives du tribunal de commerce, un acte de société dont le but est l'exploitation d'un cabinet de dentiste. Le titulaire de l'emploi est un ancien marchand de bonnets de coton. Les commanditaires sont des industriels bien connus. La base de la société a été fondée sur ce calcul ci que je défère aux spéculateurs: Il y a, à Paris, un million d'habitants; cela fait deux millions de mâchoires qui, à seize dents chacune, forment trente-deux millions de clients qui, un jour ou l'autre, ont besoin du dentiste. Avec un peu d'adresse, et l'annonce aidant, on peut bien espérer un soixantième de cette clientèle, soit un peu plus de cinq cent mille dents à arracher, nettoyer, limer, plomber, embaumer, empâter, redresser, cautériser et surtout remplacer, et voyez le bénéfice!! Ce petit raisonnement fit délier la bourse des commanditaires, et les actions sont hors de prix. Tant y a que cet art aussi honorable et utile dans des mains intelligentes qu'il est dangereux et perfide dans des mains ignorantes, est aujourd'hui à la merci de qui veut l'exploiter; on ouvre un cabinet de dentiste comme on se fait marchand de marron au coin des rues. On écrit ces simples mots sur une grande enseigne: *Mn Dentiste*, ce que le public traduit ainsi. *Médecin dentiste.* Mais si la susceptibilité de messieurs du parquet s'éveille, l'abréviation ne veut plus dire que *mécanicien*, et les huissiers en sont pour leurs frais.)

Je disais donc que tous ces messieurs ne se contentent pas de l'annonce *omnibus*. Il en est que la bourse de Mercure ne tente pas seule, et qui, en style anacréontique, y joignent volontiers les myrtes de l'amour. C'est du moins ce qui se disait publiquement ces jours passés à la police correctionnelle, à propos de M. H....., un de ces Mn dentistes à qui un mari fort maussade reprochait de trop grandes complaisances pour sa femme, jeune et jolie. Ce M. Rouget, c'est le nom du mari, est venu, tout rouge de colère, demander compte à sa femme de ses visites trop fréquentes au gracieux praticien. Il en conservait une dent fort longue, comme vous allez voir; et malgré les protestations de la jolie madame Rouget, qui mettait tout sur le compte de l'odontotechnie, M. H..... a été convaincu de vouloir manger à deux rateliers. Ce qui semble assez naturel pour un dentiste.

Les débats ont révélé une circonstance assez singulière. Une perquisition fut faite chez M. H......, et là on trouva de nombreuses correspondances, où il faut avouer que la reconnaissance semble quelquefois aller jusqu'à l'amour. Les lettres de madame Rouget se distinguent entre autres par leur ton passionné. M. H .... est un homme d'ordre; toutes les femmes qui ont daigné l'honorer de leur confiance ont leur place dans son casier. Les lettres de chacune, soigneusement étiquetées, sont retenues par d'élégants rubans roses; et, en outre, sur un gros registre qui porte le titre commercial de *copie de lettres*, il a retracé de sa main les réponses par lui adressées à ses aimables consultantes.

Grâce à cette régularité, le tribunal a su bien vite à quoi s'en tenir, et après avoir entendu les avocats, il a condamné la jolie pécheresse à un mois de prison.

On se demande si ce petit avertissement va restreindre ou étendre la clientèle du galant M. H ....

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Voici une lettre qui m'arrive à propos; elle est de M. Baudoin, dentiste distingué de Paris. Elle est relative aux dents *osanore* dont on fait grand bruit dans ce moment; j'en citerai le passage suivant, qui est assez drôlet:

« Mais ils soutiennent qu'osanore signifie *os sans or!* C'est plus
» qu'un gros non sens; car d'une part ils affirment n'employer qu'une
» nouvelle composition chimique, et d'un autre côté il n'est pas plus

deux ou trois fois Dupuytren faire l'opération de la trachéotomie chez des enfants, et chaque fois ce fut un haricot qui fut expulsé. La seule opération de trachéotomie que Boyer ait pratiquée livra de même passage à un haricot. Enfin, en trois ans, M. Guersant a fait trois fois la même opération pour extraire des corps étrangers de même nature. L'explication de ce fait est bien facile. Le volume, la forme du haricot, la pellicule lisse qui l'enveloppe sont autant de conditions qui favorisent son introduction dans le larynx. Cependant, ce n'est point à dire que d'autres corps étrangers ne puissent point s'introduire dans le larynx : on y a trouvé des portions d'os, des morceaux de viande, des pièces de monnaie. Une des premières indications, en pareil cas, c'est de bien s'enquérir de la nature du corps qui a été avalé par le malade et sa forme.

Le pronostic des accidents déterminés par un corps étranger dans le larynx est variable suivant la nature du corps avalé. Une pièce de métal, un fragment d'os, ne pourront point sortir une fois entrés, n'étant susceptibles d'aucun changement de forme ni de consistance. Mais pour les corps d'une autre nature, un morceau de viande à moitié mâché, par exemple, un haricot cuit, un morceau de pomme de terre, ils peuvent finir par être expulsés plus ou moins tardivement. On a des exemples de corps solides et très durs, des dragées introduits dans la trachée et qui ont pu être expulsés plus tard spontanément, après avoir diminué de volume.

Qu'il soit susceptible ou non d'être expulsé spontanément, le corps étranger qui s'est introduit dans l'appareil respiratoire, peut, tant qu'il y est contenu, déterminer des accidents très graves de suffocation, de dyspnée. Si les malades succombent au bout de peu de temps, c'est que le corps étranger était assez volumineux pour empêcher l'air de pénétrer dans les poumons. Toutes les fois que ce corps est assez petit pour permettre le passage de l'air, le malade peut continuer à vivre pendant assez longtemps, tout en présentant des accidents caractéristiques.

M. Guersant a opéré un enfant qui portait ainsi un haricot dans la trachée depuis dix-huit jours; une pneumonie s'était consécutivement développée dans le côté gauche de la poitrine, accompagnée d'une bronchite des plus intenses.

Relativement à la thérapeutique, les vomitifs sont rarement suivis d'heureux effets non plus que les sternutatoires que l'on a conseillés également. On a eu dans ces derniers temps l'heureuse idée de faire coucher le malade pendant quelques minutes dans certaines positions, de telle sorte que la tête fût située sur un plan inférieur à celui où se trouvent ses extrémités pelviennes. M. Lenoir a fait de cette manière sortir de la trachée-artère une pièce de 50 centimes qui s'y était engagée.

Le malade fut couché la tête en bas, et, après quelques secousses imprimées au tronc, on parvint à faire sortir la pièce. Il est évident que la forme du corps étranger est pour beaucoup dans un résultat de ce genre. Pour une pièce de monnaie, par exemple, il faut qu'elle se présente de champ dans la direction du grand diamètre de la glotte; tant qu'elle se présentera dans le sens du petit diamètre, on ne pourra obtenir aucun résultat. Lorsque c'est un haricot qui s'est introduit dans la trachée et qu'il y est resté un certain temps, l'humidité et la chaleur de ces parties le font augmenter de volume et rendent son expulsion plus difficile encore. De plus, l'étroitesse du conduit s'oppose à la sortie chez l'enfant plus que chez l'adulte.

De tout ceci résulte la nécessité de faire l'extraction du corps étranger au moyen d'une opération. Quelles sont les difficultés que l'on peut rencontrer en pareille circonstance? Les chances sont toutes en faveur du malade, puisque l'opération a pour résultat de le débarrasser du corps étranger contenu dans l'appareil respiratoire; partant, de prévenir les inflammations soit bronchiques, soit pneumoniques. Mais il peut se faire aussi que l'opération soit suivie d'accidents, soit immédiats, soit secondaires, accidents auxquels on attache, du reste, beaucoup moins d'importance qu'autrefois, maintenant que le chiffre des opérations de trachéotomie s'est considérablement augmenté, et qu'il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu occasion de la faire plusieurs fois. M. Guersant, pour sa part, l'a pratiquée plus de cinquante fois, tant à l'hôpital qu'en ville. Un des accidents les plus fréquents, c'est l'hémorrhagie veineuse déterminée par la section des veines superficielles, et qui ne cause plus la moindre inquiétude aux chirurgiens. Lorsque l'on ouvre la trachée, il est possible que le sang se précipite par l'ouverture que l'on vient de faire dans un brusque mouvement d'inspiration du malade. Cet accident n'a de portée qu'autant que la quantité de sang inspiré est très considérable, par la raison qu'elle détermine une sorte d'asphyxie momentanée. Le malade alors pâlit tout à coup et se trouve comme suffoqué. Dans un cas de cette espèce, M. Roux eut l'idée de plonger rapidement une sonde de femme par l'ouverture de la trachée, et d'aspirer vivement le sang avec la bouche; cette manière de procéder fut suivie d'un prompt succès. Il y a quelques années, M. Guersant, dans des circonstances semblables, dut recourir à l'aspiration comme l'avait fait M. Roux, et obtint le même résultat.

Le danger étant évité, quels sont les autres accidents à redouter? Lorsque l'on fait l'opération de la trachéotomie pour extraire un corps étranger, le corps étranger est expulsé aussitôt que l'ouverture est pratiquée, si elle est suffisamment grande, et que le corps soit mobile dans le tube aérien. Dans les trois dernières opérations qui ont été pratiquées par M. Guersant, il en a été ainsi, et le haricot a été spontanément envoyé au dehors. Mais lorsqu'il est engagé dans les bronches, il n'en est point ainsi. Aussi, doit-on se rappeler le signe sur lequel insiste M. Guersant, la sensation du mouvement de va-et-vient que perçoit la main appliquée sur la région antérieure du cou. Ce signe était facilement perceptible chez la malade qui fait le sujet de cet article. Lorsqu'il manque, on doit craindre que le corps étranger ne soit engagé dans les bronches, comme on l'a vu plusieurs fois, entre autres dans une opération faite par M. Blandin il y a quatre ou cinq ans. On doit alors avoir recours à des pinces coudées, un peu inclinées sur leur plat. Inutile de dire que les explorations avec cette pince devront être faites avec la plus grande prudence, dans la crainte d'enfoncer plus profondément le corps étranger dans les bronches, d'où il serait impossible de le faire jamais sortir. Dans des circonstances pareilles, M. Guersant préférerait avoir recours à la curette articulée de M. Le Roy-d'Etiolles pour extraire de l'urètre les fragments de calculs.

Une fois l'opération faite et le corps étranger extrait, les conditions dans lesquelles se trouve le malade sont excellentes, surtout si la trachéotomie a été faite de bonne heure. Par elle-même, l'opération n'est pas nuisible. Une fois le corps étranger enlevé, le malade est dans les mêmes conditions que celui qui aurait une plaie simple. Dans le croup, au contraire, le poumon et la membrane muqueuse des bronches sont plus ou moins malades; il y a sécrétion de fausses membranes, et c'est là ce qui rend la trachéotomie plus dangereuse. De plus, on est obligé de placer pendant quelque temps une canule à demeure dans la plaie, ce qui peut non-seulement entretenir, mais même produire une inflammation de toutes pièces, si elle n'existait pas. Dans le cas de trachéotomie pour extraire un corps étranger, une fois l'opération faite, le malade respire librement; lorsque la plaie est réunie, il prononce aussi distinctement qu'auparavant. En général, la plaie ne se réunit pas par première intention. M. Guersant a toujours obtenu une réunion secondaire. La cause en est dans l'impossibilité de réunir le fond de la plaie assez exactement pour empêcher complétement le passage de l'air et des mucosités bronchiques, et il est inutile de faire observer que pour que la plaie de la peau se réunisse il est de toute nécessité que la plaie de la trachée soit complétement réunie.

Chez la petite fille qui a fait le sujet de la conférence clinique de M. Guersant, aussitôt que la trachée a été ouverte, le corps étranger s'est présenté à l'orifice de la plaie, mais n'a pu sortir parce qu'elle n'était point assez étendue. Un léger débridement a été fait avec un bistouri boutonné, et les lèvres de la plaie tenues écartées avec une pince à pansement; aussitôt le haricot a été expulsé par un brusque effort d'expiration. Il s'est écoulé fort peu de sang pendant l'opération. Peu de jours après, la plaie se trouvant dans les meilleures conditions de réunion, en grande partie cicatrisée, de plus l'enfant étant très chagrine, et demandant continuellement à retourner avec ses parents, M. Guersant crut devoir la renvoyer dans son pays, dans la crainte de voir survenir des accidents fâcheux s'il la gardait plus longtemps dans les salles.

Plaques calcaires de la vessie. Diagnostic difficile.

Au n° 1 de la salle Saint-Côme, est couché un garçon de quatorze ans, d'une bonne constitution, bien portant habituellement, se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques, et assez bien nourri. Depuis deux ans sa mère a remarqué qu'il éprouve en urinant d'assez fortes douleurs, surtout lors de l'émission des dernières gouttes d'urine. Les douleurs paraissent n'avoir pas été continuelles depuis deux ans; elles ont disparu à plusieurs reprises pour reparaître ensuite. Comme elles sont devenues plus vives dans ces derniers temps, sa mère s'est décidée à l'amener à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, M. Guersant pratiqua le cathétérisme et sentit manifestement un corps rugueux, solide, sur lequel passait la sonde, et situé dans le bas-fond de la vessie. Ce corps rugueux n'était nullement saillant. Tout en faisant ses réserves pour la possibilité de l'existence d'une pierre enchatonnée, M. Guersant pensa que peut-être dans ce cas pouvait-on avoir affaire à l'une de ces plaques, de ces concrétions calcaires assez fréquentes dans l'enfance à la face interne de la vessie, plaques qui en ont imposé quelquefois à d'habiles chirurgiens pour l'existence de pierres vésicales. On introduisit l'instrument lithotriteur, et il fut facile de reconnaître que l'on ne pouvait rien saisir, et que les morts de l'instrument glissaient sur une surface rugueuse. Dès-lors, M. Guersant crut pouvoir affirmer qu'il y avait seulement concrétions calcaires du bas-fond de l'organe; affection sur la nature de laquelle on n'est point encore fixé, non plus que sur les moyens thérapeutiques à mettre en usage pour les faire disparaître.

Soumises à l'analyse chimique, les urines n'ont rien présenté en dehors de leur composition normale; elles contenaient une proportion régulière des principes qui les constituent d'ordinaire, d'acide urique, d'urée, de phosphate calcaire, etc. M. Guersant fut conduit à se demander si la nourriture de l'enfant n'aurait point eu d'influence sur la production de ces plaques, et en particulier si la privation de vin n'y aurait point été pour quelque chose. Sans pouvoir résoudre ces questions d'une manière affirmative, il est un fait positif, c'est que depuis qu'il est à l'hôpital et qu'il boit une certaine quantité de vin, l'enfant se trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant. La plupart des accidents ont cessé, il ne souffre plus en finissant d'uriner. Depuis lors, il a été sondé à plusieurs reprises, et il est évident que les plaques calcaires ont diminué de volume et d'étendue, à tel point qu'il est maintenant presque impossible d'en constater la présence. Or, on ne lui a fait suivre aucun traitement, et M. Guersant ne pense pas que le cathétérisme que l'on a pratiqué plusieurs fois ait pu avoir la moindre influence sur la maladie.

Fracture du fémur. Plaie étendue de la partie inférieure de la cuisse.

Au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse est une petite fille de quatre ans, qui fut dernièrement renversée par une voiture. La roue lui passa sur la partie supérieure de la cuisse. Elle fut apportée à l'hôpital le jour même de l'accident. Au moment de son entrée on constata une plaie énorme, située à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, dans la région inguinale. Cette plaie, très profonde, laissait parfaitement voir l'artère crurale mise à découvert. Le membre pelvien offrait une mobilité très grande qui paraissait dépendre d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. M. Guersant pensa de plus que probablement l'os du bassin du côté correspondant avait été fracturé. L'enfant présentait en outre une plaie considérable du bras du même côté. Au moment où elle fut apportée dans le service, elle était plongée dans un état demi-comateux. La réunion de toutes ces circonstances fit porter à M. Guersant un pronostic des plus fâcheux. Cependant le lendemain l'état ne s'était pas sensiblement aggravé. On fit un pansement simple; on appliqua un bandage à fracture de cuisse, peu serré, et qui maintenait également l'os du bassin. Au bout de quelques jours on fut forcé d'enlever l'appareil à fracture; un abcès se développait à la partie supérieure de la fesse, abcès qui fut ouvert et fournit une assez grande quantité de pus.

Au moment où M. Guersant entretient ses auditeurs de ce fait aussi important par ses complications que grave, il an-

» rationnel de dire os sans or, que veine sans argent, ou muscle sans » étain.

» Ne serait-ce pas plutôt *ozanaure* ou *ozenaure* qu'il faudrait écrire? » Ainsi rétabli, ce mot présente deux radicaux exacts : l'un grec *ozein*, » et dans certains dialectes *ozaein*, par contraction *ozân*, qui signifie » *sentir mauvais*. dont on a fait ozène; l'autre latin *aura*, qui veut » dire *haleine*, *vapeur*. — Des dents ozanaures sont donc des dents » qui infectent l'haleine !.... »

— Reçu une brochure intitulée : *Un mot sur le Congrès*. Je n'ai rien à répondre à cela.

— Reçu une réponse à cette brochure, signée *un délégué*. L'auteur me semble avoir pris une peine inutile. Il est des attaques auxquelles il ne faut pas riposter.

— *A M. le docteur Conche*, à Lyon. Merci, Monsieur, de votre envoi; j'en ferai un usage plus utile que celui que vous m'indiquez : il sera présenté à la commission permanente du Congrès.

— *A M. le docteur Eymard*, à Grenoble. Je n'ai jamais et nulle part revendiqué la priorité de l'idée d'un congrès médical. J'apprends avec plaisir par votre brochure, que je ne connaissais pas, que vous m'avez devancé dans cette idée. Toute justice vous sera rendue à cet égard, quoique je sois loin, bien loin, de m'associer à vos projets.

— *A M. le docteur Dezautière*, à Decize (Nièvre). Reçu votre spirituelle épître. A mardi prochain. Mais est-ce tout ce que vous pouvez faire en faveur du Congrès?

— *A M. Monsaint*, pharmacien à Elbeuf. Merci de vos efforts et de votre concours. Il sera fait droit à votre demande. Les médecins d'Elbeuf vous imiteront ils?

— *A. M le docteur Prestal*, à Pontoise. Ce que vous desirez sera fait. Merci de votre zèle et de votre empressement.

NOUVELLES.

La distribution des prix et diplômes aux élèves de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort, a eu lieu samedi, à midi, sous la présidence de M. Dittmer, directeur de l'agriculture et des haras, assisté de M. Yvart, inspecteur général des écoles vétérinaires et des bergeries royales. et de M. Regnault directeur de l'Ecole.

Cette cérémonie, qui s'est faite dans la cour des opérations, sous une tente dressée pour la circonstance et décorée avec goût, avait réuni une nombreuse société, au milieu de laquelle on remarquait MM. Provost, chef du bureau de l'agriculture et du commerce; Bella, directeur de la ferme modèle de Grignon; Bonafous (de Turin), et un grand nombre d'agriculteurs distingués des environs.

M. Dittmer, président, dans une allocution rapide et animée, a appelé l'attention de son auditoire sur la sollicitude constante de M. Cunin-Gridaine pour les écoles vétérinaires; il a exposé tout ce que le ministre avait fait en faveur de ces écoles; les améliorations qu'il y avait introduites depuis quatre ans, etc., etc. Son discours, écouté avec une attention soutenue et un vif intérêt, a été accueilli par les marques unanimes d'approbation.

M. Boulay, professeur de clinique, a obtenu la parole ensuite, et a prononcé le discours d'usage. Après lui, M. Prud'homme, chef du service des hôpitaux, a présenté le compte-rendu des travaux de l'Ecole pendant l'année 1844-1845, et la distribution des prix et diplômes s'est faite ensuite dans l'ordre suivant :

PRIX — *Première année d'études.* — 1er prix à M. Chauveau (de l'Yonne); 2e prix, à MM. Weber (du Loiret), et Jourdier (de la Côte-d'Or), élève militaire.

1er accessit à M. Lobreaux (Marne); 2e accessit à M. Leblanc (de la Seine.

Deuxième année d'études. — 1er prix à M. Jovart (de la Marne), élève militaire; 2e prix à M. Cogeon (Sarthe).

1er accessit à M. Madoulé (Nord); 2e accessit à M. Croc (Finistère).

Troisième année d'études. — Le jury a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner de premier ni de second prix.

1er accessit à M M. Fleury (d'Eure-et-Loire); 2e accessit, à M. Cailler (du Cher).

Quatrième année d'études. — 1er prix à M. Duguvot (de l'Yonne); 2e prix, à MM. Luton (Eure-et-Loire), élève militaire, et M. Noquet (du Nord)

1er accessit à M. Kœnig (du Bas Rhin); 2e accessit à M. Brouchican (des Hautes-Pyrénées) élève militaire.

— La Commission du Congrès médical ayant reconnu qu'en invitant les médecins des arrondissements à se réunir et à s'entendre pour nommer des délégués au Congrès médical, il était nécessaire de leur faire connaître le rapport et le programme des questions, a décidé qu'un exemplaire de ce programme serait envoyé sans frais à tout médecin, pharmacien ou médecin-vétérinaire qui en ferait la demande au secrétaire de la Commission, rue Richer, 44, à Paris.

— M. le docteur A. Foucart vient d'être nommé, à l'unanimité, membre-correspondant de la Société de médecine de Bordeaux, sur les conclusions d'un rapport de M. le professeur Bonnet.

— Marseille vient d'envoyer à Paris, contre l'ordonnance récente relative aux quarantaines, une pétition revêtue de 10,000 signatures.

nonce en même temps que cette enfant lui paraît dans de telles conditions, qu'il a le plus grand espoir d'obtenir la guérison, malgré le pronostic désespéré qu'il avait dû porter le premier jour. Mais il ajoute également que cette malade restera difforme, et qu'il existe déjà un raccourcissement manifeste du membre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 20 août 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Robert lit à la Société la communication suivante :

Dans une des précédentes séances, M. Huguier vous a communiqué plusieurs observations de blessures des artères de l'avant-bras ou de la jambe, guéries par la seule ligature du bout supérieur du vaisseau; et il m'a semblé ressortir de la discussion que plusieurs de nos collègues admettent cette pratique lors que la compression pratiquée préalablement sur l'artère, au-dessus du point lésé, suffit pour arrêter l'issue du sang par la blessure.

Je ne saurais partager cette opinion. Pour moi, la seule méthode vraiment efficace est celle qui consiste à lier l'artère au-dessus et au-dessous du lieu où elle a été divisée. La ligature pratiquée sur le bout supérieur seul peut bien arrêter l'hémorrhagie; mais il est à craindre que la guérison ne soit que temporaire et que le passage du sang par les anastomoses ne permettent à l'hémorrhagie de se reproduire tôt ou tard par le bout inférieur du vaisseau. Pour prouver ce que j'avance, je vais citer un fait dont j'ai été témoin peu de jours après la discussion soulevée au sein de la Société par la communication de M. Huguier.

Le 4 août j'ai été appelé près d'un restaurateur du faubourg Saint-Honoré, en proie à de graves hémorrhagies provenant d'une plaie de l'avant-bras gauche, et dont voici les antécédents.

Le 3 juillet, en travaillant, il s'enfonça la pointe d'un couteau à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche un peu au-dessus de l'éminence thénar. L'hémorrhagie fut arrêtée par une compression méthodique exercée sur la plaie. Six jours après, celle ci paraissant cicatrisée, il reprit ses occupations. Mais, le treizième jour, marchant dans la rue, il éprouva une sensation singulière dans la plaie, qui se rouvrit et donna lieu à une hémorrhagie très considérable que l'on arrêta encore par la compression. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie; l'artère radiale fut liée à deux travers de doigt au-dessus de la blessure. Une compression fut exercée sur la plaie et le bout inférieur du vaisseau à l'aide de plaques d'agaric.

Treize jours après cette opération, de nouvelles et graves hémorrhagies se manifestèrent, et c'est dans ces circonstances que je fus appelé près du malade, le 4 août, trente deux jours après l'accident.

La plaie était gonflée, et ses bords livides semblaient presque sphacelés, tant avait dû être énergique la compression employée en dernier lieu pour arrêter le sang. Le siége de la plaie me fit penser que l'hémorrhagie devait provenir ou de la radiale près de l'insertion inférieure du tendon du muscle grand supinateur, ou de la branche radio-palmaire. L'état inflammatoire des parties me détourna d'abord de l'idée d'agrandir la plaie pour chercher et lier les deux bouts de l'artère; je craignais aussi de trouver les tuniques artérielles ramollies et sécables comme Dupuytren a dit qu'elles sont en pareil cas.

Mais, d'un autre côté, pouvait on tenter la ligature de l'artère cubitale à sa partie inférieure? Je ne le pensais pas, attendu que les branches interosseuses dans ce cas suffisent pour ramener le sang dans les artères de la main, et de là dans le bout inférieur de l'artère radiale. Pouvais-je enfin songer à lier le tronc de la brachiale? Ce moyen ne me paraissait guère plus sûr même en agissant près du creux axillaire; car il existe un assez grand nombre d'observations dans lesquelles ce moyen rigoureux n'a pas empêché l'hémorrhagie de se reproduire; il est loin d'offrir les éléments de succès que présente la ligature de l'artère crurale dans les cas de blessure des artères de la jambe.

Je pris donc le parti auquel j'avais pensé d'abord, celui d'agrandir largement la plaie de manière à découvrir l'artère radiale dans une certaine étendue au-dessus et au-dessous du point blessé et de lier chaque bout à une assez grande distance de ce point pour trouver les tuniques artérielles capables de supporter le fil constricteur. L'opération fut difficile et ne dura pas moins d'une heure. Je constatai que l'artère radio palmaire avait été coupée en travers à deux millimètres de son origine à la radiale, et que l'hémorrhagie était fournie par le bout correspondant à l'origine du vaisseau. Mais je constatai avec étonnement que les parois artérielles, à part un peu de boursouflement, conservaient leur intégrité jusqu'au lieu même où elles étaient divisées, de sorte que je pus, avec sécurité, placer deux ligatures sur l'artère radiale, au dessus et au-dessous de l'origine de la branche radio-palmaire. La plaie, dont les bords ont été légèrement rapprochés avec des bandelettes agglutinatives, a été soumise, pendant les quatre ou cinq premiers jours à de fréquentes irrigations d'eau fraîche. Il n'est survenu aucun accident. Les ligatures sont tombées le quinzième jour, et aujourd'hui, dix-septième jour de l'opération, la plaie est en voie de cicatrisation très avancée.

M. Maisonneuve pense que les hémorrhagies réfractaires à la suite des blessures de la radiale et de la cubitale sont rares, et quand ces artères sont complétement divisées, l'hémorrhagie s'arrête spontanément. Si la plaie est récente, et si l'hémorrhagie ne donne pas au moment où le chirurgien est appelé, il doit, suivant M. Maisonneuve, s'abstenir de toute recherche douloureuse, dans le but de lier les vaisseaux divisés. Si l'hémorrhagie persiste ou se renouvelle, il s'agit alors d'un cas spécial, et le chirurgien ne doit pas rester inactif. Dans un cas de blessure de la cubitale observé et traité à l'hôpital Saint-Louis par M. Maisonneuve, il existait une division latérale de l'artère. Une ligature fut appliquée au dessus et une autre au-dessous de la plaie artérielle. Une artère collatérale fut également liée. C'est là un cas où la seule ligature du bout supérieur aurait été insuffisante. M. Robert a tiré du fait observé par lui, des conclusions trop absolues. En thèse générale, au contraire, il vaut mieux dans les plaies des artères du troisième ordre ne rien faire d'abord, et attendre l'apparition ou le retour des hémorrhagies pour procéder à la recherche du vaisseau et à la ligature.

M. Huguier fait remarquer que dans la communication faite par lui à la Société, il n'a pas eu la prétention de poser des principes généraux, mais seulement de prouver que dans les cas de blessures d'artères pour lesquelles on pourrait croire à la nécessité d'une double ligature, il avait suffi d'une seule ligature au bout supérieur pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Les trois cas cités par lui sont : 1° celui d'un anévrisme faux consécutif, suite d'une plaie de la radiale à son passage au premier espace inter métacarpien; 2° celui d'une blessure par plaie d'arme à feu de la tibiale postérieure; 3° celui d'une blessure de la radiale faite par le bistouri au moment où M. Huguier faisait la ponction d'un abcès situé à la partie antérieure de l'avant-bras. On ne s'aperçut pas d'abord de la blessure de l'artère; mais l'hémorrhagie ayant été reconnue, M. Huguier fit sur le lieu présumé de la plaie artérielle une incision d'un pouce d'étendue, appliqua un seul fil au-dessus, et l'hémorrhagie ne reparut pas.

M. Nélaton rappelle que la communication faite par lui porte exclusivement sur l'anévrisme faux consécutif, et que dans ce genre de lésion il persiste à croire qu'il suffit de lier l'artère, dont la compression arrête les battements de la tumeur.

M. Malgaigne s'étonne de la diversité des doctrines émises dans le sein de la Société sur le traitement des plaies artérielles vers l'extrémité terminale des membres. Il s'élève avec force contre les assertions de M. Maisonneuve, et dans tous les cas de blessure d'artères où la ligature est possible, il se hâte de la pratiquer, et cela sur les deux bouts du vaisseau. Comme preuve du peu de sécurité que l'on doit retirer de la circonstance d'une section complète de l'artère, quant à la suspension durable de l'hémorrhagie, M. Malgaigne cite le cas d'une blessure de la cubitale, dans lequel l'artère était si complétement coupée qu'il fut impossible d'en retrouver le bout inférieur. A trois reprises différentes des hémorrhagies graves survinrent, et ne furent arrêtées que temporairement par la compression qu'établirent chaque fois trois médecins différents qui furent successivement appelés. M. Malgaigne se rendit auprès du malade deux jours après la blessure, et pratiqua la ligature de l'artère, ce qui arrêta définitivement l'hémorrhagie. Il y a dix à douze ans, qu'à l'occasion d'un travail de M. Auguste Bérard sur ce sujet, M. Malgaigne ayant recherché la plupart des faits consignés dans la science, sur la blessure des artères radiale et cubitale, tira de leur analyse cette conclusion : que quand la ligature est faite promptement, il suffit d'une seule ligature au-dessus de la plaie; que quand, au contraire, elle n'est faite que tardivement, une ligature double est nécessaire. Sans méconnaître les conditions plus favorables d'une section complète du vaisseau comparée à une plaie latérale, sous le rapport de la récidive des hémorrhagies, M. Malgaigne fait remarquer combien il est difficile dans certains cas de constater auquel de ces deux modes on a affaire. M. Malgaigne combat aussi l'opinion de M. Nélaton sur le traitement des anévrismes faux consécutifs de la main, en se fondant : 1° sur ce que, si l'on se contente de lier le bout supérieur, on sera exposé à voir reparaître les battements de la tumeur au bout de quelques jours; 2° sur ce que, même dans les anévrismes spontanés, ce retour des battements s'observe. Sa règle de conduite consiste, en résumé, à lier tout d'abord le bout supérieur. Pour le bout inférieur, il ne fera pas d'opération pour le trouver; mais s'il se présentait à lui, il en ferait également la ligature.

M. Michon considère les opinions émises par M. Robert comme n'étant autre chose que l'expression des doctrines consacrées par Hogdson, et par la pratique de Dupuytren et de Sanson. Toutes les fois qu'il y a plaie d'une artère, il faut en lier les deux bouts. Pour lui, c'est sa pratique constante. Il admet quelques exceptions, mais jamais dans le membre supérieur. Ainsi que le fait remarquer Hogdson, si l'on possède des exemples de guérison après une seule ligature, il en est de plus nombreux encore dans lesquels cette ligature unique a été insuffisante.

M. Michon réfute l'assertion de M. Maisonneuve sur la rareté des hémorrhagies à la suite des blessures de la radiale et de la cubitale. Il combat également l'opinion qui attribuerait l'absence des récidives hémorrhagiques au fait de la section transversale complète du vaisseau. Contrairement à cette opinion, il rappelle un cas de section en travers de l'artère cubitale, dans lequel une seule ligature ayant été appliquée sur le bout supérieur, des hémorrhagies graves, revenant particulièrement la nuit et combattues par la compression, furent suivies d'un état phlegmoneux qui détermina la mort du malade. Il faut donc toujours, quand on agit primitivement, lier au-dessus et au-dessous de la plaie. Quand on n'est appelé que pour des hémorrhagies consécutives, il peut être indiqué ou contre-indiqué, suivant l'état des tissus, de pratiquer sur la plaie la double ligature. Dans le cas de M. Robert, l'opération étant faite au trentième jour et sur des parois artérielles qui avaient cessé d'être friables par la résolution de la période inflammatoire, il y avait indication d'opérer comme l'a fait M. Robert. C'est aussi la conduite qu'a tenue M. Michon dans le cas suivant, où il s'agissait également d'une blessure de la radio-palmaire. Un homme se fait à la paume de la main, une plaie avec du verre de bouteille. On ne peut reconnaître l'artère ouverte et l'on se contente de la compression pour arrêter l'hémorrhagie. Une inflammation phlegmoneuse se déclare; des hémorrhagies graves reviennent, et dans l'impossibilité où l'on est de se livrer à des recherches fructueuses pour trouver les bouts de l'artère divisée, au milieu de tissus altérés par l'inflammation, M. Michon pratique la ligature de l'artère humérale. Les hémorrhagies cessent. Douze jours se passent sans aucune récidive. A cette époque, M. Michon, cédant au désir des personnes qui l'entouraient, se décide à enlever un tampon d'agaric qui restait encore sur la plaie de la main. Retour immédiat de l'hémorrhagie. Il prend alors le parti d'opérer par incision pour découvrir dans le lieu même le trajet de l'artère ouverte, c'était la radio-palmaire, une double ligature est appliquée et l'hémorrhagie cesse pour ne plus reparaître.

M. Maisonneuve exprime la crainte de n'avoir pas été bien compris. Il n'a pas prétendu s'éloigner de la pratique de nos maîtres; il a voulu établir qu'il existe un assez bon nombre de faits, qui démontrent 1° la guérison spontanée de plaies de la radiale et de la cubitale; 2° la guérison par compression de plaies de ces mêmes artères.

M. Guersant, durant trois années d'internat passées dans le service de Dupuytren, qui avait pour pratique constante de lier les deux bouts du vaisseau divisé, a vu que dans les cas exceptionnels où cette pratique n'avait pas été suivie, on avait eu lieu de s'en repentir. Toutefois à l'hôpital des Enfants, dans quatre cas où les artères radiale ou cubitale avaient été atteintes, la compression a suffi pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Dans un cas également observé par M. Guersant, un élève des hôpitaux ayant reçu à Clamart une blessure de l'artère radiale, M. Malgaigne se contenta d'une seule ligature, qui, appliquée sur le bout supérieur du vaisseau, prévint tout retour de l'hémorrhagie.

M. Nélaton dit qu'il a été porté à adopter la ligature unique dans l'anévrisme faux consécutif par des faits et par le raisonnement, 1° par des faits, et il rappelle à ce titre d'abord l'observation de M. Huguier, ayant pour sujet un tambour de la 5ᵉ légion de la garde nationale; en second lieu, un autre cas observé à l'hôpital Saint-Louis chez un malade qui, atteint d'un anévrisme volumineux de la paume de la main, dont les battements cessaient par la compression de la radiale, fut guéri complétement par la seule ligature de cette artère. Par le raisonnement; car, dit-il, en se bornant au préalable à une seule ligature, il n'y a pas péril en la demeure, et si au bout de douze à quinze jours les battements ne reparaissent pas, on a lieu de compter sur une guérison définitive; celle-ci a été obtenue par une opération beaucoup plus simple. Si le contraire a lieu, il est toujours temps de recourir à une seconde ligature. Rappelant ce qu'il est advenu du malade dont il a récemment entretenu la Société, il fait connaître que cet homme est sorti de l'Hôtel-Dieu sans aucune réapparition de battements dans la tumeur. Il prie ceux de ses collègues qui connaissent des faits conformes à cette manière de voir, de les faire connaître.

M. Chassaignac mentionne des observations recueillies par lui, et consignées les unes dans la *Gazette des Hôpitaux*, numéros des 28 et 30 septembre 1844, les autres dans les *Annales de thérapeutique*, numéro d'octobre 1844.

M. Robert voyant qu'il résulte de cette discussion que des guérisons ont été obtenues par les diverses méthodes, demande quelle doit être la conduite à tenir par le praticien, qui ne peut savoir à l'avance ce qui arrivera. Il pense que ce doit être la pratique de la double ligature. Il oppose à la doctrine soutenue par M. Nélaton, les insuccès qui dans certains cas ont suivi la ligature à la méthode d'Anel, pour des anévrismes de l'artère brachiale au pli du coude.

M. Huguier soutient qu'on ne saurait tracer une règle absolue, et que, par exemple, une blessure de la radiale tout à fait à sa terminaison étant donnée, M. Robert, après avoir lié le bout supérieur, placé dans l'alternative d'attendre ou d'inciser profondément toute la paume de la main pour lier le bout inférieur, adopterait infailliblement le premier de ces deux partis.

— *M. Nélaton* présente le fait très rare d'une luxation du pubis accompagnée de fracture. Sur l'un des côtés de la symphyse, il y a arrachement complet du tissu ligamenteux. De plus il existe un écartement considérable, et le pubis droit s'élève au-dessus du gauche de deux à trois centimètres. L'os iliaque du côté droit avait effectué son déplacement en entraînant avec lui un fragment du sacrum. La cavité cotyloïde gauche était fracturée, et les téguments des deux genoux présentaient une attrition remarquable. Cette pièce provient d'un homme d'à peu près vingt-cinq ans, qui ayant fait une chute d'un lieu très élevé, fut apporté pendant la nuit à l'Hôtel-Dieu, où il expira le matin avant la visite.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Plusieurs habitants de Montmorency, canton de Chavanger, arrondissement d'Arcis-sur-Aube, nous informent que ces localités, ainsi que les communes de Hampigny, Ouline, Margerie, et quarante-trois villages voisins, sont en ce moment privés de médecins, les docteurs qui y étaient établis étant morts depuis peu. Les signataires de cette lettre ajoutent qu'un pharmacien serait très utile à Chavanger, centre de tous ces villages, et fort éloigné des villes.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) No. 103. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 3 SEPTEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

La Commission a décidé que la liste des personnes qui adhéreraient au Congrès médical, serait publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Première liste arrêtée en Commission le 1er septembre, et par date d'inscription:

M. le docteur Jobert (de Lamballe), membre de l'Acad. de méd.
M. le docteur Fabre, rédact. en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.
M. le docteur Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin général de thérapeutique*.
M. Piorry, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
M. Belin, pharmacien, à Versailles.
M. le docteur Boudant, à Gannat (Allier).
M. le docteur Bataille, à Versailles.
M. le docteur Moussel, à Paris.
M. le docteur Cardot, à Saint-Amour (Jura).
M. Thibierge, pharmacien, à Versailles.
M. le docteur Noble, à Versailles.
M. le docteur Boucher, à Versailles.
M. le docteur Pouget, à Paris.
M. le docteur Boireau, à Mantes (Seine-et-Oise).
M. le docteur Godard, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Paris.
M. le docteur Cerise, à Paris.
M. le docteur Levacher, à Paris.
M. le docteur Delcroix, à Paris.
M. le docteur Comperat, à Paris.
M. le docteur Labarraque, à Paris.
M. le docteur Tessereau, à Paris.
M. le docteur Homolle, à Paris.
M. le docteur Vinchon, à Paris.
M. le docteur Benet-Deperraud, à Paris.
M. le docteur Fuster, à Paris.
M. le docteur Gauthier de Claubry, membre de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Pariset, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Lachaise, à Batignolles (Seine).
M le docteur Prus, membre de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Cornac, membre de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Rochoux, membre de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Morel-Lavallée, à Paris.
M. le docteur Brochin, à Paris.
M. le docteur Caffe, à Paris.
M. Velpeau, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
M. le docteur Roche, vice-président de l'Académie royale de médecine.
M. H. Larrey, professeur au Val-de-Grâce.
M. le docteur S. Eymard, à Grenoble.

Total de la première liste,	38	adhésions.
Les membres de la Comm. perm.,	15	
Total jusqu'à ce jour,	53	adhésions.

La Commission croit devoir rappeler que pour faire acte d'adhésion il suffit d'écrire (*franco*) à M. le docteur Richelot, trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, 10, en lui envoyant un bon sur la poste de 5 fr. pour les adhésions des départements.

Une liste d'adhésion est ouverte également dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des corps fibreux de l'utérus.

(Suite du numéro du 26 août.)

Nous avons terminé l'étude des déviations de la matrice, et nous abordons maintenant une classe de maladies plus matérielles et qui donnent lieu à moins de dissidences parmi les médecins. Cependant, sur quelques-unes d'entre elles, nous émettrons des opinions un peu différentes de celles qui sont généralement adoptées.

Parmi les corps fibreux dont l'utérus peut être le siége, il n'est qu'une seule catégorie qui nous occupera actuellement, Nous étudierons seulement ceux dont le développement se fait dans l'épaisseur des parois de la matrice, laissant de côté les polypes proprement dits, bien que la nature de ces deux espèces de productions soit identiquement la même. Nous parlerons en particulier de ces corps fibreux qui, nés dans le parenchyme utérin, se portent graduellement du côté du bassin et proéminent dans le ventre.

Après les granulations du col et les déviations de la matrice, les corps fibreux que nous signalons sont une des maladies de l'utérus qu'on a le plus fréquemment occasion d'observer, et dont l'histoire offre le plus d'intérêt: car une multitude de femmes portent ces corps fibreux sans en avoir le soupçon, et nous verrons bientôt combien il serait important de pouvoir reconnaître cette maladie à son début.

Les corps fibreux du tissu utérin sont des espèces de végétations qui se présentent avec une dureté considérable; on les trouve isolés dans le parenchyme de la matrice; on peut les en séparer facilement; ils n'en font point partie, et semblent être placés dans un kyste; pourtant ils manquent de membrane séreuse enveloppante. C'est bien dans le tissu utérin même qu'ils sont contenus, mais jamais ils ne se continuent avec lui; ils y sont pour ainsi dire comme accolés, de sorte qu'on les peut détacher par une véritable énucléation, et qu'à la place qu'ils ont occupée persiste une cavité qui représente exactement leur forme et leur volume.

Ce volume devient parfois extraordinairement considérable. Ainsi, l'on en a vu de la dimension du corps d'un homme, et qui ne pesaient pas moins de vingt-cinq à trente kilogr. Ceux qui atteignent la grosseur d'une tête d'adulte sont assez communs, et il n'est pas encore très rare d'en observer qui soient parvenus à un volume double.

Ces tumeurs ne sont point ordinairement vasculaires; mais très souvent elles présentent des vacuoles, des cavités; elles sont résistantes, et si complétement insensibles, qu'on peut les couper, les morceler, sans que les femmes en aient la conscience.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces caractères des corps fibreux, qui sont généralement connus; ce que nous allons nous efforcer d'étudier surtout, c'est la symptomatologie et la thérapeutique, La symptomatologie, car ils sont assez facilement confondus avec d'autres tumeurs, celles de l'ovaire en particulier; la thérapeutique, car il est certains modes de traitement mis en usage, dont il est utile d'apprécier la valeur et les résultats.

Si nous interrogeons une femme couchée dans les salles au numéro 21, et qui porte une tumeur volumineuse dans le ventre, nous entendions presque toute l'histoire des corps fibreux de l'utérus. Aujourd'hui, les symptômes que provoquent ces tumeurs dans le commencement sont encore entourés d'un si grand vague, que pendant les premières années de leur développement, il est rare qu'on les reconnaisse.

Ce sont, en effet, des corps inertes qui ne troublent guère la santé des femmes. Quand des perturbations fonctionnelles se manifestent, ce n'est que mécaniquement qu'elles provoquent ces symptômes; et comme elles se développent avec une extrême lenteur, tant qu'elles ne sont point parvenues à un volume déjà considérable: rien ne manifeste leur présence ainsi, elles acquerront presque toujours la grosseur du poing sans amener aucune espèce de trouble dans les fonctions.

Qu'on suppose, par exemple, un de ces corps fibreux dans la région antérieure et supérieure de la matrice, il est évident que sa présence ne pourra amener aucun accident; la menstruation n'en sera pas affectée; l'intestin, légèrement refoulé, en souffrira à peine; la vessie fonctionnera presque comme à l'état normal; en un mot, rien de sérieux ne sera le résultat du développement de la tumeur. Si, dans cette période cependant, quelques accidents survenaient, le chirurgien en méconnaîtra problement la cause, à moins que la maigreur du sujet ne permette de constater très facilement la maladie. L'exploration interne des organes génitaux ne sera même d'aucun secours dans le cas que nous supposons: le col restant complétement étranger à la tumeur, son examen

FEUILLETON.

DE L'ISOLEMENT,

CONSIDÉRÉ COMME MOYEN DE TRAITEMENT DANS LES MALADIES MENTALES.

De toutes les questions d'économie sociale qui s'agitent en ce moment, il n'en est aucune, après toutefois celle des quarantaines, que les médecins aient plus franchement abordée et plus scrupuleusement examinée que celle de l'isolement proposé comme système pénitentiaire ou moyen d'amélioration morale des prisonniers. Pénétrés de ces paroles, si honorables pour notre art, de l'un des fondateurs de la philosophie analytique, l'immortel Descartes, que « s'il est possible de perfectionner l'homme, c'est à la médecine qu'il faut en demander les moyens, » les médecins ont persisté à ne voir dans cette mesure administrative, érigée en méthode générale, qu'une question de haute physiologie dont la solution leur appartenait en propre. Aussi tous ceux d'entre nous qui ont voulu la résoudre en dehors de toute considération étrangère à la science, ont-ils été obligés, tout en reconnaissant avec les moralistes que le mélange des prisonniers ne peut que leur être funeste, de déclarer que, puisque l'homme est fait pour vivre en société, le priver de tout contact avec ses semblables c'est le frapper au cœur, et de proclamer que l'introduction de l'isolement dans nos lois pénales ne serait autre chose que le rétablissement de la torture.

Tant que la science n'a eu à opposer aux partisans de cette innovation, si étrangement présentée sous le manteau de la philanthropie, que des arguments déduits de l'étude physiologique, on a invoqué contre elle les faits et soutenu que l'expérience ne tarderait pas à démontrer que ses craintes étaient chimériques. Aujourd'hui que les faits viennent eux-mêmes confirmer toutes ses prévisions, on se rejette sur de nouveaux raisonnements; on dit, par exemple: Vous prétendez que l'isolement a sur le moral des condamnés une si fatale influence, que leur intelligence, par des dégradations successives, peut, même dans un temps assez court, arriver à une perte complète, et cependant vous soutenez que ce même isolement est une des conditions essentielles du traitement de la folie; comment le même moyen peut-il à la fois engendrer et guérir la même maladie?

Examinons 1° en quoi consiste l'isolement dans le traitement de la folie, et comment il agit contre elle; 2° les cas où il trouve plus particulièrement son application; 3° les limites au delà desquelles son emploi cesse d'être avantageux, peut même devenir nuisibles; et ce triple examen démontrera qu'il n'a aucune espèce d'analogie avec l'emprisonnement cellulaire, et que rien de ce qui est propre à celui-là ne peut être applicable à celui-ci, ni déposer en sa faveur.

1° On entend par isoler une personne affectée de maladie mentale tout simplement la placer, la déposer dans une maison spécialement consacrée au traitement de cette maladie. Ce n'est pas, comme on le voit, la plonger dans la solitude, mais seulement la séquestrer ou mieux l'interner, ce qui, grammaticalement parlant, ne signifie rien autre chose que la remettre en main tierce. En cela on a deux buts: d'abord de l'empêcher de porter atteinte à la sécurité publique et de se nuire à elle-même; ensuite de la soustraire momentanément aux personnes, aux lieux, aux objets mêmes au milieu desquels s'est déclarée sa maladie.

A quelle époque remonte l'usage d'isoler les aliénés, c'est ce qu'il est difficile de dire. On retrouve bien dans quelques anciens écrits des faits qui attestent qu'on renfermait les fous, mais c'était tout simplement les furieux, et tout porte à croire que ce qu'on avait en vue dans cette précaution n'était que de les mettre dans l'impossibilité de nuire: ceux desquels on croyait n'avoir rien à craindre étaient abandonnés à la pitié, quelquefois à la vénération mais le plus souvent, hélas! à la risée publiques. Ce n'est que dans ces derniers temps, et encore à une époque assez rapprochée de nous, qu'on songea à faire de l'isolement un moyen direct de guérison; et, il faut l'avouer, il y a une coïncidence si marquée entre le moment où l'usage de ce moyen s'est répandu et celui où l'on a obtenu de véritables guérisons, qu'on peut, sans prévention, lui attribuer la plus grande partie des succès obtenus. Aussi, des deux hommes qui ont tracé pour les maladies mentales les règles de traitement qui ont aujourd'hui cours dans la science, Pinel et Esquirol, le premier en a indiqué les avantages en déclarant qu'il est constaté par l'expérience que « les aliénés ne guérissent presque jamais au sein de leur famille; » le second en a fait en quelque sorte une obligation pour la généralité des cas en s'exprimant ainsi: « L'isolement est une vérité pratique dont la nécessité sera mieux sentie lorsqu'on sera bien persuadé que les aliénés ne sont privés ni de sensibilité, ni d'intelligence; tous les médecins qui se livrent à l'étude des maladies mentales sont unanimes sur l'utilité de ce mode de guérison. »

Quant à l'explication qu'on donne de la manière d'agir de l'isolement, on peut la résumer à peu près en ceci: d'abord que les malades, enlevés de chez eux, sont tout à la fois et soustraits aux impressions au milieu, souvent sous l'influence desquelles leurs idées ont pris un essor vicieux, et soumis à un nouvel ordre de sensations dont l'action sur l'intelligence se fera d'autant plus sentir qu'elles formeront un contraste plus marqué avec celles auxquelles ils étaient naguère exposés; ensuite que, dépourvus du point d'appui qu'ils rencontraient dans la condescendance de leurs parents ou de leurs amis, ils sont plus disposés à faire un retour sur eux-mêmes, si on peut parler ainsi, et à subir le frein qu'il importe toujours de mettre à leurs caprices; enfin que, placés dans des lieux où se trouvent réunis tous les agents thérapeutiques appropriés à ce genre de maladies, ils doivent en retirer tous les avantages qui peuvent découler de l'opportunité et de la persistance de leur application.

2° A quels cas de folie l'isolement est-il plus particulièrement applicable? Toute personne qui aura vécu avec des aliénés et aura suivi dans le détail de leur vie ceux mêmes qui paraissent les plus inoffensifs, sera, il me semble, obligée de reconnaître que, sous quelle que forme que se présente une maladie mentale bien caractérisée, les individus qu'elle atteint sont généralement des êtres dangereux qui, bien que dignes des plus grands égards, ne doivent cependant inspirer aucune confiance et qui, libres, finissent tôt ou tard par compromettre eux ou ceux au milieu desquels ils vivent; partant elle en conclura que, dans la presque totalité des cas, ils doivent être renfermés. Quelque convaincu, pour mon compte personnel, que je sois de la sainteté des raisons qui ont fait de la liberté individuelle un droit auquel il ne peut être porté atteinte que pour les plus graves motifs, je ne ferais même que de rares exceptions en faveur des déments ou des idiots et de ceux qu'on appelle de simples maniaques, parce que je trouve que la société a autant et plus à souffrir du spectacle de la dégradation des uns et des extravagances des autres, que de les savoir privés de leur liberté. Le fait suivant est venu tout récemment me fortifier dans cette opinion:

Je me trouvais, vers la fin du mois de mai dernier, dans une ville du centre de la France, située au confluent d'une rivière que parcourent plusieurs bateaux à vapeur, attendant, avec un grand nombre de personnes, l'arrivée d'un de ces bateaux; je remarquai dans la foule une jeune dame que sa mise et ses manières annonçaient appartenir à la classe aisée de la société. Son air inquiet et son extrême agitation fixèrent tellement mon attention, que je demandai à la personne qui m'accompagnait qui elle pouvait être. On me répondit, en riant, que c'était une femme romanesque et sentimentale, qui, n'aimant pas à vivre avec son mari, honnête et simple bourgeois qu'elle jugeait ne point être à sa hauteur, attendait à chaque arrivée du bateau la personne chargée de venir rompre ses chaînes. Je m'approchai alors assez près d'elle pour voir sa figure et l'entendre parler, et je reconnus de suite que cette pauvre dame était complétement folle. Je manifestai alors de l'étonnement de ce qu'on la laissait libre. On me répondit que son mari avait fait plusieurs démarches à cet égard, mais qu'on avait trouvé que, ne faisant de mal à personne, elle ne pouvait légalement être privée de sa liberté. Comme si ce n'était pas faire du mal à tout le monde que de se mettre ainsi en spectacle et d'afficher l'oubli des plus saints devoirs, des liens les plus sacrés; comme si le sort

ne pourra rien apprendre ; et s'il y a, en effet, des troubles fonctionnels, ne pourront-ils pas tenir à beaucoup d'autres causes?

Ainsi, que la femme accuse des pertes ou une menstruation plus abondante qu'il ne convient ; n'y a-t-il pas des sujets qui présentent tous les mois ces phénomènes, ne peut-il se faire que ces métrorrhagies soient la conséquence d'abus dans le coït, de fausse couche, etc. ?

Cependant, si l'on est appelé auprès d'une femme prise de perte, si rien n'indique que cette malade soit atteinte de cancer, s'il n'existe aucune maladie du col de l'utérus, si l'organe ne présente point de renversement, si le sujet n'est pas d'une constitution à faire naître facilement des hémorrhagies, il y a lieu de croire à l'existence d'un corps fibreux.

Ce doute acqurera plus de poids encore quand la malade se plaindra de pesanteur sur le fondement, de constipation opiniâtre, de douleur dans les aines allant toujours en augmentant, et quand d'ailleurs la constitution sera bonne. Néanmoins, il serait possible encore que ces symptômes se rapportassent à une déviation de l'utérus ; mais l'on remarquera que dans le cas de déviation, le système nerveux sera troublé. Nous savons combien il est rare que ces dernières affections ne soient pas compliquées de troubles nerveux. Pour les corps fibreux, au contraire, cela n'arrivera pas ; ou du moins, si on l'observe, ce sera beaucoup plus tard.

A l'aide des caractères précédents, et en y joignant l'absence de tout écoulement blanc, jaune, semblable à la lavure de chairs, symptômes inséparables des maladies du col, des granulations, du cancer, etc., on diagnostiquera avec une presque certitude l existence d'un corps fibreux. De sorte que, en résumé, les résultats négatifs fournis par le toucher, l'absence de tout écoulement et de troubles nerveux seront des signes qui conduiront à reconnaître ces tumeurs. Mais on peut aussi les confondre avec des tumeurs d'une autre espèce, avec celles de l'ovaire, par exemple, qui, descendues par leur poids dans l'excavation pelvienne, auraient contracté des adhérences avec l'utérus, on comprend combien il peut être difficile, dans ce cas, de dire si la tumeur appartient à la matrice, ou si, développée dans l'ovaire, elle s'est accolée seulement à l'organe. Les corps fibreux peuvent en outre être confondus avec une tumeur des intestins, ou appartenant au mésentère, ou bien encore avec une collection purulente par péritonite, ou une accumulation de sérum. Toutes ces collections, quelles qu'elles soient, peuvent, en effet, s'entourer de parois épaisses, et alors il n'est pas facile de distinguer la nature de la tumeur, à cause de l'épaisseur même de ses parois, d'autant plus qu'elles donnent lieu à des troubles qu'on retrouve avec les corps fibreux.

Pourtant, il est aussi quelques moyens de les différencier. Les tumeurs de l'ovaire d'abord occupent constamment les côtés de l'hypogastre avant de venir se placer au centre, ce renseignement sera précieux ; il en sera de même des maladies de la trompe simulant les corps fibreux, toujours elles seront nées dans une des fosses iliaques avant d'occuper le basventre: ce caractère suffira. Restent les tumeurs qui viennent d'ailleurs, d'une lésion de l'intestin d'abord, dans ces cas, il y aura toujours en avant l'apparition de la grosseur quelque phénomène morbide qui aura été observé et dont on tiendra compte. En remontant dans les antécédents de la malade, on apprendra qu'il s'est manifesté, à une époque plus ou moins éloignée, quelque accident, quelque maladie qui pourra mettre sur la voie ; d'ailleurs alors, les fonctions externes, en général, ne seront point troublées, tandis que les corps fibreux amènent par la suite, comme nous le verrons, des pertes rouges et même blanches après les premières. Les tumeurs qui renfermeront un liquide auront été précédées par des symptômes inflammatoires plus ou moins intenses. Ainsi donc, dans la généralité des cas, en étudiant avec attention les symptômes actuels et en s'éclairant des commémoratifs, on pourra arriver à constater la présence des corps fibreux dans le commencement de leur développement. Il faudra donc, quand on sera appelé à examiner une femme portant une tumeur qu'on supposera un corps fibreux, interroger à la fois l'interne et les principaux viscères de l'abdomen pour se préserver de l'erreur.

Ces connaissances acquises, on devra passer à l'examen direct de l'utérus; et nous retrouverons ici, avec tous les avantages que nous avons signalés pour le diagnostic des déviations, ce mode d'exploration simultané par le vagin et l'hypogastre qui sera encore d'un grand secours. On parviendra, quand, par un exercice suffisant, on aura acquis quelque habitude de ce genre d'examen, on parviendra à distinguer promptement les corps fibreux, en trouvant deux tumeurs qu'on pourra apprécier presque séparément : l'une, qui sera constituée par le corps fibreux; l'autre, qui sera l'utérus lui-même.

Toutes les fois, d'ailleurs, qu'on rencontrera ainsi une tumeur du corps de la matrice entourée des caractères décrits plus haut, il n'y aura pas à douter qu'il ne s'agisse d'un corps fibreux, puisque ce sont les seules espèces de tumeurs qu'on rencontre dans le tissu utérin lui-même ; car s'il existe, comme il est vrai de le dire, des cavernes dans ce tissu qui pourraient en imposer, elle sont si rares et les corps fibreux si communs, qu'on n'aura presque aucune chance de se tromper en diagnostiquant ces derniers quand on aura observé ce que nous venons de décrire.

Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que de ce qui se passe dans la première période de développement de ces corps fibreux ; de cette période où tout est doute encore, de cette période enfin à laquelle, sans le savoir, en sont une infinité de femmes. Il serait pourtant possible peut-être de reconnaître chez elles la maladie dès cette époque, et nous démontrerons combien il serait important aussi de constater, dans le principe, l'apparition de ces tumeurs. PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

De la méningite.

(Suite du n° du 21 août.)

Traitement. — Le traitement qui convient le mieux dans la méningite est celui par les antiphlogistiques. De quelle manière doivent-ils être employés? Nous pouvons vous affirmer que la méthode des émissions sanguines suffisantes, est infiniment préférable à aucune des autres méthodes. Mais cependant, il ne faut pas croire que l'on obtiendra des résultats heureux dès les premières saignées; ce n'est généralement qu'après deux ou trois jours, pendant lesquels on aura insisté sur les saignées réitérées, qu'on verra les phénomènes s'amender, le délire diminuer, la fièvre baisser, etc. Et encore faudra-t-il être bien prévenu que dans cette inflammation, le traitement le plus énergique et le plus opportunément appliqué, est loin d'avoir les mêmes résultats heureux qu'il fournit dans les phlegmasies des autres organes. On reste à peu près dans le vrai en avouant que les émissions sanguines les mieux formulées, les plus vigoureusement employées, ne produisent guère que la guérison de la moitié des méningites soumises à ce traitement. C'est assez dire des autres mille et un médicaments qui ont été préconisés dans cette affection, non pas qu'ils doivent être tous dédaignés, au contraire il en est un certain nombre surtout que l'on se trouvera toujours bien d'associer aux émissions sanguines. Ainsi, au cortége des moyens antiphlogistiques, c'est-à-dire aux saignées, aux sangsues, aux boissons délayantes, aux boissons froides ou à la glace, à la glace employée comme topique, et aux moyens révulsifs si puissamment adjuvants du traitement antiphlogistique proprement dit, c'est-à-dire aux vésicatoires (camphrés de préférence) appliqués aux membres inférieurs ou même sur le cuir chevelu préalablement rasé, à tous ces moyens, disons nous, on devra associer le musc, le castoréum, le camphre, etc., dont l'emploi a été dans un grand nombre de cas suivi de résultats incontestablement favorables. Quant à l'opium, au tartre stibié, au sulfate de quinine, dont on a fait usage dans la méningite ; sans nous prononcer ici sur leur inutilité ou leurs inconvénients, nous dirons seulement qu'en désespoir de cause et à défaut de tout bon résultat par les autres moyens, on pourra aussi les essayer, pourvu que leur administration soit faite avec prudence et modération.

En énumérant les moyens antiphlogistiques dont on pourra et dont on devra même faire usage, nous avons omis d'en citer un, qui pourtant mérite à tous égards d être recommandé, et dont les effets ont été dans un grand nombre de cas, pour ainsi dire, héroïques; nous voulons parler des bains d'affusion. On devra y revenir à plusieurs reprises, et les combiner soigneusement et opportunément avec les moyens précités. MM. Guersaut et Foville préconisent beaucoup les bains d'affusion, et en font un grand usage; seulement, ils diffèrent de manière de voir sur le temps de la maladie où ils doivent être employés. M. Guersant ne les prescrit guère qu'après que tous les accidents de la première période ont fait place à l'assoupissement, à l'état comateux; nous en avons aussi retirés de bons effets dans de semblables circonstances. M. Foville, au contraire, veut qu'ils soient employés dès le début de la maladie comme médication principale, les saignées, les sangsues et les autres moyens n'étant considérés par lui que comme adjuvants.

La méningite est une de ces maladies dans lesquelles le médecin doit souvent s'armer de courage et de persévérance, et agir énergiquement, autant qu'il est possible de le faire. Heureux lorsqu'il a le temps de déployer et de faire valoir tous les principaux moyens dont l'art peut disposer contre une telle maladie; car il est des cas (chez les enfants surtout) de méningite, on peut dire foudroyante, qui dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures enlèvent les individus avant seulement qu'on ait eu le temps d'aviser aux moyens de la combattre.

Quelques réflexions sur la paralysie générale des aliénés.

Lorsque l'inflammation de la pie-mère et de l'arachnoïde revêt la forme chronique, on voit après la cessation des phénomènes d'exaltation, qui durent quelquefois des mois entiers, les individus tomber peu à peu dans un état d'abrutissement qui, comme l'a dit M. Calmeil, dont on connaît les excellents travaux sur la matière, les rend entièrement comparables à des végétaux. La seule vie végétative subsiste en effet chez eux. Ils sont d'abord affectés de démence, et tombent ensuite le plus souvent dans l'idiotisme le plus complet. Quelquefois ces individus arrivent jusqu'au terme de leur existence sans qu'aucun autre phénomène que ceux dont nous venons de parler ne survienne ; mais dans d'autres circonstances ils sont pris de paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement. Dans d'autres cas encore il n'existe point de paralysie; seulement leurs mouvements, d'abord un peu déréglés, devien-

---

d'un mari, d'une mère, les intérêts et peut-être même l'honneur de toute une famille devaient être sacrifiés aux écarts d'une imagination malade, aux caprices d'une pouvre folle.

La nécessité de l'isolement ainsi établie comme principe d'ordre public, comme question d'intérêt général, il ne nous reste qu'à spécifier, s'il est possible, les cas qui doivent faire espérer qu'il agira favorablement sur la marche de la folie. Or, ce que j'ai observé m'a démontré que ces cas étaient ceux dans lesquels la maladie s'est déclarée plus brusquement, a revêtu une forme plus aiguë, enfin a éclaté au milieu de causes plus appréciables et d'un éloignement possible. Quand ces diverses circonstances se rencontrent, on voit quelquefois le délire cesser dès les premiers jours de l'isolement, sans qu'il soit même possible de supposer l'intervention d'aucune autre circonstance. Voici l'exemple le plus frappant que j'en aie reecontré :

En 1842, la femme d'un marchand de vins du quartier Saint-Denis perd un jeune enfant, objet de ses plus tendres affections, qui lui est enlevé par des convulsions en quelques heures. Elle en éprouve un si violent chagrin que dès lendemain ses idées se troublent; elle demande à grands cris son enfant; se persuade qu'il n'est pas mort, mais que quelqu'un le lui a ravi. Ses parents, au lieu de soutenir son courage et de l'exhorter à la résignation, l'entretiennent dans son idée erronée, qui devient pour elle le sujet du délire le plus extravagant ; dans chaque chose qui se présente a elle, elle croit retrouver l'objet adoré qu'elle a perdu, à chaque femme passant dans la rue accompagnant un enfant, elle s'élance pour le lui disputer. Plusieurs jours se passent dans cette agitation sans qu'il soit possible de lui administrer aucun soin. Son medecin conseille alors de la conduire dans une maison de santé, où elle suit volontairement son mari, qui lui fait espérer qu'elle y retrouvera son enfant. Elle y est à peine arrivée, qu'elle manifeste la crainte qu'on ne lui ait tendu quelque piége. Séparée, non sans de grandes difficultés, des personnes qui l'accompagnaient, et, attirée dans le jardin, elle n'en a pas fait le tour, qu'elle reproche amèrement aux femmes de service qui sont à ses côtés de l'entretenir dans un espérance qu'elles savent fort bien ne pouvoir se réaliser; puis, s'arrêtant tout à coup, elle s'assied, cache sa figure dans ses deux mains, et reste plus d'une heure dans une stupeur profonde, d où elle ne sort que pour déclarer qu'elle reconnaît être dans une maison de fous, et pour écrire à son mari qu'elle s'aperçoit que tout ce qu'elle a cru depuis la mort de son enfant n'est qu'un songe, qu'une illusion, et, finalement, elle le supplie de venir au plus tôt la chercher. Le lendemain elle était chez elle, complétement guéric ; et depuis cette époque elle n'a rien éprouvé du côté de l'intelligence... Il n'est pas un médecin ayant fréquenté les maisons d'aliénés qui n'ait eu occasion de rencontrer de semblables exemples, tout aussi concluants en faveur de l'isolement.

3° Maintenant, en est-il de l'isolement, considéré sous le point de vue médical, comme de certains agents thérapeutiques dont l'action est d'autant plus marquée que l'emploi en a été plus longtemps continué ? Non; hâtons-nous de le dire : moyen excellent dans le début des affections mentales, ainsi que nous venons de le déclarer et de le démontrer sommairement par des raisonnements et des faits, l'isolement, non-seulement ne produit plus ses effets avantageux au sitôt que la période aiguë est passée, mais recule encore presque toujours dans ce cas le retour d'une franche guérison. Je ne prétends pas dire par là que dès que le malade rentre dans le calme il faille le rendre à sa famille ; mais je pense que dès ce moment il doit être graduellement mis en rapport avec les personnes au milieu desquelles il est obligé de vivre ; avec celles surtout dont la vue ne lui rappellera aucun souvenir pénible; ou, pour mieux dire, dont la présence ne l'impressionnera pas dans le sens de la cause de son délire, si cette cause est toute morale. Telle n'est pas, je le sais, l'opinion de plusieurs praticiens qui, se fondant sur les exemples cités par Pinel et Esquirol, de rechutes occasionnées par des visites trop fréquentes ou inopportunes, se sont fait une loi de priver les malades de toute communication avec le dehors jusqu'à parfaite guérison ; mais, aux faits démontrant que les infractions aux règles qui prescrivent l'isolement sont fatales aux malades, j'opposerais d'autres faits qui prouvent que des malades renfermés avec quelques-uns de leurs proches guérissent néanmoins; que les rechutes sont communes chez les malades qui rentrent brusquement au sein de leur famille, sans y avoir été préparés par des relations graduellement établies; enfin, que ceux qui ont été privés de rapports avec leurs parents en conçoivent un chagrin, quelquefois même un ressentiment dont l'influence peut se faire sentir sur tout le reste de leur vie. Qu'on ne s'y trompe pas; il n'en est pas de la folie, même la plus carectérisée, comme d'un état d'ivresse ou d'un songe dont toutes les traces s'effacent au réveil. Les fous rendus à la raison conservent habituellement le souvenir de tout ce qui s'est passé dans le cours de leur maladie, et tiennent compte plus tard des marques d'intérêt qu'ils ont reçues. Aussi, tout médecin qui verra dans un fou confié à ses soins, non-seulement un malade qu'il doit guérir, mais encore un homme qu'il doit rendre à la société, trouvera, dans bien des cas, que la reconnaissance à laquelle il l'oblige envers ses proches, par les soins qu'il leur permet de lui donner, sera pour le moins aussi profitable pour tous, que les exaspérations passagères auxquelles quelques relations sagement combinées pourraient donner lieu, ne seront nuisibles au malado. En voici une preuve :

En 1839, un avocat du département de Saône-et-Loire, jouissant d'une grande aisance, vivait depuis quelque temps à Paris avec une jeune personne de son pays qu'il avait détournée de sa famille. Ayant encouru par son départ de sa ville natale le mécontentement de sa mère, il tomba tout à coup dans un profonde tristesse, se livra à des exercices de piété auxquels il était resté jusque-là assez étranger, se reprocha vivement les liens qu'il avait contractés, et finalement fut pris d'un délire maniaque des plus intenses. Transporté dans une maison de santé, on obtint que la jeune dame qui vivait maritalement avec lui y fût admise. Son délire roulait particulièrement sur l'illégitimité de son union, qu'il reprochait souvent à sa malheureuse compagne en termes les plus énergiques, je dirais même les plus offensants. Celle ci, loin de se laisser abattre, s'arma de courage et se résigna à n'être que l'instrument docile des volontés du chef de la maison, dont elle secondait admirablement les vues par sa contenance tour à tour, suivant la nécessité, ferme ou affectueuse. Les choses se passèrent de telle sorte qu'en moins de six mois le calme avait complétement succédé à l'orage, et que le malade, revenu à lui-même, ne conçût qu'un désir, celui de légitimer son union ; ce qu'il fit aussitôt qu'un temps assez long se fut écoulé pour que sa guérison ne pût être un objet de doute pour personne. Il est aujourd'hui le meilleur des maris et le plus heureux des pères.

Ce que je viens de dire de la manière dont j'entends l'isolement doit faire pressentir que je ne partage pas non plus l'opinion des personnes qui prétendent que les aliené ont d'autant plus de chances de guérison qu'ils sont soignés dans des maisons plus éloignées de leur domicile. J'en demande bien humblement pardon à la mémoire d'Esquirol, notre illustre maître, sous la garantie duquel cette opinion s'est accréditée ; mais en cela toute la question, il me semble, est de savoir si quand les malades sont isolés, c'est-à-dire, répétons-le, déposés dans des maisons rapprochées de leurs parents, il n'est pas plus facile d'empêcher ces derniers de les voir quand ce rapprochement peut être nuisible, qu'il n'est aisé de faciliter ce même rapprochement jugé convenable quand les malades sont conduits loin de leur domicile. Il suffit d'ailleurs de songer à combien d'ennuis et de tourments ont déjà donné lieu ces malades, lorsque leur famille se décide à se séparer d'eux, pour avoir à craindre qu'en augmentant par l'éloignement les obstacles qui les empêchent d être visités, ils ne demeurent oubliés comme des êtres dont la perte est irreparable et dont par conséquent le sacrifice est consommé. Au reste, voici une observation qui démontre en même temps et les avantages de l'isolement et ses inconvénients quand il est prolongé au-delà du mouvement où son action a été favorable.

Une dame de 60 ans, célibataire, originaire de Berlin, d'un tempérament nerveux, d'une éducation des plus distinguées, et que les habitudes de ce qu'on appelle le grand monde avaient rendue éminemment impressionnable, vivait depuis longtemps à Paris au sein d'une famille opulente qui la comblait d'égards. Habituée à voir toutes ses volontés satisfaites, elle éprouva quelques contrariétés de la part d'un

nent de plus en plus désordonnés. C'est alors qu'ils commencent à bégayer, à trébucher; puis ils parlent toujours moins distinctement, jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus s'exprimer; ils marchent et se soutiennent avec une difficulté croissante, de manière à ne pouvoir plus finalement faire un seul pas. Cependant tous les mouvements de la langue et des membres sont possibles; ils tirent parfaitement leur langue, qui n'est pas déviée; lorsqu'ils sont couchés ou assis, ou même encore debout, ils remuent leurs membres inférieurs. Lorsqu'on les pince, ils sentent bien la douleur; ils entendent, voient et sentent. Il n'y a donc aucune paralysie ni du mouvement, ni du sentiment, et malgré cela ils ne peuvent mettre à profit leurs contractions musculaires; il y a désordre, déséquilabration des mouvements, absolument comme chez les individus (animaux) privés de cervelet. Et on a appelé cette affection *paralysie générale des aliénés!* Singulière paralysie, en effet, que cette affection où les mouvements et la sensibilité sont conservés, mais où seulement la coordination des mouvements est abolie!

On comprend avec peine que M. Calmeil, qui s'est tant occupé de cette *paralysie générale*, ait pu conserver ce nom si impropre pour désigner une affection qui est bien loin d'être une vraie paralysie, et qu'il ait pu réunir ainsi sous une même dénomination des choses aussi disparates, des lésions si différentes quant à leur siége. Ces erreurs de langage et de classification indiquent assez combien est erronée l'idée, l'opinion que M. Calmeil s'est faite de cette affection, qui a été pour lui l'objet de recherches, d'études si spéciales et si prolongées.

Et d'abord, comment M. Calmeil, après avoir lui-même indiqué explicitement dans ses écrits que, pendant que les aliénés sont incapables de parler, qu'ils ne font plus entendre que des sons saccadés, inarticulés, qu'ils ont perdu, en un mot, la faculté de la parole, ils jouissent encore des mouvements volontaires de leur langue qu'ils élèvent, qu'ils abaissent, qu'ils portent de côté, qu'ils sortent volontairement de la cavité buccale, comment a-t-il pu appeler cette abolition complète ou incomplète de la parole, une paralysie de la langue? Il aurait tout aussi bien pu l'appeler alors une paralysie des lèvres, ou des joues, ou du voile du palais, attendu que toutes ces différentes parties contribuent certainement tout autant que la langue à l'articulation des sons, à la formation de la voix; car si on n'avait que la langue pour parler, pour articuler les sons sortis du larynx, on serait, en vérité, fort mal partagé: et puis, d'ailleurs, n'est-il pas dans la science des individus qui avaient perdu une partie ou la presque totalité de la langue, et qui, malgré cela, articulaient encore passablement bien et parlaient d'une manière satisfaisante? Mais à quoi bon insister sur ces faits, du moment que, de l'aveu même de M. Calmeil, la langue jouit encore de ses mouvements? Il est évident, dès lors, qu'elle n'est pas paralysée, et si les malades ne peuvent parler, s'il commencent d'abord par de simples bégaiements pour arriver, par des degrés intermédiaires, au point où les désordres, l'irrégularité de ces mouvements associés qui concourent à l'articulation de la parole se prononcent de plus en plus, jusqu'à la perte complète de cette faculté, sans que, toutefois, il y ait abolition des mouvements dans les différentes parties (langue, lèvres, joues, voile, etc.) qui concourent à la production du phénomène de la parole, il est évident, nous le répétons, que cette perte de la parole ne tient pas à une paralysie des *instruments*, mais à une lésion du centre de coordination des mouvements de ces instruments.

Dès-lors, les mouvements auparavant associés et coordonnés vers un but commun, se trouvant dissociés et pour ainsi dire abandonnés à eux-mêmes, les différents *rouages* qui en sont le siége, soustraits à l'influence du *pendule* régulateur, continueront d'aller chacun pour son propre compte, obéiront chacun isolément et indépendamment des autres à la force brute qui les anime. Mais le résultat de leurs mouvements sera nul ou seulement irrégulier et incomplet, quant à la production des phénomènes d'ensemble que les mouvements associés et coordonnés étaient destinés à produire. Or, quoi qu'en aient dit certains physiologistes, il existe réellement un centre coordinateur des mouvements nécessaires à la production de la parole, et ce centre est situé dans les lobes antérieurs du cerveau.

Nous n'hésitons pas à affirmer que toutes les fois que dans la *paralysie générale des aliénés* la perte de la parole ou un bégaiement plus ou moins prononcé surviennent, c'est que l'inflammation chronique, gagnant de proche en proche, est parvenue à envahir cette partie antérieure des lobes cérébraux. Nous sommes convaincu qu'un examen plus attentif fera toujours découvrir dorénavant dans ces cas une lésion quelconque dans cette partie de l'encéphale.

Nous disions tout à l'heure: « Lorsque la perte de la parole survient dans la paralysie générale des aliénés, » etc. Cet accident, en effet, n'est pas constant, comme on a voulu le laisser croire, et il y a un grand nombre de cas dans lesquels le bégaiement et plus tard la perte de la parole coïncident avec un désordre dans les mouvements de relation et de progression. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des cas où l'on ne remarque que la perte de la parole, ainsi que d'autres on n'existent que les seuls désordres du côté des membres inférieurs.

Maintenant, pour ces désordres des mouvements de progression, nous répéterons à peu près ce que nous venons de dire des troubles de la parole. Quoi, c'est encore du nom de *paralysie* qu'on désigne une lésion qui consiste non pas en une perte absolue des mouvements et de la sensibilité, mais dans la simple abolition de la faculté de se servir de ces mouvements, de cette sensibilité générale qui persistent intacts, dans le but de se transporter d'un lieu dans un autre, de se maintenir en équilibre sur les membres inférieurs dans la station, dans la marche! En vérité, comment M. Calmeil peut-il lui donner le nom de paralysie? Bien plus, sous la dénomination générique de *paralysie générale*, il vient placer cette lésion des mouvements des membres inférieurs, à côté de celle des mouvements nécessaires à la production de la parole, comme si la même cause, la lésion d'un seul et même organe, d'une même partie des centres nerveux, était capable de déterminer ceux phénomènes qui, du reste, sous ce point de vue — sous le point de vue de leur origine — sont pourtant si disparates. Or, en effet, nous verrons que, bien que la lésion anatomique soit ordinairement la même dans les deux cas, il y a cependant cette différence entre les deux phénomènes (perte de la parole, perte incomplète des mouvements), que l'organe malade pour l'un d'eux se trouve à peu près situé aux antipodes de l'autre. C'est assurément quelque chose que cette différence du siége de la lésion anatomique, surtout lorsque par cette différence on peut se rendre compte de la manière la plus en harmonie avec la saine physiologie, avec la physiologie expérimentale, de la différence dans les phénomènes observés, dans les lésions fonctionnelles qui en résultent; et il est bien difficile d'admettre que deux choses si distinctes soient confondues et perdues l'une dans l'autre, sous une dénomination commune et d'ailleurs si impropre.

Nous disons « une dénomination impropre »; nous avons vu jusqu'à quel point le nom de paralysie de la langue peut être donné à la perte de la parole; eh bien, la paralysie des membres inférieurs n'est pas plus vraie que celle de la langue, car les sujets commencent d'abord par éprouver une sorte d'incertitude, d'hésitation dans leurs mouvements de progression. Plus tard, l'irrégularité dans les mouvements se dessine de plus en plus; ils (les individus) trébuchent ou chancellent, font mille mouvements, mille contractions diverses, inutiles et infructueuses pour se tenir debout, pour s'équilibrer. Bientôt le désordre, le *bégaiement*, si nous pouvons ainsi dire, des membres inférieurs se prononce davantage; les individus ne peuvent plus faire un pas sans tomber, et un moment arrive où leurs membres se refusent à les supporter, à les transporter: ils sont alors réduits à végéter dans un fauteuil ou dans un lit, incapables de quitter la place où ils se trouvent, absolument comme la plante fixée au sol. Est-ce que pour cela les mouvements sont perdus? Non, assurément: qu'ils puissent être affaiblis, nous ne le contestons pas; il serait même étonnant qu'ils ne le fussent pas, lorsque toute la machine est dans un état de dépérissement, d'affaiblissement, auquel, comme tous les autres systèmes, le système musculaire doit nécessairement participer. Mais de là à être abolis il y a encore loin, et ces malheureux cessent de pouvoir en aucune façon se servir de leurs membres pour la station et la progression, lorsque la contraction de tous les muscles de ces membres s'exécute encore avec une vigueur relativement assez grande. Dans leur lit, ils déplacent leurs jambes, ils les soulèvent, ils les portent en tout sens et leur impriment des mouvements multipliés, différents et incontestablement volontaires. Que leur manque-t-il donc pour pouvoir s'en servir pour la progression? Il leur manque l'organe coordinateur de cette classe de mouvements dont l'association aboutit à une marche ordonnée et régulière; il leur manque le pendule régulateur de cette autre série de rouages.

Ces sujets sont, sous ce rapport (de la lésion fonctionnelle), dans le cas de ces animaux qui, privés de cervelet, se livrent à toutes sortes de mouvements irréguliers et absurdes, presque comme les épileptiques, sans pouvoir se tenir en équilibre sur leurs pattes ou sur leurs ailes, ni faire un seul pas pour se transporter dans un lieu déterminé. Une telle *paralysie* survient, nous le répétons, chez tous les animaux, par la destruction, ou simplement une lésion du cervelet; par une semblable lésion, ou, pour mieux dire, par la lésion anatomique du même organe, cette *paralysie* survient chez l'homme.

Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, d'une destruction complète, ni même d'une lésion bien profonde du cervelet pour produire chez les animaux les phénomènes épileptiques. La cautérisation la plus superficielle suffit pour les déterminer; seulement ils se dissipent habituellement assez promptement. Mais pourquoi? Parce que la cause irritante ne dure que quelques instants, et ne se reproduit plus; tandis que chez l'homme, dans le cas qui nous occupe, c'est une inflammation chronique qui persiste, qui agit sans cesse, qui va même toujours en gagnant en étendue et en profondeur, et qui doit, en conséquence, produire le phénomène d'une manière constante, continue et de plus en plus prononcée.

Quel est donc alors le rôle physiologique du cervelet, pour que les lésions de cet organe soient suivies d'une dissociation des mouvements de locomotion? Nous l'avons déjà dit dans nos premières leçons, et nous le répéterons volontiers ici; le cervelet est, au moins en partie, le siége du centre coordinateur de la série des mouvements dont la marche et ses variétés se composent. Du reste, M. Calmeil lui-même indique, dans un grand nombre de ses observations, des lésions du côté du cervelet; mais il se borne à citer le fait, sans y attacher aucune signification ni aucune importance, préoccupé qu'il était d'une manière générale de la *péri-encéphalo-méningite chronique diffuse*, sur laquelle il a été forcé de se rejeter en désespoir de cause, pour expliquer en bloc les différents phénomènes auxquels il avait donné le nom de *paralysie générale des aliénés*, après, toutefois, avoir été obligé de reconnaître lui-même combien ces phénomènes étaient différents de ceux de la paralysie proprement dite qu'on observe soit dans l'apoplexie cérébrale, soit dans le ramollissement, la suppuration du cerveau, soit dans les tumeurs de la dure-mère ou des os du crâne. Cependant, quoiqu'il fût frappé de cette énorme différence entre ces deux espèces d'affections, malgré la subsistance des mouvements dans celle qui nous occupe, il n'en a pas moins persisté dans l'idée d'une *paralysie*. Autant vaudrait réellement dire que l'épilepsie est aussi une paralysie.

Nous avons déjà fait observer que les deux phénomènes de la perte de la parole et de l'impossibilité de la locomotion dans le cas qui nous occupe, peuvent tout aussi bien être réunis chez le même individu, comme ils peuvent survenir isolément indépendamment l'un de l'autre. Voici donc encore une preuve de la pluralité des organes cérébraux, et une réfutation de l'opinion de M. Flourens, que nous avons si souvent combattue, et qui prétend que si une faculté vient à être détruite, toutes les autres le sont nécessairement avec elle; de plus, nous y trouvons aussi un argument contre cette autre opinion du même auteur, pour qui le cervelet est le centre coordinateur de *tous* les mouvements volontaires. Eh! ne voyons-nous pas, d'après ce qui précède, le centre coordinateur des mouvements des membres inférieurs seulement dans le cervelet; le centre coordinateur des mouvements nécessaires à la production de la parole siéger dans les lobules antérieurs du cerveau! Il est bien probable qu'on finira par trouver un jour autant de centres coordinateurs des mouvements, qu'il existe de séries différentes de mouvements destinés à l'accomplissement de fonctions différentes. Ainsi, il est certain qu'il existe un centre coordinateur des mouvements respiratoires; un autre pour l'association coordonnée des mouvements de déglutition, etc. D'après ce que nous savons aujourd'hui sur le cervelet et sur les lobules antérieurs du cerveau, tout porte à croire qu'il doit en être ainsi. S. H.

---

de ses parents qui habitait près d'elle et qui lui parut ingrat. Elle en fut si vivement affectée qu'elle devint irascible au point de ne pouvoir rien endurer. A la bienveillance qu'elle avait toujours eue pour les personnes placées sous ses ordres succédèrent un ton hautain et des manières despotiques qui alarmèrent profondément la maîtresse de la maison, de laquelle elle n'avait jamais cessé d'être considérée comme une mère. Enfin, un véritable délire éclata: il consistait surtout à se croire exposée aux violences de Juifs qui voulaient la voler. Elle les voyait la nuit et le jour, se livrant en sa présence à des actes obscènes, menaçant de la maltraiter, se diputant son argent, ses bijoux. Plusieurs mois se passèrent sans qu'il fût possible d'apporter le moindre amendement à son état. Aussi se décida-t-on à la transporter dans une maison de santé. C'était dans le mois de novembre 1841. Dans les premiers temps de son séjour dans cette maison on crut devoir ne pas la contrarier; aussi, bien que déjà un peu calmée par le seul changement de position, elle profita de la condescendance dont elle était l'objet pour conserver son ton hautain. Ses hallucinations continuant, elle exigea qu'on cachât les glaces de son appartement, ainsi que toutes les dorures des meubles qui le garnissaient, et ne pouvaient, suivant elle, que tenter la convoitise des Juifs. Les personnes employées à son service n'étaient occupées qu'à chercher à savoir si quelque étranger n'avait pas pénétré dans son appartement, et à lui prouver que ses aliments n'étaient point empoisonnés. Le maître de la maison de santé, persuadé qu'aucune amélioration ne pouvait être obtenue dans de telles conditions, se décida à en venir à un traitement actif, et me chargea de le diriger dans ses principales dispositions. L'essentiel, comme on le prévoit était au moral de maîtriser les volontés de la malade et de modérer l'élan de son imagination en mettant à profit son intelligence et son éducation pour l'obliger à reconnaître que ses désirs n'étaient que des caprices, ses croyances des chimères; au physique, de combattre par une médication appropriée son excessive irritabilité nerveuse. Le premier choc fut terrible, mais la raison finit par triompher; et, dès le mois de mai, elle était assez bien pour que je pusse la conduire au château de R., où elle devait passer toute la belle saison. Malheureusement une dure épreuve l'attendait là. Sa maladie avait jeté tant de trouble dans la famille au sein de laquelle elle vivait, que personne ne put croire à sa guérison; aussi, au lieu d'être réinstallée, comme elle l'espérait, dans l'appartement qu'elle occupait avant son départ, elle fut logée dans une dépendance du château, dont elle se trouvait alors séparée par son immense parc. Trop impressionnable pour ne pas être violemment frappée par cette disposition inattendue, elle se crut blessée dans ses sentiments les plus intimes, dans ses affections les plus chères, et prit pour de l'indifférence ce qui n'était qu'un acte de prudence. Ses idées se troublèrent de nouveau, ses hallucinations revinrent, bien que sous une autre forme, et après quatre mois de ce nouvel isolement, marqués par une série d'accidents nerveux des plus extraordinaires, elle fut frappée d'une attaque d'apoplexie à laquelle elle succomba... Ainsi, autant le premier isolement lui avait été favorable, autant le second lui devint fatal.

Il me reste une dernière remarque à faire sur les conditions de l'isolement considéré comme moyen médical; c'est qu'il doit en général être de courte durée dans le même lieu parce que les malades, s'habituant bien vite aux personnes, aux objets, à la localité, avec lesquels ils sont mis en rapport, sont bientôt privés d'un des premiers avantages de l'isolement, qui est, ainsi que nous l'avons établi, de substituer de nouvelles impressions aux anciennes. Aussi, voit-on tous les jours des fous rester longtemps dans des maisons de santé, d'ailleurs bien tenues sous tous les rapports, sans éprouver la moindre amélioration, et, transportés dans d'autres maisons, y guérir en un temps assez court sans qu'on puisse supposer qu'ils y aient reçu des soins mieux entendus. C'est ainsi que tout récemment j'ai rencontré dans Paris une jeune femme sortie depuis peu guérie de la Salpêtrière, où elle n'était restée que quelques mois, et où ses parents avaient été obligés de la faire admettre, ne pouvant plus fournir à sa pension dans une très bonne maison de santé où elle était restée plus d'un an sans aucun résultat.

De tout ce qui précède, ne peut-on pas se croire en droit de conclure:

1° Que l'isolement, appliqué à l'aliénation mentale, n'a rien de commun, pas plus dans ses effets que dans ses moyens, avec l'emprisonnement cellulaire, et que les partisans de cette dernière mesure auraient tort, pour démontrer son innocuité sur le moral des prisonniers, de s'étayer des avantages qu'on retire du premier moyen dans le traitement de la folie;

2° Que si l'isolement est une mesure impérieusement prescrite, comme question d'ordre public, dans tous les cas d'aliénation mentale dûment caractérisée, il n'est pas moins avantageux comme moyen direct de traitement;

3° Que l'isolement ne doit que très rarement être absolu, et que, longtemps continué, il ne peut que devenir nuisible; en d'autres termes, qu'on a généralement exagéré les inconvénients qu'il peut y avoir à laisser visiter par leurs parents les malades renfermés pour cas de folie dans des établissements spéciaux; enfin que, quand ces malades sont restés un certain temps sans succès dans une maison, ils ne peuvent généralement que gagner à être transportés dans une autre?

Dans un prochain article, je tâcherai de savoir si la nouvelle loi sur les aliénés répond aux besoins de l'époque, et donne à la société toutes les garanties désirables; ensuite si, telle qu'elle est, elle reçoit une application conforme à l'esprit qui l'a dictée. C. Lachaise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre. — Présidence de M. Roche, vice-président.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur un procédé de suture intestinale proposé par M. Moreau-Boutard. (Nous en publierons un extrait dans le prochain numéro.)

Ce rapport, dont la lecture a été écoutée avec un intérêt soutenu, est un véritable traité sur la matière, pris du point de vue de l'appréciation et de la critique. N'ayant pas sous les yeux ce travail étendu et consciencieux, il nous serait impossible d'en présenter une analyse satisfaisante.

M. Velpeau. J'ai écouté avec attention le beau rapport que vous venez d'entendre ; ce n'est pas pour le combattre que je demande la parole ; mais je crains que M. Jobert n'ait été un peu sévère envers le procédé de M. Gely (de Nantes). M. Jobert reproche à ce procédé d'étrangler les tissus....

M. Jobert. Je ne me suis pas servi de cette expression, étrangler ; mais j'ai dit que par ce procédé on était exposé à froncer et à couper ensuite les tissus.

M. Velpeau. Soit ; eh bien, j'ai vu opérer M. Gely, j'ai opéré moi-même par ce procédé, et je n'ai rien vu de semblable. Il ne s'ensuit pas que je soutienne que ce procédé est applicable à tous les cas, et qu'il doive être généralement préféré aux autres. Je soutiens seulement que dans les cas où je l'ai vu employer, et dans ceux où je l'ai employé moi-même, il ne m'a pas semblé mériter les reproches que M. Jobert lui a adressés.

M. Jobert. Quoique M. Velpeau ait la bienveillance de dire qu'il m'a écouté avec attention, je crains qu'il n'ait pas bien entendu ce que j'ai dit à cet égard. Pour rejeter la suture proposée par M. Gely, je me suis fondé sur l'anatomie pathologique, sur l'expérimentation et sur l'observation. Sur l'anatomie pathologique, j'ai fait voir qu'en suivant le procédé de M. Gely, on ne devait, on ne pouvait parvenir au but qu'on se propose, mettre les deux séreuses en contact. Par l'expérimentation, j'ai fait voir que les animaux que j'ai soumis à ce procédé ont présenté, ceux qui n'ont pas immédiatement succombé à l'opération, une sorte de diaphragme intestinal qui produisait toutes les conséquences d'un rétrécissement et impossibilité de donner passage aux matières. Par l'observation enfin, et en me servant même des faits de M. Gely, j'ai montré que dans un de ces cas l'auteur s'est embrouillé dans sa suture ; et par les faits qui me sont propres, j'en ai montré tous les inconvéniens et tous les dangers.

Après quelques autres explications de MM. Velpeau et Jobert, les conclusions du rapport, qui consistent à remercier l'auteur et à déposer son mémoire aux archives, sont adoptées.

Sur la proposition de M. Géraidin, le rapport de M. Jobert est renvoyé au comité de publication.

— *M. Gaultier de Claubry* lit un rapport sur un mémoire de M. A. Lefèvre, relatif à l'antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente à Rochefort.

Le premier soin de l'auteur a été de rechercher si la phthisie était fréquente à Rochefort, et dans quelles proportions elle sévissait sur la population. En vingt-cinq mois de pratique civile, sur trente décès dont il a pu apprécier les causes, il en a compté dix par suite de phthisie pulmonaire sur des personnes de tout âge, de toutes conditions et de tout sexe, nées à Rochefort ou l'habitant depuis un grand nombre d'années. Parmi ces cas, il en a vu qui prouvent qu'à Rochefort, comme ailleurs, la phthisie se transmet par voie d'hérédité. En faisant le dépouillement des registres d'autopsies, conservés dans les archives de l'Ecole, il a trouvé, sur 615 autopsies, 105 cas de phthisie et 27 de tubercules développés dans d'autres organes, c'est-à-dire un peu plus du cinquième du total des autopsies. En faisant le relevé des causes de la totalité des décès pendant deux ans, M. Lefèvre a trouvé la même proportion pour la phthisie.

On voit donc qu'à Rochefort, où les fièvres intermittentes de première invasion et contractées dans l'intérieur de la ville sont nombreuses, la phthisie pulmonaire est extrêmement fréquente.

Conclusions. Remercîments à l'auteur ; renvoi de son mémoire à la commission de topographie et des épidémies.

M. le secrétaire annuel. Une note remise au bureau indique que ce mémoire est imprimé dans le dernier numéro du *Journal de médecine de Bordeaux*. Si le fait est exact, le règlement s'oppose à ce qu'il soit pris des conclusions. Mais le travail pourrait être toujours renvoyé à la commission indiquée à titre de renseignements.

M. Gaultier de Claubry. J'ignorais le fait de l'impression. Du reste, la commission n'a pas perdu de temps, car le mémoire lui est parvenu le 5 août dernier.

M. Velpeau. Les auteurs se lassent souvent d'attendre des rapports qui arrivent presque toujours tardivement, lorsqu'ils arrivent. D'un autre côté, ils savent que leurs travaux n'obtiendront d'autre publicité que celle du *Bulletin de l'Académie*, puisque communication des pièces est interdite aux journalistes. Il y a là quelque chose qui gêne la circulation des idées ; il serait peut-être bon d'examiner s'il n'y a pas lieu à quelque réforme. Toujours est-il que les auteurs cherchent la publicité là où ils la trouvent, et que souvent ils font imprimer des mémoires qu'ils envoient à l'Académie.

Le travail de M. Lefèvre est renvoyé à la commission des épidémies à titre de renseignements.

La séance est levée avant cinq heures.

NOUVELLES.

A la distribution solennelle des prix et des diplômes à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, dont nous avons rendu compte, M. Dittmer a fait la promesse formelle, au nom du gouvernement, de présenter aux Chambres, dans la session prochaine, un projet de loi qui réglera l'enseignement et l'exercice de l'art vétérinaire.

Nouvel et très pressant motif pour les vétérinaires de se préparer à la discussion des questions contenues dans le programme du Congrès médical.

— Des travaux considérables destinés à l'assainissement des salles du rez-de-chaussée, à l'hôpital Saint-Louis, sont en ce moment en voie d'adjudication.

— Le Conseil municipal de la Seine et celui des hospices viennent de voter une somme de 400,000 fr. pour contribuer au percement d'un puits artésien d'un grand diamètre, dans le jardin des Plantes, d'après les plans de M. Mulot. Reste à obtenir maintenant le concours du ministre de l'intérieur, c'est-à-dire du Gouvernement.

— M. Ferrus, inspecteur-général des établissements d'aliénés en France, vient d'arriver à La Haye. M. Ferrus, qui fait un voyage scientifique pour le compte du gouvernement français, a reçu du ministre de l'intérieur des Pays-Bas, l'autorisation de visiter tous les hospices d'aliénés du royaume.

— Un crime vient encore d'être commis à la colonie d'aliénés établie au village de Gheel, en Belgique. Cette fois, c'est sur la personne d'un insensé protestant par un insensé catholique. L'assassin prétendait que son compagnon était possédé du démon. Il est à déplorer que l'on ne surveille pas mieux ces malheureux.

La DIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les Maladies du col de la vessie, de la prostate et de l'urètre. Les articles si importants : HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE et RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, y sont traités avec les développements les plus complets et élucidés par des planches.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 104. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 5 SEPTEMBRE 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Depuis la publication de nos articles sur la paralysie du grand dentelé, l'attention s'est portée plus vivement sur les paralysies locales. Tout dernièrement encore on a vu dans ce journal une observation très intéressante d'une lésion de ce genre. Le cas a été bien étudié par M. Jobert (de Lamballe), et la cause nous a paru évidente (1).

C'est à l'étude de l'étiologie qu'il faudra surtout s'appliquer.

Il y a des paralysies locales provenant d'une cause traumatique: l'observation de paralysie du muscle grand dentelé, rapportée par M. Velpeau, dans son *Traité d'Anatomie chirurgicale*, et la récente observation de M. Jobert, en sont des exemples.

Dans d'autres cas, de beaucoup les plus nombreux, c'est le froid qui produit la paralysie, et celle-ci peut être appelée rhumatismale. Est-ce sur la fibre musculaire ou sur les nerfs qui animent le muscle que le froid porte son action? Quand on pense avec quelle facilité et quelle fréquence le froid affecte les nerfs sensibles et moteurs de la tête, quand on voit ce qui a lieu pour les paralysies musculaires de la face, on est porté à supposer qu'il en est de toutes les paralysies locales comme de ces dernières, dans lesquelles très certainement les muscles ne sont paralysés qu'en second lieu, et par l'effet de la paralysie du nerf.

Dans l'observation suivante, c'est un refroidissement qui a déterminé la paralysie locale.

Un soldat se sentit saisi par le froid, étant en faction. C'était dans le mois de janvier 1841. Le lendemain, il éprouva des douleurs dans différentes parties du corps, mais surtout dans l'épaule droite. Il entra à l'hôpital: on lui fit des frictions avec un liniment camphré, et au mois de juillet de la même année on l'envoya aux eaux de Bourbonne. A son retour, il y avait une amélioration assez sensible, et il put reprendre son service. Mais en 1842, encore au mois de janvier, les douleurs de l'épaule avant repris de l'acuité, il rentra de nouveau à l'hôpital, où il resta cinquante jours. Au mois de mai on l'envoya, pour la seconde fois, aux eaux de Bourbonnes. Il n'en retira pas grand avantage, et, malgré l'emploi des vésicatoires, des moxas, des douches d'eau chaude, malgré un séjour aux eaux de Barèges, où il prit soixante-douze bains et vingt-quatre douches, malgré, en dernier lieu, l'application de l'électricité, il perdit insensiblement l'usage de son membre.

Voici dans quel état nous l'avons vu:

Le moignon de l'épaule est sensiblement déprimé; le malade ne peut élever le bras que suivant un angle très aigu, encore cette manœuvre exige-t-elle un effort considérable, et s'accompagne-t-elle d'un violent tremblement de tout le membre, y compris la main. Il est remarquable que la peau du moignon de l'épaule, jusqu'à la partie moyenne du bras, est complétement insensible; on la pique avec une épingle sans que le malade le sente. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont conservés. Pendant la flexion, on sent la contraction des muscles brachial antérieur et biceps. Le membre tout entier est amaigri; il offre supérieurement une différence de cinq centimètres, à son désavantage, comparativement au membre sain. Quand on applique l'oreille sur l'articulation scapulo-humérale pendant qu'on imprime des mouvements au bras, on perçoit un bruit de frottement rude, qui est dû à la disparition des cartilages d'encroûtement, effet de l'immobilité de la partie.

Il n'est pas douteux, dans ce cas, que la paralysie ne soit due à l'action du froid. C'est au mois de janvier, après une faction (notons que les corps-de-garde sont très chauffés, ce qui expose d'autant plus les soldats à ressentir l'effet du froid quand ils vont en faction), que le malade éprouve des douleurs dans tout le corps et surtout dans l'épaule droite. C'est au mois de janvier de l'année suivante que les douleurs, qui avaient cédé ou au moins notablement diminué, se font sentir de nouveau.

Maintenant, si l'on considère que la peau est aussi bien paralysée que le muscle, et cela dans toute l'étendue qui correspond à ce dernier, on pensera que ni la peau ni le muscle ne sont affectés idiopathiquement, et que le défaut de sensibilité de celle-là, le défaut de motilité de celui-ci, sont le résultat d'une lésion des nerfs qui se distribuent à l'une et à l'autre.

— Nous avons vu, au Val-de-Grâce, dans la seconde division des blessés, dont le service était alors dirigé par M. Marchal (de Calvi), plusieurs cas d'adénite inguinale, suite de lésions circonscrites siégeant sur la partie inférieure du membre. L'un de ces cas se distinguait par le siége de l'adénite, qui, au lieu de se trouver à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du pli inguinal, comme cela a lieu généralement, était située sur le trajet même du pli de l'aine, très en dedans. M. Marchal fit remarquer cette particularité aux élèves, et s'assura de la manière la plus positive qu'il n'existait, dans les organes génitaux, aucune lésion qui pût expliquer l'adénite. En d'autres termes, celle-ci n'était pas vénérienne, comme son siége aurait pu le faire supposer. La tumeur était du volume d'un gros œuf et fort dure: plusieurs applications de sangsues et des onctions avec la pommade d'iodure de plomb ont produit une extrême diminution de l'adénite, qui ne peut tarder à se résoudre entièrement.

Dans un autre cas, il s'agit d'un sous-officier qui, étant tombé d'une hauteur de quinze pieds environ sur les talons, éprouvait dans ces parties des douleurs très vives, surtout lorsqu'il voulait essayer de marcher. Il n'y avait, du reste, aucune déformation. Les douleurs n'ayant pas cédé aux simples résolutifs, M. Marchal fit appliquer à deux reprises des sangsues en dedans et en dehors, au-dessous des malléoles. Il en résulta un grand soulagement; mais les piqûres de sangsues s'étant enflammées, tout aussitôt les ganglions sous-inguinaux s'engorgèrent et devinrent douloureux. Le malade prit un grand bain, des cataplasmes émollients furent appliqués tant sur les piqûres de sangsues que sur les adénites, et celles-ci diminuèrent rapidement.

Ces faits confirment les vues de M. Velpeau sur l'influence des lésions locales dans la production des engorgements ganglionnaires. Mais, d'un autre côté, il y a au Val-de-Grâce, dans tous les services de chirurgie, et généralement dans les hôpitaux militaires, un très grand nombre de ces engorgements siégeant au cou ou dans les régions massétérine, parotidienne, etc., qui sont complétement indépendants d'une lésion locale quelconque.

Lorsque M. Marchal prit son service au Val-de-Grâce, il trouva dans ses salles une dizaine de malades affectés d'engorgements ganglionnaires de la région parotidienne, de la nuque, et surtout, des régions latérales du cou. Imbu de l'idée que ces engorgements reconnaissaient pour cause ordinaire une lésion locale plus ou moins éloignée, il invita son chef de clinique à examiner avec le plus grand soin les yeux, les fosses nasales, la bouche, l'arrière-gorge, les oreilles, le cuir chevelu de ces malades, à s'enquérir minutieusement des antécédents; et il résulta de cette enquête, vérifiée par M. Marchal, que pas un de ces hommes n'était ou n'avait été affecté d'une lésion qui pût expliquer l'engorgement des ganglions.

Il faut donc reconnaître que, dans un assez grand nombre de cas, les adénites sont le résultat d'irritations circonscrites se propageant par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, mais il ne faut pas exagérer cette donnée, et l'on doit reconnaître que le nombre des adénites indépendantes d'une lésion locale est encore plus considérable.

Pourquoi les engorgements ganglionnaires du cou ou des environs sont-ils si fréquents chez les militaires? Cette question a été étudiée, et le mérite bien; mais elle est encore pendante. On se figure communément que les médecins de l'armée n'ont à traiter que des hommes de choix: c'est une grave erreur. Le recrutement est mal fait en France; l'autorité civile, qui a la majorité dans les conseils de révision, est d'une facilité déplorable pour l'admission des hommes sous les drapeaux. Beaucoup de scrofuleux et de tuberculeux sont enrégimentés annuellement. Nous pensons qu'il faut tenir compte de cela d'abord dans la question que nous venons d'indiquer; ensuite, le froid nous paraît exercer une grande influence sur le développement des engorgements ganglionnaires. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en Afrique ces engorgements sont rares. Il y aurait une statistique à faire, et elle serait facile; il faudrait savoir s'il y a autant d'engorgements ganglionnaires dans les garnisons du midi que dans celles du nord. Cette statistique pourrait singulièrement avancer la question.

— M. Marchal a ouvert un bubon suppuré (bien positivement suppuré) au moyen du cautère actuel. Une compresse pliée en plusieurs doubles et mouillée, percée à son centre, ayant été placée sur le bubon, un fer à *tuyauter* les bonnets, recourbé et chauffé à blanc, fut porté rapidement, à travers le trou de la compresse, sur le point le plus proéminent de la tumeur.

Les jours suivants, celle-ci s'affaissa, et il fut évident qu'une portion du liquide avait été résorbée. L'eschare se détacha; elle n'était pas étendue à toute l'épaisseur des parties qui recouvraient le foyer. Une seconde cautérisation fut pratiquée, et cette fois on arriva dans l'abcès ou du moins dans ce que l'on supposait devoir être un abcès. Mais, chose surprenante, au lieu de pus, il sortit de la sérosité tout à fait semblable à celle qu'aurait donnée un kyste séreux. Un stylet fut porté à travers l'ouverture et mesura une cavité du diamètre d'environ quatre centimètres en travers. On laissa l'eschare se détacher, puis on poussa dans la poche une injection iodée et plus tard une injection de nitrate d'argent. Cette dernière amena l'inflammation des parois du foyer; il sortit du pus par l'ouverture de la cautérisation: ce pus se tarit insensiblement, et la petite plaie se cicatrisa; mais un nouvel épanchement de liquide se fit dans la poche, et une ponction donna issue à du sang séreux. La piqûre s'est cicatrisée promptement, et aujourd'hui le malade, porteur de deux cicatrices imperceptibles, peut être considéré comme guéri.

Le feu a produit, dans ce cas, un phénomène surprenant. Il y avait incontestablement du pus dans la tumeur; il semble s'être opéré une séparation de la partie liquide et de la partie solide pus, celle-ci s'étant vraisemblablement organisée en fausses membranes à la surface interne du foyer.

— Tout n'a pas été dit sur l'infection purulente. Une femme qui avait présenté les symptômes d'une fièvre continue, plus un ictère, succomba. On était sous l'influence des idées récemment émises sur le *typhus icterodes*, et on avait été porté, jusqu'à un certain point, à rapprocher ce cas de cette affection. On fit l'autopsie, et on ne trouva aucune lésion dans les viscères. On allait se retirer, lorsque M. Andral eut l'idée de faire examiner le petit bassin. On découvrit un abcès considérable sur les côtés de la matrice, et l'on dut se demander si l'ictère n'avait pas été le résultat d'une pyohémie.

— Vers la même époque nous avons vu, dans un autre service, un homme que l'on traitait depuis quelque temps pour un abcès de l'aisselle fournissant un pus phlegmoneux, non pas précisément fétide, mais d'une odeur assez forte. On s'aperçut que les conjonctives de cet homme jaunissaient; insensiblement l'ictère s'étendit à tout le corps, qui prit une teinte jaune très marquée. L'appétit était conservé, et les fonctions se faisaient normalement; le malade était gai; le foie n'était pas appréciablement plus développé que dans l'état ordinaire. On donna quelques purgatifs salins, et, au bout de peu de jours, l'ictère disparut. On n'avait pas jugé à propos de mettre le malade à la diète. Il n'y avait eu aucune cause morale qui eût pu déterminer la jaunisse; l'épigastre n'était pas douloureux, et rien n'autorisait à penser qu'il y eût une gastro-duodénite.

Quelle avait donc été la cause de l'ictère? Involontairement, on fut conduit, comme dans le cas précédent, à se demander si le foie n'avait pas été choisi pour servir à l'élimination d'un peu de pus absorbé dans le foyer axillaire. Nous pensons, et on nous permettra d'émettre explicitement cette vue, qui, plus ou moins ouvertement, a déjà trouvé place dans ces colonnes, que beaucoup de maladies dépendent de ce que des principes de mauvaise nature tendent à se faire jour par les innombrables sécréteurs qui existent dans les profondeurs de l'économie ou à sa surface externe.

— Dans le même service, quelque temps auparavant, un homme, également affecté d'un abcès de l'aisselle donnant du pus en abondance, avait été pris d'un état typhoïde avec gargouillement prononcé dans la fosse iliaque droite. On admet que l'encombrement, que la mauvaise alimentation, sont des causes puissantes de l'infection typhique, et on l'admet avec raison. Pourquoi donc l'économie ne pourrait-elle s'infecter elle-même? Il y a une idée qui nous domine et que nous tenons à formuler, parce qu'elle nous a été suggérée par les faits: c'est que la pyohémie ou infection purulente ne s'exprime pas toujours de la même manière. Quand un homme ayant une suppuration sera pris d'accidents purement typhoïdes, on pourra supposer que la toxicohémie est extérieure, mais on pourra supposer également qu'elle a procédé de l'individu lui-même.

— Un cas bien remarquable d'infection purulente s'est présenté cette année à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme qui était entré à l'hôpital pour un rétrécissement de l'urètre, et qui avait été soumis au traitement par la dilatation. Il n'y eut aucune difficulté à introduire les sondes, qui furent très bien supportées. Au bout de quelques jours, des frissons se développèrent; ils cédèrent au sulfate de quinine; mais le malade fut pris d'une fièvre continue avec prostration; une douleur se déclara dans la région hypogastrique et fut suivie de l'apparition de l'ictère. La mort arriva le vingt-cinquième jour.

Le sang était liquide dans le cœur; la rate était molle, diffluente. Il y avait deux engorgements lobulaires dans les poumons. Le lobe droit du foie renfermait un abcès métasta-

(1) Nous regrettons d'avoir été induit en erreur relativement à la part qui revient à M. Jobert dans cette question de la paralysie du muscle grand dentelé. Il n'est personne à qui il nous fût plus agréable de rendre justice qu'à l'habile et laborieux chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. X...

tique volumineux, et un grand nombre d'abcès plus petits. Il est fâcheux que l'urètre n'ait pas été examiné.

— Une femme portant depuis trois ans une tumeur à la partie inférieure du bras, est entrée, il y a quelque temps, dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu. La tumeur a commencé au-dessus de l'épitrochlée, et avait le volume d'une noix quand la malade s'en est aperçue. Elle était mobile, indolente, n'occasionnait aucune gêne. Au moment de l'admission, elle occupait le quart inférieur du bras, et s'étendait un peu à l'avant-bras. Sa hauteur était d'environ douze centimètres sur sept de largeur ; elle était située entre le muscle biceps, qu'elle refoulait en dehors, et le brachial antérieur. La veine basilique était aussi légèrement refoulée en dehors. Les veines étaient développées, dilatées, sans être variqueuses, vis-à-vis la tumeur. Cette dernière, un peu plus saillante en bas, était assez résistante, non fluctuante, présentait quelques bosselures peu marquées, n'offrait pas de battements, et était indolore.

On sentait l'artère brachiale en refoulant la tumeur en dedans, jusque vers la partie inférieure de celle-ci ; mais arrivé là, on ne la sentait plus. Une incision a été faite suivant le grand axe de la tumeur, qui a été disséquée à droite et à gauche, soulevée par la main et par des érignes implantées dans son épaisseur. Inférieurement, il a fallu disséquer la gaîne de l'artère brachiale dans une certaine étendue. La tumeur était un lipome assez consistant.

— M. Vidal (de Cassis) a eu dans son service, à l'hôpital du Midi, un homme affecté d'une orchite syphilitique, qui avait subi la castration pour une affection semblable de l'autre testicule. Le traitement par l'iodure de potassium a dissipé cette orchite. De tels cas doivent être signalés pour mettre les chirurgiens en garde contre une malheureuse et déplorable précipitation.

M. Richet a reçu, dans le service dont il est provisoirement chargé à la Charité, un jeune homme qui portait deux testicules chacun plus volumineux que le poing d'un homme robuste. Il était possible de reconnaître que c'était le testicule même qui était engorgé. D'après les antécédents, M. Richet jugea que l'affection était syphilitique. Il administra l'iodure de potassium depuis la dose d'un gramme jusqu'à celle de trois grammes, et la résolution s'est opérée avec une rapidité surprenante.

Personne n'obtient de plus beaux résultats que M. Lisfranc de l'emploi de ce précieux agent thérapeutique. « On ne sait pas, disait dernièrement ce chirurgien, où l'on s'arrêtera avec ce médicament. » Nous avions donc bien raison d'écrire, dans notre dernière *Revue*, qu'il fallait craindre de discréditer un tel moyen. Mais cette crainte ne doit pas aller jusqu'à empêcher de signaler les faits dans lesquels il a paru exercer une action nuisible. Ainsi, M. Ricord citait un cas dans lequel, à chaque administration de l'iodure de potassium, le malade était pris d'un *purpura hemorrhagica*.

— Nous avons vu aussi, dans les salles de M. Vidal, un homme opéré depuis quelques jours d'une hydrocèle par l'injection iodée, et dont la vaginale, distendue par la lymphe coagulable, formait une tumeur donnant à la pression une crépitation très sensible. Qui fera l'histoire de la crépitation en général ? Ce pourrait être un beau travail, et bien utile.

— Le même praticien obtient chaque jour des succès marqués de l'emploi des sangsues dans ces interminables urétrites chroniques qui font le désespoir des malades et des chirurgiens. Cette pratique mérite d'être donnée en exemple, à une époque où la méthode antiphlogistique a été discréditée, et par ses excès et par suite de l'exagération qui caractérise toujours les réactions.

— M. le docteur Jarvis, de New York, nous a présenté un appareil très ingénieux pour la réduction des luxations et la contention des fractures. Cet appareil est construit de telle sorte que, pour la cuisse, la fracture peut être maintenue la jambe restant libre. M. Jarvis nous l'a appliqué et nous avons pu juger de sa force, qui, portée à son summum, égale celle de trois hommes. La description de cet appareil nous entraînerait trop loin. Nous ne manquerions pas de la donner si M. Jarvis était appelé à appliquer son invention dans un hôpital, ce qui nous paraît desirable. X...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.

M. le professeur Rostan a commencé la série des leçons cliniques qu'il a faites cette année sur les maladies nerveuses, par l'analyse rapide des quelques observations suivantes :

Première observation. — Au numéro 1 de la salle Sainte-Anne, est couchée une femme de quarante-trois ans, née à Paris, entrée il y a peu de jours pour un embarras gastrique. Nous avons porté notre attention sur les centres nerveux, dans l'interrogatoire, et nous avons recueilli des circonstances qui nous ont paru de la plus grande importance.

Et d'abord, nous dirons qu'avant d'être dans l'état où elle se trouve, aujourd'hui, cette femme a été frappée d'hémiplégie, il y a neuf ans environ. Il n'est pas commun de rencontrer des névroses chez les personnes qui ont eu des lésions locales et circonscrites du cerveau. En effet, ces lésions limitées du cerveau ne se présentent presque jamais que chez des sujets âgés, tandis que les névroses, au contraire, ne s'observent guère que chez les jeunes sujets.

L'hémorrhagie cérébrale, à laquelle on doit rapporter l'hémiplégie, n'a probablement été que de fort peu d'étendue ; car les accidents de paralysie n'ont duré qu'un mois. La malade nous dit également avoir éprouvé des battements de cœur tellement violents, qu'elle pense les pouvoir attribuer à un anévrisme du cœur. Aujourd'hui elle ne présente plus aucun symptôme d'affection organique du cœur. Cela veut-il dire que ces palpitations n'aient pas dépendu d'une maladie de cette nature ? Nullement. Nous pensons que l'on peut guérir d'une affection du cœur. Laennec a publié des faits concluants qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Bien que nous ne leur accordions pas à tous et complétement une confiance absolue, nous demeurons cependant convaincu que, par certains moyens hygiéniques et thérapeutiques, on peut se rendre maître, jusqu'à un certain point, d'une maladie du cœur lorsqu'elle est à son début.

Cependant, dans le cas actuel, nous présumons que les palpitations du cœur qu'elle a éprouvées ont plutôt dépendu d'un état nerveux que d'une lésion organique. Il y a trois ans maintenant, à la suite d'une vive contrariété (notons en passant cette cause), elle éprouva une première attaque. Depuis cette époque, les attaques que nous allons décrire se sont reproduites à plusieurs reprises, et principalement aux époques menstruelles, au dire de la malade.

Ces attaques surviennent tout à coup ; la malade perd tout à fait connaissance, ne sait ce qui se passe autour d'elle, est étrangère aux excitants extérieurs. On peut la pincer, la piquer, sans qu'elle accuse aucune sensation douloureuse. Lorsque l'attaque est terminée, elle ne se rappelle aucune circonstance de son attaque, et rien de ce qu'on lui a fait souffrir. Cette circonstance est très importante à noter dans l'histoire des névroses, comme nous le ferons voir plus loin, en en traçant la description générale.

Pendant la durée de l'attaque, on observe des convulsions, consistant en contraction et relâchement alternatifs des muscles des membres. Nous n'avons point encore pu l'observer pendant une de ces attaques ; mais nous tenons ces renseignements des personnes qui en ont été témoins. Enfin, elle pousse des cris.

Dans certaines affections, les convulsions sont toniques, c'est-à-dire continues ; dans d'autres, comme ici, elles sont cloniques, c'est-à-dire qu'elles consistent en des alternatives de relâchement et de contractions musculaires. Nous ne devons pas oublier de dire non plus que lorsque la malade revient à elle, elle verse des larmes, phénomène sur lequel nous reviendrons encore.

La durée de l'attaque est de deux ou trois heures.

En réunissant tous ces caractères, nous sommes porté à croire que la femme dont nous vous entretenons est affectée d'hystérie, et non pas d'épilepsie. Cependant, elle perd complétement connaissance ; le système utérin ne présente rien de particulier. Les fonctions organiques sont dans un état parfaitement normal. La respiration est libre, hors le moment des attaques. Il n'y a pas d'amaigrissement. Urines faciles. Il n'y a pas de déjections involontaires pendant l'attaque. Quant aux fonctions cérébrales, l'intelligence est nette ; la malade répond facilement, et avec rapidité, aux questions qu'on lui adresse, elle a même une certaine tendance à la loquacité, et nous l'avons cru du moins, une certaine tendance à donner des renseignements, de l'exactitude desquels il nous a paru quelquefois permis de douter. Les attaques, suivant elle, seraient fréquentes ; les fonctions sensoriales, motrices, ne présentent non plus rien de particulier à noter.

Deuxième observation. — Le numéro 5 de la même salle nous offre une femme atteinte de gastralgie, sur laquelle nous reviendrons dans une autre de nos conférences. Nous avons remarqué plusieurs fois qu'au moment de la visite, cette femme était prise d'une anhélation extraordinaire, phénomène que nous vous avons signalé aussitôt comme un accident nerveux. Toutes les fois que nous restons pendant un certain temps près de cette femme, le même phénomène se reproduit. Cet état nerveux, avons nous dit encore, nous semble lié à l'hystérie. En portant ce jugement, nous avons dû chercher à le fonder sur d'autres circonstances plus positives. Car l'anhélation survenant dans ces conditions, n'était pas suffisante pour caractériser un état hystérique. Nous avons appris en poussant plus loin nos investigations, qu'il y a un an environ, se trouvant à Rouen, elle a perdu connaissance tout à coup presque complétement. Cet accident serait arrivé à la suite de chagrins violents ; il se serait reproduit au bout de trois mois, s'accompagnant de douleurs gastralgiques intenses. Cette femme est, du reste, très mal réglée, et présente souvent des phénomènes de contracture qui indiquent une forme particulière de l'hystérie. Les accès, depuis un an, se sont renouvelés à plusieurs reprises, tous les deux ou trois mois environ.

Troisième observation — Au numéro 18 de la même salle est une femme au lit de laquelle nous ne nous arrêtons que très rarement. Depuis longtemps elle était sujette à des chagrins cuisants ; elle pleurait souvent ; lorsqu'il y a cinq ans, à la suite d'une frayeur, chose singulière, elle a été subitement prise d'une perte de connaissance complète. Nous notons avec soin cette frayeur comme cause déterminante ; car la malade n'est point épileptique. Cette attaque nerveuse avec perte de connaissance ne s'est pas reproduite très fréquemment. Mais quand elle survenait, la malade présentait pendant plusieurs heures des convulsions très fortes. Elle poussait des cris ; d'après son récit, elle aurait eu de l'écume à la bouche, et une respiration stertoreuse, tous symptômes à noter, et cela d'autant plus, que nous ne croyons pas que la malade soit épileptique. Son intelligence a été troublée à la suite de ces attaques. Si nous nous en rapportions à tous ces antécédents, nous verrions peut-être là-dedans une épilepsie, et cependant nous pensons qu'elle a une tout autre maladie. Elle dort après son attaque pendant un temps plus ou moins long. Aujourd'hui les accès ne se reproduisent plus, ou du moins très rarement. Lorsqu'elle y était fréquemment sujette, elle les sentait venir une heure à l'avance ; ce qui n'était pas l'*aura epileptica*, mais simplement un prodrome. Elle accusait une sensation analogue à celle qui serait produite par une boule qui remonterait de l'hypogastre, et causerait une vive oppression.

Maintenant les accès ont disparu, et ne se renouvellent que lorsqu'elle ôte une ceinture assez fortement serrée qu'elle porte continuellement. Alors elle est prise d'un hoquet continuel extrêmement incommode et pénible. Nous avons trouvé, pour le dire en passant, un moyen artificiel de diminuer ce hoquet. Il y a quelques années, nous avons été consulté par un médecin pour un cas d'hystérie, et notre confrère nous fit cette observation que la malade était tourmentée par un hoquet continuel. Eh bien, la main fortement appliquée sur l'épigastre, fit disparaître ce hoquet instantanément. Pour la malade actuelle, voilà près d'un an qu'elle est dans notre service ; nous avons empêché la reproduction de son hoquet en lui faisant faire une ceinture serrée, qui occupe une assez grande étendue, depuis les mamelles jusqu'à l'hypogastre. Toutes les fois que l'on ôte sa ceinture à cette femme, le hoquet reparaît aussitôt. Ce phénomène, le hoquet continuel, nous empêche de lui faire prendre des bains, comme nous l'aurions fait dans toute autre circonstance. Evidemment ici nous n'avons point affaire à de l'épilepsie. Jamais on ne rencontre dans cette maladie un cortége pareil de symptômes. Nous croyons que la malade est hystérique, bien que d'après la narration qu'elle nous a faite, il se soit manifesté quelques symptômes que l'on aurait pu rapporter à l'épilepsie.

Quatrième observation. — Salle Sainte-Anne, n° 27. Jeune fille qui présente un état complexe, et d'une analyse difficile. Elle est âgée de dix-huit ans seulement, malade depuis treize mois. Voici comment a commencé sa maladie. Elle a été atteinte, dans l'articulation radio-carpienne, d'une douleur accompagnée de gonflement, de rougeur à la peau ; rhumatisme articulaire qui aurait été borné à cette articulation seule. Pendant qu'elle était ainsi malade, elle fut prise d'une frayeur très vive, et aussitôt il se développa chez elle une très violente céphalalgie. Interrogée sur la nature de cette céphalalgie, elle nous a déclaré avoir eu du délire avec fièvre et douleurs générales dans les membres. Ici nous devons avoir des doutes. Est-ce le rhumatisme articulaire dont elle était affectée qui avait fait des progrès et qui aurait donné lieu à des phénomènes de réaction très prononcés, ou bien, et c'est ce qui nous paraît le plus vrai, cette jeune fille aurait-elle eu une méningo-encéphalite, soit directement, soit par suite d'une disparition subite du rhumatisme ? Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'elle a été prise de délire et de fièvre. Quelques jours après, convulsions avec perte de connaissance incomplète, et voici où commencent les phénomènes qui nous intéressent.

Cette perte de connaissance se reproduisait tous les jours et durait deux heures environ. La malade avait la conscience de ce qui se passait autour d'elle, mais il lui était de toute impossibilité de communiquer avec les personnes qui l'entouraient. La durée de l'attaque, avons-nous dit, était de deux heures environ. Ceci nous démontre déjà de la manière la plus positive que nous n'avons point affaire à une attaque d'épilepsie. L'épilepsie dure beaucoup moins longtemps, et ne dure que quelques minutes ou même quelquefois quelques secondes. Aujourd'hui, voici quel est l'état de la malade :

De temps en temps elle éprouve des pertes incomplètes de connaissance, mais alors elle étouffe, est oppressée, accuse la sensation d'une boule qui, partant de la région inférieure de l'abdomen, s'élèverait jusqu'à la gorge. C'est la boule hystérique. Vous distinguez ici tous les phénomènes de l'hystérie. Mais il y a encore autre chose : cette fille est devenue strabique depuis le commencement de sa maladie. Elle affirme de la manière la plus positive qu'avant les convulsions qu'elle a eues, elle n'avait jamais louché. Elle est insensible de la presque totalité du corps : on peut la serrer, la pincer, sans qu'elle s'en aperçoive, à moins que la pression ne soit cependant extrêmement forte. La sensibilité de toute la surface du corps est obtuse. La malade ne peut porter ses mains à sa tête. Elle ne peut se soutenir sur ses jambes ; elle réunit enfin des désordres très graves dans la motilité et dans la sensibilité.

Toutes les autres fonctions organiques sont dans l'état normal. Elle mange et digère bien. Elle n'éprouve qu'un peu de constipation. Du côté de la respiration, elle n'offre qu'un peu d'anhélation pendant les accès. L'exploration directe a permis de constater une résonnance et une respiration normales. La nutrition n'a pas sensiblement souffert. Cette fille n'engraisse pas, mais ne maigrit pas non plus, depuis trois mois qu'elle est dans nos salles. Elle est assez bien réglée, mais peu abondamment.

L'histoire des antécédents de cette malade nous offre des phénomènes complexes. Ce qui est net et hors de toute discussion, ce sont les phénomènes d'hystérie, caractérisés par une perte incomplète de connaissance, la longue durée des accès, le sentiment de la boule hystérique, les symptômes d'oppression et d'anxiété. Mais nous croyons qu'il y a quelque chose de plus. La paralysie des hystériques n'est ordinairement ni générale, ni persistante. Ici, elle a toujours été en augmentant au lieu de diminuer, à tel point que maintenant la malade ne peut se soutenir sur ses jambes. Il y a quelques mois, elle pouvait encore se soutenir et marcher. D'après ce que nous avons eu souvent occasion de vous dire à propos des lésions des centres nerveux, une paralysie générale suppose toujours une altération générale ou du moins une altération centrale dans le cerveau. Les accidents étant persistants et durables, l'altération doit être également persistante. Nous avons donc affaire ici à une affection qui reconnaît deux causes organiques : l'une intermittente, c'est celle de l'hystérie ; l'autre persistante, c'est celle de la paralysie. Le strabisme est encore, pour nous, une preuve de la persistance de l'altération cérébrale.

Quelle est cette lésion cérébrale ? Nous avons dit qu'elle doit être centrale. Quant à sa nature, nous éprouvons plus de difficulté à la déterminer. Nous ne serions pas éloigné de croire qu'il y a augmentation du fluide céphalo-rachidien. Bien que cette fille ne nous présente aucun symptôme de tu-

bercules pulmonaires, nous sommes assez porté à croire qu'elle porte un tubercule à la base du crâne, vers le mésocéphale, coïncidant avec une abondante suffusion séreuse. Cette partie de notre diagnostic est un peu hasardée peut-être. Mais nous ne voyons pas à quelle autre cause on pourrait rapporter un ensemble de phénomènes semblables à ceux dont nous vous avons tracé la description. Il nous paraît certain qu'elle a eu une méningo-encéphalite, qui nous est prouvée par les douleurs qu'elle a éprouvées à cette époque antérieure, douleurs que nous ne pouvons rapporter au rhumatisme, mais bien, ainsi que le délire, à une inflammation des méninges. La suffusion séreuse a dû être la suite de cette méningo-encéphalite. Le strabisme nous paraît évidemment lié à une lésion plus locale que la suffusion séreuse, et après de mûres réflexions, nous avons dû nous arrêter à la présence d'un tubercule dans le mésocéphale.

Cinquième observation. — Nous avons à la salle Sainte-Jeanne un jeune homme de dix-neuf ans. Il y a cinq ou six ans, nous a-t-il dit, il a vu un de ses camarades tomber en épilepsie; cependant il ne se rappelle pas très clairement si c'est longtemps après ou immédiatement après qu'il fut atteint de la même maladie. Ceci serait important à savoir; car l'on n'ignore pas que l'épilepsie, bien que non contagieuse, se transmet par l'imitation. Lorsque nous faisions le service à l'hospice de la Salpêtrière, nous étions chargé d'un service d'épileptiques, et il nous est souvent arrivé de voir, lorsqu'une de nos malades avait une attaque, un assez grand nombre parmi les autres tomber en épilepsie successivement. Rappelons à ce sujet ce qui arriva à Boerhaave qui, chargé à l'hôpital de Harlem d'une salle d'épileptiques, et voyant un grand nombre de jeunes filles être atteintes de la même maladie par imitation, fit apporter au milieu de la salle un énorme fourneau, et menaça la première qui aurait une attaque de la brûler jusqu'aux os avec des fers rougis au feu. Il dit avoir réussi en cette circonstance. Nous aurons occasion de vous faire observer plus tard, dans la description générale de la maladie, toute l'importance que l'on doit attribuer à la frayeur comme cause de l'épilepsie la plus fréquente. Aujourd'hui, voici l'état dans lequel il se trouve.

Il a assez fréquemment des attaques, mais chacune d'elles ne dure que quelques secondes. Il les sent commencer; il éprouve alors une sorte de malaise général, un sentiment d'oppression, de fourmillement des membres, phénomènes qui précèdent de quelques minutes l'attaque elle-même.

Relativement aux prodromes dans l'épilepsie, Georget a fait des relevés pour parvenir à déterminer d'une manière approximative le nombre des cas où la maladie s'annonce par des signes précurseurs. Nous croyons que les auteurs qui ont écrit depuis Georget, ont souvent confondu les cas où la maladie s'annonce par des phénomènes généraux tels que ceux que présente ce jeune homme, et ceux où elle s'annonce par l'*aura epileptica*, phénomène tout à fait spécial et propre à l'épilepsie. Suivant Georget, ce ne serait que dans un très petit nombre de cas, les quatre centièmes tout au plus, que l'on rencontrerait la véritable *aura epileptica*; les auteurs modernes ont donné un chiffre indiquant une proportion beaucoup plus élevée. Notre malade ne présente pas d'*aura epileptica*, mais seulement des étourdissements, de la courbature, un malaise général. Chez lui, la perte de connaissance est complète; il se mord souvent la langue pendant son attaque; il a de l'écume à la bouche. On peut le piquer et même le brûler sans qu'il s'en aperçoive. Après l'attaque, il reste dans un état de demi-stupeur, d'hébêtement. Du reste, il n'y a, pour lui, aucune circonstance héréditaire, ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux, circonstance qui pourrait peut-être nous donner quelques chances de guérison de plus en sa faveur.

D[r] A. F.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Chancre phagédénique ayant duré quatre ans, guéri par une cautérisation profonde avec le caustique de Vienne. — Observation recueillie par M. GABALDA, interne du service.

N..., âgé de vingt-cinq ans, est entré à l'hôpital du Midi, salle première, n° 15, le 23 mai 1845.

Ce malade, dont l'esprit a été cultivé, nous a donné avec beaucoup d'intelligence tous les renseignements désirables sur la santé de ses parents et sur la sienne propre.

Sa grand'mère et sa grand'tante sont mortes l'une et l'autre d'un cancer au sein. Sa mère a été opérée avec succès d'une tumeur cancéreuse dans le dos.

Son père n'a été affecté d'aucune maladie constitutionnelle; mais sa santé était altérée par des excès habituels de toute sorte. Il a un frère qui est bien portant actuellement, mais qui a eu dans sa jeunesse une attaque de phthisie. Il a une sœur qui est sourde, mais qui jouit d'une bonne santé.

N....., quoique présentant les signes du tempérament dit lymphatique, est lui-même fortement constitué. Il n'a jamais eu de maladie grave. A l'âge de sept ou huit ans, il a eu un impétigo du cuir chevelu et de la face. A dix ans, il a eu des oreillons. Quand sa barbe a poussé, et qu'il a commencé à se raser, il a eu pendant longtemps des *dartres farineuses* au menton. Il n'a jamais eu d'écrouelles.

Il y a quatre ans, le malade a contracté deux chancres, l'un sur le prépuce, l'autre sur le gland, au niveau du frein. Quinze jours après le début de ces chancres, il a consulté un médecin, qui lui a fait subir un traitement par des pilules de sublimé, pendant cinquante jours. Le chancre a été cautérisé plusieurs fois (tous les deux ou trois jours), et pansé avec de la charpie trempée dans une décoction de guimauve.

Au moment où le malade a consulté ce médecin, il avait déjà dans l'aine gauche un engorgement ganglionnaire qui le gênait en marchant. Cette tumeur s'est enflammée; mais elle n'est arrivée à la suppuration qu'un mois après son début. A cette époque, le sommet de la tumeur était fluctuant, et sa base était encore très dure. Elle a été ouverte avec le bistouri. La plaie résultant de l'incision s'est ulcérée. Le malade, inquiet sur son état, est allé consulter un nouveau médecin quinze jours après l'ouverture de son bubon. Ce médecin, ayant trouvé deux trajets fistuleux dans la tumeur, prolongea l'incision; il fit suspendre le traitement mercuriel que le malade suivait encore, et prescrivit l'iodure de potassium. Après avoir continué pendant six semaines l'emploi de ce nouveau médicament, le malade s'étant aperçu qu'il avait sur le pubis un grand nombre de *pediculi*, fit plusieurs frictions mercurielles pour s'en débarrasser. Ces frictions déterminèrent une stomatite mercurielle, accompagnée d'une salivation très abondante et d'ulcérations de la muqueuse buccale.

A la suite de cet accident, l'ulcération de l'aine se cicatrisa, mais pas complétement. Il resta trois petits points fistuleux à bords rouges, à fond grisâtre, et ayant déjà l'aspect que prit ultérieurement l'ulcération de l'aine, lorsqu'elle fut plus étendue et qu'elle mérita le nom de chancre phagédénique. Quant aux chancres de la verge, ils étaient, à cette époque, définitivement cicatrisés.

Après la guérison de la stomatite mercurielle, le malade fut remis à l'usage de l'iodure de potassium; mais, malgré ce traitement, les trois points ulcérés augmentèrent insensiblement, et, au bout de deux mois, ils avaient chacun une largeur égale à celle d'une pièce de 5 francs, et ayant fini par se réunir, ils formaient dans l'aine une vaste ulcération profonde, à bords décollés et dont le fond était recouvert par une fausse membrane grisâtre. Cette ulcération avait été pansée tantôt avec une pommade iodurée, tantôt avec du vin aromatique.

A cette époque, un nouveau médecin que le malade alla consulter lui fit prendre 2 grammes de proto-iodure de mercure, en 40 pillules, après l'administration desquelles l'ulcération ayant rapidement diminué d'étendue, se trouva presque complétement cicatrisée. — Ce médecin avait employé, comme moyen de pansement, du proto-iodure de mercure incorporé dans du miel.

Mais il resta, comme la première fois, deux poins fistuleux qui résistèrent au traitement et qui ne tardèrent pas à acquérir une étendue plus grande. Le malade fut remis à l'usage du proto-iodure de mercure; mais une stomatite mercurielle qui se manifesta obligea de suspendre l'emploi de ce moyen.

Après avoir subi plusieurs médications qui produisirent toutes une amélioration, mais jamais une guérison complète, le malade vint à Paris au mois de septembre 1842. Il entra à la Maison royale de Santé. Il y fut traité pendant trois mois par les pilules de proto-iodure et les bains de sublimé. Ce traitement produisit le même résultat que les précédents, c'est-à-dire une cicatrisation incomplète du chancre.

Au commencement du mois de décembre, le malade sortit de la Maison de Santé et entra à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord. Il y fut soumis au traitement par les pilules de Sédillot données à doses croissantes. Ce moyen, qui consiste à augmenter chaque jour de deux le nombre des pilules qu'on donne au malade jusqu'à ce que la salivation survienne, a produit, entre les mains de M. Ricord, quelques guérisons définitives de chancres phagédéniques. Chez notre malade, il n'eut pas d'autres résultats que les traitements précédemment employés. Le nombre des pilules administrées fut porté jusqu'à quarante par jour. A la suite de ce traitement, le malade quitta l'hôpital, présentant encore quelques points ulcérés qui ne tardèrent pas à s'agrandir.

Le malade affirme que pendant la durée de sa maladie, qui a été de quatre ans, il a vu au moins vingt fois, à la suite de médications différentes, son chancre sur le point de se cicatriser; mais toujours il est resté quelques petites ulcérations en plus ou moins grand nombre, qui sont devenues la source de nouveaux progrès du mal. Ces ulcérations, quelque petites qu'elles aient été, ont toujours conservé un fond grisâtre, couenneux qui est un des caractères pathognomoniques de la maladie qui nous occupe. Elles ont toujours progressé en envahissant les tissus sains placés au-dessous d'elles, en sorte que l'ulcération s'est étendue vers la fesse et la partie inférieure de la cuisse. Jamais, dans les nouveaux progrès que faisait le chancre, après ses cicatrisations incomplètes, il n'est revenu sur lui-même; en d'autres termes, l'ulcération ne s'est pas agrandie aux dépens des surfaces qu'elle avait déjà occupées et qui s'étaient cicatrisées, mais, au contraire, aux dépens des tissus sains.

Après avoir passé environ deux années dans son pays, le malade est revenu à Paris, et il est rentré à l'hôpital du Midi le 23 mai 1845. Au moment de son entrée, le chancre occupait, sur la face antérieure de la cuisse et à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de ce membre, une étendue de cinq centimètres en travers; il avait une largeur de deux centimètres environ. L'ulcération intéressait toute l'épaisseur de la peau; elle avait des bords nettement coupés et un peu décollés, et un fond recouvert par une matière pultacée, grisâtre et épaisse, qui lui donnait une grande analogie avec la pourriture d'hôpital. Au-dessus du chancre, il existait une vaste cicatrice s'étendant sur la face antérieure et externe de la cuisse, dans la région de l'aine et sur le pubis. Cette cicatrice irrégulière, recouverte par un tissu lisse dans quelques points, ridé dans quelques autres, d'une coloration marbrée, avait une certaine ressemblance avec celle qui succède aux lupus scrofuleux.

Pendant les quinze premiers jours que le malade a passé à l'hôpital, le chancre a été pansé avec de la charpie trempée dans une solution d'extrait de ratanhia. On a prescrit, en outre, chaque jour, trois verres d'eau sulfureuse d'Enghien. Ce traitement n'a produit aucun changement notable. M. Ricord a pensé alors qu'il serait possible de détruire l'ulcération au moyen d'une cautérisation profonde qui ferait disparaître les tissus occupés par le chancre.

Le 10 juin, la cautérisation a été pratiquée au moyen du caustique de Vienne. On en a appliqué une couche d'une ligne d'épaisseur environ, recouvrant la surface de l'ulcération et s'étendant au delà de celle-ci dans une étendue d'un centimètre. L'eschare produite par cette cautérisation n'a été éliminée que très lentement. Trois semaines après l'opération elle adhérait encore au centre. M. Ricord l'a détachée complétement à cette époque, en excisant la portion encore adhérente. La chute de l'eschare a mis à découvert une large plaie d'un rouge vermeil, recouverte de bourgeons charnus, et qui n'a point repris cet aspect fongueux et grisâtre que le chancre n'avait jamais cessé de présenter pendant sa durée. Cette plaie a marché lentement vers la cicatrisation. Celle-ci était définitive à la fin du mois de juillet.

Le malade a quitté l'hôpital le 5 août.

P. S. N... est revenu à l'hôpital du Midi le 22 août, dix-sept jours après sa sortie. La cicatrice s'est maintenue, et, désormais, la guérison peut être regardée comme assurée.

Cette médication hardie que M. Ricord a appliquée pour la première fois, et qui a été couronnée d'un plein succès, est destinée à rendre de grands services dans le traitement si difficile du chancre phagédénique. Il est évident qu'on ne pourra pas l'employer dans les cas où l'ulcération occupera une large surface. Mais la plupart des chancres phagédéniques affectent la marche de celui dont nous venons de rapporter l'histoire. Les points qu'ils occupaient déjà se cicatrisent à mesure qu'ils en envahissent de nouveaux, en sorte que l'ulcération, quoiqu'elle parcoure à la longue une grande étendue, n'est pas très large au moment où on l'observe. La marche du chancre phagédénique est telle, du moins à certaines périodes, si ce n'est pendant toute sa durée. Ce sont ces périodes, où l'affection se concentre sur un point peu étendu, qu'il faudra saisir pour la détruire au moyen du caustique. Il ne faudra pas s'arrêter devant de vaines considérations théoriques, en vertu desquelles le chancre étant sous la dépendance d'une maladie constitutionnelle, ne pourrait pas être guéri par un traitement local. L'observation de tous les jours prouve la possibilité de substituer une plaie simple à un ulcère spécifique, en détruisant ce dernier par une cautérisation suffisante. Le fait que nous venons de rapporter en offre lui-même une preuve frappante.

De l'excision de la muqueuse dans les sutures intestinales.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Jobert a donné lecture d'un mémoire de M. Moreau-Boutard, ayant pour titre: De l'excision de la muqueuse dans les sutures intestinales.

Après avoir exposé la méthode de l'auteur, qui consiste dans l'excision du bourrelet muqueux renversé en dehors des lèvres de la plaie intestinale et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux mis à découvert; après avoir passé en revue les expériences au nombre de dix-neuf, faites sur des chiens par M. Moreau-Boutard, et avoir examiné avec soin les quatre pièces anatomiques soumises à l'Académie, M. Jobert passe à l'appréciation de la méthode de l'auteur, et s'applique principalement à résoudre les deux questions suivantes:

Connaissait-on l'existence du bourrelet muqueux dans les plaies de l'intestin?

L'adhérence du tissu cellulaire sous-muqueux avec la séreuse, est-elle un procédé nouveau et acceptable?

La présence du bourrelet muqueux a été signalée par tous les auteurs de chirurgie. Quant à l'excision de la muqueuse et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux, elle constitue véritablement une méthode au point de vue théorique et pratique; mais cette excision, que M. Moreau-Boutard a pu exécuter sur des chiens, serait dans bien des cas matériellement impossible sur l'homme; elle exposerait, en outre, à la mortification de l'intestin privé de ses vaisseaux; enfin la réunion, quand elle a lieu, s'est opérée par le contact des séreuses ou par la lymphe qu'elles exhalent; en dernier lieu, les fils coupés à ras de la surface externe de l'intestin doivent presque immanquablement tomber dans le péritoine; tels sont les faits qui résultent de l'examen des pièces adressées à l'Académie par M. Moreau-Boutard. Indépendamment de ces inconvénients généraux, il en est un qui appartient en particulier au deuxième procédé de l'auteur dans lequel l'intestin suturé est maintenu en rapport avec la plaie de la paroi abdominale. Ne voit-on pas que ce procédé expose à des anus contre nature? Et c'est, en effet, ce qui est arrivé dans les expériences de M. Moreau-Boutard.

Après cette exposition du travail soumis à l'examen de la commission, le rapporteur jette un coup d'œil sur la grande question des sutures intestinales; il rappelle les doctrines des chirurgiens anciens sur ce point important de pratique; il énumère les procédés de J. Bell, de B. Bell, de Travers, de Cooper, de Smith (de Philadelphie), de Louis, de La Peyronie, etc. De cette énumération, il résulte qu'en France et en Angleterre la suture était pratiquée sans principe arrêté, abandonnée aux inspirations du moment; elle était considérée comme moyen de prévenir l'épanchement plutôt que comme moyen de réunir immédiatement la plaie. Les guérisons étaient rares, et les chirurgiens, découragés, aimaient mieux exposer la blessé à un anus contre nature, que de lui faire subir une opération dangereuse et incertaine.

Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir La Peyronie rejeter tous ces procédés empiriques et abandonner à lui-même l'intestin blessé, tandis que Ledran, Bertrandi pratiquaient une suture pour prévenir l'épanchement en attendant les efforts de la nature médicatrice. Il n'y a que très peu de temps, continue M. Jobert, qu'on a soumis les sutures intestinales à des règles fixes, basées sur la structure anatomique de l'intestin. Les nombreux procédés qui ont surgi dans ces derniers temps peuvent tous être rapportés aux trois méthodes suivantes: 1° rapprochement de parties identiques qui exhalent une lymphe fortement plastique; 2° rapprochement des membranes séreuse, muqueuse et musculeusee; 3° rapprochement de la séreuse avec le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les inventeurs de ces procédés ont voulu créer une suture unique, pouvant convenir à toutes les lésions du canal intestinal; mais il est évident que le chirurgien doit modifier son procédé opératoire suivant le genre de lésion de l'intestin, suivant l'état sain ou morbide de ses tuniques, suivant qu'elles ont été ou non ramollies par l'inflammation. Aussi M. Jobert a-t-il adopté depuis longtemps une invagination par constriction, mais à points rares; une invagination sans constriction; une suture par le procédé de Ledran; une à points séparés, et une entéroplastie. M. Jobert passe ensuite à l'exposition de la plupart des procédés modernes.

M. Denans, selon la méthode primitive de l'invagination, soutient les parois de l'intestin avec un corps étranger; mais il subordonne son procédé à l'adossement des séreuses. Cette opération a réussi

quelquefois sur des chiens. Mais sur l'homme, osera-t-on gangrener l'intestin même dans une petite étendue. On avait renoncé autrefois à de simples cylindres de carton, à cause des inflammations auxquelles leur présence donnait lieu; qui pourrait aujourd'hui se servir de corps plus solides et plus résistants?

M. Gely a inventé une suture dite en *piqué*. qui a beaucoup d'analogie avec le point mis en usage par les cordonniers.

M. Gely a adressé son travail à l'Académie. Son procédé a pour but de faire renoncer à l'invagination et d'assurer la chute des fils dans l'intestin. A ce procédé sont inhérentes des coarctations et une espèce d'anneau valvulaire qui ne peut disparaître par l'absorption, puisqu'il est formé par les parois de l'intestin renversé. D'ailleurs les expériences prouvent que ces valvules demeurent ce qu'elles étaient, qu'elles exposent à la rétention des matières.

L'examen des pièces envoyées par M Gely à l'Académie, a fait reconnaître que les fils étaient, sans exception, retenus dans le point où on les avait fixés.

En résumé :

1° La suture dite en *piqué* adosse les séreuses, et lorsqu'il s'agit d'une plaie de peu d'étendue elle peut réussir.

2° Dans les plaies circulaires complètes, cette suture ne s'applique qu'avec une extrême difficulté, et l'on n'y parvient qu'aux *dépens du calibre* de l'intestin

On ne peut en effet produire l'adossement partout, et vaincre la tendance au renversement, qu'en tirant fortement sur ces deux chefs du fil; ce qui doit nécessairement froncer les parois du canal intestinal, diminuer, sinon oblitérer, la cavité de ce conduit.

3° Quant à la facilité d'exécution du procédé, nous ne croyons pas qu'elle soit telle que M. Gély semble l'établir et on se convaincra, en l'exécutant, de la difficulté qu'elle présente dans son application.

En regard de ces faits, M. Jobert rapporte une série d'expériences faites sur les animaux, et des observations recueillies sur l'homme, démontrant que l'invagination telle qu'il la pratique depuis longtemps ne détermine ni oblitération, ni valvule oblitérante. Il prouve, en outre, qu'il n'est pas nécessaire de disséquer le mésentère des deux bouts de l'intestin, ni de distinguer ceux-ci l'un de l'autre. Il est de la plus haute importance de placer les fils de manière qu'ils tombent dans le conduit intestinal, ou qu'ils puissent être extraits facilement par la plaie; en effet, lorsqu'ils demeurent dans la cicatrice, ils produisent l'engorgement et même la suppuration du tissu cellulaire.

Quant au procédé de M. Reybard, il consisterait dans un véritable affrontement des tuniques de l'intestin, dans une réunion par première intention; mais le peu d'épaisseur des parois de l'intestin, leur mobilité rendent leur affrontement inexécutable.

M. Jobert croit devoir ajouter à l'examen de ces procédés la description d'une suture ingénieuse due à M. Nunciante (Hippolyte), professeur d'anatomie à Naples. On peut l'appeler *suture en spirale*. Elle se pratique avec un fil qui passe alternativement de gauche à droite et de droite à gauche, en laissant en sens opposé chacun de ses bouts aux angles de la division; en tirant sur les extrémités du fil, on renverse en dedans les lèvres qui se trouvent adossées séreuse contre séreuse.

Le professeur de Naples a pratiqué avec succès trois fois son procédé.

M. Jobert, après ce long et consciencieux examen, est amené à conclure que la méthode par adossement des séreuses est encore celle qui réunit le plus grand nombre d'avantages réels; que, sauf le procédé de suture de M. Nunciante, aucun de ceux qui ont été récemment proposés n'a introduit dans la pratique une modification avantageuse; que plusieurs doivent être proscrits comme dangereux dans leur application, ou impraticables sur l'homme.

Intégrité de l'intelligence et des sens chez un sujet portant une balle dans le cerveau. — Nous lisons dans le *Bulletin de Thérapeutique* une note sur ce sujet, dont nous extrayons les réflexions et le fait qui suivent:

Tout le monde connaît la bizarrerie des effets produits par les armes à feu; mais assurément il n'en est pas de plus singulier et de plus inexplicable que celui de ce malade hémiplégique qui, fatigué de la vie à cause de son infirmité, se tira deux coups de pistolet dans la bouche, qui, apporté à la Charité dans les salles de M. Velpeau, non-seulement ne mourut pas, mais encore fut, en moins de quinze jours, en pleine convalescence, et, chose miraculeuse! c'est que par ce coup de pistolet il fut guéri de son hémiplégie.

Ce n'est pas un cas de guérison, mais un cas de mort que M. Trélat nous donne l'occasion de rapporter aujourd'hui; mais ce cas est remarquable: car une balle a pu séjourner dix jours dans le centre du cerveau, et l'individu a vécu pendant ces dix jours avec la parole libre et l'intégrité de son intelligence.

M. P,.., négociant, âgé de quarante-quatre ans, était le dernier fils d'une malheureuse famille dont tous les membres, le père, un frère et deux sœurs, s'étaient déjà suicidés, quoique heureux et dans l'aisance; ce qui établit une fois de plus cette grande loi de l'hérédité. Ce négociant, le 8 mars 1845, pour mettre fin à ses jours, appliqua sur l'une et l'autre tempe deux pistolets de poche, et lâcha à la fois les détentes. L'une des balles rase le front et se perd en l'air; l'autre fait un trou à la région temporale droite sans déterminer aucune fracture, et pénètre dans le cerveau. Il tombe; mais il paraît qu'il ne perd pas connaissance, car il avait saisi fidèlement les conventions faites avec le conducteur de la voiture sur laquelle on le rapporta chez lui, au point qu'il s'écria, en sortant du demi-assoupissement où il était: « Payez 2 fr. 50, prix convenu. »

Il reconnaissait tout le monde, soit des yeux, soit de l'oreille, et sa parole était nette et libre. Tout le monde espérait que la blessure ne serait pas mortelle; mais M. Trélat appelé, reconnaît que le bras gauche était dépourvue de sensibilité et de mouvement, que la jambe gauche était privée de sensibilité, mais conservait encore un peu de mouvement. Cet état ne démontrait que trop clairement la profondeur de la lésion cérébrale à droite, et n'en laisait que trop sûrement présumer l'incurabilité. En effet, le 17 mars, à cinq heures de l'après-midi, ce malade succomba le dixième jour écoulé depuis sa blessure. Jusqu'au huitième jour exclusivement, il a parfaitement compris ce qu'on lui disait; il a toujours répondu aux questions; il a vu, entendu, goûté, perçu les odeurs. C'est avec un sentiment de douloureux étonnement qu'on a vu la vie, l'intelligence se continuer avec tant de plénitude chez un homme qui avait une balle et une portion d'os en plein cerveau, et qui devait nécessairement mourir. A l'ouverture du cadavre on a constaté le cas suivant : La balle a agi comme un emporte-pièce, et n'a nullement étendu son action sur l'os au delà de son diamètre; elle s'est frayé une voie dans la scissure de Silvius, passant entre l'artère méningée et toutes ses branches sans en intéresser aucune; elle a ensuite pénétré dans le ventricule du même côté, l'a traversé diagonalement, et est allé épuiser sa force contre la faux; puis soulever les méninges, qui la laissent tomber dès qu'elles sont ouvertes. Ce corps étranger passant dans la scissure, longeant le ventricule, a produit aussi peu de désordre qu'il était possible, et n'a fait qu'érailler très superficiellement sur son passage la substance du cerveau Ainsi s'expliquent la longue existence de M. P...., et le peu d'intensité des phénomènes indiqués. Le cerveau était ferme et sain, non piqueté; les méninges seules étaient enflammées.

NOUVELLES.

— Le roi Ernest Auguste a remis lui-même les insignes de l'ordre des Guelphes au célèbre chimiste Berzélius, qui se trouve en ce moment en Hanovre.

—Par décision de M. le ministre de l'instruction publique, les sessions des jurys médicaux, pour 1845, ont été réglées ainsi qu'il suit :

CIRCONSCRIPTION DE PARIS.

Première division. — M. BÉRARD, président.

Départ. où le jury est convoqué.	Date de la réunion.	Départ. dont les candidats seront examinés par ce jury.
Seine-Inférieure,	20 septemb.	Oise.
Eure,	26	
Calvados,	30	Manche. Orne.
Ille-et-Vilaine,	6 octobre.	C.-du-Nord, Mayenne, Finistère.
Maine-et-Loire,	10	Sarthe, Loire-Infér., Morbihan.
Seine-et-Oise,	25	Eure-et-Loir.

Deuxième division. — M. ADELON; président.

Aisne,	3 septemb.	
Nord.	6	
Pas-de-Calais,	12	
Somme,	16	
Loiret,	23	Cher.
Indre-et-Loire,	26	Loir-et-Cher.
Vienne,	29	Indre.
Yonne,	8 octobre.	Seine-et-Marne, Nièvre.

CIRCONSCRIPTION DE STRASBOURG.

Première division. — M. FORGET, président.

Doubs,	10 septemb.	Haut-Rhin, Haute-Saône, Jura.
Saône-et-Loire,	16	Côte-d'Or, Ain.
Loire,	22	Rhône.

Deuxième division. — M. STOLTZ, président.

Marne,	28 août.	Aube, Haute-Marne.
Ardennes,	5 septemb.	
Moselle,	11	
Meurthe,	16	Vosges.

CIRCONSCRIPTION DE MONTPELLIER.

Première division. — M. DUBREUIL, président.

Haute-Garonne,	11 septemb.	Tarn, Ariége, Lot, Pyrénées-Orient., Lot-et-Garonne.
Hautes-Pyrénées,	19	Gers.
Basses-Pyrénées,	25	Landes.
Gironde,	4 octobre.	
Deux-Sèvres,	18	Charente, Vendée, Char.-Infér.

Deuxième division. — M. BOUISSON, président.

Puy-de-Dôme,	17 septemb.	Allier, H.-Loire, Creuse, Cantal H.-Vienne.
Drôme,	23	Isère.
Vaucluse,	27	
Basses-Alpes.	3 octobre.	Hautes-Alpes.
Bouches-du-Rhône,	8	
Gard,	14	

La DIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les Maladies du col de la vessie, de la prostate et de l'urètre. Les articles si importants: HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE et RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, y sont traités avec les développements les plus complets et élucidés par des planches.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 9 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 105. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 8 SEPTEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Deuxième liste.

M. le docteur Foucart, membre de la Société de médecine pratique, à Paris.
M. le docteur Félix Andry, à Paris.
M. le docteur Dumont (de Monteux), à Grenelle (Seine).
M. le docteur Gaide, à Paris.
M. Bourrières, pharmacien, à Paris,
M. le docteur A. Mercier, à Paris.
M. Vée, maire du 5e arrondissement, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Goblin, à Stains (Seine).
M. le docteur Dreyfus, à Paris.
M. le docteur Bertot, à Paris.
M. le docteur Collomb, à Paris.
M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de la rue de Charonne, à Paris.
M. le docteur Bréon, à Paris.
M. le docteur Avenel, à Rouen.
M. le docteur Brierre de Boismont, à Paris.
M. le docteur Tavernié, à Senlis (Oise).
M. le docteur Sichel, à Paris.
M. le docteur Furnari, vice-président de la Société médicale du 9e arrondissement, à Paris.
M. Soubeiran, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris.
M. Maubec, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. le docteur Maubec, à Paris,
M. le docteur Constant, à Saint-Vrain (Seine-et-Oise).
M. le docteur Beauche, à Paris.
M. le docteur Belhomme, à Paris.
M. le docteur Cherest, à Paris.
M. le docteur Halleguen, à Chateaulin (Finistère).
M. le docteur Despaulx-Ader, à Paris.
M. le docteur Foissac, à Paris.
M. le docteur Le Roy-d'Etiolles, à Paris.
M. le docteur Lefebvre, à Paris.
M. le docteur Leverdier, à Montreuil-l'Argilé (Eure).
M. le docteur Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital Saint-Jacques, à Lunéville.
M, le docteur Vallette, à Chécy (Loiret).
M. Wolpmann, officier de santé, à Paris.
M. le docteur Moret, à Paris.
M. le docteur Magne, à Paris.
M. le docteur Pedelaborde, à Paris.
M. le docteur Laborie, à Paris.
M. le docteur Ranque, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, président de la Société royale des sciences de cette ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Orléans.
M. le docteur Lechaptois, à Bolbec (Seine-Inférieure).
M. le docteur Charpentier père, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Guérigny (Nièvre).
M. le docteur Charpentier fils, à Premery (Nièvre).
M. le docteur Nicolas, à Paris.
M. le docteur Borel, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu, à Pontoise (Seine-Inférieure).
M. le docteur Richet, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Tournié, à Paris.

Total de la deuxième liste,	46
Total de la liste précédente,	53
Total général,	99

La plupart des Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris et des départements, ont déjà nommé leurs délégués; leurs noms ne tarderont pas à être communiqués à la Commission permanente, et seront immédiatement publiés.

Dans la dernière séance de la Commission générale de l'*Association de prévoyance* des médecins de Paris, présidée par M. Orfila, des délégués ont été nommés, et il a été décidé que le prix de la cotisation serait pris sur les fonds de l'Association. M. Orfila lui-même s'est montré très sympathique pour le Congrès médical, et a promis de l'encourager de toute son influence; bien convaincu, a-t-il dit, que des résultats fort utiles pouvaient sortir de cette grande manifestation.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de mai 1845; par M. Jules BOUTEILLER, interne du service.

Cas remarquable de bruit de piaulement du cœur; recherches sur la cause de ce bruit.

Une femme jeune encore retenue dans la salle Sainte-Geneviève par la convalescence d'une péritonite partielle, fut auscultée, dans l'idée qu'elle pourrait présenter les phénomènes stéthoscopiques de la chlorose; mais on ne fut pas peu surpris de rencontrer un piaulement du cœur des plus marqués.

Le bruit de piaulement a été en général peu étudié, et l'on s'est borné à des hypothèses sur sa cause. Un fait certain, et que M. Piorry a maintes fois remarqué, c'est que le cœur frappant sur un estomac plein de gaz, donne lieu à des bruits beaucoup plus forts que lorsqu'il frappe sur un estomac rempli par des matières. Chez Laënnec, à la fin de sa maladie, les bruits du cœur s'entendaient à distance; Laënnec lui-même constata ce phénomène, et assura qu'il cessa de se reproduire après qu'il eut rendu quelques gaz.

Les comparaisons n'ont pas manqué pour définir le bruit de piaulement; on a dit qu'il ressemblait au bruit que fait le liquide en s'échappant d'une bouteille pleine, au moment où elle vient d'être brusquement renversée. D'autres l'ont assimilé au bruit d'une goutte d'eau tombant dans un vase à moitié plein, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, dans le cas qui nous occupe, ce bruit d'une part ne tient pas au jeu des orifices, car son maximum répond à la pointe du cœur, et vers les orifices on n'entend rien d'anormal. Il ne tient pas, d'autre part, à des liquides qui seraient accumulés dans la péricarde; car en faisant coucher le malade sur le côte droit, la percussion n'a pas donné de matité dans la partie droite et supérieure du médiastin. La plessimétrie démontre aussi qu'il n'y a point de gaz dans le médiastin. Le pouls est régulier; donc il n'y a pas de désordre dans la circulation. Le cœur frappe-t-il contre une caverne du poumon? Cela est peu probable; car il n'y a ni toux, ni crachats, ni signes pathologiques fournis par la percussion ou l'auscultation.

Que penser donc de ce bruit de piaulement? M. Piorry croit que l'estomac contient des gaz et des liquides, et que c'est le choc du cœur contre cet organe qui a donné lieu au phénomène. En effet, dit-il, le maximum du bruit est au point où le cœur touche l'estomac. Après l'ingestion d'un verre d'eau, le bruit a cessé sur-le-champ; mais il a reparu quelques moments après. D'un autre côté cette femme a la rate assez grosse, et il serait possible que par son volume cette rate refoulât l'estomac vers le cœur, et rendît ainsi plus intime le rapport de ces deux organes. Dans l'idée où telle serait l'origine de ce bruit, on donna le sulfate de quinine; mais il faut le dire, le bruit n'en fut nullement modifié.

En tout cas, le pronostic n'était nullement grave, et le jugement qu'en porta M. Piorry fut confirmé par la suite. Après quelques jours d'observation, pendant lesquels on s'assura que le malade n'éprouvait aucun symptôme morbide, on lui donna sa sortie.

1° *Maladies de la rate. — Névropathie par suite de névralgie intercostale du côté gauche.*

Au n° 37 de la salle Sainte-Geneviève était couchée une femme d'une quarantaine d'année, qui éprouvait tous les soirs des accès de fièvre intermittente, dans laquelle le stade de frisson dominait les autres. Ils avaient aussi cela de particulier, qu'ils s'accompagnaient de douleurs très vives dans le côté gauche; douleurs qui, du reste, ne disparaissaient pas entièrement entre les accès. Cette dernière remarque mit sur la voie du diagnostic. La rate n'étant pas plus grosse que dans l'état normal, et le sulfate de quinine ne triomphant pas de cette fièvre intermittente, il fallait en chercher la cause ailleurs que dans une hypertrophie splénique. La malade ressentait une chaleur extrême et un sentiment de brûlure le long des nerfs intercostaux. Par intervalle cette sensation

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'imprévu à l'Académie de médecine. — Un rapport de M. Jobert (de Lamballe). — Ce que devraient faire tous les rapporteurs. — Singulière récompense de l'Académie. — Récriminations légitimes. — Un talent qui se révèle. — Les orateurs de l'Académie. — M. Velpeau. — Bolte aux lettres. Les tribulations d'un médecin de campagne.

Ne l'ai-je pas dit souvent, que l'Académie de médecine était la terre privilégiée et favorite de l'imprévu et de la surprise? Qui se serait attendu, par ce magnifique soleil qui nous réjouit d'autant plus qu'il s'est montré cette année plus avare de ses rayons, par ce mois de septembre qui court, à cette époque de distractions, de voyages et de plaisirs lointains; alors que les stalles académiques tendent en vain leurs bras aux orateurs absents, et que les banquettes isolées sont veuves du public; qui l'aurait dit, alors que cette salle à moitié vide ne pouvait guère compter que sur quelque maigre rapport de remèdes secrets, que nous entendrions, mardi dernier, un travail consciencieux, étendu et des plus remarquables sur un point fort important de pathologie chirurgicale? Cette bonne fortune très inettendue nous a été fournie par M. Jobert (de Lamballe). Chargé de faire un rapport sur un procédé nouveau de suture intestinale, M. Jobert a fait ce que tout rapporteur devrait faire; il a passé en revue, au point de vue historique, mais surtout au point de vue critique, les faits, les opinions, les doctrines qui constituent ce point de la science. Imbu de cette idée extrêmement juste, que les académies sont instituées moins pour produire que pour apprécier, moins pour inventer que pour juger, M. Jobert s'est emparé de ce sujet en juge, en critique, en maître, et il l'a traité avec une largeur de développements, une étendue et une justesse de critique qui font de ce rapport le travail le plus complet sur la matière. Seulement l'Académie, en voulant lui faire honneur, l'a soustrait avarement à la publicité générale et profitable; elle a enseveli ce beau travail dans le recueil de ses Mémoires, ce qui implique nécessairement pour M. Jobert l'obligation de ne le communiquer à quelque journal que ce puisse être. C'est ainsi que l'Académie, ou pour être plus juste, que le Conseil de l'Académie, ou pour être tout à fait équitable, que deux ou trois membres de ce Conseil que je pourrais citer, entendent le progrès et la diffusion des lumières. Il est, en vérité, déplorable qu'à une époque où les pouvoirs, quelque élevés qu'ils puissent être, rendent hommage à la fécondité, à la puissance de la publicité, on voie un corps savant suivre encore les errements surannés de quelque monastique institution du moyen âge, étouffer entre les quatre murailles de son enceinte les travaux qui s'y produisent, et s'imaginer leur accorder récompense et encouragement en leur infligeant la prison cellulaire de son étroite et stérile publicité. Avec le bon sens exquis et la libéralité d'esprit qui le caractérisent, M. Velpeau a fait voir tout ce que les mesures prises par l'Académie avaient d'étrange et de nuisible à la libre circulation des idées, aux intérêts de la science, aux intérêts des travailleurs, aux intérêts mêmes de l'Académie. Aux intérêts de la science, car la science vit, grandit et se propage par la publicité; aux intérêts des travailleurs, qui n'ambitionnent souvent d'autre récompense que celle que la publicité procure; aux intérêts mêmes de l'Académie, qui, abandonnée à elle-même, pourrait bien mourir d'anémie et de langueur, et pour qui la presse périodique est un véritable tonique et un corroborant. Viennent de temps à autre quelques récriminations aussi élevées, aussi dignes et aussi respectées que celles dont M. Velpeau s'est constitué l'organe, et il ne faudra pas désespérer de voir l'Académie rentrer dans les voies libérales de notre époque et de notre civilisation. Ainsi soit-il.

Pour en revenir à M. Jobert, ce serait fort injuste à moi de ne pas dire que ce n'est pas seulement comme rapporteur qu'il a obtenu un grand et légitime succès, mardi dernier, mais encore comme défenseur convaincu, énergique et quelquefois éloquent de son rapport. Je ne connaissais pas à cet honorable académicien le talent fort remarquable d'improvisation dont il a fait preuve. Par timidité, par modestie sans doute, M. Jobert n'a pris qu'une part très peu active aux grandes discussions chirurgicales qui se sont élevées dans l'enceinte académique. Il est permis de le regretter aujourd'hui qu'une expérience sérieuse et décisive a montré que ce chirurgien distingué n'avait rien à envier à ses collègues sous le rapport de la facilité et de la lucidité d'exposition. Les esprits les plus difficiles se sont montrés très satisfaits de cette épreuve, et je prévois avec plaisir que M. Jobert, un jour ou l'autre, figurera avec honneur dans ma petite galerie des orateurs académiques. Il est vrai, et je dois le dire, que le sujet sur lequel M. Jobert a eu à parler, lui était très familier. On sait qu'il est le père de la suture intestinale par l'adossement des séreuses, cette belle conquête de la chirurgie contemporaine à laquelle les étrangers ont rendu peut être plus d'honneur que nous-mêmes. Du reste j'avais eu le plaisir d'entendre quelques jours auparavant M. Jobert à sa clinique qu'il fait tous les matins à l'hôpital Saint-Louis devant de nombreux élèves, et je dois reconnaître qu'il serait bien à désirer que toutes les cliniques officielles fussent faites avec le même soin, le même zèle et le même talent que j'ai rencontrés dans cette clinique officieuse.

M. Velpeau, le seul orateur qui ait pris part à la dernière discussion, a conquis depuis longtemps le droit de figurer avec distinction dans ma galerie académique. Il est assurément peu de membres qui montrent plus de zèle et plus d'attachement à leurs devoirs d'académicien. Comme bien d'autres il pourrait laire valoir ses nombreuses occupation de professeur et de praticien pour excuser sa négligence envers l'Académie; mais M. Velpeau tient à honneur de remplir les fonctions que l'estime de ses collègues lui a imposées, et tel on le voit à son hôpital, à la Faculté, dans sa clientèle, tel on le retrouve à l'Académie, c'est-à-dire exact, actif, dévoué. M. Velpeau fait avec empressement et célérité les rapports dont on le charge, et il est peu de discussions chirurgicales auxquelles il ne prenne une part fort active. Tant de zèle recevra sans doute sa récompense, et cet honorable membre est certainement de ceux qui peuvent voir en perspective les fauteuils du bureau.

M. Velpeau possède moins les qualités brillantes de l'orateur que les qualités solides. Sa discussion ne procède pas par jets éblouissants, sa pensée ne se revêt pas d'une forme harmonieuse ou élégante, son style n'offre aucune ambition littéraire et sa diction ne vise à aucune prétention rhétoricienne, j'en conviens; mais une lucidité parfaite qui ne manque pas de correction, une simplicité de forme qui n'exclut pas la malice et quelquefois l'esprit; une mébode et un enchaînement d'idées où la logique n'étouffe ni la finesse, ni parfois le petit mot pour rire, de l'ordre, du bon sens, une inépuisable source d'érudition et de science, un ton de discussion toujours poli et convenable, une dialectique pressante, mais revêtue de formes toujours remplies d'aménité, de l'adresse sans perfidie, des convictions sans jactance, du courage sans forfanterie, telles sont les qualités honorables qui distinguent M. Velpeau et que l'Académie a eu plus d'une fois l'occasion d'apprécier.

Je ne ferai qu'un petit reproche à M. Velpeau que dans d'autres bouches j'ai entendu grossi jusqu'à l'accusation; c'est, dans quelques circonstances, de manquer de gravité, de sérieux. Il y a tant de gens qui ne jugent que sur les apparences et qui s'offusquent de ne pas voir les hommes de sa position constamment enveloppés dans leur dignité académique ou dans leur austérité professorale, qu'il y a parfois danger de se livrer devant ces gens-là aux mouvements de son humeur ou aux inspirations de son esprit. M. Velpeau cède volontiers au penchant qui l'entraîne à voir les hommes et les choses de ce monde sous leur côté cocasse et amusant; cette philosophie en vaut assurément une autre et ce n'est pas moi qui la blâmerai, surtout lorsque, comme chez M. Velpeau, elle ne rend le cœur ni froid, ni égoïste. Mais cette philosophie, que M. Velpeau veuille bien me permettre de le dire, doit rester parfaitement intime, car elle blesse, elle irrite les malheureux d'abord, les envieux ensuite, les adversaires surtout. Que cet honorable professeur sache bien qu'il n'est permis à un homme de

prenait le caractère du déchirement; de temps à autre le malade éprouvait dans cette région un sentiment de réfrigération, mais momentané, et remplacé bientôt par des élancements. A la pression faite méthodiquement, c'est-à-dire le long du bord inférieur des côtes et de bas en haut, la douleur devenait intolérable. On avait évidemment affaire à une névralgie intercostale gauche, accompagnée, comme cela se voit souvent, de névropathie splénique par continuité nerveuse, et les accès de fièvre intermittente étaient le résultat de cette affection de la rate.

La thérapeutique confirma le diagnostic : on appliqua des vésicatoires sur le côté gauche. La douleur et les accès cessèrent pour reparaître aussitôt que les exutoires furent secs. Aussi cette pauvre malade reconnaissant l'efficacité de ce moyen, demandait sans cesse et avec instance de nouveaux vésicatoires.

M. Piorry fit à cette occasion une remarque pratique qui n'est pas sans intérêt : c'est que la direction des côtes chez la femme est beaucoup plus verticale qu'on ne le croirait au premier abord. Aussi, tandis que chez l'homme l'angle qu'elles forment avec la colonne vertébrale est de 40 à 45 degrés ; chez la femme, ce même angle est de 25 à 30. Cette notion est importante à connaître pour suivre le trajet des nerfs intercostaux, ainsi que pour l'étude des fractures des côtes.

On ne peut s'empêcher, dit M. Piorry, de remarquer que la douleur est modifiée suivant qu'elle occupe un nerf ou un autre. La douleur névralgique intercostale dont nous avons dépeint la nature plus haut, est aussi caractéristique que l'est la pesanteur de la douleur utérine, la sensation d'étranglement de la douleur cervicale, ou enfin que la douleur de celle appelée clou hystérique. Ce fait de pathologie générale comporterait un développement que nous ne pouvons lui donner ici.

En résumé, il est vrai de dire que les névralgies intercostales du côté gauche s'accompagnent le plus souvent de névropathie splénique et partant d'accès de fièvre intermittente, quelquefois peut-être moins francs que dans les cas d'hypertrophie, mais tout au moins de malaises survenant à des heures régulières.

Comme exemple de l'enchaînement des états organo-pathologiques ajoutons que les névralgies intercostales tiennent elles-mêmes souvent à des affections utériues. Ainsi chez la femme qui fait le sujet de cette observation, il y avait à son entrée de la pléthore et une congestion de l'utérus.

2° *Hypersplénotrophie.*

Première observation. — Le 18 mai entra au n° 12 de la salle Saint-Raphaël un teinturier atteint d'une fièvre intermittente sur laquelle nous nous arrêterons un instant à cause de la manière dont elle a été contractée : *C'est en manœuvrant de l'eau du canal Saint-Martin ;* et à cause aussi de son début : cet homme a senti *avant d'avoir aucun accès, une douleur dans le côté gauche et dans la région lombaire gauche.*

Deuxième observation. — Un malade atteint d'hypertrophie splénique et couché salle Saint-Raphaël, mérite d'être mentionné pour le fait suivant : le sulfate de quinine fit diminuer la rate, mais en un point celle-ci resta grosse ; nous devons même ajouter qu'elle augmenta. On ne réussit à faire cesser l'augmentation de volume en ce point que par des émissions sanguines locales et des émollients. Cela prouve que l'hyperhémie splénique dans l'empoisonnement miasmatique et l'hyperhémie dans la splénite ne sont pas de même nature ; le sulfate de quinine guérit l'une et les antiphlogistiques guérissent l'autre.

A l'appui de ses opinions sur l'action du sulfate de quinine et sur tout ce qui a trait à la grande question des fièvres intermittentes, M. Piorry émet un argument d'une grande valeur. Le voici : un homme habite un lieu marécageux et est atteint d'une fièvre intermittente qui dure des années, quoiquoiqu'il ait changé de pays. Cependant le sang n'a pas conservé les miasmes. On sait, en effet, qu'une altération du sang ne dure pas autant de temps que cela ; mais *ses effets* persistent. C'est donc la maladie de la rate qui a duré, et c'est sur elle qu'a agi le sulfate de quinine et non sur le miasme.

Névralgie sciatique. — Causes de sa fréquence, à l'occasion d'un cas de névralgie suite de grossesse.

Il s'est montré dans les salles de M. Piorry, pendant le mois de mai, plusieurs cas de névralgie sciatique, et notamment une affection de ce genre qui s'est manifestée après un accouchement et dure depuis sept ans. M. Piorry pense que le mal a commencé pendant la grossesse, par la compression qu'exerçait la matrice en état de gestation sur les plexus lombaire et sacré. En effet, la malade se rappelle fort bien avoir déjà souffert pendant la grossesse tout le long de la cuisse. Cette névralgie invétérée n'a cédé ni aux vésicatoires, ni aux ventouses scarifiées, moyens employés avant son entrée à l'hôpital. Cependant on appliqua de nouveau des vésicatoires multipliés (il paraît que jusqu'alors on ne lui en avait mis qu'un seul à chaque fois), en peu de temps on obtint une amélioration sensible.

Voici les remarques que M. Piorry a faites à cette occasion sur la névralgie sciatique. Et d'abord quant aux causes, ce professeur pense que cette affection est toujours produite par des altérations physiques. Il ne peut admettre des névropathies sans lésions matérielles. La névralgie sciatique reconnaît pour cause, outre les maladies inhérentes aux nerfs eux-mêmes, une maladie des os de la colonne lombaire, une rétention des matières fécales, des tumeurs abdominales, une tumeur de la matrice, la grossesse, etc. En effet on est frappé de voir combien est exposée à la compression la grosse branche anastomotique lombo-sacrée qui, pour réunir les deux plexus l'un à l'autre, passe sur l'angle osseux que les accoucheurs appellent le promontoire. Voilà pourquoi cette névralgie est peut-être la plus fréquente de toutes. Aussi, pour calmer les douleurs qu'elle occasionne, suffit-il quelquefois de faire coucher le malade sur le ventre, ce qui fait cesser la compression ; de même que l'on vit, dans un cas, le décubitus sur le ventre *remédier en vingt-quatre heures* à une ascite et à un œdème des membres pelviens, parce que ces phénomènes étaient dus à la compression exercée par la matrice développée sur les veines hypogastriques et la veine cave inférieure.

Dans la névralgie sciatique, beaucoup de praticiens appliquent le long du trajet du nerf sciatique une série de ventouses ; M. Piorry goûte peu cette manière de faire, et préfère en général tirer du sang par tout autre moyen. Il évite ainsi de la douleur au malade et des cicatrices indélébiles, si désagréables surtout pour les femmes.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Hémorrhagie cérébrale; hémiplégie gauche. Guérison.

Au n° 15 de la salle Saint-Lazare a été couché le nommé Hubert, âgé de trente-sept ans, homme de peine, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva, dit-il, pendant son travail deux petits étourdissements qui durèrent fort peu de temps et disparurent bientôt, n'ayant occasionné que fort peu de retard dans son ouvrage. Il y a deux jours, il éprouva un grand étourdissement accompagné de céphalalgie violente, étourdissement qui dura cinq à six minutes à peu près. Il fut assez intense pour faire chanceler le malade et lui faire perdre l'équilibre. Cependant les symptômes ne tardèrent pas à disparaître, et laissèrent pendant près d'un quart d'heure le malade dans son état normal. Mais bientôt, les mêmes phénomènes se manifestèrent de nouveau, avec une violence telle que le malade dut suspendre ses occupations, rentrer chez lui et se mettre au lit. A peine fut-il couché, qu'il perdit complétement connaissance pendant près de deux heures. Lorsqu'il revint à lui, il s'aperçut que le bras et la jambe gauches étaient paralysés et complétement privés de mouvement. Sans être tout à fait abolie, la sensibilité était également plus obtuse dans toute la moitié gauche du corps qu'à droite. On n'envoya point chercher de médecin, et pour tout traitement, les personnes qui entouraient le malade lui firent prendre une tasse d'infusion de fleurs de tilleul. Le lendemain de l'accident, le 4 mars, il entra à l'hôpital.

A la visite du matin, on constata les phénomènes dont nous venons de parler, diminution de la sensibilité des membres du côté gauche, perte complète des mouvements de ce côté; du reste, intelligence nette, parole facile, bien qu'un peu lente. — Une saignée de trois palettes est immédiatement pratiquée; limonade sucrée ; diète.

Le 8, une bouteille d'eau de Sedlitz; un bouillon coupé.

Le 11, on commence à constater une légère amélioration dans l'état du malade, qui peut faire exécuter à sa jambe et au pouce de la main gauche quelques mouvements extrêmement restreints et peu étendus; sensibilité presque normale. — Eau de Sedlitz ; deux bouillons.

Le 15, les autres doigts de la main commencent à exécuter aussi quelques mouvements; ceux de la jambe sont proportionnellement plus tendus, et le malade peut la fléchir, sans cependant que le talon puisse encore quitter le plan sur lequel est couché le malade ; le coude et le poignet n'exécutent aucun mouvement. Ce n'est que vers le 18, que la motilité reparaît en partie dans le bras et la partie supérieure de l'avant-bras.

Dans les derniers jours du mois, le membre inférieur a recouvré ses mouvements d'une manière assez complète pour que le malade puisse marcher, bien que difficilement, et se promener dans la salle en s'appuyant sur une canne. — Vésicatoire à la nuque; deux portions d'aliments. (Quart.)

Du 10 au 16 avril, les mouvements du bras et de l'avant-bras sont à peu près revenus complétement ; mais les doigts n'ont point encore assez de force pour serrer les objets que l'on présente au malade, et qu'il laisse tomber sur son lit. La convalescence se soutient bien, et fait des progrès, quoique lentement.

Le 28, le malade sort complétement guéri, marchant bien, sans le secours d'aucun appui. Il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse dans le bras gauche. Sensibilité égale des deux côtés du corps.

Hémorrhagie cérébrale. Hémiplégie droite. Mort. Autopsie.

Au n° 14 de la salle Saint-Lazare a été couché le nommé Lunard, âgé de soixante-dix-huit ans, sans profession, malade depuis deux jours, d'une assez forte constitution.

Cet homme a été pris, le 13 avril, d'une perte subite et complète de connaissance, sans convulsions ni mouvements désordonnés des membres. On n'a pu se procurer que des renseignements très vagues et incomplets sur la durée de l'attaque et sur les principaux phénomènes présentés par le

---

son importance et de sa valeur scientifique d'avoir de l'esprit qu'en comité secret. Il y a tant de gens, précisément ceux qui se fâchent, qui n'en peuvent avoir ni en secret, ni en public !

Si je me permets ce petit conseil, c'est que de tous les médecins et chirurgiens contemporains je n'en connais pas qui soit plus indéfiniment perfectible que M. Velpeau. Il est l'exemple le plus rare, et aussi le plus encourageant, de tout ce que peut la volonté humaine unie à l'aptitude et au travail. M. Velpeau a voulu conquérir tous les titres que le concours défère, et il les a conquis; il a voulu être orateur écouté dans les académies, et il l'a été; et à ce point, qu'une des plus belles séances dont l'Académie ait gardé le souvenir, est précisément une de celles où M. Velpeau se montra orateur pénétrant et incisif, spirituel autant que logicien, adversaire pressant autant que défenseur habile.

Il est vrai que M. Velpeau ne procure pas tous les jours cette bonne fortune aux habitués de l'Académie ; il est vrai qu'il se montre quelquefois négligé et même un peu insouciant à l'endroit des opinions qu'il vient d'émettre; mais, en homme économe, M. Velpeau sait bien qu'on ne doit pas mettre tous les jours son habit des dimanches; et comme observateur, il a appris que l'uniformité, même dans le beau, peut causer fatigue et ennui.

Jean Raimond.

Boîte aux Lettres.

J'ai promis de publier aujourd'hui une lettre fort piquante d'un de nos lecteurs de province, intitulée : *Les tribulations d'un médecin de campagne.* On y verra, j'espère, combien j'ai eu raison d'appeler au Congrès le plus grand nombre possible de nos confrères ruraux; car les tribulations dont se plaint notre honorable correspondant lui sont communes avec la plus grande partie de ses confrères. Il y a là un mal évident, des besoins réels, qui doivent avoir, et qui auront au Congrès, leurs interprètes.

Première tribulation. — Il y a quelques jours, une fille, sans respect pour la loi et la morale, débarrassa son enfant nouveau-né des vicissitudes de la vie dans ce monde, qui, dans mon opinion, pourrait bien ne pas être le meilleur des mondes possibles. L'enfant fut précipité dans la rivière avec une pierre au cou. *Indè*, bruit, rumeur, scandale, réquisitoire du procureur du roi, *m'ordonnant* de partir sur-le-champ. C'était à seize kilomètres de ma résidence ; les nuages noirs et amoncelés prenaient plaisir à se défoncer sur moi ; la partie résistante des chemins était problématique, tant elle était profonde. J'arrive cependant, et je me mets à l'ouvrage.

C'est une question fort difficile que celle des infanticides, et la besogne est surtout très longue. Je termine, et je reviens chez moi avec mes notes. Je travaille pendant trois jours pour faire mon rapport ; car il faut être très circonspect et surtout très instruit sur la question, étant toujours obligé dans de telles circonstances de se prendre à la gorge avec les avocats, le président, le procureur du roi, qui ont l'habitude de travailler la veille la médecine légale, pour pouvoir prendre le médecin en flagrant délit d'*ânerie*, comme ils disent. J'arrive au tribunal; les avocats de la *cliente* ne peuvent concevoir que j'aie pris de pareilles conclusions dans mon rapport ; ils m'attaquent; ils me prodiguent des injures. Quand ces messieurs sont contents des conclusions du rapport, c'est le procureur du roi qui se charge de vous donner la *rhétorique*.

La lutte finie, je me disposais à prendre mon chapeau, quand on m'appela et que l'on me remit pour mes honoraires la somme de *sept francs*. On leur en donne toujours trop pour sept francs ! et je déclare que je ne me dérangerai plus. On me paya *comme témoin.* La diligence me prit 6 f,. pour ma place ; le tribunal me donnait donc 1 fr. pour me nourrir, me loger, etc., pendant un jour si l'affaire est jugée le matin, et si elle est jugée le soir deux jours. Quelle générosité ! L'État veut sans doute que chargés de la santé des autres, nous ne donnions pas de mauvais exemples en *attrapant* des indigestions. Ces messieurs, qui ont des principes si sévères, ne manqueront pas de s'inscrire les premiers sur les listes de la Société de tempérance... quand elle aura traversé la Manche. Heureusement, mes amis du chef-lieu m'ont invité à dîner.

Deuxième tribulation. — Depuis trois ans que j'ai l'honneur de pratiquer mon art, j'ai été appelé, à mon début, par un bel esprit de la campagne, orateur s'il en fut jamais, connaissant très bien les lois qui régissent la médecine. Les malades abondaient chez lui ; mes visites y étaient fréquentes; j'allais le jour, j'allais la nuit; la distance était assez considérable (12 kilomètres). Quelquefois il faisait beau ; souvent la pluie tombait par torrents; quelquefois la neige; mais toujours les chemins effondrés. Tout à coup les malades disparaissent de chez notre homme ; il me fut impossible d'en connaître la cause ; mais je la découvris plus tard, un confrère m'avait remplacé ; dix-huit mois passés, j'envoie mon mémoire à mon client. La somme due était assez ronde, et mon esprit déjà lui avait donné une destination. Mon cœur palpitait d'aise en songeant que mon cheval serait mieux *avoiné*; que les éventrations de ma patache seraient bouchées, de manière à me faire moins sentir le contact des intempéries des saisons... Quelle fut ma déception ! Huit jours après je reçus une lettre renfermant l'article du Code, qui assimile un médecin à un épicier. Je reçus en outre une verte réprimande de ce que je m'étais permis de réclamer une somme bien légitimement due, il est vrai, l'année précédente, mais qui ne l'était plus à l'époque de ma demande.

Troisième tribulation. — Dans la nuit du 20 au 21 juin, nuit remarquable dans notre contrée, à cause de la quantité énorme de grêle et de pluie qui vint fondre sur notre malheureux pays, un cavalier vint me chercher en toute hâte pour un homme qui avait fait une chute. J'enjambe immédiatement *ma carne;* je marche aussi vite que sa phthisie puisse me le permettre, et j'arrive auprès du patient, à travers l'orage et les chemins affreux. J'examine le malade, et je prononce le mot de *fracture.* Aussitôt un homme de haute taille, appuyé sur le chevet du malade, se retourne, me regarde, et me dit que je me trompe, qu'il n'y a point de fracture, que *les nerfs seuls sont dérangés*, qu'en conséquence on doit les *rebouter* à leur place; il annonce au malade qu'après l'opération qu'il va faire, il marchera facilement au bout d'une heure. Je m'informe aussitôt des qualités de cet homme ; on me répond que c'est lui qui *châtre les cochons du village*, qu'il est très adroit pour traiter les *cassures*, les *foulures* (entorses), les *déboîtures* (luxations), et que c'est dans les cas exceptionnels que les médecins sont appelés dans les environs. Moi, docteur de l'École de Paris, moi me résigner à marcher au même niveau que les *châtreurs de cochons* ; moi, membre de plusieurs..... moi.....

Quatrième tribulation. — Peut-être, monsieur Jean Raimond, quand vous allez en province, et que vous passez à côté d'un joli minois, ou de quelque gros garçon bien frais, bien dodu, au visage bien poli, dans votre admiration, vous ne pouvez assez louer la sagesse du gouvernement, qui fait tant de sacrifices pour la propagation de la vaccine. Hélas ! vous vous trompez, s'il en est ainsi. Si vous voyez quelquefois distribuer pompeusement des milliers de francs à des *docteurs parisiens*, pour des mémoires qui n'ont rien de commun avec la propagation de la vaccine, sachez qu'il y a des *docteurs de campagne* qui ont passé toute leur vie à vacciner, et qui n'ont jamais reçu la moindre gratification, le moindre encouragement, le moindre regard de l'autorité.

Il y a deux ans, dans ma localité, le médecin vaccinateur du canton, par une cause que je ne connais pas, donna sa démission. Peut-être trouvait-il que les appointements qu'il recevait n'étaient pas en rapport avec sa peine ; que sais-je, comme il faut un cheval spécialement affecté au service de la vaccine pendant l'été, trouvait-il son écurie trop petite, la nourriture trop chère ! Bref, la place fut offerte aux autres médecins du canton, qui refusèrent, et ils firent bien ; puis elle me fut offerte, j'acceptai l'honneur : je fis mal.

On annonce à tous les vaccinateurs de la Nièvre, qu'un grand concours est ouvert à la préfecture. Des couronnes, des lauriers, de l'argent, des médailles, tout est promis aux bienheureux vainqueurs. J'achète un cheval plus fort pour faire mes tournées *vaccinatoires.* Je me mets en route ; qu'est-ce que la distance relativement à mon empressement ! Dans mon orgueil, je méprise la pluie ; je passe au travers des chemins enfoncés avec la même facilité que sur la route de Paris à Versailles ; j'arrive chez M. le maire, que j'avais averti huit

malade. Au moment de la première visite, 15 avril, voici l'état dans lequel on le trouve :

Visage médiocrement animé ; expression d'hébétude et d'insensibilité complète. Les yeux sont fixes, les pupilles contractées. Perte de la parole : intelligence, sinon tout à fait abolie, du moins très obtuse, le malade n'ayant l'air de comprendre aucune des questions qu'on lui adresse ni d'obéir à ce qu'on lui commande. Perte complète du mouvement des membres inférieur et supérieur droits. Perte incomplète du sentiment du même côté. Le malade témoigne par des gestes brusques, et en retirant ses membres, la douleur qu'on lui cause en pinçant ou piquant les membres du côté gauche. Du côté droit, il témoigne à peine une douleur vague, et ne cherche point à se mouvoir pour échapper à cette sensation. Un peu de carphologie. — Saignée de 300 grammes ; huile de ricin, 8 grammes ; bouillon de veau aux herbes ; sinapismes à promener sur les membres inférieurs.

Le 16 avril, même état comateux ; aucun changement dans la position du malade. Le sang de la saignée de la veille a fourni un caillot légèrement rétracté, un peu couenneux. Sérosité en quantité médiocre. Deux selles hier à la suite de l'administretion du purgatif. Chaleur de la peau normale, sans sueur ni sécheresse. Pas de mouvement fébrile. Pouls à 72-76, un peu intermittent. — Nouvelle saignée de 300 grammes ; orge miellée ; diète.

Le 17, il semble qu'il se soit manifesté un peu d'amélioration dans l'état du sujet. Les yeux sont moins fixes. Le malade semble comprendre en partie quelques-unes des paroles qu'on lui adresse à très haute voix ; mais il ne peut parvenir à répondre autrement que par quelques signes assez obscurs. Du reste, même état du pouls, de la chaleur de la peau. — Saignée de 400 grammes ; lavement purgatif.

Le 18, on administre tartre stibié, 0,10 gr. dans une pinte de bouillon aux herbes.

Le 19, un peu d'amélioration encore. L'intelligence toujours très obtuse, bien que le sujet témoigne visiblement qu'il a quelque conscience de ce qui se passe autour de lui. Il montre la langue quand on le lui demande. Il n'y a pas de contracture des membres. Quant à la paralysie du sentiment et du mouvement, elle n'a pas subi de changement notable. Pouls à 72-76. Interrogé s'il a de la douleur de tête, le malade fait un signe négatif.

Les jours suivants, l'amélioration ne se soutient pas. Le peu de connaissance qui était revenu au malade disparaît ; il se déclare un mouvement fébrile très évident ; pouls à 96 ; peau chaude.

Le 22, on essaie de lui faire prendre de nouveau 8 gram. d'huile de ricin.

Le 23, mort dans la journée.

Autopsie cadavérique 36 heures après la mort.

A l'ouverture de la boîte osseuse du crâne, on n'aperçoit aucune trace de lésion des méninges, sauf un peu d'injection. Les vaisseaux paraissent un peu congestionnés. Après la section des membranes, on trouve, en effet, les sinus de la dure-mère remplis de sang noir. Le cerveau, divisé couche par couche, ne présente, dans la partie supérieure de ses deux hémisphères, qu'un peu de congestion, qui se trahit par un piqueté assez abondant, rougeâtre, de la pulpe nerveuse. Parvenu à la hauteur du ventricule latéral gauche, on trouve, non loin du corps strié, un caillot sanguin de quatre centimètres environ de longueur sur deux et demi de largeur. Ce caillot ne communique pas avec l'intérieur du ventricule. Le corps strié est presque entièrement détruit, à l'exception de sa paroi ventriculaire. On constate en outre quelques traces d'un commencement de travail inflammatoire autour du caillot sanguin.

Hémorrhagie cérébrale et méningée. Paralysie générale et complète.

Cette dernière observation, moins complète que les deux précédentes, est relative à un homme qui fut apporté dans le service le 10 mai dernier. Tout ce que l'on a pu savoir des antécédents du malade, c'est que le 8 mai il avait éprouvé une céphalalgie très intense dont il s'était plaint pendant toute la journée. Le lendemain, quelques instants après s'être levé pour aller aux lieux d'aisance, il tomba sans connaissance. Ce ne fut que le 10, le lendemain de l'accident, qu'il fut apporté à l'hôpital.

Au moment de la visite du soir, perte de connaissance encore complète ; quelques mouvements convulsifs ; paralysie complète du sentiment. On pratique immédiatement au malade une saignée de quatre palettes, et on lui fait prendre, comme purgatif, de l'eau-de-vie allemande.

Le 11 mai, on trouve le malade dans le décubitus dorsal ; les globes oculaires sont immobiles, convulsés en haut ; bouche entr'ouverte, légèrement déviée à gauche ; paralysie générale du mouvement, un peu moins complète cependant à droite qu'à gauche ; paralysie complète du sentiment des deux côtés. De temps en temps, quelques mouvements convulsifs des membres du côté gauche surtout. Tous ces phénomènes sont plus prononcés dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Un peu de contracture des deux bras. — Une nouvelle saignée est pratiquée le matin ; demi-looch tenant en suspension ; huile de croton tiglium, une goutte.

Mort dans la journée.

Autopsie cadavérique. — Les méninges infiltrées de sang. 190 grammes environ de sang liquide dans la cavité du crâne, ou plutôt de sérosité sanguinolente. Adhérences assez étroites et intimes des deux feuillets de l'arachnoïde entre eux, à la partie supérieure du cerveau. A la partie antérieure et latérale du lobe antérieur droit on trouve un caillot de sang, de cinq centimètres environ de surface, adhérent à la fois et à la substance cérébrale elle-même, et aux membranes qui l'enveloppent. Diminution bien manifeste de la consistance du cerveau dans ce point. Infiltration sanguine superficielle. Les points de la substance cérébrale correspondant au ramollissement étant enlevés, on trouve dans la substance cérébrale un foyer sanguin, du volume d'une noisette, contenant un caillot rouge-foncé. Coloration jaunâtre du tissu qui l'entoure. Le reste du cerveau est parfaitement sain, pas de sang dans les ventricules.

Les autres appareils sains.

— Ces trois observations, recueillies à quelques mois de distance les unes des autres, dans le même service, nous ont paru curieuses à rapprocher. Quelque rare que soit la guérison de l'hémorrhagie cérébrale, il est impossible, d'après l'ensemble des phénomènes qui se sont manifestés, de ne point admettre l'existence d'une hémorrhagie cérébrale. Dans le premier de nos trois faits, quelquefois, on le sait, la congestion cérébrale, ou coup de sang, peut survenir d'une façon aussi subite que l'hémorrhagie du cerveau, et les symptômes peuvent être assez peu tranchés pour que l'on ne doive pas se prononcer sans encourir le reproche de témérité. Mais on doit néanmoins tenir compte de quelques circonstances qui facilitent le diagnostic. Dans l'hémorrhagie forte, et à moins qu'elle ne soit complètement centrale, il y a résolution générale ; mais plus souvent, pour ne pas dire toujours, un des côtés est plus paralysé que l'autre. Dans la congestion, au contraire, comme dans l'hémorrhagie centrale, il n'y a d'aucun côté prédominance de la paralysie.

Il y a bien quelquefois des congestions partielles qui donnent lieu à des paralysies partielles ; mais, dans la première observation, il était évident que l'on n'avait point affaire à une simple congestion ; la paralysie causée par la congestion se dissipe, en effet, plus ou moins rapidement, mais toujours au bout de quelques heures. Il faut plusieurs semaines, plusieurs mois même, pour faire disparaître la paralysie résultant d'une hémorrhagie, lorsque l'on parvient, ce qui n'est pas commun, à la faire cesser. Si l'hémorrhagie est faible, elle laissera toujours après elle un engourdissement d'une durée plus ou moins longue ; les symptômes de la congestion forte seront toujours inappréciables après vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Or, le malade dont nous parlons n'est sorti guéri de l'hôpital qu'au bout de deux mois, et après un traitement énergique, tant par les émissions sanguines que par les révulsifs.

Dans la sconde observation, on put se convaincre, par l'autopsie, de la justesse du diagnostic. Au bout de quelques jours, le caillot formé par le sang qui avait été épanché dans la substance du cerveau, détermina un travail inflammatoire qui se manifesta par une accélération du pouls et une augmentation du coma, de l'insensibilité, de la perte du mouvement, tous symptômes qui, pendant quelques jours, auraient paru s'amender un peu. On ne remarqua aucune contracture des membres.

Relativement aux antécédents des trois malades dont nous avons raconté l'histoire, nous ferons observer que chez deux d'entr eux il y eut des prodromes bien marqués : chez le premier, quelques étourdissements, passagers d'abord, puis plus violents ; chez le troisième, une céphalalgie très intense.

Le second malade fut pris, au moins à ce que dirent les parents, de perte de connaissance subite et sans aucun symptôme antérieur appréciable.

Le cas du troisième malade est, malgré l'absence des détails, le plus intéressant de tous, en ce sens qu'il a offert une double hémorrhagie cérébrale et méningée. Chez ce malade, l'hémorrhagie cérébrale n'était pas assez considérable pour pouvoir produire à elle seule la paralysie générale qui fut observée ; on a donc dû rapporter ce phénomène à la compression exercée sur l'ensemble de la masse encéphalique par le sang épanché dans la cavité crânienne même. Chez lui également, le seul prodrome qui fut noté, c'est la céphalalgie ; prodrome plus fréquent que les autres dans l'hémorrhagie des méninges, tandis que l'engourdissement est plus fréquent dans les cas d'hémorrhagie cérébrale pure et simple.

Des trois malades dont nous avons rapporté l'histoire abrégée, le dernier est également le seul qui ait offert la contracture des membres. On sait que dans quelques cas la paralysie peut être remplacée pour quelques instants dans le même membre par des convulsions ; en sorte, disent les auteurs, que l'on a le singulier spectacle d'un membre successivement agité par des secousses convulsives, roidi par la contracture, et ensuite immobilisé de nouveau par la paralysie. Cette alternative de relâchement et de convulsions annonce qu'il se forme autour du foyer hémorrhagique un travail de ramollissement. C'est, en effet, ce que l'on put constater à l'autopsie, qui démontra de la manière la plus évidente un commencement de travail inflammatoire avec diminution de la consistance de la pulpe cérébrale dans les points situés autour du foyer hémorrhagique.

Malgré les progrès qu'a faits dans ces derniers temps le diagnostic des hémorrhagies encéphaliques, il est souvent difficile d'établir d'une manière positive les caractères qui différencient les hémorrhagies méningées des hémorrhagies cérébrales ; et parmi les premières, les hémorrhagies extra-arachnoïdiennes, viscérales et pariétales. Tous les faits, quels qu'ils soient, qui pourraient servir à établir plus tard l'histoire de ces diverses lésions, doivent donc être recueillis avec soin ; et c'est pour cette raison que nous avons cru utile de rapprocher les observations précédentes. Y...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 27 août 1845. — Présidence de M. MONOD.

M. Michon rend compte de sa mission comme délégué de la Société auprès de la commission permanente du Congrès médical. La Société confirme de nouveau la nomination de M. Michon comme délégué, et lui adjoint MM. Guersant et Lenoir.

— *M. Malgaigne* prend occasion d'une pièce d'anus contre nature qu'il présente à la Société, pour élever des doutes sur la validité des doctrines de Scarpa touchant le rôle de l'entonnoir membraneux dans le mécanisme de la guérison des anus contre nature. Il émet l'opinion qu'il n'y a aucune preuve de la formation de l'entonnoir membraneux par les parois du sac, ainsi que l'a avancé Scarpa. Voici l'observation au sujet de laquelle M. Malgaigne est conduit à formuler ces diverses propositions.

Un homme âgé de quarante-neuf ans était atteint, depuis l'âge de vingt-cinq ans, d'un hernie crurale qui n'était pas contenue. La tumeur herniaire, qui offrait le volume d'un œuf de poule, fut prise, en mai 1844, d'étranglement et de gangrène. Le 10 juin l'eschare s'étant détachée, laissa échapper librement les matières par l'ouverture accidentelle ; néanmoins la majeure partie continua d'être éliminée par les voies ordinaires. Le malade étant entré à l'hôpital Saint-Louis, le 25 mars 1845, fut soumis à l'usage des mèches pendant deux mois, au bout desquels il survint un érysipèle, des abcès sous le sacrum et le trochanter, de la diarrhée, et enfin au mois d'août une phlébite chronique aux deux cuisses accompagnée d'œdème. La mort eut lieu le 16 août 1845.

Sur la pièce présentée par M. Malgaigne, on reconnait que l'orifice de l'ouverture anormale siégeant à l'aine gauche, avait sa lèvre supérieure immédiatement adossée au ligament de Fallope. A sa partie supérieure, l'infundibulum conduisant dans la cavité intestinale était très court ; il était beaucoup plus long dans les points. Lorsqu'on faisait pénétrer dans cet infundibulum une algalie de femme, on arrivait toujours facilement dans le bout inférieur ; il n'en était pas de même pour le bout supérieur, dont le cathétérisme offrait les plus grandes

---

jours d'avance ; mais cet honorable magistrat ne peut se trouver chez lui, parce qu'il fait exploiter son bois à douze kilomètres de la localité. Il avait emporté par mégarde la clé de la salle de la mairie dans sa poche. Je me rends chez M. le curé ; sa domestique m'explique, en auvergnat, comment son maître a été éveillé la nuit *pour aller donner des soins à un malade,* et que de là il doit aller chez un de ses confrères, pour s'entendre avec lui sur la médication à employer sur une pauvre femme atteinte depuis longtemps d'une maladie chronique. Je rentre chez moi, et j'apprends que pendant mon absence trois malades m'ont envoyé cherché pour aller à la campagne ; mais que, ne m'ayant pas trouvé, ils sont allés chez les confrères. Je retourne huit jours après dans la même commune ; le curé fait un enterrement, le maire est au jury ; mais ce dernier m'a fait dire que je pouvais vacciner chez le voisin : c'est un cabaret. Je vaccine d'abord deux enfants avec deux plaques venues de l'Académie. De mémoire *vaccinale*, ce vaccin n'a jamais pris. Pour recueillir ce vaccin, ceux qui l'envoie, au lieu d'appliquer les plaques de verre sur la pustule vaccinale crevée avec une lancette, ils l'appliquent à côté de la pustule ; aussi mon vaccin ne prend pas. Je suis obligé de venir une troisième fois ; et si le vaccin prend, les parents ne veulent pas en donner ; ils prétendent que cette opération obscurcit la vue de leurs enfants et qu'ils sont obligés de porter toute leur vie des lunettes ; que l'année dernière, la voisine qui a voulu donner du vaccin, a vu survenir un affreuse maladie à son enfant : *c'est une hernie ombilicale.*

Malgré tous ces contre-temps, je parvins à vacciner un nombre assez considérable d'enfants. J'ai envoyé, il y a bientôt dix-huit mois, mon état de vaccine à la préfecture, depuis ce temps, je n'en ai jamais entendu parler, tant l'empressement pour la vaccine est considérable à la préfecture !

Finale. — Voilà, Monsieur, ce que j'avais à vous dire. Si le Congrès médical porte remède à ces monstruosités, la médecine des campagnes surtout vous sera très reconnaissante. Si une enquête était faite, le cœur serait navré de voir d'honorables praticiens, voués continuellement au soulagement de l'humanité, terminer une vie laborieuse, toute remplie de charité, abreuvée de dégoûts de toute espèce et souvent laissant une famille aux prises avec la nécessité. Oui, Monsieur, c'est la médecine des campagnes qui a surtout besoin d'être protégée par les lois. Que faut-il donc à la médecine parisienne ? Je vous entends dire que vous craignez que l'idée d'un congrès soit escamotée au profit de la médecine parisienne ; mais que lui manque-t-il donc à cette médecine ? N'est-ce pas elle qui est en possession des honneurs, de la considérations, des titres, de la fortune ? Voulez-vous que je vous cite le nom de plusieurs médecins parisiens, en possession de quatre ou cinq titres grassement payés. Est-ce au profit de leur mérite qu'ils veulent escamoter ? Que Dieu me garde de mettre leur mérite en doute ; mais permettez-moi de parler un peu du mérite des médecins paysans. Si un habitant de Paris est atteint de fièvre typhoïde, appellera-t-il pour le traiter MM. Moreau, Roux, Velpeau ? Si à un autre il lui faut l'amputation de la jambe, appellera-t-il M. Chomel ? Un accouchement laborieux, M. Fouquier ? Un cas de médecine légale, M. Marjolin ? Jamais on ne pensera à ces savants professeurs. Eh bien ! le médecin de campagne est appelé tous jours pour les cas que je viens de citer. J'entends tous les jours parler de médecins encyclopédistes ; eh bien ! je le dis hautement, il n'y a de véritablement encyclopédistes que les honorables praticiens des campagnes. Ceci est d'une incontestable vérité ; il n'y a que les aveugles qui ne le reconnaissent pas. Ainsi donc, M. J. Raimond, les praticiens des campagnes sont plus qu'aucun des autres dignes de l'intérêt du Congrès, et c'est en terminant que j'affirme que leur reconnaissance sera acquise à celui qui a donné l'idée de cette assemblée, et à ceux qui les soutiendront quand le moment sera venu.

Agréez, etc. Docteur DEZAUTIÈRES.

Decize (Nièvre).

Paralysie du muscle grand dentelé.

Monsieur,

L'auteur d'un article sur la clinique de M. Jobert (numéro du 2 septembre), a parlé d'une *omission* commise au détriment de ce chirurgien, et de mon observation de *paralysie du muscle grand dentelé*, publiée en mars 1840 dans les *Archives de Médecine.* — Veuillez, je vous prie, publier les explications que voici :

En septembre 1838, j'étais interne dans le service de M. Jobert ; j'y fis admettre, dans ma division, le malade qui a fourni le sujet de mon travail, afin de pouvoir mieux l'observer.

Après sa sortie de l'hôpital (janvier 1839), j'ai suivi ce malade en ville jusqu'en septembre, et à cette époque (voir *Archives*, tom. LII, p. 317) je l'ai présenté à M. Jobert.

Or, si M. Jobert a publié l'histoire de cette maladie, précisément en septembre 1839 (ce que j'ai toujours ignoré, attendu que la carrière parcourue par la *Gazette des Médecins-Praticiens* a été peu étendue), cette publication n'a pu être faite que sur mes notes, fournies en ma qualité d'interne chargé des observations, et sur mes renseignements complémentaires, puisque seul j'ai suivi le malade *neuf* mois hors de l'hôpital.

J'en appelle à la bonne foi de M. Jobert, qui d'ailleurs a été cité plusieurs fois dans mon travail.

Vous apprécierez, je l'espère, Monsieur, les motifs qui m'obligent ainsi à rétablir l'exactitude de faits accomplis depuis longtemps, et insignifiants pour tout autre que pour moi.

Agréez, etc., MARCHESSAUX.

7 septembre 1845.

difficultés. La gangrène n'avait envahi l'intestin que dans une partie de son diamètre. Celui-ci avait contracté au pourtour de l'anneau, des adhérences avec le péritoine pariétal. Ce que M. Malgaigne fait surtout remarquer, c'est qu'il n'existe aucune trace du sac herniaire, et que les parois de l'infundibulum sont tapissées et formées par la paroi même de l'intestin jusqu'au contact de la peau. Il existe aussi, comme un double éperon, dont le supérieur plus prononcé était sans doute la cause des difficultés dont il a été parlé plus haut. Il n'y avait point de corde mésentérique.

M. Chassaignac ne trouve pas dans les caractères du fait présenté à la Société, des motifs suffisants pour le qualifier d'anus contre nature Ne s'agirait il pas seulement d'une fistule intestinale, puisque 1° l'intestin ne formait pas ce coude anguleux avec adossement des deux bouts; adossement qui fait le trait le plus caractéristique de l'anus contre nature; 2° que la majeure partie de l'excrétion fécale avait lieu par les voies ordinaires; 3° que les éperons sont au nombre de deux : ce qui est encore en contradiction avec les caractères habituels de l'anus contre nature, et que de plus ils semblent constitués par des valvules conniventes un peu plus épaisses ou plus rapprochées qui se voient au-dessus et au-dessous sur la même portion d'intestin; 4° qu'il n'existait pas de corde mésentérique, autre caractère de la lésion dont il s'agit.

M. Malgaigne répond qu'il adopte pour définition de la maladie, la définition même de Scarpa, qui n'a pas fait de la disposition anguleuse de l'intestin le caractère de l'anus contre nature, mais qui le distingue en deux variétés, suivant le degré de saillie de l'éperon. L'existence d'un éperon double est un fait dont on trouve des exemples précisément dans l'ouvrage de Scarpa. Quand aux observations et aux planches, il n'en est aucune qui prouve péremptoirement la présence du sac comme faisant partie intégrante de l'entonnoir membraneux.

— *M. Maisonneuve* présente un polype nasal extrait chez une jeune fille qui, s'étant présentée au Bureau central, y fut soumise à une première opération faite par M. Chassaignac, seulement à la partie antérieure des fosses nasales. La fosse nasale du côté malade n'ayant point été complétement désobstruée par cette opération, et la jeune fille s'étant présentée de nouveau, M. Maisonneuve reconnut un polype qui faisait saillie en arrière, et qu'il a fait tomber par une ligature composée d'un fil d'argent recuit appliqué sur la tumeur par un serre-nœud muni de son treuil. C'est au troisième jour qu'a eu lieu la chute de la tumeur, qui présente intérieurement de nombreux vaisseaux.

— *M. Maisonneuve* présente encore un polype du rectum extrait chez un homme d'une cinquantaine d'année, et fixé par un pédicule d'une ligne et demie d'épaisseur, à deux pouces au-dessus de l'orifice anal. La présence de cette tumeur déterminait des douleurs vives pendant les selles, du ténesme, des déjections sanguinolentes. M. Maisonneuve ne voulant employer ni la section simple du pédicule dans la crainte des hémorrhagies, ni la ligature qui peut être suivie de douleurs vives et d'accidents graves, tels, par exemple, qu'un phlegmon, eut recours au procédé opératoire de la torsion. Seulement, afin de prévenir le tiraillement de la membrane muqueuse, il eut recours, d'après le conseil de M. Récamier, à l'usage de deux pinces, dont l'une servait à fixer le pédicule dans l'immobilité, tandis que l'autre servait à la torsion; c'est, en un mot, le même mécanisme que celui employé pour la torsion des artères.

M. Malgaigne dit que ce procédé n'appartient pas à M. Récamier; qu'il est connu depuis longtemps, et qu'il se trouve consigné dans sa thèse sur les polypes.

— *M. Lenoir* fait connaître le cas suivant d'extraction d'un fragment de verre contenu dans l'œil.

Voici la relation de M. Lenoir :

Un menuisier demeurant rue de la Calandre, m'a fait demander ce matin pour le traiter d'une plaie du globe de l'œil droit qu'il venait de se faire en travaillant à une fenêtre vitrée. Je le trouvai couché, et portant sur son œil des compresses imbibées d'eau froide qu'un de nos confrères, le docteur Bertrand, lui avait appliquées.

Je le fis lever, et, l'approchant du jour, je vis d'abord une plaie contuse de la paupière supérieure et une certaine quantité de sang s'écoulant entre les deux paupières et provenant certainement du globe de l'œil. La vision était nulle. J'écartai les deux voiles palpébraux, et je vis sur la cornée transparente, à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, une plaie verticale qui empiétait en haut et en bas, mais plus dans le premier sens que dans le second, sur la sclérotique. Cette plaie n'était pas nette dans toute son étendue; en haut, en effet, existait à sa surface un petit lambeau d'une membrane brune, que je pensai être une portion de l'iris et du corps ciliaire. Je recommandai au blessé de diriger son œil en bas, et je pus voir une petite surface lisse et luisante entre les lèvres de la plaie, en même temps qu'avec mon doigt appliqué sur la paupière supérieure, je sentis un corps anguleux et dur qui soulevait cette paupière.

Le blessé disait qu'il avait un morceau de verre dans l'œil, et, dirigé par ce renseignement, je me mis en devoir d'enlever le corps étranger, ce que je fis avec une pince à disséquer; et, à mon grand étonnement, je fis l'extraction d'un morceau de cette substance, qui représente un triangle isocèle qui, de sa base à son sommet, n'a pas moins d'un pouce (27 millimètres), et dont la base a un demi-pouce (13 millimètres).

— *M. Monod* fait connaître un cas dans lequel l'usure des racines de la deuxième grosse molaire par le développement de la dent de sagesse détermina des accidents graves et multipliés. Un homme fut pris succesivement, et sans cause connue, de surdité à l'une et l'autre oreille. Puis des douleurs excessives et profondes se firent sentir des deux côtés de l'os maxillaire inférieur. Aucune dent n'était cariée. Après l'emploi infructueux de plusieurs moyens de traitement, on fit l'extraction de la deuxième molaire. Cette opération fit cesser tous les accidents. On voit encore sur la racine un biseau avec destruction d'une grande partie de cette racine par suite de la pression qu'exerçait la dernière dent molaire.

M. Lenoir rappelle à cette occasion un cas observé par lui à l'hôpital Necker. Il s'agit d'une femme de 45 à 50 ans qui présentait à la mâchoire supérieure, à peu près au niveau du point d'implantation du muscle canin, une fistule produite par la présence d'une dent canine de première dentition. Le stylet ayant été introduit dans le trajet fistuleux, arriva sur une dent qui était presque couchée en travers. M. Lenoir, après avoir agrandi l'ouverture de la cavité qui renfermait cette dent, en pratiqua l'extraction avec le davier, ce qui amena la cessation de la fistule.

M. Monod cite comme exemple de fistule entretenue par la présence d'une dent renfermée dans le tissu de l'os maxillaire le fait suivant : Un vieillard de quatre-vingts ans, n'ayant plus de dents de la mâchoire inférieure, présentait au bord inférieur de cet os près de son angle une fistule entretenue par la présence d'une portion nécrosée. Cette dernière ne se détachant pas, on examina par l'intérieur de la bouche et l'on reconnut un point tuméfié sur un bord alvéolaire. Un stylet conduit sur ce point, y fit reconnaître la présence d'une dent d'ont l'extraction fit cesser les accidents. C'était la dent de sagesse.

M. Guersant rapporte l'observation d'une fille de seize ans qui présentait à l'extérieur du col un abcès froid qui fut considéré comme scrofuleux et traité par M...... au moyen de l'iodure de potassium. L'abcès s'étant ouvert, il resta un trajet fistuleux, infirmité d'autant plus pénible pour la malade qu'une idée très défavorable est attachée dans le monde aux stigmates de cette nature. M. Guersant ayant eu l'idée d'examiner quels pouvaient être les rapports de ce trajet fistuleux avec l'état des dents, reconnut que l'une des canines inférieures était décolorée. Après avoir percuté cette dent, il conduisit, entre elle et son alvéole, un stylet qui pénétra jusqu'à l'os maxillaire. L'extraction de la dent malade fut suivie de la guérison du trajet fistuleux, qui descendait jusqu'au larynx.

M. Huguier rappelle que des faits de ce genre sont connus depuis longtemps, et que plusieurs exemples en sont consignés dans l'ouvrage de M. Duval.

M. Chassaignac, vu l'absence de communications plus importantes à l'ordre du jour, prie la Société de lui permettre de rappeler quelques faits ayant trait à ce qui vient d'y être exposé par plusieurs de ses honorables collègues.

C'est une lésion que M. Chassaignac a eu plusieurs fois occasion de constater sur le cadavre, notamment chez des enfants de six à douze ans, qui présentaient un état d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Ces observations datent de quelques années, et furent faites à l'occasion d'un concours où le sujet à traiter pour les préparations était les lymphatiques de la tête et du col. C'est en recherchant, en vue de cette préparation, des têtes d'enfants à ganglions bien développés que l'on fut conduit à reconnaître cette disposition non signalée jusque-là et que M. Chassaignac a cru devoir désigner sous le nom de *carie latente du fond des alvéoles et de la racine des dents sans altération de leur couronne*. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, année 1843, numéro du 19 septembre.

Voici en quoi consiste cette altération :

La dent, examinée dans sa racine ne présente aucune trace de carie ou d'altération; mais en dénudant complétement l'os maxillaire, on trouve que la substance de celui-ci au niveau du point correspondant à l'extrémité terminale des alvéoles malades est creusée d'un certain nombre de trous de manière à représenter une sorte de lame criblée. Si l'on détruit cette lame osseuse, en partie cariée, en partie nécrosée, on arrive au fond de l'alvéole où l'on trouve une altération de la racine dentaire et une suppuration plus ou moins ancienne. Cette carie intra-alvéolaire de la dent échappe pendant la vie à l'observateur à cause de l'intégrité de la couronne; et nous ne doutons point que dans bien des cas où l'on ne peut trouver le point de départ de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et de certains abcès de la même région, ce ne soit à cette cause qu'ils sont dus.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 25 août 1845, un concours public sera ouvert le 1er décembre 1845, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de pathologie externe, vacante dans cette Faculté.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 30 août 1845, M. Kirschleger, docteur en médecine, est institué en qualité d'agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, section des sciences physiques, pharmaceutiques et naturelles.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 106. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe).

Plusieurs cas de paralysie locale du membre supérieur. — Paralysie traumatique du muscle deltoïde ou du nerf circonflexe. — Paralysie idiopathique des muscles extenseurs de la main ou du nerf radial. — Paralysie saturnine des muscles extenseurs de la main ou du nerf radial. — Paralysie traumatique des doigts auriculaire et annulaire ou du nerf cubital.

Première observation. — *Paralysie traumatique du muscle deltoïde.*

Au n° 34 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Alliaud (Jacques), journalier. Cet homme, d'une constitution assez robuste, n'avait point eu antérieurement d'affections rhumalismales ou saturnines. Il travaillait dans une carrière, lorsque, tout à coup et sans qu'il eût pu le soupçonner, il survint un éboulement de terres; celles-ci l'ensevelirent en quelque sorte; on vint à son secours, et ce ne fut pas sans peine qu'on parvint à le tirer d'embarras. Le jour même de l'accident, on l'apporta à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis dans le service de M. Jobert, le 22 juillet 1845.

A son entrée, on constate l'état suivant :

A la partie postérieure et du côté droit du thorax, on trouve trois côtes fracturées vers leur courbure de torsion. Le toucher fait reconnaître en cet endroit la mobilité des fragments, leur saillie et de la crépitation. Il existe aussi une douleur locale qui augmente par la pression, la toux et les grandes inspirations. La respiration est gênée, et est plutôt diaphragmatique que costale. Du reste, le malade n'a pas expectoré de crachats sanguinolents.

On ne trouve aucune autre lésion du tronc, aucune fracture des membres.

M. Jobert prescrivit une saignée et fit appliquer un bandage de corps.

Les choses en étaient là, lorsque le 1er août, c'est-à-dire le dixième jour seulement à partir de l'accident, le malade se plaignit pour la première fois d'une douleur qui existait dans toute l'épaule droite, mais surtout en avant et en arrière. Un léger engourdissement occupait même tout le membre correspondant.

Ces symptômes existaient, dit-il, dès les premiers jours qui suivirent l'accident.

Interrogé sur la position qu'avait prise ce même membre au moment de l'accident, le malade ne peut s'en rappeler assez pour donner des renseignements précis. Cependant, si l'on doit ajouter foi à ce qu'il rapporte, le coude aurait été porté en haut et en arrière.

Quoi qu'il en soit, en examinant l'épaule droite de cet homme, comparativement à celle du côté opposé, on voit qu'elle n'est ni déformée, ni abaissée, ni diminuée de volume. Le bras correspondant est pendant le long du tronc, et l'avant-bras dans la demi flexion.

Quant aux mouvements de ce membre supérieur, la plupart sont conservés, quelques-uns fort gênés, d'autres complétement anéantis. Ainsi, les mouvements de translation du bras en avant et en arrière, bien que gênés, peuvent encore être exécutés en partie; mais le malade ne peut en aucune manière, même en réunissant tous ses efforts, porter le bras dans l'abduction, ni l'élever, ni même l'écarter du tronc. Si en même temps on palpe le moignon de l'épaule, on sent manifestement que son muscle, c'est-à-dire le deltoïde, est resté mou, flasque et non contracté.

Aux symptômes précédents, il fut facile de reconnaître qu'il s'agissait ici d'une paralysie du muscle deltoïde, et que, chez ce malade, cette affection ne pouvait avoir d'autre cause qu'une lésion traumatique du nerf circonflexe, lequel se distribue et donne la mobilité au muscle deltoïde, principal élévateur du bras.

C'est donc un nouvel exemple de paralysie locale due à une cause traumatique, puisqu'on ne peut ici invoquer l'influence du froid, d'une cause rhumatismale quelconque.

D'après M. Jobert, la forme traumatique peut être produite ou par une chute, ou par les efforts peu ménagés que l'on fait pour réduire une luxation, ou par la pression que détermine la tête de l'humérus sur les nerfs de l'aisselle.

De plus, cette paralysie peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, comme le deltoïde est l'élévateur du bras, cette affection met le malade dans l'impossibilité de produire le mouvement d'élévation, et ne lui permet de porter le membre qu'en avant et en arrière.

Relativement au pronostic de cette affection, le même chirurgien fait remarquer que souvent elle résiste à tout traitement, et qu'alors les malades demeurent estropiés; quoique d'ailleurs il faille établir une différence essentielle avec la paralysie rhumatismale, qui cède souvent aux efforts du médecin.

Une question qu'il importe de résoudre, pour le pronostic à porter dans le cas qui nous occupe, est la suivante : Le nerf circonflexe a-t-il été simplement contus, ou bien complétement déchiré? En effet, dans le premier cas, la paralysie du muscle deltoïde se dissipe par l'emploi des révulsifs, tels que ventouses, douches de vapeur, vésicatoire, moxas, cautère actuel. Dans le second cas, au contraire, l'affection résiste aux moyens les plus énergiques, et rien ne peut rétablir les fonctions du principal élévateur du bras; pour M. Jobert, la lésion alors est à jamais incurable.

Eh bien, chez ce malade, tout porte ce chirurgien à penser que le nerf circonflexe n'a été que contus, et que le bras ne tardera pas à recouvrer ses mouvements d'élévation sous l'influence d'un traitement énergique et approprié.

Dans cet espoir, il commença ce traitement le 1er août, et prescrivit tour à tour, et dans l'espace de peu de jours, plusieurs ventouses, des douches de vapeur, et un large vésicatoire sur la région douloureuse et paralysée.

Le 10 août, l'état du membre était notablement modifié; aucune douleur ne se faisait sentir dans l'épaule, et le malade pouvait, sans s'aider du membre opposé et sans souffrir, écarter le bras du tronc presqu'à angle droit. L'amélioration continua de jour en jour, et tout fut dissipé.

Quant aux fractures des côtes, cette lésion ne présenta rien de remarquable, ni sous le rapport de la marche et des complications, ni sous celui de la terminaison.

Nous avons dit plus haut que M. Jobert regardait la paralysie comme incurable, lorsque le nerf était complétement déchiré ou divisé. Comme, d'une part, cette proposition s'applique non-seulement à la déchirure du nerf circonflexe, mais encore à la déchirure ou à la division de tout autre nerf, et que, d'autre part, les auteurs qui se sont occupés des lésions nerveuses diffèrent d'opinions sur ce point important de l'étude du système nerveux, qu'il nous soit permis de nous y arrêter un instant.

Une double question agite depuis longtemps les anatomistes et les physiologistes. Les nerfs se cicatrisent-ils, et, dans ce cas, reprennent-ils leurs fonctions? Les uns ont pensé non-seulement que les nerfs se cicatrisaient, mais encore qu'il se reformait une véritable substance nerveuse, et que les fonctions du nerf divisé se rétablissaient au bout d'un temps plus ou moins long. Les autres ont bien admis la cicatrisation, mais ils ont avancé que les mouvements ou le sentiment restaient abolis.

Plusieurs expériences ont démontré à M. Jobert :

1° Que la substance nerveuse ne se reformait pas, puisque leurs cicatrices n'offraient aucun des caractères qui appartiennent à la structure propre à tous les nerfs; ainsi par l'acide nitrique on réduisait la cicatrice comme le tissu cellulaire, et après l'action de cet agent il ne restait aucune trace de matière nerveuse.

2° Que la section complète d'un nerf entraînait inévitablement la perte de ses fonctions; et que c'était par erreur que quelques anatomistes et physiologistes avaient admis que les fonctions d'un nerf pouvaient se rétablir lorsque les deux bouts

---

FEUILLETON.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE OPHTHALMIQUE DE M. LE DOCTEUR CUNIER (DE BRUXELLES).

Dans le travail qui va nous occuper, nous n'avons pas seulement à considérer les faits et la partie scientifique, dont notre analyse contiendra l'appréciation; il y a une question première à laquelle il nous est impossible de ne pas nous arrêter, car elle domine tout le sujet même du travail. Avant de parler de la clinique de M. Cunier, nous demanderons donc aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* la permission de toucher en quelques lignes la question *morale* des institutions cliniques ou dispensaires destinés au traitement spécial des maladies des yeux.

Lorsqu'il y a bientôt dix ans, quelques hommes tentèrent d'organiser en France des établissements ophthalmologiques sur le plan de celui que l'illustre Saunders, aidé dans son œuvre de philantropie par les dons et les souscriptions volontaires de ses compatriotes, avait fondé avec tant de succès en Angleterre, on se rappelle quelle vive opposition ils rencontrèrent dans le corps médical. Des toute parts on cria au charlatanisme; le public prévenu par ces clameurs, et toujours prêt d'ailleurs à confondre l'abus d'une chose avec la chose elle-même; le public qui se défiait déjà de toute espèce d'association, parce qu'alors le charlatanisme, opérant en grand, avait, en effet, emprunté la forme de l'action collective, accueillit avec une indifférence malheureuse une œuvre qui pouvait offrir des secours précieux aux classes indigentes. Qu'est-il résulté d'une disposition si regrettable? Un double mal à la fois : l'avortement d'une conception généreuse et un nouveau champ ouvert aux opérations d'un savoir-faire plus ou moins scientifique, mais à coup sûr toujours très cupide.

C'était peu qu'une bonne idée fût tuée dans sa naissance, le charlatanisme voulut et sut en hériter. Si le but philantropique était manqué, l'institution était demeurée; le charlatanisme l'avait retenue pour la fausser, pour l'approprier à ses vues égoïstes, pour la rendre vraiment digne de toutes les imputations à l'aide desquelles on avait d'abord aliéné la confiance publique de l'organisation primitive. Ce fut à partir de ce moment qu'on vit des dispensaires pour les maladies des voies urinaires, pour les affections ophthalmiques, pour celles de la matrice, etc., etc.; vrais foyers d'industrialisme, arsenaux de la spéculation où le mercantilisme a concentré tous ses moyens d'exploitation, où le désir immodéré de faire parler de soi, le prospectus et la réclame ont remplacé l'esprit de bienfaisance et de charité. Parmi tant d'établissements qui se sont élevés depuis cette époque, on peut à peine en compter deux ou trois qui ont su se tenir dans une ligne convenable; et encore, à y regarder de près, dans ce petit nombre il y en a dont le but intéressé n'est guère ennobli par les moyens plus ou moins réguliers, dit-on, et plus ou moins avouables,

Ainsi donc fut dénaturée chez nous une institution excellente dans son origine. Osons le dire avec franchise, en Belgique, les choses ont marché autrement; M. Stiévenart, dans la province de Hainaut, M. Hairion, à Louvain, ont créé des établissements ophthalmologiques qui rendent des services réels aux malheureux. Il est vrai que l'autorité municipale, dans ces deux pays, est venue à leur aide, et que le corps médical, loin de mettre des entraves à la fondation de ces établissements philanthropiques, a regardé comme un devoir d'en favoriser le développement. L'institut ophthalmique de Bruxelles, abandonné jusqu'à présent à son action libre, n'en a pas moins produit, par ses seules ressources, des résultats fort heureux. Fondé, en 1840, par M. Cunier, à qui la chirurgie oculaire doit des travaux importants et une persévérance infatigable à propager dans un recueil spécial les recherches ophthalmologiques, ce dispensaire a pu dans l'espace de 4 ans donner des soins à 7,019 malades; c'est la seule réponse qu'on puisse faire à ceux qui attaquent en principe l'organisation de ces établissements. Mais, sous prétexte de philanthropie, nous dira-t-on, on vise à faire ses affaires tout en faisant un peu de bien aux autres. Eh! mon Dieu, pourquoi pousser si loin le purilanisme en médecine, lorsque, dans la société tout entière. les choses ne se passent pas autrement? Quant l'intérêt privé se concilie si bien avec l'intérêt public, ne lui faisons pas une guerre impitoyable; tout ce que nous devons exiger de lui c'est qu'il n'y ait rien d'immoral dans ses moyens.

L'institution des dispensaires nous paraît donc bonne en principe; les résultats obtenus en Angleterre et en Belgique le prouvent suffisamment, mais on comprend qu'ils dépendent surtout du choix des personnes et de l'emploi des moyens. Que ces établissements soient toujours dirigés par des hommes honorables, par des praticiens instruits, et nous avons la conviction que loin de porter atteinte à la considération professionnelle. ils ne peuvent qu'honorer les médecins, servir souvent les intérêts de la science et tourner toujours à l'avantage des classes pauvres.

Revenons maintenant au compte-rendu rédigé par M. de Abreu. L'auteur commence par un relevé statistique des malades qui ont reçu des soins à la clinique. Nous avons vu avec plaisir que loin de se borner à grouper stérilement des chiffres, il a accompagné ses recherches d'une appréciation pratique qui contribuera à faire lire avec intérêt son mémoire; toutefois nous y aurions désiré des détails un peu plus circonstanciés. En parcourant ce compte-rendu on éprouve souvent le besoin de plus amples informations.

Un travail de cette nature échappe à l'analyse, car il faudrait passer en revue toute l'ophthalmologie, si l'on voulait examiner une à une les observations qui se rapportent à l'ophthalmie égyptienne et scrofuleuse. au pannus, au strabisme, au trichiasis, à l'entropion, etc; nous nous bornons donc à faire quelques remarques sur les parties de ce travail qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt. Commençons par l'opération de la cataracte. Pendant les deux premiers trimestres de l'année 1844, M. Cunier a fait 68 opérations de cataracte par dépression-réclinaison, dont voici les resultats : 58 succès complets, 7 demi-succès, 3 insuccès. Il a pratiqué en outre 9 extractions, dont 7 suivies d'un plein succès, une de cataracte secondaire et une autre de destruction du globe. Enfin 5 kératonyxis dont deux avec succès. — Troisième et quatrième trimestres : 17 opérations, dont 15 par réclinaison-dépression, une par extraction et une autre par kératonyxis; il n'y a eu qu'un seul insuccès. Total, sur 99 opérés, 83 guérisons, 7 demi-succès et 9 insuccès.

Certes, voilà des résultats qu'envieraient les opérateurs et les opérés de Paris. Nous ne professons pas un grand enthousiasme pour la statistique en général; mais lorsque des hommes d'honneur nous présentent des faits bien observés, nous nous en rapportons à leur bonne foi, et au lieu de crier à l'exagération, nous nous demandons si ces résultats ne tiendraient pas au choix de la méthode opératoire, aux soins qu'on donne aux malades avant et après l'opération, à l'influence du climat et des variations atmosphériques, et si l'on veut même à l'adresse de l'opérateur.

On croit généralement qu'il n'y a rien de plus simple et de plus *innocent* qu'une opération de cataracte; mais il faut avouer avec franchise que les insuccès qui suivent cette opération sont à Paris très considérables. Cette question est plus importante qu'on ne pense, elle mérite donc d'être traitée avec tout le soin possible, dans un journal surtout dont le but est purement pratique. Nous avons lu la plupart des relevés statistiques qu'on a publiés en France sur cette matière; nous avons pratiqué l'opération de la cataracte plusieurs centaines de fois; nous avons suivi, nous suivons encore les cliniques des hôpitaux de Paris où l'on fait le plus d'opérations de cataracte, nous pouvons donc en parler en connaissance de cause.

Examinons d'abord la question de la méthode, et prenons pour modèle l'homme qui, parmi les chirurgiens de France, a fait le plus d'opérations de cataracte, M Roux. D'après le relevé des cas de cataracte qui se sont présentés à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1836 dans le service de ce chirurgien (salle Sainte-Marthe), il résulte que sur 35 yeux opérés, 31 le furent par extraction, et 4 par abaissement; sur ces 35 yeux opérés, il y en eut 14 qui ne recouvrèrent point la vue; les 21 autres la recouvrèrent, mais non point tous au même degré; il y en eut 13 qui virent parfaitement. Des 4 yeux qui furent opérés par abaissement, aucun ne recouvra la vue; il y en eut un qui fut com-

étaient réunis, ou que l'écartement avait été à peine sensible.

M. Jobert ne peut croire au rétablissement des mouvements et de la sensibilité dans un nerf qui a été complétement divisé.

Béclard se serait donc trompé en disant que la substance nerveuse se formait lorsqu'il n'y avait pas trop d'écartement entre les deux bouts du nerf, ou lorsqu'ils étaient en rapport avec des parties fixes. Lorsqu'on a vu les fonctions d'un nerf se rétablir après la section, c'est que la division avait été incomplète.

Voici, en résumé, les résultats auxquels M. Jobert est arrivé :

1° Les cicatrices des nerfs ne paraissent pas formées par la fibre nerval ;

2° Lorsqu'un nerf a été divisé dans toute son épaisseur, ses fonctions sont pour toujours perdues au-dessous de la section ;

3° La division incomplète du nerf ne fait que diminuer ses fonctions, et, au bout d'un temps variable, l'organe auquel il va se distribuer reprend la sensibilité et le mouvement.

En opposition à ces faits, révélés par l'expérimentation, nous ne pouvons taire les résultats obtenus par M. Flourens, dont on connaît l'habileté expérimentale. Ce savant physiologiste admet non-seulement qu'un nerf divisé peut se réunir, mais encore que la sensibilité peut y renaître. Ainsi, que l'on pince au-dessus, au-dessous, ou au niveau de la section, l'animal témoigne une vive douleur. On peut ainsi, suivant lui, diviser un nerf à plusieurs endroits, et obtenir le rétablissement de la continuité. Il a observé que l'on pouvait croiser deux nerfs différents, les maintenir en contact et obtenir leur réunion.

En présence de tels faits contradictoires et soutenus par des expérimentateurs d'une telle autorité, de nouvelles expériences nous paraissent nécessaires pour éclairer ce point de pathologie relatif au pronostic des affections des cordons nerveux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GUÉRARD.

Observation de syphilis constitutionnelle. Accidents tertiaires. Cachexie syphilitique commençante. Guérison. — Remarques à ce sujet; par M. DUMOULIN, interne des hôpitaux.

Souvent il s'offre à l'observation du médecin des cas embarrassants en matière de syphilis, au sujet desquels l'esprit balance longtemps et ne sait point à quoi se décider. Dans le doute, l'on prescrit fréquemment un traitement antisyphilitique. Le succès du remède dans ce cas prouve la nature de la maladie, et si l'on n'a point à s'enorgueillir d'un diagnostic bien précis, on est heureux d'avoir eu des doutes, car ils ont eu l'utilité d'amener la guérison du malade.

Il y a, sans contredit, des cas difficiles et très embarrassants ; mais je les crois plus rares qu'on ne le pense. Ce sont généralement des exemples de syphilis constitutionnelle, de syphilis arrivée à cette période des accidents tertiaires où certaines affections ont beaucoup de ressemblance avec les affections de la scrofule ; cependant, les renseignements que les malades ou la famille peuvent fournir, l'examen attentif de toute l'habitude extérieure du corps et même des fonctions amènent, dans la plupart des cas, à un diagnostic précis, ce qui est d'une grande importance tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue du traitement convenable.

Voici cette observation : La nommée L....., âgée de cinquante-trois ans, fut envoyée par le Bureau central à l'hôpital Saint-Antoine, et couchée dans le service de M. Guérard, salle Sainte-Thérèse, n° 33.

Constitution peu robuste, cependant bonne santé habituelle. Elle affirme n'avoir jamais eu d'engorgement ganglionnaire pendant son enfance, jamais d'éruption ni de croûtes sur le cuir chevelu. Réglée à l'âge de seize ans, elle cesse de l'être à quarante-sept ans, mariée à trente-trois ans. Depuis son mariage, son mari, voyageur, n'a que très peu vécu avec elle, au plus quatre ans, à des intervalles divers. Le mari avoue bien avoir eu des maîtresses, mais jamais de mal vénérien ; la femme, fort peu intelligente d'ailleurs, et très malpropre, repousse vivement toute supposition possible d'un accident primitif. Jusqu'alors, on le voit, aucun renseignement, rien qui puisse éclairer, mais rien non plus qui puisse faire écarter l'idée de la vérole; car quiconque a vu un certain nombre de vénériens, doit savoir à quoi s'en tenir sur leurs négations.

Il faut donc rechercher dans l'examen seul de la malade les moyens de poser un diagnostic.

Voici son état lors de son entrée : Elle porte sur la joue gauche, sur le cou et l'épaule du même côté, une énorme ulcération très irrégulière, à bords découpés et un peu renversés en dedans, à fond grisâtre et saignant au moindre contact, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Alentour de cette ulcération et sur ses bords, on trouve des duretés éparses, comme de petits noyaux d'engorgement sous-cutanés. Ce vaste ulcère date du mois de janvier 1844 ; jamais il ne s'est complétement cicatrisé ; parfois, dans l'été, de petits îlots de cicatrisation se sont formés, mais peu étendus, et se sont rouverts dès les premiers froids.

Quant au mode de développement de cette ulcération, la malade ne nous apprend rien ; sa fille seule affirme que ce sont de très petits engorgements sous-cutanés qui se sont ulcérés et se sont ainsi étendus. Les parties voisines ont plutôt une couleur violacée que la teinte cuivrée propre aux syphilides. Cet ulcère n'est point douloureux ; il n'existe point de démangeaison aux environs.

Au mois de juin 1844, le nez est devenu volumineux à sa racine. De chaque côté sont survenues deux petites tumeurs grosses comme une petite bille ; elles ne se sont point ulcérées à l'extérieur. Le travail s'est fait intérieurement, et il en est résulté la carie des os du nez, qui sont sortis par fragments vers la fin de juillet de la même année ; depuis lors, le nez est déformé et épaté. Une tumeur de même nature s'est montrée à peu près en même temps à l'angle de la mâchoire du côté gauche, et a été suivie d'ulcération avec issue de fragments d'os. Il n'y a point eu de chute des cheveux. Depuis le mois de septembre 1844, la malade a ressenti des douleurs assez vives, profondes dans les os des membres inférieurs, de la jambe surtout, et principalement lors des changements de temps.

Jusqu'au mois de décembre 1844, la santé s'est conservée assez bonne ; la malade maigrissait un peu, mais la nutrition se faisait encore assez bien. Depuis cette époque, l'émaciation augmenta, les digestions devinrent pénibles, les forces diminuèrent au point que la malade s'alita pour ne plus se relever que vers le mois de mars 1845 ; elle s'affaiblit encore davantage : elle eut de temps en temps de la diarrhée.

A la même époque, la vue diminue progressivement. Vers la fin de l'année 1844, la malade voyait un brouillard, des mouches semblaient voltiger devant elle ; parfois il lui semblait distinguer de petits points lumineux. Au mois de janvier 1845, la cécité fut presque complète. Lors de son entrée, cette malheureuse avait en effet une amaurose. Depuis lors aussi, la malade est tourmentée de maux de tête, surtout à la partie supérieure ; cette céphalée est plus vive la nuit que le jour ; et très augmentée par les changements de temps.

Au mois de mars, comme nous l'apprend sa fille, car la malade ne s'en doute pas, apparut sur le front, au côté gauche de la ligne médiane, une petite tumeur qui offre aujourd'hui le volume d'une grosse bille, sur laquelle la peau est roulante et qui paraît dépendre du périoste ; cette tumeur a augmenté très lentement ; la peau a conservé en ce point ses caractères habituels. Aucune périostose analogue n'existe sur d'autres os qui en sont souvent le siége de prédilection, les tibias, les clavicules, les radius.

Les organes thoraciques et abdominaux, examinés avec soin, paraissent être à l'état normal.

Cette malheureuse n'a jamais voulu être soignée régulièrement. Au mois d'août 1844, un médecin prescrivit des pansements avec l'onguent mercuriel, qui amena la cicatrisation en quelques points seulement, et la liqueur de Van-Swiéten, que la malade refusa.

Tel est l'état dans lequel nous arriva cette femme. M. Guérard crut à l'existence d'une syphilis constitutionnelle. En effet, l'examen attentif de cette femme amenait à un diagnostic précis, et voici quels en étaient les éléments :

1° Une énorme ulcération irrégulière qui, bien qu'elle n'ait point tous les caractères attachés à la syphilide tuberculeuse ulcérée, car on sait qu'alentour existait une couleur violacée plutôt propre à la scrofule qu'à la syphilis, un ulcère, dis-je, aussi étendu chez une femme de plus de cinquante ans sans symptôme de scrofule antérieur ou concomitant; 2° la carie du maxillaire inférieur et surtout des os du nez : on sait que cette dernière carie est très fréquente comme accident tertiaire dans la syphilis ; 3° l'existence d'une périostose sur le frontal ; 4° les douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs ; 5° enfin, la céphalalgie qui avait existé avant l'entrée de la malade dans nos salles et l'amaurose.

Tous ces symptômes rassemblés, réunis, forment bien le tableau d'une syphilis constitutionnelle à sa troisième période. Quant à la filiation des accidents, à leurs rapports entre eux, il ne faut point s'en occuper, car il est le plus souvent impossible d'avoir des renseignements exacts à ce sujet, vu le laps de temps souvent considérable écoulé entre les premières manifestations de la syphilis et sa période ultime.

M. Guérard prescrivit l'iodure de potassium, d'abord à la dose d'un gramme ; puis de deux grammes au bout de huit jours et des pansements simples sur l'ulcère. En moins de trois semaines, la plus grande partie était cicatrisée.

Le 25 juin, la cicatrisation était complétement achevée ; maintenant, il existe une cicatrice ferme et solide et les pansements ont été faits avec un soin tel qu'il n'y a point de brides qui tendent à faire pencher la tête du côté malade ; il n'y a que de la raideur dépendant du peu de souplesse du tissu cicatriciel. En même temps que diminuait l'ulcère, les forces revenaient progressivement, l'appétit revint, le dévoiement cessa. — Quant à l'amaurose, elle fut plus longue à guérir ; il n'y eut une amélioration sensible que vers le 20 juin, un mois après le commencement du traitement ; aujourd'hui, cette femme peut se conduire seule et distingue très bien tous les objets qui sont à sa portée. C'est un cas de guérison très remarquable sous plusieurs points de vue :

D'abord il y avait eu commencement de cachexie caractérisée par la diminution des forces, l'amaigrissement progressif, le dévoiement, la perte de l'appétit. Il est heureux pour cette femme qu'elle ait sollicité les soins du médecin dès l'apparition de ces symptômes, car plus tard il est fort douteux

---

plétement perdu. Enfin sur les 35 opérations sus-indiquées, cinq fois l'œil a été vidé par la sortie de l'humeur vitrée.

Lorsqu'en 1839 nous publiâmes ce relevé statistique, quelques médecins en contestèrent l'exactitude; le chiffre des insuccès leur parut exagéré, et ils considérèrent notre travail comme une attaque dirigée contre M. Roux. Nous n'avons pas besoin de dire ici qu'une telle intention était bien loin de notre pensée; nous avions la conscience d'avoir recueilli ces observations avec soin, et nous engageons les personnes qui douteraient encore de leur exactitude, à confronter notre relevé avec celui publié il y a quelques années dans un journal, la *France médicale*. Ce travail ne peut être suspect; il a été rédigé par un interne de M. Roux, et inséré probablement avec l'autorisation de M. Roux lui-même; car on sait que ce chirurgien met autant de loyauté à signaler ses revers que d'empressement à annoncer ses succès.

Voilà pour l'extraction; quant aux personnes qui opèrent exclusivement par dépression ou par réclinaison, voici leurs résultats. Sur 50 opérations de cataracte, il y a, terme moyen, 19 succès complets, 10 demi-succès, 16 iritis (nous n'exagérons pas), qui obstruent plus ou moins complétement le champ de la pupille; 3 atrophies du globe par suite d'hypopion ou de fonte purulente, et 2 amblyopies amaurotiques. *Que celui qui conteste ce relevé jette la première pierre.*

Comparez maintenant ces résultats avec ceux rapportés par le chirurgien de Bruxelles, et vous verrez si nous avions raison d'être surpris de voir compter, sur 99 opérés, 83 guérisons, 7 demi-succès et 9 insuccès. Cette différence ne peut donc pas s'expliquer par le choix de la méthode, puisque M. Cunier, comme la plupart des chirurgiens de Paris, ayant adopté l'abaissement comme méthode générale et l'extraction comme exception, a obtenu pour le moins moitié plus de succès, et cela sans l'accompagnement des phénomènes consécutifs dont nous venons de parler.

Les résultats heureux obtenus à Bruxelles tiendraient-ils à l'adresse de l'opérateur? Mais, quoique nous reconnaissions à M. Cunier une grande habileté opératoire, il est forcé d'admettre avec nous qu'à Paris on ne manque pas d'opérateurs très habiles, et nous avons prouvé plus haut que M. Roux lui-même, dont la dextérité chirurgicale est à juste titre devenue proverbiale, sur 35 opérations de cataracte, a essuyé 14 insuccès et a vidé 5 fois l'œil, ce qui donne la moitié de perte, plus une notable fraction.

M. Cunier aurait-il fait subir au procédé d'abaissement de notables modifications? Examinons sa manière d'agir. Au lieu de faire la ponction de la sclérotique à une ligne et demie du bord de la cornée et à une ligne au-dessus du diamètre transversal, ainsi qu'on le pratique à Paris, M. Cunier introduit l'aiguille à trois lignes du bord de la cornée et à trois ou quatre lignes au-dessus du diamètre transversal.

« Cette manière d'agir, dit M. de Abreu en décrivant dans sa *Thèse* inaugurale le procédé de M. Cunier, favorise considérablement le maniement de l'aiguille pour abattre et déprimer ensuite le cristallin ; c'est surtout lorsqu'il est nécessaire de recourir au broiement ou de déchirer la capsule, de séparer celle-ci des adhérences qu'elle a contractées, que l'on peut apprécier les avantages de ce lieu de ponction ; ce procédé réalise avec moins de perte de temps, et par conséquent avec moins de chances d'inflammation consécutive, le perfectionnement que Himly a voulu donner à la dépression en attaquant le cristallin par son bord supérieur. Rien n'empêche de déchirer la capsule avant d'abaisser le cristallin, ainsi que le veut M. Rosas, dont le procédé ne diffère que fort peu de celui de Himly. » La ponction de la cornée étant faite au lieu désigné, la main de l'opérateur décrit alors un arc de cercle de 25 à 30 degrés vers le haut, l'instrument est poussé jusqu'au collet de la lance dans la chambre postérieure. M. Cunier fait ensuite subir à l'aiguille un demi-tour sur son axe de dedans en dehors, qui en porte la concavité en haut, la convexité en bas. La convexité est ainsi placée sur le bord supérieur-postérieur du cristallin ; celui-ci est abaissé jusqu'au-dessous de la pupille, sa face postérieure devenant supérieure, l'antérieure inférieure. Dans l'accomplissement de cette manœuvre, on imprime à l'aiguille un mouvement tel que le cristallin, arrivant à plat, se trouve couché sur la concavité de la lame ; recommandant alors au malade de regarder en haut, la lentille se place, par l'effet de ce mouvement du globe, dans la partie inférieure et externe du corps vitré.

Sans différer essentiellement du procédé employé parmi nous, celui de M. Cunier offre néanmoins deux modifications : 1° la ponction de la sclérotique à une grande distance de la cornée, modification déjà indiquée par M. Carron du Villards ; 2° la réclinaison du cristallin d'arrière en avant et de haut en bas, ce qui fait que la dépression a lieu en masse et qu'on évite ainsi les cataractes secondaires qui résultent des détritus du cristallin et d'une grande partie de la capsule restée en place. Mais ces modifications suffisent-elles à expliquer les beaux succès obtenus par M. Cunier ? Nous voulons l'espérer ; c'est à l'expérience à décider en dernier ressort.

Dans une lettre adressée à la *Gazette médicale*, M. Cunier explique ainsi les causes de ses résultats : « Les succès que j'ai obtenus l'an dernier, dit-il, tiennent sans aucun doute aux soins, aux précautions, dont j'ai entouré mes malades ; mais il faut surtout faire entrer en compte les enseignements que j'ai puisés dans les observations de M. Sichel sur le glaucome, la cataracte glaucomateuse et la névralgie oculo-circumbitaire symptomatique. Tous ceux qui en Belgique et en Hollande ont médité le mémoire de M. Sichel ont reconnu le fondement de ses observations, et aujourd'hui qu'ils suivent les préceptes de cet habile ophthalmologiste, ils réalisent des résultats qu'il leur était autrefois impossible d'atteindre. » Nous n'avons qu'un seul mot à répondre à cette explication, c'est que les résultats obtenus à Paris par M. Sichel sont bien loin de ceux rapportés dans le compte-rendu de M. Cunier ; aussi nous défions M. Sichel de nous présenter sur 99 opérations de cataracte 83 succès complets, 7 demi-succès et 9 insuccès ; or, serait-il possible que cet ophthalmologiste eût donné d'*excellents préceptes* à ses confrères sans commencer par en profiter lui-même ?

Quant aux soins à prendre avant et après l'opération, M. Cunier sait très-bien qu'à Paris comme à Bruxelles on écarte les complications de la cataracte, on saigne, on purge les malades avant et après l'opération, ou place enfin les opérés dans les conditions hygiéniques les plus favorables pour prévenir les accidents consécutifs.

Il nous reste à examiner la question du climat et des variations atmosphériques. Sans doute le climat exerce une grande influence dans les résultats heureux des opérations chirurgicales en général ; nous l'avons suffisamment prouvé dans nos Etudes sur la pratique des thébib arabes et des chirurgiens de l'armée d'Afrique, comparée avec les relevés statistiques des hôpitaux de Paris (1). Mais y a-t-il de si grandes différences entre le climat de Bruxelles et celui de Paris? Quoi qu'il en soit, nous ne faisons ici que soulever des questions, c'est à M. Cunier à les résoudre.

La même méthode, des mains également habiles, un climat presque analogue, donnent pour résultat ici environ un tiers de succès complets et une foule d'accidents très graves, tandis qu'à Bruxelles, toute chose égale d'ailleurs, on obtient 83 succès sur 99 opérations et un très petit nombre d'accidents consécutifs ; c'est une question très importante qui mérite d'être éclaircie avec bonne foi et en mettant de côté toute espèce d'amour-propre et de prévention nationale.

Dans l'opération de la pupille artificielle, M. Cunier n'a pas été moins heureux que dans la pratique de la cataracte. L'auteur du compte-rendu ne parle que de 14 opérations de pupille artificielle, dont 13 par la méthode d'excision, il y eut 13 *succès complets*. Chez le quatorzième opéré, l'iris avait été fortement endommagé par un coup de feu tiré à bout portant, on pratiqua la méthode de décollement et le malade put à l'aide d'un verre convexe, n° 9, se conduire et vaquer à ses occupations. Voilà encore des résultats extraordinaires, sur 14 opérés 13 *succès* et 1/2 succès! Mais ici on pourrait à la rigueur attribuer les succès au choix de la méthode, c'est-à-dire la *corectomie*, ou excision de l'iris par le procédé de Gibson. Comme M. Cunier, nous pensons que ce procédé doit être généralement

(1) *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, ou *De l'ophthalmologie considérée dans ses rapports avec des différentes races*, — Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière.

qu'on eût pu la guérir.

Quelle que soit l'idée qu'on se forme sur la cachexie qui arrive ainsi dans la forme commune de la sypbilis, soit qu'on l'attribue à une infection tardive des parenchymes, soit qu'elle ait pour cause une infection seule du fluide nourricier qui est vicié dans sa composition, toujours est-il que cette cachexie, une fois bien confirmée, est incurable. Le médicament le plus efficace et le meilleur de la troisième période de la syphilis, l'iodure de potassium échoue contre elle. Cette cachexie, qui peut suivre, mais non fatalement toutefois, les affections précitées, semblerait être dans quelques cas une quatrième et dernière période, le dernier terme de l'évolution de la maladie.

Quant à l'amaurose dans la syphilis, elle est rare, et il est fort difficile de la rattacher à une lésion appréciable ; le plus souvent elle dépend d'exostoses nées de la table interne du crâne, exostoses qui exercent une compression sur la base du crâne ou sur le pont de Varole ; mais dans ce cas aussi, il y a plusieurs autres sens altérés outre la vue, ainsi les organes de l'ouïe ; il y a d'abord de la raideur, puis de la douleur dans les membres, et enfin des convulsions. Telle n'a point dû être sans doute la cause de l'amaurose chez la malade qui fait le sujet de cette observation.

Dans le cas en question, je ne puis admettre une simple coexistence ; car pourquoi donc alors l'amaurose aurait-elle suivi, la marche de la syphilis et aurait-elle guéri en même temps par l'emploi de l'iodure de potassium ? Pouvait-il y avoir chez cette femme compression partielle d'un nerf, du rameau orbilaire du nerf maxillaire supérieur, par exemple, dans l'orbile même, à la fente sphéno-maxillaire, du ganglion ophthalmique au côté externe du nerf optique ? Cela se pourrait à la rigueur, bien qu'il fût assez curieux de trouver des deux côtés une lésion bien identiquement la même, susceptible de produire le même effet. Mais ce qui me fait rejeter cette supposition, c'est que les symptômes observés ne sont point ceux de l'amaurose par compression des nerfs. — Ne serait-ce point là plutôt une amaurose paralytique à la manière dont l'entendait Mead ? Pourquoi, en effet, ne pourrait-il y avoir une paralysie du sentiment comme on en observe parfois une du mouvement dans la sypbilis ? J'ai vu à l'hôpital du Midi plusieurs paralysies faciales syphilitiques. Depuis longtemps déjà, M. Ricord a appelé l'attention sur cette lésion fonctionnelle de la portion dure de la septième paire. Ce n'est sans doute là qu'une supposition ; mais elle acquiert, selon moi, une grande valeur si l'on songe aux symptômes observés : en effet, il n'y avait que des symptômes subjectifs ; mais aucun symptôme objectif appréciable : point de dilatation et d'immobilité des pupilles, rien qui pût faire présumer une compression du cerveau ou une compression nerveuse partielle ; point de rétrécissement ni de lenteur dans leurs mouvements pour faire soupçonner une maladie des nerfs optiques : absolument rien dans les bumeurs de l'œil.

Une troisième considération intéressante, qui ressort de cette observation, c'est la guérison complète de la maladie par de faibles doses d'iodure de potassium. Encore aujourd'hui, quelques praticiens distingués croient devoir donner ce médicament à des doses très élevées, au moins 8 grammes par jour, et ils la portent ordinairement beaucoup plus haut. Il me paraît certain qu'il est inutile de le donner à aussi forte dose ; il agit parfaitement bien et aussi promptement à la dose de 1 à 4 grammes. J'ai même vu, dans un mémoire récent sur l'emploi de l'iodure de potassium, des observations de syphilis constitutionnelle où le médicament n'avait jamais été donné au delà de 5 décigrammes et avait parfaitement réussi. Je n'ai jamais vu, l'année dernière, M. le docteur Vidal le porter au delà de 4 grammes par jour, et, dans un cas cependant, cette dose modérée eut un succès très prompt ; il s'agissait d'une compression cérébrale occasionnée certainement par le développement d'une exostose à la face interne du crâne ; il y avait déjà dans ce cas des symptômes de paralysie commençante des membres. Telle est aussi la pratique de M. le docteur Guérard, de ne point donner l'iodure de potassium au delà de 3 à 4 grammes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre. — Présidence de M. Roche, vice-président.

M. Piedagnel lit un mémoire sur l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort subite.

— Après cette lecture, M. le président fait l'appel de toutes les personnes qui se sont fait inscrire pour des lectures ; aucune d'elles ne répond.

— La séance est levée avant quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 septembre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Bourgery lit un mémoire sur les nerfs des membranes séreuses en général, et sur ceux du péritoine en particulier chez l'homme. En voici les conclusions :

1° Les membranes séreuses, dans lesquelles on n'a jamais reconnu de nerf, et que tant d'anatomistes distingués en ont supposé complétement dépourvues, sont, en anatomie, le tissu qui en contient le plus.

2° Les nervules des membranes séreuses, de 1/10e à 1/50e de millimètre de diamètre, y forment un canevas, en général, à plusieurs pans superposés, partout anastomosés à courtes distances, et interceptant de petits espaces polyédriques irréguliers qui n'excèdent guère 1/5e à 1/10e de millimètre.

3° Ces nervules sont renfermés dans des enveloppes de tissu ligamenteux élastique, qui les contiennent, les protégent, et, par l'intrication de leurs fibrilles microscopiques, déterminent leurs jonctions mutuelles, sans solution de continuité de la substance nerveuse ; de sorte que l'ensemble offre l'aspect d'un simple réseau fibreux. C'est à ce canevas qui forme la charpente de la membrane, que celle-ci doit son reflet nacré, sa résistance et son élasticité.

4° Les nerfs d'origine sont indifféremment de deux sortes, ganglionnaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerfs qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse, dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi, les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extraviscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et, par exemple, dans les gouttières dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

5° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionnaire, et quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différents sont voisins, ils en fournissent de concert ; mais, à ce que j'ai cru reconnaître, sans être anastomosés avant leur entrée dans la membrane.

Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

6° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison est telle que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement par filaments microscopiques, aux muscles, aux divers tissus mous, et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

7° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même que pour chaque espèce de nerfs.

Les filaments terminaux des nerfs cérébro-spinaux, qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses, sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficiels des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse. Les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent entre les fibres musculaires des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédents.

Tous ces nervules, quoique revêtus d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu mous et grisâtres. Ils sont moins solides, moins rigides, et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que ceux d'origine ganglionnaire, leur enveloppe étant plus mince. Mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant au contraire plus de fermeté avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à tous les nervules musculaires ou cérébro-spinaux des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales, pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine et de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottements et aux tractions qu'elle est appelée à subir.

Ces nervules, d'origine splanchnique ou ganglionnaire, sont de trois sortes :

A. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus forts, ceux qui se présentent le mieux tissés et tramés en un réseau solide. Partout leur résistance, l'épaisseur et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques, sont proportionnés à la mobilité du repli où ils se trouvent et par conséquent aux efforts de traction qu'ils ont à supporter. Ainsi les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligaments péritonéaux du foie, de la rate, de la vessie, du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite, pour la plèvre, les réseaux des médiastins, et pour le péritoine, ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie.

B. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont ceux des feuillets viscéraux, formés en général de longs filaments très fins, anastomosés dans un seul plan, et un canevas délié à longues mailles rhomboïdales.

C. Les derniers nerfs ganglionnaires des séreuses sont les nervules gris ou sans enveloppe apparente fibro-élastique.

8° Les nerfs propres du péritoine émanent des six surfaces pariétales et de la grande surface multiloculaire viscérale. Sur les parois latérales et la plus grande partie de la paroi antérieure, les nervules sont uniquement fournis par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Mais au milieu de la paroi antérieure ils sont coupés par une chaîne splanchnique, origine de nervules péritonéaux ganglionnaires et composés de deux plexus.

9° Les nervules péritonéaux, tant cérébro-spinaux que ganglionnaires, sont faciles à voir au microscope ou à la loupe, à des grossissements de trois à dix diamètres sur des pièces qui ont macéré dans l'eau acidulée avec 1/100 à 1/200e d'acide azotique.

Hernie hydrencéphalique très volumineuse. Mort du sujet, dans un état de marasme extrême, après cinquante et un jours d'existence.

Un enfant nouveau-né me fut apporté, le 16 mars dernier, présentant à la partie postérieure inférieure de la tête, une énorme tumeur plus volumineuse que la tête elle-même. Cette dernière, de forme tout à fait allongée, n'avait, mesurée au-dessus des oreilles, que 26 centimètres de circonférence. La tumeur, au contraire, en offrait 30 sur 13 seulement de longueur.

Cette tumeur, arrondie, lisse, molle et transparente superficiellement, rénitente et opaque à son centre, sans changement de couleur à la peau, peu douloureuse au toucher, n'était agitée d'aucun battement, ne disparaissait en rien par l'effet de la pression, ni n'augmentait en rien par les cris de l'enfant.

Distinguer de prime abord sa véritable nature n'était pas chose facile. Le défaut de pulsations distinctes, de toute diminution de cette tumeur sous la pression, sa rénitence profonde au milieu d'un liquide abondant, étaient autant de circonstances rendant, en effet, le diagnostic très obscur. J'ajouterai encore que les doigts, appuyés autour de son large pédicule (il avait 18 centimètres de circonférence), cherchaient en vain les bords de l'ouverture du crâne, à travers laquelle la tumeur pouvait s'être échappée. Comme il y avait absence de tout accident pressant, que l'état général de l'enfant était assez satisfaisant, je me contentai d'attendre avant de prononcer, me bornant à faire soutenir cette tumeur à l'aide d'une coiffure appropriée, afin que, par son poids, elle n'exerçât pas de tiraillements douloureux, et n'allongeât pas d'avantage la tête.

Peu de jours après, je communiquai le cas à deux de mes confrères, MM. Decerfz et Pajot, qui, après un examen très attentif, restèrent aussi dans l'incertitude sur la nature de la maladie. L'existence bien manifeste d'une collection séreuse nous décida à faire immédiatement une ponction exploratrice, seul moyen qui pût éclairer ce diagnostic. Mais le trois-quarts, poussé avec trop de ménagement, ne pénétra pas à une profondeur suffisante ; il ne laissa échapper qu'une très petite quantité de sérosité, roussâtre d'abord, sanguinolente ensuite, que nous supposâmes s'être trouvée entre les téguments du crâne et une sorte de kyste formé par les méninges. Le trois-quarts, agité dans tous les sens, et aidé dans ces mouvements d'une assez forte pression de la tumeur, ne fournit que ce léger écoulement de sérosité ; d'où nous fûmes porté à conclure que l'instrument n'était pas parvenu à la poche proprement dite, qui contenait le liquide. Il ne résulta, bien entendu, de cette évacuation, qu'un affaissement peu sensible, s'il était appréciable, de la tumeur, et elle n'en devait pas moins continuer à faire des progrès.

Quinze jours s'écoulèrent sans que nous revissions le petit malade. Il ne pouvait pas, nous en avions la conviction intime, vivre avec un tel vice de conformation. L'influx nerveux manquait à cette existence déjà si compromise ; aussi, ayant appris que la tumeur augmentait de volume, que l'enfant, au lieu de se soutenir comme il l'avait fait pendant quelque temps, ne se nourrissait plus et dépérissait à vue d'œil, nous rendîmes-nous auprès de lui, le 9 avril, décidé, malgré le danger de l'opération, à suivre l'exemple de M. Velpeau, à enlever la tumeur. Une nouvelle ponction fut donc pratiquée, qui, plus profonde que la première, eut pour résultat l'évacuation de 500 grammes au moins d'un liquide séreux, dont rien, si ce n'est l'apparition de quelques gouttelettes sanguinolentes vers la fin de l'écoulement, ne vint troubler la transparence. La tumeur ayant alors diminué de beaucoup, on put palper plus distinctement ce qui en restait, et bientôt il n'y eut plus à douter : c'était un encéphalocèle. Sous l'influence d'une légère pression exercée par l'un de nous pour obtenir autant que possible l'issue du liquide, l'enfant, qui jusqu'alors avait poussé des cris assez aigus, cessa presque tout à coup de se faire entendre ; son visage pâlit, le pouls tomba, et la respiration, entrecoupée, n'avait plus lieu qu'à de longs intervalles. Nous crûmes alors à une mort, sinon immédiate, du moins très prochaine, et nous dûmes par cela renoncer à tout projet d'opération. Mais, contre notre attente, la vie, qui venait de nous paraître arrivée à son dernier terme, se ranima bientôt, pour ne s'éteindre définitivement, chose étonnante, que le 29 avril, vingt

---

adopté, car il offre tous les avantages de la *corétomie* (incision) et de la *corédialyse* (décollement), sans en avoir les inconvénients.

L'abrasion de la cornée, pratiquée déjà par Saint-Yves, Platner, Darwin, etc., et sur laquelle M. Malgaigne a rappelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens, a été mise à exécution dix-neuf fois par M. Cunier ; trois fois pour détruire des albugos, et seize fois pour détacher de la cornée des incrustations formées par des précipités métalliques provenant de l'application de collyres mal préparés ou mal formulés. M. Cunier n'a pas obtenu un seul succès complet par cette opération ; dans les trois premiers cas, non-seulement l'abrasion a échoué complétement, mais elle a même produit chez un des malades un kératocèle. Quant aux 16 cas d'incrustations métalliques, cette opération a exigé trois et quatre séances. Dans tous les cas, la gêne visuelle a cessé ; mais toujours il est resté quelques traces de la présence du sel métallique.

Dans les ophthalmies blennorrhagiques, M. Cunier ne fait usage du copahu qu'après avoir combattu l'affection de l'œil par le nitrate d'argent et par des purgatifs et des émissions sanguines. Une chose digne de remarque, c'est que chez tous ces malades une violente arthrite du genou a coïncidé avec la cessation de la blennorrhée oculaire. L'auteur ajoute que cette coïncidence s'observe à Bruxelles dans la proportion de sept fois sur dix.

Dans le symblépharon ou adhérence des paupières au globe de l'œil, M. Cunier a employé avec succès le procédé proposé par M. de Lerche contre le pannus. Ce procédé consiste à faire un pli à la peau de la paupière et à traverser ce pli avec deux fils, afin de tenir la paupière écartée du globe pendant quelques jours. Ce moyen sans doute est très ingénieux ; mais il doit être très gênant pour le malade. Le procédé que nous avons proposé dès l'année 1840 (1), nous paraît plus simple et plus rationnel que le procédé de M. de Lerche ; il est également préférable à celui de M. d'Ammon. Il s'agit tout simplement d'interposr entre le globe et les paupières une petite coque en verre, en ivoire ou en émail enduite d'huile d'olives, placée comme un œil artificiel ; de cette manière on obtient plus facilement la cicatrisation régulière des surfaces, et une nouvelle adhérence devient impossible.

Nous terminons cet exposé analytique par quelques mots sur la photophobie. Tous les praticiens savent que la photophobie qui accompagne ou suit la plupart des maladies oculaires, résiste opiniâtrément pendant trois, quatre et quelquefois cinq mois à tous les moyens connus. M. Cunier rapporte un cas de photophobie suite d'ophthalmie scrofuleuse qui s'était montrée rebelle durant cinq mois à tous les remèdes prescrits, et qui a cédé à l'extrait de ciguë donné à l'intérieur à doses progressives : c'est un moyen que nous recommandons aux praticiens, lorsque surtout les instillations topiques de belladone, de jusquiame et de cerfeuil n'ont pas réussi à combattre une affection dont on ignore complétement le siége et la nature ; car malgré les nombreuses recherches qu'on a faites sur cette matière nous n'en sommes guère plus avancés. Les uns persistent à croire que la photophobie est le résultat de la sclérotite, les autres placent cette maladie dans la cornée, dans le cercle ciliaire, etc. Quant à nous, nous l'avons déjà dit dans d'autres publications et nous le répétons ici : la photophobie est un phénomène purement nerveux qui n'appartient en propre à aucune des membranes de l'œil, et qui peut manquer ou exister dans la scléro-conjonctivite la plus simple comme dans la rétinite la plus intense, dans les affections idiopathiques comme dans les spécifiques, c'est enfin un symptôme spécial qui se manifeste dans l'organe de la vue comme le délire dans la plupart des maladies du cerveau.

S. Furnari, d.-m.

(1) *Traité pratique des maladies des yeux.* Paris, 1841. Chez J.-B. Baillière.

Traitement des convulsions chez les enfants par les frictions avec l'essence de térébenthine; par M. le Dr Close, de Manchester.

On sait généralement à quel point la prédominance du système nerveux chez les enfants les prédispose aux convulsions, et quelle promptitude de secours réclament généralement les affections de ce genre. M. Close a trouvé une nouvelle méthode extrêmement efficace contre ces accidents.

Après avoir ouvert la veine jugulaire et en avoir retiré environ sept à huit cents grammes de sang chez un petit garçon âgé de huit ans, en proie aux convulsions les plus violentes ; après avoir placé le jeune malade dans un bain chaud, sans que les convulsions s'en trouvassent aucunement diminuées, ce médecin, se rappelant l'activité excito-motrice du système nerveux et ses relations avec cette maladie, eut l'idée d'essayer des frictions avec l'huile volatile de térébenthine le long de la colonne vertébrale. Ces frictions furent pratiquées aussitôt à l'aide d'une flanelle trempée dans l'essence en question, et, immédiatement après, l'enfant commença à soupirer, à respirer plus facilement ; le pouls, qui était d'abord à 140 pulsations par minute, baissa notablement ; la face reprit peu à peu son expression naturelle, l'écume qui remplissait la bouche disparut, et, dans l'espace de cinq minutes, les convulsions cédèrent complétement.

Dans un second cas, M. Close employa le même moyen avec un égal succès, et cela sans recourir d'abord à la saignée ; seulement les convulsions cloniques des membres persistèrent un peu plus longtemps, tandis que le spasme du larynx cessa instantanément. Pour obvier à l'irritation cérébrale, et pour prévenir l'épanchement qui aurait pu avoir lieu, il prescrivit une application de sangsues à la tête.

jours après sette seconde ponction. Dans cet intervalle, qu'un marasme progressif signala (car l'enfant est mort, si je puis me servir de cette expression, dans un état complet d'atrophie), le volume de la tumeur n'augmenta plus; l'ouverture faite par le trois-quarts ne s'étant point fermée, laissait le liquide s'échapper au fur et à mesure qu'il était exhalé.

Il ne nous fut pas possible, suivant que nous le désirions, de faire l'autopsie de la tête; j'obtins seulement de la famille de disposer de la tumeur, que j'enlevai le plus près possible du crâne. Je pus voir alors que l'ouverture qui livrait passage à la portion herniée de l'encéphale, était constituée par un écartement congénital des deux portions du proral (suivant la dénomination de Béclard), immédiatement au-dessus de la protubérance occipitale. Cette perforation était de forme irrégulière, et assez large pour pouvoir admettre les extrémités de trois doigts réunis.

Examinée plus à l'aise, la tumeur contenait, dans une vaste poche, dans une sorte de kyste formé par les membranes encéphaliques, distendues, la presque totalité de la masse cérébrale ramollie, désorganisée, et siége de plusieurs foyers de suppuration. L'arachnoïde et la pie-mère, en partie détruites par l'inflammation qui avait précédé la formation du pus, présentaient encore, sur le point opposé au pédicule, des traces appréciables de phlogose. Restée intacte, la dure-mère, qui dans les méningites ne participe d'ailleurs qu'à la longue au travail inflammatoire, adhérait assez intimement aux téguments du crâne; circonstance probablement due au contact immédiat des surfaces respectives permis par l'écoulement du liquide, obtenu de la première ponction.

Pour rendre cette observation plus complète, il aurait fallu, ce que nous n'avons pu obtenir, voir dans quel état se trouvait et le cervelet et la base du cerveau. Mais bien que laissant à désirer sous ce rapport, elle n'en est pas moins très intéressante, la science ne possédant jusque-là qu'un petit nombre de faits analogues. En second lieu, elle devient curieuse encore par sa ressemblance assez parfaite avec le cas présenté, en octobre dernier, à l'Académie de médecine par un de ses membres, M. Moreau, et dans lequel M. Velpeau, dont MM. Moreau et Auguste Bérard partageaient l'avis, a, comme on le sait, pratiqué l'ablation. A. FORGEMOL, D.-M.

La Châtre (Indre), 1er septembre 1845.

NOUVELLES.

Concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux. — Les juges sont: MM. Clément, Rochoux, Gendrin, Husson, Cazenave, Guersant fils, Lenoir, Delasiauve. suppléant.

Les candidats sont: MM. Barthez, Bourdon, Cazalis, Guéneau de Mussy, Legendre, Léger, Pidoux, Sanson.

— Une ordonnance du 27 juillet porte qu'il sera publié, à dater du 1er janvier prochain, sous les auspices du département de l'instruction publique, un Annuaire des Sociétés scientifiques et littéraires du royaume, comprenant: 1° les statuts et règlements de ces Sociétés, par extraits pour le passé, intégralement pour l'avenir; 2° un exposé de leur origine, de leur but et de leurs ressources; 3° une analyse de leurs travaux les plus importants et de ceux de leurs membres; 4° la relation des séances et assemblées publiques de l'année; 5° le compte-rendu des prix décernés dans ces assemblées, et le programme annuel des prix proposés; 6° la liste des membres résidents, correspondants ou associés; 7° la nomenclature des principaux corps savants des autres Etats. — Une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique aux présidents des Sociétés savantes développe et fixe les prescriptions de l'ordonnance.

— Le conseil-général de Saône-et-Loire, sur la proposition de M. le préfet, a alloué 500 fr. pour gratification aux nourrices qui donneront aux enfants trouvés les soins les plus maternels. M. le préfet a l'intention de faire remettre une gratification à la nommée Simonne Ræsier, veuve Barnait, de la commune d'Anost, par l'inspecteur départemental des enfants trouvés, qui lui a signalé sa belle conduite.

Cette digne femme paraît avoir voué son existence aux enfants trouvés. Elle en a élevé vingt-cinq, et elle ne s'est pas bornée à leur donner des soins pendant les premières années; elle les a élevés, placés, mariés, et même dotés comme s'ils eussent été ses propres enfants. Elle en a encore cinq chez elle qu'elle placera comme les autres, car cette digne femme n'en a jamais renvoyé un seul à l'hospice.

A l'avant-dernière séance, le conseil-général, sur la demande de M. le préfet, a exprimé le vœu qu'elle fût proposée pour l'un des prix Montyon.

— L'ouverture de la treizième session du Congrès scientifique de France a eu lieu lundi dernier à Reims, dans la grande galerie historique du palais archiépiscopal. Plus de six cents membres, français ou étrangers, assistaient à cette ouverture. M. l'archevêque a été nommé président à une immense majorité. MM. de Mérode, ministre d'Etat de Belgique; Bailly, ancien président de l'Académie royale de médecine; de Caumont, membre du Conseil général d'agriculture; le vicomte de Brimont, ancien député de Reims, ont été nommés vice-présidents. Aussitôt la proclamation du scrutin, M. Gonnet a remercié avec émotion l'assemblée de la distinction flatteuse dont il venait d'être l'objet, et il a ajouté avec beaucoup de grâce que le palais archiépiscopal serait ouvert à tous les membres du Congrès pendant la durée de la session; et, en effet, le soir même, ils ont été splendidement reçus dans les magnifiques salles du palais, les mêmes qui furent occupées par le roi Charles X, lors de son sacre, en 1825.

— Le 15 du mois d'août a eu lieu la clôture de la sixième réunion des médecins et des naturalistes hongrois, dont Funfkirchen a été cette année le rendez-vous. Plus de quatre cent quarante-deux membres ont assisté à cette réunion. Chaque membre a reçu une médaille en bronze, dont la face représente Cybèle assise sur un lion qui marche, avec cette inscription: « Qui cherche, trouve. » Sur le revers est gravée la cathédrale de Funfkirchen.

— Dans beaucoup de villages du cercle de Juliers (Prusse rhénane), la dysenterie sévit avec tant de rigueur, qu'on évite de sonner le glas funèbre pour ne pas inquiéter par ce son la foule des malades.

— Il s'est passé dernièrement à Halles, canton de Stenay, un phénomène électrique assez bizarre et qui confirme ce que disait dernièrement M. Arago, à l'Institut, de la possibilité d'être frappé par la foudre sans qu'aucun bruit se fasse entendre, ou ne se fasse entendre que quelque temps après.

Il était quatre heures du matin; le sieur Oudinet mettait ses guêtres, près des croisées de sa cuisine pour se rendre aux champs; sa femme rallumait le feu dans la même pièce, lorsqu'ils se sentirent jetés tout a coup, et par une force invincible, le mari vers le feu et la femme vers les croisées. A cette double évolution succéda un violent coup de tonnerre, qui fit connaître aux époux Oudinet qu'ils avaient été frappés par l'électricité, et non poussés par quelque revenant mal avisé. Heureusement le mari et la femme en furent quittes pour la peur et pour de faibles contusions.

— La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine vient de compléter son Conseil d'administration pour 1845-1846, ainsi qu'il suit:

Président, M. Hotto (Augustin); vice-président, M. Flon; secrétaire, M. Alexandre (Martin); secrétaire-adjoint, M. Garnier (Victor); trésorier, M. Vuaflart; conseillers, MM. Garnier (Alphonse), Bourrières, Carles, Blondeau, Dubuisson et Duroziez; commission permanente, MM. Louradour, Lehuby, Cabadé, Hauduc, Lepère (Victor), Bissey et Abbadie.

— M. le docteur Dubois (d'Amiens), secrétaire de l'Académie de médecine de Paris, a passé à Marseille le 24 août.

Notre ville a été également visitée par M. le docteur Mélier, membre de la commission de l'Académie pour le travail sur les quarantaines. (*Clinique de Marseille.*)

— C'est par erreur que dans le dernier, numéro, compte-rendu de la clinique de M. Piorry, nous avons indiqué M. Bouteiller comme interne du service. M. Bouteiller est interne de Bicêtre. L'interne de M. Piorry est M. Henry Bonnet.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 107. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Daupbine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 12 SEPTEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Troisième liste.

M. le docteur Henri Roger, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris.
M. le docteur Voillemier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
M. Chevallier, membre de l'Académie royale de médecine.
M. Emery, membre de l'Académie royale de médecine.
M. Loode, membre de l'Académie royale de médecine.
M. Collineau, membre de l'Académie royale de médecine.
M. le docteur Eguisier, à Paris.
M. le docteur Moreau-Boutard, à Versailles.
M. Bianchi, officier de santé, à Paris.
M. Gailhac, pharmacien, à Paris.
M. Horteloup, médecin du roi, médecin de l'hospice de Sainte-Périne, à Paris.
M. Legroux, agrégé libre et médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris.
M. Robert, agrégé libre et chirurgien de l'hôpital Beaujon, à Paris.
M. le docteur Lemaistre-Florian, à Paris.
M. le docteur Lambert jeune, à Paris.
M. le docteur Félix Legras, à Paris.
M. le docteur Perdrix, secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris.
M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association des médecins de Paris.
M. le docteur Gibert, secrétaire-général honoraire de l'Association des médecins de Paris.
(Ces trois dernières adhésions comme délégués de l'Association.)
M. le docteur Sonberbielle, ex-membre de l'ancienne Académie de médecine.
M. le docteur Leroux, à Vaugirard.
M. le docteur Garnier, à Vaugirard.
M. Beauvallet, pharmacien, à Vaugirard.
M. Recluz, pharmacien, à Vaugirard.
M. Boucher, pharmacien, à Grenelle.
M. Sourniac, pharmacien, à Grenelle.
M. Savoye, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Dumas, secrétaire-général de la Société médicale du 12e arrondissement.
M. Lisfranc, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié.
M. le docteur Meurdefroy, à Paris.
M. Meurdefroy, pharmacien en chef à l'hospice civil de Saint-Denis.
M. le docteur Castelly, à Puy-l'Evêque (Lot).
M. le docteur Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Total de cette liste,	33
Listes précédentes,	99
Total général, à ce jour,	132

Sociétés de médecine des départements dont les adhésions sont parvenues à la Commission permanente, et dont les délégués ne sont pas encore connus.

L'Association médicale de l'Yonne;
La Société médicale du Cher;
La Société de médecine de Moulins;
La Société médicale de l'Orne;
Les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Pontoise;
La Société des pharmaciens d'Elbeuf;
La Société médicale de Bolbec.

A Paris, le plus grand nombre des Sociétés de médecine et de pharmacie ont nommé des commissions pour l'examen du programme, et ces commissions s'occupent de ce travail avec la plus grande activité. Nous citerons notamment la Société médicale d'émulation, la Société médicale du Temple, les Sociétés médicales des 1er, 4e, 8e, 10e et 12e arrondissements.

Partout, à cette heure, l'appel fait par la Commission permanente a été entendu sur tous les points de la France; les questions d'organisation médicale ont été mises à l'ordre du jour, et tout fait présager que la grande manifestation du 1er novembre sera imposante par le nombre, les lumières et le dévouement des membres qui y prendront part.

La Commission permanente du Congrès médical a décidé, dans sa dernière réunion, que la lettre suivante, qui lui a été adressée, serait immédiatement publiée.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Paris, le 7 septembre 1845.

A Monsieur le Président de la Commission permanente du Congrès médical.

Monsieur le Président,

La Commission permanente du Congrès médical m'a fait l'honneur de m'adresser, par les soins de son secrétaire, M. Amédée Latour, un exemplaire d'un rapport sur un plan de réalisation et un projet d'organisation d'un Congrès médical, suivi du programme des questions qui sont à résoudre par le Congrès.

J'ai lu ce travail avec tout l'intérêt qu'il doit inspirer, et je me suis empressé d'en donner connaissance à la *Commission générale de l'Association des médecins de Paris*, réunie sous ma présidence, le vendredi 5 du courant.

La Commission générale a accueilli unanimement la proposition de la Commission permanente du Congrès médical, et a rendu un juste hommage aux intentions dont elle se montre animée dans l'intérêt du corps médical tout entier.

La Commission générale a d'autant mieux apprécié les vues de la Commission permanente du Congrès médical, qu'elle n'avait point oublié que l'Association des médecins de Paris était entrée, il y a onze ans, dans des voies semblables, en préparant un projet d'organisation médicale.

(Ici M. Orfila expose les résultats du travail qui fut préparé par une commission, dont M. Jolly était le rapporteur, et il ajoute :

L'Association, Monsieur, est donc parfaitement en mesure d'apporter ses lumières au Congrès médical, comme elle est entièrement disposée à profiter des idées qui devront surgir d'une réunion de tant d'hommes compétents.

La Commission générale a pensé que l'Association devait être représentée au Congrès médical par des hommes plus particulièrement placés pour étudier et résoudre les questions; ainsi elle a confié ce soin à

M. le docteur Perdrix, secrétaire-général;
M. le docteur Vosseur, trésorier;
M. le docteur Gibert, secrétaire général honoraire.

J'espère, Monsieur, que la Commission permanente voudra bien trouver un témoignage de ma sympathie dans ma sollicitude et mon zèle pour les intérêts de l'enseignement et de la profession.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de mon dévouement et de ma considération la plus distinguée,

Le Président de l'Association de médecins de Paris,
Doyen de la Faculté de médecine,

ORFILA.

M. Moreau a donné sa démission de membre de la Commission permanente, motivée sur des occupations urgentes. Il a été remplacé par M. le docteur Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin général de Thérapeutique*, qui avait obtenu le plus grand nombre de suffrages à la séance du 2 août.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il y a quelque temps, M. Rayer nous montra dans ses salles un jeune homme entré durant la période d'invasion de la variole, et qu'il avait fait vacciner. L'éruption vaccinale s'était produite (trois pustules pour dix piqûres), et la variole s'était développée. Ce cas a été observé avec soin par M. Clérault, sous les auspices de M. Rayer, qui a engagé son élève à en faire le sujet de sa thèse inaugurale. La Faculté de médecine de Paris doit ainsi beaucoup de bonnes dissertations au savant praticien de la Charité. M. Clérault s'est acquitté très honorablement de cette tâche. Son travail, dans lequel il a rapporté ou résumé cent dix observations, sera lu par tous les médecins qui voudront approfondir la question.

Le sujet était un garçon âgé de dix-sept ans, non vacciné, n'ayant eu ni la variole, ni la rougeole. L'invasion datait de quinze jours, circonstance notable (oppression; faiblesse; courbature générale; plus tard vomissements; quelques éblouissements; pas de douleurs lombaires).

Il entra à l'hôpital le 30 mai.

Le 31, physionomie inquiète, anxieuse; face rouge; agitation; oppression; respiration très accélérée; douleur vive dans le côté droit de la poitrine; rien à l'auscultation et à la percussion; point de toux; expectoration muqueuse; battements du cœur très énergiques, sans bruits anormaux; inappétence; bouche mauvaise; langue sale au milieu, rouge à la pointe et sur les bords; épigastre douloureux à la pression; peau sèche et chaude; pouls très fréquent, développé.

On fait une saignée de 500 grammes. Caillot riche, épais, dense, mais sans couenne.

Le 1er juin, même état.

Le 2, on vaccine avec du vaccin sec.

Le 3, convulsion violente sans écume à la bouche. Le malade tombe de son lit et perd connaissance pendant quelques minutes.

Le 4, à la place de chaque piqûre vaccinale, il y a un petit caillot sanguin.

Le 6, le petit caillot est entouré d'une aréole rouge à une piqûre du bras droit et à deux piqûres du bras gauche.

Le 8, la rougeur de ces trois piqures a augmenté; légère saillie à la surface de la peau; le centre commence à blanchir.

Le 9, les pustules sont plus prononcées; elles sont élevées de 1 millim.; elles ont un diamètre de 0,02; le centre est blanc, opalin, légèrement déprimé; la rougeur de la circonférence est peu étendue.

Le 11, les trois pustules se sont élargies; elles ont un diamètre de 0,03; la circonférence est d'un rouge violacé, *sans induration.*

L'éruption variolique commence. Neuf jours se sont écoulés depuis la vaccination, vingt-huit jours depuis les prodromes, que nous avons dit dater de quinze jours avant l'admission du malade à l'hôpital, admission qui eut lieu le 30 mai.

Nous ne suivrons pas plus longtemps le détail de cette observation, trop étendue pour figurer dans ces colonnes, et nous nous bornerons à indiquer les circonstances principales, celles qui doivent servir à la discussion du fait :

1° Lenteur de l'éruption vaccinale, qui est à peine sensible au cinquième jour.

2° Absence de l'induration sous-cutanée, ou *tumeur vaccinale;* peu d'étendue de l'aréole inflammatoire.

3° Du côté de la variole, *absence de la fièvre de suppuration;* éruption généralement discrète; gonflement très léger du visage aux environs des ailes du nez et aux paupières; ptyalisme peu abondant, qui dure deux jours au plus.

Ajoutons que le pus des pustules vaccinales a été inséré sur deux malades non vaccinés, chez l'un, au quatorzième jour de l'éruption, chez l'autre, au quinzième, et que chez tous les deux il s'est produit une vaccine des plus irrégulières.

De ces circonstances, M. Clérault conclut que, d'une part, la vaccine a été modifiée par la variole, et de l'autre, que la variole a été modifiée par la vaccine.

Mais si l'absence d'induration et le peu d'étendue de l'aréole, si la lenteur de l'éruption vaccinale chez le sujet de l'observation, si l'irrégularité de la vaccine chez les deux malades inoculés avec le pus de ses pustules, prouvent qu'en effet l'éruption vaccinale n'a pas été complète chez lui, cela ne veut pas dire du tout que la vaccine ait été *modifiée par la variole*, attendu que le vaccin employé était du vaccin sec, regardé comme moins actif par tous les vaccinateurs, et que cela suffit pour expliquer l'irrégularité de l'éruption vaccinale.

Ainsi, à ce premier égard, l'observation de M. Clérault n'est point suffisamment probante.

Est-il plus certain que la variole ait été modifiée par la vaccine? Ici une première remarque se présente naturellement à l'esprit. Si l'éruption vaccinale, par le seul fait du peu d'activité du vaccin, n'a pas été complète, comment et dans quelle limite a-t elle pu modifier la variole?

Pourtant nous reconnaissons que celle-ci n'a pas tenu ce qu'elle promettait. La durée, l'intensité des prodromes, la violence extrême de la fièvre varioleuse devaient faire supposer une variole confluente et grave. Au lieu de cela nous voyons une variole généralement discrète et surtout exempte de la fièvre de suppuration. C'est là, sans contredit, une notable irrégularité. M. Rayer a dit : « Dès le début de la variole, la marche de la maladie peut être calculée, jusqu'à un certain point, d'après le degré d'intensité de la fièvre varioleuse. » Voici, d'autre part, un aphorisme de Stoll qui trouve ici son application. Il faut, pour ainsi dire, le doubler, car il sous-entend un terme: *Quo febris variolosa mitior, eo eruptio parcior, eo lenior status inflammationis.*

On peut donc admettre que la vaccine, interposée en quelque sorte à ces prodromes graves et à cette variole bénigne, a été la cause de cette bénignité.

Ainsi la vaccine aurait changé le caractère de la variole, tandis que celle-ci ne semblerait pas avoir modifié la vaccine.

Il est permis de penser, avec M. Clérault, que si le vaccin eût été plus actif, si l'inoculation avait eu lieu de bras à bras, la modification de la variole eût été plus profonde.

M. Clérault, en faisant cette remarque, ne s'est point aperçu que si le vaccin n'était pas assez actif, cela seul, nous le répétons, explique, indépendamment de la coexistence de la variole, que l'éruption vaccinale ait été imparfaite.

M. Clérault pose plusieurs questions :

1° La vaccine modifie-t-elle le développement et la marche de la variole?

2° Réciproquement, la variole influe-t-elle sur la vaccine?

3° Quelle est des deux éruptions celle qui est plus spécialement modifiée?

4° Les éruptions survenues après la vaccination, sont-elles dues à la vaccine?

5° Y a-t-il des inconvénients à vacciner, dans le cas d'infection variolique ou d'épidémie, les enfants jeunes ou maladifs.

Le sujet, comme on voit, est éminemment pratique, et son importance est grande.

L'auteur discute ces questions, et n'hésite pas à conclure, quant à la première, que, *le plus souvent*, la vaccine modifie la variole. Pour ce qui est de savoir à quelle époque elle peut le mieux exercer cette salutaire influence, c'est un point qui, comme on le verra, rentre dans la troisième question.

En discutant, à son point de vue, les résultats de la vaccination pendant la terrible épidémie de Marseille en 1828, M. Clérault fait à M. Bousquet l'objection suivante, qui est sérieuse et mériterait d'être éclaircie. « Comment se fait-il que M. Robert, l'historien de l'épidémie de Marseille, ne parle que d'un seul cas de mort, là où M. Bousquet en trouve 12? J'avoue que je suis très embarrassé, et que je ne sais que penser de son assertion...... » (P. 18 de la Thèse.)

Relativement à la seconde question, il est naturel que M.

Clérault la résolve affirmativement. Si la vaccine modifie la variole, il est tout simple que la variole modifie la vaccine. M. Clérault ne se borne pas à ce raisonnement. Il examine les faits, desquels il résulterait que « sur 40 cas décrits de vaccine compliquant la variole, 35 ont offert une modification réelle... » Parmi ces 35 cas, M. Clérault comprend, bien entendu, son observation. Or, nous savons qu'elle n'est pas probante sous ce rapport, et cela seul nous impose une certaine réserve pour les autres faits.

Quant à la troisième question, celle de savoir laquelle des deux éruptions est plus spécialement modifiée, « il est facile de prévoir que plus le développement de la vaccine sera complet, plus l'influence de la vaccine sur la variole arrivant à cette période sera marquée : tandis qu'au contraire, la vaccination étant pratiquée à une époque où l'économie tout entière est sous l'influence d'une infection variolique, lorsque déjà l'éruption va se montrer à la peau, nous verrons son action rester pour ainsi dire sans effet, ou du moins déterminer une action peu marquée. » (P. 29.) Alors c'est la vaccine qui est modifiée; quelquefois même elle ne se développe pas. (*Ibid.*)

Il faudrait pouvoir dire : Si le sujet est fortement sous l'influence de la vaccine, l'éruption variolique est mitigée ou *prévenue*; si le sujet est fortement sous l'influence de la variole, la vaccine est modifiée sensiblement ou empêchée. Mais à supposer que ce dernier terme soit absolument démontré, il s'en faut que le premier puisse l'être, du moins pour ce qui concerne l'effet radicalement préservatif de la vaccine. Il serait beau que l'on pût *couper* une variole avec le vaccin comme on *coupe* une fièvre intermittente avec la quinine; mais nous sommes loin de la réalisation de ce rêve.

Odier, mais surtout M. Herpin ont voulu fixer les époques auxquelles l'insertion vaccinale est plus ou moins modificatrice de l'éruption variolique. M. Clérault regarde ces fixations comme trop absolues, et s'en tient aux données de M. Gardner qui pense que la vaccination est utile même à l'époque de la fièvre primaire varioleuse.

Arrivons au quatrième point, qui est capital; car si la vaccination pouvait déterminer des éruptions générales analogues à la variole, assurément il faudrait y renoncer. Mais si cela pouvait avoir lieu dans le cas spécial qui nous occupe, cela pourrait arriver toujours. La question deviendrait générale, et le sujet que s'est proposé M. Clérault disparaîtrait devant le nouveau problème qu'il s'agirait de résoudre. Mais le problème est résolu, et il n'est plus nécessaire de défendre le virus-vaccin. Il est certain que les *éruptions vaccinales subséquentes*, ainsi nommées par les premiers vaccinateurs, étaient de pures varioles consécutives à l'insertion vaccinale, et seulement modifiées par elle; d'où il résulte qu'au lieu de déposer contre le vaccin, elles peuvent être invoquées en sa faveur.

Reste la question de savoir « s'il y a avantage ou inconvénient à vacciner les enfants jeunes et maladifs dans les cas d'épidémie ou d'infection varioleuse. » Ceci suppose que, d'une manière générale, à part ces cas spéciaux, la question doit être résolue affirmativement dans la pratique; et en effet, dans le cours de son travail, l'auteur a déjà conclu que, en temps d'épidémie, la vaccination doit être pratiquée lors même qu'on suppose l'individu sous l'influence du virus varioleux. Cette pratique doit-elle être étendue aux enfants chétifs? Voilà le seul côté à élucider. M. Clérault combat judicieusement une maxime de M. Legendre, qui dit : « Il faut bien se garder de la vaccination dans de pareils cas, car elle ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourra se montrer, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine. » Hé quoi! la variole sera-t-elle une cause moindre de faiblesse parce qu'elle sera reculée? Qu'importe qu'elle soit hâtée (à supposer qu'elle le soit), si elle doit être en même temps modifiée? Et indépendamment même de cette modification, sa précocité serait un bienfait; car plus les prodromes se prolongent, plus les forces radicales diminuent, et le sujet est déjà faible.

M. Clérault a refusé de rechercher si la nature du vaccin diffère de celle du virus variolique. Or, nous soutenons qu'il est impossible, en logique, de croire à l'influence de la vaccine sur la variole, sans admettre, par cela même, que les deux virus sont différents. Et, en effet, s'ils étaient identiques, les boutons vaccinaux ne pourraient être regardés que comme des boutons varioliques. Or, nous le demandons, trois ou quatre boutons varioliques développés sur les bras ou ailleurs, pourraient-ils s'opposer à l'évolution de la variole? L'esprit peut-il concevoir un tel phénomène?

En somme, l'observation du service de M. Rayer semble prouver que la variole a été mitigée par la vaccine dans le cas auquel elle se rapporte; et, à part cette observation, les faits autorisent à penser que cette modification a lieu généralement. En raison, on comprend très bien que l'effet du vaccin s'étende sur la variole, même développée, ce virus devenant alors modificateur au lieu d'être préventif. Enfin, des noms imposants, notamment ceux de Willan et de M. Rayer, sont acquis à la doctrine embrassée par M. Clérault, qui aurait donc pour elle les faits, en même temps que l'induction et de graves autorités.

Cela étant, nous donnons notre plein assentiment aux déductions pratiques de M. Clérault, et nous pensons que la vaccination doit être faite, soit qu'il s'agisse d'individus placés dans un foyer de contagion variolique, soit qu'il s'agisse de malades offrant déjà les symptômes de la période d'invasion de la variole.

— M. Velpeau vient de pratiquer sept opérations de cataracte dont une double, et aucune n'a été suivie d'inflammation. A une autre époque, chaque opération sera entravée par des accidents inflammatoires. Il y a des *veines* en chirurgie, surtout en médecine opératoire oculaire. Aussi faut-il se garder de conclure, d'une manière générale, en se fondant sur une seule série de cas, fussent-ils très nombreux.

— Un cocher est entré dans le service de M. Velpeau avec une angéioleucite qui marque, d'une manière saisissante, le passage de cette affection à l'éléphantiasis. Un ulcère de la largeur d'une pièce de 50 centimes existe au côté interne et inférieur de la jambe, qui est rouge, luisante, uniformément tuméfiée et résistante. Ces jours derniers, la rougeur s'était étendue à la cuisse. Les ganglions sous-inguinaux ne sont pas engorgés. Le sujet est buveur; il exprime sa tempérance actuelle en disant qu'à peine boit-il un litre de vin par jour. L'ulcère n'est point variqueux.

— M. Richet a opéré d'un double entropion un jeune homme chez lequel les deux paupières supérieures étaient roulées en cornet. C'est le procédé de M. Dieffenbach qui a été employé. La réussite a été complète.

— Une femme d'un service de médecine étant tombée sur le sacrum en sortant du bain, il se forma, dans la fosse iliaque droite, un abcès qui s'étendit jusqu'au quart supérieur de la cuisse, où il a été ouvert, couche par couche, en dedans du muscle couturier, parallèlement à l'artère. Chose digne de remarque, la tumeur offrait la crépitation de l'emphysème. Le pus avait l'odeur des matières fécales. La crépitation était-elle due à des gaz venus du cœcum par exosmose, ou faut-il supposer que, vicié par le voisinage de l'intestin, le pus a subi une décomposition d'où sont résultés les gaz? Ce cas est aussi du service de M. Richet.

— M. Robert, à l'hôpital Beaujon, nous a montré une femme qu'il vient d'amputer de la jambe, et dont le moignon a été placé dans l'appareil de M. Guyot. La partie est dans un excellent état. Le pus est épais et peu abondant. Il n'y a aucune mauvaise odeur dans la boîte. M. Robert se loue beaucoup de ce moyen, et, quand nous nous rappelons les bons effets qu'en obtient journellement M. Pasquier, aux Invalides, nous nous demandons pourquoi l'usage n'en est pas plus général.

— Une femme avait une induration assez volumineuse du côté droit de la langue, induration que M. Robert était porté à regarder comme squirrheuse. Il administra l'iodure de potassium, et aujourd'hui l'induration est presque dissipée. C'est une raison pour nous de supposer qu'elle était syphilitique. A la vérité, la malade déclare n'avoir pas éprouvé d'accidents cutanés ou muqueux; mais tout le monde sait que ces accidents peuvent passer inaperçus.

— Le même chirurgien vient d'appliquer avec succès chez un enfant atteint de tumeur érectile de la lèvre supérieure, le procédé qui consiste à traverser la tumeur avec des épingles.

— Nous avons vu aussi, dans son service, un homme affecté de fracture de la clavicule avec saillie du fragment interne. On a placé en avant et en arrière de la clavicule deux petites attelles maintenues par un simple spica de l'épaule; des compresses repoussent le fragment interne. Le bras n'est pas en écharpe. Il n'y a pas de coussin sous l'aisselle. Il ne serait pas facile, chez tout le monde, de mettre une attelle derrière la clavicule. Cet appareil néglige le fragment externe, et l'on peut prévoir que c'est un inconvénient.

— Nous réservons, pour un prochain article, un cas probable de pellagre, qui nous fournira l'occasion de rendre à un jeune et estimable confrère, M. T. Roussel, la justice qui lui est due. X.....

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Affections organiques du cœur.

Les maladies du cœur, dit M. Chomel, ont été, depuis vingt ans, l'objet d'études sérieuses et importantes. Pour arriver au diagnostic, on s'est guidé sur la connaissance des bruits et des mouvements physiologiques, les faisant servir à l'appréciation des bruits et des mouvements à l'état pathologique. Aujourd'hui, la plupart des médecins donnent à tel signe telle valeur, d'après la théorie qu'ils adoptent. Mais malheureusement la valeur de ces signes n'est pas toujours très exacte. Dans l'état actuel de la science, les signes qui ont été indiqués sont les signes les plus probables; mais entre la probabilité et la certitude il y a une distance immense, et qu'on ne doit pas franchir sans réflexion.

Au n° 31 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme de trente-deux ans, couturière, d'une mauvaise constitution, d'une mauvaise santé habituelle, présentant du côté droit de la poitrine une saillie très notable constituant une véritable gibbosité. Il y a dix-huit mois environ, diminution des règles, qui devinrent irrégulières, et finirent par se supprimer complétement. Cette diminution et cette suppression des règles n'a pas été le résultat d'une imprudence, ou de causes extérieures ou physiques : ceci est important à noter. Lorsque les règles se sont supprimées par une cause subite pendant la période menstruelle, il se passe un temps plus ou moins long avant qu'elles se rétablissent; mais elles finissent toujours par se rétablir. Quand la suppression persiste, c'est qu'elle indique une maladie organique préexistante, dont elle est un des premiers symptômes. Dans le cas actuel, les règles ont diminué et disparu sans motif appréciable, et c'est dans une maladie organique que l'on doit chercher la cause de cet accident. Vers la même époque, un peu de toux, affection catarrhale, qui a eu une assez grande intensité. Depuis dix-huit mois, la malade n'a pas cessé de tousser; cependant cette toux ne présente rien qui soit de nature à donner des inquiétudes sérieuses. On trouve dans le poumon gauche du râle crépitant assez abondant. Le côté droit est parfaitement sain. C'est du côté où l'on constate une déformation du thorax que la respiration est plus faible ordinairement, tandis que le côté concave est le siége d'une respiration plus forte. Enfin, vers la même époque également, il survint de l'essoufflement, des palpitations, du malaise, des douleurs dans la région dorsale, plus fortes lorsque le malade se livre à ses travaux d'aiguille. Telles sont les phénomènes qui ont précédé l'admission de la malade à l'hôpital. Elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, non plus que des douleurs, même vagues et errantes. Loin d'être une exception, ce cas rentre donc dans la règle générale. Tous les ans nous avons l'habitude de faire des relevés, et nous sommes toujours arrivé à ce résultat; lorsque nous avons rencontré des cas où la maladie du cœur existait chez des sujets qui avaient été affectés de rhumatismes, nous avons eu très souvent aussi l'occasion de constater de la manière la plus positive que la maladie du cœur avait précédé l'affection rhumatismale. Non pas que nous prétendions nier que quelquefois le cœur puisse recevoir l'influence du vice rhumatismal; mais nous prétendons que ce n'est pas là le cas le plus ordinaire. C'est, du reste, un fait que nous avons mentionné depuis longtemps. Voici les phénomènes que présentait à son entrée la femme dont nous parlons.

L'œdème qui a affecté pendant quelque temps les membres inférieurs, a disparu momentanément. Le foie dépasse de trois travers de doigt environ le rebord inférieur des fausses côtes; ce que l'on constate aisément soit par la palpation, soit par la percussion. Nous devons faire observer que le sexe du sujet est une circonstance qui diminue la valeur de ce symptôme. Chez un grand nombre de femmes, le foie descend beaucoup plus bas que chez l'homme; ce qui paraît être le résultat de la pression exercée par le corset sur les hypochondres. Le volume du foie ne semble donc pas avoir sensiblement influé sur la production de l'œdème. La respiration étant aussi à peu près normale, la réunion de ces deux circonstances porte à conclure tout d'abord qu'il y a affection organique du cœur. En examinant la région du cœur chez cette femme, on ne rencontre cependant pas de signe bien évident d'une affection organique, et l'essoufflement est presque le seul phénomène qui appelle l'attention de ce côté. Matité de la région précordiale, sensiblement la même qu'à l'état de santé. Au-dessous du sein droit, matité probablement due à l'augmentation de volume, ou du moins au refoulement du foie. Mais si la percussion ne donne aucun signe positif, il n'en est pas de même de l'auscultation, qui est excessivement curieuse.

Dans la région correspondant à la base du cœur, on entend un double souffle qui se fait entendre pendant les deux temps du cœur. Vers la pointe, ce bruit est très faible et s'entend à peine. Il y a encore un autre symptôme fort intéressant. L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit non pas au commencement du second bruit et pendant toute son étendue, mais seulement pendant la seconde moitié du second bruit, une sorte de sifflement, de piaulement, qui n'est que passager, mais dont nous avons constaté l'existence depuis l'admission de la malade à l'hôpital. Ce piaulement a plutôt augmenté que diminué. Pour nous, le double bruit du souffle qui se fait entendre à la base du cœur et le sifflement particulier qui commence au milieu du second temps, sont des preuves certaines qu'il existe un rétrécissement de l'orifice aortique, preuves certaines, disons-nous, autant que l'on peut être certain d'une altération de ce genre. Le sang éprouve manifestement une certaine difficulté à sortir du cœur; puis en vertu d'une insuffisance des valvules sigmoïdes, un autre bruit se produit; c'est le sifflement dont nous avons parlé. Nous croyons pouvoir affirmer que c'est dans les orifices artériels que ces phénomènes se passent.

Le cœur droit ne participe-t il en rien à cette lésion, nous ne saurions l'affirmer; cependant l'observation démontre que les lésions du cœur gauche sont au moins vingt fois plus fréquentes que celles du cœur droit. Nous mentionnerons néanmoins une circonstance qui doit fixer notre attention sur l'état du cœur droit dans le cas actuel. Lorsque l'on porte l'oreille dans les points les plus rapprochés des cavités droites de l'organe, le bruit de souffle semble plus intime qu'à gauche. D'après cela, nous aurions quelque raison de nous demander si l'artère pulmonaire ne serait pas intéressée. Le bruit de piaulement ou de sifflement nous paraît d'une interprétation assez difficile. Il peut exister sous l'influence d'une lésion matérielle du cœur et de la circulation, tout simplement d'un état nerveux, d'une émotion vive. Dès lors, il semblerait pouvoir être susceptible de plusieurs interprétations. Comme il y a là une altération double, il est naturel de la rattacher à quelques-unes de ces dispositions morbides dont nous avons parlé. Mais ç'a été plutôt par la théorie que l'on a admis ces résultats, que par l'expérience des faits.

Le traitement des affections organiques du cœur se réduit à des moyens palliatifs. Ici nous ne pouvons pas avoir la pensée que nous triompherons de la maladie. Elle remonte trop loin, et tout nous porte à croire qu'il y a une déformation, un ramollissement de l'orifice aortique qui éloigne toute idée de guérison possible. On ne peut espérer rendre la souplesse et la flexibilité à des cartilaginisations de cette nature. Quelques auteurs ont recours à des exutoires, à des révulsifs énergiques. Lorsque l'affection est encore récente, qu'elle a reconnu pour point de départ une cause rhumatismale, qui cesse et se reproduit à intervalles, il est bon d'employer les exutoires; mais lorsque la maladie est déjà ancienne, que les valvules sont profondément altérées, que l'on ne peut espérer les ramener complétement à l'état normal, il ne faut pas fatiguer le malade inutilement. Il faut chercher simplement à pallier le mal. Dans ces cas, le calme physique et moral forme la première base du traitement. Les boissons froides, les aliments également froids et légers, les viandes blanches, constituent la partie hygiénique. On joint à cela la digitale et ses préparations, qui ont pour résultat dans le plus grand nombre des cas de ralentir les pulsations artérielles, quelquefois même de les ralentir trop, lorsqu'on les administre à très haute dose et d'une manière continue.

Parmi les préparations de digitale, la macération à froid des feuilles dans l'eau pure est celle dont nous nous servons

le plus souvent. Les extraits, quelque bien préparés qu'ils soient, ne sont pas toujours faits avec des poudres contenant la même quantité de principe actif, surtout si elles sont anciennes. Quelques estomacs très susceptibles ne peuvent supporter cette macération à froid des feuilles de digitale. Il faut alors se servir des pilules dans la composition desquelles entre la poudre de feuilles de digitale récemment préparée. Quant aux teintures, soit alcooliques, soit éthérées, elles ne peuvent contenir tous les principes actifs de la plante ; nous sommes persuadé que l'infusion aqueuse renferme plus de principes sédatifs et actifs que ces teintures, surtout que la teinture éthérée.

Lorsque l'affection organique du cœur se complique d'affections catarrhales, il est quelquefois nécessaire d'appliquer un vésicatoire volant sur les parois thoraciques, de tirer un peu de sang par la lancette. La malade qui fait le sujet de cette conférence n'est pas dans ces conditions. On constate chez elle un amaigrissement assez rare dans les maladies du cœur sans complications. Nous devons donc supposer semblables au cas actuel les maladies dont nous vous entretenons.

— Le second malade dont nous avons à parler est couché au numéro 20 de la salle Sainte-Agnès. Il n'a jamais eu non plus d'affections rhumatismales. La maladie a débuté, il y a deux ans, par des douleurs dans le flanc gauche, dans le ventre ; il n'a jamais rien éprouvé du côté de la poitrine. Dès le début de son affection, palpitations, essoufflement, toux fréquente et opiniâtre. Il raconte qu'il y a huit mois, il s'est aperçu d'un gonflement œdémateux général des membres supérieurs, gonflement qui a même envahi la face. Ce phénomène, nous n'avons pas besoin de le faire remarquer, est de la plus haute importance, en ce sens qu'il indique un obstacle à la circulation veineuse dans la veine cave supérieure. Nous en avons eu un exemple remarquable il y a quelques années dans cet hôpital, chez un homme qui avait une oblitération presque complète de la veine cave supérieure, lésion cadavérique parfaitement en rapport avec les symptômes observés pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, le malade actuel, qui est charretier, nous dit que cet état ne l'empêchait pas de mener sa *volée*. Cet œdème n'aurait pas duré très longtemps, et aurait fini par disparaître complètement. Il dit, à peu près dans le même temps, avoir remarqué une teinte bleuâtre générale de toute la surface du corps, et principalement de la face. Il y a huit mois, les palpitations devinrent tellement violentes, qu'il fut obligé de suspendre ses occupations. Voici les phénomènes qu'il présente depuis quinze jours qu'il est à l'Hôtel-Dieu.

Teinte bleuâtre des lèvres; voussure de la région précordiale bien manifeste. On aperçoit, à la simple inspection de la même région, un soulèvement considérable, isochrone aux battements du cœur. La main, appliquée sur le point indiqué, est fortement soulevée par l'impulsion exagérée de l'organe. La percussion fait reconnaître une matité de douze centimètres en travers et de haut en bas. Il y a évidemment augmentation de volume, de force et d'épaisseur dans les fibres charnues du cœur. Le pouls est tantôt régulier, tantôt irrégulier, donnant entre 60 et 70 battements par minute. Lorsqu'il est irrégulier, cette irrégularité consiste dans une série de cinq ou six battements précipités, suivis de mouvements réguliers pendant quelques instants. Dans d'autres instants, il semble qu'un des battements soit supprimé de temps en temps, que le cœur se repose, ou se contracte à vide. Chez notre malade, lorsque les battements sont très rapprochés, on éprouve une assez grande difficulté à les analyser. Lorsqu'ils sont réguliers, le bruit du premier temps est un peu prolongé ; au second temps, on perçoit un bruit d'*ondée*, qui accompagne le bruit normal. Les deux bruits du cœur se font entendre un peu prolongés l'un et l'autre, mais avec leur caractère normal, sauf ce bruit particulier que nous ne pouvons désigner sous un autre nom que celui que nous venons de vous indiquer. Ce phénomène, très perceptible lorsqu'il y a deux battements seulement, est moins distinct quand il y en a trois pour les deux temps.

A droite du sternum, la résonnance est bonne. Les bruits se faisant entendre plus fortement vers la base que vers la pointe du cœur, il est naturel de penser que ce sont les valvules aortiques qui sont le siége de l'altération organique. A l'auscultation, on entend dans le même point un bruit de soufflet qui semblerait indiquer l'existence d'une insuffisance de l'orifice aortique. Ce bruit de souffle ne remplace pas le second bruit, mais se fait entendre en même temps que lui. Peut-être ne serait-il pas impossible aussi qu'il y eût quelque dilatation anévrismatique de la crosse de l'aorte, quelque poche dont le sang refluerait dans le ventricule gauche. Nous n'avons constaté aucun autre phénomène qui pût faire croire à une lésion de l'artère aorte, tel que des symptômes de compression d'un organe important comme la trachée, l'usure des os, etc. La compression de la trachée, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, produit une gêne de la respiration et un bruit que quelques auteurs ont désigné sous le nom de bruit de *cornage*, à cause de son analogie avec le bruit désigné ainsi dans la médecine vétérinaire. Ce bruit est d'une grande importance dans le diagnostic des tumeurs qui compriment la trachée-artère.

Un autre phénomène encore que nous avons signalé le premier, et qui se rattache à la compression exercée par une tumeur anévrismatique de l'aorte, est cette nécessité où sont les malades de se tenir toujours dans la même attitude. Il y a quelque chose d'insolite dans la position du malade qui, par instinct, ne change de position que le moins possible et pour très peu de temps. Dans un certain nombre de cas, la tumeur anévrismale comprime l'œsophage et gêne le passage des aliments qui s'arrêtent toujours au même endroit. C'est un cas, du reste, assez rare, l'œsophage reculant devant la tumeur et pouvant se soustraire ainsi à la compression. Lorsque la tumeur est assez volumineuse pour être continuellement en contact avec la trachée et la comprimer, elle en use les anneaux cartilagineux; les parties molles n'offrant aucune résistance, ne sont jamais le siége de cette usure.

On a vu quelquefois une tumeur de la nature de celles dont nous parlons comprimer les artères qui se rendent aux membres ; alors il arrive que l'artère radiale d'un côté devient de plus en plus petite, et les battements finissent presque par disparaître complétement. Dans le cas actuel, il n'y a rien de semblable; si nous passons en revue tous les organes qui sont susceptibles d'être comprimés par une dilatation anévrismale de l'aorte, nous sommes conduit à rejeter toute probabilité de l'existence de cette tumeur. Cependant, cette lésion est toujours l'objet d'un diagnostic un peu douteux et obscur.

Le pronostic est évidemment très grave. La maladie date de deux ans. Si nous avions une certitude, bien que non tout à fait absolue, de l'existence d'une poche anévrismale, peut-être mettrions-nous en usage la méthode de Valsalva. Mais il faut un grand courage et de la part du médecin et de la part du malade pour employer cette médication, d'autant plus qu'elle aurait besoin d'être employée jusqu'à la syncope à chaque émission sanguine ; la syncope est surtout utile en facilitant dans la poche anévrismale la coagulation du sang ; la coagulation du sang ne peut s'opérer que pendant la stase du sang, et l'on ne peut obtenir cette stase du sang que par la syncope ; de plus, la forme de la cavité serait une circonstance très importante pour la réussite de cette médication ; il est certaines dilatations anévrismales, celles où la poche affecte la forme en fuseau, dans lesquelles on conçoit facilement que la coagulation du sang ne puisse avoir lieu, tandis qu'elle est possible dans une cavité brusquement étranglée et rétrécie comme on en trouve quelquefois.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par le docteur SICHEL.

(Suite des numéros 88 et 93.)

III. *Indications rationnelles des différentes méthodes opératoires.*

Deux ordres d'indications peuvent guider le chirurgien dans l'emploi des diverses méthodes imaginées pour opérer la cataracte :

1° Celles qui, puisées dans la nature de la cataracte, sont fournies par son siége dans l'une ou l'autre des parties constitutives de l'appareil cristallinien, par sa consistance, etc.

2° Celles qui, puisées dans des circonstances accessoires et plus ou moins accidentelles, présentent à considérer la conformation, les dimensions du globe oculaire et de ses dépendances, les maladies ou les infirmités qui viennent temporairement, telles que la toux, ou d'une manière définitive, telles qu'une hernie, compliquer l'affection oculaire. Le raisonnement et l'expérience, selon nous, sont d'accord pour assigner le premier rang aux indications qui sont tirées de l'état de l'appareil cristallinien lui-même. Notre conviction est que l'on a l'habitude d'accorder aux secondes beaucoup trop d'importance.

Enfin, pour nous résumer en quelques mots, les circonstances inhérentes à la cataracte elle-même, aux diverses modifications sous lesquelles elle peut se présenter, doivent servir à former les médications capitales ou essentielles, à déterminer ce qu'on est convenu d'appeler les méthodes opératoires; les circonstances accessoires ou secondaires ne doivent influer que sur les procédés opératoires (qui sont de simples subdivisions de méthodes), et ne fournir que des contre-indications exceptionnelles.

Occupons-nous d'abord des indications principales ou essentielles puisées dans l'essence même de la cataracte.

1° *Indications puisées dans la nature des cataractes mêmes.*

Dans l'article précédent, on a pu voir que les cataractes opérées dont nous avons parlé jusqu'ici étaient toutes lenticulaires, à cela près d'une exception sur laquelle nous nous proposons de revenir. Les cataractes lenticulaires ou cristallines, c'est-à-dire qui ont leur siége dans le cristallin enveloppé de sa capsule saine et transparente, présentent des variétés de consistance que nous avons définies en les nommant les unes dures ou demi-dures, les autres molles ou demi-molles.

Ce serait une grand erreur de croire que l'appréciation préalable de la nature des cataractes soit de peu d'importance pour le choix et le succès de l'opération. Il est, au contraire, absolument indispensable de s'en rendre compte, si l'on veut agir rationnellement. Qu'on ne s'effraie pas, du reste, de la difficulté d'un pareil diagnostic ; elle n'est pas, à beaucoup près, aussi grande qu'on a bien voulu le dire, et qu'on le dit encore journellement, même dans des cliniques chirurgicales dont le mérite, sous d'autres rapport, est incontestable. Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans tous les détails de cette question, pour lesquels nous pouvons renvoyer à notre Traité de l'ophthalmie et de la cataracte, p. 475 à 511. Pour notre but, il suffira d'indiquer les signes pathognomoniques ou essentiels suivants :

Les *cataractes lenticulaires dures* sont d'une couleur plus ou moins sombre, depuis le vert-foncé et le brun jusqu'au gris d'acier. Leur texture étant plus dense, elles sont éloignées de l'iris et du plan de la pupille : d'où il résulte que l'on aperçoit distinctement une ombre portée noire et plus ou moins large, qui se projette sur la circonférence de leur face antérieure; la chambre postérieure conservant ses dimensions habituelles, la pupille se rétrécit et se dilate aisément. Enfin, comme le cristallin ici est plus mince et un peu plus diaphane à sa circonférence, la vision gagne beaucoup à la demi-obscurité, ce qui s'explique très bien par la plus grande dilatation de la pupille, qui permet aux rayons lumineux de pénétrer par le bord de la lentille opaque, et même, dans de certaines limites, entre ce bord et l'iris.

Les *cataractes lenticulaires molles*, au contraire, ont une couleur claire, depuis le blanc jusqu'au gris le plus pâle. Les caractères qu'elles présentent viennent presque tous de ce que leur substance, plus perméable, se laisse pénétrer et gonfler par les liquides des deux chambres. En effet, elles se rapprochent de l'iris, qu'elles peuvent toucher et pousser en avant, de manière à rétrécir l'espace qui se trouve entre ce diaphragme et la cornée. Nécessairement l'ombre portée est nulle, ou du moins excessivement étroite. Par la même raison, le jeu de l'iris est peu prononcé; et comme ces cataractes sont plus volumineuses, plus sphériques, moins comprimées par leur bord, la vision n'offre pas d'ordinaire de grandes différences au grand jour et au clair-obscur. Quand elles sont très molles, presque liquides, elles ont un aspect tout particulier; d'abord leur teinte est blanchâtre, très pâle, lactescente ou légèrement bleuâtre, presque aqueuse, comme celle d'un fluide dont les couches superficielles seraient peu saturées de la couleur propre à l'opacité morbide. En outre, elles présentent alors le phénomène de la déhiscence, dont nous avons donné la monographie dans la *Gazette des Hôpitaux* (1842, numéros 48 et 55).

Il existe entre ces états extrêmes des gradations intermédiaires qu'on peut désigner ainsi : cataractes demi-dures ou demi-molles. Demi-dures, quand elles approchent plus de la dureté que de la mollesse; demi-molles, dans le cas contraire. Les premières offrent une teinte modérément foncée, une ombre portée de moyenne grandeur, etc. ; les secondes, une teinte assez claire et une substance corticale plus ou moins épaisse, dont la mollesse peut aller jusqu'à la diffluence, et qui contiennent au centre un noyau plus consistant, que l'on peut quelquefois distinguer, à travers ces couches superficielles, à sa couleur plus foncée, grisâtre, jaunâtre ou verdâtre.

Ces dernières subdivisions ne sont pas, à beaucoup près, aussi importantes que les autres. On apprend successivement à les distinguer par l'observation et une étude attentive. Nous ne nous y arrêterons que lorsque nous en rencontrerons des cas faciles à décrire et d'une importance particulière.

Nous allons donc fixer plus particulièrement notre attention sur les consistances principales des cataractes lenticulaires. Avec un peu d'habitude, leur diagnostic acquiert un tel degré d'évidence, que tous les jours, dans nos leçons cliniques, nous prédisons à l'avance le résultat plus ou moins prompt, plus ou moins complet de nos opérations à l'aiguille; et, ce qui devient plus manifeste encore, avant les extractions nous annonçons quelle sera la consistance du cristallin. Pour peu que l'on réfléchisse combien le choix du procédé opératoire dépend de la constitution du corps lenticulaire, on ne pourra se refuser à dire qu'il est absolument nécessaire de la connaître, afin de ne pas flotter au hasard entre telle ou telle méthode opératoire. Quant à nous, c'est toujours sur ces caractères essentiels que nous réglons notre manière d'agir. Prenons l'abaissement pour exemple :

Il est évident que, si la cataracte n'offre point de résistance à l'aiguille, elle ne saurait être déprimée par l'action de l'instrument. Si sa consistance, sa dureté ne sont pas suffisantes, la pointe métallique aura beau agir sur un corps mou, elle pourra l'entamer, le lacérer, le traverser, mais elle ne le changera point de place, et l'on aura fait des tentatives inutiles. Où est le mal, nous dira-t-on, d'abandonner au hasard le résultat de l'opération: on ne court qu'une chance, celle de voir le cristallin se résorber? Cette objection serait sans réplique, si l'on avait toujours affaire à des individus jeunes et d'une constitution robuste, ce qui serait fort commode pour ceux des chirurgiens qui, faute de s'être exercés à ce genre de diagnostic, affirment imperturbablement qu'on ne connaît seulement pendant l'opération la consistance d'une cataracte. Mais cet aveugle empirisme peut entraîner les suites les plus funestes chez les personnes avancées en âge, même chez les jeunes sujets d'une constitution débile ou seulement délicate. C'est surtout lorsque la cataracte est demi-molle, volumineuse et munie d'un noyau plus ou moins dur, que l'on voit surgir le plus d'accidents. Le noyau, dérobé aux yeux de l'opérateur par les couches corticales ambiantes, ne se laisse point attaquer d'après les règles; il se déploie irrégulièrement. Tantôt il comprime et irrite les membranes internes; tantôt les débris de la substance corticale et les lambeaux capsulaire se réunissent soit isolément, soit autour du noyau; ils viennent obstruer la pupille et la chambre postérieure. Ce ne sont point encore là les suites les plus dangereuses. Ce cristallin, morcelé et à demi déplacé, qui joue le rôle d'un corps étranger, et qui, accessible à l'humeur aqueuse, s'en imbibe et se gonfle considérablement, ce cristallin broyé exerce une pression fâcheuse sur les parties contiguës, telles que l'iris et le corps vitré. Par l'intermédiaire de la masse hyaloïdienne, cette pression se propage jusqu'à la rétine et la choroïde, et son action est d'autant plus à craindre que ces membranes souffrent toujours un peu par le tiraillement qu'elles éprouvent pendant l'opération, surtout lorsque la tige de l'aiguille, au lieu d'être cylindrique, est en forme de cône. De son côté le noyau irrégulièrement abaissé pèse encore sur la rétine et la choroïde. Qu'il s'agisse soit d'un vieillard, soit d'un individu faible et cachectique, la résorption se fait avec une lenteur extrême. Toutes ces causes expliquent facilement pourquoi, dans de pareilles conditions, le broiement, surtout avec abaissement d'un noyau plus ou moins dur, est généralement suivi d'inflammations violentes. Ces phlegmasies, d'une durée considérable, sont d'autant plus opiniâtres que l'âge où la constitution empêchent de pouvoir recourir à un traitement antiphlogistique énergique et persévérant; il ne serait pas supporté. Par suite, la guérison est toujours tardive, souvent incomplète; il se forme fréquemment des cataractes secondaires. Dans un grand nombre de cas, il survient une iritis; alors

la pupille peut s'oblitérer, ou bien il peut se développer une fausse membrane adhérente qui en détermine l'occlusion. Il peut encore, à la suite de la choroïdite et de la rétinite (ophthalmie interne), se déclarer une amaurose, ou, pour parler un langage plus rigoureux, une cécité symptomatique de la désorganisation des membranes internes.

En pareilles circonstances, l'extraction, quoi qu'en apparence plus dangereuse, et pouvant en effet amener plus rapidement la destruction de l'œil, présente beaucoup plus de chances de succès. Il faut donc ici lui accorder la préférence. D'abord la coque oculaire est moins tiraillée; ensuite, de deux choses l'une : ou bien le cristallin sort tout entier, ou bien il reste quelques débris de la substance corticale. Dans tous les cas, la tension et la pression de l'organe visuel sont beaucoup moindres qu'après le broiement; quels que soient l'âge et la constitution, pourvu que la cristalloïde soit complétement lacérée, les forces de la résorption sont suffisantes pour faire disparaître tout ce qui reste de matière opaque. Ces avantages compensent, et au delà, les dangers de l'extraction.

Il n'est pas besoin de nous étendre davantage pour démontrer ces deux propositions :

1° Rien n'est plus facile que de diagnostiquer la consistance des cataractes.

2° Dans l'état actuel de la science, il n'est plus permis de s'en remettre au hasard pour le choix de l'opération à pratiquer, et de s'exposer aveuglément à toutes les mauvaises chances. Rien n'est plus facile que de reconnaître d'avance la consistance des cataractes lenticulaires, et, par le diagnostic différentiel, de baser une thérapeutique différentielle.

Ce principe s'étend aux contre-indications spéciales et au choix des procédés particuliers à chaque méthode (kératonyxis, scléronyxis, pour l'abaissement; kératotomie supérieure, inférieure, pour l'extraction, etc.). Nous en parlerons plus tard, à mesure que nous aurons occasion de fournir aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* les preuves de ce que nous en avançons; ce qui viendra tout naturellement, en leur soumettant une partie des faits nombreux sur lesquels nous avons basé notre conviction. Pour le moment, nous résumerons seulement les indications que nous avons établies sur les différentes méthodes opératoires de la cataracte :

Cataractes dures. Caractère pathognomonique : teinte foncée. Indication : abaissement, quels que soient l'individu et la constitution. Faisons toutefois, d'après ce qui a été dit pour les cataractes demi-molles, quelques restrictions pour les cataractes demi-dures. Il n'est pas toujours très facile de bien distinguer celles-ci de celles-là. Il peut se faire plus d'une fois que les couches corticales soient plus molles et plus nombreuses qu'on ne l'eût pensé au premier abord. Pour ce qui est des cataractes dures, nos indications sont en opposition directe avec les préceptes établis par des hommes éminents, tels que MM. Jæger et Lawrence, par exemple, qui, dans un entretien que nous eûmes avec eux il y a environ huit ans, nous ont déclaré qu'ils n'opéraient jamais une cataracte dure autrement que par extraction. Ils redoutent de voir un cristallin trop consistant agir à la manière d'un corps étranger. Cet accident est beaucoup moins à craindre pour de simples cataractes dures que pour les cataractes demi-molles. Les premières, déplacées en masse et selon les règles, n'exigent pas des mouvements d'aiguille aussi étendus et aussi prolongés que les secondes, et elles ne sont pas comme elles sujettes à se gonfler. Enfin la résorption de toute cataracte broyée est en général, par suite de la tuméfaction des débris, accompagnée de réaction inflammatoire. Pour ces raisons et celles que nous avons données en parlant des cataractes demi-molles, ce sont plutôt celles-ci que les cataractes dures, dont l'abaissement simple ou compliqué de broiement présente des dangers.

Cataractes très molles, presque liquides ou *liquides* (*laiteuses* des auteurs). Caractère pathognomonique : teinte claire. Indication : broiement chez tous les individus, quels que soient leur âge et leur constitution. La pupille et une partie de la chambre antérieure se remplissent pendant l'opération d'un liquide trouble qui, entre la cornée et l'iris, prend une forme semi-lunaire analogue à celle de l'hypopion, auquel il ressemble quelquefois. Il n'en résulte aucun débris, ou le peu qu'il en reste est incapable de provoquer une phlegmasie dangereuse.

Cataractes molles (*caséeuses* des auteurs). Même caractère pathognomonique, à l'intensité près. *Demi-molles, volumineuses.* Caractère pathognomonique : même teinte, mais tantôt un peu plus foncée, tantôt accompagnée d'une tache centrale plus foncée, formée par le noyau plus consistant. Indications : sur les personnes jeunes et fortes, broiement dans le premier cas; et broiement avec abaissement du noyau dans le second, ce précepte peut s'appliquer aux cataractes congénitales; sur les personnes faibles et âgées, extraction.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du sein, comprenant les affections simples et cancéreuses; par J. Carpentier-Méricourt, d.-m.-p., ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils, membre de la Société médico-pratique de Paris, correspondant de la Société des sciences médicales de Bruxelles, etc.; 1 vol. in-8. — 4 fr. 50 c. — A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

Cette monographie est divisée en deux parties; la première, consacrée aux maladies du sein chez la femme, comprend vingt et un chapitres dont dix-neuf pour les maladies non cancéreuses. M. Carpentier-Méricourt traite successivement, et dans autant de chapitres, des anomalies et vices de conformation, des maladies de la peau, de la muqueuse et du tissu-cellulaire du sein, des engorgements sympathiques. de l'atrophie et de l'hypertrophie. Cette affection rare et encore peu connue est traitée avec beaucoup de développements.

M Carpentier-Méricourt a consacré beaucoup de place aux inflammations et abcès qu'il divise en 1° sous-cutanés circonscrits et diffus; 2° mammaires; 3° sous-mammaires ou profonds; puis, à la suite de discussions étendues sur le diagnostic des diverses espèces d'abcès et sur les indications de l'opération, il établit dans un résumé concis, mais complet, les caractères distinctifs et le traitement particulier de chaque espèce.

Après les contusions et les épanchements sanguins, les plaies et les fistules, les tumeurs érectiles du sein, M. Carpentier-Méricourt traite avec beaucoup de soin des *névralgies* de cet organe, sujet neuf encore et qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de plusieurs travaux importants. L'auteur, après en avoir signalé les diverses formes, rapporte plusieurs cas extrêmement remarquables qu'il a été à même d'observer.

Dans le onzième chapitre, on trouve les maladies du sein développées sous l'influence de la lactation et de ses anomalies ou irrégularités : — la fièvre de lait, l'agalaxie, la galactirrhée, le galactocèle, l'infiltration du lait, les masses caséeuses et butireuses, les kystes séreux, les calculs laiteux.

Les sept chapitres qui suivent sont consacrés à l'histoire des tumeurs tuberculeuses, fibrineuses, fibreuses, osseuses et cartilagineuses, aux kystes simples ou multicoculaires, aux bydatides, aux monstruosités par inclusion, enfin aux corps étrangers dans le sein.

Les *maladies cancéreuses* qui remplissent le vingtième chapitre ont été l'objet de l'attention toute particulière de l'auteur. Après avoir étudié les différentes formes anatomiques et les caractères chimiques et microscopiques de ces affections, il s'attache à mettre en relief les symptômes et les signes pathognomoniques du cancer; il insiste sur la difficulté que l'on éprouve en certains cas, à le diagnostiquer des maladies qui lui ressemblent, et sur l'importance qu'il y a cependant à établir un diagnostic rigoureux.

Pour M. Carpentier-Méricourt, le cancer est sous la dépendance d'une cause qui agit sur toute l'économie et n'est presque jamais local; les passions tristes, les chagrins longs et concentrés, ont une grande influence sur le développement de la diathèse congénitale, héréditaire ou acquise : les chocs portés sur le sein ne sont que des causes déterminantes. L'auteur recherche ensuite l'influence de l'âge, du sexe, de la constitution, et regarde la fréquence de cette maladie comme liée aux progrès de la civilisation.

Après avoir exposé d'une manière impartiale les moyens locaux et généraux que l'on a conseillés contre le cancer, les traitements médicaux, les diverses méthodes opératoires par le bistouri ou les caustiques, les succès obtenus par des praticiens dont la science ne peut être révoquée en doute et dont la probité scientifique est à l'abri du soupçon, M. Carpentier-Méricourt pense qu'il ne faut pas désespérer de la guérison de cette maladie, et que la médecine, loin d'abdiquer, ainsi qu'elle ne le fait que trop souvent, en faveur de l'art chirurgical, doit au contraire l'emporter sur un auxiliaire qui est insuffisant à guérir avec ses seules forces : « Chez quelques-uns on a vu réussir les altérants, chez d'autres les amers; ici les antiphlogistiques, là les purgatifs; chez d'autres tous ces moyens employés successivement, mais combinés de diverses manières. Les évacuants, le régime ont aussi donné des succès. Il peut être utile d'attirer au loin les efforts du mal par des cautères en plus ou moins grand nombre : parfois on a pour but de localiser le cancer par l'application de ces cautères dans la plaie même, etc.; l'expérience, l'habitude de traiter ces maladies peuvent seules éclairer le praticien.....

M. Carpentier-Méricourt est loin de proscrire l'opération; mais il pense qu'on la fait prématurément, alors qu'elle n'est pas utile et qu'il y a doute sur la nature du mal; faite hâtivement, elle précipite les récidives : elle doit être pratiquée par le caustique, *dans le cas où le médecin peut choisir* entre cet agent et le bistouri; enfin, ajoute-t-il, elle doit toujours être précédée, accompagnée et suivie d'un traitement médical qui doit l'emporter sur les moyens chirurgicaux, puisque, seulement en agissant ainsi, l'on peut espérer une guérison radicale et non suivie de récidive.

La seconde partie de ce traité est consacrée aux *maladies du sein chez les hommes et les enfants;* engorgements des seins chez les nouveau-nés, hypertrophie, sécrétion anormale du lait, abcès, kystes, névralgies, cancers.,...

Du reste, il est difficile de donner en si peu de lignes un exposé complet des idées de M. Carpentier-Méricourt, qui, on le voit, sont en désaccord, sur beaucoup de points, avec celles généralement admises; c'est dans son livre qu'il faut en prendre connaissance. Pour nous, ajoutons, en terminant, que cet ouvrage est la monographie la plus complète que nous connaissions sur les maladies du sein, et que si nous ne partageons pas toutes les opinions de l'auteur dans les questions qui se rapportent au cancer, nous lui devons cette justice de reconnaître qu'il en a développé d'une manière remarquable le diagnostic différentiel et le traitement. Z...

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 108. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des corps fibreux de l'utérus.

(Suite du numéro du 4 septembre.)

Quelques mots encore compléteront le diagnostic des corps fibreux de la matrice. Nous avons déjà passé en revue certains caractères suffisants pour conduire à soupçonner qu'il s'agit plutôt de ces sortes de tumeurs que de toute autre; cependant il faut ajouter que ces mêmes signes n'autorisent pas complétement à admettre la présence de ces corps. Il est en effet quelques-uns des symptômes signalés qu'on retrouve avec des tumeurs différentes des corps fibreux, ainsi que nous l'avons dit déjà; mais nous avons insisté, et nous insistons de nouveau sur l'exploration directe de l'utérus par le vagin et l'hypogastre simultanément, mode d'examen qui permet seul d'établir des distinctions positives entre les corps fibreux et les autres tumeurs du bassin et de la région hypogastrique.

Les auteurs qui ont parlé des corps fibreux ne nous semblent pas avoir suffisamment insisté sur leur diagnostic différentiel; ils disent seulement qu'on constate une tumeur par la palpation, c'est évidemment là un signe trop vague; et en outre certaines tumeurs pathologiques dont nous avons parlé, la grossesse, soit normale, soit extra-utérine, pourrait être confondue avec les corps fibreux si l'on ne connaissait les caractères qui les différencient.

Quant on touche par le vagin et par l'hypogastre, on constate, alors qu'il s'agit d'un corps fibreux, une irrégularité dans la forme qui constitue un signe très important; dans la grossesse, au contraire, la matrice affecte une forme régulière, une forme qui se rapproche de celle d'une poire renversée, par exemple, d'une bouteille dont le goulot serait en bas; aucune tumeur ne présente de caractère semblable. Si l'on palpe l'utérus distendu par le produit de la conception, on trouve cet organe égal, sans bosselure, et offrant surtout une sensation d'élasticité, de mollesse particulière, qui n'appartient qu'à l'utérus des femmes enceintes. Pour peu qu'on ait d'habitude et qu'on ait palpé avec attention l'abdomen chez les femmes grosses, on ne s'y trompera jamais, à moins que les sujets n'aient un embonpoint excessif, ce qui rend l'exploration plus difficile.

On peut donc avancer qu'en général on distinguera aisément la grossesse utérine des corps fibreux. Dans les cas où il s'agit d'une grossesse extra-utérine, on parvient encore à la différencier des tumeurs qui nous occupent. Ordinairement, quand le produit est contenu hors de la cavité utérine, on trouve la tumeur dans les fosses iliaques, et ce fait seul suffirait pour rendre l'erreur impossible. Mais quand il arrive que le kyste fœtal se trouve placé derrière le vagin, par exemple, bien que difficile, ce diagnostic peut encore trouver des éléments de certitude dans l'absence de dureté et de mobilité. Sans doute on pourra, dans ces sortes de cas, se trouver fort embarrassé pour décider de la nature de la tumeur; mais on ne le sera point pour affirmer qu'on n'a pas affaire à un corps fibreux.

Il n'est qu'une seule espèce de maladie qui puisse jeter dans un doute difficile à éclaircir, ce serait la présence d'une de ces tumeurs qu'on trouve appendues à l'utérus; il en existe quelquefois; on a vu de ces poches, de ces sortes d'anévrismes, si l'on peut ainsi parler, comme il s'en rencontre sur le cœur, par exemple, A la matrice, la présence d'une pareille tumeur pourrait devenir très embarrassante; car, après avoir constaté qu'il ne s'agit ni d'une grossesse, ni d'une tumeur du ventre, on serait nécessairement ramené à l'idée d'un corps fibreux: pourtant, une seule circonstance pourrait empêcher la confusion, ce serait la sensation que donnerait la présence du liquide que ces poches renferment; on trouverait une bosselure mollasse, tenant à l'utérus, il est vrai, mais n'ayant pas la dureté ligneuse que présentent les corps fibreux.

Nous pouvons résumer l'histoire de la première période du développement des tumeurs fibreuses, en disant que dans la généralité des circonstances, le diagnostic est possible à l'aide des signes que nous avons indiqués, qu'un seul cas présente des difficultés, c'est quand le corps fibreux occupe la cavité même de l'utérus, parce qu'alors il peut être pris pour une grossesse. On se souviendra cependant que la dureté de la tumeur est toujours plus considérable que ne l'est celle de l'utérus dans l'état de gestation. Nous le disons néanmoins, il est possible, dans ce cas, qu'il reste des doutes qui ne puissent être levés qu'un peu plus tard.

Qand commence la deuxième période, ce sont des erreurs d'une autre nature qu'il faut s'efforcer d'éviter. A cette époque les corps fibreux peuvent être confondus avec des tumeurs de toutes sortes, avec des hydropisies de la matrice, des tumeurs de l'ovaire, etc.

Il s'agit donc maintenant, pour terminer le diagnostic des corps fibreux, de tracer les caractères qui les distinguent quand ils sont devenus volumineux. Cela est d'autant plus nécessaire qu'il semblerait que ces tumeurs dussent être très faciles à diagnostiquer quand elles ont atteint une grosseur considérable, on se fait l'idée qu'alors leurs signes ne se peuvent plus méconnaître, et qu'il est difficile de commettre des erreurs. Il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Non-seulement on peut être embarrassé quand le corps fibreux a pris un grand développement; mais les praticiens les plus exercés se trompent eux-mêmes dans le diagnostic.

La cause de cette difficulté se comprend bien du reste, plusieurs espèces de tumeurs survenant dans le ventre et ayant des caractères à peu près semblables à ceux des corps fibreux, il en résulte nécessairement une confusion souvent difficile à éviter. Ainsi la plupart de ces tumeurs présentent, comme les corps fibreux, une forme globuleuse, sphéroïdale, beaucoup sont indolentes, beaucoup ne provoquent aucune espèce de symptômes, presque toujours c'est par leur volume, c'est mécaniquement qu'elles amènent des accidents qui se ressemblent encore, cela est vrai pour les corps fibreux, cela est vrai pour les tumeurs de l'ovaire, cela est vrai aussi pour les autres tumeurs comme celles de la trompe, etc., etc., tout ce qu'on peut dire de celles-ci, on peut le dire également des corps fibreux, de là des difficultés dans le diagnostic.

Il faut cependant parvenir à les distinguer, et voici quels sont les caractères qui pourront mettre le praticien à même de reconnaître un corps fibreux parvenu à sa seconde période, c'est-à-dire à un volume déjà considérable.

D'abord il sera nécessaire de constater que la tumeur a occupé le ventre avant le bassin ou qu'elle a été contenue dans le bassin avant de l'être dans le ventre. Cette dernière disposition de la maladie établira une présomption déjà assez forte en faveur de l'existence d'un corps fibreux; la première au contraire fera pencher pour une tumeur de l'abdomen.

En effet, il est évident que parti de l'utérus, le corps fibreux aura dû séjourner un temps plus ou moins long dans le bassin avant de s'élever au-dessus de lui, tandis que la tumeur née d'un organe de l'abdomen se sera primitivement maintenue dans le ventre jusqu'à ce que son poids et son volume l'aient amenée dans le bassin.

Ceci connu, l'exploration directe viendra aussi jeter une grande lumière sur le diagnostic; ainsi la tumeur dont il s'agit appartient-elle à l'ovaire, il y en aura une partie sur le côté, presque jamais elle ne sera entièrement concrète, il s'y rencontrera quelque portion au moins renfermant un liquide; en tout cas jamais sa texture ne sera très dense; en l'embrassant avec les deux mains on sentira facilement qu'on ne retrouve pas cette dureté ligneuse qui est un des caractères des corps fibreux. S'agit-il d'une tumeur de la trompe, ce sera pour l'ordinaire un produit de fécondation, et alors on constatera des inégalités, ou bien ce sera un kyste renfermant un liquide, et alors toute idée de corps fibreux sera éloignée. Les tumeurs de l'intestin, elles, seront très variables, ce seront des tumeurs cancéreuses, graisseuses, épiploïques, avec leurs caractères propres qu'on sait, et sur lesquels il est inutile d'insister.

Prenant maintenant les signes diagnostiques de l'autre point de vue, nous verrons que quand nous trouverons dans le ventre une tumeur qui primitivement aura occupé le bassin, quand cette tumeur sera dure, globuleuse, il est probable qu'elle est de nature fibreuse.

Qu'on n'oublie pas cependant qu'alors que la tumeur est dans le ventre, quand elle a acquis un volume très considérable, elle a de l'analogie avec les tumeurs cancéreuses et les tumeurs de l'ovaire, l'on pourrait assez facilement s'y méprendre; le plus ordinairement, en effet, les corps fibreux présentent quelques bosselures, et souvent on en observe une ou deux moins dures que les autres, ce qui jette dans l'esprit un doute sur leur véritable nature. Ce qu'on trouve dans le bassin n'est pas fort clair, de plus quand la tumeur est parvenue à un volume excessif, elle ne retentit plus dans le vagin; on ne peut donc guère acquérir de renseignements de ce côté.

Pourtant, même à cette période des tumeurs fibreuses, les signes qui déjà servaient à les distinguer des tumeurs de l'ovaire subsistent encore en partie, le corps fibreux conserve en général sa dureté, le kyste de l'ovaire présente de la fluctuation; dans le kyste ovarique la tumeur est unique, le ventre s'est développé insensiblement et également, la tumeur a dé-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Petit sermon sur le Congrès. — Boîte aux lettres.

Où sont-ils ces prophètes de malheur qui me disaient: Vous tentez une œuvre impossible; le Congrès n'est qu'une utopie, généreuse peut-être, mais irréalisable; vous n'aurez d'adhérents qu'un très petit nombre de cœurs dévoués; les grands s'abstiendront, les petits, ne voyant pas les grands, ne bougeront pas; les médecins de Paris resteront indifférents, et les médecins des départements, ne sentant ni impulsion, ni direction, ne seront pas plus empressés?

Dieu soit loué, les choses tournent fort différemment. Pour mon compte, je n'ai jamais ajouté foi à ces sinistres prédictions; toujours j'ai eu confiance dans le dévouement du corps médical, dans son intelligence de ses besoins et de ses droits, et l'événement prouve combien j'ai eu raison. Le mouvement se propage et grandit à vue d'œil. Si Paris fait preuve d'empressement, la province ne reste pas dans l'indifférence, et la Commission permanente s'est vue forcée de voter un second tirage du rapport et du programme, la première édition, tirée à 1000 exemplaires, se trouvant presque épuisée, tant les demandes des départements ont été et sont encore nombreuses. Les journaux de médecine qui nous arrivent de province sont unanimes pour encourager et favoriser la manifestation qui se prépare, pour ne reconnaître l'opportunité et l'utilité, pour en prédire les conséquences favorables.

Où sont-ils encore, ceux qui cherchaient à m'intimider en me disant: Les corps enseignants, Paris en tête, et le chef de sa Faculté par-dessus tout, verront cette entreprise, sinon avec inquiétude, du moins avec chagrin; on s'opposera directement ou indirectement à l'institution d'un Congrès; il y a là-dessous des intérêts divers en cause; méfiez-vous, méfiez-vous?

Non, ai-je toujours répondu; si l'idée est grande, libérale et juste, le mouvement se fera indépendamment de toute opposition; et par cela seul que je la crois juste, grande et libérale, l'opposition dont vous parlez, en supposant même des intérêts que je ne comprends pas, est trop habile et trop adroite pour lutter contre le mouvement. Dans les premiers jours, on verra venir, on attendra que les choses se dessinent; si l'idée fait *fiasco*, on n'aura rien dit, rien fait pour amener ce résultat, qu'on pourra même déplorer au besoin. Au contraire, si l'affaire prend une tournure sérieuse et imposante, on la louera, on s'y associera d'une manière ou d'une autre; car il faut prouver par-dessus tout au corps médical qu'on est sympathique à tout progrès, à toute amélioration.

Voilà ce que je disais il y a un mois à un honorable et très libéral professeur de la Faculté de Paris. Encore ici, l'événement me donne raison, et la lettre importante de M. Orfila est venue juste à point pour me confirmer dans mes opinions. Avec son habileté ordinaire, M. Orfila veut s'associer aujourd'hui à un mouvement qu'il n'a ni provoqué, ni combattu, mais qu'il serait imprudent et peut-être impossible d'arrêter. Que M. Orfila soit le bien venu! Ici, on le sait, j'ai toute liberté de parler comme je pense, et mes opinions n'engagent que moi seul. Eh bien, je le dis avec toute sincérité, l'adhésion de M. Orfila est un événement heureux pour le Congrès. Elle prouve ce que la première commission s'était efforcée de faire entendre, que le Congrès ne peut, ne doit et ne veut être ni une provocation, ni une accusation. L'opinion publique a rendu hommage à la mesure et à la convenance du rapport de la commission d'organisation; M. Orfila confirme ce jugement, et c'est en cela que son adhésion est précieuse. Avec nous tous, M. le doyen de la Faculté de Paris cherchera les moyens de remédier aux souffrances du corps médical, de réprimer les abus qui affligent et déshonorent notre profession, d'agrandir le cadre d'enseignement de notre science, de multiplier les ressources de l'enseignement pratique, de donner plus de garanties d'aptitude aux ministres de notre art, de réprimer les scandaleux excès du charlatanisme, d'améliorer la position de nos confrères des campagnes livrés à toutes les conséquences d'une concurrence déloyale, de favoriser les tendances fécondantes vers l'association; en un mot, de provoquer les améliorations nombreuses diverses que nous réclamons tous.

Certes, une participation quelconque à rechercher ces résultats généraux est un mobile suffisamment puissant pour n'en pas chercher d'autres. Pourquoi refuserait-on au chef de l'Ecole de Paris des sentiments, des vœux, des espérances qui sont dans nos esprits et dans nos cœurs? Pourquoi le deshériterait-on de ces intentions honorables que chacun de nous manifeste? et, en fin de compte, quel intérêt peut-il avoir à ce que le corps médical reste souffrant, humilié, isolé, deshonoré par des membres indignes, et abandonné à tous les caprices, à toutes les licences, à tous les excès de l'intérêt individuel? N'est-ce pas, au contraire, une noble et loyale ambition que de s'associer à toutes les illustrations, à tous les dévouements de notre confrérie pour donner aux représentants de notre profession toute l'honorabilité dont ils sont dignes, pour aviser à leurs intérêts moraux, matériels? Je crois, pour mon compte, aux bonnes intentions de tous; assurément que les moyens proposés différeront, assurément que sur plusieurs points, pour ce qui me concerne, je suis en opposition formelle avec les projets avoués de M. le doyen; mais peut-être que de part et d'autre la discussion modifiera des opinions aujourd'hui contradictoires, et d'ailleurs le Congrès réuni, et en vertu des droits de la majorité, mettra d'accord les dissidences.

A cette heure donc, et en présence des adhésions nombreuses et considérables que le Congrès a reçues, dans la prévision certaine de celles tout aussi nombreuses et importantes qu'il va recevoir de Paris et des départements, il ne reste plus aucun prétexte à l'indifférence, à l'égoïsme ou à la pusillanimité pour s'abstenir. Si quelques insinuations malveillantes et ridiculement injustes ont pu se produire contre les promoteurs de cette manifestation, elles sont rentrées dans l'ombre d'où fort imprudemment elles étaient sorties. On nous a bien accusés de quelque intérêt personnel ou de coterie. Singulier intérêt qui consiste à négliger ses affaires, à s'imposer une énorme et très rude besogne, à assumer sur soi une sorte de responsabilité considérable! Etrange coterie qui aboutit à appeler le corps médical tout entier à mêler et confondre ses intérêts propres dans ceux de toute

buté par un des côtés, tous signes qui ne se rencontrent point dans les corps fibreux.

L'ascite se distinguerait aussi des tumeurs fibreuses par la fluctuation ; la forme du ventre aplatie dans les flancs avec un corps fibreux, présentant la forme d'un ventre d'araignée, tandis que dans l'ascite les flancs sont volumineux.

On différenciera également les tumeurs fibreuses des kstes composés par la sensation de parties dures et de parties molles, fluctuantes, présentant des bosselures inégales, comme dans les grossesses extra-utérines ; on les distinguera des tumeurs graisseuses, en ce que ces dernières ne partent jamais du bassin et ne tiennent pas à la matrice.

Les tumeurs cancéreuses enfin seront les moins difficiles à ne pas confondre avec les corps fibreux, d'abord parce qu'elles manquent complétement de la densité de ces dernières, ensuite à cause de la physionomie particulière à la maladie cancéreuse, de l'amaigrissement qu'elle amène, des troubles digestifs qui l'accompagnent, tandis que les tumeurs fibreuses ne font naître rien de semblable, à moins qu'elles ne finissent par amener des pertes et par rendre les femmes exsangues, état qui, du reste, peut facilement être distingué de la diathèse cancéreuse.

Il résulte de tout ce que nous venons d'exposer, que, bien qu'entouré de quelques difficultés, le diagnostic des tumeurs fibreuses de la matrice est en général possible.

Mais il est encore une autre question d'une grande importance que nous avons besoin de discuter, c'est celle du pronostic des corps fibreux. Nous verrons que ce pronostic devra avoir la plus haute influence sur la thérapeutique, qui depuis quelque temps devient d'une grande hardiesse et même dangereuse selon nous.

Prochainement, nous examinerons ces trois questions pour compléter l'histoire des corps fibreux : quels dangers ont-ils par eux-mêmes? quels dangers ont leurs complications? quelle thérapeutique est-il raisonnable d'appliquer à ces tumeurs? PAJOT.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

De la durée du traitement mercuriel. Du choix des préparations mercurielles.

(Suite du n° du 30 août.)

Nous devons chercher à apprécier la dose journalière de mercure qu'il convient de donner aux males, la dose idiosyncrasique, individuelle. Sortant de l'empirisme qui veut que la même dose soit employée pour tous les malades, il s'agit de déterminer celle qui est efficace. Doit-on toujours rester à la même dose? Non. Nous avons dit que l'on s'habituait à la médication. Malade et maladie s'harmonisent avec le médicament, et la vérole finit par prendre le dessus. Mais dans l'augmentation de la dose mercurielle, il est des précautions à prendre. On ne devra pas aller par doses croissantes, continues et journalières, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à produire des effets rapides et tranchés. La vérole marche lentement, il faut marcher avec elle; il faut surtout ne pas la dépasser, et produire des accidents mercuriels en dehors de la maladie. Nous rejetons donc la méthode des doses croissantes continues. On peut se convaincre facilement que c'est presque toujours dans le premier septenaire qu'une même dose mercurielle arrive à son maximum d'action. Tant que vous avez un amendement dans les symptômes, quel que soit le temps depuis lequel vous donnez une quantité de mercure, vous devez vous y tenir. Dès que la maladie reste stationnaire, on augmente. C'est en général tous les huit ou dix jours que nous augmentons la quantité des préparations hydrargyriques. Ce n'est que dans les cas où l'on a absolument besoin d'employer la médication spécifique comme moyen perturbateur, révulsif, où l'on est forcé de chercher dans l'action pathogénique du mercure un moyen de guérison que l'on augmentera les doses très rapidement. Nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'il y a des iritis syphilitiques, affection d'autant plus grave qu'elle affecte un organe plus délicat, dans lesquelles on doit compter sur l'action violemment révulsive du mercure autant que sur son action spécifique. Mais encore dans ces cas il ne faut marcher ainsi que dans le cas où l'on a affaire à une iritis excessivement grave. Nous avons eu dans nos salles, à peu de jours d'intervalle, deux sujets, l'un affecté d'une iritis syphilitique suraiguë, très intense, chez lequel nous avons employé en peu de jours des doses énormes de mercure ; vous avez vu avec quel succès ; l'autre présentant un chancre induré, une syphilide miliaire, très abondante, mais à marche lente, et affecté d'une iritis beaucoup moins rapide, pour laquelle nous avons mis en usage une médication moins énergique. Dans ce dernier cas, 10 centigrammes de mercure pris par jour nous ont suffi, indépendamment de la poudre de belladone; et une fois arrivé au premier degré de la salivation, nous avons sur-le-champ diminué les doses mercurielles; la maladie s'amende, et maintenant le sujet est en pleine convalescence.

Jusqu'ici les difficultés ne sont pas grandes. Mais ce qui présente plus de difficulté, là où tout homme de bonne foi doit avouer son impuissance presque complète, c'est dans la détermination de la dose absolue, de la dose qui peut détruire la diathèse syphilitique. Nous n'avons ici que la dose du symptôme. Mais la dose neutralisante, celle qui doit constituer ce que l'on appelle le traitement complet, méthodique, quelle est-elle? Combien faut-il donner de mercure quelle que soit sa forme, pendant combien de temps faut-il suivre le traitement mercuriel? Hunter avait cherché à baser sur des calculs mathématiques, la réponse à cette question. Un chancre d'une étendue donnée, ayant duré pendant un temps donné, devait exiger une certaine quantité de mercure, et un certain temps de traitement. Certes, Hunter est un des hommes dont nous vénérons le génie plus que qui ce soit, et cependant nous n'hésitons pas à le dire, s'il avait réfléchi un seul instant, jamais il n'eût écrit chose pareille. Car les accidents secondaires n'ont, relativement à leur durée, aucun rapport avec la durée ou avec l'étendue de l'accident primitif. Nous aussi, nous avons cherché à déterminer des lois exactes pour le traitement général. L'induration, disions-nous, est le signe le plus certain de l'infection constitutionnelle; c'est l'épine qui reste plantée dans les chairs, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et qui produit les accidents de retentissement; c'est la source de l'empoisonnement, la preuve locale de l'influence générale qu'a subie l'économie; c'est le véritable *syphilomètre*. Nous nous demandions si l'on ne pourrait pas baser la durée du traitement et la quantité de mercure sur les conditions de l'induration du chancre. Pour ceux qui ont beaucoup vu, il existe un fait primitif; c'est que lorsque la vérole continue à marcher, les accidents reparaissent toujours de plus en plus forts; les symptômes semblent subir une espèce de concentration, et cela le plus souvent chez les sujets qui ont une induration persistante. Comme exemple, nous pourrions citer des sujets chez lesquels l'induration a persisté pendant plusieurs années. On a conseillé d'enlever l'induration avec l'instrument tranchant; opération parfaitement inutile, ainsi qu'il résulte d'observations nombreuses et qui nous sont propres. En effet, la persistance de l'induration n'est pas la cause de l'infection qui existe déjà; mais elle prouve que l'économie ne se modifie pas favorablement sous l'influence du traitement. Cela est si vrai, que tous les jours, vous voyez des sujets traités par le mercure pour des accidents secondaires, chez lesquels, si vous suspendez le traitement, l'induration persistant encore, vous êtes sûr de voir reparaître des accidents dans un espace de temps qui ne dépassera pas deux ou trois mois au plus. Nous sommes persuadé que c'est chez les individus où le mercure a agi sur l'induration que la thérapeutique est le plus efficace contre les accidents secondaires. Nous poserons donc, en règle générale, que l'on devra toujours continuer la médication spécifique jusqu'à la disparition de l'induration. Pour faire disparaître une induration moyenne, il faut environ un traitement de six mois, en supposant que le mercure agisse sans produire d'effets fâcheux. Or, nous l'avons déjà répété plus d'une fois, un traitement mercuriel de six mois n'est jamais chose indifférente; vous ne devez le prescrire que lorsqu'il vous sera impossible de faire autrement, et ce sera rendre un grand service à un malade que de pouvoir le lui éviter.

Dupuytren pensait que l'on devait continuer le traitement mercuriel aussi longtemps après la disparition des symptômes, qu'il avait fallu de temps ponr les faire disparaître. Mais à quels symptômes faisait-il allusion? Aux primitifs? Souvent ils n'existent plus lorsque paraissent les accidents secondaires. Aux secondaires? Mais quelquefois il suffit de huit ou dix jours pour faire passer une éruption rubéolique. S'ensuit-il qu'après quinze jours le malade sera complétement guéri? Si, au contraire, il a fallu une année entière de traitement pour se rendre maître d'un acident secondaire, s'ensuivra-t-il que vous devrez faire prendre du mercure au malade pendant une année encore, lorsque cette lenteur de la guérison des accidents est une preuve que le sujet est réfractaire au mercure? Ainsi donc, on devra continuer le traitement mercuriel jusqu'à l'entière disparition de l'induration du chancre. Mais, une autre question : l'induration est-elle toujours facile à reconnaître? Nullement. Lorsque la spécificité a été détruite, il y a quelquefois du tissu inodulaire, des tissus de cicatrice, des nodules de tissu fibro-cartilagineux qui peuvent en imposer pour des restes d'induration. On rencontre assez fréquemment des rétrécissements formés par des cicatrices succédant à une perte de substance dans le canal de l'urètre, qui simulent une induration persistante. Défiez-vous, en général, d'une induration qui résiste pendant six ou huit mois à un traitement mercuriel bien dirigé. Quelles que soient les circonstances du fait particulier, inutile de vous dire que l'on doit toujours chercher, autant qu'on peut le présumer, à faire un traitement complet; nous blâmons les demi-traitements, par la raison qu'il n'y a point de demi-maladies. Le traitement sera plus ou moins long, suivant la durée et la persistance des symptômes; mais il est complet en ce sens qu'il guérit la maladie. Nous ne comprenons point ce qu'un syphilographe du commencement de ce siècle appelle un demi-traitement.

Formes pharmaceutiques et préparations mercurielles. — Quelles sont celles auxquelles on doit donner la préférence? Cliniquement, le mercure agit d'autant plus *mercuriellement*, qu'il se rapproche de l'état cru. Toutes les tendances de la thérapeutique doivent donc être dirigées vers ce but, de se rapprocher de l'état où le médicament agit comme composé dont le mercure est la base. Mais il ne faut pas chercher à obtenir cette action d'une manière trop rapide; or, l'action mercurielle est d'autant plus énergique que la préparation contient le métal plus pur, plus métallique, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Rien ne fait saliver aussi promptement que l'onguent mercuriel; on voit qu'ici la théorie et l'expérience clinique sont en contradiction; théoriquement, plus le mercure est près de l'état métallique, moins il est soluble, moins il est absorbable; pratiquement, c'est tout le contraire. On devra donc se tenir, d'après cela, dans un juste-milieu. Il ne faudra point employer d'une manière absolue les préparations les plus solubles à des doses infinitésimales. La liqueur de Van-Swiéten, par exemple, est une chose bonne en soi, mais que l'on doit proscrire comme méthode générale de traitement, la réservant pour des cas où des indications particulières la réclament. La forme à laquelle on devra recourir de préférence sera celle qui pourra être considérée comme une moyenne entre l'état cru, et les préparations composées les plus facilement solubles; de cette manière, on n'aura ni trop tôt l'action locale, ni l'action générale trop tard.

C'est au proto-iodure de mercure que nous donnons la préférence comme médication générale; c'est lui qui nous paraît le mieux réunir les deux conditions que nous venons de signaler. Il ne produit ni une action locale caustique, ni une salivation trop rapide; quelquefois on observe cette diarrhée séreuse dont nous avons parlé précédemment; mais jamais il ne donne lieu à ces pincements d'estomac, qui durent quelquefois si longtemps après l'administration de la liqueur de Van-Swiéten. Cesse-t-on de le faire prendre au malade, les effets qu'il avait déterminés cessent avec une extrême rapidité; c'est à cette préparation mercurielle plus qu'à toute autre qu'on peut appliquer cet aphorisme : *Sublatâ causâ*,

---

une corporation! Certes, si les hommes que le choix honorable de leurs confrères a mis à la tête de ce mouvement et à qui il en a confié la direction et l'organisation voulaient faire bruit de leurs œuvres et de leurs travaux, ils n'auraient qu'à publier les procès-verbaux de leurs séances aussi nombreuses qu'occupées, ils montreraient avec quel zèle et quel empressement, avec quel soin scrupuleux et religieux pour tous les intérêts, avec quelles précautions pour que le Congrès soit une manifestation digne, sérieuse, imposante, ils agissent de concet et sous la seule impulsion du bien général qu'ils attendent et espèrent. Jusqu'ici, et grâces en soient rendues au bon sens et au sentiment du vrai et du juste que l'on trouve dans le corps médical, la cammission permanente n'a qu'à se féliciter de ses efforts; le succès obtenu n'est qu'une incitation nouvelle pour persévérer, et les mesures nouvelles qu'elle vient de prendre et dont nos confrères des provinces seront très prochainement instruits prouveront combien elle tient à cœur que tous les besoins, tous les intérêts soient représentés et satisfaits.

Mais il faut que tout le monde s'y prête un peu. C'est surtout aux médecins que leurs talents et leurs travaux ont mis en position d'exercer une certaine influence dans leurs localités, que nous recommandons expressément le zèle et l'activité. Il lenr est facile de se constituer centre ou viennent aboutir les communioations et adhésions de leurs confrères. En consultant soit leur propre expérience, soit celle de leurs confrères, ils peuvent fournir des lumières précieuses au Congrès réuni, et inciter l'ardeur du plus grand nombre. Que nos confrères des départements qui supportent le poids extrêmement lourd des abus et des inconvénients de l'ordre de choses actuel, veuillent bien y réfléchir; l'occasion est unique et singulièrement opportune d'éclairer le pouvoir sur la nature de leurs besoins et de leurs vœux. Cette occasion perdue ou incomplétement saisie, quand se représentera-t-elle?.... Il est permis de craindre que ce ne soit pas de sitôt. Et en attendant, des ministres mal renseignés sur vos souffrances présenteront une mauvaise loi aux Chambres, qui les ignorent bien plus encore; et cette mauvaise loi une fois faite, vous voilà cloués et rivés *in æternum;* car, chers confrères, il y a un demi-siècle que les détestables lois qui nous régissent ont été promulguées.

Assemblez-vous donc, remuez-vous dono, provoquez des adhésions nombreuses et surtout éclairées; que chacun de vous se fasse l'apôtre convaincu et dévoué du Congrès, qu'il en expose le but, les conséquences, qu'il prêche à tous cette union qui fait la force, et qu'il se souvienne de ces belles paroles d'un évangéliste : « Tout royaume qui est divisé périra. » Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Voici une idée fort belle et que je regrette de n'avoir pas eue. Qu'il me soit permis cependant de rappeler que le premier dans la presse médicale, et il y a quatre ans, j'ai déploré l'abandon dans lequel on laissait la tombe de Bichat. Plusieurs fois depuis je suis revenu sur ce sujet, et j'avais même l'intention de demander un de ces jours, à la Société médicale d'Emulation, comment et quand elle comptait faire usage des bonnes dispositions manifestées par le Conseil municipal en faveur de l'hommage solennel qu'il avait été question de rendre aux restes de Bichat.

La lettre de notre honorable confrère M. Blatin me dispense de ce soin. Je m'associe avec le plus vif empressement à sa proposition, et j'espère qu'elle trouvera dans le corps médical, et surtout parmi les adhérents au Congrès, l'accueil sympathique qu'elle mérite.

Mon cher confrère,

Le Congrès médical, auquel vous avez donné la plus heureuse impulsion, marche rapidement à sa réalisation. L'époque arrive : de tous les points du royaume les délégués des Sociétés de médecine, d'art vétérinaire et de pharmacie sont accourus; tous les adhérents de Paris et de la province sont réunis; les commissions sont organisées et fouctionnent; les séances se succèdent, et les questions bien étudiées sont résolues : le programme est épuisé : nos vœux communs pour une loi salutaire, nettement formulés, n'attendent plus que l'approbation des ministres et la sanction des chambres. La dernière séance est levée, et l'assemblée du Congrès se disperse, emportant de légitimes espérances....,

Mais ne voulez-vous pas qu'avant de se séparer, cette réunion prenne part à une fête générale, à une solennité capable de lui imprimer un grand et durable souvenir?

Dans un coin obscur de Clamart, un médecin immortel est inhumé. A la demande de la Société médicale d'Emulation, dont il fut le fondateur, M. le préfet de la Seine a, par une ordonnance qui date de quelques mois, concédé un terrain dans le cimetière de l'Est et l'autorisation d'y transférer ces restes précieux.

Cette tombe ignorée est celle de Bichat. Pourquoi sa translation ne se ferait-elle pas à la clôture et avec le concours du Congrès? Ne serait-ce pas une touchante et mémorable cérémonie? Sans aucun développement je vous soumets cette idée : si vous l'adoptez, vous la féconderez; elle grandira et portera ses fruits : vous avez la main heureuse! Henry BLATIN, D.-M.-P.,
Secrétaire de la Société médic. d'Emulation.

10 septembre 1845.

— Un officier de santé, qui ne signe pas sa lettre, a mal compris le programme des questions du Congrès. La Commission qui a rédigé ces questions a pris le plus grand soin, et elle l'a dit fort explicitement, de n'indiquer aucune préférence vers telle ou telle solution. Elle n'a voulu que représenter, avec autant de fidélité qu'elle a pu le faire, les opinions diverses qui ont été produites sur l'organisation médicale. Ainsi, notre correspondant a tort de dire : Vous voulez ceci, vous voulez cela. La Commission ne veut qu'une chose; c'est que toutes les opinions aient l'occasion de se manifester, et que le Congrès assemblé choisisse la solution la meilleure et la plus favorable aux intérêts du plus grand nombre.

— *A M. Thiébaut, docteur-médecin à Trévoux.* Votre initiative est très louable; persévérez avec le même zèle, et vous acquerrez des droits à la reconnnaissance de vos confrères. Ce que vous demandez est expédié.

tollitur effectus. Contrairement à la théorie de M. Mialhe, en vertu de laquelle les préparations hydrargyriques devraient agir d'autant plus efficacement qu'elles sont plus solubles et plus facilement réductibles en deuto-chlorure, nous n'employons que très rarement le deuto-chlorure, le deuto-iodure, le cyanure, et d'autant moins que nous avons affaire à des sujets plus susceptibles. Nous ne les rejetons pas absolument, il faut les conserver; car elles constituent quelquefois des remèdes précieux, pouvant agir sur des sujets réfractaires aux autres préparations mercurielles. Toutes ces circonstances dépendent des idiosyncrasies, aussi positives pour les médicaments, qu'elles le sont pour telle ou telle espèce d'alimentation.

Si nous supposons vraie la théorie de M. Mialhe, nous devrons conclure que les préparations mercurielles seront d'autant plus efficaces, que la préparation mercurielle que l'on emploiera mettra plus de temps à se transformer en deuto-chlorure; on ne réussirait pas en faisant passer d'emblée dans l'estomac une solution de sublimé, dont les effets caustiques sont à redouter. Serait-ce donc que le mercure agit mieux lorsque le deuto-chlorure se trouve dans l'économie à l'état naissant?

Quant aux formes pharmaceutiques, elles varient suivant la préparation mercurielle que l'on administre. Les préparations solubles devront être données sous forme liquide. Le sublimé, par exemple, en solution, constituant la liqueur de Van-Swiéten, aura plus de chances d'être absorbé que s'il est donné dans une pilule qui peut, à la rigueur, traverser le tube digestif sans rien laisser de sa substance. Les pilules de sublimé dites pilules de Dupuytren, surtout lorsqu'elles ont été préparées depuis un certain temps, outre que le sel mercuriel peut avoir été décomposé, sont tellement dures, qu'il est presque impossible de les digérer; aussi nous sommes-nous empressé de les abandonner, lorsque, prenant le service dans cet hôpital, il y a bientôt quinze ans, nous trouvâmes à la pharmacie des quantités de ces pilules préparées d'avance pour les besoins de toutes les salles, et dans un état tel qu'il nous parut impossible qu'elles produisissent aucun effet sur les malades.

Lorsque l'on emploie les préparations mercurielles insolubles, c'est la forme pilulaire à laquelle on doit avoir recours; c'est d'ailleurs la moins embarrassante, la plus facile à dissimuler; et puis l'insolubilité même du composé fait une loi d'employer cette forme. Mais on doit combiner tellement les divers éléments qui entreront dans la composition des pilules, qu'elles soient éminemment fondantes dès qu'elles seront arrivées dans les voies digestives. C'est dans ce but que nous faisons entrer la thridace dans la composition des pilules d'iodure de mercure, dont nous faisons grand usage tant dans la pratique civile que chez nos malades de l'hôpital. Aussi sont-elles hygrométriques à un haut degré, et attirent-elles facilement l'humidité de l'air. Chacune de nos pilules contient:

0,05 gr. de proto-iodure de mercure,
0,05 gr. de thridace,
0,10 gr. d'extrait de ciguë.

Le mercure peut être employé en frictions sur la peau, à différents états, soit soluble, le sublimé, soit insoluble, sous forme de pommade au calomel, d'onguent mercuriel. On a quelquefois, mais exceptionnellement, retiré de bons effets de l'emploi du deuto-chlorure en solution, dans des bains entiers. Nous avons eu déjà l'occasion de vous mentionner les procédés à l'aide desquels on introduit le mercure en vapeur par les voies aériennes; soit en fumigations, c'est alors le cinabre que l'on emploie le plus communément; soit en cigares ou en cigarettes. Cette forme est encore exceptionnelle, et, proportionnellement aux autres, rarement mise en usage. Quelques auteurs disent s'être bien trouvés de l'administration du calomélas sous forme de poudre à priser par le nez.

Entre autres formes pharmaceutiques, on fait quelquefois entrer dans des sirops les préparations solubles de mercure, le sublimé, le cyanure; le sublimé entre habituellement pour quarante centigrammes par livre de sirop de salsepareille, ou de sirop de Cuisinier; le cyanure et le biiodure de mercure à dose moitié moins forte.

Un mot, avant de terminer, sur une forme particulière d'administration du mercure, à laquelle on a donné le nom de méthode de Saint-Ildefonse. Ce sont les caleçons mercuriels, médication calquée sur les pantoufles mercurielles dont se servent les Chinois. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir le ridicule de ces méthodes thérapeutiques; cependant, nous ferons observer qu'elles reposent en partie sur un principe vrai, et qu'elles peuvent quelquefois par hasard produire un résultat inespéré, nous avons vu plusieurs fois, dans nos salles, des sujets réfractaires à toutes les formes ordinairement employées de préparations mercurielles, ou chez lesquels mêmes ces préparations déterminaient des accidents, se trouver très bien de l'emploi de l'emplâtre de Vigo. Nous nous rappelons, entre autres, un sujet qui se trouvait dans ces conditions, et que nous fîmes habiller presque complétement de morceaux d'emplâtre de Vigo appliqués sur la peau. Nous voulions produire un effet rapide et énergique. Nous parvînmes à notre but si complétement que nous fûmes obligé, au bout de trois ou quatre jours, de faire promptement enlever les emplâtres, sous l'influence desquels s'était manifestée une abondante salivation.

Dr A. FOUCART.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 3 septembre 1845. — Présidence de M. MONOD.

M. le docteur Jarvis, de la province de Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), soumet à l'examen de la Société un appareil destiné à la réduction des luxations et au maintien des fractures qui réclament l'extension permanente.

Sur la proposition de M. Maisonneuve, M. le président nomme une commission de trois membres qui sera chargée de faire un rapport sur l'appareil du docteur Jarvis. Cette commission se compose de MM. Chassaignac, Maisonneuve et Malgaigne.

— *M. Robert* montre à la Société une jeune fille présentée déjà par lui à l'Académie royale de médecine il y a deux ans, et à laquelle il a pratiqué depuis cinq ans à peu près, une résection du coude droit. M. Robert appelle l'attention de la Société sur les mouvements que peut exécuter le membre opéré, et saisit cette occasion de faire remarquer qu'il existe dans l'histoire des résections une lacune en ce qui concerne l'état des fonctions et le caractère des mouvements dans les membres qui ont subi ce genre d'opérations.

— *M. Macquet* lit une observation de fistule trachéale après l'opération de la trachéotomie. Le sujet de cette observation est présenté à l'examen des membres de la Société, qui le soumettent à diverses expérimentations, à l'effet d'apprécier le rôle de la canule à soupape. On constate d'une manière parfaitement nette et positive la différence que produit dans l'intensité des effets musculaires, l'état d'ouverture ou d'occlusion de la canule. Lorsque, pendant un effort, la canule étant fermée, on vient tout à coup à l'ouvrir, le sujet perd sur-le-champ une quantité considérable, la moitié peut-être des forces qu'il déployait pendant l'occlusion de la canule.

— *M. Deguise* fils lit au nom d'une commission composée de MM. Huguier, Nélaton et Deguise, un rapport sur la candidature de M. le docteur Guépratte, comme membre correspondant.

— A l'occasion d'une note de M. Guépratte sur la réduction des luxations, M. Malgaigne émet des doutes sur l'efficacité de certains moyens préparatoires de la réduction dans les cas difficiles, tels que la saignée, le tartre stibié, la préoccupation brusque et instantanée du malade au moyen d'une question ou d'une interpellation soudaine. M. Malgaigne considère ces divers moyens comme complétement dépourvus d'efficacité; il pense que dans les cas où la réduction des luxations s'effectue après leur emploi, on doit en faire honneur plutôt à ce que les tentatives secondaires, dans le manuel de la réduction, sont mieux dirigées que celles qui avaient eu lieu auparavant.

M. Huguier combat l'opinion de M. Malgaigne, particulièrement en ce qui concerne la saignée. Il rappelle deux cas dans lesquels une luxation de la mâchoire qui avait résisté à plusieurs efforts de réduction fut très facilement réduite au moment d'un état syncopal provoqué par la saignée.

M. Malgaigne dit que n'ayant eu l'occasion d'observer qu'une seule fois la luxation de la mâchoire, et encore dans un cas où la réduction eut lieu spontanément, il ne prétend pas nier les résultats obtenus par par M. Huguier; seulement il pense que sous le nom de luxations de la mâchoire on a pu comprendre certains abaissements spasmodiques de l'os maxillaire inférieur. Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est qu'il est impossible d'effectuer sur le cadavre la luxation de la mâchoire.

M. Huguier dit qu'il y a loin de l'état du cadavre à celui dans lequel des puissances musculaires qui ont pour effet d'amener le condyle en avant, sont mise en jeu comme cela a lieu pendant la vie. D'un autre côté, la description des auteurs porte sur des points tellement caractéristiques, qu'on ne saurait conserver aucun doute sur la réalité de cette lésion quand elle est bien observée.

— *M. Deguise* fils communique à la Société le résultat d'une opération qu'il a pratiquée le matin même pour une tumeur fibreuse considérable de l'utérus. Après avoir exercé des tractions, qui ne durèrent pas moins d'une heure et demie, pour amener la tumeur à la vulve, M. Deguise se décida à recourir à la méthode des ablations partielles en enlevant d'une manière successive deux segments considérables de la tumeur, dont une portion est restée dans l'utérus.

M. Malgaigne pense que l'existence de la portion restante ne mettra pas obstacle à la guérison. Chez une malade de l'hôpital Saint-Antoine, à laquelle il pratiquait l'ablation d'une tumeur analogue, celle-ci s'étant morcelée sous l'instrument, il fut impossible de compléter l'ablation; ce qui n'a pas empêché la malade de guérir.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement abortif de la blennorrhagie.— La *Clinique de Marseille* contient un mémoire intéressant de M. Bourguet, chirurgien en chef interne à l'hôpital d'Aix, sur le traitement de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent à haute dose. Son travail porte sur 250 observations et contient un tableau détaillé dans lequel l'auteur a exposé les résultats obtenus par lui. Chez deux cent cinq malades les effets immédiats des injections n'ont pas offert à M. Bourguet de différence notable d'avec ce qui a été observé déjà. La douleur a été souvent très vive. Souvent, il y a eu écoulement de sang par l'urètre le jour de l'injection. Mais le soir arrivé, ils souffraient déjà moins, et la nuit suivante était plus calme que celle qui l'avait précédée. La dose habituelle du nitrate d'argent a été de un gramme pour trente grammes d'eau distillée. Cependant il en a été fait exceptionnellement quelques-unes de 1,20 gr. à 1,50 gr. et même 2 grammes pour la même qnantité deau. Rarement une seule injection a suffi pour amener la guérison. Le plus souvent il en a fallu trois ou puatre. Une chose à noter, c'est que souvent M. Bourguet a cru devoir faire suivre, mais non pas immédiatement, les injections de nitrate d'argent d'injections astringentes au sulfate de zinc ou à l'acétate de plomb, sans quoi l'écoulement persistait quelquefois, bien que devenu clair et séreux, d'épais et jaune-verdâtre qu'il était auparavant. M. Bourguet a été fréquemment obligé d'administrer en même temps le copahu ou le cubèbe. De même que MM. les docteurs Foucart et Cazalis, M. Bourguet a reconnu qu'alors les balsamiques et les astringents réussissaient mieux et en moins de temps. Les cas de récidive ont été très peu nombreux; les accidents qui ont suivi les injections n'ont jamais été graves. Dans un très petit nombre de cas, sept ou huit, l'auteur a observé des symptômes de légère irritation vers le col de la vessie, phénomènes dont les émollients et les antiphlogistiques ont rapidement fait justice. Jamais n'ont été vus ces abcès urétraux, ces orchites, ces bubons, ces ophthalmies dont on a fait tant de bruit.

Voici en résumé les conclusions auxquelles est arrivé M. Bourguet d'après l'observation des faits nombreux qu'il a observés. On peut, dit-il, dans l'immense majorité des cas, faire usage des injections de solution de nitrate d'argent à haute dose, sans s'exposer à faire courir aucun danger au malade. Il est incontestable que par l'emploi de ces injections on abrége notablement la durée de la blennorrhagie, bien que peut-être les succès ne soient pas toujours aussi complets qu'on l'a écrit. Le plus ordinairement on se trouve bien, en même temps que l'on emploie les injections à haute dose, d'administrer à l'intérieur les astringents; et quelquefois on devra faire suivre d'injections astringentes les injections caustiques, quand la guérison n'aura pas été immédiate. Enfin on peut les mettre en usage à toutes les époques de la maladie. Mais on a plus de probabilités en faveur de la guérison, lorsque la blennorrhagie est récente et sans symptômes inflammatoires.

Au moment où nous terminons cette analyse, M. le docteur Lafond, chirurgien à l'hôpital militaire de Charonne, nous communique des résultats à peu près semblables à ceux de M. Bourguet et plus favorables encore, relativement à l'emploi des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie. Lui non plus, il n'a jamais observé d'accidents chez aucun de ses malades; il a remarqué que le succès de la nouvelle médication était d'autant plus constant que les injections étaient faites à une époque plus rapprochée du début. Comme M. Foucart, il administre le cubèbe pendant ou après le traitement abortif. Les douleurs ne lui ont jamais paru être assez intenses pour devenir un obstacle au traitement; mais il pense, pour sa part, d'après son expérience, que l'on doit faire abondamment prendre aux malades des boissons délayantes, pour éviter sur la surface cautérisée le contact d'une urine âcre et concentrée.

Avulsion d'une partie des muscles du gros orteil; guérison sans accidents. — Le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse* publie l'observation suivante, d'autant plus remarquable que la guérison est survenue sans abolition des mouvements des orteils blessés; ce fait est dû à M. Lamberty.

Un homme de vingt-cinq ans, ouvrier dans une fabrique de draps à Dinan, était occupé à faire quelques réparations à une mécanique à brosse, alors en mouvement. Ses pieds, chaussés de sabots, avaient pour point d'appui les traverses de deux machines posées parallèlement, et il était élevé lui-même à quelque distance du sol, lorsque son pied droit s'engagea dans un engrenage marchant perpendiculairement de haut en bas. Un sabot vola bientôt en éclats, et entrava le mouvement de la machine, que l'on parvint à faire cesser entièrement en rejetant la courroie sur la poulie folle. Cet homme éprouva une vive sensation de chaleur dans l'intérieur de la jambe, et tomba à la renverse; se relevant aussitôt, il voulut retourner chez lui en marchant, malgré les désordres occasionnés aux orteils.

M. le docteur Jacquet ayant été appelé, constata l'absence de la première phalange du gros orteil qui avait été fracturé. On fit un pansement approprié, et le blessé fut transporté chez lui.

Quelques instants après l'accident, les ouvriers recueillirent au-dessous de la machine deux cordons blancs, auxquels ils furent étonnés de trouver suspendus les deux morceaux d'orteils arrachés; quelques-uns crurent y voir deux vers, et les apportèrent au patient. M. le docteur Jacquet, à qui on les fit voir le lendemain, reconnut bientôt deux tendons, dont l'un, celui du gros orteil, portait vers ses deux tiers supérieurs des débris de fibres musculaires empennées. Son extrémité supérieure, déchiquetée, atteignait au delà de la moitié de la jambe lorsqu'on remettait la phalange en place; l'autre tendon allait de l'extrémité du second orteil à la hauteur du coude-pied: ils étaient insérés l'un et l'autre à la face supérieure des phalanges.

Du reste, pas d'ecchymose, pas de réaction. Les petites plaies n'offrirent rien de particulier pendant le traitement; quinze jours après l'accident l'ouvrier allait à l'église, et la cicatrisation complète ne se fit pas attendre.

Les pièces anatomiques furent remises à un praticien de la ville, qui désirait les voir et les conserver; malheureusement elles ne furent pas serrées assez soigneusement pour être mises à l'abri (il faut bien le dire) des atteintes d'un chat qui s'en empara.

Je vis cet ouvrier longtemps après l'accident, chez M. le docteur Jacquet, et tout dernièrement nous l'avons encore examiné avec M. le docteur Lenarts; l'extension et la flexion des orteils mutilés ne sont pas abolies; on peut suivre la saillie du tendon de l'extenseur propre du gros orteil et le tendon de l'extérieur commun, qui se rend au second orteil. Celui-ci, du reste, paraît plus paresseux lors de l'extension simultanée des autres orteils. Néanmoins nous croyons, par l'absence des pièces que nous regrettons, que l'un des tendons avulsés appartenait à l'extenseur propre, et l'autre à une division de l'extenseur commun. Le premier a-t-il été divisé mécaniquement par la force brutale de la machine, ou présentait-il une division anatomique au préalable? C'est ce que nous ne déciderons pas. Quoi qu'il en soit, ce cas d'avulsion de tendons et de muscles assez considérables se comportant comme une plaie simple, et dont le patient et l'homme de l'art ne se seraient pas aperçus si les pièces avulsées n'avaient été retrouvées, nous a paru, malgré l'imperfection de l'observation, présenter assez d'intérêt pour ne pas la laisser dans l'oubli. Il prouve, avec un grand nombre de cas analogues, l'innocuité des lésions sous-cutanées; simple fait d'où est sortie, avec ses résultats brillants, la ténotomie moderne.

Traitement de l'eczéma chronique par l'arsenic et l'eau chaude. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* rapporte, d'après le docteur Benjamin Philips, deux observations de guérison d'eczéma rebelles; l'auteur assure avoir en outre réussi de même dans beaucoup d'autres cas qu'il ne cite pas ici. Le premier de ces malades, âgé de quarente-neuf ans, avait depuis six ans un eczéma chronique de tout le membre pelvien gauche. La peau de ce membre était hypertrophiée au point de ressembler à une jambe des Barbades, et était crevassée en plusieurs points. Diverses méthodes de traitement avaient été employées sans succès. L'auteur prescrivit l'application sur le membre de compresses imbibées d'eau chaude et recouvertes d'une étoffe de soie trempée dans l'huile, de manière à constituer, pour les parties affectées une sorte de bain tiède en permanence. A l'intérieur, il ordonne la liqueur arsenicale. Des purgatifs étaient fréquemment ordonnés. Au bout de trois semaines de ce traitement, les téguments redevinrent lisses et doux au toucher, et six semaines après la guérison était complète.

Le second cas est celui d'un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'eczéma chronique aux deux bras, depuis les poignets jusqu'aux épaules. La maladie ne remontait pas toutefois à une époque aussi éloignée que chez le malade précédent, aussi, au bout d'un mois des applications d'eau chaude sur les bras et de l'usage de la liqueur arsenicale, la guérison se trouva-t-elle complète.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi externe de l'alcool dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. le docteur BENNEWITZ, de Berlin.

M. Bennewitz a essayé avec succès l'emploi de la méthode proposée par le docteur Marshall Hall pour combattre la phthisie pulmonaire. Voici comment il fait pratiquer les fomentations d'alcool sur le thorax.

Il fait mélanger une partie d'alcool et trois parties d'eau (cette eau, en commençant, doit être tiède), puis il fait imbiber avec ce mélange un grand morceau de toile plié en double, destiné à recouvrir la partie antérieure du thorax depuis la clavicule jusqu'à l'épigastre. Il recommande d'humecter ce linge de cinq minutes en cinq minutes, à l'aide d'une éponge trempée dans le mélange, et il ne permet d'interruption que pendant le sommeil. Le malade ne doit être que légèrement vêtu, et la compresse ne doit pas être couverte, afin que l'évaporation puisse s'opérer plus rapidement et sans la moindre difficulté.

Dans tous les cas où il a prescrit ce traitement, M. Bennewitz a pu constater au moins de l'amélioration et un certain soulagement des souffrances dans tous les cas; et, chez plusieurs sujets, il a obtenu une entière guérison. Il ajoute que tous les individus, soumis par lui à ce mode de traitement, présentaient une phthisie pulmonaire évidente, caractérisée par la pectoriloquie, la fièvre, l'émaciation, l'hémoptysie et les sueurs nocturnes.

Le docteur Marshall-Hall regarde comme inutile l'emploi de quelque médicament que ce soit à l'intérieur, lorsque l'on fait usage de sa méthode. Mais M. Bennewitz avoue qu'à cet égard il professe une autre opinion. En effet, d'après l'essence et le caractère de la maladie, il a employé tantôt l'un, tantôt l'autre des moyens confirmés par l'expérience. Il mentionne surtout deux de ces moyens dont il a toujours fait usage: ce sont l'huile de foie de morue et le sulfate de quinine.

Suivant lui, l'huile de foie de morue convient plutôt dans les premiers stades de la phthisie, alors que les tubercules sont encore à l'état cru, et que les symptômes qui existent ne sont que la conséquence de la compression et de l'irritation des poumons.

Le sulfate de quinine, au contraire, convient mieux lorsque le ramollissement des tubercules s'est opéré et que la suppuration a commencé, ce qui se rencontre dans la phthisie confirmée.

M. Bennewitz reconnaît que, par suite de ces adjonctions, ses observations pourront bien perdre de leur pureté et de leur exactitude, au moins en apparence; mais il affirme en même temps que la véritable amélioration ne s'est jamais montrée qu'après le commencement de l'application de la méthode de M. Marshall-Hall.

Traitement de la coqueluche; par MM. les docteurs WINKLER et FISCHER.

Des médications très nombreuses ont été proposées et vantées jusqu'ici pour combattre cet ensemble de symptômes qui constitue et caractérise la coqueluche. Suivant les partisans de ces divers modes de traitement, l'affection si rebelle ordinairement, cède constamment et plus ou moins vite, à l'emploi des moyens recommandés. Malheureusement, l'expérience ne tarde pas à démontrer l'insuffisance de ces procédés curatifs dont le grand nombre suffit seul pour faire prévoir à l'avance toute l'inanité.

MM. Winkler et Fischer viennent à leur tour proposer leur moyen; c'est l'emploi interne du calomel. Suivant eux, ce médicament qu'ils prescrivent d'administrer à hautes doses, offre au moins l'avantage très grand de diminuer l'intensité et la longueur des quintes de toux dans les cas où il reste impuissant contre la maladie.

Nous croyons devoir noter ici, en passant, que M. le docteur Haller recommande l'inspiration du chlore gazeux comme moyen prophylactique de la même affection. Il n'est pas inutile d'ajouter que cet agent ne doit être employé qu'en petites quantités à la fois, et toujours associé à une forte proportion de vapeurs aqueuses.

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans la Revue clinique du 13 de ce Mois, la *Gazette des Hôpitaux* rend compte d'une dissertation de M. le docteur Clérault, entreprise sous les auspices de M. le docteur Rayer, Je ne sais pas le titre de cette dissertation; mais elle traite un point particulier de vaccine. On demande si la vaccine pratiquée pendant la fièvre primaire de la variole exerce quelque influence sur le cours de cette maladie. A cette question, M. Clérault répond affirmativement, et en cela il ne fait que suivre l'opinion de M. Rayer, un des meilleurs esprits que je connaisse. Le maître et l'élève croient donc que, pratiquée dans les circonstances qui viennent d'être dites, la vaccine agit heureusement sur la variole; en sorte que le même moyen serait à la fois préservatif et curatif.

M. Clérault a réuni un grand nombre de faits en faveur de son sentiment; mais il n'en a vu qu'un. Ce fait, je l'ai vu aussi, grâce à l'obligeance de M. Rayer, et il n'a rien changé à mes opinions. Je pense toujours que la vaccine ne peut rien contre la variole quand les deux éruptions marchent ensemble. Entre autres raisons, j'ai rappelé devant M. Clérault et les médecins qui suivent les visites de M. Rayer, plusieurs cas où la variole a tué son monde sous les yeux même de la vaccine. J'ai cité notamment ce qui s'est passé à Marseille pendant l'épidémie de 1828. Par allusion à cette conversation, vous dites, dans votre compte-rendu: M. Clérault fait à M. Bousquet l'objection suivante, qui est sérieuse et qui mériterait d'être éclaircie: « Comment » se fait-il que M. Robert, l'historien de l'épidémie de Marseille, ne » parle que d'un seul cas de mort, là où M. Bousquet en trouve 12? » (Page 18 de la Thèse.)

Si j'ai dit 12, je me suis trompé; c'est 16 que j'aurais dû dire. Comptez, je vous prie, avec moi:

9 en juin,
3 en juillet,
2 en août,
2 en septembre.

Total, 16

Mon dessein n'est pas de discuter aujourd'hui la question traitée par M. le docteur Clérault; je me borne à confirmer de nouveau ce que j'ai dit, et j'ai à le faire un double intérêt: l'un de prouver aux lecteurs de la *Gazette* que je ne parle pas aussi légèrement que le ferait supposer l'objection qui m'est faite; l'autre, de montrer à M. Clérault et à votre collaborateur tout le prix que je mets à leur estime.

Agréez, etc.,

BOUSQUET.

NOUVELLES.

Il y a quelques semaines, un interne des hôpitaux de Paris, M. G..., a failli être victime d'un accident, qu'une surveillance plus active et plus sévère eût peut-être pu prévenir. Il partit de Paris, il y a deux mois environ, pour faire un voyage en Italie avec un jeune homme d'une vingtaine d'années, atteint d'aliénation mentale, et le frère de ce dernier, qui les quitta quelques jours avant l'accident. Après un voyage d'un mois environ, M. G... se disposait à ramener son malade en France; il logeait avec lui dans un des principaux hôtels de Milan. Le jour convenu pour le départ, M. G... préparait ses malles, quand tout à coup le jeune malade, peut-être sous l'influence d'une hallucination, s'emparant de pistolets chargés qui se trouvaient sous sa main, nous ne savons trop comment, en déchargea un premier dans la cheminée, et avant que M. G... eût eu le temps de se retourner, il lui tira le second à bout portant et en arrière dans la région lombaire. Puis il se précipita sur lui armé d'un couteau-poignard, et lui fit plusieurs blessures graves, et entre autres une ou deux plaies pénétrantes de poitrine. Néanmoins M. G... ne perdit point connaissance, et il put lui-même déclarer que son jeune compagnon était aliéné. On le fit immédiatement conduire à l'hôpital des fous, et depuis, sur la demande de son père, qui est parti immédiatement pour l'Italie, il a été transféré dans une maison de santé. Quant à M. G..., malgré la gravité de ses blessures, nous avons été heureux d'apprendre qu'il est complétement hors de danger.

Peu de temps avant ce triste événement, il écrivait lui-même que depuis quelques jours son malade devenait plus triste, plus irascible, qu'il cherchait querelle à tout le monde, et le matin même, quelques heures avant l'accident, et sans cause aucune, il s'était jeté précipitamment sur lui, l'avait saisi à la gorge, et M. G... ne s'était que difficilement arraché de ses mains. (*Ann. méd.-psych.*)

— Le chiffre des décès à Londres se maintient à un taux satisfaisant, ce qui indique une amélioration sensible dans l'état de la santé publique. La semaine du 13 au 20 juillet. il a été de 867; c'est-à-dire 37 de moins que la moyenne hebdomadaire des cinq derniers étés. Le chiffre des naissances a été de 1,306.

— Le nouveau tarif des douanes d'Angleterre accorde l'entrée en franchise de droits des drogues en général.

— On compte parmi les quakers de l'Angleterre 3 aliénés sur 1,000 individus, tandis que pour le restant de la population du royaume-uni, le rapport des aliénés n'est que de 1 à 1,000. On attribue cette plus grande fréquence de l'aliénation mentale, chez les quakers, à leur religion.

— Il est question d'établir un *hôpital allemand* à Londres. Parmi les princes régnants de l'Allemagne qui ont concouru à cette œuvre par leurs subsides, le roi de Prusse s'est surtout distingué. Il a donné à cet hôpital 100 livres sterling et lui a fait un prêt, sans intérêts, de 1,000 autres livres sterling. Il faudra cependant encore beaucoup de subsides, car les frais sont taxés à 5,000 livres sterling.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 109. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 17 SEPTEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Quatrième liste.

M. le docteur Moizin, inspecteur-général du service de santé des armées, à Paris.
M. le docteur Lagneau, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Devillers, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Favrot fils, à Paris.
M. le docteur Poyer, à Paris.
M. le docteur Fodéré, à Paris.
M. le docteur Philipot, à Paris.
M. le docteur Sorlin, chirurgien-major de la 10e légion, à Paris.
M. le docteur Delpech, à Paris.
M. Dubrouilhet, pharmacien, à la chaussée du Maine.
M. le docteur Souchard de Lavoreille, à Batignolles.
M. le docteur Gravis, à Anzin (Nord).
M. le docteur Guerre, à Valenciennes (Nord).
M. le docteur Ledieu, à Saint-Amand (Nord).
M. le docteur Quinet, à Quaronbe (Nord).
M. le docteur Stevenard, à Valenciennes (Nord).
M. le docteur Branche, à Valenciennes (Nord).
M. le docteur Lefebvre, à Valenciennes (Nord).
M. Brasseur, médecin, à Fresnes (Nord).
M. Lebreux, médecin, à Raismes (Nord).
M. Boussin, pharmacien, à Valenciennes (Nord).
M. Noel, pharmacien, à Valenciennes (Nord).
M. Morin, pharmacien, à Valenciennes (Nord).
M. Perier, pharmacien, à Valenciennes (Nord).
M. Bertin, pharmacien, à Valenciennes (Nord).
M. Chuart, médecin-vétérinaire, à Valenciennes (Nord).
M. Meilhan, médecin-vétérinaire, à Valenciennes (Nord).
M. Mariage, médecin-vétérinaire, à Valenciennes (Nord).
M. le docteur Bernard, de Château-Salins, à Paris.
M. Louradour, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Guillon, chirurgien du roi par quartier, à Paris.
M. le docteur Bouvier, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Amussat, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. Rousseau, médecin-vétérinaire du régiment de hussards, à l'École militaire.
M. Brivet, médecin-vétérinaire aux équipages du train, à Paris.
M. le docteur Gratiolet, au jardin des Plantes, à Paris.
M. le docteur Ricard, de Morgny, à Paris.
M. le docteur Aubrun, à Paris.
M. le docteur Bourdet, à Paris.
M. le docteur Brivet, à Paris.
M. Basset (J.-F.), officier de santé, à Premery (Nièvre).
M. le docteur Basset (F.-J.), à Premery (Nièvre).
M. le docteur Brandeis, à Tours (Indre-et-Loire).
M. Barral, pharmacien, à Paris.
M. Béranger, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Béringier, médecin de l'hospice d'Argenteuil (Seine-et-Oise).
M. Buignet, pharmacien, à Paris.
M. Bernard-Derosnes, pharmacien, à Paris.
M. Durozier, pharmacien, à Paris.
M. Dureau, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Gogot, à Paris.
M. le docteur Lemaire, à Paris.
M. le docteur Laroche, à Paris.
M. le docteur Moreau (J.-B.), à Paris.
M. le docteur Moreau (de Tours), à Ivry (Seine).
M. le docteur Prieur, à Gray (Haute-Saône).
M. le docteur Szokalski, à Paris.
M. Sauvé, pharmacien, à Paris.
M. Schaenffeld, pharmacien, délégué du Cercle des pharmaciens du Haut-Rhin, à Thann.
M. le docteur Thirial, à Paris.
M. le docteur Vaucanu, à Yvetot (Seine-Inférieure).
M. Chapoteaut, pharmacien, à Decize (Nièvre).

Total de la quatrième liste,	62
Listes précédentes,	132
Total général, à ce jour,	194

Une erreur typographique s'est glissée dans la dernière liste; il faut lire ainsi les deux noms suivants, qui ont été mal indiqués :

M. Lembert jeune, à Paris.
M. Félix Legros, à Paris.

La Commission permanente prie avec instance les Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris et des départements, de vouloir bien lui adresser dans le plus bref délai possible les noms de leurs délégués.

Elle renouvelle aussi l'avis déjà donné aux Sociétés qui, par erreur, n'auraient pas reçu de programme, de vouloir bien en prévenir M. le secrétaire de la Commission.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Tumeur anomale du volume de la tête d'un adulte, et siégeant sur le côté interne du genou, occupant toute l'étendue de l'espace poplité; dure en certains points, elle est molle dans d'autres. Impossibilité de reconnaître le siége des nerfs et des vaisseaux poplités. Point de battements de la tumeur. Artères à l'état normal au-dessus et au-dessous d'elle. Six ponctions exploratrices, quatre avec le trois-quarts explorateur, deux avec le trois-quarts à hydrocèle, il sort toujours du sang artériel. Cette tumeur, qui a paru simple dans son principe, et qui avait presque complétement disparu lors de la première entrée du malade à l'hôpital, est très heureusement enlevée. Accidents consécutifs. Mort. Autopsie. — Quelques considérations sur l'entorse et son traitement.

Au n° 4 de la salle Saint-Antoine, était couché un malade qui portait une tumeur énorme; son volume était égal à celui d'une tête adulte; elle siégeait au côté interne de l'articulation du genou gauche, et occupait tout l'espace poplité. Cet homme était déjà entré dans le service, il y a environ dix-huit mois, pour une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, et dont le siége était au côté interne de l'articulation tibio-fémorale. Cette tumeur, qui d'abord paraissait empâtée, devint fluctuante. Un coup de trois-quarts fut donné; il sortit de la sérosité parfaitement claire et limpide comme de l'eau de roche, et la tumeur perdit la moitié environ de son volume.

Les moyens propres à combattre l'engorgement des parties molles furent employés; l'iodure de potassium à l'intérieur, et les frictions avec la pommade d'iodure de plomb diminuèrent d'une manière très notable le volume de l'induration : la compression avec de l'agaric et des circulaires de bande fut aussi mise plus tard en usage. Sous l'influence de ce traitement, le malade fut assez promptement placé dans des conditions telles qu'il demanda sa sortie. M. Lisfranc la lui refusa, parce qu'il restait encore un sixième environ de la tumeur. Le malade insista, et, malgré tous les conseils de M. Lisfranc, conseils dictés par la prudence, il fit signer sa pancarte et sortit. Il revint un an après, et fut admis à l'hôpital dans l'état suivant :

Au côté interne de l'articulation tibio-fémorale, existe une tumeur du volume d'une tête d'adulte; elle se porte vers l'espace poplité, dont elle occupe toute l'étendue. Cette tumeur, de forme presque ovalaire, est dure, très dure même dans plusieurs points; mais, dans d'autres, elle présente les symptômes de la fluctuation, ainsi qu'une couleur d'un rouge un peu foncé; elle est presque complétement immobile; elle est recouverte par les muscles de la partie interne et postérieure de la cuisse. Les mouvements de l'articulation du genou sont assez faciles; le malade marche assez bien; la tumeur n'est d'abord le siége d'aucune douleur; il est impossible de s'assurer du siége des vaisseaux et des nerfs poplités; les battements de l'artère crurale sont normaux, ainsi que ceux de la tibiale postérieure et de la pédieuse. Point de battements dans la tumeur; on s'en assure par la vue et le toucher; l'oreille appliquée sur la maladie ne fait percevoir aucun bruit.

Cet homme, à son entrée à l'hôpital, fut soumis au repos le plus absolu; iodure de potassium à l'intérieur; frictions sur la masse morbide avec la pommade d'iodure de plomb; compression avec agaric et circulaires de bande. La tumeur diminue sensiblement; continuation des mêmes moyens pendant six semaines. Au bout de ce temps, plus de diminution; la compression est moins bien supportée; quelques douleurs sourdes et sans caractère particulier se font sentir. On cesse les frictions et la compression; on applique des cataplasmes émollients laudanisés, en continuant le traitement interne. Les douleurs persistent, augmentent; le volume de la tumeur s'accroît. Il fallait donc prendre un parti, et c'était là chose grave et difficile sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement.

A quelle espèce de tumeur a-t-on affaire? Est-ce un lipome? Est-ce un kyste à parois épaissies et même cartilagineuses? Est-ce une tumeur encéphaloïde? Est-ce enfin un anévrisme? etc... Ensuite, quelle que soit la nature de la tumeur, quels sont ses rapports avec les vaisseaux et les nerfs? La maladie recouvre-t-elle seulement ces organes importants, ou bien sont-ils logés dans une rainure creusée sur la tumeur, ou bien encore siégent-ils dans l'épaisseur de cette tumeur elle-même? Le vaisseau artériel est-il criblé de trous ramollis, comme on l'a vu dans certaines circonstances? Quels sont les rapports immédiats de la maladie avec l'articulation tibio-fémorale? L'os est-il attaqué? — Dans l'état où est le sujet, voilà des questions impossibles à résoudre; c'est l'opinion de beaucoup de praticiens qui ont vu le malade; M. Lisfranc la partage.

Dans le doute, le chirurgien en chef de la Pitié pratiqua d'abord une première ponction avec le trois-quarts explorateur; elle eut lieu sur un des points paraissant fluctuants : il est sorti du sang rouge essentiellement artériel. Ce sang se coagulait instantanément, et entraînait avec lui de petits corpuscules fibrineux. Trois ponctions exploratrices furent ainsi pratiquées à différents intervalles et sur divers points de la tumeur, et chaque fois le liquide qui sortit offrit les mêmes circonstances. M. Lisfranc fit deux autres ponctions avec le trois-quarts à hydrocèle; même résultat. Ces ponctions ne furent suivies d'aucune douleur, d'aucun accident inflammatoire. Après chacune d'elles, il n'y eut pas de battements dans la tumeur; celle-ci n'augmenta pas de volume. M. Lisfranc se décida donc à opérer, et voici ce qu'il nous exposa un instant avant l'opération :

Nous allons tenter d'abord l'extirpation de la tumeur; c'est le parti le plus simple à prendre et le plus avantageux peut-être, parce qu'il est possible que la maladie soit enlevée en ménageant tous les organes. Si l'artère n'est pas malade dans une trop grande étendue, la ligature pourra en être tentée; dans le cas contraire, comme dans celui où l'os serait profondément altéré, il faudrait nous décider sur-le-champ à pratiquer l'amputation de la cuisse.

La tumeur fut donc attaquée par une incision cruciale, qui fut précédée cependant d'une déperdition de substance à l'aide de deux petites incisions semi-lunaires sur un point de la peau où celle-ci était en mauvais état; c'était à la partie inférieure de la tumeur. La dissection des lambeaux permit de voir la masse morbide enveloppée, coiffée presque à la partie interne par le couturier, le droit interne amincis et élargis; en arrière par le demi-tendineux, le demi-membraneux et le biceps crural. M. Lisfranc passa ses doigts sous chacun de ces muscles pour détruire leurs adhérences avec la tumeur. Ceux-ci furent écartés et maintenus; bientôt on put reconnaître la présence des vaisseaux et des nerfs, et sentir très nettement les battements de la poplitée refoulée beaucoup en dehors. Ces organes importants sont couverts par les doigts d'un aide, et c'est alors que M. Lisfranc divisa de bas en haut dans toute l'étendue du diamètre longitudinal de la tumeur, une espèce d'enveloppe fibreuse qui embrassait la maladie; on mit à découvert une masse considérable, en grande partie ramollie. Il fallut aller chercher sous les muscles et au milieu de l'espace poplité et dans les enfoncements qu'il présente, des prolongements de la maladie; l'un d'eux s'étendait sur le jumeau interne presque jusqu'à l'union du tiers supérieur de la jambe avec son tiers moyen. Le malade ne perdit presque pas de sang, et il n'y eut pas une artère à tordre ni à lier.

L'opération ne dura que quatorze minutes. N'omettons pas de dire que la capsule articulaire fut complétement mise à découvert à son côté interne; elle était d'ailleurs intacte.

Le malade fut porté dans son lit, et trois heures après M. Lisfranc fit lui-même le pansement de la plaie. Il ne tenta pas la réunion immédiate, à cause de l'antre immense dans lequel le pus aurait certainement séjourné; il se contenta seulement de rapprocher un peu et de maintenir les lambeaux. Pansement simple; l'état normal du malade n'est pas aussi satisfaisant qu'on pourrait le désirer. L'appareil est levé le lendemain de l'opération. Presque pas de fièvre; la plaie présente un très bon aspect. A dater du troisième et jusqu'au huitième jour, on aperçoit sur la solution de continuité quelques parties frappées de mort; ce sont des lambeaux de tissu cellulaire converti en tissu fibreux déchirés par l'énucléation, et qui petits n'avaient pas dû être enlevés lors de l'opération; ils se sont d'ailleurs facilement détachés à l'aide du chlorure d'acide de sodium à 3 degrés, et la plaie est devenue très belle. Le malade prend d'abord du bouillon, puis des potages féculants; mais vers le dixième jour, il survient de la fièvre, la langue se sèche, le malade rêvasse; des vomissements surviennent; la suppuration diminue beaucoup; un épanchement existe sans aucune douleur dans l'articulation du genou. Le quinzième jour, en enlevant le pansement, on reconnaît un érysipèle qui circonscrit toute la plaie. L'axonge est employée; mais la maladie fait des progrès; l'érysipèle enveloppe bientôt toute la cuisse, la jambe et le pied. Tous les moyens propres à combattre cette funeste complication sont mis en usage; mais elle résiste, et le malade succombe le vingt et unième jour.

Autopsie. — La plaie est cicatrisée au moins dans ses deux tiers. Traces d'érysipèle phlegmoneux sur le pied, la jambe et la cuisse; pus infiltré dans le tissu cellulaire de ces parties. Petite quantité de liquide séropurulent épanché dans l'articulation légèrement enflammée du genou. Matière tuberculeuse assez abondante dans le sommet des deux poumons. Nous avons omis de dire que la poitrine du malade avait été examinée par plusieurs personnes, et qu'on l'avait trouvée douteuse. Les vaisseaux et le nerf poplité ont conservé la place qu'ils occupaient au moment de l'opération.

Anatomie pathologique. — Tumeur renfermant une espèce de bouillie, du tissu cérébriforme, des kystes séreux, du tissu érectile, du tissu squirrheux, des indurations blanches sim-

ples, des poches contenant une matière ici verdâtre, là jaunâtre, plus loin rouge, etc.

— Le malade du n° 11 de la salle Saint-Louis est affecté d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne, qui est certainement le siége le plus ordinaire des entorses. La maladie dont nous nous occupons est rare en avant et en arrière de l'article. Celle en dehors est la plus fréquente et ordinairement la plus violente, parce que le poids du corps se portant en dehors, ne trouve de ce côté rien qui le soutienne. L'entorse en dedans est rare et difficile, parce que la jambe et la cuisse du côté opposé servent pour ainsi dire d'attelles.

L'entorse est un tiraillement plus ou moins violent, quelquefois même une déchirure des ligaments et des parties molles qui entrent dans la composition d'une articulation. Cet accident est compliqué soit d'ecchymoses, soit de bosse sanguine, quelquefois d'épanchement de sang dans l'article. L'entorse est accompagnée de chaleur, de rougeur et de beaucoup de douleurs dans les parties tiraillées; il y a donc là de l'inflammation. Eh bien, comment traite-t-on l'entorse ordinairement? A peine pratique-t on une saignée au bras le premier jour; dès que le membre malade est retiré du bain froid dans lequel on l'avait placé, on emploie généralement, malgré les douleurs qu'accuse le malade, les résolutifs, tels que l'eau végéto minérale, l'eau-de-vie, dans laquelle on a fait dissoudre du camphre ou du sel ammoniac, etc. Cela est-il rationnel? Vous employez des résolutifs, des astringents, des excitants contre une inflammation; qu'arrive-t-il? C'est que presque toujours la maladie augmente sous leur influence. Par l'usage de ces moyens employés généralement, les entorses sont très longues à guérir. Aussi les gens du monde qui le savent bien, disent-ils que la guérison d'une entorse se fait plus longtemps attendre que celle d'une fracture.

Quelles sont donc les indications à remplir, lorsqu'on est appelé à combattre une entorse? La première. c'est d'enlever ou de diminuer au moins le plus pénible : l'inflammation; la seconde, c'est de faciliter la résorption des fluides épanchés.

L'entorse est-elle récente? Y a-t-il peu d'inflammation? Plongez le pied dans de l'eau très froide de puits; il est nécessaire d'y laisser la partie affectée pendant cinq à six heures. On renouvelle l'eau froide à mesure qu'elle s'échauffe, afin que le membre malade soit continuellement soumis à la même température. Ce moyen est avantageux; mais, nous le répétons, quand l'entorse est récente.

Il faut, du reste, surveiller l'emploi des réfrigérants; car il est des gens chez lesquels la tête se congestionne, des sujets nerveux qui ne peuvent supporter ce froid; ils doivent aussi être rejetés chez les phthisiques, chez les femmes qui ont leurs règles, etc. On applique un cataplasme émollient laudanisé, quand on retire le membre du bain froid.

Un certain temps s'est-il écoulé depuis l'accident, y a-t-il beaucoup d'inflammation, des fluides sont-ils épanchés autour de l'articulation, gardez-vous d'employer les résolutifs, car vous ne feriez qu'augmenter l'inflammation que vous voulez combattre.

Il faut donc avoir recours aux évacuations sanguines, non pas au moyen de sangsues appliquées sur la partie de la jambe; elles pourraient y déterminer des ulcères longs à guérir. Il faut se garder aussi de les poser sur des points ecchymosés : elles pourraient y amener la gangrène; et puis, d'ailleurs, ne sait-on pas que les annélides agissent surtout sur le système capillaire; la phlébotomie, au contraire, portant son action plus spécialement sur les veines, diminue beaucoup et brusquement le sang qu'elles contiennent; celles-ci deviennent donc très avides de liquide. De là, une résorption prompte et facile.

Ainsi le premier jour, M. Lisfranc fait pratiquer au bras une saignée de trois palettes : la quantité de sang qu'on extrait doit toujours être en rapport avec la manière dont le sujet supporte les évacuations sanguines. Le lendemain, si le pouls n'est pas trop déprimé, si la face n'est pas décolorée, si les forces musculaires se soutiennent, seconde saignée, mais elle sera de deux palettes. Le troisième ou le quatrième jour, suivant l'indication, si le malade n'est pas trop faible, on revient encore à la phlébotomie; mais la quantité de sang est alors de 90 à 100 grammes (3 ou 4 onces). On peut ainsi porter les évacuations sanguines très loin; mais, répétons-le, c'est en prenant toujours en considération la manière dont elles sont supportées par le malade.

Pendant cinq à six jours, on continue les cataplasmes émollients laudanisés. Alors ordinairement, sous l'influence de ces moyens, la tuméfaction a diminué, le sang épanché est presque complétement résorbé; il y a peu ou point de douleurs; mais comme les fluides blancs ont une très grande tendance à s'accumuler autour de l'articulation, il ne faut pas faire de l'empirisme en continuant l'emploi des antiphlogistiques : on a recours alors à la compression avec des plaques d'agaric, dont celles situées sous les malléoles sont taillées en demi cercle. On les assujettit avec des circulaires de bande. Quand il n'y a plus de douleurs, on peut joindre à la compression. une friction avec la pommade d'iodure de plomb, ou bien d'autres résolutifs, mais en surveillant l'emploi de ces moyens; car s'ils produisaient de la douleur, il faudrait les cesser et avoir recours de nouveau aux émollients et aux antiphlogistiques, pour revenir plus tard, quand l'inflammation aurait cessé, aux résolutifs et aux fondants.

Mais on a dit et répété souvent, qu'à la suite de l'entorse, il restait dans l'article une faiblesse qui en gênait les mouvements et qui exposait à la récidive de la maladie : on a donc employé les toniques et les excitants. Sur quels fondements cette thérapeutique est elle basée? Est-ce réellement là de la faiblesse? Il existe de la gêne dans les mouvements de l'articulation malade; la coloration de la peau est augmentée en ce point; il y a quelquefois de la rougeur, souvent un peu de tuméfaction et même des douleurs surtout pendant la marche. Je le répète, est-ce là de la faiblesse? Cette gêne des mouvements unie à la tuméfaction, l'augmentation de chaleur, la douleur, ne sont-ce pas là autant de signes certains d'une subinflammation? du reste, l'autopsie en a démontré constamment l'existence. M. Lisfranc traite donc cet état subinflammatoire par les antiphlogistiques; seuls, ils ont fréquemment suffi pour obtenir une guérison complète; d'autres fois ils ont préparé la voie aux résolutifs pour leur faire obtenir les mêmes résultats. Chez certains sujets, les épanchements sanguins ou séro-sanguins qui compliquent les entorses, résistent à la phlébotomie, aux révulsifs et à la compression. M. Lisfranc emploie alors les diurétiques, et depuis plus de quinze ans l'expérience lui a démontré leur efficacité. Il est des malades trop faibles pour supporter les évacuations sanguines répétées; M. Lisfranc a vu alors les diurétiques seuls agir très avantageusement.

Soumis au traitement que nous avons indiqué, le malade à l'occasion duquel nous sommes entré dans ces considérations importantes et très peu connues, est sorti parfaitement guéri le vingt-deuxième jour de son entrée à l'hôpital. Abstraction faite des cas dans lesquels il existe diastasis, déchirure très étendue des ligaments et des autres parties molles qui entourent les articulations, les entorses traitées ainsi à l'hôpital de la Pitié, sont guéries avec une aussi grande rapidité, et il n'en reste ordinairement aucune trace.

Faisons remarquer qu'à dater du moment où les malades ne souffrent plus, et quand l'engorgement est complétement dissipé, ils reprennent peu à peu l'habitude de faire de l'exercice; mais alors il est prudent de soutenir pendant quelques jours l'articulation qui a été malade, soit avec un bracelet, soit avec une genouillère convenablement matelassée, soit avec un peu d'agaric ou bien de la charpie maintenue par des circulaires de bandes. E. BACHELAY, du Ménil.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Parallèle entre les différentes méthodes d'opérer la cataracte.

Nous avons trois méthodes principales pour traiter les malades affectés de cataracte : la *dépression*, la *broiement*, l'*extraction.* Mais ce qui nous manque, et ce qui nous manquera peut être longtemps encore, ce sont les moyens d'apprécier avec justesse la valeur relative de chacune d'elles. On a bien essayé, il est vrai, pour atteindre ce but, de publier plusieurs relevés statistiques dans lesquels on chiffrait d'une manière comparative les succès et les revers; mais, sans contester la sincérité de ces documents, nous les croyons cependant impropres à résoudre les points en litige pour plusieurs raisons. Il faut reconnaître tout d'abord que la manière particulière dont l'opération a été exécutée doit nécessairement jouer un grand rôle dans l'appréciation du résultat définitif; nous en dirons autant des soins consécutifs donnés au malade. Or, il n'est pas toujours en notre pouvoir de connaître ces différents éléments de la question. Et puis, il faut convenir que les chirurgiens sont encore loin de s'entendre entre eux sur ce qu'ils appellent un SUCCÈS et un *insuccès*, après l'opération de la cataracte.

Les uns rangent quelquefois parmi leurs succès tous les cas d'extraction dans lesquels l'œil ne s'est pas vidé pendant ou après l'opération; et cela, quoiqu'il soit resté plus ou moins impropre à la vision. Ils admettent alors qu'il existait préalablement un état amaurotique de la rétine, ou bien qu'il est survenu quelque autre complication indépendante de l'opération en elle-même. Les autres, et ils sont encore plus nombreux, classent, parmi leurs succès, les opérés qui, après l'abaissement ou le broiement, n'ont pas entièrement perdu la faculté de distinguer le jour d'avec la nuit, et qui sont assez heureux pour reconnaître grossièrement les objets et parvenir enfin à se conduire seuls dans la rue sans trop s'exposer aux accidents des voitures. A ceux-ci appartient encore l'idée ingénieuse d'avoir imaginé une troisième catégorie d'opérés dans laquelle ils rangent, le plus naturellement du monde, sous le titre de demi-succès, les cas dans lesquels les malades voient moins avant qu'après l'opération.

Lorsque l'on façonne ainsi le succès à sa fantaisie, il est évident que l'on ne doit guère s'occuper de ce que deviennent les malades qui ont été opérés, et qu'il importe peu que la vue, au lieu de s'améliorer, aille en s'affaiblissant de plus en plus; que le cristallin remonte après être resté abaissé pendant un certain temps, etc.

On voit par ce court exposé, et sans qu'il soit nécessaire de préciser davantage les faits auxquels nous faisons allusion, à combien d'erreurs pourrait conduire cet examen comparatif des différentes méthodes d'opérer la cataracte, basé sur les relevés statistiques qui ont été publiés jusqu'ici, puisqu'il suffit que plusieurs d'entre eux n'aient pas le degré de précision que l'on doit exiger d'eux pour que la valeur des chiffres disparaisse, et avec elle toutes les conclusions que l'on pourrait en déduire.

Nous allons procéder d'une autre façon, et dans l'impossibilité où nous sommes de juger les faits en masse, nous tâcherons de les analyser en détail. Il nous suffira pour cela de mettre à contribution les observations assez nombreuses d'opération de cataracte recueillies par nous dans les hôpitaux.

Les trois méthodes différentes que l'on met journellement en usage dans le traitement de la cataracte, pour concourir toutes à un même but, emploient des moyens bien différents. L'*extraction* fait disparaître la maladie tout entière, et n'en laisse plus de traces dans l'intérieur de l'œil. L'*abaissement* déplace seulement l'obstacle à la vision, sans trop s'inquiéter ni de ce qu'il deviendra, ni des désordres que sa présence pourra occasionner dans les tissus de l'œil avec lesquels il se trouvera par hasard en rapport. Le *broiement* les laisse subsister temporairement, mais après avoir changé les conditions de son premier état, abandonnant ensuite à la nature le soin d'achever la guérison.

Or, cette diversité même des moyens qui sont en notre pouvoir, fait qu'il devient intéressant de les comparer entre eux au point de vue de leur exécution, des accidents intercurrents qui peuvent survenir, des complications plus ou moins graves qui sont quelquefois le résultat de leur emploi, des circonstances particulières dans lesquelles tel d'entre eux a plus de chances de réussir que tel autre.

Parallèle des trois méthodes sous le rapport de leur exécution. — On pourrait dire, à la rigueur, que les règles générales applicables aux différentes manières d'opérer la cataracte sont, en définitive, foncièrement les mêmes, et que les difficultés inhérentes à leur exécution sont à peu près semblables. Cela paraît vrai d'une manière générale, et il est évident qu'avec une habileté ordinaire aidée de l'exercice, on parvient en quelque temps, à exécuter convenablement soit l'extraction, soit la dépression ou le broiement. Cependant, on est loin de considérer comme également faciles à pratiquer, ces trois méthodes opératoires. Cela tient à ce que les personnes qui assistent à une opération de cataracte, tiennent plus grand compte des accidents qui apparaissent immédiatement et pendant les manœuvres du chirurgien, que de ceux qui ne prennent quelque gravité que les jours suivants. Ainsi, pendant l'extraction, lorsque l'humeur vitrée vient à sortir en quantité suffisante pour compromettre l'état de l'œil, ou l'iris à être détruite dans une très grande étendue, on comprend de suite toute l'importance des fausses manœuvres qui ont amené ce résultat, tandis que la piqûre de l'iris, la déchirure incomplète de la capsule antérieure, etc., dans l'abaissement et le broiement, paraissent, en comparaison, à peu près insignifiantes, quoiqu'elles soient néanmoins de nature à empêcher le rétablissement de la vue. Abstraction faite, un instant, de la gravité différente de ces diverses complications, on peut donc dire que, pour les éviter, il faut déployer tout autant d'habileté dans l'exécution de telle méthode opératoire que dans telle autre.

Maintenant, il est évident que tous les chirurgiens ne pratiqueront pas avec une égale dextérité les trois opérations dont nous venons de parler, lorsqu'ils se seront livrés depuis longtemps à la pratique à peu près exclusive de l'une d'entre elles. Ainsi, il nous paraît rationnel d'admettre, toutes choses étant égales, que Wenzel exécutait mieux la méthode par extraction que Scarpa, et que Scarpa pratiquait plus habilement l'abaissement que Wenzel.

Nous avons supposé jusqu'ici que l'exécution régulière de l'une des trois méthodes opératoires de la cataracte dépendait spécialement de l'habileté plus ou moins grande de l'opérateur; cela peut être, en effet, dans beaucoup de cas; mais il faut reconnaître également que l'état anatomique de la cataracte est susceptible d'offrir plusieurs variétés, et que telle ou telle d'entre elles se prêtent mieux à l'emploi d'une méthode que d'une autre. On doit donc s'attacher à reconnaître à l'avance, autant que cela est possible, cet état particulier de la cataracte, et se régler sur lui dans le choix d'une méthode.

Parallèle des trois méthodes sous le rapport des accidents qui leur sont propres. — Parmi les accidents qui peuvent compliquer l'opération de la cataracte, il en est qui sont communs à toutes les méthodes et d'autres qui appartiennent plus spécialement à l'une plutôt qu'à l'autre... Ainsi, la conjonctivite, l'iritis, la cataracte secondaire, l'hémorrhagie intra-oculaire, etc., sont susceptibles de se développer dans tous les cas, tandis que la perte de l'humeur vitrée, la hernie de l'iris, la kératite plastique ou purulente, le kératocèle, etc., sont particuliers à l'extraction. L'amaurose par pression du cristallin sous la rétine, la réascension du cristallin, son passage dans la chambre antérieure, la lacération des cellules du corps vitré, sont du domaine de l'abaissement. La lenteur du rétablissement de la vision par défaut d'absorption des fragments cristalliniens et capsulaires appartient au broiement. Mais parmi les accidents communs à toutes les méthodes, il faut établir encore une distinction dans la fréquence de leur développement selon les différents cas. Ainsi, l'iritis, la cataracte secondaire, nous ont paru certainement plus fréquents après la dépression et le broiement, qu'à la suite de l'extraction. La conjonctivite, l'hémorrhagie interne, au contraire, nous ont semblé plus rares. On peut également établir un ordre de fréquence dans les accidents particuliers à chaque méthode. Dans l'extraction, il faut mettre en première ligne l'évacuation du corps vitré, la hernie de l'iris, puis la kératite, etc.; dans l'abaissement, la réascension du cristallin, son passage dans la chambre antérieure, etc.

Maintenant, on doit dire qu'au point de vue de leur gravité ces divers accidents diffèrent encore beaucoup. Le plus redoutable de tous est sans contredit l'évacuation de l'humeur vitrée, puisque, passé certaines limites, elle entraîne immédiatement la perte de l'organe. Après lui vient l'iritis, d'autant plus grave qu'elle se développe plus rapidement après l'opération, et dont les conséquences sont toujours à redouter lorsqu'on ne parvient pas à la juguler dans les premiers jours. L'iris enflammé se rétrécit, en effet, quelquefois à un degré extrême. Dans cet état, il contracte d'autant plus aisément des adhérences avec la capsule antérieure, que celle-ci a été déchirée en partie, et que les lambeaux flottants sont souvent dans un contact plus immédiat avec sa face postérieure ou avec sa circonférence interne. Une substance plastique sécrétée à la fois par l'iris et la capsule est épanchée dans ce qu'il reste du champ pupillaire, et la vision se trouve être définitivement perdue.

Vient ensuite l'amaurose, que l'on constate ordinairement dans les cas où l'œil paraît être matériellement dans les meilleures conditions pour le succès de l'opération. Heureusement, cette perte de la vue n'est pas toujours définitive, et l'on voit souvent, au bout d'un certain temps, la rétine reprendre peu à peu la faculté d'être impressionnée par la lumière. La cata-

racte secondaire, lorsqu'elle est simple, est certainement une complication moins grande que les précédentes; car, bien qu'elle ait peu de tendance à disparaître spontanément, il reste toujours la ressource d'une seconde ou d'une troisième opération qui, convenablement exécutée, a encore des chances de succès. Enfin, nous notons en dernier lieu la réascension du cristallin, ses déplacements dans différents sens, le défaut d'absorption de ses fragments, etc., parce qu'en définitive ces accidents peuvent entraver, retarder plus ou moins la guérison de l'opéré; mais ils font rarement échouer complétement l'opération, et leur disparition, le plus souvent spontanée, n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'une question de temps, surtout avec l'aide d'un régime et d'un traitement approprié.

Parallèle des trois méthodes sous le rapport de leurs indications. — Dès l'instant où l'on a reconnu que toutes les cataractes n'offraient pas les mêmes caractères anatomiques, et que les différentes méthodes opératoires exigeaient l'emploi de moyens différents pour arriver au même résultat, on a dû naturellement se demander si telle variété de cataracte ne s'accommoderait pas mieux de tel traitement plutôt que de tel autre. C'était entrer dans la voie des indications. La difficulté la plus grande, lorsque l'on veut faire choix d'une méthode pour opérer la cataracte, est moins de connaître les règles générales sur lesquelles sont basées les indications, que de pouvoir toujours les appliquer à l'occasion, à cause de la difficulté que l'on éprouve quelquefois à diagnostiquer avec précision une cataracte molle, une cataracte dure, etc.

Lorsqu'il s'agit d'extraire le corps opaque qui s'oppose à la vision, on comprend qu'il importe assez peu que ce corps soit dur, demi dur ou d'une consistance plus faible; la sortie du cristallin peut s'opérer également dans tous les cas. Si le cristallin se fractionne en traversant la pupille, cela n'est pas une raison d'insuccès; si quelques débris restent dans l'œil, et avec eux des lambeaux de capsule opaque, on est toujours le maître de les abandonner à eux-mêmes pour être absorbés ultérieurement ou d'en tenter l'ablation, selon les cas. — Nous dirons cependant que la cataracte lenticulaire dure convient mieux sous beaucoup de rapports à l'extraction, parce qu'en général son volume est moins considérable que dans la cataracte molle, et que cette circonstance est favorable pour son passage à travers la pupille. Mais il existe encore d'autres considérations prises en dehors de l'état matériel de la cataracte qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix d'une méthode. Ainsi, il faudra s'abstenir de pratiquer l'extraction : lorsque le globe oculaire est petit, profondément encaissé dans l'orbite, lorsque les angles des paupières sont étroits et peu distants l'un de l'autre, lorsque la cornée est aplatie, l'iris saillant dans la chambre antérieure; quand il existe une synéchie antérieure; un rétrécissement avec adhérences de la pupille, un mouvement oscillatoire propre à la cataracte branlante, un nystagmus, etc.

Si c'est l'abaissement que l'on veut pratiquer, il importe peu que le corps opaque soit petit ou volumineux; mais son degré de consistance doit particulièrement fixer l'attention. La dureté de la cataracte permet mieux, il est vrai, de fixer solidement l'aiguille, pour la déplacer et la déprimer ensuite; mais cette circonstance, favorable pour l'exécution de la manœuvre opératoire, ne l'est plus pour la guérison définitive; car plus le corps opaque sera résistant, moins il se prêtera à l'absorption, et, dans quelques cas, sa présence dans l'œil pourra déterminer des accidents inflammatoires, ou une paralysie de la rétine. Ces inconvénients seront encore plus marqués lorsque la cataracte est capsulo-lenticulaire, et qu'on l'a abaissée en masse sans déchirer préalablement l'enveloppe capsulaire. La cataracte molle ne donne pas lieu à ces accidents, mais, en retour, elle se prête plus difficilement que la première espèce aux efforts que l'on fait pour la déprimer; il suffit, quelquefois, de la plus légère pression de l'aiguille pour opérer sa division, et lorsqu'il faut ensuite charger chaque fragment en particulier, on éprouve souvent de grandes difficultés : on les voit échapper à l'aiguille, pénétrer dans la chambre antérieure, et, dans tous les cas, la durée des manœuvres se trouve être de beaucoup prolongée. Enfin, il arrive quelquefois que l'abaissement est rationnellement impraticable, et que l'on est contraint de terminer par broiement une opération que l'on avait commencée par abaissement; cependant cette difficulté, après tout, n'en est pas une, puisque le malade est placé dans de bonnes conditions pour que la guérison ait lieu.

Contrairement à ce qui a lieu pour l'extraction, on peut dire que la méthode de l'abaissement n'offre qu'un nombre fort restreint de contre-indications, et qu'elle peut être exécutée dans presque tous les cas où la première n'est pas applicable. Le broiement jouit à peu près des mêmes avantages, et il peut être tenté toutes les fois que la cataracte n'a pas une dureté assez grande pour devenir réfractaire à l'action de l'aiguille, et lorsque les sujets n'ont pas atteint l'âge où l'absorption devient de moins en moins active.

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'abaissement et le broiement, pour être matériellement applicables dans un plus grand nombre de cas que l'extraction, soient des méthodes meilleures et qu'il faille préférer dans la pratique. La question n'est pas là tout entière, et il faut surtout tenir compte, dans la question qui a trait à la valeur comparative des trois méthodes, du nombre et de la gravité des accidents qu'elles peuvent entraîner dans leur exécution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre. — Présidence de M. ROCHE, vice-président.

M. Bricheteau fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lavieille, relatif à la nature de la cause qui produit la fièvre intermittente.

M. Lavieille ne croit pas à l'existence et par conséquent à l'influence des miasmes paludéens. La seule cause qui lui paraisse avoir une action sur la production des fièvres intermittentes, c'est le froid humide.

La commission, tout en faisant ses réserves sur les opinions un peu trop absolues de l'auteur, loue la logique et la sagacité dont ce travail fait preuve; elle en propose le renvoi au comité de publication.

M. Dubois (d'Amiens) aurait voulu que le rapporteur fît sentir un peu plus tout ce qu'il y a de paradoxal à nier les miasmes : que le froid humide soit une cause de fièvres intermittentes, personne ne le nie, et Broussais surtout a beaucoup insisté là-dessus; mais Broussais n'a jamais nié l'existence des miasmes. La commission reconnaît dans l'auteur un esprit logique et plein de sagacité, et cependant l'auteur ne soutient qu'un paradoxe.

M. Bricheteau. La commission a exposé le travail de M. Lavieille, tout en ne partageant pas ses opinions, qui lui semblent un peu exagérées : c'est tout ce qu'elle pouvait faire. Vous l'accusez de paradoxe, soit; mais ce paradoxe est bien soutenu. Que répondriez-vous si on vous disait : Vous soutenez une hypothèse, et nous défions de nous montrer les miasmes? Il n'en est pas moins vrai que l'existence des miasmes est hypothétique.

M. Rochoux. Il est très vrai que c'est le contraire de la logique qui règne dans ce mémoire. A l'Institut on reçoit des mémoires de temps à autre contre la circulation du sang et contre le mouvement de la terre; ne nous étonnons pas d'en recevoir ici contre l'existence des miasmes. Il est fâcheux seulement que la commission donne des éloges à ce travail : cela me force à prendre à partie M. le rapporteur. On ne peut pas prouver, a-t-il dit, l'existence des miasmes. Mais rien n'est mieux prouvé. Est-ce qu'il faut absolument pour y croire, que M. le rapporteur les voie en bouteille? Cette influence si connue et si funeste des marais Pontins, à quoi donc l'attribuer si ce n'est aux miasmes? L'auteur du mémoire les rejette parce qu'avec eux il ne peut expliquer l'intermittence; mais qu'est-il besoin de vouloir expliquer ce phénomène qui est, en effet, inexplicable? L'auteur semble ignorer que la surface pulmonaire a trente-deux fois l'étendue de la surface du corps et que cette masse absorbante si considérable doit être influencée par les plus petites particules toxiques répandues dans l'air. En résumé, je ne vois rien de logique dans ce travail, qui ne mérite pas l'honneur qu'on veut lui faire.

M. Bricheteau. C'est votre avis; du reste, nous avons exposé le travail : que l'Académie le condamne; elle est libre.

M. Dupuy rappelle les analyses de l'air des marais Pontins, par Moscati et Vauquelin, et il se livre à une longue dissertation sur les maladies des moutons et des chiens.

M. Bricheteau. Je connais fort bien les analyses de Vauquelin et d'autres plus récentes; mais je dis qu'elles ne prouvent rien en faveur de l'existence des miasmes.

M. Castel. Parmi les erreurs qui obscurcissent la pathologie, il en est un grand nombre qui n'ont d'autre cause que ceci : c'est qu'on ne sait pas analyser la vie. On ne veut pas voir que dans toute maladie il y a un organisme excitable et un stimulus. J'entendais dire qu'on ne pouvait pas expliquer l'intermittence; mais rien n'est plus facile...

M. Bricheteau. Vous vous battez contre des moulins à vent; je n'ai rien dit de semblable.

M. Castel,

Si ce n'est toi c'est donc ton frère,

c'est-à-dire, M. Rochoux.

M. Bricheteau. Eh bien, tournez-vous donc du côté de M. Rochoux.

M. le président. N'interrompez pas M. Castel.

M. Castel. Je disais que rien n'est plus facile que d'expliquer l'intermittence. Pendant l'intermittence, l'agent qui produit les accès est modifié, mais non neutralisé; ce qui le prouve, c'est qu'il n'y a jamais santé parfaite entre les accès. J'ai dit, il y a longtemps, que la période du froid dans les fièvres intermittentes était un commencement de mort, et cela est très vrai.

M. Castel se livre ici à ses discussions habituelles sur la sensibilité physiologique et sur la sensibilité morbide.

M. Gérardin adopte les conclusions du rapport, car il trouve le travail de M. Lavieille fort important. Il croit avec lui que les brusques variations atmosphériques sont une des causes les plus puissantes des fièvres d'accès. Un médecin de Rome, qui a fait un travail considérable dédié à l'Académie sur les fièvres qui règnent dans cette capitale, a prouvé qu'elles étaient dues bien plus à ce que les habitants s'exposaient à l'air froid du soir et de la nuit qu'à aucune cause miasmatique. On a beaucoup exagéré l'influence des marais Pontins. On a vu qu'il existe des villages au milieu de ces marais dont les habitants sont exempts de fièvre. M. Gérardin rappelle que dans toutes les localités où a sévi le choléra-morbus, la maladie a été précédée de fièvres intermittentes, quelquefois un mois, deux mois, huit mois avant l'invasion.

M. Rochoux trouve que ce ne sont pas les explications qui manquent aux faits, témoin la dent d'or, mais bien leur valeur. Que prouve l'explication de M. Castel sur l'intermittence? La période du froid est un commencement de mort, dit-il; mais la période de la chaleur en est bien plus près, par cette raison que nous sommes plus près de la mort aujourd'hui qu'hier. M. Rochoux conteste le fait émis par M. Gérardin relatif à la fièvre intermittente, comme précurseur du choléra.

M. Collineau. Avant 1812 on ne voyait pas de fièvres intermittentes à Paris. A cette époque on creusa le canal, et cette maladie devint fréquente.

Parce que l'auteur part d'un paradoxe, il n'en faut pas conclure qu'il manque de logique. J.-J. Rousseau raisonnait-il mal? En partant d'un paradoxe, d'un faux principe, on peut raisonner très logiquement.

M. Velpeau. J'ose à peine me mêler à cette discussion, et je ne le fais que parce que je n'ai pas entendu que tout ait été dit relativement au sujet qui nous occupe. Je ne conçois pas, en vérité, qu'on puisse nier l'influence des effluves marécageuses. J'ai eu le malheur ou le bonheur d'habiter pendant trois ans un lieu situé près des eaux stagnantes, je veux dire l'hôpital de Tours, bâti sur le canal qui unit le Cher à la Loire. Eh bien! tous les habitants du bord de ce canal étaient atteints de fièvre intermittente, dans l'hôpital il y avait constamment deux à trois cents fiévreux, et M. Bretonneau, avec toute l'attention que vous lui connaissez, ne manquait pas de nous signaler la différence qui existait entre l'état sanitaire de ce quartier et celui des autres de la même ville. Que les effluves marécageuses ne soient pas la seule cause des fièvres d'accès, personne ne nie cela, et les grands observateurs passés, Torti, Stoll, ont bien reconnu que le froid humide pouvait aussi les produire. Mais ils ont signalé aussi l'immense différence que présentent dans leur gravité les fièvres miasmatiques proprement dites et les fièvres dues à d'autres causes. Ne fait-on plus aujourd'hui ces distinctions capitales? N'y a-t-il plus les fièvres vernales qui sont presque toujours sans gravité, et les fièvres automnales qui sont autrement graves?

M. Gaultier de Claubry insiste sur l'influence des miasmes marécageux, et par cela seul que l'auteur du mémoire les nie, il s'oppose à ce qu'on renvoie ce travail au comité de publication.

M. Londe. Un fait n'a pas été indiqué dans cette discussion, c'est celui de la période d'incubation que présentent les fièvres intermittentes et qu'il est bien difficile d'expliquer par l'influence du froid humide. M. Ferrus a cité ce fait remarquable, savoir : qu'un détachement de chasseurs ayant séjourné pendant quelque temps dans un endroit marécageux, et l'ayant quitté, les hommes qui le composaient furent pris de fièvre les uns après les autres et à des distances plus ou moins éloignées.

M. Ferrus donne quelques détails sur ce fait. Il croit que si quelquefois le froid humide peut donner naissance aux fièvres, la cause la plus puissante réside dans les effluves marécageuses.

M. Bégin. Partout où nos soldats ont été employés à de grands travaux de creusement, de remuement de terres, la fièvre intermittente est survenue et cela dans des climats qui n'étaient ni froids, ni humides.

La discussion est close. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées, malgré l'amendement contraire de M. Gaultier de Claubry.

— *M. Bourgery* lit la troisième partie, physiologie et pathologie, de son mémoire sur les nerfs des séreuses. (Nous publierons un extrait de ce travail.)

— *M. Laugier* présente un malade sur lequel il a extrait l'astragale avec succès. La difformité est peu apparente, et la marche s'exécute facilement.

— La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 septembre 1845. — Présidence de M. MATHIEU, vice-président.

MM. Milon et *Laveran* adressent une note relative à l'époque où s'opère l'élimination de certains métaux introduits dans l'économie.

Dans une série d'observations nombreuses où leurs malades ont pris une fois ou deux au plus du tartre stibié, à la dose ordinaire de 1 décigramme, laquelle s'élevait quelquefois, mais exceptionnellement, à 3 décigrammes, ils ont reconnu d'abord que l'antimoine se retrouvait constamment dans les urines. L'élimination du métal avait été tardive dans plusieurs cas; ils ont été conduits de la sorte à suivre son passage dans l'urine, non-seulement plusieurs jours après l'injection, mais encore plusieurs jours après qu'il avait cessé de se montrer dans l'urine. Ils ont vu ainsi l'antimoine reparaître, suivre une véritable intermittence dans son élimination, et séjourner dans l'économie animale au delà de toute prévision.

« Le fait de l'intermittence, disent les auteurs, a fixé toute notre attention. Nous ne sommes pas sans quelque espoir d'établir des rapprochements assez étendus entre cette marche particulière de l'élimination d'un métal que l'analyse chimique constate, et la marche intermittente toute parallèle de plusieurs phénomènes fréquents en pathologie et encore fort obscurs. »

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de physiologie de J. Muller, traduit de l'allemand par M. JOURDAN.

Quelques mois se sont à peine écoulés depuis que nous rendions compte du premier volume de cet ouvrage, et déjà l'infatigable traducteur a terminé avec le plus brillant succès la tâche laborieuse qu'il s'était imposée. Si difficile qu'il soit de tracer en quelques lignes l'analyse d'une œuvre de la nature de celle de M. Muller, nous essaierons, en indiquant les points les plus importants, d'en donner au moins une idée sommaire.

Le 4e livre, qui commence le volume, est consacré aux mouvements, à la voix et à la parole. Outre les notions générales sur les organes, les phénomènes et les causes du mouvement animal, l'étude complète des différents mouvements musculaires, soit volontaires, soit involontaires, la première section de ce livre renferme un chapitre intéressant sur le mouvement vibratile, entrevu chez les animaux inférieurs par un grand nombre de micrographes allemands et français, mais dont la découverte et la description, chez tous les animaux supérieurs sans exception, sont dues aux recherches toutes récentes de Purkinje et de Valentin.

— La dernière section du 4e livre se subdivise en trois chapitres. Le premier, dans lequel l'auteur traite des conditions générales de la reproduction du son, est tout entier consacré à l'étude purement physique des divers instruments à l'aide desquels on produit le son, soit instruments à vent, soit instruments à cordes. De cette étude, appliquée à l'instrument qui produit la voix chez l'homme, et de ses nombreuses expériences sur des larynx de cadavres et des larynx artificiels, l'auteur tire cette conclusion formelle, que l'organe vocal de l'homme est une *anche à deux lèvres membraneuses*. C'est avec un vif intérêt que nous avons vu le physiologiste allemand confirmer par une suite d'expérimentations positives l'opinion admise déjà sur le mécanisme de la voix humaine par les auteurs français les plus distingués, Biot, Cagniard-Latour, Magendie, Malgaigne, etc. Enfin, le troisième chapitre comprend la parole, la théorie de la prononciation des voyelles et les consonnes. A propos des vices de la parole, nous devons noter en passant que, contrairement à l'opinion de quelques chirurgiens modernes, M. Muller ne fait pas dépendre le bégaiement de la conformation de la langue, de son plus ou moins de rectitude ou de longueur, mais bien d'une affection spasmodique de la glotte, consistant en une occlusion momentanée de cette ouverture, pendant que la bouche, et en particulier la langue, exécutent les mouvements nécessaires à la production du son que veut produire le sujet. Toutes les autres parties sont convenablement disposées; il ne manque que le courant d'air venant de la glotte.

Dans le 5e livre, le professeur s'occupe des sens, en général d'abord, puis en particulier. Pour chacun d'eux, il entre dans les détails les plus circonstanciés. Les chapitres consacrés à l'étude de la vision, constitueraient à eux seuls une savante monographie qui révèle une connaissance profonde et des lois de l'optique, et de l'anatomie la plus délicate de l'œil humain. L'auteur, abordant franchement les difficultés de son sujet, se pose cette question : Voit-on réellement les images renversées, comme d'après les lois de l'optique elles viennent se peindre sur la rétine, ou bien les voit-on droites comme les objets? En d'autres termes : Lorsque nous voyons, les particules de la rétine sont-elles senties par nous dans leur relation naturelle avec le corps? L'opinion que M. Muller professe depuis plus de vingt ans, est celle-ci : Nous voyons les objets renversés, mais nous ne pouvons en acquérir la conscience que par des recherches d'optique, et voyant tout de la même manière, l'ordre des objets ne s'en trouve nullement altéré. Il n'y a point, dans l'acte de la vision, défaut d'harmonie entre la vue et le toucher, qui aperçoivent les objets, la première renversés, l'autre droits; car nous voyons tout à l'envers, même les parties de notre corps, et chaque chose conserve sa position relative. L'image de notre main qui palpe se renverse aussi. Nous appelons les objets droits, parce que nous les voyons tels. Nous n'avons pas besoin d'une explication de la vision droite quand nous voyons tous les objets renversés, et non pas seulement un objet parmi d'autres. Rien n'est renversé quand rien n'est droit; les deux idées n'existent que par opposition.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements de cette étude des sens, qu'il examine dans toute la série animale; l'adjonction de la physiologie comparée à la physiologie humaine, nous semble une heureuse innovation qui ne peut que faciliter la connaissance de cette dernière, et fournir des données utiles pour la solution de certains problèmes qui divisent encore les physiologistes les plus distingués. Nous n'essaierons point de donner même une idée du livre sixième, consacré aux facultés intellectuelles, à la nature de l'âme, au conflit entre l'âme et l'organisme. Dans ces matières ardues et abstraites, l'enchaînement des idées est si intime, que toute analyse devient impossible. Nous arrivons aux deux derniers livres, qui comprennent la génération, les divers modes suivant lesquels elle s'opère,

et le développement considéré en général et dans chacun des appareils d'organes et des tissus du fœtus. Le chapitre de la génération, écrit avant l'époque où les nouvelles théories de la ponte périodique des mammifères ont été pour la première fois émises, a été complété sous ce rapport par de longues notes, dans lesquelles le traducteur a présenté une esquisse des travaux de Pouchet, Bishoff, Raciborski, Brierre de Boismont, etc., généralement admis maintenant comme l'expression de la vérité. Le développement de l'œuf dans toute l'échelle animale, celui des organes et des différents tissus consécutifs du fœtus, sont examinés avec le plus grand soin, et précèdent l'un des chapitres les plus intéressants de tout l'ouvrage, celui dans lequel sont étudiées les variétés dans les animaux, et l'histoire des races humaines, que l'auteur ne considère que comme les formes d'une seule et même espèce, formes qui s'unissent ensemble et se propagent par voie de génération.

Le livre de M. Muller, auquel l'auteur aurait pu sans crainte donner un titre moins modeste que celui de manuel, présente, avec les annotations du savant traducteur, le tableau le plus complet sans contredit qui ait encore été fait de la philosophie moderne. Désormais indispensable aux élèves, il a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les médecins, qui, livrés aux nombreuses exigences de la pratique, n'ont que peu de temps à consacrer aux études nécessaires pour se tenir au courant des progrès incessants de la science.

Sous le rapport de l'exécution typographique, du nombre et du fini précieux des planches, les éloges les plus mérités sont acquis à l'éditeur. Nous ne devions point terminer ce compte-rendu sans féliciter M. Baillière d'avoir déployé dans l'exécution matérielle de l'ouvrage un luxe auquel ne nous avaient malheureusement pas accoutumés les livres de médecine publiés jusqu'à présent. Dr A. FOUCART.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'alcool à haute dose dans un cas de tétanos traumatique; observation recueillie par M. le docteur STAPLETON, de Trowbridge.

Un jeune homme âgé de dix-sept ans fut pris du tétanos à la suite d'une dilacération étendue des téguments de la face palmaire de l'une des mains. Pendant les trente-six premières heures qui s'écoulèrent après l'apparition de cette redoutable affection, les antispasmodiques et les opiacés furent mis en usage, mais sans produire la moindre amélioration, car le mal allait toujours croissant. En cette circonstance, M. Stapleton eut l'idée qu'une forte intoxication par l'alcool pourrait imprimer au système nerveux une direction tout à fait opposée à celle que lui donnait actuellement le spasme tétanique, et, partant de cette hypothèse, il administra en une seule fois cent vingt-cinq grammes d'un mélange à parties égales d'alcool et d'eau. Un quart d'heure après, une pareille dose du même mélange fut encore donnée, et, sous l'influence de cette médication, le malade, qui put pour la première fois, au bout de vingt-cinq minutes, se coucher sur le côté, s'endormit d'un sommeil profond mais calme; la tension des muscles céda complétement les douleurs se dissipèrent, les battements tumultueux du cœur s'apaisèrent, le pouls tomba de 90 à 60 pulsations par minute, la physionomie reprit son expression normale, et le corps se couvrit d'une abondante transpiration.

Pendant dix-sept heures entières que persista cette heureuse action de l'alcool ingéré, on tenta de débarrasser l'intestin à l'aide de l'huile de croton; mais on craignait quelque mauvais effet de l'intoxication alcoolique sur l'encéphale, et en conséquence on la laissa tomber. Malheureusement avec le retour de la connaissance, les douleurs et les spasmes tétaniques reparurent, mais à un degré moindre que primitivement. L'alcool fut donc donné de nouveau, et pour la seconde fois les accidents cédèrent à son action.

Dans la soirée du lendemain les symptômes se montrèrent encore, et la respiration redevint précipitée. Toutefois la malade pouvait répondre aux questions qui lui étaient adressées, et même se mouvoir dans son lit. Mais tout à coup les spasmes cloniques reparurent, et à leur cessation le malade expira.

Sans doute le succès de la médication ne peut être présenté avec une assurance positive, puisque le sujet a succombé; mais l'amélioration si notable qui a été observée après chaque administration du mélange alcoolique, n'aurait-elle pas eu une durée et une constance bien plus grande, si le même traitement eût été employé au début du mal, et soutenu sans craindre son action sur le cerveau? Nous croyons que les résultats obtenus par M. Stapleton, quelque imparfaits qu'ils soient, doivent néanmoins exciter les praticiens à tenter le même mode de traitement lorsque l'occasion s'en présentera. Un autre motif non moins puissant d'en agir ainsi, c'est l'inefficacité bien connue des autres moyens thérapeutiques conseillés et employés jusqu'ici contre les accidents tétaniques.

Efficacité du tannate de quinine dans les névralgies intermittentes; par M. le docteur HAUFF, de Kirschbeim.

Déjà, en 1831, M. le docteur Ronander a employé le tannate de quinine et celui de cinchonine, et a guéri avec ces sels plusieurs fièvres intermittentes qui avaient résisté à l'action du sulfate de quinine et à celle d'autres fébrifuges énergiques.

En 1833, M. Buchner proposa de nouveau la substitution du tannate de quinine aux autres sels de la même base dans la pratique médicale, et dernièrement, M. le docteur Eisenmann a encore appelé l'attention des praticiens sur ce médicament, en conseillant de l'employer de préférence aux autres sels quiniques.

M. Hauff a essayé ce tannate contre les névralgies intermittentes et les pyrexies périodiques, dans lesquelles il avait obtenu peu ou même point de succès du sulfate de quinine. Les résultats de ses essais lui ont démontré qu'il méritait en effet la préférence sur tous les autres sels de quinine.

La dose est, en général, la même que pour les autres composés quiniques; il est aussi bien supporté qu'eux, et même il a l'avantage de ne pas provoquer les tintements d'oreille et la dysécée que l'on reproche à juste titre au sulfate de la même base.

NOUVELLES.

Deux chaires de pharmacien-professeur sont vacantes : 1° (chimie médicale, action des réactifs, toxicologie, physique médicale et météorologie) à l'hôpital d'instruction de Strasbourg; 2° (histoire naturelle des médicaments et matière médicale) à l'hôpital d'instruction de Metz.

Nominations dans la médecine militaire. — (Choix.) M. Boudier, chirurgien a.-m. de 1re classe au 24e de ligne, nommé à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer. (Déc. du 11 août.)

(Choix.) M. Poggiale, pharmacien-major de 2e classe, professeur à l'hôpital de Lille, est nommé à la 1re classe de son grade. (Déc. du 21 août.)

M. Lacarterie, pharmacien principal de 1re classe, premier professeur à l'hôpital de Metz, passe en la même qualité à l'hôpital de perfectionnement, en remplacement de M. Roussel, admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite.

M. Langlois, pharmacien principal de 1re classe, professeur à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, est nommé, dans son grade, premier professeur à l'hôpital de Metz.

M. Hutin, chirurgien principal de 1re classe, en Algérie, passe à l'hôtel des Invalides.

M. Novario, pharmacien-major de 1re classe, professeur à l'hôpital de Metz, est admis à la retraite.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur (chevaliers) :

MM. Willamur, chirurgien-major de 1re classe au 64e de ligne; Pujade-Anjon, *idem* de 2e classe au 61e de ligne; Ferraud, chirurgien a.-m. de 1re classe au 10e chasseurs d'Orléans; Habaïby, *idem* au 13e d'artillerie; Rey, chirurgien, a.-m. de 2e classe au 53e de ligne; Hermann, *idem* au 1er de la légion étrangère; Strauss, *idem* au 2e léger d'Afrique; Stéphanopoli, *idem* au 1er régiment de spahis; Poulet, *idem* au 3e de la même arme. (Ordonnance du 20 août.)

Explosion pharmaceutique. — M. Gicquiau, pharmacien à Nantes, vient d'être victime d'un accident dont nous empruntons les détails à l'*Hermine* : « Deux kilos d'éther se trouvaient dans l'arrière-pharmacie. M. Gicquiau, ne voulant pas confier à un élève le soin de les descendre à la cave, s'en occupa lui-même; il avait allumé une bougie pour s'éclairer, et cette bougie, quoique à plus d'un mètre du vase rempli d'éther, mit le feu à la vapeur d'éther qui s'était répandue dans l'air, malgré le bouchon à l'émeril du flacon. Aussitôt une explosion a lieu, les vitres sont brisées. A quinze mètres, les glaces de la devanture de la pharmacie subissent le même sort; un enfant est même renversé dans la rue par le souffle violent de l'air chaud. Le feu se communique aux papiers de l'arrière-pharmacie et aux vêtements de M. Gicquiau; celui-ci s'élance, monte à un troisième, redescend, court sur la rue pour entrer dans la pharmacie voisine, où son confrère et les docteurs Dubois, Maisonneuve et Vallin lui prodiguent leurs soins mais sans pouvoir répondre de le sauver.

— Le prince Albert, élu à l'unanimité gouverneur des hôpitaux royaux de Bridewek et Bethlem, a été solennement installé dans celle double dignité.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 110. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 19 SEPTEMBRE 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La lettre de l'honorable M. Bousquet exige une réponse. Tout d'abord il convient de poser nettement les termes du débat; il est d'une grande importance pratique, et cela seul nous engagerait à y revenir.

L'inoculation vaccinale, pratiquée pendant l'incubation de la variole ou même durant la fièvre primaire, est-elle susceptible de modifier avantageusement la variole?

Voilà la question que nous avons discutée après M. Clérault, en présence d'un fait qui lui a servi de texte pour la composition de sa thèse inaugurale (1), et que M. Rayer, dans le service duquel il s'est présenté, a bien voulu nous inviter à examiner.

M. Clérault a relevé et analysé avec soin toutes les circonstances qui peuvent concourir à la solution de cette question.

Parmi celles qui pourraient militer contre l'affirmative, il n'y en aurait pas de plus grave que le fait d'une mortalité considérable ayant sévi sur des variolés qui auraient été vaccinés pendant l'incubation ou la fièvre primaire.

C'est là le sujet précis du débat entre M. Bousquet et M. Clérault.

En effet, d'après M. Bousquet (*Traité de la vaccine*, page 1 7), dans l'épidémie de 1828, à Marseille, seize individus auraient succombé à la variole *pendant le développement de la vaccine;* savoir : neuf en juin, trois auparavant, deux en août, deux en septembre.

C'est cette assertion, tirée du livre de M. Bousquet et non d'une conversation, que M. Clérault confronte avec la relation de M. Robert, historien de l'épidémie de Marseille, d'après lequel un seul des enfants ayant présenté le développement simultané de la variole et de la vaccine, aurait succombé (2), et qui dit ailleurs : « Celles (les personnes) qui avaient été vaccinées depuis quelques mois ou quelques jours seulement *n'ont éprouvé que les symptômes précurseurs sans éruption, ou s'il s'en est manifeste une, elle n'a été que de quelques boutons.* » (Thèse citée, page 18.)

Le passage du travail de M. Clérault, que nous avons cité dans notre précédent article, exprime l'impossibilité de comprendre l'énorme différence qui existe entre ces deux assertions. Si, dans ce passage, l'auteur ne parle que de douze cas, au lieu de seize, c'est qu'il fait abstraction des quatre cas d'août et de septembre, la relation de M. Robert ne rendant compte de l'épidémie que jusqu'au 25 juillet.

La lettre de l'honorable secrétaire ne lève pas la difficulté. Il nous prie de compter avec lui, et l'addition n'est pas difficile : neuf et trois font douze; douze et deux font quatorze; quatorze et deux font seize. — Rien n'est plus clair. Mais il ne s'agit pas de compter. « Je demanderai à M. Bousquet, dit l'auteur de la thèse, qui a pu lui fournir les faits qu'il rapporte dans son livre, et qu'on répète dans beaucoup d'ouvrages.... De quel côté l'erreur? Je l'ignore. Il n'en est pas moins vrai que M. Bousquet n'indique pas dans son livre la source où il a puisé ces faits. » Il s'agit donc de savoir dans quels documents ont été puisés les seize cas de mort, afin que l'on puisse analyser les observations et savoir au juste si elles ont irréfragablement la signification qui leur est attribuée. Car, et nous n'avions peut-être pas besoin de le faire remarquer, il est indubitable pour nous que les documents existent. Seulement, en provoquant M. Bousquet à s'expliquer, nous désirions que le public fût édifié sur leur valeur.

« Mon dessein, dit M. Bousquet, n'est pas de discuter *aujourd'hui* la question traitée par M. Clérault..... » Cela veut dire que l'habile académicien la discutera un jour : nous nous en félicitons, parce qu'il y a beaucoup à attendre d'un homme éclairé et sincère, et nous faisons des vœux pour que ce jour soit prochain.

En attendant, M. Bousquet voudra bien nous permettre, pour que la question soit précisée autant que possible, de jeter un coup-d'œil sur le chapitre de son livre dans lequel il a examiné (un peu rapidement) la même question que M. Clérault : *La vaccine a-t-elle quelque influence sur la variole quand ces deux éruptions marchent ensemble sur la même personne?*

L'auteur raconte, tout au commencement du chapitre, comment deux garçons qui vinrent se faire vacciner par lui, leur sœur, plus jeune et non vaccinée aussi, ayant été atteints de la petite vérole, eurent une variole bénigne, tandis que celle de la jeune fille fut *très confluente*, et il ajoute : « Certains vaccinateurs y verront, je n'en doute pas, l'heureuse influence de la vaccine qui, d'après eux, doit adoucir la variole lorsqu'elle arrive trop tard pour la prévenir; *mais c'est là précisément le point en litige.* » Nous ferons remarquer, avec tous les égards qui sont dus à un homme distingué, que la phrase soulignée n'est pas un argument bien décisif contre la déduction supposée par M. Bousquet, et que, sans trop d'entêtement, les vaccinateurs dont il parle pourraient persister dans leur opinion.

M. Bousquet dit ensuite avec esprit : « Toute grave qu'elle est, la petite vérole ne tue cependant que la neuvième ou la dixième partie de ceux qu'elle attaque. La vaccine qui l'accompagne a donc beau jeu huit ou neuf fois sur dix. » Pour un homme qui fait une si rude guerre à la variole, à laquelle il a soustrait un nombre incalculable de tributaires, M. Bousquet la traite peut être avec beaucoup de bonté. Mais tout le monde n'a pas le droit d'être aussi magnanime, et l'on aimerait mieux pouvoir se prononcer d'après une bonne statistique. D'ailleurs, supposons, en effet, que la variole ait beau jeu huit ou neuf fois sur dix pour empêcher la mort, ou, en d'autres termes, qu'elle n'empêche pas de mourir; il serait déjà bien beau de sa part qu'elle empêchât la fièvre secondaire ou de suppuration, la tuméfaction de la face, des pieds et des mains, la confluence, et que les cicatrices en fussent moins apparentes ou même prévenues. M. Bousquet prévoit l'objection et y répond d'avance, voici comment : « A la vérité, elle (la variole) peut être fort grave sans être mortelle, mais enfin elle est souvent très bénigne, et certainement il est très permis de *supposer* qu'elle dût se rencontrer telle chez la plupart de ceux où elle marcha à côté de la vaccine. » D'abord, en matière expérimentale, il faut faire le moins de suppositions qu'il est possible. Pourtant supposons tout ce qu'on voudra pour les cas légers; mais il ne faudrait pas glisser sur ces cas où la maladie peut être fort grave, et rechercher si, moyennant la vaccine, elle ne pourrait pas l'être moins dans ces cas là. Voilà la question.

Après cela vient l'objection tirée des seize cas de mort.

M. Bousquet dit ensuite : Le virus vaccin et le virus varioleux ne se détruisent pas..... il y a *substitution* de l'un à l'autre, il n'y a pas *opposition*, il y a *réciprocité, solidarité.* Il en résulte que si la vaccine modifie la variole, la variole doit modifier la vaccine : or, on n'a jamais dit, que je sache, que la petite vérole marchant à côté de la vaccine, en ait modéré, réprimé les symptômes. Et pourquoi ne l'a-t-on pas dit, ajoute M. Bousquet, parce que la vaccine, étant essentiellement bénigne, il serait *ridicule* d'invoquer la variole pour expliquer cette bénignité.

Substitution, opposition, réciprocité, solidarité, nous ne disputerons pas sur les mots. Cependant, pourrait-on dire : quand deux choses se substituent l'une à l'autre on peut les regarder comme opposées, et l'on peut avancer en même temps qu'il y a réciprocité dans le peu de tendance qu'elles affectent à se montrer ensemble. Arrivons à la conséquence : Si la vaccine modifie la variole, la variole doit modifier la vaccine; or, on ne l'a jamais dit et on ne l'a jamais vu. Il nous semble, au contraire, qu'on l'a dit, et qu'on l'a dit parce qu'on l'a vu (*V.* Balhorn et Stromeyer, Luders, Willan, etc.)

« La variole est bénigne..... » Eh ! sans doute, elle n'est pas mortelle. Mais ne dites vous pas qu'*elle a son échelle d'intensité.* Hé bien ! il s'agit de savoir si elle ne descend pas d'un certain nombre de degrés sous l'influence de la variole. Il faut étudier les pustules : l'aréole, l'induration manquent-elles; voilà des différences, des différences importantes. Au reste, nous reprendrons prochainement cette question des vaccines modifiées par la variole, ou mieux, la question des vaccinoïdes en général.

Nous ouvrons ici une parenthèse pour appeler l'attention de M. Bousquet sur un fait qu'il rapporte dans le livre très estimable que nous avons cité déjà, son *Traité de la vaccine* (page 329). Il est question, dans cette page, de l'expérience tentée par Woodwille, puis par M. Salmade, et qui consiste dans l'inoculation du virus vaccin et variolique préalablement mélangés. M. Bousquet a répété cette expérience sur trois enfants : deux d'entre eux n'eurent que la vaccine; le troisième eut aussi la vaccine; mais en même temps la fièvre se déclara, et au huitième jour de l'inoculation, quelques boutons vinrent autour des lèvres, d'où l'éruption gagna les bras, la poitrine, les membres. « A peine, dit M. Bousquet, cette éruption est-elle achevée, que la fièvre s'apaise et l'enfant reprend sa gaieté; le calme dure quatre ou cinq jours; au huitième, les boutons entrent en suppuration, puis ils brunissent, se dessèchent, et tombent en écailles après trois semaines environ, en laissant des traces rougeâtres, mais sans dépression à la peau, c'est-à dire sans escharres apparentes. » Nous avons cité textuellement, pour que le lecteur pût juger par lui-même de la signification de ce cas intéressant. Il n'est point fait mention de la fièvre de suppuration, et il n'y eut pas de cicatrices. Nous le demandons, ces deux circonstances négatives ne sont elles pas d'une grande valeur, et n'est-il pas naturel d'attribuer à la vaccine ces modifications de la variole?

Quant à nous, entre des raisonnements présentés avec talent, et un nombre de faits considérable (M. Clérault en a réuni 110 ou plutôt 111, car l'une des observations est relative à deux enfans), nous ne saurions hésiter, et jusqu'à preuve du contraire, nous admettrons que la vaccine mitige la variole concomitante. D'où résulte pour nous le devoir de vacciner tout enfant placé dans un foyer épidémique, ou qui se trouve soit dans la période d'incubation, soit même dans la période de la fièvre varioleuse primaire. Eichorn conseille de faire quarante à cinquante piqûres avec la lancette ensuite de virus-vaccin énergique, afin de réunir le plus de chances possible de neutralisation. Cette pratique est hardie, mais elle nous semble rationnelle; et en définitive, voici comment nous poserions volontiers la question.

Votre enfant serait placé au milieu d'une épidémie meurtrière, comme celle de Marseille, et il éprouverait des symptômes que vous pourriez regarder comme les prodromes de la variole, ne le vaccineriez-vous pas? Nous croyons pouvoir faire la réponse, et nous disons, Oui, même dans le doute, vous le vaccineriez, attendu que la vaccine est *essentiellement bénigne*, et qu'en tout cas la vaccination n'aura produit aucun fâcheux effet.

— M. Lisfranc a pratiqué mardi une opération de bec-de-lièvre siégeant à gauche, et il a insisté sur quelques points de pratique. L'opération, tentée une première fois en province, avait échoué. L'écartement était assez considérable. La portion gauche de la solution de continuité était sensiblement hypertrophiée. Vis-à-vis la fente labiale existe sur l'arcade dentaire une dépression. Cette circonstance que nous avons toujours observée, exprime l'arrêt de développement qui eut lieu pendant un certain temps dans les parties osseuses et dont la bifidité labiale ne paraît être que le résultat. Un frein court et épais assujettissait la portion droite de la division à l'arcade dentaire. M. Lisfranc n'a pas jugé à propos de l'exciser. Il a rappelé le vieux débat entre les partisans des ciseaux et ceux du bistouri pour l'avivement des bords de la fente, et il a conclu en demandant si une couturière préférerait un bistouri aux ciseaux pour couper des étoffes. M. Lisfranc se sert d'épingles ordinaires, dont on trempe préalablement la pointe dans du cérat. Il emploie pour la suture un fil extrêmement épais équivalant à une sorte de cordonnet. Ce fil a pour avantage de s'appliquer parfaitement sur les bords saignants de la solution de continuité et de les maintenir aplatis au lieu de les étrangler et de les faire saillir *en cerise*, comme cela arrive facilement lorsqu'on se sert de fil très fin. Il attache aussi de l'importance à la manière dont on fait le nœud qui termine la suture entortillée. Il faut, après avoir fait le premier nœud, ramener les bouts du fil perpendiculairement au plan et les rapprocher l'un de l'autre afin que le nœud soit le moins large possible, attendu qu'il ne peut pas être large sans être lâche. Ce sont là des minuties, mais le succès est souvent dans les petites choses.

Il a fallu que l'opérateur attendît un certain temps avant de passer les épingles : le sang s'écoulait abondamment; la compression prolongée des bords de la division entre les doigts des aides n'a point suffi pour arrêter l'hémorrhagie, et l'on a dû tordre une petite artère. Il importe de ne pas trop se hâter de placer les épingles; en effet, le sang pourrait couler en arrière et obliger à lever la suture. On s'est beaucoup occupé de la petite échancrure qui marque inférieurement, après les meilleures opérations, la place de la bifidité. M. Malgaigne a employé à Paris un procédé qui semble propre à prévenir cet inconvénient. M. Lisfranc a fait disparaître plusieurs fois cette trace de difformité en excisant à droite et à gauche de la petite *coche* la portion saillante de la lèvre.

— M. Lisfranc a enlevé une tumeur du sein indépendante de la glande mammaire, et survenue depuis trois ans, sans cause connue, chez une femme qui a atteint l'âge critique. Une incision en T a mis la tumeur à nu, et elle a été extirpée en un clin d'œil. La place qu'elle a laissée a été comblée par une éponge, et M. Lisfranc a fait remarquer combien la réunion par première intention serait difficile en pareil cas. La tumeur, qui offrait le volume d'un gros œuf, était lobulaire, bosselée; incisée, elle présenta l'aspect du squirrhe. Mais cet aspect ne diffère pas appréciablement de celui de certaines tumeurs purement fibreuses.

Et, en effet, qu'est-ce qu'un squirrhe, sinon un amas de fibres renfermant des cellules cancéreuses, qui sont seulement beaucoup plus nombreuses dans l'encéphaloïde. Supposez un squirrhe contenant peu de cellules cancéreuses, vous aurez quelque chose de très analogue à une tumeur fibreuse. Ce serait le cas d'examiner la question intéressante soulevée

(1) Du développement simultané de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque. 1845, n° 183.

(2) Encore il est à remarquer que la mort arriva avant le développement complet de la vaccine.

il y a quelque temps à l'Académie par l'honorable M. Cruveilhier, mais un pareil sujet ne peut être traité incidemment.

— Un jeune homme, affecté d'une hydarthrose ancienne du genou gauche, a été admis dans le service de M. Velpeau, qui lui a appliqué le traitement par l'injection iodée. Le liquide a été repoussé par la pression de bas en haut sous le cul-de-sac sus-rotulien de l'articulation, et retenu dans ce point, de manière à faire bomber le côté externe du cul-de-sac. Cela fait, un trois-quarts à hydrocèle a été poussé dans ce point, et il s'est échappé par la canule une certaine quantité d'un liquide sirupeux, jaunâtre, poisseux, ayant toutes les qualités physiques de la synovie. Aussitôt une injection iodée (un tiers de teinture d'iode, suivant la formule du Codex, pour deux tiers d'eau en volume) a été poussée par la canule et a distendu l'articulation. Il n'a pu en ressortir qu'une quantité très minime, sans que l'on puisse se rendre compte d'une manière satisfaisante de cette circonstance, qui d'ailleurs n'a pas inspiré d'inquiétude à M. Velpeau, dont la pratique habituelle, pour l'hydrocèle et les autres kystes, est de laisser dans la poche une partie du liquide injecté.

L'opération a été douloureuse, mais non pas extrêmement, et encore il faut considérer que le sujet est très impressionnable. Seulement il a accusé une circonstance notable, qu'il faut rapprocher de ce qui a lieu dans la coxalgie, à savoir la propagation soudaine de la douleur le long de la cuisse jusqu'à la hanche.

On a examiné les urines pour constater si elles contenaient de l'iode. L'examen est facile, comme chacun sait, et il suffit d'une très petite quantité d'urine. On trempe un bout de papier blanc ordinaire dans ce liquide, et on touche la partie imbibée avec un peu d'acide nitrique. Si l'urine contient de l'iode, le papier trempé d'urine bleuit.

Le premier jour, l'examen n'a point montré d'iode dans l'urine; mais le second et le troisième jour elle en contenait.

On comprend de quelle importance il peut être de savoir dans quel espace de temps une substance toxique est absorbée. Plus l'absorption sera lente, moins, naturellement, l'action sur l'économie sera sensible et redoutable. Ici l'absorption a été lente, puisqu'on n'en a eu la preuve que vingt-quatre heures après l'introduction de la substance dans l'article. On s'explique cette lenteur par l'état subinflammatoire de la séreuse. Quelle qu'en soit la raison, une preuve bien simple que l'absorption est en souffrance dans cette articulation, c'est qu'elle n'a pu se débarrasser de l'excès de liquide normal qu'elle contient.

La nuit qui a suivi l'opération a été mauvaise, et le sujet n'a pu goûter un peu de sommeil que vers le matin. Toutefois, à la visite, le pouls était normal, et il n'y avait de fièvre que localement; le genou était tendu, chaud, et sensible au toucher. Le malade ne souffrait guère plus spontanément.

Nous suivrons cette observation avec l'intérêt qu'elle mérite.

— M. Marchal (de Calvi) vient d'essayer les injections urétrales au copahu dans la blennorrhagie. Dans quatre cas, le résultat a été très satisfaisant. La formule employée était celle-ci: eau 500 grammes; copahu 10 ou 20 grammes selon les cas; jaune d'œuf n° 1. Mais chez plusieurs malades l'effet a été nul. M. Marchal a institué des recherches pour rapprocher le plus possible le liquide de l'injection de l'urine des individus qui ont pris du copahu. X.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

De l'hydrocèle dans l'enfance; de ses variétés et de son traitement.

Deux cas d'hydrocèle existant dans le service en ce moment, M. Guersant a cru devoir présenter sur cette affection, envisagée d'une manière générale dans l'enfance, quelques considérations pratiques d'autant plus intéressantes, que l'hydrocèle est, on le sait, une maladie assez commune à cet âge comme dans l'âge adulte.

Il y a trois espèces d'hydrocèle qui se présentent assez fréquemment aux chirurgiens qui s'occupent des maladies de l'enfance:

1° L'hydrocèle congénitale communiquant avec la cavité du péritoine. Elle se présente sous la forme d'une tumeur rénitente, fluctuante, et dont on peut facilement constater la transparence. Lorsque l'on presse un peu sur la partie la plus inférieure de la tumeur, on la fait disparaître, le liquide cédant à la pression et rentrant dans l'abdomen. Lorsqu'une fois la tumeur vidée, on fait crier l'enfant, qu'on le fait marcher, ou qu'on lui fait faire un effort, elle se remplit immédiatement et reprend ses conditions premières d'existence. On trouve assez souvent cette espèce d'hydrocèle à l'état de simplicité; nous voulons dire sans complication déterminée par la présence, dans la cavité de l'hydrocèle, d'une anse intestinale ou d'une portion d'épiploon.

2° La seconde espèce, qui est aussi la plus commune, est l'hydrocèle semblable à celle de l'adulte, consistant en une tumeur plus ou moins volumineuse remplie par un liquide transparent, fluctuant. Le liquide, dans cette espèce d'affection, ne peut rentrer dans l'abdomen.

3° Enfin, la troisième espèce, qui se rencontre de loin en loin, sans être aussi fréquente que les deux précédentes, c'est l'hydrocèle enkystée du cordon, consistant en une petite tumeur plus ou moins volumineuse, de la grosseur d'une petite noix jusqu'à celle d'un gros œuf de pigeon; cette tumeur, fluctuante et transparente aussi, suit les mouvements du cordon testiculaire auquel elle est adhérente. On la fait descendre en tirant le testicule en bas.

Ces trois espèces d'hydrocèle varient singulièrement sous le rapport du traitement. Pour la première, celle qui communique avec le péritoine, les lotions alcooliques et astringentes ont quelquefois suffi; l'application d'une décoction de roses de Provins dans une quantité de vin rouge; d'autres fois, l'eau ammoniacale, l'emploi d'un suspensoir médiocrement serré; les bains toniques. Cependant on aurait tort d'espérer des guérisons de ce genre chez les enfants lymphatiques, scrofuleux, ou seulement d'une constitution très faible et délicate. Il y a des cas où une simple ponction dans une hydrocèle, ponction suivie de l'évacuation du liquide, a suffi pour faire disparaître le liquide et amener une guérison définitive. Nous aurons occasion de revenir un peu plus loin sur cette pratique.

L'hydrocèle qui communique avec le péritoine est toujours congénitale, tandis qu'il n'est pas vrai de dire, comme l'ont prétendu quelques auteurs, qu'une hydrocèle n'est pas congénitale, par cela seul que cette communication n'existe pas. Il peut très bien se faire que sous l'influence de causes qu'il est jusqu'à présent impossible d'apprécier, l'hydrocèle de la tunique vaginale se forme au septième ou au huitième mois de la grossesse, et que l'enfant vienne au monde avec cette maladie. Que la tumeur soit congénitale ou accidentelle, il peut arriver, ou qu'elle reste stationnaire, ou qu'elle tende à augmenter de volume. Il est très rare que le liquide se résorbe de lui-même, et qu'une guérison survienne spontanément. La guérison est même rare avec l'emploi seul des moyens extérieurs que nous avons signalés plus haut. Presque toujours on est obligé d'avoir recours à l'opération.

Dans un grand nombre de cas, il est bon de commencer par la ponction seule. Telle était, dans les derniers temps surtout, la pratique d'Antoine Dubois, qui avait remarqué dans quelques-uns que l'on pouvait obtenir une guérison complète par cette simple opération, principalement chez les enfants. C'est par cette raison que souvent aussi M. Guersant tente d'abord la ponction simple, quitte à en revenir à l'injection, si, comme il faut convenir du reste que cela se voit le plus souvent, le liquide se reproduit.

Une fois l'injection reconnue nécessaire, il s'agit de déterminer la nature du liquide dont on doit faire usage. Dans la majorité des cas, jusqu'à présent, on a pratiqué l'injection dans la tunique vaginale avec une infusion de roses de Provins dans du gros vin rouge; l'injection doit être faite avec le liquide chaud, et répétée trois fois pendant une minute, ou une minute et demie chaque fois. Cette méthode donne ordinairement de beaux résultats, et depuis que M. Guersant est chargé d'un service chirurgical à l'hôpital des Enfants, il a opéré de cette manière un grand nombre de sujets avec un succès complet. Il y a quelques années, M. Velpeau a substitué à l'infusion vineuse de roses de Provins la teinture alcoolique d'iode, et les succès qu'il a obtenus par ce procédé paraissent avoir été aussi nombreux et aussi complets que par l'ancienne méthode. Dans cette circonstance, on emploie le liquide froid, l'alcool et l'iode étant tous deux éminemment volatils, et l'on ne fait dans la bourse séreuse qu'une seule injection qu'on laisse séjourner pendant deux à trois minutes environ. Sans pouvoir encore se prononcer d'une manière définitive sur la valeur comparative des deux méthodes, M. Guersant a cru remarquer que peut-être y avait-il guérison de quelques jours plus rapide lorsque l'on emploie l'iode que lorsque l'on injecte avec le vin. Ainsi, tandis que par l'ancienne injection, la guérison n'est guère complète qu'au bout d'un mois, la teinture d'iode semble la déterminer dans l'espace de quinze à vingt jours. La même proportion paraît exister chez les adultes qui ont été soumis à ces injections iodées. D'un autre côté, la teinture d'iode n'est pas sans quelques inconvénients. Elle tache le linge et salit les instruments, que l'iode attaque toujours plus ou moins. Cependant cette circonstance, bien qu'elle doive être prise en considération, ne serait pas assez grave pour empêcher la substitution fréquente de l'iode au vin, s'il restait prouvé, comme il le sera peut-être plus tard, que l'on dût gagner huit ou dix jours sur la durée de la maladie. Jusqu'à présent, le vin reste donc comme méthode générale dans le traitement de l'hydrocèle par injection.

Vient enfin la question des récidives; il est certain qu'après l'emploi du vin comme après celui de l'iode, on a observé des récidives de l'hydropisie de la tunique vaginale. On a prétendu que ces récidives étaient beaucoup plus fréquentes après l'emploi de l'injection vineuse. On ne peut nier que le nombre n'en soit *absolument* plus considérable. Mais la raison en est des plus faciles à concevoir, et ne doit en rien contre indiquer l'usage du vin; cela tient tout simplement à ce que le nombre des hydrocèles traitées par le vin a été jusqu'à présent beaucoup plus considérable que celui des cas où l'on a mis la teinture alcoolique d'iode en usage. Ce qu'il faudrait déterminer, c'est, si la proportion des récidives a été *relativement* plus ou moins forte, ce qu'il est impossible de fixer d'une manière positive, vu le peu de temps depuis lequel M. Velpeau a conseillé les injections iodées. Pour sa part, M. Guersant pense que souvent les récidives doivent être attribuées, non point à la matière avec laquelle on a pratiqué l'injection, mais à une faute involontaire que le chirurgien aura commise en faisant l'opération; il croit que la plus légère irritation déterminée dans la cavité séreuse de la tunique vaginale suffit pour produire une inflammation suffisante, et provoquer la formation des fausses membranes et des adhérences.

Suivant lui, les récidives qui succèdent aux injections vineuses dépendent de ce que l'on a employé du vin de trop bonne qualité; celui dont on doit se servir est ce gros vin rouge commun, dans lequel les marchands mêlent quelquefois de l'alcool et des décoctions de bois de teinture; à ces substances excitantes et toniques, les roses de Provins que l'on y fait infuser viennent joindre leurs propriétés astringentes et toniques, et constituer un liquide qui remplit toutes les conditions désirables. Le degré de chaleur mérite aussi d'être pris en sérieuse considération; il faut que la température en soit supportable à la main, mais qu'il soit assez intense pour donner lieu à cette vive sensation de douleur dont se plaignent les malades; enfin, il est important de faire toujours trois injections. On devra employer une quantité de liquide telle que la surface de la poche séreuse soit touchée dans tous ses points, sans être par trop étendue. Pour arriver à ce résultat, il faut avoir soin de pousser dans la cavité de l'hydrocèle une quantité aussi exactement que possible la même que celle que l'on a retirée. Lorsque la quantité de liquide est trop considérable, il peut arriver qu'il se produise des éraillures déterminées par la distension exagérée de la séreuse, éraillures qui ne sont jamais sans danger. Le même accident peut survenir lorsque l'on pousse l'injection trop fort, et le jet du liquide déterminer une déchirure dans le point sur lequel elle vient frapper, imprudence qui a, en outre, l'inconvénient grave de causer une inflammation trop vive. Il est inutile de signaler ici les accidents qui pourraient suivre une injection faite dans le tissu cellulaire du scrotum. Les récidives qui suivent l'injection iodée doivent souvent aussi être rapportées à l'omission de quelqu'une des nombreuses précautions qu'exige cette opération, si simple en apparence, et si minutieuse. En résumé, M. Guersant pense que, jusqu'à plus ample informé, les opérations d'hydrocèle peuvent être faites, avec un succès égal, avec le vin ou avec la teinture d'iode, bien que le premier de ces liquides soit plus généralement employé.

Une des causes, avons-nous dit, qui empêchent d'apprécier le rapport qui peut exister entre le nombre des récidives succédant à l'une ou à l'autre méthode, c'est le peu de temps depuis lequel on fait des injections d'iode. Or, quelquefois, les récidives ne surviennent que plusieurs années après l'opération. Il y a peu de jours, M. Guersant fut consulté par un homme qu'il avait opéré d'une hydrocèle il y a onze ans. Cet homme resta parfaitement bien portant pendant neuf ans. Il y a dix huit mois environ, il s'aperçut de la présence du liquide dans la tunique vaginale, et d'une légère augmentation dans le volume du scrotum; cet épanchement est allé depuis lors en augmentant, et maintenant la tumeur est assez volumineuse pour être opérée. Dans ce cas, les injections avaient été pratiquées avec le vin. On peut donc admettre, à la rigueur, qu'il surviendra, chez des malades opérés par l'iode, des récidives dont on ne peut encore prévoir l'apparition.

Un des enfants sur lesquels M. Guersant pratique l'opération le jour de la conférence clinique dont nous rendons compte, présente une hydrocèle accidentelle, et qui, selon les parents, ne daterait que de trois semaines, circonstance peu probable, vu le volume de la tumeur. Cet enfant a cinq ans; en raison et de l'âge du sujet et du peu d'ancienneté de la maladie, M. Guersant pratique une simple ponction de l'hydrocèle, bien qu'il n'ait pas grand espoir d'obtenir par ce moyen une guérison définitive. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de l'opération.

Lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle enkystée du cordon, M. Guersant agit de la même manière que pour l'hydrocèle de la tunique vaginale. Quelquefois il se borne à une simple ponction. Lorsque la tumeur est volumineuse, il fait une injection dans le kyste avec le vin ou la teinture d'iode; il a déjà obtenu plusieurs cas de guérison.

Rétention d'urine. Calcul de l'urètre. Infiltration urineuse.

Nous avons parlé dans un de nos précédents comptes-rendus d'un enfant couché au n° 15 de la salle Saint-Côme, entré dans le service de M. Guersant il y a huit mois environ, pour une rétention d'urine causée par un calcul engagé dans l'urètre, infiltration urineuse du tissu cellulaire des bourses et distension énorme de la verge. Des incisions avaient été largement faites, qui avaient donné issue à un liquide fétide.

Au bout de quelques jours, la suppuration s'était établie, et un calcul était sorti par une des plaies. Une sonde, introduite dans l'urètre, pénétrait dans une large cavité, prouvant manifestement l'existence d'une communication entre l'abcès urineux et le canal. A ce propos, M. Guersant rappela que ces rétentions d'urine par arrêt de petits calculs dans l'urètre sont assez fréquents chez les enfants. Lorsque l'enfant sortit presque guéri, il ne restait plus qu'un petit pertuis fistuleux marchant vers la cicatrisation. Il y a quinze jours environ, ce petit malade rentra dans le service pour une nouvelle rétention d'urine.

Le jour de l'admission du malade M. Guersant essaya, mais en vain, de pratiquer le cathétérisme. Au bout de deux jours il fut obligé, l'infiltration urineuse se reproduisant, de faire de nouvelles incisions sur le scrotum; cependant la sonde ne permit pas de constater un cul-de-sac profond comme celui que l'on avait rencontré lors du premier séjour de l'enfant dans le service. Aujourd'hui, les plaies se sont en grande partie cicatrisées, mais il reste trois ouvertures fistuleuses, dont l'une, assez profonde, située sur le côté gauche du scrotum.

Le seul moyen auquel M. Guersant crut devoir recourir, fut l'emploi des sondes à demeure. Cependant ce n'était pas sans quelque inquiétude qu'il employa ce moyen; il fait observer, en effet, que chez les enfants on ne doit mettre une sonde à demeure dans la vessie que lorsque l'on ne peut absolument s'en dispenser. Chez eux, en effet, elles s'incrustent bien facilement de dépôts calcaires. Il arrive souvent que d'un jour à l'autre les yeux de la sonde sont complètement bouchés par ces dépôts, et que l'on éprouve une certaine difficulté à retirer l'instrument; puis encore, le frottement exercé sur la membrane interne de la vessie par l'extrémité de la sonde ainsi recouverte de phosphate de chaux peut déterminer une cystite. Ce n'a donc pas été sans un certain étonnement et sans une vive satisfaction que M. Guersant a vu les sondes qu'il avait placées à demeure chez cet enfant

ne présenter aucune trace de dépôt de ce genre. Une première sonde fut maintenue dans la vessie pendant vingt-quatre seulement, puis successivement pendant plusieurs jours. Celle qui a été retirée ce matin à la visite, et qui n'avait pas été retirée depuis huit jours, était parfaitement libre.

REVUE GÉNÉRALE.

Recherches sur le tétanos des enfants nouveau-nés. — Les Archives de médecine contiennent un travail de M. le docteur Thore sur le tétanos des enfants nouveau-nés.

Cette maladie, très commune aux Antilles et à Cayenne, dans les pays chauds en général, paraît être assez rare en France, au moins dans les régions tempérées. Cependant, M. Thore a pu en observer à l'hospice des Enfants-Trouvés (service de M. Baron), deux cas, dont l'un se termina par la mort et l'autre par la guérison. A propos de ces deux faits, l'auteur présente quelques considérations sur l'histoire de cette maladie. Parmi les causes une de celles auxquelles on a attribué la plus grande importance, est la relation qui existe entre le travail de séparation du cordon ombilical et l'apparition de la maladie. MM. Labat et Olivier ont combattu cette opinion. Souvent l'inflammation de l'ombilic, en effet, se développe pendant la durée du tétanos plutôt qu'elle ne précède son apparition. Puis, il n'y a pas de rapport entre la fréquence de ces deux affections. Il paraît plus juste de regarder les brusques changements de température, et l'influence du froid comme la cause la plus efficace du tétanos. Il apparaît généralement pendant les premiers jours de l'existence. La marche en est très rapide Quant aux symptômes, ils ne présentent rien de particulier.

La nature de cette affection est fort douteuse. M. Barrier pense qu'il est tantôt lié, tantôt étranger à une lésion matérielle, et il ajoute avec raison que de nouvelles recherches sont nécessaires pour que l'existence du tétanos essentiel ne soit plus contestée. Siébold a observé un épanchement sanguin dans les méninges rachidiennes, et une inflammation de la moelle. D'Outrepont a observé six fois l'inflammation de la moelle avec épanchement sanguin. Billard MM. Mathuszinski et Ollivier, ont constamment trouvé un épanchement de sang, soit entre les feuillets de l'arachnoïde, soit entre la dure-mère et le canal visuel. Dane le seul cas où M. Thore a eu l'occasion de faire une autopsie, il a trouvé un épanchement sanguin entre la dure-mère et le canal vertébral. Il existait dans la région cervicale et dans la région dorsale des caillots noirâtres entre les lames vertébrales et la dure-mère. La moelle était saine, la pie-mère fort injectée.

Tout le monde est d accord, dit l'auteur, sur la gravité du tétanos chez les enfants nouveau-nés ; et les faits de guérison bien constatée de cette maladie doivent être très rares Les moyens les plus variés ont été mis en usage ; les antispasmodiques, le camphre, la valériane, l'ambre, le musc, les purgatifs, les vésicatoires, les frictions mercurielles, les fumigations, les bains chauds et froids, l'opium à haute dose, etc. Mais on ne possède aucun fait qui démontre l'efficacité de tous ces agents thérapeutiques, et l'on peut assurer qu'ils ont toujours échoué. Le traitement le plus convenable consiste dans l'emploi des émissions sanguines M. Ollivier pense que l'on doit les employer avec énergie, et que l'on a peut-être craint jusqu'à présent de tirer une si grande quantité de sang chez les jeunes sujets. Il conseille l'application de sangsues, soit sur le rachis, soit aux apophyses mastoïdes, et de préférence les ventouses, qui produisent moins de douleur et tirent beaucoup plus de sang dans un temps beaucoup moins long. Notre observation première viendrait à l'appui de l'opinon professée par ce médecin, et il est permis d'attribuer cette guérison inespérée à l'émission sanguine fort abondante qui a été pratiquée. Elle a été tellement considérable, qu'elle a produit de fréquentes syncopes ; et, il faut le dire aussi, un état d'anémie qu'on n'a pu faire disparaître qu'à force de soins et de précautions qu'il est malheureusement bien rare de trouver dans un hôpital.

Le meilleur traitement prophylactique consiste à éviter l'influence du froid et la brusque transition d'une température élevée à une température basse. C'est en prenant la précaution de n'exposer l'enfant à l'air qu'au bout de plusieurs jours, et de le tenir chaudement couvert, qu'on a vu le tétanos devenir plus rare dans les coutrées où il est endémique.

Accès de manie furieuse. Expulsion de trois vers lombrics. Guérison. — Le docteur Rolland, du Mas-Grenier (Tarn et Garonne), a communiqué au Journal de médecine de Toulouse, l'observation très curieuse que voici :

Le nommé Dussaud, brassier, âgé de trente-huit ans. d'un tempérament très impressionnable, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais éprouvé le plus léger trouble dans ses idées, fut obligé de faire, pour son maître, plusieurs courses à pied. Le 25 janvier, 1830, en rentrant chez lui très fatigué, il éprouva un sentiment d'inquiétude et d'agitation qui ne lui était point ordinaire ; à cette agitation succéda bientôt le malaise et la confusion dans les idées. Dussaud parlait et criait beaucoup ; mais la plus grande incohérence s'observait dans ses propos. Ce fut alors que sa famille se décida à me faire appeler.

En entrant dans la chambre où était le malade, je fus surpris d'abord de la profonde altération de sa physionomie. Dussaud, qui habituellement est très pâle, était, dans ce moment, fortement coloré et avait les yeux injectés. J'approchai de lui avec confiance pour le mieux observer et examiner son pouls ; quelle fut ma surprise, de le voir se jeter sur moi, me prendre au collet et me secouer vivement en criant d'aller me chercher! Je l'engage avec douceur à me laisser aller ; je lui dis que j'allais moi-même me charger de cette commission, et ce ne fut qu'à cette condition qu il me lâcha. Peu de temps apres, je rentrai dans la chambre ; cette fois je fus mieux accueilli.

Je crus prudent de profiter de ce bon accueil pour me précautionner contre quelque nouvel acte de violence, d'autant que Dussaud ne cessait point de faire des menaces. Je le fis attacher sans le violenter. Je pus alors pratiquer une large saignée du bras, qui ne diminua nullement la surexcitation cérébrale. De suite après la saignée je le fis mettre dans un bain tempéré, où il resta près de deux heures. Pendant qu'il était dans l'eau, il eut constamment sur le front des compresses trempées dans de l'eau très froide.

Ces moyens restèrent encore sans résultat, l'accès durait depuis près de quatre heures avec la même violence ; alors l'idée me vint d'employer les antispasmodiques. Je formulai une potion, dans laquelle je fis entrer l'éther sulfurique à assez haute dose. Peu de temps après l'administration de la première cuillerée, le malade fit quelques efforts pour vomir ; il rejeta quelques mucosités avec un lombric très long et vivant. Après l'expulsion de ce ver, Dussaud parut plus tranquille ; une seconde cuillerée de la potion détermina presque immédiatement la sortie d'un second lombric. Le calme fut à peu près complet ; la potion, continuée, procura l'expulsion d'un troisième ver et la cessation de tous les symptômes.

Dussaud recouvra de suite la plénitude de ses facultés, qui depuis cette époque n'ont pas éprouvé la plus légère atteinte.

J'ai quelquefois occasion de voir cet homme, qui n'habite plus la commune où je réside ; il conserve encore le souvenir de cette journée, mais il a oublié le mauvais accueil qu'il me fit.

Il me semble qu'il est impossible de ne point admettre pour cause de cet accès de folie la présence des vers lombrics dans l'estomac, d'où ils furent expulsés par l'action de l'éther sulfurique. Parmi les causes nombreuses que les auteurs ont signalées comme pouvant produire l'aliénation mentale, n'ayant point vu qu'il fût fait mention de celle-ci, j'ai pensé que la publication de cette observation, recueillie déjà depuis longtemps, pourrait offrir quelque intérêt à mes confrères.

Tumeur érectile de la paupière traitée par l'inoculation avec l'huile de croton. — Cette nouvelle méthode est due à M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion. Deux inoculations, à une semaine d'intervalle l'une de l'autre, ont suffi au docteur Ure, médecin anglais, pour faire prompte justice d'un nævus de la grosseur d'une petite pièce de monnaie, situé à l'angle palpébral interne du côté droit chez une petite fille de trois mois et demi. La ponction a été faite chaque fois, à plusieurs reprises, dans la tumeur, avec une aiguille à cataracte trempée dans l'huile de croton. A peine reste-t-il actuellement un point noir près de l'angle de la paupière.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi interne du nitrate d'argent contre certaines maladies de la peau et contre les ulcères invétérés des jambes; par M. le docteur SCHWEICH, de Neuwied.

M. Schweich a employé avec un succès marqué le nitrate d'argent à l'intérieur dans quelques affections cutanées, principalement dans les cas d'eczéma chronique, de psoriasis diffusa et inveterata, et dans les ulcères impétigineux des jambes. Il le prescrit ordinairement sous forme pilulaire, d'après la formule de F. Simon, qui est la suivante :

Nitrate d'argent cristallisé,	2 grammes.

Triturer dans un mortier de porcelaine avec un peu d'eau distillée, puis ajouter :

Poudre de guimauve,	6 grammes.
Sucre blanc pulvérisé,	6
Eau distillée,	q. s.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, qui devra être divisée en 90 pilules roulées dans la poudre de guimauve. Ces pilules doivent être conservées dans un flacon de verre bien bouché.

M. Schweich fait prendre ces pilules de la manière suivante :

Il divise la dose en deux moitiés de 45 pilules. La première moitié est administrée par prises de trois pilules le matin et le soir, et la seconde par prises de quatre pilules également deux fois par jour.

Après l'administration de la totalité, il fait réitérer la prescription, et alors la première moitié est donnée par prises de cinq pilules, et la seconde moitié par prises de six, toujours matin et soir.

S'il est nécessaire, M. Schweich va encore en augmentant la dose, toujours en suivant la même progression, et il est arrivé ainsi à prescrire l'ingestion de onze pilules par jour, ce qui fait environ 6 à 7 centigrammes ; mais il n'est pas allé au delà.

Si le malade ne peut pas prendre de pilules, M. Schweich a recours à la formule suivante :

Nitrate d'argent cristallisé,	50 centigram.
Faire dissoudre dans eau distillée,	15 grammes.

Pour un soluté dont on donne 10 à 30 gouttes dans une demi-tasse de décoction de gruau d'avoine non salée.

Dans tous les cas, le médicament ne doit pas être administré à jeun, parce que, s'il en était ainsi, le suc gastrique ne contiendrait pas d'acide chlorhydrique, et par conséquent le nitrate d'argent ne se trouverait pas transformé en chlorure ; or, suivant l'auteur, cette transformation est la condition indispensable du succès de la médication. M. Schweich croit aussi devoir attribuer à l'observation de cette précaution, la circonstance remarquable que ce mode de traitement n'est jamais suivi de la coloration bronzée de la peau, comme on l'a vu souvent arriver chez les épileptiques soumis à l'action du nitrate d'argent.

Sous l'influence de cette médication, les affections cutanées guérissent dans l'espace de deux à quatre semaines.

L'auteur a obtenu des succès non moins remarquables de ce traitement, lorsque, dans le cours de l'hiver, il y a rétrocession des maladies de peau, et qu'il survient des affections de poitrine ; mais alors, il soumet les malades à une abstinence assez sévère des aliments animaux. Il suspend de temps en temps, pendant un jour, le nitrate d'argent, et il le remplace par 50 centigrammes de calomélas.

Traitement de l'aménorrhée; par M. le docteur Chaumet, de Bordeaux.

M. Chaumet prescrit avec le plus grand succès les pilules suivanest dans les cas d'aménorrhée, et il dit qu'il a eu maintes fois l'occasion de constater leur efficacité.

Extrait de gentiane,	3 grammes,
Aloès succotrin,	1
Calomel à la vapeur,	1

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en vingt pilules bien égales et roulées dans une poudre inerte.

On donne une de ces pilules, matin et soir.

L'action purgative de ces pilules doit être secondée par des pédiluves sinapisés et par des applications de ventouses sèches sur l'hypogastre et à la partie interne des cuisses.

DE LA PELLAGRE,

De son origine, de ses progrès, de son existence en France; de ses causes et de son traitement curatif et préservatif;

PAR THÉOPHILE ROUSSEL,

Docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France, membre de la Société anatomique, etc.

Tel est le titre d'une excellente monographie dont le docteur Roussel vient de doter la science. Conduit par des circonstances particulières d'études à reconnaître le premier exemple de pellagre signalé dans le centre de la France, il s'est fait un devoir de se livrer à une étude approfondie de cette grave maladie, dont nous allons faire l'analyse, en prenant, autant que possible, la substance même de son livre.

La pellagre, ce mal à la fois singulier et terrible, que les médecins lombards crurent avoir observé les premiers, a été rencontrée d'abord en Espagne vers 1730. D. Gaspar Casal, frappé des ravages d'une affection qui lui était inconnue, l'étudia avec soin, et en donna une description dans son ouvrage sur les Asturies, en la désignant sous le nom de *mal de la Rosa*. Quelques années plus tard, une notice de Thiéry, copiée presque textuellement sur les manuscrits de Casal, la fit connaître en France, et Sauvages la plaça dans la classe des cachexies, comme une espèce du genre lèpre, sous le nom de *lepra Asturiensis*.

Vingt ans environ après les premières observations de Casal, Antonio Pujati remarquait dans les villages du district de Feltre une maladie qui le frappait par sa marche insidieuse et par la gravité de ses atteintes. Il la décrivit plus tard dans ses leçons à l'Université de Padoue, sous le nom de *scorbuto Alpino;* et en 1771, un médecin du grand hôpital de Milan, Francesco Frappoli publia une courte description de la maladie que depuis un certain nombre d'années le peuple des campagnes lombardes désignait sous le nom de *pellagre*. Plus tard, un praticien des environs du lac majeur, Francesco Zanetti, qui ne connaissait pas le travail de Frappoli, composa, de son côté, un mémoire sur la même affection, qu'il observait depuis 1769. A dater de ce moment, la pellagre s'est montrée de toutes parts : il semblait que ses ravages s'étendissent tous les jours, et les médecins la signalèrent dans le territoire de Bergame, dans les vallées du Tyrol italien, dans presque toutes les parties du Piémont, dans le duché de Parme, dans la Toscane et dans le Bolonais.

Le nord de l'Espagne, et l'Italie presque tout entière, étaient ravagés par ce fléau, que dans notre pays on le regardait encore comme une maladie exotique connue seulement dans la littérature médicale. Cependant il existait déjà endémiquement dans nos provinces du Midi, et il frappait çà et là des victimes isolées jusque dans le centre de la France. En 1829, un praticien de la Teste-de-Buch appela l'attention de la Société royale de médecine de Bordeaux sur une maladie des plus graves qu'il observait depuis 1818 parmi les misérables habitants d'Arcachon. En 1830, à son retour d'Italie, M. Brierre de Boismont fit part à l'Académie des sciences de ses recherches sur la pellagre. Bientôt les médecins de Bordeaux, et particulièrement MM. Gintrac et Bonnet, reconnurent l'identité de la pellagre italienne et de la maladie de la Teste. Celle-ci fut rencontrée non-seulement dans le bassin d'Arcachon, mais dans les villages du nord de la Gironde et dans les environs de Bazas. Alors l'administration finit par s'émouvoir, et M. Léon Marchand, médecin des épidémies, eut mission d'étudier la maladie.

Ces faits, malgré leur importance, demeuraient toujours inaperçus, et personne à Paris ne songeait plus à la pellagre, lorsqu'à la fin d'avril 1842, à son retour d'un voyage en Italie, M. Roussel vint remplir à l'hôpital Saint-Louis les fonctions d'interne dans le service de M. Gibert (maladies de la peau). Un mois après, entrait dans les salles une femme admise pour un *érythème des mains, du visage et du cou.* L'aspect de cette malade éveilla dans son esprit le souvenir des pellagreux qu'il avait vus au delà des Alpes. Il recueillit soigneusement l'observation. Le mal marchait avec une grande rapidité ; des symptômes alarmants s'étaient déclarés du côté du système nerveux, et la malade avait été désignée pour être transportée à la Salpêtrière comme atteinte d'aliénation mentale, lorsque l'élève, convaincu qu'on avait affaire à une pellagreuse, obtint du chef de service qu'elle resterait à l'hôpital Saint-Louis. Tout le mérite du diagnostic exact porté sur cette maladie, après plusieurs variantes, revient donc à M. Roussel. C'est lui qui a véritablement reconnu le premier cas de pellagre observé parmi nous (*sua cuique jura*), et l'on serait surpris que dans un rapport académique on ait cherché par une obséquiosité maladroite à le dépouiller de ses droits au profit d'un autre, si l'on n'était habitué de longue date à voir pratiquer ces manœuvres que nous ne voulons pas qualifier.

L'année suivante, au printemps, deux pellagreux se présentèrent à l'hôpital Saint-Louis, MM. Duvergie et Gibert reconnurent et constatèrent la maladie.

En juillet 1843, alors mieux instruit, M. Roussel annonça à l'Académie des sciences l'identité des maladies de l'Italie septentrionale, des Asturies et des landes de Gascogne. Ce fait avait une grande importance, puisqu'il tendait à établir s'il s'agissait de maladies analogues ou bien d'une seule et même maladie, et surtout puisqu'il s'agissait d'utiliser ces rapprochements pour essayer de découvrir la cause commune d'un mal aussi terrible L'éveil était donné. Quelque temps après M. Léon Marchand venait lire à l'Académie de médecine un mémoire sur la pellagre des Landes dans lequel il élevait, d'après ses calculs, à plus de trois mille le nombre des pellagreux visités par lui. Le docteur Miquel, en parcourant le département de la Haute-Garonne, apprit d'un praticien distingué de Villefranche, le docteur Talès, que depuis vingt-deux ans il observait la pellagre dans la riche plaine du Lauraguais, où presque personne jusqu'ici n'avait soupçonné son existence. Le docteur Fontan, médecin des eaux de Luchon, communiqua à M. Roussel l'observation d'une malade habitant Izaeourt (Hautes-Pyrénées), et qui était affectée de pellagre. Plus récemment, M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary, a publié dans le Journal de médecine de Bordeaux, que, depuis 1823, il observe des pellagreux, et qu'en 1844 seulement vingt et un malades se sont présentés à lui. Enfin une autre observation a été publiée en 1844 par M. Brugière-Delamothe, qui l'a recueillie dans le département de l'Allier.

La maladie décrite par Casal, sous le nom de *mal de la Rosa*, celle que les médecins padouans désignèrent quelque temps sous le nom de *scorbut des Alpes*, celle que les Lombards ont étudiée sous le nom de *pellagre*, celle enfin que les médecins français ont signalée plus récemment dans les Landes, le Lauraguais, les Pyrénées, est reconnue par la plupart des auteurs comme une maladie d'origine nouvelle. Quelques-uns ont prétendu qu'*elle était aussi ancienne que le soleil*, et d'autres, s'arrêtant à diverses opinions intermédiaires ont essayé de rattacher l'histoire de cette affection, soit à celle de l'éléphantiasis des Grecs, soit à celle de la lèpre du moyen âge, soit à l'histoire de la syphilis. Les textes, aussi bien que toute espèce de vraisemblance, ont fait défaut à ceux qui ont voulu placer son origine aux temps anciens. Ce qu'il y a de certain à peu près pour l'Espagne, c'est que la pellagre, déja très répandue et très grave en 1735, dans l'Asturie d'Oviédo, avait paru dans ce pays avant de se montrer en Italie où, vers le milieu du dix-huitième siècle elle a été observée par un grand nombre de médecins tant en Lombardie que dans les états de Venise, et il est possible même d'en découvrir quelques traces vers les premières années de ce siècle. Dans les ouvrages du dix-septième siècle et surtout dans ceux de Fracastor, Mercurialis, Fallope, Montano, Capivaccio, Valle et Burchiellati, on ne trouve rien qui y ait rapport.

Quant à son apparition en France, il est à peu près impossible d'en déterminer l'époque exacte. Il est probable qu'elle est plus récente encore que celle d'Italie, et on ne saurait guère placer son existence plus loin que les premières années de ce siècle. M. Gaultier de Claubry a assuré avoir vu la pellagre dans les Landes en 1809. Ce n'est qu'en 1823 que M. Hameau a annoncé le mal de la Teste, qu'il observait depuis 1818. Ce n'est qu'en 1842 que M. Roussel a signalé le premier cas bien constaté de pellagre, celui qui paraît avoir donné l'éveil aux praticiens. Puis sont venus les faits rapportés par MM. Gibert, Devergie, Léon Marchand, et enfin ce n'est qu'en 1845 qu'on a été instruit de l'existence du mal dans les départements de l'Aude et de la Haute-Garonne où MM. Talès et Roussilhe l'observent depuis vingt-trois ans. Ainsi donc il est rationnel de penser que la pellagre développée d'abord en Espagne, et bientôt après en Italie, n'a envahi la France qu'à une époque très rapprochée de nous ; qu'elle a pu exister dans chacun de ces pays pendant quelque temps sans y être clairement reconnue, et, en donnant les plus grandes limites possibles à ce temps nécessaire pour établir l'existence d'une maladie nouvelle et insidieuse dans sa marche, on ne saurait la faire remonter au delà du dix-huitième siècle.

Cette première partie de l'ouvrage de M. Roussel (Exposition historique) est traitée avec beaucoup de talent, et sera lue par tout le monde avec un grand intérêt.

Dans la deuxième partie (Exposition pathologique), il trace autant de tableaux séparés de la maladie qu'il y a de pays dans lesquels elle a été observée isolément. C'était le seul moyen, en esquissant ainsi les principaux traits qui la caractérisent, d'arriver à cette conclusion, que la pellagre est une maladie vraiment une, la même partout, et se trahissant par des phénomènes dont l'ensemble ne permet aucune confusion. Seulement, il abandonne un moment l'ordre chronologique, et il prend comme type la pellagre de Lombardie, parce que c'est elle qui jusqu'à présent a été le mieux étudiée.

Pellagre de Lombardie. — Il est très rare d'observer des pellagreux au début de leur maladie. Ils vivent quelquefois assez longtemps dans l'ignorance ou tout au moins dans l'insouciance de leur mal, et dans

le récit qu'ils en font, ils rattachent les premiers accidents au moment où ils étaient assez tranchés pour que leur état de souffrance les obligeât à quitter leurs travaux et à réclamer les secours de l'art. C'est probablement à cette circonstance que tient la diversité d'opinions entre les auteurs dont les uns ont assigné trois périodes distinctes à la maladie, tandis que les autres ne lui en reconnaissaient que deux. Quoi qu'il en soit, elle est constituée par des altérations siégeant sur la peau, sur les voies digestives, et sur les centres nerveux.

1° *Symptômes cutanés.* — Ils apparaissent en général aux premières chaleurs du printemps, bien que l'insolation ne soit pas toujours nécessaire au développement de l'érythème pellagreux. Ils sont constitués par des plaques ou des taches de grandeur variable, d'une couleur qui va du rose au rouge-sombre, disparaissant ordinairement sous le doigt comme un érythème, se montrant particulièrement sur le dos des mains et des pieds, aux avant bras, à la région sternale, et parfois, mais rarement sur le front les joues, et au pourtour des orbites. Cette éruption est accompagnée d'une cuisson assez vive toujours exaspérée par l'exposition au soleil, et souvent les plaques rouges se recouvrent de vésicules, de bulles irrégulières contenant une sérosité roussâtre Au bout d'un temps variable, l'épiderme des parties altérées se détache et tombe sous forme de lamelles furfuracées. Lorsque la maladie n'est pas ancienne, cette éruption ne dure que pendant quelques mois de l'année.

Dans une seconde période, l'éruption cutanée n'a presque jamais l'apparence érythémoïde. La peau se couvre parfois, sous l'influence de l'insolation, de vésicules, de bulles, et même de pustules dont le liquide, en se desséchant, forme des squammes, et quelquefois de véritables croûtes. Le plus souvent la peau devient brunâtre, rugueuse et comme desséchée; l'épiderme, altéré, se soulève sous forme d'écailles plus ou moins ternes, qui laissent voir, après leur chute, une peau luisante et d'un rouge livide. Chez quelques malades, le front et les pommettes se couvrent de petits tubercules d'un aspect terreux ou semblables à des végétations cornées. Parvenues à ce degré, les altérations ne disparaissent plus complétement l'hiver: elles laissent des stigmates indélébiles que tous les auteurs comparent à des cicatrices de brûlures. Dans la dernière période de la maladie, la peau peut présenter des caractères analogues à ceux de l'ichtyose ou de l'éléphantiasis. L'épiderme, considérablement épaissi, forme autour des doigts une espèce d'étui brunâtre et desséché. Ailleurs, la peau est sillonnée par des fissures, des crevasses et des ulcérations; quelquefois elle prend une teinte presque noire.

2° *Symptômes nerveux.* — En général, dans la première période, les symptômes principaux qu'on remarque sont la faiblesse générale, la répugnance au mouvement, la tristesse habituelle, les tintements d'oreille et les vertiges. Dans la seconde période, la faiblesse devient excessive, surtout dans les membres inférieurs; des troubles variés se manifestent du côté des organes des sens, surtout du côté des yeux; affaissement des facultés intellectuelles, mélancolie profonde, penchant au suicide. Dans une période plus avancée, paralysie des extrémités inférieures, démence ou stupidité complète.

3° *Symptômes digestifs.* — Première période. Les auteurs se bornent à dire qu'il y a des signes d'irritation gastrique. Ils notent l'inappétence, les nausées, quelquefois les vomissements; sentiment pénible d'ardeur à la gorge ou à l'estomac; aphthes, excoriations sur les lèvres ou dans la bouche; langue tantôt rouge, tantôt chargée et sale; quelquefois de la constipation, très souvent de la diarrhée.

Dans la deuxième période, c'est surtout une diarrhée opiniâtre qui domine tous les autres accidents qui sévissent sur les voies digestives, et à mesure que le mal fait des progrès, la langue devient sèche et fendillée, quelquefois noire. Un dévoiement séreux, incoercible s'établit, et l'on voit se développer un ensemble de symptômes graves qui témoignent des altérations profondes du système digestif et surtout du foie (ascite, hydropisie générale).

La marche de la maladie, insidieuse dans le début, devient généralement assez régulière plus tard. Les symptômes qui éclatent avec les premières chaleurs du printemps acquièrent une intensité croissante pendant plusieurs semaines, puis restent stationnaires, s'atténuent ensuite, disparaissent presque complétement en arrivant au solstice d'été; et si quelquefois on a vu le mal éprouver une recrudescence au commencement de l'automne, constamment il semble cesser dès qu'on approche des froids de l'hiver. En général, le printemps nouveau ramène avec lui le nombreux cortége de symptômes que le printemps précédent avait vus naître. Ce n'est ordinairement qu'à la troisième ou quatrième attaque que les malades sont obligés, par l'accroissement de leurs maux, à renoncer à leurs durs travaux. Tôt ou tard il arrive une époque où, lors même que les phénomènes cutanés disparaissent pendant l'hiver, les autres symptômes continuent à se montrer vers les centres nerveux et les organes digestifs, et ils augmentent progressivement d'intensité jusqu'à ce que le malade arrive à la mort. La marche de la pellagre est ordinairement lente et d'une durée très variable, de deux ou trois ans au moins. La première période, celle dans laquelle les phénomènes semblent disparaître l'été et l'hiver, se prolonge pendant plusieurs années; mais c'est surtout la pellagre à la deuxième période que l'on voit assez souvent rester presque stationnaire pendant dix, vingt ans et même davantage.

Après avoir tracé d'une manière aussi complète que possible l'histoire de la pellagre lombarde, M. Roussel donne la description du *scorbut des Alpes* et du *mal de la Rosa des Asturies*. A part quelques complications qui tiennent probablement à certaines conditions de localités, on retrouve les mêmes caractères la même physionomie, la même marche que dans l'affection décrite plus haut Les principaux symptômes se rapportent également les uns à la peau, les autres au système nerveux, les autres à la muqueuse intestinale. La même identité se retrouve encore dans la pellagre française, et nous allons entrer dans quelques détails, afin de bien établir que la maladie est absolument la même que celle observée au delà des Pyrénées et des Alpes.

Dr C. de Laurès.

(La suite à un prochain numero.)

Correspondance.

Paris, 17 septembre 1845.

Monsieur et très honoré confrère,

Les journaux ont, depuis près de deux mois, signalé à l'attention générale une maladie particulière des pommes de terre, qui peut avoir sur la santé publique les plus funestes effets; et cependant, ni l'administration, ni l'Académie de médecine, chargée de l'éclairer, même d'office, sur tout ce qui intéresse l'hygiène et la police médicale, n'ont encore publié aucun avis indiquant à quels signes on peut reconnaître ceux de ces tubercules qu'a atteints la maladie en question. Ayant eu occasion de faire, il y a quelques jours, une excursion dans la partie nord-ouest du département de Seine-et-Oise, j'ai pu prendre à cet égard quelques renseignements dont je me fais un devoir de vous transmettre le résultat sommaire.

La maladie paraît avoir plus particulièrement sévi sur les pommes de terre dites *hâtives* et sur l'espèce qu'on nomme *de Hollande*. La plante qui fournit les tubercules malades s'est flétrie de bonne heure et o frait, sur la fin même de la floraison, tant par l'aspect jaunâtre de ses fanes que par la dessication de ses tiges, un contraste frappant avec celles qui restaient saines Parmi les tubercules appartenant aux plantes malades, on en trouve frappés de trois altérations différentes: les uns sont simplement flétris et présentent dans leur coupe intérieure un état grisâtre, marbré qui les rend analogues à ceux que l'on a abandonnés dans les champs et sur lesquels a passé l'hiver; les autres sont couverts de croûtes épaisses et rugueuses, pénétrant assez profondément dans leur tissu; d'autres enfin ont conservé leur aspect et leur fermeté naturels, mais offrent dans leur intérieur des excavations remplies d'une liqueur noirâtre que leur cuisson démontre être renfermée dans un véritable kyste.

Or il me semble résulter de ceci: 1° que les cultivateurs ayant pu connaître par avance les pommes de terre avariées, l'autorité se trouve pleinement en droit d'exclure sévèrement des marchés toutes celles qui présentent quelques signes extérieurs de détérioration; 2° que les consommateurs, quelques saines qu'elles leur paraissent font bien de ne les employer qu'après les avoir coupées pour s'assurer de l'état de leur intérieur; 3° enfin que la cuisson à l'eau est le moyen probablement le plus sûr de les dépouiller du principe malfaisant ou délétère qu'elles peuvent contenir

Si cette note vous paraît avoir quelque intérêt, ayez l'obligeance de l'insérer dans un de vos prochains numéros, et recevez, tout cas échéant, l'assurance de ma parfaite considération.

C. Lachaise.

M. Hutin, chirurgien principal de l'armée d'Afrique, est nommé chirurgien en chef des Invalides, en remplacement de M. Pasquier, dont nous avons fait connaître la promotion au grade d'inspecteur du service de santé militaire.

La DIXIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les Maladies du col de la vessie, de la prostate et de l'urètre. Les articles si importants: Hypertrophie de la prostate et Rétrécissements de l'urètre, y sont traités avec les développements les plus complets et élucidés par des planches.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 111. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 22 SEPTEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Cinquième liste.

M. le docteur Lacaze, à Montgeron (Seine-et-Oise).
M. Brou, officier de santé, à Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise).
M. le docteur Lemaître de Rabedanges, à Paris.
M. le docteur Desjardins, au Havre (Seine-Inférieure).
M. Lesage, pharmacien, à Paris.
M. Colas, pharmacien, à Paris.
M. Fleury, médecin, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Paris.
M. le docteur Gama, ex-chirurgien en chef, premier professeur au Val de-Grâce, à Vaugirard.
M. Buisson, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Schuster, à Paris.
M. le docteur Bancel, à Meulan (Seine-et-Marne).
M. le docteur Lecœur, professeur-adjoint à l'Ecole préparatoire de Caen.
M. Villette, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Maurial-Griffoul, à Paris.
M. Debreuil pharmacien, à Paris.
M. le docteur Métivier (d'Ancenis), à Villeneuve-l'Archevêque (Yonne).
M. Giniez, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Dulac, chirurgien-major au 7e régiment de hussards.
M. le docteur Su[illegible]uet, à Paris.
M. Toutain, pharmacien, à Paris.
M. Deleschamps, pharmacien, à Paris.
M. la docteur Smith, à Paris.
M. Grehan, pharmacien, à Paris.
M. E. Boyer pharmacien, à Paris.
M. le docteur Rouvin, à Andresy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Colas, à Montrouge.
M. le docteur Beniqué, à Paris.
M. Demoutier, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Behier, à Saint-Malo (Manche).
M. le docteur Chapel père, à Saint-Malo (Manche).
M. le docteur Chapel fils, à Saint-Malo (Manche).
M. Leseurre, pharmacien, à Paris.
M. A. Petit, pharmacien, à Paris.
M. P. Guyot, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Caffin, à Saint-Lambert-des-Levées (Maine-et-Loire).
M. Barnit-Briee, pharmacien, à Chauny (Aisne).
M. Pierlot, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Vernois, médecin du Bureau central, à Paris.
M. Blondeau, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Burguières, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
M. Lepère (Alph.), pharmacien, à Paris.
M. le docteur Lehu, à Paris.
M. Hurant, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Berigny, médecin de l'hospice de Meulan (Seine-et-Oise)
M. Grand, pharmacien, à Paris.
M. Dupuy, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Vaderot, à Meursault-sous-Beaune (Côte-d'Or).
M. le docteur Bachelot, à Meursault-sous-Beaune (Côte-d'Or).
M. Mondet, pharmacien, à Paris.
M. Leguillette, pharmacien, à Paris.
M. le docteur E. Gardet, à Paris.
M. le docteur Denis fils, à Auray (Morbihan).
M. Monsaint, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. Delhomel, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. Deschamps, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. Maignan, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. Levavasseur, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. Leroux, pharmacien, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. le docteur Dechaut, à Montluçon (Allier).
M. Lepère (Victor), pharmacien, à Paris.
M. Nabert, pharmacien, à Paris.
M. Cabadé, pharmacien, à Paris.
M. Denault, pharmacien, à Paris.
M. Lebeault, pharmacien, à Paris.
M. Breton, pharmacien, à Paris.
M. Legendre, pharmacien, à Paris.
M. Uzac, pharmacien, à Paris.
M. Mayet, pharmacien, à Paris.
M. Dalpiaz, pharmacien, à Paris.
M. Boudault, pharmacien, à Paris.
M. Boudet père, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. Guibourt, professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie royale, à Paris.
M, Denaud, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Ernest Boudet, à Paris.
M. le docteur Camille Bernard, à Apt (Vaucluse).
M. le docteur Vignardoue, à Paris.
M. Gibault, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Dusseaux, médecin adjoint de l'hospice général, à Rouen.
M. le docteur A.-Th. Sainton, à Paris.
M. le docteur A. Goupil, à Paris.
M. le docteur Haguette, à Paris.
M. le docteur Fleurns-Léger, à Paris.
M. le docteur H. Bedor, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital, à Troyes (Aube).
M. le docteur Philippe, chirurgien en chef des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale, correspondant de l'Académie royale de médecine, à Reims.
M. le docteur Mallet, à La Rochelle.
M. le docteur Deville, secrétaire-général de la Société médicale du 9e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Boullard, à Paris.
M. le docteur Al. Thierry, membre du Conseil général du département de la Seine, à Paris.
M. le docteur Hatin, à Paris.

(Ces quatre derniers adhérents, conjointement avec M. Belhomme, déjà nommé, sont délégués par la Société médicale du 9e arrondissement. En outre, M. le docteur Thierry a adressé une adhésion individuelle.)

M. le docteur Hermel, à Paris.
M. le docteur Cornay (de Rochefort), à Paris.
M. le docteur P. Bérard aîné, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président des jurys médicaux.
M. le docteur Beaumetz (Dujardin), à Paris.
M. le docteur Levaillant, à Paris.
M. G. Bon, pharmacien, à Paris.
M. Hottot, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.
M. le docteur A. Dupuis, à Paris.
M. le docteur Proal, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
M. Serres, membre de l'Académie des sciences, professeur au jardin des Plantes.
M. le docteur Longueville, ex-chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain, et du jury médical de Seine-et-Oise, à Paris.

Total de la cinquième liste,	101
Listes précédentes,	194
Total général, à ce jour,	295

Les noms suivants ont été mal indiqués dans la précédente liste :

M. le docteur Blanche, à Valenciennes.
M. Huart, vétérinaire, à Valenciennes.

Quelques demandes sont arrivées à la Commission permanente pour connaître la durée du Congrès.

La Commission est actuellement en instance devant les ministres compétents pour obtenir une durée de quinze jours. L'autorisation des ministres sera publiée aussitôt qu'elle sera connue de la Commission.

— Nous recevons de Versailles la communication suivante :

CONGRÈS MÉDICAL. — Une réunion nombreuse composée de médecins, de pharmaciens et de médecins vétérinaires de l'arrondissement de Versailles, a eu lieu samedi dernier au chef-lieu du département de Seine-et-Oise, dans le but de s'occuper du Congrès médical. La séance, présidée par M. Noble père, a été assez longue et bien remplie. Il a été décidé à l'unanimité 1° qu'il y avait lieu à s'occuper de la solution des questions proposées par la Commission chargée de l'organisation du Congrès; 2° une commission a été nommée pour répondre à ces questions; Commission qui réunira de nouveau les médecins, pharmaciens et médecins vétérinaires de l'arrondissement pour lui soumettre son travail, après l'adoption duquel la réunion générale nommera des délégués qui représenteront l'arrondissement au Congrès; 3° il a été décidé que la Commission qui venait d'être nommée, inviterait les médecins des autres arrondissements à se réunir pour s'occuper aussi du Congrès médical.

La Commission est ainsi composée :

Médecins : MM. Noble père, Bataille, Leroi-Boucher, Daguernelle, Braillard, Berigny (de Meulan) et Voisin (de la Celle-Saint-Cloud).
Pharmaciens : MM. Blin, Leduc, Labbé, Thibierge et Oudinet.
Médecins-vétérinaires : MM. Berger, Zeller et Bruyant.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Petite et humble réponse à Timon.

J'ai depuis longtemps sur mon bureau, ouvert à la page 21, le dernier pamphlet de Timon qui pour titre *Feu! feu!*

A cette page, j'ai lu avec étonnement le passage qui suit :

« Pour ce qui est de savoir ce qu'ils ont appris de morale et de » religion, ayez la complaisance de vous adresser aux élèves eux- » mêmes, lorsqu'ils descendent les escaliers de la Sorbonne avec leur » diplôme de bachelier sous le bras, et vous allez voir ce qu'ils vont » vous répondre :

» Monsieur le bachelier, à qui j'ôte mon chapeau, que savez-vous » en religion? Rien.

» Entrez-vous parfois à l'église? Jamais.

» Quelles sont vos œuvres de charité? Aucune.

» Que faites-vous le matin? Je fume.

» Et le soir? Je polke.

» Très-bien! Vous voyez avec quelle candeur viennent de me ré- » pondre ces bacheliers fraîchement reçus.

» Mais après avoir vu ce qu'ils sont, voyons un peu ce qu'ils de- » viennent.

» Où va-t-elle, cette jeunesse sceptique? Où elle va! Elle va à » l'Ecole normale, et elle peuple vos colléges; elle va à l'Ecole de » droit, et elle peuple vos tribunaux, vos cours royales et votre cour » de cassation, vos barreaux, vos études de notaires, d'avoués et » d'huissiers; elle va aux écoles de médecine, et elle peuple vos fa- » cultés, vos hôpitaux, vos cités et vos villages; elle va à l'Ecole po- » lytechnique, etc., etc. »

Vous comprenez la conclusion : Nous sommes un peuple d'athées, sans mœurs, sans charité, dignes du despotisme dans ce monde et du feu éternel dans l'autre. C'est peu consolant.

Arrière de moi toute intention de discuter avec Timon la grande question de l'éducation laïque ou religieuse, libre ou sous la dépendance de l'Etat.

Arrière de moi surtout toute prétention de lutte littéraire contre ce style si éclatant dans son originalité.

La thèse que je veux soutenir est bien simple; elle n'est autre que le vieil adage emprunté à la sagesse des nations, et je lui laisse sa formule populaire et énergique : *Il faut que jeunesse se passe.*

Il y a quelques semaines, j'assistai à deux distributions de prix. La première était celle d'une institution célèbre et fort vantée dans le monde religieux. Les élèves y abondent. L'assemblée était nombreuse et, d'après les apparences, bien composée. Assis sur des gradins aux parties latérales d'une grande salle, les élèves, les bras uniformément croisés sur la poitrine et dans l'attitude de l'immobilité, silencieux et les yeux baissés, semblaient être étrangers à cette fête, ailleurs pour eux si animée et si joyeuse. Tout, sur ces pauvres enfants, respirait la contrainte. Séparés de leurs parents, ils ne pouvaient même échanger avec eux quelques signes de tendresse. Un prêtre lut un long, austère et froid discours sur les devoirs des parents envers leurs enfants pendant le temps des vacances. La distribution des prix vint ensuite; je me trompe, c'est la proclamation qu'il faut dire; car pour étouffer dans ces jeunes cœurs ce que nous appelons émulation, et qui s'appelle la vanité de collége, on ne donne pas les prix publiquement; on proclame les vainqueurs qui, à l'appel de leur nom, doivent seulement se lever, incliner respectueusement la tête et se rasseoir en silence. Là, pas de couronnes, pas d'applaudissements, pas de ces joies si naïves et charmantes, pas non plus de ces émotions maternelles si touchantes qui font garder de ces fêtes un souvenir frais et riant.

Où vont-ils, ces jeunes gens ainsi élevés dans la contrainte et la dissimulation? Ils viennent aussi dans nos écoles, où leurs habitudes et leurs allures leur font bientôt une place à part. Ne leur demandez pas ce qu'ils y font, ils se garderaient bien de le dire.

Le matin, on les voit dans quelque service d'hôpital bien obscur, bien ignoré, dans la prévision d'un concours prochain au Bureau central, dont le chef de service peut être juge.

Un peu plus tard, dans un pieux couvent de femmes, où une neuvaine doit se dire en faveur de ce concours.

Le soir dans le monde dévot, où ils rencontrent de chauds appuis et de brillantes protections.

Le concours, qu'ils détestent, mais qu'il faut subir en attendant des jours meilleurs, ce n'est pas la lutte du savoir et du talent, c'est l'intrigue sourde, obséquieuse, mystique, faisant mouvoir les ressorts les plus étranges et les plus inattendus, enveloppant le juge dans les nombreuses et inextricables mailles de ses affections, de sa parenté, de ses intérêts prochains ou lointains, de ses joies ou de ses douleurs, de ses craintes ou de ses espérances.

Un juge de concours allait se marier. Il voulait prendre femme dans une famille très pieuse, où, sans cependant lui imposer des conditions rigoureuses relativement à ses croyances, on désirait certaines observances qu'il ne remplissait pas. Le protecteur d'un des concurrents le menaça de divulguer le méfait à la famille, s'il ne lui donnait pas sa voix.

Le méfait était grave, il faisait gras le vendredi.

Je tiens la chose du juge lui-même. Et j'en connais bien d'autres.

J'ai vu de près ces jeunes gens à éducation prétendue religieuse — qu'il ne faut pas confondre avec l'éducation pieuse — ils sont rogues, sournois, susceptibles, inquiets, intolérants pour les fautes, sans indulgence pour les erreurs, méfiants, craintifs et jaloux. Les croyez-vous plus purs que les autres dans leurs mœurs? Erreur complète; ils cachent leurs plaisirs, et voilà tout. Sans abandon, sans épanchements, sans enthousiasme, ils ont perdu, ils n'ont jamais connu ces sentiments humains qui rendent la jeunesse aimable. Tels on les a faits dans les colléges, tels on les retrouve dans les écoles et dans le monde. Leur religiosité ne les garantit ni de l'envie, ni de la haine, ni de l'intrigue, ni de l'injustice; tout ce qu'elle fait pour eux, c'est de les préserver du scandale, car la prudence est pour eux la première des vertus.

L'autre distribution était celle d'un collége tout universitaire. Là, tout était joie et bonheur, bruit et mouvement, animation et gaieté. Ces pauvres enfants, tout fiers de leurs couronnes, les apportaient à leurs mères joyeuses, et leurs camarades, applaudissant à leurs triomphes, voyaient sans jalousie ces succès proclamés avec une équité parfaite. Un fait touchant fut raconté. Un jeune rhétoricien, qui a eu le malheur de perdre sa mère il y a quelques années, apporte tous les ans sur son tombeau ses couronnes de collége. Cette piété filiale lui a porté bonheur, sa mère a déjà reçu dix-huit couronnes.

Ces jeunes gens quittent le collége et viennent dans nos écoles. Qu'y font-ils?

D'après Timon, le matin ils fument, et le soir ils polkent.

En vérité, si dans l'intervalle ils travaillent sérieusement, je ne vois pas que ce soit là un grand malheur.

Après avoir fait leur service dans les hôpitaux, disséqué une partie de la journée, suivi leurs cours, si vous préférez qu'ils aillent chanter des cantiques à Saint-Sulpice plutôt que se distraire dans un lieu moins austère, c'est votre idée, Timon, idée de 60 ans; mais de 18 à 25, il est permis, sans abomination de la désolation, d'avoir d'autres goûts, d'autres plaisirs; je pourrais même dire, avec un peu de physiologie, que c'est nécessaire. Le plaisir, dans une juste mesure, est le stimulant nécessaire pour prévenir l'atonie intellectuelle.

Demandez aux grands médecins vos contemporains s'ils se faisaient faute de ce stimulant. Bichat, selon la tradition, écrivait ses pages immortelles sur la table d'un estaminet.

Il y a quarante ans environ, un jeune interne de la Salpêtrière était aussi renommé, parmi ses camarades, comme *piocheur* que comme ardent ami du plaisir. Sans lui, pas de bonne fête; sans lui, pas de bonnes dissections. Ses prouesses à la *Chaumière* du temps étaient aussi célèbres que l'étaient, à l'amphithéâtre, ses injections des lymphatiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Leçons sur les maladies des femmes.

Des corps fibreux de l'utérus.

(Suite du numéro du 16 septembre.)

Le pronostic des corps fibreux de la matrice est d'une haute importance, avons-nous dit, et nous nous proposons de le démontrer en établissant que la thérapeutique de cette maladie doit être entièrement basée sur ce pronostic même.

En général les corps fibreux qui s'établissent du côté du ventre ne causent d'accidents que d'une façon mécanique par les pressions qu'ils occasionnent, mais pathologiquement, organiquement ils ne provoquent aucun trouble. Toutes les fois que ces corps ont dépassé le détroit supérieur, tant qu'ils conservent un volume modéré, les femmes n'en sont point tourmentées; il en est un grand nombre qui portent de ces tumeurs sans en avoir même le soupçon; celles qui surtout ont un certain embonpoint les conservent quelquefois fort longtemps avant de s'apercevoir de leur présence; le plus ordinairement elles les découvrent plutôt par hasard en passant la main sur l'abdomen, que par suite d'une douleur dont le corps fibreux serait la cause. La tumeur peut ainsi exister depuis un temps fort long sans produire aucune espèce de trouble dans la santé générale; les femmes restent fraîches, l'appétit est conservé, toutes les fonctions sont intactes, et cet état dure tant que le corps fibreux ne dépasse pas le volume du poing ou d'une tête de fœtus.

Quand la tumeur a acquis une grosseur plus considérable, lorsqu'elle est parvenue à la dimension d'une tête d'adulte, par exemple, les accidents mécaniques commencent alors à se produire, les intestins se trouvent refoulés, comprimés, d'où résulte une constipation opiniâtre ou plutôt des alternatives de constipation et de diarrhée, ce qu'on peut expliquer facilement. En effet, quand les matières stercorales ont été longtemps arrêtées dans l'intestin par suite de la compression que leur fait subir la tumeur, elles finissent par amener une irritation qui produit de la diarrhée; puis la constipation renaît de nouveau, et ainsi de suite: c'est une marche qu'on observe souvent et dont il faut être prévenu.

Dans d'autres cas, les fonctions de l'estomac sont troublées; ce viscère se trouve refoulé en haut, et les digestions finissent par s'altérer. Par le même mécanisme, la respiration ne s'effectue pas librement, il y a de la dyspnée, les femmes ne peuvent plus marcher, monter surtout sans être fortement gênées par une grande difficulté dans la respiration. Enfin le système nerveux peut aussi entrer en action et des perturbations plus ou moins considérables s'y faire remarquer; puis la compression qu'exerce la tumeur sur les gros vaisseaux de la partie inférieure du tronc, sur les veines iliaques, l'aorte, la veine cave inférieure, amène de l'infiltration dans les membres abdominaux. On voit encore assez souvent quelques points du péritoine qui s'enflamment et qui amènent une exhalation séreuse, une hydropisie qui vient ajouter encore à la gêne de la malade.

Quand le corps fibreux occupe seulement le bassin et s'y développe, ce sont des symptômes d'un autre ordre qu'on observe. Les fonctions utérines ne tardent pas à être troublées quand la masse devient volumineuse; la femme éprouve bientôt des pertes, et les fonctions de la vessie sont entravées.

Ainsi, quand la tumeur occupe le ventre, il faut savoir qu'elle ne signale sa présence par aucun signe pendant quelques mois, quelques années même; cela se comprend d'ailleurs, à cause de la largeur de la cavité abdominale et de l'extensibilité de sa paroi antérieure. Quand le corps fibreux est parvenu à une grande dimension, alors surviennent les accidents dont nous venons de parler, alternatives de constipation et de diarrhée, puis compression des gros vaisseaux, puis infiltrations, troubles nerveux, péritonite, ascite, etc.

Tels sont les phénomènes que produisent les corps fibreux du côté du bas-ventre.

Mais on comprend que ces accidents ne se manifestent jamais chez certaines femmes, tandis que chez d'autres on les observe dès le commencement. Ainsi les tumeurs fibreuses qui se développent dans les parois même de l'utérus et qui remontent ensuite dans l'abdomen ne provoquent en général aucun accident; et qu'on ne pense pas que ce soit là une pure assertion, nous avons vu dans notre pratique des faits, et en grand nombre, qui nous ont démontré la vérité de ce que nous avançons. Qui ne sait d'ailleurs que dans les hôpitaux, où succombent beaucoup de vieilles femmes, à la Salpêtrière, par exemple, un grand nombre de sujets meurent de toute autre maladie en présentant de ces corps fibreux parvenus à des volumes divers? C'est là un fait acquis, bien connu, qu'il y a de ces femmes qui portent depuis dix, quinze, vingt ans de ces corps fibreux sans que jamais ils aient manifesté leur présence en amenant des troubles dans la santé générale.

Chez d'autres, il est vrai, les choses se passent tout différemment. Si la tumeur ne s'étend pas du côté du ventre, mais qu'elle demeure dans l'excavation, elle finira, en grossissant, par comprimer tous les viscères qui s'y trouvent, et amènera des accidents de la plus haute gravité. La vessie, le rectum, les vaisseaux, soumis à une pression sans cesse croissante, s'enflammeront; la cystite, la néphrite, l'urétrite, les inflammations, les infiltrations et le cortége de symptômes généraux sérieux qui accompagne chacune de ces maladies, pourront se montrer et mettre la femme dans un grand danger.

On voit donc que toujours les accidents que pourront entraîner les corps fibreux, seront subordonnés à la position de la tumeur et à son volume; mais il ne faudra pas oublier non plus de prendre en considération la constitution de la malade. Il est des organisations bizarres chez lesquelles les plus légères causes, en apparence, produisent des résultats on ne peut plus sérieux. Il y a des femmes, par exemple, qui, avec une tumeur fibreuse du volume du poing, vont éprouver des accidents continuels et graves, des convulsions, des inflammations, etc.; d'autres, au contraire, avec une tumeur beaucoup plus volumineuse, ne ressentiront absolument rien; mais tous les médecins connaissent ces différences singulières; il est inutile de s'y arrêter plus longtemps.

Nous devons examiner présentement ce que peuvent devenir ces tumeurs fibreuses, avant d'étudier la thérapeutique qu'on doit leur appliquer.

Les corps fibreux de l'utérus peuvent-ils guérir? A cette question, on peut hardiment répondre: Jamais.

On n'a certainement jamais obtenu la guérison de ces tumeurs; car il est dans la nature même de ces corps de croître indéfiniment, ou du moins de ne jamais rétrograder; on a seulement remarqué que quelques-uns étaient susceptibles de s'arrêter dans leur développement. Nous insistons particulièrement sur ce point, sur lequel nous reviendrons encore plus tard. Il est en effet important de savoir que si ces corps fibreux ne peuvent se résoudre, au moins est-il certain qu'il en est dont le développement peut cesser, et qui ne dépassent pas un volume acquis. Or, si ce volume n'est pas trop considérable, nous avons dit que la présence de ces tumeurs était compatible avec la santé.

Sont-ils susceptibles de dégénérescence! Les faits démontrent que les corps fibreux peuvent dégénérer, mais non pas en tumeurs de mauvaise nature; il est douteux au moins qu'ils puissent jamais se transformer en squirrhes, en tumeurs encéphaloïdes, etc.; mais s'ils ne dégénèrent pas en cancer, ils peuvent être changés en masses adipocireuses, acquérir la consistance pierreuse, osseuse. Nous pouvons citer à l'appui un fait bizarre. Nous avons vu une de ces tumeurs dont les dimensions étaient celles d'un utérus au terme de la grossesse; elle présentait à l'extérieur de grandes plaques de carbonate calcaire, et au-dessous de ces plaques se trouvait une matière plus mollasse. Du reste, des exemples assez nombreux démontrent que les corps fibreux de la matrice peuvent se transformer en matière pierreuse et osseuse.

Dans quelques cas, les tumeurs fibreuses se changent en matière blanchâtre ou jaunâtre, ou mêlée; cette matière ressemble tout à fait à de l'adipocire; elle est creusée de locules qui contiennent ordinairement un liquide séreux ou purulent. Ces transformations diverses n'ont, comme on le voit, aucune ressemblance avec les dégénérescences cancéreuses; ce sont toujours ou des matières calcaires, ou des substances grasses. En résumé, ce sont des tumeurs, non-seulement compatibles avec la vie, mais encore avec la santé; elles peuvent cesser de croître, mais ne guérissent jamais. Elles amènent, quand elles acquièrent un grand volume, de la gêne dans les fonctions, mais mécaniquement. Les troubles qu'elles occasionnent sont des coliques, des douleurs dans le bas-ventre, des altérations dans les fonctions digestives, des infiltrations, etc.

Leur pronostic n'est, en général, que peu grave; car si, d'un côté, il est vrai que ces tumeurs ne peuvent guérir, il est constant aussi qu'elles ne sont pas dangereuses pour la vie.

Quant à celles qui demeurent dans l'excavation, quelques-unes d'entre elles proéminent par une de leurs extrémités dans le ventre, et par l'autre dans le vagin. Le pronostic de celles-là est plus grave; elles provoquent souvent des pertes abondantes qui, se répétant sans cesse, affaiblissent la femme et finissent par la tuer. En outre, comme elles occupent le détroit supérieur, elles compriment aussi la vessie, les intestins et les vaisseaux et amènent, par conséquent, tous les troubles fonctionnels qui résultent de cette compression.

La distinction que nous établissons ici entre le pronostic de ces deux espèces de corps fibreux, suivant leur position, a son importance en pratique.

En présence du pronostic que nous portons de ces tumeurs, toutes les fois qu'un médecin sera appelé pour un corps fibreux de l'utérus, pourra-t-il se décider à employer une médication compromettante pour la vie de sa malade? Sachant qu'une tumeur fibreuse permet à la femme de vivre longtemps; sachant qu'il est possible que son développement s'arrête ou qu'elle se transforme en matière osseuse, pierreuse; que la santé de la malade se maintiendra dans un état passable tant que la tumeur n'atteindra pas un volume considérable; n'ignorant pas d'ailleurs que les corps fibreux ne guérissent par aucune médication, si ce n'est par des opérations, et une entre autres des plus graves, qui a été faite un certain nombre de fois depuis quelques années, le médecin devra-t-il se décider à la pratiquer?

C'est une question véritablement sérieuse et digne de toute l'attention des praticiens, que nous nous proposons d'examiner prochainement.

PAJOT.

Un jour de *Mardi-Gras*, ô malheur! son tour de garde était venu, et cela sans égard pour une partie charmante projetée depuis longtemps, sans égards pour la solennité du jour de tout temps chère aux étudiants. Que faire? Un camarade était dans la maison, à qui il propose de vendre sa garde pour deux des siennes; le marché est conclu, et voilà mon jeune homme qui, pimpant et joyeux, s'envole vers la fête.

Mardi-Gras, voilà de tes vilaines actions! Le camarade, infidèle à ses promesses, quitte vers le soir la salle de garde et, ne résistant pas aux attraits de la journée, oublie ses conventions et son devoir.

Une nuit de Mardi-Gras les accidents sont fréquents, même à la Salpêtrière, et personne à la salle de garde!..... Le matin grande rumeur. Le père Lallemant, vieux chirurgien du service, qui avait été plusieur fois réveillé dans la nuit, avait fulminé un rapport contre l'interne de garde; celui-ci avait eu beau mettre en avant sa convention avec le camarade, le chirurgien, pas plus que l'administration, ne put en reconnaître la validité. Le cas était grave; car, d'après les règlements, il ne s'agissait de rien moins que de l'exclusion.

Grâce à sa réputation de travailleur, grâce aux espérances que ce jeune interne donnait à la science, l'administration fut pour lui paternelle, et il en fut quitte pour la réprimande.

Mais le camarade infidèle devait être puni, si ce n'est par l'administration, du moins par ses collègues, et il le fut.

Le dimanche suivant, tous les internes de la Salpêtrière étaient réunis à un déjeuner donné par notre interne en question. Il était convenu qu'il fallait à tout prix griser le camarade infidèle. La chose fut un peu longue, mais enfin on en vint à bout, et vers le soir, ivre-mort, il tomba sous la table.

Nos jeunes gens l'emportent dans son lit et lui appliquent, selon toutes les règles de l'art, le grand appareil de Scultet pour les fractures de la cuisse.

Le matin, les fumées de l'ivresse se dissipent; le camarade ouvre les yeux, et voit à son chevet son ami qui avait pris sa figure la plus piteuse; il veut faire un mouvement, mais il se sent lié et garrotté d'une façon étrange.

Qu'est ceci, s'écrie-t-il?

— Voyons, pas de faiblesse! répond l'autre; un petit accident qui n'aura pas de suite.

— Quel accident?

— Hier, dans ton ivresse, tu es tombé et tu t'es cassé la cuisse, immédiatement nous t'avons appliqué l'appareil; pas de mouvement, pas d'agitation, et dans quarante ou cinquante jours tu seras guéri.

— Miséricorde! une fracture de cuisse!..... Mais je ne me souviens de rien.

— Tu sais bien qu'il est un dieu pour les ivrognes, et ce dieu a voulu t'éviter la douleur.

— Mais, je ne sens aucun mal.

— C'est le narcotisme qui dure.

— Es-tu bien sûr qu'il y ait fracture?

— Le père Lallemant l'a constatée. De plus, il a ordonné pour ce matin une petite saignée que je vais te pratiquer immédiatement.

Et, en effet, il le saigna.

Puis vinrent les tisanes, les potions calmantes, la diète surtout, et cela pendant quatre grands jours durant lesquels le patient répétait sans cesse:

Mais c'est singulier; je ne sens rien, absolument rien. Je meurs de faim.

Le cinquième jour au matin, tous les internes réunis décidèrent qu'il était important, à cause de la fréquence du pouls, de défaire l'appareil et de visiter les choses; ce qui fut fait. La cuisse mise à nu:

Regarde, grand canard, dit l'interne réprimandé; ta fracture est guérie. Ceci t'apprendra à ne plus manquer à ta parole de camarade.

Qui est-ce donc qui joua ce tour un peu rude, il en faut convenir?

Un homme que vous aimez tous, si vous le connaissez, une des plus grandes réputations contemporaines, notre maître et notre père à tous, le bon, le vénérable M. Marjolin.

C'est de sa bouche même que je tiens ce récit, qu'il fait d'une manière charmante, et que je n'ai su rendre.

Je dis, et ce sera ma conclusion, qu'il est contre toute justice et contre toute raison d'affirmer, comme le fait Timon, que parce que les jeunes gens s'adonnent aux plaisirs de leur âge, ils sont pour cela sans foi, sans religion, sans charité.

La religion n'est pas le cagotisme; un étudiant en médecine n'est pas un séminariste.

Je dis que le cigare ou la polka ne font pas nécessairement de mauvais citoyens; qu'ils ne châtrent pas nécessairement nos jeunes hommes de l'amour de la patrie et de la liberté.

Vous parlez de liberté! Avez-vous donc oublié que pendant que la Grèce luttait héroïquement contre ses barbares oppresseurs, nos étudiants en médecine versaient 50 centimes par jour dans un tronc destiné aux descendants de Léonidas?

Vous parlez de charité! Vous ne connaissez donc pas cette noble et touchante institution fondée parmi les élèves de l'Ecole polytechnique. Là, tous les ans, et depuis la fondation, un certain nombre d'élèves pauvres voient payer le prix de leur pension par leurs camarades. Un seul, le trésorier, est dans la confidence du malheur; il touche les cotisations et les remet en secret aux destinataires. Jamais, jamais ce secret n'a été violé.

Allez, de telles actions valent bien des génuflexions hypocrites sur les dalles d'un temple, et toutes les patenôtres d'un cafard ne valent pas, aux yeux du Christ, la plus mince charité d'un étudiant.

Jean RAIMOND.

P. S. J'ai reçu un très grand nombre de lettres, de documents et de journaux relatifs au congrès médical. Le temps me manque aujourd'hui pour faire à ces communications l'accueil qu'elles méritent. Je le ferai mardi prochain. La nouvelle liste d'adhésions que nous publions aujourd'hui est bien rassurante pour l'avenir de cette institution. Je ne puis qu'engager de nouveau tous mes confrères à persévérer dans cette grande entreprise, dont le résultat, s'ils le veulent bien, peut être immense.

Note sur l'anthropologie comparée, par M. SERRES.

M. Serres a lu dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences un mémoire sur les monuments et les ossements celtiques découverts à Meudon dans le mois de juillet dernier.

Si l'on se rappelle, dit M. Serres, que j'ai pris pour base de mes leçons d'anthropologie au Muséum, les principes d'Hippocrate, principes d'après lesquels les races humaines sont filles de la contrée, de la zone sur laquelle elles se sont développées, on concevra le désir que j'avais de comparer les restes des Gaulois primitifs aux squelettes des Gaulois actuels.

Et, en effet, M. Serres a déjà distingué les deux variétés de la race gauloise; le type *gall*, et le type *kimry*. L'origine celtique de ces ossements ne peut être douteuse; car on a rencontré au milieu d'eux des haches gauloises en pierre, des lames de couteaux en silex, etc., instruments qui, comme on le sait, sont les véritables certificats des monuments celtiques.

Parmi les faits rapportés par M. Serres, il en est un qui nous paraît de nature à beaucoup intéresser les médecins, ceux particulièrement qui se livrent aux travaux d'érudition, trop négligés de nos jours.

M. Serres dit que le livre *De aere, locis et aquis* d'Hippocrate, est en grande partie un traité d'anthropologie comparée; contre l'avis de Coray et conformément à celui de M. Littré, il pense que la partie de ce livre qui traitait de l'Egypte et de la Libye, a été perdue.

Notre dernière Revue thérapeutique annonce que le dr Stapleton, de Trowbridge, a eu l'idée de combattre un tétanos par l'alcool à haute dose. M. le docteur Félix-Legros nous rappelle que cette idée n'est rien moins que neuve; qu'il l'a préconisée depuis longtemps, et qu'elle a été mise en pratique à la Guadeloupe sur cinq malades affectés de tétanos, dont deux guérirent. (Voir *Gaz. des Hôpitaux*. 1844, n° 82.)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.

(Suite du numéro du 6 septembre.)

Sixième observation. — Nous avons au n° 33 de la salle Sainte-Anne une femme de trente-deux ans, qui pendant quelque temps a été dans le service d'un de nos collègues ; elle est atteinte d'une gastralgie. Il y a quatorze mois, peu de jours après être accouchée, à la suite de très vives contrariétés, elle fut prise d'une perte de connaissance, mouvements convulsifs, écume à la bouche ; ce symptôme, l'écume à la bouche, n'a été observé qu'à la première attaque. Notons, en passant, cette circonstance importante d'une vive contrariété. Chez les sujets vivement impressionnables, disait Georget, les contrariétés agissent sur le système nerveux comme un coup de bâton sur les épaules. La première attaque de la malade dura trois quarts d'heure environ ; émission involontaire des urines et des matières fécales. Tous ces symptômes se rapportent évidemment à l'épilepsie, et cependant, pour nous, cette malade n'est pas épileptique ; nous pensons qu'elle a eu, au moment où nous parlons, une attaque d'éclampsie, favorisée par l'état puerpéral dans lequel elle se trouvait alors. Maintenant, les attaques reviennent environ tous les quinze jours ; pendant leur durée, la malade a des convulsions, mais ne pousse pas de cris ; il n'y a pas d'écume à la bouche ; émission involontaire des matières fécales dans le lit. Lorsque l'accès est terminé, elle s'endort ; le réveil est accompagné de pleurs. Ce n'est pas ainsi que se termine l'attaque d'épilepsie, à laquelle succède toujours pendant un temps plus ou moins long un état d'hébétude, de demi-idiotisme. Ajoutez à cela, circonstance importante aussi, que les règles se sont supprimées pendant trois mois. Celui de nos collègues dans le service duquel est restée cette femme, aurait, nous dit-elle, employé, pour faire reparaître les règles, des moyens qui auraient en partie réussi.

Relativement aux prodromes, cinq à six minutes avant l'attaque, la malade éprouve une sensation de boule qui remonte de l'hypogastre, et détermine une constriction violente du gosier. C'est sur l'ensemble de ces phénomènes, boule hystérique, constriction du gosier, absence de l'écume à la bouche, terminaison de l'accès par le sommeil, etc., que nous fondons notre opinion que cette femme est atteinte d'hystérie et non d'épilepsie. Sans vouloir anticiper sur ce que nous dirons plus tard, signalons en passant un fait curieux ; c'est que, bien qu'ils ne puissent pas avoir d'attaques d'hystérie, puisqu'ils n'ont pas de système utérin, il y a cependant des hommes qui ont présenté des symptômes absolument identiques à ceux que l'on observe chez les femmes hystériques. Cette circonstance est une de celles qui nous font penser que le nom de la maladie devrait être changé. Cependant, bien que nous admettions la possibilité d'accès hystériformes chez l'homme, nous engageons les praticiens à toujours se défier de cas de ce genre, surtout si les malades peuvent avoir le moindre intérêt à vous tromper. Nous avons vu, à Bicêtre, un homme qui prétendait avoir des attaques d'hystérie ; il les décrivait avec tant d'exactitude, accusant une demi-perte de connaissance, une impossibilité complète de répondre, tout en ayant la conscience de ce qu'on lui disait ; enfin, nous lui trouvâmes tant d'esprit et d'instruction, sous ce rapport, que nous finîmes par croire que ce malade simulait une maladie qu'il n'avait pas réellement. M. Casimir Broussais a eu également l'occasion d'observer un cas de ce genre, mais qui, comme le nôtre, nous paraît avoir été un fait un peu douteux.

Septième observation. — Au n° 7 de la salle Sainte-Jeanne est un homme de cinquante et un ans, robuste, d'une forte constitution. Cet homme a servi pendant longtemps dans l'armée ; il a fait les dernières campagnes de l'Empire en qualité de soldat de la vieille garde, circonstance que nous mentionnons parce que ce corps, étant recruté parmi les meilleurs sujets, il nous reste prouvé que cet homme était brave : or, il se trouve que l'affection dont il est atteint est une de celles qui reconnaissent la frayeur comme la cause la plus fréquente. Ce malade vit un jour tomber d'un lieu élevé un homme qui se tua devant lui ; la frayeur qu'il éprouva fut si vive qu'il eut immédiatement une attaque d'épilepsie. Jusqu'alors il avait joui d'une parfaite santé, et n'avait jamais été sujet à aucune maladie nerveuse. Ses parents se sont toujours bien portés, et n'étaient épileptiques ni l'un ni l'autre. Lorsqu'un accès survient, il tombe par terre tout à coup sans accuser aucun phénomène précurseur. Il perd complètement connaissance ; contracture des membres, convulsions toniques, respiration stertoreuse ; il ne pousse pas de cris. ne rend pas ses matières sous lui. Chacune des attaques dure cinq à six minutes. Au réveil, il ne garde la mémoire de rien de ce qui lui est arrivé ; mais il éprouve un sentiment de courbature générale avec brisement des membres, et reste pendant un certain temps dans cet état de stupeur et de demi-idiotisme qui suit habituellement les attaques d'épilepsie.

Huitième observation. — Nous terminerons cette revue rapide des maladies nerveuses qui se sont présentées à nous pendant la clinique de 1845, par le fait suivant. Il est relatif à une jeune femme de vingt et un ans, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Anne, d'une constitution de force moyenne, d'un tempérament plutôt lymphatique que nerveux. Son intelligence est assez peu étendue ; cette femme semble être sur les confins de l'idiotisme. Il y a peu de jours, elle est allée à la campagne chez sa belle-mère ; à la suite d'une altercation assez vive, elle a eu ce qu'elle appelle une révolution ; puis elle portait ce jour-là une robe trop serrée, et ne put donner à teter à l'enfant qu'elle nourrissait. De toutes ces circonstances, nous dit-elle, est résulté ceci : elle nous dit avoir été pendant quelques moments comme folle, et sans perdre complètement connaissance, elle a perdu momentanément l'intelligence. En même temps, douleur violente sur l'un des côtés de la tête, à gauche, et pendant quelques minutes, mouvement involontaire et incessant du membre pelvien et thoracique droits, mouvement plus fort dans le bras que dans le membre inférieur. De plus, la sensibilité était notablement diminuée dans le côté droit. Cette circonstance est de la plus haute importance pour le diagnostic. Les fonctions organiques méritaient d'être examinées chez cette malade ; il y avait des phénomènes tels, que l'on a pu attribuer la lésion des centres nerveux à une affection d'une tout autre nature que celle qui existait réellement. Soif vive, inappétence, peau chaude, pouls fréquent, développé ; état fibrile très marqué. Les mamelles étaient turgides, tuméfiées, rouges, très dures. Le moindre attouchement était insupportable ; il n'y avait rien au cœur ni à la poitrine. Elle ne nous a pu dire si elle avait eu un frisson initial.

Tous les symptômes dans un cas de ce genre sont ceux d'un état aigu ; les causes qui les ont déterminés sont également celles qui produisent l'état aigu. Mais la malade a-t-elle dans le cerveau un travail inflammatoire ? N'a-t-elle qu'une modification nerveuse, et doit-on rapporter ces phénomènes à la chorée ? Le premier jour de l'interrogation, nous nous sommes abstenu. Il y a, avons-nous dit, des signes d'encéphalite locale, absence de sensibilité, invasion brusque de la maladie, phénomènes généraux de réaction ; mais d'un autre côté, les impressions morales vives produisent le plus souvent les névroses ; les mouvements involontaires que nous avons signalés semblent pouvoir se rapporter à des phénomènes chroniques. Une saignée a été pratiquée, et le sang ne présente pas la couenne inflammatoire. Nous aurons occasion dans le cours de ces leçons de revenir sur les symptômes présentés par cette malade, et d'en apprécier la valeur.

Considérations générales.

Les névroses constituent l'un des points les plus obscurs de la pathologie ; et d'abord, une question se présente à nous ; faut-il admettre des névroses ? Le mot est encore nouveau dans la science. Cullen est le premier qui s'en soit servi ; mais cet auteur, ainsi que ceux qui l'ont suivi, ont dû nécessairement ranger parmi les névroses un grand nombre d'affections tout à fait différentes des névroses véritables. Il a fallu formuler les principes de l'organisme pour déterminer ce qui était nerveux, ce qui ne l'était pas. Après Cullen, qui, disons-nous, est le premier qui ait réuni les névroses en une seule et même classe, non sans y réunir un grand nombre d'affections de nature bien différente, Pinel, dans sa classification, assez complète d'ailleurs, réunit aux névroses des maladies qui n'auraient pas dû se trouver dans la même classe. A cette époque, l'anatomie pathologique n'avait pas encore fait assez de progrès pour permettre d'établir une classification exacte et précise.

Qu'est-ce qu'une névrose ? La définition que nous allons vous donner nous semble à la fois juste et assez courte pour être adoptée.

Nous définissons la névrose : une maladie longue de sa nature, apyrétique, ordinairement intermittente, peu grave, difficilement curable, et présentant des symptômes très prononcés, des altérations pathologiques nulles et presque nulles. Voilà, pour nous, les caractères principaux des névroses ; ces caractères différencient ces affections des inflammations et des altérations organiques ; nous avons eu plusieurs fois occasion de dire, à propos de diverses maladies, que l'on avait pendant longtemps fait les plus grands efforts pour établir des divisions et des classifications dans les névroses. Voici une division des plus récentes, celle que l'on adopte généralement aujourd'hui, et qui nous semble, du reste, assez convenable.

On a distingué les névroses en : névroses de la sensibilité ; celles-là sont caractérisées par un excès de sensibilité, par une véritable douleur ; ce sont les névralgies. Les névroses du mouvement ; celles-là sont très nombreuses ; elles comprennent les cas dans lesquels le mouvement peut être aboli, diminué ou seulement perverti ; névroses de l'intelligence, comprenant toutes les *vésanies*, toutes les folies possibles ; les névroses des sens ; et puis enfin les névroses de certains organes en particulier ; enfin celles des organes de la génération. Bien que, comme nous venons de le dire, il y ait du bon dans cette division, ce n'est point celle à laquelle nous nous sommes arrêté.

Nous divisons les névroses en 1° névroses cérébrales, classe qui comprend les névroses du sentiment, du mouvement, de l'intelligence et des sens ; 2° névroses de la vie organique, c'est-à-dire celles qui ont pour siége le système nerveux qui préside aux fonctions digestives, respiratoires, circulatoires, etc. Cette classification nous semble avoir sur la précédente le grand avantage de se rapprocher de l'ordre physiologique. En effet il est des névroses, et elles sont nombreuses, qui participent de plusieurs des sections établies par les auteurs de la classification que nous avons exposée en premier lieu. Il est évident, par exemple, que si nous rangeons l'hystérie parmi les névroses du mouvement, tous les phénomènes que présentent les hystériques ne pourront être compris dans la même section ; car il y a d'autres symptômes que les lésions du mouvement. C'est là une névrose complexe.

Une autre question se présente. Quelle est la nature des névroses ? Cette question a été l'objet de vives discussions dans ces dernières années. On aurait de la peine à croire, si l'on ne connaissait l'histoire des doctrines médicales qui se sont succédé, on aurait de la peine à croire qu'il y a trente ans on ait nié l'existence des névroses pour les attribuer à des lésions organiques, à des inflammations cérébrales. L'épilepsie était toujours, pour les partisans de ces idées, ou une inflammation cérébrale, ou la suite d'une phlegmasie, ou d'une irritation du cerveau. Quant aux névroses de la vie organique, il avait été facile de les rattacher à des altérations organiques ; la gastralgie et la gastrite étaient la même chose, une seule et unique maladie. Il y avait dans cette manière de voir une énorme erreur, d'autant plus préjudiciable, que le traitement basé sur la connaissance de la nature de la maladie, se trouvait ainsi dirigé à contre sens. Il est évident qu'une névrose ne peut être rapportée à une inflammation ; aucun des caractères des névroses n'est le même que ceux que présentent les phlegmasies.

Relativement aux causes, mêmes différences. Pour les névroses, les causes sont presque toujours des causes morales, des chagrins, des frayeurs. Pour les phlegmasies, elles sont presque toujours physiques, soit traumatiques, soit déterminées par un passage brusque d'une température à une autre. Chez l'individu qui est affecté d'une névrose, le système nerveux est presque toujours prédominant. C'est le tempérament sanguin plutôt chez ceux qui ont des phlegmasies. Ainsi donc les causes sont différentes, les prédispositions diamétralement opposées. Les symptômes des névroses sont souvent intermittentes, toujours excessivement intenses, d'une gravité hors de toute proportion avec les dangers que court le malade. Dans les phlegmasies, les phénomènes sont continus ; de plus, il y a des symptômes généraux de réaction, le plus communément du moins. Nous pourrions pousser ce parallèle beaucoup plus loin ; nous pensons qu'il suffira d'avoir fait ressortir à vos yeux les principales circonstances qui différencient ces deux classes de maladies si éloignées l'une de l'autre.

La distance est encore plus grande si l'on arrive aux description anatomiques. Dans les névroses, il n'y a pas de lésions anatomiques. Dans les phlegmasies, vous avez toujours des augmentations de volume, des changements de couleur, de consistance, des traces physiques, matérielles, qui indiquent que l'organe a été malade. D'après tout cela, nous affirmons qu'il est impossible de confondre en aucune manière une névrose et une phlegmasie bien caractérisée.

Docteur A. F.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 10 septembre 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La Société procède à la discussion, puis au scrutin sur la candidature de M. le docteur Guépratte, chirurgien-major de la marine, comme membre correspondaut.

M. le docteur Guépratte, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

— *M. le docteur Eguisier* met sous les yeux de la Société plusieurs modèles d'un appareil appelé irrigateur. Une commission, composée de MM. Robert, Laugier et Huguier, est chargée par M. le président de faire un rapport sur cet appareil.

— *M. le docteur Morel, de Fère*, envoie un travail à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. Une commission, composée de MM. Morel-Lavallée, Cullerier, Marjolin, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

— *MM. Lenoir* et *Guersant*, juges d'un concours pour deux places de médecin au Bureau central, demandent un congé d'un mois, qui leur est accordé aux termes du règlement.

M. le docteur Gosselin, chirurgien du Bureau central, candidat pour une place de membre titulaire de la Société de chirurgie, lit la première partie d'un travail ayant pour titre : *Études sur l'opération de la cataracte par abaissement.*

— *M. Monod* présente trois calculs formant dans leur ensemble un poids de 73 grammes, et qu'il a extraits le matin même par la taille hypogastrique chez un homme âgé de 60 ans. M. Monod promet de lire une note à ce sujet.

— *M. Morel-Lavallée* communique à la Société un cas qu'il considère comme un exemple de pertes séminales. Il a pour sujet un jeune homme se livrant à la profession de copiste. Une matière blanchâtre se déposant au fond des vases qui reçoivent l'urine est rendue par le malade avant et après avoir uriné. En allant à la garderobe, le malade rend par l'urètre un liquide visqueux et filant. Depuis près de six à sept ans, il y a affaiblissement de la mémoire et des forces ainsi que cessation de tout désir vénérien.

— Voici de nouveaux détails sur le malade que M. Chassaignac a dernièrement présenté à la Société comme guéri d'une fracture de la colonne vertébrale avec compression de la moelle, d'une double fracture de la cuisse gauche, consolidée avec un très faible raccourcissement, et d'une plaie de tête considérable. Cette observation, peut-être unique dans la science, soulève des questions importantes, notamment celle de savoir quelle influence exerce la paralysie des muscles sur la régularité de la consolidation des fractures.

Le malade qui fait le sujet de cette présentation a échappé, presque contre toute attente, à des lésions multiples et graves. C'est un homme de quarante ans, maçon, qui fut apporté à l'Hôtel-Dieu en février 1845. Il venait d'être, en quelque sorte, écrasé par la chute de la voûte d'une cave dans laquelle il travaillait. La colonne vertébrale était fracturée ; la cuisse gauche l'était dans deux points de sa longueur : d'une part, à quatre travers de doigt au-dessus des condyles ; d'une autre, à la partie supérieure, au-dessous du grand trochanter. En outre, toute la portion du cuir chevelu qui recouvre la partie postérieure de la tête, formait un vaste lambeau flottant qui retombait par son poids sur la partie postérieure du col. A ces lésions principales se joignaient une foule d'ecchymoses, d'éraflures, de petites plaies, comme on en observe chez les individus qui se trouvent pris sous des éboulements de pierres.

Voici comment il fut procédé à l'égard de ce malade. Afin de pouvoir le retourner dans son lit sans lui causer trop de douleur dans le but de constater l'état de la colonne vertébrale et de faire le pansement de la plaie de tête, M. Chassaignac commença par faire l'application de l'appareil à fracture de la cuisse. Cela étant fait, on parvint à placer le malade sur le ventre, et l'on reconnut au niveau des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales, une dépression qui permettait d'enfoncer le pouce dans les chairs à une profondeur de deux centimètres ; il ne resta aucun doute sur l'existence d'une fracture dont on reconnaît aujourd'hui encore les traces, le malade présentant une saillie très marquée et une incurvation du corps en avant, au niveau et à la place de la cambrure qui existe dans l'état normal à la partie inférieure de la région dorsale. D'ailleurs, la paraplégie, qui a persisté pendant près de trois mois, aurait achevé de dissiper les doutes, s'il en était resté. La paralysie n'existait que pour le mouvement ; car lorsqu'on pinçait la peau des membres inférieurs, le malade accusait une vive sensibilité. Les fonctions du rectum et de la vessie s'étaient conservées intactes. Après la constatation de ces désordres, la tête fut rasée complétement, à l'exception d'une mèche de cheveux qui fut conservée

au sommet du lambeau triangulaire à base inférieure, qui était formé par la partie postérieure du cuir chevelu. Cette mèche de cheveux facilita singulièrement le jeu de l'instrument, pendant qu'on rasait la surface du lambeau, et l'application du pansement, qui consista en bandelettes imbriquées de manière à envelopper complétement la partie postérieure de la tête sans laisser aucun espace à découvert. Un linge criblé et cératé, recouvert de charpie, de compresses et de bandes, fut appliqué sur les bandelettes qui, enlevées au bout du onzième jour, laissèrent voir une cicatrisation tellement parfaite que l'on reconnaissait à peine la ligne de section des téguments. Le malade fut soumis à des saignées abondantes et répétées ; il prit le tartre stibié en lavage.

Quoique l'appareil pour la fracture de cuisse eût été appliqué avec soin, il ne fut pas l'objet d'une surveillance rigoureuse, parce que les préoccupations se portaient vers les lésions bien autrement graves dont le malade était atteint, indépendamment de sa double fracture de cuisse ; et cependant il a guéri avec un raccourcissement beaucoup moins considérable que cela n'a lieu dans la plupart de ces fractures, à ce point même qu'il ne présente pas de claudication vraiment manifeste. En présence de ce résultat inattendu, on se demande si la paralysie du membre fracturé, en entravant l'action des puissances musculaires, ne peut pas être considérée comme la cause du peu de chevauchement qui a existé entre les fragments. Toujours est-il que cette question de la paralysie dans les fractures, et de son influence sur le mode et la régularite de la consolidation, mérite d'appeler l'attention des chirurgiens. Déjà elle a été l'objet de quelques recherches, mais particulièrement sous le point de vue de la durée nécessaire pour la consolidation. Le fait rapporté par M. Chassaignac est de nature à faire envisager la question sous des points de vue nouveaux et intéressants pour la pratique. On se demande aussi, à l'occasion de ce fait, en quoi la circonstance d'une double fracture sur un même os, pourrait influer sur le plus ou moins de régularité de la consolidation.

Influence de certaines altérations du lait comme cause de maladie chez le nouveau-né. — Ce travail, publié par M. Girard, professeur à l'École de médecine de Marseille, dans un des derniers numéros des Archives, commence par trois observations relatives à des enfants qui, sous l influence d'une alimentation lactée d'une mauvaise nature, furent pris de phénomènes pathologiques graves qui se dissipèrent aussitôt qu'une autre nourriture leur eût été donnée. Nous nous bornerons à rapporter le premier de ces trois faits :

En septembre 1840, un enfant âgé de cinq mois me fut amené. Cet enfant, me dit-on, était né fort et vigoureux ; on lui avait donné une nourrice dont le lait était âgé de quatorze mois. Cet enfant devint graduellement affamé ; il criait sans cesse, et ne se taisait qu'au sein. Au lieu de prendre de l'embonpoint, il allait graduellement en maigrissant. La diarrhée s'était établie, les selles étaient vertes.

Quand il me fut amené, voici l'état dans lequel il se trouvait : sa face était maigre, pâle ; sa langue rouge, avec quelques points isolés de muguet ; son ventre tendu ; un érythème très vif existait sur les fesses et les cuisses ; il avait une diarrhée fréquente, verte ; il vomissait plusieurs fois par jour du lait caillé ; son sommeil était mauvais et fréquemment interrompu.

La mère de cet enfant me raconta que déjà deux fois il avait présenté des phénomènes semblables, excepté les plaques de muguet qu'il avait pour la première fois. Ces symptômes avaient duré une quinzaine de jours, et avaient disparu après l'emploi de la diète, des bains et de quelques lavements d'amidon ; la diarrhée seule avait continué.

Mais, à cette troisième apparition, les symptômes avaient été plus intenses ; il y avait eu plus d'apparition du muguet, qui avait décidé la mère à me consulter. Je n'avais, à cette époque, que des idées fort incomplètes sur les analyses microscopiques du lait ; je me bornai donc à l'essayer avec le papier de tournesol ; il était très sensiblement alcalin. Croyant trouver dans cette condition une cause des souffrances de cet enfant, je fis prendre de la magnésie à la nourrice et à l'enfant ; j'employai en même temps des lavements, des bains, des gargarismes, mais ce fut en vain ; la diarrhée continua (dix à douze fois par jour), les plaques de muguet augmentèrent.

Alors je conseillai de changer de lait. Nous choisîmes une nourrice dont le lait était âgé de trois mois. Deux jours après la diarrhée avait diminué, et, après une semaine, tous les symptômes avaient disparu pour ne plus se reproduire.

— Sans vouloir généraliser et établir une théorie à l'aide de faits peu nombreux, dit l'auteur après être entré dans le détail des observations, n'est-il pas cependant logique de voir ici un rapport de cause à effet ? Est-il déraisonnable de conclure que certains états pathologiques graves peuvent être produits par les altérations seules du lait et peuvent se dissiper, même quand elles sont arrivées à un haut degré, par le retour à un lait de bonne qualité ? Il faudrait pouvoir s'assurer si ces altérations du lait peuvent coïncider parfois avec le maintien de la santé de l'enfant, et si telle ou telle altération du lait produit plus souvent ou constamment tel ou tel état morbide. Dans deux cas, l'état granuleux du lait a produit le muguet ; dans l'autre, l'état muqueux a déterminé des phénomènes gastriques. Sans doute, toute la pathologie de l'enfance n'est pas sous l'influence du lait ; mais beaucoup d'états inexpliqués ne pourraient-ils pas être expliqués et conjurés par l'examen de ce liquide alimentaire ?

Correspondance.

Paris, le 20 septembre, 1845.

Monsieur et très honoré confrère,

Je commence par remercier votre collaborateur de la courtoisie avec laquelle il me traite ; je répéterai ensuite que je ne me propose pas aujourd'hui de traiter la question qui nous divise. Je dis aujourd'hui, parce qu'en effet mon dessein est de le reprendre dans une nouvelle édition de mon *Traité de la vaccine*, que je prépare en ce moment.

Si, à la faculté de se substituer à la variole, la vaccine joint celle de la modifier, de l'adoucir, lorsqu'elles marchent ensemble, il me semble que cette heureuse modification doit se produire toutes les fois que la cause efficiente se manifeste. Ainsi, de même que la vaccine suffit toujours, sinon pour préserver absolument de la variole, du moins pour l'éloigner et la rejeter dans un temps plus ou moins éloigné, de même aussi la vaccine devrait toujours modifier la variole, lorsque les deux éruptions marchent à côté l'une de l'autre.

Soit que vous fassiez ce raisonnement, soit que vous ne le fassiez pas, vous comprenez toute la gravité de 16 cas de mort dans des cas où selon M. Clérault, il ne devrait pas y en avoir un seul. Et remarquez que ce ne sont pas des faits épars et dispersés que je rassemble ; car à s'y prendre de cette manière, il n'y a pas de fait, si rare qu'il soit, qu on ne puisse faire paraître presque communs. Ces faits, je les prends dans le même lieu, dans la même année, dans la même épidémie.

Maintenant, et c'est là surtout ce que vous tenez à savoir, où ai-je pris ces renseignemens ? Je viens de le faire lire à M. Gaultier de Claubry, dans M. Robert, l'historien de l'épidémie de Marseille ; mais prenez garde, il y a trois éditions de cette relation, l'une intitulée : *Précis*. Je n'ai pas la seconde sous les yeux. La troisième a pour titre : *Nouvelles vues sur la vaccine*. C'est dans celle-ci que se trouvent ces paroles :

« En juin, 9 individus ont succombé à une petite vérole qui a coïncidé avec la vaccine... Chez 3 décédés, la vaccine a marché encore de front avec la variole... Dans le courant du mois d'août, deux enfants sont morts de la variole ayant la vaccine en même temps... Enfin, le mois de septembre a offert deux exemples de mort survenue chez des enfants qui ont eu la variole conjointement avec la vaccine. »

Je ne sais si M. Clérault et son judicieux défenseur pensent, comme moi, sur ces faits ; mais ils ont à mes yeux d'autant plus d'autorité qu'ici la méprise est impossible. La variole et la vaccine qui marchent ensemble, la mort qui les suit, voilà certes des événements auxquels personne ne se trompera.

Votre collaborateur s'avise, en terminant, d'un autre genre d'argumentation. Il dit : Si votre enfant, placé au milieu d'une épidémie meurtrière, éprouvait les prodromes de la variole, ne le vaccineriez-vous pas ? Je sens que ma réponse n'apportera pas de grandes lumières dans la question ; mais j'ai tant de plaisir à me trouver d'accord avec mon très honorable correspondant, que je réponds : Oui, si j'avais été assez imprudent pour attendre jusque-la sans prendre mes précautions, je vaccinerais mon enfant, parce que, comme on le dit, la vaccine est tout ce qu'il y a de plus bénin ; je le vaccinerais encore, parce qu'à la rigueur, on peut se tromper sur les préludes de la variole, et que dans le doute il y a tout avantage à vacciner un enfant qui n'a pas payé son tribut à la variole.

Mais quand même, en ce cas, ma conduite déposerait contre mes principes, qu'est-ce que cela prouverait contre la justesse de ces principes ? Jenner avait trouvé la vaccine lorsqu'il lui naquit un fils. C'était bien le cas de le vacciner, ne fût-ce que pour montrer la confiance qu'il avait dans sa découverte ; cependant il lui inocula la variole. Qu en conclurez-vous contre la vaccine ?

Agréez, etc., Bousquet.

— Dans la dernière session des assises des Bouches-du-Rhône, une affaire d'empoisonnement par l'arsenic sur un enfant à la mamelle a été soumise au jury. Le rapport et les opérations médico-légales, confiés à MM. les docteurs Bernard, Roussel et Meynier, ont été développés devant les juges avec une clarté et une précision qui ne laissaient point de doute sur la nature du délit. Malgré cela, un verdict d'acquittement a été prononcé en faveur de l'accusée contre laquelle on n'a pu établir aucune preuve matérielle.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 112. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Douleurs et paralysie saturnines sans coliques.

Au n° 20 de la salle Saint-Lazare a été couché le nommé Dubarry, âgé de quarante-six ans, exerçant maintenant la profession de journalier, sorti il y a environ un mois d'une fabrique de blanc de céruse dans laquelle il travaillait.

Il y a huit jours à peu près, trois semaines après avoir cessé d'être soumis aux émanations de plomb, il ressentit une grande faiblesse des membres, avec douleur violente des articulations, et céphalalgie assez intense. Un médecin qu'il consulta lui conseilla deux bains sulfureux, après lesquels les douleurs semblèrent moins intenses dans les membres inférieurs; mais comme elles persistaient dans les membres supérieurs, le sujet prit la résolution d'entrer à l'hôpital, où il fut admis, un mois environ avons-nous dit, après sa sortie de la fabrique de céruse.

Voici l'état que présente le malade au moment de son entrée : Teinte pâle, un peu jaunâtre de la face; les traits du visage assez calmes. Le malade se plaint de douleurs vives dans les articulations, mais cependant moins intenses que dans les premiers jours de son affection. Ces douleurs sont presque nulles dans les membres inférieurs, et semblent s'être bornées aux bras, aux avant-bras et aux poignets. De plus, il existe une paralysie des muscles extenseurs des doigts de la main droite, paralysie presque complète, qui date de deux jours environ avant l'entrée du sujet dans le service. Les autres fonctions s'exécutent d'une manière satisfaisante. La soif n'est pas sensiblement augmentée; peu d'appétit, digestions faciles; ni diarrhée, ni constipation. Ventre normal, souple, indolent à la pression. Le malade affirme de la manière la plus positive n'avoir jamais eu de coliques saturnines. Intelligence bien nette, réponses faciles.

Le lendemain de l'entrée, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, un bain simple et 0,05 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Trois jours après le commencement du traitement, et sous l'influence de l'opium, dont on continue à administrer au malade cinq centigrammes par jour, les douleurs articulaires diminuent, quoique lentement; mais les doigts restent toujours dans le même état, et ne peuvent s'étendre d'une manière appréciable. — Extrait gommeux d'opium, cinq centigrammes; eau de Sedlitz; deux portions.

Au septième jour, les doigts commencent à s'étendre un peu, et le malade peut saisir différents objets, mais peu volumineux, tels qu'une cuiller, etc.; les douleurs ont en grande partie cessé; elles ne se font pas du tout sentir dans les membres inférieurs depuis quelque temps déjà. — Vésicatoire sur le dos de la main droite et du poignet droit. Pansement avec la strychnine.

Sous l'influence de cette médication, l'état de paralysie des doigts se dissipe de plus en plus rapidement. Seize jours après le commencement du traitement, le rétablissement des mouvements est complet. Le malade, bien qu'un peu plus faible du bras droit que de l'autre, peut cependant s'en servir pour la plupart des actes de la vie commune. Il ne ressent plus aucune douleur, et demande sa sortie.

— Ce fait présente plusieurs points à considérer qui ne nous paraissent pas être sans quelque valeur. Et d'abord l'époque d'apparition des accidents, trois semaines seulement après la sortie du malade de la fabrique dans laquelle il travaillait, par conséquent à une époque où il ne se trouvait plus sous l'influence de la cause pathogénique. Faut-il dans un cas de cette nature admettre une sorte d'incubation saturnine, ou devons-nous penser, avec un médecin distingué, que les molécules de préparations plombiques sont restées pendant un certain temps avant d'agir, incrustées en quelque sorte dans la peau, et qu'elles n'ont agi que plus tard, lorsque les circonstances ayant changé, l'absorption a été possible; ce qu'il y a de certain, c'est que, quelle que soit l'opinion que l'on adopte, ce n'est que trois semaines après sa sortie de la fabrique de céruse que le sujet a ressenti les premières atteintes de son affection.

Chez cet homme, on n'observa point cette coloration particulière des dents et des gencives à laquelle on ne saurait donner véritablement d'autre désignation que celle de coloration saturnine; bleu-violet d'abord, puis, un peu plus tard d'un gris ardoisé, se bornant quelquefois à un liséré gingival qui entoure le collet des dents. On sait que cette coloration de la partie supérieure de la gencive indique une altération manifeste du tissu, qui, si la maladie n'est point traitée, finit par s'atrophier et se détruire. Mais, si l'appareil buccal était sain, la coloration de la peau était caractéristique, jaune-fauve. Cette coloration est telle dans certains cas où elle est très intense et ancienne, que, sans un examen très attentif, il serait quelquefois possible de la confondre avec la teinte jaune de l'ictère. Un caractère différentiel de l'ictère et de la coloration saturnine, c'est que dans cette dernière le jaune ne tire jamais sur le vert, comme il arrive le plus souvent dans l'ictère. Sans être d'une très forte constitution, le sujet dont nous parlons nous dit cependant n'avoir point sensiblement maigri; ce qui tient probablement à ce qu'il n'avait pas travaillé pendant fort longtemps dans la fabrique de céruse; cet amaigrissement qui se manifeste souvent en même temps que la coloration saturnine, ne survient le plus ordinairement qu'après une assez longue exposition aux émanations plombiques. C'est déjà un des phénomènes de l'empoisonnement chronique, et très fréquemment aussi, avant qu'il ait fait de grands progrès, l'ouvrier est atteint d'une affection saturnine localisée, colique, paralysie, arthralgie, etc.

Les deux affections qu'a présentées le malade qui fait le sujet de cet article, sont l'arthralgie et la paralysie, et nous devons noter ceci, que l'apparition de ces phénomènes n'a point été précédée de coliques, comme il arrive dans le plus grand nombre des cas. Il est rare que la paralysie saturnine débute brusquement; presque toujours elle est annoncée pendant quelques jours par des prodromes plus ou moins prononcés, et ici nous retrouvons assez bien marqué l'ensemble des phénomènes accoutumés. Sentiment de lassitude, de malaise, de courbature générale, sorte d'engourdissement, de brisement des membres, de stupeur; on n'a pas eu à observer de tremblement, et le malade ne dit point en avoir éprouvé, même pendant un court espace de temps. Du reste, cet état prodromique a une durée assez variable, et peut n'exister que pendant peu de jours, ou pendant un temps plus considérable. Notre malade ayant été presque simultanément affecté d'arthralgie et de paralysie, nous examinerons l'un après l'autre ces deux ordres de symptômes.

Chez ce sujet, la paralysie n'affectait que les muscles extenseurs des doigts de la main droite. La paralysie saturnine est, dans la grande majorité des cas, bornée aux muscles extenseurs, quelle que soit la partie qu'elle affecte, et le plus souvent aussi, pour ne pas dire toujours, la paralysie, du moment où elle se montre, ne marche pas graduellement, mais est complète, et fait perdre tout à coup au malade la faculté d'exécuter les moindres mouvements, même obscurs et circonscrits. La paralysie saturnine affecte plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs, et fréquemment aussi un seul des membres à la fois. Il est assez rare de voir la paralysie du mouvement accompagnée de la perte de la sensibilité.

On conçoit que d'après ce que nous venons de dire, la forme générale d'un membre paralysé subisse des changements notables suivant les muscles affectés. Les muscles fléchisseurs se trouvant dépourvus d'antagonistes, donnent lieu pendant toute la durée de la paralysie, à une contracture qui s'oppose à ce que le malade puisse faire usage de tel ou tel membre, de tel ou tel organe. Dans la circonstance actuelle, les doigts seulement étant le siége de la paralysie, voici quelle devait être, et quelle était en effet la position des doigts; ils sont fléchis sur le métacarpe, les dernières phalanges légèrement inclinées sur les secondes; l'écartement des doigts les uns des autres est difficile et très bornée, leur redressement impossible. Le pouce a perdu ses mouvements d'opposition. La symptomatologie de cette paralysie est assez curieuse, pour que nous citions un passage d'un ouvrage récent dans lequel elle est traitée longuement.

Lorsque le malade veut fermer la main, le poignet subit une flexion un peu plus forte, l'extrémité des doigts vient répondre à la partie moyenne des régions thénar et hypothénar, les dernières phalanges sont à peine inclinées sur les secondes; elles ne se fléchissent jamais assez pour que les doigts viennent s'appliquer dans le creux de la main. Il en résulte que celle-ci n'est qu'incomplétement fermée, et qu'elle ne peut serrer et maintenir les objets d'un petit volume.

Cette disposition, dont on a lieu de s'étonner d'abord, puisque les muscles fléchisseurs ont conservé toute leur puissance de contraction, est due à ce que les muscles extenseurs ayant perdu de leur élasticité, ne peuvent plus s'allonger assez pour suivre le mouvement d'inclinaison que les fléchisseurs impriment aux phalanges. Si après avoir fermé la main, le malade veut l'ouvrir, il n'y a qu'à cesser toute espèce de contraction volontaire des muscles fléchisseurs; le poignet et les doigts reprennent leur état habituel de demi-flexion par un mouvement pour ainsi dire passif, auquel les muscles extenseurs ne prennent aucune part.

Par suite de la contraction permanente des muscles pronateurs et surtout des fléchisseurs, la face palmaire de la main est très excavée, tandis que la face dorsale s'arrondit et devient convexe, cette disposition étant plus marquée au niveau de la partie moyenne de la région carpo-métacarpienne, que sur les côtés qui vont en s'aplatissant. Au bout de quelque temps on voit constamment apparaître sur la région carpo-métacarpienne une ou deux saillies d'une étendue d'environ un centimètre à un centimètre et demi. La première, inférieure, conique, moins volumineuse; la seconde, supérieure, plus aplatie et plus large.

D'après M. Tanquerel, ces tumeurs, sur la nature desquelles on n'est point d'accord, seraient dues à la distension des ligaments qui unissent le carpe au métacarpe, et à la saillie des extrémités osseuses. Le plus souvent, suivant cet auteur, ces éminences sont formées par la tête des deuxième et troisième métacarpiens, qui donnent précisément attache aux muscles radiaux frappés de paralysie. Quelquefois, ce sont les os scaphoïde et semi-lunaire qui constituent ces nodosités. C'est à cette cause aussi que Plater rapportait ces tumeurs, déterminées, disait-il, par la saillie des os devenue plus forte par l'émaciation des parties molles et par leur affaissement. De Haën les attribuait à une dégénérescence de la gaîne qui enveloppe les tendons des muscles extenseurs. Il ne regardait pas cette disposition comme constante. Lorsqu'elles sont immobiles, écrivait-il, elles gênent le mouvement; rarement elles s'y opposent lorsqu'elles sont mobiles.

Lorsque la paralysie est exclusivement bornée aux doigts, le poignet, habituellement un peu fléchi sur l'avant-bras, peut être porté dans l'extension, lorsque l'on a pris soin de faire fermer la main préalablement au malade. Mais aussitôt que la contraction des fléchisseurs des doigts cesse, le poids des doigts demi-fléchis imprime de nouveau au poignet une légère flexion. La paralysie des doigts peut, comme dans le cas actuel, être générale, ou bien n'affecter qu'un certain nombre des doigts. Lorsqu'il y a paralysie partielle, les doigts ne sont pas tous pris, ou le sont à des degrés différents. Dans ce dernier cas, c'est le médius et l'annulaire qui sont le plus fréquemment complétement paralysés; tandis que l'indicateur et l'auriculaire, incomplétement privés du mouvement d'extension, sont placés au-dessus des deux autres. Lorsque le malade ferme alors la main, le médius et l'annulaire ne parviennent que jusqu'aux éminences thénar et hypothénar; tandis que les deux autres doigts touchent presque le creux de la main. Lorsqu'il n'y a qu'un seul doigt de paralysé, il n'est jamais si complétement fléchi que dans la paralysie générale, parce qu'il est encore soutenu par les faisceaux sains de l'extenseur commun des doigts. Mais, d'un autre côté, lorsque deux doigts seulement sont paralysés, les doigts sains sont un peu entraînés par le poids des premiers, et par conséquent légèrement fléchis; mais pour se convaincre qu'ils ne sont nullement affectés, il suffit de soutenir les doigts privés de mouvement. Nous nous sommes un peu longuement étendu sur cette question de la symptomatologie de la paralysie saturnine parce qu'elle n'a été étudiée avec détail que dans ces dernières années, et qu'elle constitue un point important de l'histoire des maladies produites par les préparations de plomb.

On a vu dans l'histoire que nous avons rapportée en détail, que notre malade avait présenté des douleurs articulaires quelques jours avant la manifestation bien tranchée de sa paralysie, et pendant la durée aussi de cette paralysie, douleurs qui avaient été moins fortes aux membres inférieurs qu'elles avaient abandonnés aussi les premiers. L'arthralgie saturnine est une affection très commune, de nature névralgique, c'est-à-dire, caractérisée par des douleurs vives, sans rougeur ni gonflement; ces douleurs ne suivent pas le trajet des nerfs, sont rémittentes, diminuent ordinairement par la pression, et s'accompagnent souvent de troubles de la motilité. Au contraire de la paralysie, les douleurs saturnines sont plus fréquentes et plus vives dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs. Les douleurs peuvent éminemment varier d'intensité, comme aussi de caractère. La pression diminue souvent la sensibilité, rarement elle l'augmente. Nous avons dit que la douleur n'est accompagnée ni de rougeur, ni de gonflement, ni de chaleur; jamais elle ne suit exactement la distribution anatomique d'un nerf; souvent superficielle, elle peut cependant se faire sentir dans toute l'épaisseur du membre et dans tous les tissus.

La marche de l'arthralgie saturnine, comme celle de la plupart des névralgies, est assez irrégulière, revenant par accès; il arrive souvent qu'après avoir augmenté d'intensité d'une manière rapide, elle décroisse de même, comme nous l'avons vu dans le cas actuel, sous l'influence d'une simple médication narcotique. D'après ces caractères, nous n'avons pas besoin d'insister sur le diagnostic différentiel. L'absence de rougeur, de chaleur, de gonflement, de fièvre, ne permet pas de confondre l'arthralgie saturnine avec le rhumatisme aigu; et d'ailleurs, la marche, la durée de l'affection, cette circonstance que la douleur diminue sous l'influence de

la pression au lieu d'être exaspérée, suffiraient pour établir une division assez manifeste.

Deux mots sur le traitement. On a remarqué l'efficacité des bains sulfureux dans le traitement de l'arthralgie saturnine, et dans le cas actuel en particulier, les deux bains de cette espèce qu'avait pris le malade avaient amené, dès avant son entrée à l'hôpital, une amélioration des plus sensibles. Quelques auteurs pensent que les purgatifs sont inutiles lorsque l'arthralgie ne s'accompagne pas de coliques. Cependant il est bon de remarquer que chez le malade dont nous parlons, l'eau de Sedlitz n'a peut être pas été inutile à la rapidité de la guérison. Quant à la paralysie, elle réclame, comme toutes les affections saturnines, l'emploi des purgatifs, et, de plus, celui des moyens directs propres à ranimer la contractilité musculaire, les révulsifs cutanés, l'emploi de la strychnine par la méthode endermique, préférablement à l'administration intérieure, qui n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Y...

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MALGAIGNE.

Anévrisme spontané de l'artère poplitée. Ligature de l'artère fémorale, par la méthode de Hunter, dans l'anneau crural. Guérison sans aucun accident. Observation recueillie par M. J. DAVASSE, interne du service.

Cette observation a déjà été communiquée à la Société de Chirurgie par M. Huguier, qui a opéré lui même le malade en faisant la ligature du vaisseau suivant la méthode de Hunter. Cette communication n'ayant eu lieu qu'en partie, et presque exclusivement au point de vue des indications particulières du procédé opératoire applicable à ce fait, nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de rapporter l'observation entière et complète, nous bornant à renvoyer au compte-rendu de la Société de chirurgie, publié dans ce Journal, quant à l'exposition des motifs d'après lesquels M. Huguier s'est déterminé à agir suivant le procédé de Hunter plutôt que suivant celui de Scarpa. (Compte rendu de la Société de chirurgie, *Gaz. des Hôpit.*, 11 février 1845.)

— Le nommé B... (Nicolas), âgé de trente ans, est entré le 18 janvier de cette année, salle Saint-Joseph, n° 21, portant au creux du jarret droit une tumeur anévrismale datant de deux mois environ.

Personne, dans sa famille, n'a présenté d'affection semblable; il n'y a ni goutteux, ni rhumatisants, et lui-même n'a jamais ressenti de douleurs articulaires ou des battements du cœur. A dix-huit ans, il a contracté une gonorrhée avec des chancres qui ont persisté pendant six semaines, et pour lesquels il n'a fait qu'un traitement insignifiant. A la suite, il n'est survenu aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Depuis 12 ans, il est postillon sur la route de Paris à Strasbourg. Son état ne l'a pas extrêmement fatigué, au moins dans ces derniers temps, où il aurait eu, en somme, beaucoup moins d'occasion de monter à cheval qu'autrefois. Enfin. s'il faut l'en croire, il n'aurait fait que quelques excès assez rares dans les boissons.

Il y a à peu près deux mois que, sans aucune cause appréciable, il a commencé à ressentir des douleurs assez vives, profondes, continues, dans le creux du jarret, qui ne l'empêchaient pas de conduire, soit sur le siége, soit à cheval; mais il éprouvait un engourdissement de plus en plus fort dans la partie inférieure du membre, quand celui-ci se trouvait longtemps dans la même attitude. Pendant quatre ou cinq semaines environ, il ne s'aperçut d'aucune augmentation de volume dans la partie affectée; mais au bout de ce temps, les douleurs devenant plus notables, ainsi que l'engourdissement de la jambe et du pied, il sentit dans le creux du jarret, en y portant la main, une tumeur circonscrite, dure et douloureuse à la pression. Il paraît, d'après les affirmations du malade, qu'elle a dû se manifester insensiblement et sans qu'aucun effort en ait été l'occasion, lorsqu'il s'en est aperçu pour la première fois. La tumeur faisant des progrès, il fut contraint de laisser ses occupations habituelles et de garder le repos. Un médecin lui fit appliquer sur la tumeur douze sangsues et des cataplasmes émollients, qui furent suivis d'une amélioration passagère; mais bientôt les progrès du mal devenant rapides, B... fut adressé, à Paris, à M. Huguier, qui le fit recevoir à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Malgaigne.

A son entrée, le malade présente l'état suivant:

D'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, sans embonpoint, mais robuste, il marche difficilement en traînant la jambe, qui est le siége de l'anévrisme, et la jambe demi-fléchie; chaque mouvement, très limité d'extension, qu'il fait pour marcher en s'appuyant sur une canne, augmente beaucoup les douleurs du creux poplité. La dépression naturelle de cette région est occupée par une tumeur du volume d'une orange, dure, sans changement de couleur à la peau, mate, fluctuante, et présentant des mouvements d'expansion isochrones à celui des artères. Peu circonscrite, elle fait surtout saillie en arrière au niveau des condyles fémoraux, et son diamètre transversal, qui égale 20 centimètres, est plus considérable du tiers environ que son diamètre vertical. Le périmètre du genou, dans la position demi fléchie, donne, du côté malade, 6 centimètres de plus à la mensuration que celui du côté sain dans la même position; les tendons qui circonscrivent de chaque côté le creux poplité, sont soulevés et rigides; la jambe est dans la demi-flexion, et ne peut être étendue. La main, appliquée à plat sur la surface de la tumeur, est soulevée par le mouvement alternatif d'expansion, sensible à l'œil, qui cesse ou se reproduit selon que l'on comprime ou non l'artère fémorale au-dessus de la tumeur. L'auscultation ne fait reconnaître aucun souffle ni bruit particulier aux tumeurs anévrismales, soit dans la tumeur, soit au-dessus, sur le trajet de l'artère fémorale. Le reste du membre ne présente rien d'anormal; à part ce que nous avons dit, il n'y a point de crampes ni de fourmillement dans le pied, mais seulement un peu d'engourdissement, ni enfin de l'œdème ou des varices. Nous n'avons point trouvé les battements de l'artère pédieuse, quelque soin et quelque insistance que nous ayons mis à les chercher. La santé générale est parfaite.

Le 23 janvier, M. Huguier, à qui est confiée l'opération, aidé par M. Malgaigne, fait au tiers inférieur de la cuisse une incision de 8 centimètres, parallèlement au bord externe du muscle couturier, qu'il renverse en dedans, et incise avec des ciseaux courbes le canal du troisième adducteur; ces vaisseaux sont isolés avec soin, ainsi que le nerf saphène poplité, et l'artère dénudée dans sa gaîne, dans une petite étendue, est liée avec un fil double passé au moyen de l'aiguille de Deschamps. Dans les premiers temps de l'opération, l'artère articulaire supérieure fut blessée immédiatement à son origine, et liée. Au moment de la ligature de la fémorale, tout battement fut suspendu au-dessous dans le vaisseau, et par conséquent dans la tumeur; la plaie fut réunie simplement, et le membre assujetti au moyen d'une alèze en cravate dans la position légèrement fléchie et portée un peu en dehors sur un coussin. Pour prescription: diète, trois pots de limonade citrique; saignée du bras pour le soir. Toute la journée fut très bonne; il n'y eut rien à noter que la douleur occasionnée par la plaie; la nuit fut calme.

Le 24, pas de réaction fébrile; le sang de la saignée de la veille se couvre d'une couenne résistante; le coagulum est très abondant; le malade n'a aucune douleur, et ne se plaint que du régime sévère auquel il est maintenu. — Limonade citrique; bouillon.

Jusqu'à la guérison, il ne s'est pas manifesté un seul phénomène indiquant l'insuffisance de la circulation collatérale. Dès le deuxième jour, la tumeur du jarret était considérablement diminuée; et le quatrième, la plaie était aux trois quarts réunie par première intention, excepté autour du fil. Le malade avait deux portions d'aliments, mais pas de vin; toutes les fonctions étaient dans l'état le plus parfait; et, quoiqu'il se plût, en quelque sorte, à braver nos recommandations réitérées, aucun accident ne vint traverser les résultats de l'opération.

Le trente et unième jour, la ligature cédant à une traction légère, se détacha, et M. Malgaigne fit remarquer l'absence de débris celluleux dans le nœud qui comprenait le vaisseau. Dès ce jour, le malade s'est levé, et s'est mis à marcher avec beaucoup plus de facilité qu'avant l'opération, néanmoins en renversant encore un peu la jambe en dehors. Il ne ressentait plus, du reste, aucune douleur dans le jarret, ni d'engourdissement dans la partie inférieure du membre. La tumeur, qui n'avait pas entièrement disparu, était réduite à de très petites proportions; elle était dure, profonde, peu circonscrite. La périphérie du genou affecté n'avait plus que 15 millimètres de plus que celle du côté sain; il avait diminué par conséquent de 4 centimètres et demi depuis l'opération.

Le malade est sorti de l'hôpital le lendemain, 25 février, dans l'état le plus satisfaisant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre. — Présidence de M. ROCHE, vice-président.

Après quelques rectifications demandées au procès-verbal par *M. Gérardin*, cet honorable membre ajoute quelques considérations sur l'influence des marais Pontins, qu'il croit beaucoup moins grande qu'on ne le pense communément sur la production des fièvres.

MM. Desportes, *Ferrus* et *Rochoux* reviennent aussi sur leurs opinions exprimées dans la dernière séance.

— *M. Dupuy* lit un mémoire sur les maladies des ruminants.

— *M. Voisin* lit un discours philosophique sur l'estime de soi.

— *M Huguier* présente les pièces anatomiques d'un enfant né à sept mois, et sur lequel il était difficile de préciser le sexe. A ne considérer que les apparences extérieures, il y avait autant de motifs pour le croire garçon que fille Garçon, car il y avait un pénis terminé par un gland, un petit pertuis qui pouvait être l'urètre, un périnée très long, des espèces de bourses, vides il est vrai; mais les testicules pouvaient être retenus dans l'abdomen. Fille, car ce pénis pouvait n'être qu'un clitoris développé, le pertuis l'ouverture incomplète du vagin, les bourses des rudiments des lèvres de la vulve. L'autopsie leva tous les doutes; c'était une fille, car on trouva un utérus.

M. Huguier présente encore le dessin d'un vagin double aboutissant à un utérus double aussi. La femme qui présente cette anomalie a été fécondée, mais d'un seul côté, ou d'un seul utérus. On a fait la remarque singulière que cette femme, après l'accouchement, n'a éprouvé des phénomènes aux seins que du même côté où elle fut fécondée. L'autre mamelle ne s'est pas gonflée.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE GÉNÉRALE.

De l'influence négative du frisson sur le développement de la rate. Expériences faites à l'hôpital de la Pitié par M. Piorry, et communiquées par M. Bouteiller, interne provisoire.

Depuis que la percussion médiate a fourni les moyens de déterminer rigoureusement les dimensions des organes contenus dans les cavités splanchniques et celles de la rate en particulier, l'étude des maladies de ce dernier organe a été aussi suivie et aussi fructueuse qu'elle avait été négligée et stérile auparavant. Il en est une surtout, l'hypertrophie, qui a donné lieu à une foule d'opinions diverses Ainsi, par exemple on a voulu faire jouer au froid et au frisson le rôle qui appartient au miasme dans la production de cette hypertrophie. Il y a déjà quelques années, M. Montfalcon voulut prouver que le refroidissement seul peut donner lieu à la fièvre d'accès. Il se plongea plusieurs soirs de suite et à la même heure dans la Saône, et il contracta ainsi une fièvre d'accès. Cette expérience n'est nullement probante, car deux causes agissaient simultanément, à savoir, le refroidissement et les miasmes marécageux Les choses en étaient là, lorsque le mois dernier M. Piorry reçut de M. Eisenmann, médecin en Bavière, une lettre dans laquelle ce praticien distingué émettant à peu près les mêmes idées que M. Montfalcon, exprimait le désir que des expériences fussent faites dans le but d'éclairer ce point de théorie. Nous reproduisons textuellement les passages de la lettre de M. Eisenmann, qui ont trait à cette question :

« . . . . . J'ai émis dans le *Archiv de Haeser*, l'opinion que l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes ne provenait que d'une réplétion sanguine ou congestion de la rate; que cette congestion était déterminée par la contraction des vaisseaux capillaires. J'ai soutenu cette opinion par des preuves différentes, qui en démontrent la possibilité à tout homme impartial. Mais la preuve directe, savoir celle qu'une contraction des vaisseaux capillaires occasionne une congestion dans la rate, et que la rate sert en quelque sorte de réservoir de sûreté, pour garantir autant que possible les autres organes plus nobles d'une congestion; cette preuve directe n'a pas encore été faite, et je vous prie de vous charger de la solution de cette question.

» Le fait, que l'on avait produit artificiellement quelques cas de fièvre intermittente en exposant des individus au froid pendant une heure et demie et en les mettant ensuite dans un lit chauffé, n'a aucune force démonstrative dans mon argument Le docteur Herpin a publié une observation dans la *Gazette médicale de Paris* (avril 1844), qui prouve que des bains froids provoquent un état semblable à celui de la période du froid dans la fièvre intermittente.

» Il reste à démontrer que la contraction des vaisseaux capillaires, excitée par le froid extérieur, détermine un engorgement de la rate semblable à celui qui paraît dans la période du froid des fièvres d'accès. C'est pourquoi je vous prie, monsieur le professeur, de vouloir bien expérimenter sur des personnes bien portantes, en leur faisant subir un bain de 9 degrés Réaumur pendant une minute, et en examinant la hauteur de la rate de ces personnes au sortir du bain. Pour obtenir des données tout à fait exactes, il serait à conseiller d'examiner la rate déjà avant le bain au moyen de la percussion, et en marquer les limites avec la pierre infernale, cela pour apprécier avec plus d'exactitude l'augmentation de volume de la rate que le bain peut produire.

» Je vous prie instamment, monsieur le professeur, de vouloir bien publier dans quelque journal médical français les résultats des investigations que j'ose vous proposer de faire. » ......

M. Piorry s'est rendu avec empressement au désir de M. Eisenmann, et le 28 mai dernier l'expérience fut faite sur trois hommes bien portants, entrés à l'hôpital peu de temps avant, accusant des affections des plus légères, mais en réalité pour se reposer quelques jours.

Un bain fut apporté dans la salle Saint-Raphaël et quelques minutes seulement avant l'immersion du premier de ces trois malades, on le remplit d'eau sortant du puits Malgré cette précaution, le thermomètre ne descendit qu'à 11 degrés Réaumur. Il est facile de s'en rendre compte quand on réfléchit que ce jour-là la température atmosphérique était de 15 degrés, et que d'un autre côté la salle Saint-Raphaël contenait alors cinquante malades et plus de soixante spectateurs tant élèves que médecins. Cependant le frisson n'en fut pas moins très intense chez ces hommes que l'on plongeait subitement dans un bain à 11 degrés R. au sortir de leur lit, où ils étaient depuis dix à douze heures. Pour terminer ce qui regarde la température de l'eau, disons que le même bain ayant servi pour les trois hommes, l'eau lors de la deuxième immersion était à 12 degrés R., et lors de la troisième elle était à 13 degrés R.

Chacun de ces hommes resta une minute dans le bain froid. Enfin, se conformant en tout aux conditions indiquées, on percuta la rate immédiatement avant le bain et l'on en marqua les limites avec le nitrate d'argent.

Maintenant que nous avons indiqué ce qu'il y eut de commun dans cette triple expérience, voyons ce qui est particulier à chacune de ses parties.

Chez le premier sujet la hauteur de la rate était avant le bain de 7 centim. 3 dixièmes. Au sortir de l'eau, cet homme fut saisi d'un frisson intense; la même mesure fut prise de nouveau, le malade étant absolument dans la même position, et elle fut trouvée *exactement la même*. Alors, sans attendre la fin du frisson, on fit prendre de suite 1 gramme de sulfate de quinine. Quarante-deux secondes après la rate avait diminué en haut et en avant d'environ 1 centimètre, et en bas de 0,5 seulement; dix minutes plus tard cette diminution était encore plus grande et atteignait un centimètre et demi au lieu d'un centimètre.

La rate du deuxième sujet avait de haut en bas 7 centim avant le bain. A la sortie de l'eau, cet homme fut pris d'un frisson plus violent encore que dans le premier cas, quoique le bain eût un degré de chaleur de plus, et à ce moment une nouvelle mensuration donna *exactement les mêmes limites*, c'est-à-dire 7 centimètres de hauteur. Une objection fut prévue: en donnant pourrait-on dire, le sulfate de quinine au sortir du bain, on empêche le spasme des capillaires de produire son effet, puisque le sulfate agit en sens inverse. Aussi à cet homme on n'administra un gramme de sulfate de quinine que dix minutes après et lorsqu'il fut bien réchauffé: la diminution ne se fit pas plus attendre que précédemment.

Comme on le voit, M. Piorry désirait, tout en faisant l'expérience qu'on lui avait demandée, montrer encore une fois aux élèves que le sulfate de quinine diminue instantanément la rate même à l'état sain. Cependant il ne fit pas prendre de sulfate de quinine au troisième de ces hommes, afin que si la rate sous l'influence du froid eût grossi après un temps assez long, on pût le constater. Eh bien! la rate qui avait 7,5 centim. avant le bain, n'avait pas varié une demi-minute, une minute, un quart d'heure, ni enfin une demi-heure après le bain, et il y eut un frisson très fort qui dura dix à douze minutes.

Tel fut le résultat de cette expérience faite avec le plus grand soin et suivie par plusieurs médecins qui vérifièrent chacune des délimitations. Il en faut tirer cette conséquence, *que le froid n'est pas l'agent qui cause l'augmentation de volume de la rate*. Nous disons *augmentation de volume*, parce que le mot *hypertrophie* ne rend pas l'idée; il préjuge la question. Tant il est vrai que toute augmentation de volume n'est pas une hypertrophie à proprement parler, et peut être tantôt une hypertrophie proprement dite, tantôt une hyperhémie, tantôt enfin une hétérotrophie ou dégénérescence. Il faudra donc de toute nécessité introduire bientôt dans la science un mot générique qui embrasse à la fois ces trois espèces ou sous genres.

Mémoire sur les calculs des fosses nasales. — Les *Archives* publient un travail curieux de M. Demarquay, sur les calculs des fosses nasales, à propos d'une malade reçue tout dernièrement dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu. Ce fait qu'observait M. Demarquay pour la première fois, le frappa par sa nouveauté et le détermina à faire quelques recherches dans les auteurs. Le mémoire dont nous parlons ici contient quinze observations tirées de différents ouvrages, ou propres à M. Demarquay, et qui lui ont servi pour établir l'histoire des rhinolithes.

Les concrétions peuvent se trouver en nombre variable dans les fosses nasales; elles peuvent se développer à droite comme à gauche, dans la partie inférieure ou supérieure: cependant plutôt dans la partie inférieure. Il existe des exemples de calculs formés dans les sinus frontaux ou dans les sinus maxillaires et de là passés dans les fosses nasales Les rhinolites peuvent boucher complétement la narine qu'ils occupent, incliner la cloison plus ou moins fortement du côté opposé, et même la détruire en partie. Ordinairement isolés, ils sont quelquefois enveloppés d'une coque membraneuse, comme l'a vu Wepfer. Gros ou petits, ils ont un aspect chagriné, une teinte noirâtre, grisâtre ou blanchâtre. Leur centre est parfois occupé par un corps étranger, un noyau de fruit. On les a trouvés à l'analyse composés de phosphates et de carbonates de chaux, de mucus de chlorure de sodium.

Les causes n'en sont pas connues plus que celles de la plupart des

concrétions. Graefe prétendait qu'ils se développaient sous l'influence d'une cause goutteuse ou arthritique. Les faits ne semblent pas confirmer cette théorie. Certaines dispositions anatomiques pourraient jouer un rôle dans la production de la maladie ; ainsi, par exemple, l'étroitesse des narines ou du méat inférieur, circonstance qui gêne l'expulsion des produits sécrétés. Relativement aux symptômes, les rhinolites sont quelquefois si petits que les malades ne s'en aperçoivent même pas. D'autres fois les accidents qu'ils déterminent sont assez graves pour forcer les malades à réclamer les secours de la chirurgie. Les symptômes les plus fréquents sont une certaine sécheresse dans la narine malade, avec sentiment d'obtusion et de pesanteur du même côté, se liant avec une gêne de la respiration ; quelquefois douleurs vives, intermittentes dans le nez et le front. Le nez peut se déformer, se gonfler considérablement du côté où les calculs ont apparu ; l'œil peut lui-même participer à cette affection, et soit être baigné de larmes comme dans la fistule lacrymale, soit être pris d'inflammation. Lorsque l'on dilate les narines on voit quelquefois le corps étranger. Souvent on ne l'aperçoit pas. Une sonde, une pince à polypes introduite dans les narines, sont arrêtées et produisent par le choc un son mat caractéristique. Ce signe peut cependant manquer lorsque les calculs sont placés très haut et quand ils débutent dans les sinus frontaux. Des calculs ainsi développés dans les fosses nasales ont pu y séjourner pendant un temps très long sans être reconnus ; quelquefois ils ont été rendus dans un effort de toux et d'éternuement ; mais le plus souvent ils ont été extraits par la main du chirurgien.

Le diagnostic de cette affection n'est pas difficile. Dans la plupart des cas, il suffit d'être prévenu de son existence ; alors, une exploration un peu attentive fera reconnaître ces calculs. Souvent les auteurs qui ont rapporté des observations de cette affection se sont laissé tromper par les symptômes. De ce que les malades ne pouvaient pas respirer, plusieurs crurent à l'existence de polypes. L'odeur fétide et repoussante qu'exhalent les malades fit soupçonner une ozène ; enfin la déformation du nez, la suppuration plus ou moins abondante qui l'accompagnait, firent supposer une altération primitive des os de cet organe, et dans ce cas, un traitement approprié à la nature présumée du mal fut institué.

La première indication qui se présente, est l'extraction des corps étrangers anormalement développés dans les voies de l'air. Cette opération est indiquée surtout quand les calculs se sont développés dans le méat inférieur, ou encore dans la partie supérieure du nez. Il faut se servir des pinces à pansement ou des polypes pour faire cette extraction. Cette dernière doit être faite avec précaution, car les aspérités et le volume des corps à extraire pourraient être une cause de désordre pour les parties voisines. Dès que l'opération sera terminée, le chirurgien devra combattre par un traitement approprié les accidents que les calculs ont fait naître. On pourra faire des injections émollientes ou détersives, afin de modifier la vitalité de la membrane muqueuse chroniquement enflammée. Si, par suite d'un examen attentif, on pensait que cette affection calculeuse du nez se liât à une cause générale, bien entendu qu'il faudrait la combattre quelle qu'elle fût.

Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans l'oreillette droite. — Un marin, âgé de trente-six ans, était affecté depuis plusieurs années de palpitations de cœur, de dyspnée, de toux, et autres symptômes qui caractérisent les maladies du cœur, lorsque le 28 octobre 1842 il fut pris d'une abondante hémoptysie. Deux jours après il entra à l'hôpital de Londres. Son état était des plus alarmants ; la face anxieuse et congestionnée ; tout le corps d'une couleur livide, les veines jugulaires distendues et présentant des battements ; le pouls à 100, bondissant comme dans le cas d'insuffisance des valvules aortiques ; impulsion du cœur brusque et forte ; on entendait les deux bruits du cœur à la pointe ; mais en outre on percevait dans tout le thorax un autre bruit, isochrone avec le second bruit et l'intervalle de repos qui avait son maximum près du sternum, entre les cartilages de la deuxième et de la troisième côte. Ce bruit ne s'étendait pas sur le trajet du ventricule gauche. En outre, le premier bruit s'accompagnait d'un murmure qui avait son maximum au niveau des valvules aortiques et qui se prolongeait dans les carotides. La mort eut lieu le lendemain.

Examen du cadavre. Le péricarde contenait environ trois onces de sérosité. Le cœur avait presque doublé de volume, et cette augmentation de volume résultait de la dilatation du côté droit du cœur, en particulier de l'oreillette, et de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. Les valvules aortiques étaient épaisses et indurées. Derrière la valvule postérieure, on voyait une fissure d'un pouce et un quart de long et d'un quart de pouce de large, dont les bords étaient épais et arrondis, et qui conduisait dans une cavité renfermant environ une once et demie de sang coagulé. Cette cavité était percée à droite de deux ouvertures arrondies à bords saillants, de la grosseur d'un pois, qui s'ouvraient dans l'oreillette droite, immédiatement au-dessus des valvules auriculo-ventriculaires.

Cette observation peut être rapprochée avec intérêt d'une autre analogue publiée dans le numéro des *Archives* de mars 1845. Celle que nous rapportons aujourd'hui nous fournit de plus quelques renseignements sur les signes caractéristiques de l'anévrisme variqueux de l'aorte : le bondissement du pouls, la présence d'un murmure qui couvre le second bruit jusque dans l'intervalle de repos, et dont le maximum se trouve entre la deuxième et la troisième côte gauche près du sternum, tels sont les signes qui paraissent appartenir à cette affection ; mais de nouvelles observations sont encore nécessaires avant qu'on puisse établir ce diagnostic d'une manière positive.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médico-chirurgicale, du professeur LALLEMAND, publiée par Hermann Kaula. — Tome Ier. — 1re partie.

Le titre seul du livre dont nous allons rendre compte, indique suffisamment que l'on ne doit pas s'attendre à y rencontrer cet ensemble de notions et de descriptions de médecine et de chirurgie qui forme la base des ouvrages didactiques de pathologie, non plus que la discussion des opinions diverses qui ont régné ou règnent encore dans la science. C'est exclusivement le résultat de l'expérience personnelle du professeur Lallemand, résultat basé sur des faits nombreux recueillis dans sa pratique publique et privée, qu'a eu l'intention de présenter M. Kaula, et sous ce rapport, le livre qu'il publie ne saurait manquer d'être accueilli avec le plus vif intérêt.

Trois divisions principales constituent cette première partie ; ce sont les affections vénériennes, les rétrécissements de l'urètre, les affections de la prostate, trois points qui ont pendant longues années été l'objet d'études spéciales pour le savant chirurgien de Montpellier.

Et d'abord les affections vénériennes, chapitre divisé en quatre sections : 1° blennorrhagies syphilitiques. On voit, d'après cela, que M. Lallemand partage les anciennes doctrines sur la virulence possible des écoulements urétraux, dont il décrit trois espèces. Les blennorrhées non contagieuses, résultant d'une irritation ou d'une inflammation accidentelle des follicules muqueux du canal, et surtout de la prostate ; les blennorrhagies contagieuses, dues à un virus particulier, dont les effets sont purement locaux ; les blennorrhagies syphilitiques, plus rares que les autres, suivies d'accidents constitutionnels ou succédant à d'autres symptômes primitifs. 2° La seconde section est consacrée à l'examen du mode d'infection syphilitique, infection qui peut se communiquer ou directement d'un individu à un autre, ou indirectement par le contact d'un corps intermédiaire, ou par transmission héréditaire. 3° Dans la troisième, des faits nombreux sont destinés à faire passer sous les yeux du lecteur les diverses formes que peuvent revêtir les affections vénériennes dans les différents tissus, et à toutes les phases de leur évolution. Enfin, dans un quatrième paragraphe, M. Kaula donne une idée du traitement que dirige M. Lallemand contre les affections syphilitiques, traitement qu'il commence en général par les mercuriaux, et qu'il termine par les composés d'or et les préparations iodurées, afin de pouvoir rendre à l'économie le ton qu'elle aurait perdu par l'influence du premier traitement. Cette première partie du livre de M. Kaula renferme cinquante-deux observations recueillies avec soin, et à quelques unes desquelles nous adresserons cependant le reproche d'être un peu trop abrégées.

Le chapitre consacré aux rétrécissements de l'urètre contient, outre un grand nombre de faits de la plus haute valeur, une histoire complète des rétrécissements de ce canal, examinés sous les points de vue de leurs causes, inflammation, cicatrisation, contraction spasmodique, de leur pronostic et de leur traitement. Quant à la production de ces derniers, M. Lallemand explique la possibilité des rétrécissements spasmodiques du canal de l'urètre pouvant simuler des rétrécissements organiques permanents, par la présence de fibres musculaires situées à l'intérieur de la muqueuse urétrale, et d'autres disséminées dans l'épaisseur du tissu érectile. Le traitement, qui varie suivant la nature du rétrécissement, comprend la dilatation, rapide, quand il s'agit d'induration simple, lente et graduée, quand on a affaire à des rétrécissements par cicatrisation ; l'incision, préférable pour les obstacles placés à l'entrée du méat urinaire, et dans les cas de nodosités urétrales ; elle se pratique alors de dehors en dedans ; enfin la cautérisation, applicable aux rétrécissements dont l'ouverture est irrégulière ou trop étroite pour admettre l'urétrotome, dont on se sert pour les rétrécissements valvulaires minces.

La troisième partie du volume est consacrée aux affections aiguës de la prostate, que M. Lallemand distingue en folliculeuses et en celluleuses, ou phlegmoneuses. La prostatite folliculeuse avait déjà été étudiée en détail par le professeur dans son admirable *Traité des pertes séminales involontaires*, où l'on trouvera une série d'observations accompagnées d'autopsies permettant de suivre le passage de l'inflammation des follicules muqueux au tissu cellulaire ambiant, observations d'autant plus intéressantes qu'elles sont moins communes. La prostatite celluleuse est examinée avec le plus grand soin dans les diverses variétés qu'elle peut présenter, et suivant que la phlegmasie siège en avant, en haut, en bas ou en arrière. On remarquera, entre autres points dignes d'attention, le conseil donné par M. Lallemand d'ouvrir de bonne heure, par une profonde incision du périnée, les abcès qui se forment à la partie antérieure de la prostate, même avant que la fluctuation se soit déclarée.

Nous le répétons, l'ouvrage que publie M. Kaula sous les yeux de M. Lallemand ne peut manquer d'être reçu avec faveur par tous les chirurgiens, qui y puiseront de précieuses indications et pourront se servir des nombreuses observations qu'il renferme, pour les rapprocher, dans les cas de diagnostic difficile, des faits analogues de leur pratique journalière.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la gentiane croisette comme antilyssique ; par M. le docteur G.-A. WERNER, de Frankenberg.

Que n'a-t-on pas tenté jusqu'ici, et sans le moindre succès, contre l'hydrophobie rabique confirmée ! En faut il conclure qu'il n'existe aucun moyen efficace contre cette redoutable affection, et que l'art de guérir doit à tout jamais rester impuissant contre les accidents qui la caractérisent ? Une pareille manière de raisonner serait peu logique, car le hasard peut nous amener un jour à la découverte d'un mode de traitement spécifique et nous mettre en état de combattre avec succès les symptômes de cette maladie. C'est donc un devoir pour nous d'enregistrer les divers essais qui sont tentés dans ce but.

M. Werner a essayé l'emploi de la méthode proposée par Lalie, l'administration à l'intérieur de la poudre de racine de gentiana croisette (*Gentiana cruciata*, L.), et il fait connaître quatre observations dans lesquelles se trouvent consignés les résultats de ce mode particulier de traitement. Nous nous bornerons ici à en signaler deux, en mentionnant seulement que dans l'une des deux autres la maladie s'est terminée par la mort après une amélioration notable des symptômes, et que dans la quatrième, où la guérison a été obtenue, les accidents hydrophobiques s'étaient manifestés chez un individu mordu par un chien non enragé.

Premier fait. — Une femme F. S. fut mordue, le 29 juillet, au mollet par son chien, qui s'en alla la nuit suivante, et qui, après avoir mordu plusieurs autres chiens, fut tué près de Frankenberg. Le 31 juillet, angoisses revenant périodiquement, battements de cœur, douleurs à l'épigastre. M. Werner cautérisa la plaie avec la potasse caustique, et fit prendre 15 grammes de poudre de gentiane croisette. La malade, se trouvant bien le lendemain, ne prit pas de gentiane. Mais dès le 4 août, elle fut obligée de réclamer les soins de M. Werner ; car, depuis deux jours déjà, elle avait éprouvé, dans l'après-midi, de la faiblesse des membres, des vertiges, de la diplopie, des nausées, de la gastrodynie, de la difficulté d'avaler et des angoisses, et elle avait passé les nuits sans sommeil. Il lui était plus difficile d'avaler de l'eau que des fluides de couleur foncée. M. Werner prescrivit de nouveau l'administration de 15 grammes de poudre de gentiane croisette, et cette dose fut répétée tous les matins pendant neuf jours consécutifs. Dès les premières doses, les symptômes commencèrent à diminuer pour disparaître bientôt entièrement. La suppuration de la plaie fut entretenue pendant deux mois.

Deuxième fait. — La femme F. F., âgée de cinquante et quelques années, l'une des six personnes mordues le 29 juillet par le même chien dont il est parlé dans l'observation précédente, et dont trois succombèrent aux accidents de l'hydrophobie rabique, fut d'abord soumise à l'usage des cantharides, puis du médicament secret de Kohl. Toutes les blessures avaient été cautérisées, et la suppuration en fut entretenue pendant plusieurs semaines. Néanmoins dans les premiers jours de mai de l'année suivante, à la suite d'un chagrin que cette femme éprouva, il survint des symptômes nerveux qui purent faire craindre le développement des accidents hydrophobiques, et la belladone fut prescrite pendant quelques jours, ce qui suffit pour les faire disparaître. Mais, le 27 mai, elle vint de nouveau trouver M. Werner, qui constata chez elle l'existence des symptômes suivants : facies décomposé, regard inconstant et timide, angoisse excessive, battements de cœur, pouls accéléré, défaut d'appétit, ptyalisme. L'ingestion et même le simple aspect des boissons lui faisait éprouver des picotements dans la poitrine, et, lorsqu'elle avait bu, il survenait aussitôt un sentiment de pression thoracique et des nausées : l'action du moindre courant d'air suffisait pour déterminer des accès de suffocation. La poudre de racine de gentiane croisette fut administrée à la dose de 30 grammes, puis à celle de 15 grammes, pendant une semaine. Sous l'influence de cette médication, tous les accidents morbides disparurent après la première dose du médicament, et, depuis lors, la femme F. F. a joui constamment d'une santé parfaite.

M. Werner fait prendre la poudre de racine de gentiane croisette en substance et par cuillerées à café ; cette forme et ce mode d'administration lui paraissent avoir une influence essentielle sur les effets du médicament. Du reste, il lui paraît probable que ce dernier ne peut avoir d'efficacité que dans les premières périodes de l'hydrophobie.

Sur l'emploi de l'iodure d'argent en thérapeutique ; par M. le docteur PATERSON.

Partant de cette observation bien connue que l'iodure argentique ne noircit point par une exposition, même prolongée, à l'action de la lumière solaire, qu'il ne colore pas non plus les substances organiques avec lesquelles il se trouve ou mélangé ou en contact, et enfin qu'il ne peut être transformé, par aucun des agents chimiques existant dans nos tissus, en de nouvelles combinaisons susceptibles de prendre une couleur noire lorsqu'elles sont exposées au soleil, M. Paterson a proposé de substituer cet iodure à l'azotate d'argent dans les cas où ce dernier est indiqué comme agent thérapeutique. Cette substitution est sans aucun doute avantageuse, puisqu'elle met à l'abri de la coloration bleuâtre que le nitrate argentique fait prendre à la peau des malades auxquels on l'administre intérieurement. D'un autre côté, elle laisse au praticien des chances égales de succès pour la guérison, car M. Paterson a pu se convaincre à plusieurs reprises que, sous le point de vue thérapeutique, l'iodure ne le cède en rien à l'azotate argentique.

M. le docteur Kinsley, que l'auteur avait prié de vérifier l'exactitude des opinions émises par lui sur ce point, a essayé l'iodure d'argent dans des affections gastriques anciennes et opiniâtres, dans des gastrodynies et des entéralgies et il s'est assuré que, non-seulement cet agent était aussi efficace que le nitrate du même métal, mais encore qu'il avait sur lui l'avantage de ne pas déterminer d'effet purgatif. Chez une jeune fille affectée de chorée, il a vu les phénomènes convulsifs céder presque complétement après l'administration de dix-huit pilules de cet iodure.

Mais c'est spécialement dans les cas de coqueluche que ce médicament a été donné avec le plus d'avantage, et M. Paterson cite à l'appui de cela le fait suivant. Un ministre protestant de Rothkeal était père de huit enfants, âgés de un à dix ans, et tous en même temps affectés de coqueluche. M. Paterson lui remit un certain nombre de pilules contenant, les unes six milligrammes d'iodure d'argent pour les enfants les plus jeunes, les autres douze milligrammes pour les plus grands, en lui recommandant de n'en faire prendre d'abord qu'à ceux qui se trouvaient être le plus gravement malades, et de donner, comparativement aux autres, un mélange de vin antimonié et de vin d'ipécacuana. Dès le quatrième jour, une amélioration notable était observée chez tous ces sujets ; mais le père ayant remarqué que l'amélioration s'était montrée subitement chez les quatre enfants soumis à l'action de l'iodure, tandis que l'état des quatre autres restait stationnaire, s'était décidé de lui-même à faire prendre aussi à ces derniers des pilules dont il avait reçu la quantité nécessaire pour huit jours.

Le traitement fut alors continué chez tous les enfants, et au bout de dix jours la coqueluche céda tout à fait, en ne laissant après elle qu'une petite toux catarrhale qui disparut à son tour sans avoir été combattue par aucun moyen.

L'iodure argentique s'est montré moins efficace dans les cas d'épilepsie ; mais, en revanche, il a été prescrit avec le plus grand succès :

1° Dans deux cas de leucorrhée ancienne, en l'associant à l'alun, sous forme de lotions ;

2° Chez un jeune garçon âgé de seize ans environ et atteint d'une névralgie sous-orbitaire rémittente ;

3° Dans un cas de colique périodique, affection qui se rencontre très fréquemment chez les paysans irlandais ;

4° Enfin, dans plusieurs cas d'affections hystériques douloureuses.

Chez une jeune fille atteinte depuis trois ans d'une dysménorrhée avec douleurs excessivement vives et opiniâtres aux époques menstruelles, M. Paterson a prescrit l'iodure argentique. Trois mois se sont écoulés depuis le commencement du traitement, et à chacune des époques la quantité du sang a été en augmentant, tandis qu'au contraire les douleurs ont été en diminuant ; à tel point, qu'elles ont été à peine senties lors de la dernière époque. Cette malade prend l'iodure en pilules pendant les dix ou douze jours qui précèdent l'arrivée des règles ; puis, lorsqu'elles sont déterminées, elle en cesse l'usage pendant une quinzaine.

M. le docteur Lane a voulu, de son côté, remplacer le nitrate d'argent par l'oxyde de ce métal ; mais, suivant M. Paterson, cette substitution n'est pas heureuse, parce que le dernier de ces deux agents ne colore pas moins la peau en noir que ne le fait le premier.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Il y a deux ans, le Conseil municipal vota, à l'unanimité, sur la proposition de M. Thayer, appuyé par M. Arago, un terrain à perpétuité pour y déposer les restes de Xavier Bichat, qui, depuis sa mort, occupent obscurément l'ancien cimetière de Sainte-Catherine, où se trouve aujourd'hui l'amphithéâtre de dissection des hôpitaux. En agissant ainsi, le conseil avait pensé que les médecins, se rappelant les services de Bichat, ouvriraient une souscription, et que bientôt le Père-Lachaise compterait une illustration de plus, et peut-être un monument. Ce plan était simple, il était naturel ; mais il paraît que plusieurs Sociétés se sont disputé l'honneur de l'initiative dans ces circonstances. La Société médicale d'émulation, qui elle-même était entrée dans la délibération, a fait des démarches avec l'Académie pour qu'un monument s'élève à la mémoire de Bichat au milieu de l'amphithéâtre de dissection des hospices. M. Serres a fait partager cette idée au Conseil général des hospices. De sorte que, sans le concours du Conseil municipal, le Conseil général des hospices s'engage à placer Bichat au milieu de l'amphithéâtre de la Pitié.

Si on avait profité de la délibération du Conseil municipal et de l'ordonnance royale qui en réglait l'exécution, Bichat serait depuis longtemps au Père-Lachaise ; mais, pour exécuter le nouveau projet, il y a quelques formalités à remplir. Ces formalités regardent spécialement l'administration. Si, d'après l'opinion de M. Blatin, on veut clore le Congrès médical par l'inauguration d'un monument dans lequel seraient placés les restes de Bichat, il y a deux choses à faire : premièrement, obtenir de l'administration une place convenable ; deuxièmement, prier M. Roux de vouloir bien rendre la tête de son illustre ami, ou bien de s'engager à la rendre après sa mort aux membres du Comité qui sera chargé de faire élever un monument à Paris à la mémoire de Bichat.

J'ai cru de mon devoir de dire ce que je savais sur cette affaire, à laquelle je prends depuis longtemps un vif intérêt comme médecin et comme membre du Conseil municipal de Paris.

Je signale ces faits à la Commission permanente du Congrès, pour qu'elle agisse auprès de l'autorité pour obtenir un résultat digne de Bichat et digne de ceux qui veulent honorer sa mémoire.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma haute considération et de mon entier dévouement,

THIERRY.

Paris, 20 septembre.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 SEPTEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 114. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Du traitement des accidents secondaires de la syphilis. Des correctifs, des adjuvants, des succédanés de mercure.

(Suite du numéro du 16 septembre.)

Nous avons dit qu'il n'y avait pas de forme chimique, pas de forme pharmaceutique à laquelle on n'ait eu recours pour administrer le mercure, et cela, malheureusement, plutôt dans des vues purement industrielles que dans l'intérêt de l'art de guérir. On a successivement employé les formes de dragées, de tablettes, de biscuits, etc. Sans insister beaucoup sur ces diverses préparations, nous dirons cependant deux mots des biscuits dont un médecin de Paris, Ollivier, s'est servi pour faire un nouveau médicament mercuriel. Nous pensons que l'on doit conserver les biscuits d'Ollivier pour quelques cas rares où les voies digestives et la peau sont d'une telle susceptibilité, qu'il est presque impossible d'introduire le mercure dans l'économie sous une autre forme. Ces biscuits contiennent du deuto-chlorure de mercure modifié par le travail de panification et de cuisson auquel il a été soumis pendant leur fabrication. Le sel mercuriel semble avoir subi une sorte de décomposition partielle qui en forme un corps intermédiaire entre les préparations connues de mercure. C'est principalement chez les enfants que l'on en retire de bons effets. Mais nous ne terminerons pas sans dire que malgré les heureux résultats qu'ils déterminent souvent, les biscuits d'Ollivier ne constituent qu'un moyen empirique, auquel on a fait le plus grand tort par l'immense publicité qu'on leur a donné, et que par scrupule louable beaucoup de médecins n'osent pas prescrire, dans la crainte qu'on ne les accuse d'encourager l'industrialisme pharmaceutique, contre lequel nous nous élevons.

Nous avons démontré précédemment que tout en agissant thérapeutiquement, le mercure peut produire certains accidents inhérents à son essence. Cette action pathogénique, il faut tâcher de la corriger partout où elle se manifeste. Il est des sujets qui ne supportent ni les frictions sur la peau, ni les bains, ni les fumigations mercurielles. Chez ces individus à peau si éminemment susceptible, il faut chercher au mercure un correctif; il s'agit de rendre la peau moins irritable, et là trouvent leur emploi les bains amidonnés, gélatineux, les bains de son, etc. C'est surtout pour les préparations mercurielles que l'on prend à l'intérieur que l'on doit chercher des correctifs. On sait que c'est le proto-iodure de mercure que nous préférons en général, et il est des individus qui ne peuvent en prendre même une faible dose sans être pris de diarrhée. Lorsque cette condition défavorable existe, il faut ajouter à l'iodure de mercure une quantité plus ou moins considérable d'opium; l'opium est un excellent correctif, le correctif obligé de toutes les préparations mercurielles qui agissent trop vite, localement, sur le tube digestif, en dehors de leur propriété spécifique. Si nous insistons sur ce point, c'est que certains auteurs ont avancé que l'opium nuit à l'action spécifique du mercure, proposition que nous croyons cliniquement inexacte. L'opium nuit si peu à l'action antisyphilitique du mercure, que l'administration des composés pharmaceutiques dans lesquels ils entrent tous les deux donne lieu à la disparition évidente, et plus ou moins rapide, des phénomènes morbides. Nous prétendons que, dans ces cas, le mercure associé à l'opium agit plus vite que quand il est donné seul, parce que l'opium aide la tolérance à s'établir. Entre le mercure donné seul et produisant un effet purgatif, et le mercure associé à l'opium, il y a, comme agent thérapeutique, une différence énorme. Tout au contraire des sujets pris de diarrhée, de salivation intestinale, il y a des malades chez lesquels le mercure, sous quelque forme qu'il soit pris, passe en excitant trop vivement les voies digestives supérieures, en concentrant sur elles la vitalité intestinale, et alors au lieu de provoquer des selles abondantes, il constipe. Dans les cas de ce genre, si dans les préparations mercurielles on a déjà de l'opium, et nos formules ordinaires en renferment toujours *à priori*, parce que nous prévoyons la susceptibilité intestinale si fréquente chez les malades, dans les cas de ce genre, disons-nous, on supprimera l'opium. Si malgré cette modification des pilules hydrargyriques le malade reste constipé, vous devez craindre que le médicament n'ait de la tendance à se porter à la bouche, à provoquer de la salivation, et vous donnerez de temps en temps au sujet un laxatif doux. Ainsi, l'on ne fera point du traitement purgatif un usage exagéré; on ne le considérera point, avec quelques auteurs, comme un adjuvant obligé de la médication mercurielle; comme règle générale, la purgation pendant le traitement mercuriel est une mauvaise chose; ce n'est point un moyen banal, on ne doit en faire usage que suivant les indications.

On a écrit sur la méthode antiphlogistique comme moyen de préparation au traitement mercuriel, comme adjuvant, comme succédané du traitement spécifique; c'est une déplorable doctrine que celle qui veut que l'on commence tout traitement mercuriel par une ou plusieurs saignées. La syphilis, en effet, du moment qu'elle empoisonne l'économie, porte tout d'abord son action sur le sang et l'altère dans sa composition. Cette première tendance de la vérole à la diminution des globules est un fait acquis à la science. Que fait la saignée ? Elle agit précisément de la même manière, en diminuant l'élément globulaire du sang. Or, une des premières conditions pour qu'une médication soit efficace, c'est que le remède n'agisse pas dans le sens de la maladie. Tout le monde est maintenant d'accord sur ce point, que, hors le cas d'absolue nécessité et de phlegmasies intercurrentes, la saignée doit être proscrite chez les sujets affectés de vérole constitutionnelle, et par cela seul qu'ils suivent un traitement mercuriel. Nous rejetons donc la saignée comme adjuvant des mercuriaux, les réservant pour les affections inflammatoires qui peuvent survenir par hasard chez les individus dont la constitution est prise.

Quel doit être le régime des malades soumis au traitement mercuriel? Nous répéterons ici ce que nous avons dit en parlant des accidents primitifs. Pendant le traitement d'une affection syphilitique constitutionnelle, on devra autant que possible éviter les excitants de toute nature, tant dans les aliments que dans les boissons. L'alimentation sera douce, on s'abstiendra de liqueurs alcooliques : plus la nourriture sera simple, meilleure elle sera. Quant à la quantité des aliments, elle sera relative à l'état dans lequel se trouvera le malade. Chez les uns, on sera obligé de prescrire le régime analeptique, reconstituant. Chez d'autres, vous devrez prescrire la diète. Tout ceci, nous le disons toujours, non pas comme méthode générale, mais comme médication individuelle, et suivant les indications des cas. Combien de fois n'avons-nous pas vu des sujets nous arriver mourants de faim, et, quelques jours après leur entrée, bien que l'alimentation des malades ne soit que bien strictement suffisante, reprendre les apparences de la santé, et engraisser rapidement! En général, nous le répétons, hors des cas rares, le régime des sujets affectés de vérole constitutionnelle devra être réconfortant. La vérole détruit, affaiblit, altère l'organisme. Le régime réconfortant est la base du traitement. Il est bien entendu aussi que dans le traitement des accident secondaires, les conditions d'habitation devront être aussi favorables, aussi saines que celles que l'on prescrit pour les scorbutiques, les scrofuleux, etc.; bon air, insolation, la régularité de la température des climats intermédiaires entre les pays froids et ceux où la chaleur est excessive est également favorable au traitement antisyphilitique. Ce n'est point à dire pour cela que l'on ne doive point traiter les malades en hiver, ou lorsque l'on ne peut réunir les conditions que nous venons de signaler. Ne serait-il pas ridicule de renvoyer un malade au printemps, s'il venait se présenter à vous au commencement de la mauvaise saison! La maladie n'attend pas, et vous perdriez un temps irréparable; et puis, la vérole marche d'autant plus vite que les conditions où se trouve le sujet sont plus mauvaises, et que l'on reste plus complétement inactif. Ce n'est

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Sur le Congrès.

Il n'est guère question que du Congrès dans le monde médical, donc rien d'étonnant que je ne trouve à cette heure d'autre sujet de causerie. Celui-ci est du reste assez vaste pour que je ne l'épuise pas d'un jour; il est assez important pour que le lecteur y prenne intérêt, j'y trouve enfin quelque satisfaction de paternité qui me feront pardonner d'y revenir encore.

S'il restait quelque prétexte à la crainte, à l'indifférence ou au mauvais vouloir, j'espère qu'aujourd'hui ce prétexte ne peut plus être allégué. La bienveillance et la courtoisie avec lesquelles M. le ministre de l'instruction publique a accueilli la Commission du Congrès, prouvent sans réplique que le pouvoir voit cette grande manifestation sans déplaisir et sans ombrage, ce que la lettre de M. Orfila avait déjà suffisamment indiqué. Voilà pour les craintifs, pour ceux qui n'auraient signé qu'en tremblant la liste d'adhésion et que la peur d'une opposition quelconque ferait rentrer au plus profond de leur coquille. Quant aux indifférents, ils seraient aujourd'hui sans excuse. Comment! voilà un ministre tout disposé à écouter vos plaintes, à tenir compte de vos vœux, à présenter un projet de loi qui soit la satisfaction de vos besoins et de vos intérêts, voilà une occasion unique et solennelle de les lui faire connaître, et vous resteriez froidement et égoïstement inactifs? Si le corps médical ne met pas à profit et les bonnes dispositions du ministre et les circonstances actuelles, en vérité sera-t-il bien venu ensuite à se plaindre et à gémir? Voyez si jamais occasion plus belle s'est montrée! M. le ministre a dit formellement, ce sont ses propres paroles, que la réunion du Congrès le forçait à s'arrêter; que disposé à tenir compte des vœux du corps médical, il attendrait de les connaître pour présenter aux chambres son projet de loi. Et vous hésiteriez encore?.... Mais, on est indifférent par plusieurs causes. — Par faiblesse d'abord, par inertie, par défaut et absence de ce sentiment chaleureux et sympathique qui pousse au progrès et à l'amélioration. C'est un vice organique contre lequel je ne saurais que faire et que je plains bien plus que je ne le blâme. — On est indifférent par scepticisme et par une sorte de désespoir de pouvoir mieux faire et autrement que ce qui existe. Cette indifférence-là est basée sur une fausse appréciation, et je dois la combattre. A ceux qui font montre devant moi de cette désespérante tendance, je dis : Oui, vous tout seul; oui, dans votre isolement et votre faiblesse, vous êtes, vous serez à jamais impuissant à rien changer. Mais parce que vos efforts individuels seraient stériles, est-ce une raison de refuser de les unir aux efforts collectifs de vos collègues? — Trois hommes cheminaient dans un sentier ignoré et difficile, la nuit étant sombre et le temps affreux. Le premier se laisse choir dans un trou et se lamente; le second, au lieu de lui porter secours, se détourne et tombe à son tour dans une ornière profonde; le troisième, effrayé, revient en arrière, s'égare et s'enfonce dans un marais bourbeux. Toute la nuit ce sentier solitaire retentit de leurs gémissements. Mais vainement, seul, chacun de ces trois hommes était inhabile à se tirer d'affaire. Le matin arrive et avec lui un vigoureux laboureur qui trouve nos trois hommes dans cette triste position. — Eh! l'ami; un peu d'aide s'il vous plaît, dit l'homme au trou. — Il en fallait bien peu, car se baisser à peine, tendre la main et la relever ensuite, suffit au laboureur pour ramener notre homme. Si le second avait fait ce que fit le laboureur, il ne serait pas tombé dans une ornière, il aurait évité le marais au troisième, et à tous trois il eût épargé la nuit cruelle et perplexe qu'ils passèrent. — Ainsi de nous, chers confrères; nous sommes qui dans un trou, qui dans une ornière, qui dans un marais, avec cette différence qu'on vous tend la main, qu'on cherche à vous tirer de la mauvaise position où vous êtes, que vous n'auriez à faire qu'un tout petit effort pour vous sauver, et que quelques-uns d'entre vous trouvent encore cet effort trop pénible. Il n'en sera que ce que vous voudrez, Messieurs les indifférents, mais au moins n'accusez plus de vos destins ni les dieux, ni les hommes, ayez surtout vergogne de vous plaindre. — On est surtout indifférent parce qu'on est heureux, parce que rien ne manque, ni richesses, ni honneurs, ni considérations, parce qu'on sympathise peu avec des souffrances qu'on ignore, avec des malheurs que l'on ne connaît pas, parce que la plainte est importune aux gens chez lesquels tout abonde, parce que toute idée de changement répugne à qui n'a rien à désirer, parce que tout mouvement progressif épouvante ceux qui n'ont d'autre souci que celui de conserver. Eh bien, sur ce point, je le confesse, mes prévisions ont été fausses et je me suis trompé. Non, je le dis franchement, je n'espérais pas que ce qu'on pourrait appeler l'aristocratie médicale de Paris, donnerait le noble et bel exemple qu'elle donne à nos confrères des départements; non, je ne me doutais pas que l'idée du Congrès trouverait cette faveur et cet empressement auprès de nos célébrités médicales. La province, c'est mon espoir, ne restera pas en arrière de Paris, car c'est elle surtout que le Congrès intéresse. Les sommités de notre ordre dans les départements plus en rapport, en contact plus immédiat avec nos confrères des campagnes, peuvent seules éclairer le pouvoir sur la nature et l'étendue de leurs besoins; presque seules elles peuvent aussi faire le sacrifice que leur impose la réunion du Congrès. Reculeront-elles devant ce sacrifice? Après avoir si largement payé leur tribut à notre science et à notre art, ne voudront-elles pas encore tenter quelques efforts pour cette noble profession qui les voit avec orgueil à leur tête? Il n'en saurait être autrement; le conseil si sage et si bienveillant de M. de Salvandy sera entendu dans les départements; les adhésions déjà connues de la province sont assez nombreuses et assez importantes pour que toute susceptibilité doive se taire et s'incliner devant ce sentiment du bien général à faire et des intérêts généraux à réclamer.

Quant aux gens décidément malveillants, il n'en faut rien dire; c'est leur plus cruelle punition. Ils sont en infiniment petit nombre du reste, et tout à fait impuissants à détourner l'opinion publique de la grande préoccupation du moment. Le Congrès, j'ose le dire, a été provoqué dans une généreuse intention d'union et de concorde qui me trouve peu disposé à la polémique personnelle. Que celui-ci écrive alors que rien ne l'y oblige, que celui-là se taise alors que son devoir serait de parler, que l'un trouve le Congrès inutile et l'autre plaisant, liberté tout entière à chacun et à tous. Je souhaite seulement qu'au bout de tout ceci, chacun puisse se dire avec satisfaction : J'ai fait ce que j'ai pu, dans la mesure de mes forces et de mon intelligence, pour servir ma profession, que j'honore, et mes confrères, que j'aime.

Quoi qu'il en soit, les choses marchent et marchent bien. Les adhésions arrivent imposantes et nombreuses, et la Commission permanente, dont le zèle ne s'est pas un instant ralenti, mène à bonne fin son travail d'organisation. Le règlement était une affaire importante; il est terminé. Pour si peu que les adhérents soient curieux d'en connaître les dispositions principales, je puis les satisfaire.

D'abord, le bureau sera composé d'un président, de quatre vice-présidents, d'un secrétaire-général, de trois secrétaires des séances et d'un trésorier. La nomination de ce bureau sera faite au scrutin secret et à la simple majorité des suffrages, dans la première séance du Congrès. Cette première séance sera présidée par le bureau provisoire nommé par la Commission permanente.

C'est une grande question que celle du bureau provisoire. La Commission voudrait le composer de telle sorte que le Congrès n'eût pour ainsi dire qu'à ratifier ses choix, et c'est chose difficile. L'anarchie scientifique dans laquelle nous vivons a singulièrement influé sur l'anarchie des affections, de sorte qu'il est à peu près impossible de faire un choix agréable à tout le monde. Et cependant, du choix du président dépend en grande partie le destin du Congrès. Il faudrait un homme parfaitement versé dans la matière, qui à un caractère ferme joignît la dignité et la convenance des formes, à un esprit droit et pénétrant, l'autorité qui impose, la logique qui ramène, l'indépendance qui rassure, une de ces natures d'élite qui commande la confiance et

pas à dire non plus qu'il soit nécessaire de tenir toujours les malades claquemurés dans leur chambre et à l'abri de toute influence de l'air extérieur.

Une fois les règles d'une hygiène convenable bien posées et le sujet placé dans de bonnes conditions de santé, il faut chercher autant que possible à lui rendre par les distractions l'exercice, une existence agréable, semblable à celle des hommes bien portants qui l'entourent. Enfin, il faut empêcher le malade de se replier continuellement sur lui-même. L'hypochondrie, la *syphilophobie* sont des conditions des plus défavorables au traitement des accidents secondaires de la vérole.

Ces considérations nous conduisent tout naturellement à l'étude des adjuvants qui ont eu le plus de réputation, et auxquels un grand nombre de médecins et l'immense majorité des malades attribuent les plus merveilleuses propriétés. Nous voulons parler des sudorifiques, adjuvants obligés, sans lesquels beaucoup de médecins ne croiraient pas avoir prescrit un traitement complet, sans lesqnels aussi la plupart des malades ne se croiraient pas guéris. Les sudorifiques, la salsepareille, le saint-bois ou gaïac, la squine et le sassafras ne possèdent aucune propriété antisyphilitique. Ce sont, qu'on nous passe cette expression, quatre réputations usurpées. Le sassafras, la squine, le gaïac ne guérissent pas plus aujourd'hui la vérole, qu'il y a cinquante ans, qu'il y a cent ans. Quant à la salsepareille, nous en parlons isolément des autres, parce que l'on ne peut s'imaginer ce qui s'en consomme chaque année dans le traitement des maladies syphilitiques, et parce que, nous ne craignons pas de le dire, c'est un des plus lourds impôts qui pèsent sur la classe pauvre, sur la classe ouvrière. Or, la salsepareille ne guérit pas; c'est un des remèdes *les plus fallacieux*, pour nous servir du mot d'un célèbre chimiste; et nous ne sommes pas les seuls à avoir cette opiuion. Cullen, Pearson avaient, il y a déjà longtemps, reconnu que la salsepareille est un remède d'une nullité complète comme antisyphilitique. Ceux qui ont suivi pendant quelque temps notre pratique à l'hôpital du Midi, savent que, lorsque nous voulous soumettre pendant quelques jours un malade à la médication expectante, sans qu'il s'aperçoive de notre inaction, nous lui prescrivons la tisane de salsepareille, et que jamais cette préparation n'a empêché, retardé ou modifié l'apparition et la marche des phénomènes de la vérole.

Ainsi donc, la salsepareille est nulle comme moyen antisyphilitique. Comme sudorifique, a-t-elle un propriété plus certaine? Non; la décoction chaude de salsepareille fait suer les malades, comme les fait suer l'infusion de tilleul., comme les fait suer l'eau pure. Mais donnez au malade la racine de salsepareille en poudre, par exemple, et nous défions le plus habile de faire suer un sujet par l'influence de cette médication. En thèse générale, nous dirons : Faites prendre au sujet syphilitique la tisane que vous voudrez, si vous jugez convenable de lui en administrer une; prescrivez même la salsepareille à ceux de vos malades qui ne se croiraient pas guéris si vous ne leur en aviez fait prendre pendant quelques semaines, et cela, vous serez forcé de le faire tous les jours; mais ne croyez ni à la vertu antisyphilitique, ni à la vertu sudorifique de cette décoction.

On doit tenir les voies digestives dans un certain état de tonicité; aussi est-ce pour remplir cette indication que nous faisons prendre à nos malades des tisanes amères. L'infusion de saponaire constitue un stimulant convenable des voies digestives; elle agit comme le houblon, la douce-amère, le quinquina, etc. Les toniques et les amers, comme adjuvants des préparations mercurielles, sont d'utiles et de puissants auxiliaires. Il y a longtemps que nous l'avons dit : La syphilis et les scrofules sont sœurs. Les meilleures boissons que l'on puisse donner aux syphilitiques, ce sont les antiscrofuleux. Est-il nécessaire de provoquer la transpiration, de pousser à la peau, comme on dit vulgairement, lorsque l'on a affaire aux accidents secondaires de la vérole constitutionnelle? Si la nature tend à pousser elle-même à la peau, les préparations qui pourront aider ce mouvement centrifuge seront d'excellents adjuvants du traitement mercuriel; dans ces circonstances, nous dirons au médecin : Faites transpirer vos malades, mais par les moyens les plus faciles et les moins coûteux. Quel que soit le sudorifique que vous mettiez en usage, le résultat sera toujours le même.

La question des sudorifiques nous amène à l'appréciation du bain de vapeur comme moyen thérapeutique et comme adjuvant du traitement mercuriel; il est évident que le résultat du bain de vapeur étant de provoquer la transpiration, il sera utile souvent, dans les conditions où le traitement exigera que l'on pousse à la peau. Un mot avant de terminer ce qui est relatif aux accidents secondaires, sur quelques médicaments considérés comme succédanés du mercure, les composés d'or, d'argent et l'iodure de potassium.

Les préparations d'or ont joui et jouissent encore, près de quelques personnes, d'une très grande réputation d'efficacité dans le traitement des accidents secondaires de la syphilis. Certes, l'on ne peut nier que ce ne soient des composés qui ont une influence très puissante sur l'économie; mais ont-elles des propriétés antiphlogistiques prononcées sur les accidents secondaires? Les expériences de Cullerier, de Biett, ont conduit à penser que les préparations aurifères n'ont que très peu de pouvoir, si tant est même qu'elles en aient, contre les accidents dont nous nous occupons. Nulles dans la majorité des cas, très douteuses dans les rares circonstances dans lesquelles la guérison a été obtenue, ces cas de guérison ont été tels que l'on a toujours pu se demander si c'était la médication qui avait fait disparaître les accidents, car on sait que souvent les phénomènes de la seconde période peuvent disparaître saus que l'on ait fait aucun traitement.

Les préparations d'argent ont été employées comme les préparations d'or, avec le même insuccès dans la plupart des cas, avec la même incertitude dans quelques autres. Nous pensons, d'après l'expérience des faits, que l'argent est encore plus nul que l'or dans le traitement de la vérole constitutionnelle, et nous avons pu donner jusqu'à un gramme de sel d'argent à nos malades sans obtenir le moindre résultat.

L'iodure de potassium peut-il réussir dans le traitement des affections secondaires? Il est prouvé qu'il peut quelquefois produire des résultats assez favorables. Lorsque Wallace publia ses premiers faits relatifs à l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la vérole, il employa ce sel à toutes les périodes de la maladie, contre toutes les formes, contre tous les symptômes. Souvent il obtint des résultats favorables; mais, dans certaines périodes de la syphilis, ils étaient si variables, que ce précieux médicament serait tombé dans l'oubli, sans nul doute, si l'on avait cru Wallace sur parole. Nous réclamons notre large part dans la réputation dont jouit maintenant l'iodure de potassium. Nous avons dit le premier où il fallait l'employer, et contre les accidents de quelle période. Nous avons démontré de la manière la plus positive que, contre les accidents secondaires, l'iodure de potassium est un remède infidèle qui réussit rarement. Le plus souvent, il échoue; il est aussi faible que le mercure est fort; quelquefois il a, de plus, l'inconvénient de fouetter et d'exaspérer ces phénomènes. Lorsqu'il n'est pas nuisible, il fait souvent perdre un temps précieux. Non pas que nous prétendions dire qu'il n'y ait pas de faits dans lesquels il ait réussi; mais il ne peut constituer un traitement spécial et complet.

L'hydrothérapie a été vantée de la manière la plus enthousiaste. Nous l'avons expérimentée nous-même, et nous avons vu disparaître les phénomènes secondaires assez souvent. Mais cette médication est, de toutes celles que nous connaissions, celle dont les effets sont les plus momentanés, les plus fugitifs. Dans un très court espace de temps, les phénomènes reparaissent; or, les médicaments les plus utiles et partout préférables à tous les autres, sont ceux qui compriment le plus longtemps la diathèse, qui empêchent le plus longtemps la manifestation de se reproduire, et c'est le mercure qui est dans ce cas.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Des corps fibreux de l'utérus.

(Suite du numéro du 23 septembre.)

Nous allons essayer de résoudre la question que nous nous sommes posée la dernière fois, et pour cela ainsi que nous l'avons dit, nous nous appuierons principalement sur le pronostic des corps fibreux. Convient-il donc d'opposer une opération à cette maladie? Faut-il enlever la tumeur? L'ablation des corps fibreux n'a guère été pratiquée en France; mais en revanche, elle a pris faveur en Angleterre, en Allemagne, en Amérique; et il semble même que dans ces dernières années il y ait eu un redoublement dans la facilité avec laquelle les praticiens de ces pays ont tenté cette opération. M. Giraldès, qui dernièrement a fait le relevé de toutes celles qui ont été publiées, en a trouvé au moins une centaine et il a pu constater qu'il s'en était pratiqué jusqu'à vingt-deux et vingt-cinq pendant l'espace seul de deux années. Nous en avons, quant à nous, recueilli au moins une cinquantaine, que nous avon placées dans notre Traité de Médecine opératoire, avec les diverses terminaisons dont elles ont été suivies.

Tout ce que nous pouvons dire d'abord de cette opération, c'est qu'elle est extrêmement grave, puisque dans certains cas on est obligé de pratiquer une incision qui s'étend depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. Cela seul déjà suffirait pour la faire juger; mais si nous ajoutons encore qu'il faut mettre à nu les intestins, que cette opération entraîne en outre l'ouverture de vaisseaux dont la ligature ne peut être faite; si l'on pense aux suites qu'elle doit à peu près sûrement amener, à la péritonite intense qui doit la suivre, on comprendra alors que nous sommes autorisé à la regarder comme une opération des plus redoutables, devant faire succomber la plupart des femmes, et même assez souvent en fort peu de temps. Ainsi, parmi celles qui l'ont supportée, les unes sont mortes en trois, huit, douze, vingt-quatre heures ou quelques jours. Quand on songe que ces opérations ont été faites pour une maladie qui permet de vivre longtemps, et qui n'est pas accompagnée de souffrances!

Mais il y a plus, deux de ces opérations, pratiquées pour enlever ces corps fibreux, n'ont pas été achevées, parce qu'il n'y avait pas de tumeurs, et les incisions depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis n'en avaient pas moins été faites. Personne n'a rien trouvé à dire cependant. Si de pareils faits s'étaient passés à Paris, que de récriminations se seraient élevées de toutes parts contre le chirurgien!

Généralement, il nous semble qu'on peut blâmer une pareille opération, non-seulement, ce qui ne fait pas doute, dans les cas que nous venons de citer; mais même alors que la tu-

---

le respect, et qui puisse faire preuve à la fois de force st d'indulgence, de bon sens et de droituré.

En connaissez-vous beaucoup ainsi? Et l'embarras de la Commission vous paraît-il légitime?

Voici un article qui va mettre en érection toutes les facultés oratoires et improvisatrices des quatre-vingt-six départements. Les discours écrits sont interdits. On comprend le motif de cette interdiction. Il faut aller vite en besogne; car le travail est immense, et le temps fort court; il faut donc le ménager. Il faut surtout exciter les excentricités qui d'ordinaire se produisent par de longs discours écrits. On le sait, d'ailleurs, les discours écrits sont rarement écoutés. Quand on possède bien une question, quelques mots bien placés avancent plus la solution que de longs développements.

Mais je vous entends, vous êtes impatients de savoir quelle direction, quelle base, quelle occasion sera donnée à la discussion. Il faut que vous sachiez d'abord que la Commission permanente s'est imposé une besogne immense.... Nous sommes au 1er novembre, le Congrès est réuni, et il entre en séance. Un membre de la Commission après avoir rappelé tout ce qui s'est passé jusqu'alors, fera un résumé de tous les travaux, et ils sont déjà considérables, qui sont parvenus à la Commission permanente. Préalablement il aura succinctement analysé tous les travaux importants sur la matière, toutes les opinions raisonnables, toutes les solutions que les questions auront reçues. De sorte que te Congrès soit aussi complétement édifié que possible sur la nature, l'étendue, la diversité et l'importance de la besogne qu'il doit accomplir.

Déjà, et éclairée par les communications qu'elle aura reçues, la Commission aura nommé des commissions chargées de faire un rapport sur les paragraphes du programme. Ce rapport sera terminé par la proposition d'un vœu à émettre; et immédiatement après, la discussion s'ouvrira. La discussion close, le président mettra aux voix la proposition de la Commison, les amendements s'il s'en produit, et le Congrès votera par assis et levé.

J'ai souvent entendu faire cette objection, ou plutôt exprimer cette crainte : Le Congrès se composera de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, et chacune de ces professions a fait un programme. Est-ce que les médecins seront appelés à voter te programme des pharmaciens, ceux-ci celui des vétérinaires, et ceux-là celui des médecins? Les majorités ne seront-elles pas alors pour ainsi dire fictives, représenteront-elles bien des intérêts réels, et ces trois professions sont-elles également aptes à juger les questions de tous les programmes?

Cette crainte était fondée et légitime, et la Commission s'en est vivement préoccupée. Elle a pris une détermination qui, en ménageant toutes les susceptibilités, en consacrant tous les droits, tînt compte aussi de tous les intérêts. Les séances du Congrès seront divisées en assemblées générales et en assemblées de sections. En assemblées générales, pour la discussion de toutes les questions connexes, et il en est un certain nombre; en assemblées de sections, pour tout ce qui n'intéresse qu'une profession seule. Il pourra y avoir ainsi simultanéité de travaux en même temps qu'on évitera la confusion et le désordre des assemblées trop nombreuses.

Les séances du Congrès ne seront pas publiques; les adhérents seuls auront le droit d'y assister. Cependant, le bureau pourra faire des invitations particulières, et des places seront réservées à MM. les journalistes.

Avant de se séparer, le Congrès nommera une commission de quinze membres, chargée de présenter aux ministres et aux membres des deux chambres le résultat des vœux émis par le Congrès, et d'en poursuivre la réalisation.

Dans la dernière séance du Congrès, le trésorier rendra compte de l'emploi des fonds résultant des adhésions. Si les recettes excèdent les dépenses, le bureau proposera l'emploi à faire de la somme excédante, et le Congrès votera sur cette proposition.

Telles sont les principales dispositions réglementaires admises par la Commission, qui d'ailleurs seront soumises au Congrès réuni.

Car, il faut le dire bien haut pour certaines personnes, la Commission ne s'arroge aucun droit, elle n'impose aucune de ses volontés; ce qu'elle fait elle croit l'entreprendre dans l'intérêt général de la manifestation qui se prépare, et au Congrès assemblé elle dira : Voilà notre œuvre, jugez-la; réformez-la, vous êtes souverain.

Jean RAIMONN.

Boîte aux Lettres.

Merci d'abord aux journaux de province qui ont pris la cause du Congrès avec un dévouement et un zèle qui auraient dû être partout imités. J'ai lu avec une vive satisfaction les articles publiés par la *Clinique de Montpellier*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, la *Clinique de Marseille*, la *Gazette médicale de Montpellier*. Plusieurs de nos confrères ont spontanément fait insérer une note dans les journaux politiques de leurs localités, M. Camille Bernard, d'Apt; M. Pacoud, de Bourg; M. le docteur Carteron, de Troyes. Beaucoup d'autres, dans les départements surtout où n'existent ni sociétés ni associations, ont provoqué la réunion de leurs confrères et fait nommer des délégués. Toute justice leur sera rendue en temps et lieu.

— *A M. le Dr Zurkowski*, à Neuilly. — Merci de vos renseignements; l'omission signalée avait été déjà réparée. Votre travail est excellent et nous sera utile.

— *A M. le Dr Dechaut*, à Montluçon. — Oui, je vous ai lu, cher confrère, d'un bout à l'autre; c'était mon devoir, et vous en avez fait un plaisir. Vos solutions seront connues et exposées, mais il faut venir les défendre.

— *A M. le Dr Leroux*, à Corbeny. — Je pense comme vous sur le point en question. Il est fâcheux que votre proposition de Reims n'ait pas réussi. Parlez-nous des hommes qui ont votre zèle et votre dévouement.

— *A M. le Dr Bertet*, à Cercoux. — Vos réflexions sont parfaitement justes. Mais qu'y faire? Précisément ce que nous tentons, et qui rend nécessaire le concours des hommes de tête et d'action comme vous.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Lallemand, ancien professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur honoraire de cette Faculté.

— Décidément, dit-on, l'épizootie revient à grands pas nous visiter, et tout le monde est dans l'effroi. On avait prétendu en Pologne qu'elle était complétement éteinte, et par cette funeste erreur, la Prusse avait cru pouvoir retirer son cordon sanitaire. Aussitôt les communications étant libres, les allées et venues entre les bestiaux de Pologne et les nôtres recommencèrent de plus belle. Un de ces envois s'arrêta dans le village de Gnesen, et, quoique muni d'un *attestat de santé*, il paraît qu'il n'était pas moins attaqué; car depuis qu'il y est entré, plusieurs cas de typhus se sont déclarés non-seulement dans le troupeau étranger, mais chez nous! Et chose bien importante à faire connaître, et que nous ne manquerons pas de publier dans les journaux, tous ceux qui ont mangé de la viande de ces animaux ont eu *comme des symptômes d'empoisonnement*, et *deux personnes en sont mortes*. (*La Réaction.*)

— La maladie des pommes de terre a envahi les environs de Lyon.

— La clavelée, dont nous avons fait connaître l'apparition aux environs de Toulouse, sévit aussi sur les troupeaux de bêtes à laine d'Aix et des communes voisines. On attribue cette invasion de la clavelée au défaut de surveillance des bestiaux amenés aux marchés et dans les champs de foire.

— *Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants.* — M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater du 1er octobre 1845 : 1° Tous les jours les visites à huit heures du matin; 2° Tous les jeudis, visites, opérations et leçons, de huit à dix heures; 3° Consultations tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

meur existe bien véritablement, il ne nous paraît pas qu'on doive employer un moyen aussi épouvantable contre une semblable maladie. Nous savons qu'il en est quelques-unes qui ont réussi cependant; ainsi, M. Lizard opéra une dame qui guérit, mais une autre succomba le lendemain.

Nous en sommes fâché pour nos voisins d'outremer, dont nous estimons le talent; mais des opérations pareilles, selon nous, compromettent la chirurgie.

En sera-t-il de même pour ces tumeurs fibreuses qui, proéminant dans le vagin, ne remontent pas dans le ventre comme les précédentes, et offrent un pédicule? Nous ne le pensons nullement. Ici l'opération se présente sous un jour favorable; d'abord la maladie tuera promptement la malade par les hémorrhagies dont elle est la cause; ensuite l'opération n'est nullement dangereuse. Ainsi, d'un côté, une affection qui deviendra mortelle; de l'autre, une opération peu grave, susceptible de guérir complétement. La conséquence se déduit d'elle-même: on opérera. Mais qu'on n'oublie pas que quand la tumeur proémine à la fois dans le vagin et dans le ventre, l'ablation est dangereuse. L'opinion de quelques-uns même est que non-seulement elle est dangereuse, mais encore impossible. D'autres se contentent de dire qu'elle est trop grave pour être tentée.

Cependant, l'anatomie pathologique nous apprend que ces corps fibreux, bien que considérables, sont dans le tissu de l'utérus comme de véritables corps étrangers, qu'ils se présentent sous l'aspect de masses coiffées seulement par le tissu utérin. Cette considération est importante, et ne doit pas être perdue de vue; elle nous enseigne qu'il n'est pas nécessaire d'arriver au-dessus des limites de la tumeur pour parvenir à la dégager complétement du lieu qui la renferme, qu'il est possible de l'énucléer, de la dégager, qu'on nous passe la comparaison, comme le noyau d'un fruit du moment où sa coiffe est incisée suffisamment sur un point quelconque, fût-ce même à sa partie la plus inférieure. Cela a pu avoir lieu quelquefois. Ajoutons néanmoins que le dégagement peut en être extrêmement pénible, si elle proémine tellement du côté du ventre qu'on ne puisse que difficilement la saisir avec un crochet, ou quand son volume est tellement considérable au-dessus du détroit supérieur qu'elle ne peut le franchir pour être attirée dans l'excavation et de là au dehors.

Ainsi, chez une femme qui nous fut envoyée à l'hôpital Saint-Antoine en 1829 par M. Kapeler, et dont l'histoire se trouve relatée dans notre Médecine opératoire, voici ce qui se passa:

« La tumeur remplissait la presque totalité du bassin, et formait un relief considérable au-dessus du détroit. Nous convînmes, M. Marjolin, M. Kapeler et moi, que l'extirpation en serait tentée par les voies naturelles; je la saisis trois fois avec un forceps ordinaire, et trois fois mes efforts furent insuffisants pour la faire descendre. Craignant alors d'augmenter inutilement ses souffrances, je crus devoir abandonner la malade aux suites naturelles de son affection. Elle succomba au bout de quelques mois. A l'autopsie, nous trouvâmes un corps fibreux, dépourvu de pédicule, en grande partie tombé en putrilage, ayant sa source dans l'épaisseur de la paroi gauche du col, dont il fut d'ailleurs facile de le séparer après avoir incisé la couche du tissu naturel. Une autre tumeur grosse comme les deux poings seulement, adossée par un de ses côtés avec la précédente, occupait la partie droite de l'utérus, et se trouvait également enveloppée par une couche mince de cet organe. Ces deux masses, dont la base était presque aussi large que leur plus grand diamètre, et qui offraient plus de volume au-dessus qu'au-dessous du détroit, ne pouvaient pas être assez solidement saisies par le forceps pour qu'il fût permis de les abaisser et de les enlever; mais la dissection nous donna la certitude que, malgré l'étendue apparente de leurs adhérences, l'excision par l'*énucléation* en eût été possible si, par un moyen quelconque, on avait pu les faire descendre au détroit inférieur ou porter le bistouri sur quelque point de leur circonférence. ».

Cette opération, que nous signalions alors, a été pratiquée par M. Amussat; mais dans l'un des cas où elle le fut, elle présenta de très grandes difficultés. Nous avons eu aussi l'occasion de la mettre en pratique, et il faut avouer que nous avons été dégoûté d'y revenir. C'était chez une dame du monde, exsangue, qui avait consulté les notabilités chirurgicales. MM. Marjolin et Récamier furent pour l'opération. Nous la fîmes. De fortes érignes furent enfoncées dans la tumeur, une incision fut pratiquée sur un des côtés; un lobule s'abaissa, des crochets furent successivement placés les uns au-dessus des autres, et nous parvînmes à extraire une masse de la grosseur d'une tête d'adulte; mais la malade succomba le cinquième jour avec des symptômes de distension de l'utérus, produits sans aucun doute par l'accumulation de caillots dans les locules laissés par l'extraction du corps fibreux.

Il y a en effet presque toujours quelques bosselures isolées; la matrice devient tout à fait comparable aux vésicules séminales; les loges qui subsistent après l'enlèvement des tumeurs fibreuses ne tardent pas à se remplir de caillots sanguins qui probablement dégénéreraient si la malade parvenait à guérir.

L'opération dont nous parlons ne nous paraît donc raisonnable à tenter que dans les cas où la tumeur ne dépasse pas le volume des deux poings, quand elle semble régulière dans sa forme et qu'elle proémine dans le vagin de la moitié de son volume au moins. Hors de ces conditions, l'opération nous paraît être *risquée*, elle présente peu de chances favorables; néanmoins, ici, ce qui autoriserait encore à la tenter même dans des circonstances moins heureuses que celles que nous venons d'énumérer, c'est la certitude de la mort prochaine de la femme si l'on s'abstient d'opérer, alternative dans laquelle on ne se trouve pas avec les tumeurs qui s'étendent du côté de l'abdomen.

Reste donc maintenant à examiner la thérapeutique vraiment rationnelle de ces dernières; elle comprend un grand nombre de moyens qui sont loin d'être dépourvus de valeur, bien qu'ils ne guérissent pas la maladie. De tout ce qui précède d'abord, il faut conclure que l'ardeur de la chirurgie doit être réprimée dans les cas qui nous occupent. Elle ne peut offrir à la malade que des opérations plus dangereuses que le mal même; or, la première loi en chirurgie est de s'abstenir quand le remède est pire que le mal. Est-ce à dire, pour cela, qu'il n'y a rien à faire contre les tumeurs fibreuses? Certainement non, il faut remédier aux accidents qu'elles provoquent.

Si la présence des corps fibreux dans l'excavation produit des hémorrhagies, la position horizontale, les boissons astringentes acidulées et les moyens généraux contre les pertes devront être prescrits. On pourra faire prendre les pilules d'Helvétius, dont l'alun forme la base; on administrera le seigle ergoté soit en infusion, soit en extrait, à doses faibles; le ratanhia, la grande consoude, la bistorte, l'aigremoine peuvent être tour à tour employés. On ne négligera pas l'emploi des révulsifs cutanés, les ventouses sèches sur les mamelles, les sinapismes sur les reins, entre les deux épaules, les manuluves à l'eau chaude, au vinaigre, au sel, irritants.

La tumeur ne gêne-t-elle que par son poids, on aura recours à un autre ordre de moyens. C'est à cette classe de médicaments, qui a reçu le nom de fondants, qu'il faut songer. Nous avons cru remarquer que les purgatifs avaient une heureuse influence sur ces tumeurs. On donnera successivement la scammonée, le jalap, l'huile de croton tiglium principalement, l'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée), et on prescrira des vésicatoires sur l'hypogastre, renouvelés tous les quinze jours, tous les mois; on recommandera des onctions avec l'iodure de plomb; l'iodure de potassium à l'intérieur, l'extrait de seigle ergoté devront être aussi employés. A l'aide de ces moyens, il semble que la marche de quelques corps fibreux ait pu être enrayée; il faut dire cependant qu'on voit de ces tumeurs cesser de croître sans qu'on leur ait opposé aucune médication. L'heureux effet de ces traitements ne serait-il que des coïncidences?

Quoi qu'il en soit, il est évident que, sagement conduits, ces moyens n'entraînent avec eux aucun inconvénient, et qu'ils laissent entrevoir quelques avantages. Avec eux, il sera bon de recommander l'usage des bains simples, des bains à l'amidon, à la gélatine, des bains alcalins; on pourra même ordonner ceux de Barége, ou les bains aromatiques, tous ceux enfin qui peuvent stimuler vivement la peau.

Le régime sera aussi l'objet d'une attention particulière; il vaudra mieux, pour la malade, qu'elle fasse usage habituellement d'une diète végétale qu'animale. S'il y a des douleurs dans le ventre, des tiraillements, un sentiment de pesanteur, une ceinture hypogastrique soulagera, au point que la femme se croira guérie pendant quelque temps. C'est là un résultat que nous avons pu constater, et qui est véritablement très remarquable: il se passe chez les malades un changement dont on se fera difficilement une idée si on ne l'a pas observé.

Il y a six mois environ, une dame vint nous consulter; elle était pâle, anémique; elle éprouvait des pertes fréquentes; il y avait de l'enflure aux membres inférieurs. Cette dame portait une tumeur fibreuse. Nous fîmes appliquer une ceinture hypogastrique; elle n'est pas reconnaissable aujourd'hui; elle a repris ses couleurs naturelles; le sentiment de gêne, de pression a disparu; il n'y a plus d'enflure aux jambes; bref, cette dame se croit guérie. Et ce n'est pas la seule; nous en connaissons un grand nombre dont l'histoire est la même.

Du reste, ces résultats se comprennent si l'on veut y réfléchir. La ceinture soutenant convenablement la tumeur, tous les organes voisins se trouvent soulagés de la pression que leur faisait supporter le poids du corps fibreux, et les fonctions de ces organes s'exécutent avec plus de facilité. On voit de quelle importance il est de soutenir les tumeurs qui se sont étendues du côté du ventre. Mais pour obtenir ce résultat, il faut une ceinture qui remplisse exactement le but qu'on se propose; il est indispensable que la plaque soulève parfaitement la tumeur, autrement on n'obtiendrait aucun résultat.

Nous ne devons pas terminer sans une observation essentielle. Nous avons dit tout à l'heure qu'en général un régime léger, végétal, convenait aux femmes qui portaient des corps fibreux; ajoutons que cela est vrai seulement pour celles qui ne sont point prises de pertes; car dans ce dernier cas, au contraire, c'est d'un régime tonique, fortifiant, qu'elles doivent faire usage. De plus, s'il survient quelque accident phlegmasique, nul doute qu'il ne doive être traité comme à l'ordinaire. La constipation tourmente-t-elle les malades, les lavements et les laxatifs la feront cesser; les diurétiques seront opposés aux urines rares. Mais ce qu'il y a surtout d'important, ce sont ces deux points très différents: quand la tumeur est dans le bassin, il faut surtout insister sur les antihémorrhagiques; quand la tumeur est dans le ventre, c'est plus particulièrement la ceinture qu'il faut employer.

Il est inutile de dire qu'on devra associer les antispasmodiques aux traitements précédents, s'il se développe quelque accident nerveux, et alors on aura fait, contre les corps fibreux de l'utérus, tout ce qu'aujourd'hui on connaît de véritablement utile.

— M. Velpeau se propose, à la rentrée, de terminer l'histoire des maladies des femmes; il commencera par l'étude des affections du col. Nous publierons exactement ces leçons.

PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 17 septembre 1845. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Guépratte*, nouvellement nommé membre correspondant, étant présent à la séance, est invité par M. le président à participer aux délibérations de la Société.

— *MM. Malgaigne* et *Morel-Lavallée* demandent chacun un congé d'un mois, qui leur est accordé.

— *M. Robert* achève la lecture de son travail *sur les écoulements séreux qui accompagnent certaines fractures de la base du crâne.*

L'opinion à laquelle se rattache définitivement M. Robert dans ce nouveau travail, est celle de Guthrie, qui attribue l'écoulement auriculaire à la suite des fractures du rocher, à l'issue du liquide céphalo-rachidien, opinion déjà plusieurs fois soutenue dans le sein de la Société par M. Bérard.

M. Laugier adresse à M. Robert plusieurs objections, dont voici le résumé.

1° Il reproche à M. Robert d'avoir exclusivement choisi les faits qui concordaient avec la théorie qu'il soutient aujourd'hui, et d'avoir mis de côté des faits cependant authentiques qui renversent cette théorie. Ainsi, par exemple, les seuls faits dont ait tenu compte M. Robert pour expliquer, par l'issue du liquide céphalo-rachidien, l'écoulement auditif après les fractures du rocher, sont ceux dans lesquels la fracture passait précisément sur le conduit auditif interne, et cependant, dit M. Laugier, il existe des cas incontestables dans lesquels cet écoulement a été observé avec tous ses caractères, alors que la fracture siégeait dans tout autre point du rocher, à sa base, par exemple, et sans aucun rapport avec le trajet du conduit auditif. Que devient dès-lors une théorie produite avec la prétention de s'imposer comme explication de tous les faits, et qui est en contradiction formelle avec plusieurs d'entre eux! Il suffirait, dit M. Laugier, d'une seule observation qui ne réunit pas les conditions sur lesquelles repose cette théorie pour la renverser. Or ces observations existent, et j'en ai cité plusieurs dans mon mémoire publié dans les Archives, et notamment deux cas, l'un qui m'est propre, l'autre qui appartient à M. Diday.

2° La théorie adoptée par M. Robert suppose de toute nécessité la déchirure des méninges, pour que l'issue du liquide céphalo-rachidien puisse s'effectuer. Or il existe des cas dans lesquels MM. Robert et Laugier s'étant trouvés observateurs d'un même fait d'écoulement auditif non équivoque pour tous deux, il n'y avait cependant aucune déchirure des méninges.

3° Peut-être, dit M. Laugier, dans nos théories opposées, sommes-nous tous les deux à côté de la vérité en concluant d'une manière absolue; mais il y a entre nous cette différence, que je ne mets pas de côté les faits embarrassants, que je les accepte tous, et que je cherche à accommoder mon explication à l'ensemble des observations, sans partir d'une opinion préconçue pour forcer les faits à se plier aux besoins de la théorie.

4° M. Laugier s'élève contre les expériences faites par M. Robert à l'appui de l'opinion qu'il a embrassée, et dit que ces expériences ayant été reprises par lui avec le même interne qui avait exécuté celles mentionnées par M. Robert, et en employant les mêmes précautions, il n'a jamais vu l'écoulement du liquide céphalo-rachidien se produire par le seul fait de la fracture du conduit auditif interne. Il ne doute pas que dans les fractures accompagnées d'un délabrement assez considérable pour atteindre par la déchirure des méninges jusqu'aux sources du liquide céphalo-rachidien, celui-ci ne puisse devenir l'aliment de la sérosité auriculaire, et à cette occasion il cite une remarquable observation de M. Lenoir, dans laquelle une plaie faite aux membranes du canal rachidien par un instrument acéré, donna issue à du liquide céphalo-rachidien. Mais l'ouverture des membranes jusqu'au foyer de ce liquide inclusivement étant au contraire une circonstance exceptionnelle parmi les faits d'écoulement séreux auditif, il ne saurait admettre que le liquide céphalo-rachidien soit l'aliment obligé de ce genre d'écoulement.

C'est donc partir d'une donnée matériellement fausse que d'admettre que tout écoulement séreux auditif caractérisé à la suite des fractures du rocher, doit coïncider avec une fracture divisant le conduit auditif interne.

M. Laugier ajoute que ce qui a dû faire illusion à M. Robert dans les expériences que celui-ci a tentées, c'est l'exagération même des lésions qui ont été produites et dans lesquelles, en déchirant profondément les membranes jusque vers le centre de la base du crâne, on a atteint des points que respectent habituellement les causes fracturantes dans les cas dont il s'agit.

5° M. Laugier revenant sur la remarque qu'il a déjà faite, que dans les cas de l'écoulement auditif caractéristique, la fracture est presque constamment très étroite et en quelque sorte à l'état de fissure, tandis que, dans les fractures plus écartées, il y a écoulement de sang, voit dans cette circonstance la matière d'une objection nouvelle, en ce sens qu'avec une fracture large l'issue du fluide céphalo-rachidien devrait être plus facile, et c'est le contraire qui a lieu.

6° Enfin, M. Laugier, rappelant que dans les cas d'écoulement séreux auditif la mort arrive ordinairement d'une manière graduelle par une sorte d'affaissement et sans avoir été précédée des symptômes de méningite, trouve que, sous ce rapport, la principale observation de M. Robert s'éloigne du type des cas dont il s'agit, et rend moins importantes les conclusions qu'on en peut tirer en tant que s'appliquant à l'ensemble des cas de ce genre.

M. Robert dit que la réponse à la plupart des objections de M. Laugier se trouvant implicitement ou explicitement renfermée dans son mémoire, il croit pouvoir se dispenser d'y faire une nouvelle réponse en ce moment. Seulement, il récuse la portée du fait consigné par M. Diday, en disant que ce médecin a pris pour l'écoulement caractéristique un simple écoulement de sérosité sanguinolente.

M. Robert ajoute que si, contrairement à ce qui s'observe habituellement chez les individus qui succombent après une fracture accompagnée d'écoulement séreux auditif, le malade a présenté des symptômes de méningite, cela peut tenir à ce que ce malade a succombé plus tardivement, puisqu'il a survécu huit jours à l'accident qui avait produit la fracture, tandis qu'ordinairement les malades périssent beaucoup plus promptement.

M. Chassaignac craindrait en rentrant dans une discussion qui s'est plusieurs fois reproduite d'abuser des moments de la Société. Il se contentera de présenter deux objections puisées dans l'examen des conditions anatomiques mêmes qui servent de base à la théorie admise par M. Robert: 1° M. Robert avance comme condition anatomique absolue et *sine quâ non*, pour l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par l'oreille, que la fracture doit passer par le conduit auditif interne. Or, il existe des faits authentiques prouvant qu'avec l'écoulement *sui generis*, parfaitement caractérisé, la fracture du rocher n'avait aucun rapport avec le conduit auditif interne.

M. Chassaignac va plus loin et dit que jusqu'à ce moment, il n'y a pas une seule observation qui établisse rigoureusement la possibilité anatomique de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par une fracture du conduit auditif interne. En effet, si l'on ne se borne pas à un examen superficiel du mécanisme par lequel une fracture du conduit auditif interne peut permettre au liquide céphalo-rachidien d'alimenter un écoulement auriculaire continu, et si l'on pénètre plus profondément dans l'étude anatomique de la question, voici ce qu'on observe. Pour atteindre le fond du conduit auditif interne le liquide céphalo-rachidien ne peut arriver qu'à travers la voie celluleuse qui existe entre le nerf auditif et le feuillet arachnoïdien qui tapisse ce nerf, jusqu'au fond du conduit; en un mot entre le névrilème et le feuillet viscéral. Il ne suffit donc pas que la dure-mère soit déchirée ainsi que le feuillet pariétal de l'arachnoïde et que la cavité arachnoïdienne soit ouverte, car alors il s'écoulerait du liquide arachnoïdien, mais il faut encore que le feuillet viscéral de l'arachnoïde, celui qui est juxtaposé au nerf auditif, soit lui-même déchiré et que cette rupture soit en communication directe avec la fracture. Or, c'est précisément là le fait à démontrer, et il n'a pas encore été observé une seule fois. On

le suppose, à la vérité ; mais une hypothèse n'est pas une démonstration.

La déchirure méningienne, quand elle a lieu, siége au feuillet pariétal, tandis que c'est au foyer viscéral qu'elle devrait exister pour permettre l'issue du liquide céphalo-rachidien. Dans la plupart des cas, la dure-mère elle-même du conduit auditif n'était pas déchirée ; à plus forte raison le feuillet arachnoïdien viscéral qui n'est pas immédiatement appliqué contre l'os, est-il exempt de déchirure. Il semble que dans l'édification de plusieurs des théories de ce curieux phénomène on ait affiché l'oubli des conditions anatomiques les plus élémentaires.

On parle aussi de la rupture du cul-de-sac arachnoïdien dans le fund du conduit auditif ; cela équivaut à soutenir que la fracture ne doit plus seulement couper la direction du conduit dans tel on tel point de son trajet, mais qu'elle doit précisément tomber sur l'espace d'un quart de ligne et peut être moins, qui correspond à ce cul-de-sac, c'est-à-dire à la réflexion d'une seule épaisseur de la séreuse au moment où de pariétale qu'elle était en atteignant l'extrémité de la paroi osseuse du conduit, elle devient viscérale en se réfléchissant sur le nerf. Or, faire d'une condition anatomique aussi difficile à réaliser la base d'une explication, c'est en avouer le peu de fondement. A quoi il faut ajouter que la rupture du cul-de-sac proprement dit ouvrirait la cavité arachnoïdienne et voilà tout.

L'examen attentif de toutes les opinions qui ont été émises jusqu'à ce jour sur le mode d'après lequel s'effectue l'écoulement séreux de la base du crâne à la suite des fractures, montre que toutes ces opinions sont encore hypothétiques; dès-lors elles doivent se présenter avec la modestie qui convient aux hypothèses, et ne pas s'imposer avec la rigueur d'un fait démontré.

M. Michon, qui présidait la séance du 7 mai, dans laquelle a été lu un travail de M. Chassaignac sur le même sujet, demande que ce travail soit renvoyé en même temps que celui de M. Robert au comité de publication, et cela dans l'ordre de leur présentation à la Société.

La proposition de M. Michon est adoptée.

M. Malgaigne rappelle qu'à l'époque où M. Robert présenta un travail dans lequel la source de l'écoulement auriculaire était rapportée au liquide de Cotugno, une commission fut nommée pour instituer des recherches à ce sujet. Il exprime le regret que cette commission n'ait présentée jusqu'à présent aucun travail écrit, et que la Société en laissant ignorer son jugement sur les diverses théories qui lui ont été soumises par plusieurs de ses membres, ne soit comme engagée par une sorte de solidarité tacite avec les auteurs de ces théories.

M. Monod fait remarquer que les opinions sont tout à fait personnelles aux membres qui les exposent, et ne sauraient en rien engager le jugement de la Société.

L'ordre du jour appelle la continuation de la lecture de M. Gosselin; mais l'heure étant trop avancée, M. le président invite cet honorable confrère à remettre pour la prochaine séance le complément de son intéressante communication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'ergot de seigle dans un cas d'inertie de la vessie avec rétention d'urine ; observation recueillie par M. le docteur Duhamel.

Madame M., arrivée à une époque encore peu avancée d'une grossesse à l'existence de laquelle la persistance de ses règles l'empêchait de croire, se trouva gênée dans l'émission de l'urine par une tumeur douloureuse qu'elle sentait à la région hypogastrique.

Son médecin, M. le docteur Duhamel, ayant été appelé, constata l'exactitude du fait ; la malade lui parut avoir une distension considérable de la vessie par suite de l'accumulation de l'urine qui ne coulait plus que par regorgement.

Le cathétérisme fut pratiqué et procura l'issue de trois à quatre litres d'urine claire et sans odeur. Dans l'espoir que la vessie finirait par reprendre sa contractilité, M. Duhamel se borna, pendant trois jours, à vider cet organe toutes les vingt-quatre heures. Mais cet espoir ne s'étant pas réalisé, il fit appliquer un très large vésicatoire sur l'hypogastre, puis deux autres également très larges à la partie supérieure interne de chaque cuisse. Malheureusement ces moyens restèrent sans succès. C'est alors que ce praticien songea à recourir à l'emploi de l'ergot, il prescrivit d'abord cette substance à la dose de deux grammes par jour ; mais n'en ayant pas obtenu de résultat, il doubla la dose. Alors le malade commença à rendre à peu près un quart de la quantité d'urine évacuée chaque jour par la sonde ; le lendemain, plus de la moitié ; le troisième jour, les trois-quarts ; et enfin, le quatrième jour, le cathéter n'eut plus besoin d'être porté dans la vessie, car cette dernière était entièrement vide.

La première émission de l'urine ne put avoir lieu que dans la position couchée ; mais peu à peu il devint possible à la malade d'uriner à volonté et dans toutes les positions.

Quelques jours après l'emploi de la sonde, l'urine était devenne louche et avait pris une odeur fétide, comme il arrive dans les cas de catarrhe vésical ; mais ce liquide a fini par reprendre toutes ses qualités physiologiques.

Traitement de l'irritation spinale; par M. le professeur Jung, de Bâle.

M. Jung recommande particulièrement, dans les cas d'irritation spinale, et en général dans toutes les névralgies, l'emploi du moyen suivant :

Extrait de belladone,	4 gram.
Acétate de morphine,	30 centigr.
Liniment savonneux camphré,	60 gram.

M. et F. S. A. un mélange parfaitement homogène.

On emploie cette préparation en frictions sur la colonne vertébrale, et on réitère les frictions plus ou moins de fois dans le courant de 24 heures, suivant la gravité des cas.

M. Carron du Villards a récemment appelé l'attention des praticiens sur la méthode proposée par Scarpa pour combattre la même affection. Cette méthode consiste à pratiquer d'abord des frictions sur le rachis avec de l'huile camphrée, puis à recouvrir la surface frictionnée avec un morceau de flanelle sur lequel on passe à plusieurs reprises un fer convenablement chauffé.

Du reste, M. Carron, tout en recommandant cette méthode de traitement, conseille de lui associer l'administration à l'intérieur du sulfate de quinine.

Correspondance.

Monsieur,

Permettez-moi de me servir de la grande publicité de votre journa pour détruire (si les effets de la calomnie peuvent s'effacer entièrement) une assertion mensongère que je vois encore reproduite dans un pamphlet qui se distribue à domicile. Il s'agit, suivant les uns, d'un cas de transposition des viscères que j'aurais méconnu, et cela après avoir tracé *à gauche*, par la plessimétrie, la configuration du cœur, qui se trouvait placé *à droite*. Suivant d'autres, j'aurais dessiné sur la poitrine d'un cadavre un cœur dont on l'aurait préalablement extrait.

Je me suis inscrit en faux contre les auteurs de ce mensonge; je l'ai fait dans mon cours, dans le Traité de diagnostic (plessimétrie du cœur), et dans le Traité de médecine pratique (avant-propos du t. Ier des Monographies, pag. xxviij, et n° 1559 de la pag. 26); j'ai cité une lettre qu'a bien voulu m'écrire sur ce sujet M. Magendie, que l'on supposait avoir été témoin de ces erreurs. Ce médecin déclare, dans cet écrit, qu'il n'a rien vu de semblables aux prétendues erreurs dont il s'agit. Bien plus, M. Magendie faisait partie, en 1827, de la commission qui voulut bien, en 1828, me placer le premier sur la liste de ceux qui reçurent des récompenses sur les prix Montyon.

Le seul cas de transposition des viscères que j'ai vu (et qui m'est commun avec M. Nacquart), a été publié dans le Journal de la Société de médecine, janvier 1820, p. 48, huit ans avant la découverte de la plessimétrie. C'est depuis 1834 seulement que je circonscris les organes par des lignes qui en dessinent les contours. Il est donc impossible que j'aie pu les tracer faussement, par rapport au cœur, en 1827.

Je ne réponds pas, en général, aux attaques des méchants ; je les méprise ou je les oublie. Il m'est arrivé même de trouver dans des critiques plutôt malicieuses que mal intentionnées, matière à réflexions utiles. Mais quand il s'agit de faits controuvés et qui peuvent compromettre, non pas l'auteur d'une méthode, mais la méthode elle-même, il est de mon devoir de rétablir la vérité des faits.

Agréez, etc., P.-A. Piorry.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 115. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 1er OCTOBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Septième liste.

M. le docteur Lachèse, directeur honoraire de l'Ecole préparatoire à Angers (Maine-et-Loire).
M. le docteur Maigne, à Blesle (Haute-Loire).
M. le docteur Tourtois, à Fert-en-Chaussée (Oise).
M. le docteur Guersant père, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants, à Paris.
M. Combret, pharmacien, à Palaiseau (Seine-et-Oise).
M. le docteur Morère, à Palaiseau (Seine-et-Oise).
M. le docteur Berthelot, à Paris.
M. le docteur Tournet, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. le docteur Allibert, médecin de l'Institution royale des jeunes aveugles, à Paris.
M. le docteur Peschier, à Paris.
M. le docteur Sarret, à Paris.
M. le docteur Masson (Adrien), à Paris.
M. le docteur Bayle, agrégé libre de la Faculté de médecine, à Paris.
M. le docteur Laussedat, à Moulins (délégué de la Société médicale de Moulins).
M. le docteur Aulet, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. Baron, pharmacien, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. le docteur Dicharry, à Paris.
M. le docteur de Villepin, à Compiègne (Oise).
M. Johannean (Henri), pharmacien, à Paris.
M. le docteur Ducos, à Paris.
M. le docteur Fougeirol, à Paris.
M. le docteur Treuille, à Paris.
M. le docteur Olliffe, à Paris.
M. le docteur Robin, à Goderville (Seine-Inférieure).
M. le docteur Baudon (Th.-F.), à Mouy (Oise).
M. le docteur Dupertuis, à Champigny (Seine).
M. le docteur Houzelot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Meaux (Seine-et-Marne).
M. le docteur Rousseau, à Saint Georges-de-Montaigu (Vendée).
M. le docteur Barbier, à Melle (Deux-Sèvres).
M. Rencontre, officier de santé, à Portets (Gironde).
M. le docteur Laronde, à Incouville (Eure-et-Loir).
M. le docteur Petit fils, à Corbeil (Seine-et-Oise).
M. Duvivier, pharmacien, à Corbeil.
M. Cadenet, pharmacien, à Essonnes (Seine-et-Oise).
M. le docteur Surblet, à Corbeil.
M. Boucher, pharmacien, à Corbeil.
M. Dauzonvilliers, officier de santé, à Mennecy (Seine-et-Oise).
M. Bien, pharmacien, à Mennecy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Allias, à Chennevières (Seine-et-Oise).
M. Saux, pharmacien, à Corbeil.
M. le docteur Piton (Emile), à Marly-le-Roi (Seine-et-Oise).
M. le docteur Richard, à Paris.
M. le docteur Ameuille, à Paris.
M. le docteur Thiébaud, médecin de l'arrondissement de Trévoux (Ain).
M. le docteur Marion, *idem.*
M. le docteur Latil de Thimécourt, *id.*
M. le docteur Berthier, *id.*
M. le docteur Thizy, *id.*
M. le docteur Prévost, *id.*
M. le docteur Radet, *id.*
M. le docteur Fresne, *id.*
M. le docteur Jankonski, *id.*
M. le docteur Rollet, *id.*
M. le docteur Lemire, *id.*
M. le docteur Viricel, *id.*
M. le docteur Chaballier, *id.*
M. le docteur Grumel, *id.*
M. le docteur Bonnefoy, *id.*
M. le docteur Morand, *id.*
M. le docteur Vanderbach, chirurgien-major en retraite, à Thionville (Moselle).
M. le docteur Prestat, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu, à Pontoise.
M. le docteur Petit père, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Corbeil (Seine-et-Oise).
M. le docteur Chaudouet, à Linas (Seine-et-Oise).
M. le docteur Lionnet, à Corbeil (Seine-et-Oise).
M. le docteur Dutocq, à Linas (Seine-et-Oise).
M. le docteur Jemol, à Montlhéri (Seine-et-Oise).
M. Dubois, pharmacien, à Montlhéri.
M. le docteur Seurat, à Essonnes (Seine-et-Oise).
M. le docteur Massié, à Habas (Landes).
M. le docteur Daremberg, bibliothécaire de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Mélier, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Hamel, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. Couverchel, pharmacien, à Paris.
M. le docteur A. Costin, à Montmartre (Seine).
M. le docteur Arnal, à Paris.
M. Dessaux-Vallette, pharmacien, à Monteau (Seine-et-Marne).
M. le docteur Briquet, médecin des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Gauger, à Cany (Seine-Inférieure).
M. Mourgue, pharmacien, à Nîmes (Gard).
M. le docteur Missa, correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu à Soissons (Aisne).
M. le docteur Danvin, médecin de l'hôpital Saint-Pol (Pas-de-Calais).
M. Foulon, vétérinaire, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. le docteur Faure, à Mennecy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Kirwan, correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu à Arpajon (Seine-et-Oise).
M. le docteur Chantreau, à Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure).
M. le docteur Planté de Mengelle, à Paris.
M. Hector Bernier, pharmacien, à Brunehamel (Aisne).
M. le docteur Dezautières, à Decize (Nièvre).
M. le docteur Brulet, membre titulaire de l'Académie des sciences, à Dijon.
M. le docteur Denis, à Paris.
M. le docteur Berton, à Paris.
M. le docteur Bertrand, à Paris.

Total de la septième liste,	93
Listes précédentes,	386
Total général, à ce jour,	479

La Commission permanente s'occupe avec activité d'obtenir les autorisations nécessaires et du choix des locaux appropriés au Congrès. L'absence momentanée de Paris de M. le ministre de l'intérieur et de M. le préfet de la Seine, a occasionné quelque retard qui ne peut plus se prolonger aujourd'hui.

Outre le local nécessaire aux assemblés du Congrès, la Commission s'occupe d'en rechercher un autre qui puisse servir de lieu de réunion et de travail pour Messieurs les adhérents des départements et de Paris.

Ces adhérents trouveront à leur arrivée à Paris, chez M. le trésorier de la Commission, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10, une instruction imprimée qui indiquera le lieu des séances du Congrès, et les jours et les heures où elles auront lieu ; qui indiquera en outre le local choisi dans lequel les commissions pourront se réunir, et où pourront se rencontrer toutes les personnes qui ont adhéré au Congrès.

La Commission fera tous ses efforts pour que les personnes des départements qui assisteront au Congrès trouvent, à leur arrivée à Paris, et pendant leur séjour, toutes les facilités possibles de se réunir, sans autres frais que celui de la cotisation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Quelques considérations sur l'encéphalite. (Ramollissement.)

(Suite du n° du 4 septembre.)

La maladie dont nous allons nous occuper est une de celles dont l'histoire exacte et complète appartient, à tous égards, à notre époque; car il n'y a guère que vingt-cinq ou trente ans que l'on s'en est réellement et sérieusement occupé. Les travaux de MM. Rostan, Lallemand, Abercrombie, etc., et tout récemment M. Durand-Fardel, ont puissamment contribué à faire bien connaître cette maladie.

Dans notre Traité de l'encéphalite, qui date déjà d'une

FEUILLETON.

NOTICE SUR LE NOUVEL APPAREIL DU DOCTEUR JARVIS POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS ET DES FRACTURES ; par le docteur STOUT.

Parmi les divers moyens que les chirurgiens peuvent employer pour la réduction des luxations graves, il en est un qui n'est pas connu en Europe et qui cependant nous semble mériter de l'être, nous voulons parler d'un appareil inventé par M. Jarvis, auquel il a donné le nom d'ajusteur chirurgical, et qui lui sert pour réduire non seulement toutes les luxations des membres exigeant l'emploi d'un mécanisme, mais encore les fractures avec déplacement et à contenir ces dernières d'une manière efficace lorsqu'elles offrent des difficultés. Ces trois applications distinctes du même appareil résultent de sa construction simple qui n'offre rien de conforme aux lois de la mécanique appliquée à la chirurgie, comme il ressort des effets que produit son application et qui sont : 1° d'établir une ligne d'extension entre deux parties quelconques du corps selon l'exigence du cas donné ; ou, en parlant seulement des luxations, d'établir une ligne droite d'extension qui parcourra le centre de la situation normale de l'os luxé.

2° De fournir une force d'extension illimitée mais calculable et parfaitement assujettie à la volonté de l'opérateur.

3° De combiner avec la force d'extension simple la force d'un levier du premier ou du second ordre, d'après le procédé opératoire choisi par le chirurgien.

4° De pouvoir ajouter une ligne d'extension à angle droit à la précédente sans interrompre son action.

5° De remplir toutes ces vues différentes sans gêner la mobilité du membre luxé, et de permettre à l'opérateur d'agir à sa volonté.

6° De laisser aux malades plus de liberté pendant un long traitement, qu'ils n'en auraient eu par tout autre procédé connu.

Le mécanisme qui produit ces effets est simple et est une heureuse application du pignon et de l'engrenage à la chirurgie. Une boîte en cuivre, longue de 0,332 sur 0,038 de largeur et 0,013 d'épaisseur, renferme un pignon qui mobilise une baguette d'acier à dentelures correspondant au pignon et de la même longueur que la boîte, laquelle baguette constitue la tige d'extension. Une roue à crémaillère, en dehors de l'instrument, fait corps avec le pignon en dedans et reçoit un cliquet d'arrêt pour maintenir tendue au point déterminé la tige d'extension. Sur l'axe de ces deux roues s'applique un levier d'une longueur calculée pour donner à l'instrument la force de douze hommes. La tige d'extension occupe la moitié en longueur de la boîte en cuivre, l'autre moitié est remplie par la *tige de contre-extension*, pourvue d'un mécanisme qui permet son allongement ou raccourcissement à volonté et selon l'accident à traiter. La tige d'extension est pliée à son extrémité à angle droit pour faire entrer la ligne d'extension dans l'axe du membre pendant que l'instrument est fixé parallèlement à son côté.

Au bout de la tige de contre-extension s'adaptent divers appareils pour la préhension des parties sur lesquelles on doit établir le point d'appui de la contre-extension. Ainsi pour la cuisse, c'est une longue fourchette d'acier entre les branches de laquelle est suspendu un coussinet en anse. Quand cette fourchette est ajustée au périnée, de manière que le coussinet repose sur la grande tubérosité de l'ischion et qu'une de ses branches passe en avant du bassin tandis que l'autre va en arrière, les lignes qui réunissent les extrémités de la fourchette au centre du coussinet sont les lignes de contre-extension ; aussi le plan de l'extension se trouvera limité d'un côté par les extrémités de la fourchette et de l'autre par le pied à angle droit de la tige d'extension.

Certaines modifications de ces accessoires pour la préhension du membre rendent facile l'application de l'instrument à toutes les parties du corps ; mais leur description et celle des bandes destinées à fixer l'appareil dépasseraient les limites de cet article, et pourraient, du reste, faire croire à une complication dans l'instrument, qui en réalité n'existe pas. Nous comptons publier plus tard une description détaillée de tout l'appareil avec les planches nécessaires et la manière de l'appliquer dans tous les cas.

Il y a si longtemps que les chirurgiens recherchent un moyen d'extension et de contre-extension puissant, régulier, assujetti, à la volonté de l'opérateur et facile à appliquer, qu'on s'étonne que l'appareil du docteur Jarvis, qui paraît arrivé près de la perfection, soit resté jusqu'à ce moment à trouver. En effet, à l'aide de cet appareil, le moufle devient désormais inutile ; pour l'avenir, nous sommes dispensé de la plupart des embarras qui ordinairement accompagnent la réduction d'une luxation. L'opération se fera d'une manière plus conforme à la dignité du médecin. On n'aura plus besoin de deux aides ; où la nécessité l'exige, le chirurgien seul peut l'accomplir. Quant au lieu où l'on doit opérer, le lit du malade, une table quelconque, même le champ de bataille, offrent un emplacement aussi commode que l'amphithéâtre le mieux monté. On ne sera plus obligé de chercher autour du malade ces points fixes pour l'extension et la contre-extension dans les procédés ordinaires qui préoccupent tant le chirurgien. Le point de contre-extension partant directement du centre de mouvement de l'instrument, est fourni par l'appareil lui-même ; mais ce n'est pas seulement dans l'éloignement des embarras qui entourent dans un cas difficile une tentative de réduction, que consiste la plus grande utilité de cet appareil, l'opérateur aura maintenant à sa disposition une force énorme à laquelle les muscles les plus vigoureux ne pourront plus résister, mais dont il disposera suivant les circonstances. Il peut l'augmenter, la diminuer, l'appliquer avec vitesse, ou toute la lenteur et toute la douceur qu'il peut désirer, selon la résistance des muscles, sans danger de les léser en aucune manière. En les fatiguant on ne craindra plus de perdre le degré d'extension déjà obtenu. L'extension gagnée se maintient aussi longtemps que l'opération l'exige ; si on la diminue, on la ramène facilement au même degré. Il résulte de ce qui précède, qu'on obtient avec le nouvel appareil une diminution notable dans la durée des réductions difficiles et douloureuses.

Un autre avantage non moins important, est la facilité que laisse cet instrument au chirurgien d'agir sur la mobilité du membre luxé (à chaque moment de la réduction), qui reste libre, malgré le progrès de l'extension et l'application immobile de l'appareil ; et d'après la position des points fixes que nous avons signalée, il n'est plus possible que la ligne d'extension soit dérangée par les mouvements désordonnés du malade ; d'ailleurs, ces mouvements eux-mêmes deviendront moins violents, en raison de la douceur combinée à la puissance et de la certitude invariable.

Le malade peut au surplus, dans ses mouvements, porter avec lui son instrument sans en interrompre l'action, ni sans faire dévier l'axe de l'extension. Le docteur Jarvis ne s'est pas contenté de ces seules améliorations, déjà si importantes. Il a trouvé, par l'emploi ingénieux d'un levier, le moyen d'appliquer à volonté une force qui agisse à angle droit sur l'axe de l'extension ; ce levier est disposé de manière à pouvoir être appliqué ou enlevé sans monter ou démonter la boîte en cuivre dans les cas nécessaires, comme, par exemple, pour écarter la tête du fémur du bassin, après que l'extension convenable a été faite, et sans rien interrompre aux autres parties de l'opération. Il y a des cas où, dans les procédés ordinaires, la réduction devient impossible sans l'aide de deux moufles qui agissent à angle droit l'un sur l'autre ; et alors, combien de contrariétés surviennent inopinément ! que d'obstacles inattendus ! combien d'aides il faut appeler ! et encore, que de fois un mouvement subit du malade peut annuler en un instant les effets d'une tentative longue et pénible ! Le levier remplace le second moufle, et remédie à tous ces inconvénients.

On objectera peut-être que la plupart des luxations sont réductibles par d'autres moyens ; en effet, on peut se servir de ces derniers : on n'a pas sous la main un appareil méthodique. Mais, à l'avenir, le chirurgien ne sera plus obligé de prendre auprès de son malade ces positions souvent si disgracieuses ou ridicules qui sont longuement décrites dans les traités de chirurgie. A l'aide de l'ajusteur chirurgical on ne verra plus l'opérateur forcé de porter le pied sous l'aisselle du

époque assez éloignée, nous nous sommes attaché, tout en mettant à profit les idées de M. Lallemand, à décrire les différentes phases de cette maladie, et les différentes aberrations fonctionnelles auxquelles elle donne lieu, suivant qu'elle siégeait dans telle ou telle partie de l'encéphale.

Elle fut désignée dans le principe, et elle est encore désignée aujourd'hui par quelques médecins, d'après les caractères des lésions anatomiques. On lui donna le nom de ramollissement cérébral. De là des discussions presque interminables, et, du reste, faciles à prévoir, puisqu'on ne la faisait connaître que d'après un seul caractère anatomique, lequel peut se rencontrer dans des circonstances différentes.

On a fait, dès-lors, des ramollissements de plusieurs espèces. Des auteurs ont prétendu que la maladie était de nature inflammatoire; d'autres, ne pouvant admettre qu'elle fût inflammatoire, en ont fait un ramollissement sénile, et une maladie, par conséquent, toute spéciale, comme si le ramollissement, chez les vieillards, était toujours de même nature, toujours de même origine, et toujours aussi différent du ramollissement qui survient chez les adultes et les jeunes sujets. D'autres médecins ont pris un moyen terme; nous sommes de ce nombre, et tout concourt à nous prouver que nous sommes dans la voie de la vérité.

Par conséquent, nous dirons donc que le ramollissement du cerveau, de même que celui de tous les organes, peut être la suite d'une inflammation, comme nous l'avons déjà dit dans notre Traité de l'encéphalite, même chez les vieillards; mais il peut être aussi le résultat de causes tout opposées, telles que la gangrène sénile et le ramollissement cadavérique, le quel peut fort bien en imposer aux personnes peu habituées aux autopsies. Nous regardons ce ramollissement sénile comme étant entièrement semblable, quant à sa nature et au mécanisme de sa production, aux gangrènes séniles des autres parties, et surtout des membres, dont tout le monde connaît l'étiologie.

Occupons-nous donc maintenant du ramollissement proprement dit; ou mieux, et dans le sens d'une nomenclature plus philosophique, de l'encéphalite.

Les altérations anatomiques de l'encéphalite présentent dans leur marche trois périodes bien distinctes. Pour la première période, la substance cérébrale n'est point ramollie; au contraire, elle a évidemment augmenté de consistance en même temps qu'elle a perdu de sa cohésion, et est alors plus friable et cassante qu'à l'état normal. Elle est aussi turgide, injectée à différents degrés; les vaisseaux sont gonflés de sang et plus volumineux, en sorte que la partie malade se trouve être dans un état d'érection inflammatoire que l'on pourrait comparer à l'érection proprement dite, qui, sous l'influence d'une excitation bien connue, détermine l'induration d'organes naturellement flasques. Que si, après la mort, on observe cette espèce d'éréthisme du cerveau, que serait-ce donc pendant la vie? N'a-t-on pas, du reste, quelquefois l'occasion de voir, à la suite des enfoncements de la voûte du crâne avec lésion du cerveau, des hernies de cet organe enflammé se former à travers la perte de substance? Dans la plupart des expériences que nous avons faites sur les animaux, nous avons remarqué après une cautérisation, même superficielle, la substance cérébrale se tuméfier et faire hernie à travers la solution de continuité des os détruits par le fait du cautère actuel. On a désigné cette première période sous le nom d'induration. Cette dureté est presque comparable à celle que l'on détermine par l'immersion du cerveau dans l'alcool ou un acide étendu.

Dans une deuxième période, survient le ramollissement de la substance cérébrale. Il est d'abord rouge, s'accompagne d'injection vasculaire, de turgescence sanguine, pour être remplacé plus tard par un ramollissement blanc. Pour le cerveau comme pour tous les autres organes, et pour le poumon, par exemple, il y a deux espèces de ramollissement, le rouge et le blanc (ramollissement gris de quelques auteurs). Le ramollissement blanc du cerveau a lui-même des degrés; d'abord, simplement mou, il se convertit progressivement, en plus ou moins de temps, en une pulpe, une fonte, une presque liquéfaction de la partie malade qui est désorganisée, détruite en partie et infiltrée de pus; c'est alors une véritable fonte purulente. Si ces trois états différents du cerveau, l'induration, le ramollissement rouge et le ramollissement blanc, sont le produit d'une seule et même maladie, de l'inflammation du cerveau (et ils le sont en effet) à des périodes distinctes, n'est-il pas plus convenable, et surtout plus logique, de les désigner collectivement sous un seul nom générique qui indique la maladie, l'état pathologique des différents degrés duquel dépendent ces lésions différentes, plutôt que d'appeler cela un ramollissement cérébral? Mais il y a, comme nous l'avons vu, plusieurs espèces de ramollissements, et en se servant de cette expression vague, on ne sait pas duquel on veut parler; et en supposant même que l'on ajoutât l'épithète *inflammatoire*, il est évident que, ou bien pour rester fidèle à la nomenclature, on ne devra décrire sous ce nom que le ramollissement inflammatoire, et ici nouvel embarras, puisqu'il y en a deux espèces, le rouge et le blanc; ou bien on devrait comprendre sous ce même nom deux ramollissements différents; ou on serait encore obligé de subdiviser, ou bien enfin on ne resterait pas fidèle à la nomenclature posée, et alors on décrirait sous le même nom de ramollissement, et l'induration, et le ramollissement rouge, et le ramollissement blanc, c'est-à-dire les états les plus différents d'une même maladie. Telle est l'encéphalite à l'état aigu.

Si la maladie se prolonge, il arrive souvent que dans le foyer du ramollissement il se forme des abcès, comme il s'en produit dans les autres organes. Ils ne sont point d'abord parfaitement circonsorits et enkystés; mais peu à peu les parties saines qui les limitent finissent par se tapisser d'une fausse membrane mince et cellulo-fibreuse qui, tendant à mieux s'organiser, circonscrit un véritable kyste purulent. Ces kystes peuvent ensuite, en vertu d'un travail particulier de la nature, subir des transformations, et donner lieu à des produits particuliers dont on connaissait fort peu la pathogénie avant les travaux de M. Lallemand et des auteurs que nous avons cités précédemment.

Le pus peut être aussi résorbé; et alors, ou les parois rapprochées d'un kyste contractent des adhérences, et une cicatrice se produit; ou bien ces adhérences n'ont point lieu, et le kyste reste creux, justifiant dans ce cas ce qui a été dit, selon une expression ingénieuse, que les kystes ne sont que des cicatrices creuses.

Il n'y a pas bien longtemps encore, que ces cicatrices de l'encépbale étaient considérées comme ne pouvant être que le résultat d'une hémorrhagie centrale résorbée.

Dans d'autres circonstances, les choses se passent d'une manière toute différente. La substance cérébrale, d'abord ramollie, éprouve des transformations dont le mécanisme intime nous demeure inconnu, se durcit à des degrés différents, et ces indurations ne sont peut-être formées que par des sécrétats nouveaux d'origine inflammatoire, mais qui n'ont pu s'organiser comme la fausse membrane, ou qui ne sont organisés que d'une manière incomplète. Il va sans dire que la substance cérébrale, ainsi altérée et indurée, a entièrement changé de nature, n'est plus elle-même, et devient à tout jamais incapable de remplir ses fonctions; elle est, à proprement parler, remplacée par ces produits nouveaux, très variés, du reste, et il est très vraisemblable que les productions fibreuses, colloïdes, encéphaloïdes, etc., ne sont autres que de ces sécrétats qui, comme nous l'avons déjà dit, ne s'organisent point, ou ne s'organisent qu'incomplétement. Au surplus, ces idées ne sont point nouvelles et ne nous appartiennent pas; Broussais le premier les a émises dans son admirable Traité des phlegmasies chroniques: il est certain qu'en cela il a répandu une vive lumière sur une foule de questions obscures et ignorées, et qu'il a rendu de grands services à la science.

Les symptômes de l'encéphalite sont nombreux, et varient suivant une foule de circonstances. Ils seraient toujours les mêmes si le cerveau agissait de la même manière par tous ses points (nous désignons sous le nom de cerveau tout ce qui est renfermé dans la cavité crânienne); mais l'encéphale offrant des fonctions différentes, selon ses nombreuses parties, les symptômes de l'encéphalite sont nécessairement très variés. On a désigné comme symptômes généraux et constants de cette maladie, une paralysie (une hémiplégie surtout) précédée d'une contracture, d'une rigidité plus ou moins prononcée des membres, avec fourmillements antérieurs et actuels. Ces phénomènes n'ont lieu que dans le ramollissement des couches optiques et des corps striés; or, ces parties constituent-elles tout l'encéphale? Il y a bien une foule de cas, ceux surtout où le ramollissement affecte la couche extérieure du cerveau, où ces hémiplégies ne s'observent nullement, pas plus qu'aucune autre paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement; mais ce sont alors les facultés intellectuelles qui sont plus ou moins compromises, ou même tout à fait abolies. Daus tous les cas, cependant, quand une hémiplégie survient lentement, précédée de contracture, de fourmillements, on peut généralement diagnostiquer un ramollissement; tandis que si la paralysie arrive subitement, c'est à une hémorrhagie qu'elle doit être plus particulièrement attribuée. Mais les cas ne manquent pas où, en se guidant sur ces simples données, on peut être souvent exposé à se tromper: ainsi il pourra y avoir une hémorrhagie dans certaines circonstances où la paralysie sera survenue lentement, de même que l'on pourra rencontrer un ramollissement là où la paralysie sera survenue brusquement; mais alors ce ramollissement présentera des caractères autres que celui qui est de nature, d'origine inflammatoire. La substance cérébrale conserve sa blancheur, et est ramollie comme une poire blette. Il serait bien possible que ce ramollissement ne fût que le résultat d'une cessation de la vie dans cette partie ramollie du cerveau, et d'une décomposition, d'une véritable gangrène.

C'est ici le lieu de faire remarquer que deux espèces bien distinctes de gangrène peuvent s'observer, et se développent spontanément; l'une de nature inflammatoire, car il n'est pas plus exact d'appeler une inflammation la gangrène survenant en pareil cas, qu'il n'est exact de regarder comme une inflammation les pseudo-membranes, les sécrétions purulentes, qui sont aussi le produit de l'inflammation (ce n'est point une pure question de mots, puisqu'il s'agit de distinguer l'effet de la cause qui le produit); l'autre espèce de gangrène, qu'on appelle aussi gangrène sèche, gangrène sénile, etc., est le résultat de l'ossification et, par suite, de l'oblitération des artères de la partie mortifiée, sans aucune espèce de travail inflammatoire antérieur ou concomitant, et par le pur et simple défaut de circulation. On voit très souvent, chez les vieillards, de ces ossifications des artères produire des gangrènes sèches qu'on a improprement qualifiées du nom de séniles, comme si toutes les gangrènes qui surviennent chez ces sujets dépendaient toujours de la même cause. Nous savons bien qu'on a

---

malade pour réduire une luxation, ou son aide se passer en forme de collier une alèze autour du cou pour faire extension sur le bassin, qu'il tient fixe en même temps avec les mains. S'il y a quelques cas très simples où l'on puisse se passer de l'appareil, il n'en est pas moins vrai qu'aussitôt qu'une luxation présente quelque gravité on regrette de ne pas avoir à sa disposition un moyen mécanique puissant et facile à manier pour remplacer les énormes efforts auxquels on est dans la nécessité d'avoir recours et qui amènent trop souvent des lésions locales, des inflammations, des réactions fébriles qui viennent compliquer par la faute du traitement des maladies fort simples dans leur origine.

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que de l'application de l'ajusteur chirurgical aux luxations, jetons un coup d'œil sur son emploi dans le traitement des fractures. Veut-on panser une fracture avec le plan double incliné qui accompagne l'appareil, une modification permet de le raccourcir ou de l'allonger à volonté, et donne la facilité d'ajuster le membre préalablement sur le plan incliné, puis on fait la réduction nécessaire, et on panse avec ou sans l'appareil, mais sans communiquer au membre aucun de ces divers mouvements qui tendent à détruire ou écarter les parties rapprochées et augmentent la douleur et la réaction. Le malade ainsi pansé avec l'appareil à demeure n'est plus condamné à conserver toujours la même position; il peut se mettre plus à l'aise et même en changer. Les parties restent toujours maintenues, l'instrument se dérangeant très difficilement. Veut-on panser le membre en ligne droite et continuer l'extension pour empêcher le raccourcissement, l'instrument devenu un appareil à demeure s'allonge pour égaler toute la longueur de la jambe, l'assure contre toute rétraction consécutive, en même temps qu'il permet au malade de changer sa position et au chirurgien de veiller à tous les pansements nécessaires, qui maintenant peuvent être moins compliqués et moins chargés qu'auparavant.

L'ajusteur chirurgical n'offre donc rien dans son application qui soit contraire aux principes de la plus saine chirurgie et permet toute espèce de pansement. S'il agit avec une puissance considérable et on pourrait dire irrésistible, c'est à la manière dont il est construit qu'il le doit et à la facilité avec laquelle on peut diriger son action principale; aussi peut-il être confié, avec le secours d'une courte instruction rédigée par M. Jarvis lui-même, à des mains peu habituées à son emploi. C'est ainsi qu'en Amérique on le trouve à bord des bâtiments expédiés pour la pêche de la baleine et sur ceux destinés à des voyages de long cours. On conçoit pourtant que malgré la facilité avec laquelle ce moyen peut être apliqué, il ne dispense point celui qui l'emploie des connaissances chirurgicales nécessaires pour le diagnostic et les autres parties du traitement soit des luxations, soit des fractures avec déplacement.

L'ajusteur chirurgical a été employé par le docteur Jarvis dans les cas suivants, avec succès:

Membre supérieur:

5 luxations de l'humérus dans l'aisselle.
3 luxations sous le muscle grand pectoral.
1 luxation en arrière.
4 fractures de l'humérus (col et corps), dont une compliquée.
1 luxation du cubitus et du radius en arrière, récente.
1 *idem*, de dix mois.
1 luxation du cubitus avec fracture du radius.
5 fractures de l'avant-bras.

Membre inférieur;

2 luxations du fémur dans la fosse iliaque.
3 fractures du col du fémur.
4 fractures obliques du corps du fémur.
1 subluxation latérale du genou.
2 fractures du tibia simples.
1 *idem* compliquée.
1 luxation de l'astragale en dedans de l'os calcis, sans résection.

L'inventeur de cet appareil ne l'emploie pas dans toutes les luxations; dans quelques-unes même, il a recours à d'autres méthodes qu'il n'a pas encore publiées.

Il a pu opérer sur des enfants, à l'aide de son ajusteur, sans les faire pleurer; et sur une femme très impressionnable, il a réduit une fracture de l'humérus à son insu. Il a également employé son appareil pour effectuer l'allongement des ligaments, comme dans certains cas qui entrent dans le domaine de l'orthopédie. Il s'est livré à des expériences physiologiques fort intéressantes sur les animaux, sur la force des muscles; luxant au moyen de son appareil les articulations des chiens et des moutons avec une extrême facilité, et les rétablissant immédiatement dans leur état normal.

L'examen de l'instrument prouvera facilement qu'il n'y a point d'exagération dans tout ce qui vient d'en être dit, et pour dissiper tout doute à cet égard, il serait facile d'en faire l'application sur quelques-uns des cas simples et graves qui se présentent si fréquemment dans les hôpitaux.

Le docteur Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin, a eu la complaisance de mettre à la disposition du docteur Jarvis les deux cas suivants:

Luxation de la première phalange du pouce.

Première observation. — No 9, salle Cochin. M. ***, cuisinier, est tombé dans la rue, et en mettant les mains en avant, il s'est fait une luxation compliquée du pouce. L'accident datait de cinq jours. Pendant deux jours, des tentatives à différentes reprises ont été faites inutilement pour réduire la luxation. L'extension était pratiquée à l'aide de lacs et de plusieurs hommes. Au moment de l'opération, la première phalange du pouce était très gonflée par une inflammation érysipélateuse; une large plaie se trouvait au côté interne du pouce, près de l'articulation luxée.

La phalange était luxée en dehors, et portée obliquement sur la deuxième phalange. Pour diminuer l'inflammation, on avait appliqué des sangsues, des cataplasmes et des bains locaux d'eau chaude.

Opération. La main étant placée sur la boîte en cuivre, l'avant-bras se reposait dans une fourchette d'acier jointe à la tige de contre-extension. Un lacs fixé aux deux branches de la fourchette passait en anse entre le pouce et l'indicateur de la main. Un nœud de matelot attachait la première phalange à la tige d'extension. Ce lien remontait très haut sur la phalange et compimait la plaie, à cause de l'état de tuméfaction qui laissait glisser facilement toute attache, ce qui, en effet prolongeait l'opération, le lien ayant glissé une fois pendant l'extension.

La réduction fut complète à peu près au bout de quinze minutes.

Deuxième observation. — No 11, salle Cochin. Legendre, charretier, a été alité pendant vingt-deux jours pour une luxation des os du métatarse sur le tarse. Son cheval est tombé sur lui. Rien n'a été fait.

Au jour de l'opération le pied se trouvait gonflé par une inflammation subaiguë et était douloureux quand on le remuait; le bord interne du pied présentait une ligne très concave; la tête de la première phalange faisait saillie et une dépression se laissait sentir derrière elle; l'apophyse de la dernière phalange très saillante sur le bord externe du pied; le pied raccourci et légèrement contourné de dedans en dehors.

Opération. L'instrument étant appliqué sur la plante du pied, on le fixait par des liens qui entouraient la cheville du pied et le talon à la tige de contre-extension; avec d'autres lacs on liait le pied au-dessus des extrémités inférieures des os du métatarse et on les fixait à la tige d'extension.

Il a fallu une extension plus forte que dans le cas précédent, mais enfin, au bout de 15 minutes, et à l'aide d'une manipulation assez vigoureuse du pied, les os sont rentrés dans leur situation normale.

Pendant cette opération, le malade, quoique ce fût un homme très craintif, n'a poussé aucun cri.

Le 1er octobre a eu lieu la réouverture de la Bibliothèque royale de la rue Richelieu, fermée depuis un mois à cause des vacances.

voulu regarder les gangrènes occasionnées par l'ossification des artères comme le produit d'une artérite ; mais, en vérité, est-il permis de croire qu'une artère transformée, pour ainsi dire, en un tuyau inorganique, soit susceptible de s'enflammer ? Non, c'est le défaut de réaction, d'élasticité d'une artère passée à l'état crétacé sur l'onde sanguine ; ce sont les aspérités de sa face interne qui ralentissent et arrêtent finalement le courant sanguin, et déterminent l'oblitération du vaisseau et, par suite, la gangrène. On sait combien il est fréquent de trouver des ossifications dans les artères de la base du cerveau ; or, qu'un des côtés du polygone artériel de la base, ou qu'une des branches qui en émanent se trouvent ainsi oblitérés par suite de ces ossifications, il devra arriver dans le cerveau ce qui arrive pour les autres organes, c'est-à-dire une mortification, une gangrène sèche, comme nous le disions tout à l'heure. Mais n'exagérons pas : de ce que chez les vieillards on rencontre ces ramollissements en apparence gangréneux, n'allons pas dire qu'ils ne sont jamais atteints de ramollissement inflammatoire ; car ils ne sont pas plus à l'abri de ceux-ci, qu'ils ne sont à l'abri d'une pleuropneumonie ou de toute autre affection inflammatoire. En effet, l'encéphalite se montre chez eux avec tous ses caractères, comme chez les jeunes gens et les adultes ; mais seulement elle s'y observe moins souvent. Ainsi, nous le voyons, les cas d'un diagnostic embarrassant se limitent dans cette classe de sujets, qui, dans un âge avancé, présentent tout aussi bien des ramollissements cérébraux de cause inflammatoire, que des ramollissements gangréneux. Chez tous les autres sujets en général, sauf quelques très rares exceptions, la paralysie lente précédée de contracture, de rigidité, de fourmillements dans les membres, peut être regardée comme un indice certain du ramollissement ; et chez les vieillards, de ce qu'une paralysie brusque arrive sans contracture, etc., on n'est point du tout en droit de conclure à un épanchement sanguin, puisque le même phénomène est déterminé par la gangrène d'une partie plus ou moins étendue du cerveau. On comprend, d'ailleurs, que les symptômes du ramollissement sénile ne sauraient être les mêmes que ceux de l'encéphalite proprement dite ; car, avant la désorganisation de la partie enflammée, il y a irritation de cette partie et surcroît d'action de sa part, ce qui détermine alors la rigidité, la contracture, les fourmillements, et la paralysie ne survient que lorsque la désorganisation est opérée. Dans le ramollissement gangréneux (sénile), au contraire, rien de tout cela ne peut avoir lieu, et un état tout opposé doit nécessairement exister. Il peut y avoir affaiblissement dans les fonctions et par conséquent dans les contractions musculaires dès le début, affaiblissement qui peut durer plus ou moins longtemps, suivant que la suppression de la circulation dans la partie affectée du cerveau met plus ou moins de temps pour devenir complète. Puis arrive un jour où tout s'arrête, tout mouvement est enrayé, comme cela arrive dans l'apoplexie, sauf l'affaiblissement graduel qui a précédé, et qui manque cependant dans un grand nombre de cas, et qui, dans d'autres, est si peu prononcé, qu'il ne fixe même pas l'attention des malades, et moins encore celle des personnes qui les environnent.

Ainsi donc, pour nous résumer : 1° La paralysie lente, et précédée de phénomènes d'exaltation des fonctions de l'encéphale, de contracture, de rigidité, de fourmillements dans les membres, est, règle générale, tout aussi bien chez les jeunes sujets que chez les adultes et les vieillards, l'indice de ramollissement cérébral, et particulièrement de ramollissement inflammatoire.

2° La paralysie brusque et sans phénomènes précurseurs doit être attribuée, chez les jeunes sujets et les adultes, à un épanchement sanguin.

3° La même paralysie brusque, sans symptômes d'excitation antérieure, peut être, chez les vieillards, soit le signe d'une hémorrhagie cérébrale, soit d'un ramollissement sénile ; et dans ce dernier cas seulement, il pourra rester de l'incertitude sur le diagnostic, qui pourra donner lieu à bon nombre d'erreurs. Si le cerveau était un organe accessible en quelque sorte à nos moyens d'investigation, comme la plupart des autres organes, même internes, ces erreurs pourraient peut-être souvent être évitées. Ainsi, par exemple, si, comme dans le sphacèle du poumon, le sens de l'odorat pouvait être impressionné par l'odeur gangréneuse, par cette fétidité caractéristique dans le sphacèle de l'encéphale, il est certain que le diagnostic différentiel entre le ramollissement gangréneux et l'hémorrhagie, deviendrait chose facile, au moins dans l'immense majorité des cas ; mais l'encéphale, recouvert de toute part d'une boîte osseuse qui le soustrait complétement à l'examen physique, ne peut en aucune façon se prêter à de telles investigations.

Nous l'avons dit précédemment, les symptômes de l'encéphalite sont très variés, surtout à cause de la différence de siége que le ramollissement peut affecter dans l'encéphale. Ainsi, la perte de la parole correspond au ramollissement des lobules antérieurs, et surtout de leur partie inférieure, particulièrement si l'affection est double. C'est alors que la perte de la parole est complète, quoique cependant on ait observé des cas où cette abolition correspondait à l'altération d'un seul lobule. Le ramollissement du cervelet s'accompagne de troubles et d'irrégularité dans les mouvements de locomotion. La gêne de la respiration, plus tard la respiration stertoreuse et le coma, sont l'indice du ramollissement du mésocéphale, et plus tard encore l'abolition du mouvement et du sentiment survient aussi dans ce cas.

Les causes de l'encéphalite sont à peu près les mêmes que celles de l'inflammation des méninges ; quant au traitement à employer, il est également le même, et consiste principalement à éloigner les causes d'excitation quelconque, et à attaquer la maladie par les antiphlogistiques les plus énergiques et les mieux formulés.

S. H.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Quelques réflexions sur la pleurésie et la pleuropneumonie.

Au n° 6 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme de trente-sept ans, jardinier, à Paris depuis trois mois, d'une bonne santé habituelle ; il n'a jamais eu, dit-il, qu'une plaie à la jambe, résultant d'une forte contusion ; il est d'une forte et robuste constitution. Dans le cours de la semaine dernière il fut pris d'un rhume assez violent ; toux fréquente, expectoration abondante ; il n'a cependant pas discontinué son travail, et le dernier jour de la semaine, il a même porté beaucoup de bois et de charbon ; il s'est mis en sueur, et a éprouvé, après avoir terminé cette occupation, un sentiment de froid plus vif que les autres jours. Il s'est senti mal à son aise, et s'est mis au lit en rentrant chez lui. Frissons violents suivis de chaleur brûlante pendant la nuit ; le lendemain matin, il a ressenti une vive douleur dans un des côtés de la poitrine. Le mardi, il s'est décidé à entrer dans nos salles.

Voici l'état qu'il présentait au moment de son admission :

Crachats rouillés, sanguinolents, assez abondants. A l'auscultation on entendait une crépitation manifeste. Aujourd'hui la crépitation est masquée, et beaucoup moins perceptible. Douleur très vive dans le côté. Pouls fréquent, chaleur vive de la peau. Quatre saignées lui furent pratiquées dans l'espace de deux jours, et voici comme nous l'avons trouvé ce matin.

Le visage du sujet est celui d'un homme profondément atteint. Rougeur de la face, surtout aux pommettes. Respiration à 38 par minute ; toux assez fréquente, facile. La douleur du côté droit avait persisté pendant trois jours ; depuis hier, elle a disparu complétement. Les matières expectorées présentent l'aspect suivant :

A la circonférence du vase, crachats spumeux, aérés ; dans le milieu du crachoir, liquide filant, visqueux, presque transparent, offrant à peine une légère teinte rougeâtre. Cette double circonstance, que les crachats sont spumeux, adhérents fortement à la circonférence du vase, et qu'ils sont au milieu analogues à une solution de gomme arabique un peu rougeâtre ; cette double circonstance, disons-nous, est caractéristique d'une inflammation du parenchyme pulmonaire.

Aujourd'hui, voici ce que permettent de constater l'auscultation et la percussion de la poitrine. A gauche sonoréité très bonne de tout le côté ; un peu de râle sibilant seulement en avant et en arrière ; on entend très bien le murmure vésiculaire. Bruit de frottement manifeste, crépitation évidente à droite. Ces deux bruits sont bien distincts l'un de l'autre ; l'un est court, et présente tous les caractères d'un bruit produit par le frottement de deux corps l'un sur l'autre, tandis que la crépitation garde son cachet particulier. Le bruit de frottement que nous signalons est un phénomène qui a une grande valeur, et qui doit attirer notre attention. Nous y reviendrons plus loin, et nous verrons quelle importance il a comme signe diagnostique.

A la partie postérieure de la poitrine, murmure vésiculaire normal en haut. Sonoréité normale dans le tiers supérieur environ. A partir de la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs, crépitation clair-semée, à bulles assez volumineuses. Lorsque l'on fait tousser le malade, la crépitation devient plus abondante, plus manifeste ; elle a le caractère de la crépitation péripneumonique ; elle est plus marquée dans la région scapulaire que dans les points inférieurs ; dans la moitié inférieure, la crépitation est plus obscure, plus faible, semble plus éloignée. Cette crépitation avec tous ses caractères, sécheresse, abondance, finesse, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une pneumonie. Outre la crépitation, on entend encore une modification particulière du bruit respiratoire, sans cependant avoir affaire à un bruit de souffle bronchique parfait ; c'est plutôt de la rudesse, qui devient d'autant plus forte et plus perceptible que l'on descend plus bas. Avec cette rudesse du bruit respiratoire, on note un retentissement assez prononcé de la voix, retentissement bronchophonique qui prend dans certains points le caractère de l'égophonie, et disparaît complétement tout à fait à la base de la poitrine.

De tous ces phénomènes, de leur réunion, il nous est facile de conclure qu'il y a en même temps inflammation du parenchyme pulmonaire, et épanchement dans la cavité pleurale ; les phénomènes que nous avons indiqués chez le malade dont nous vous entretenons, ont de curieux la gradation qu'ils reçoivent de la partie supérieure jusqu'à la base du poumon. En bas, crépitation presque nulle ; absence de retentissement de la voix ; matité complète, tous signes d'un épanchement pleurétique assez abondant, formant par conséquent une couche épaisse entre le poumon et les parois thoraciques. Dans les parties un peu plus élevées, retentissement plus marqué, égophonie plus évidente, crépitation aussi plus facile à percevoir ; ici la couche de liquide est moins épaisse. Plus haut encore, rudesse du bruit respiratoire. Tous ces phénomènes peuvent se rattacher à une pneumonie du premier au second degré ; mais de plus il y a complication, ou plutôt propagation de l'inflammation d'un tissu à un autre ; dans ces deux tissus contigus, mais de nature différente, l'inflammation se comporte de façon diverse, et peut conséquemment avoir des terminaisons tout à fait dissemblables.

Le sujet dont nous parlons a donc une pleuropneumonie. Malgré quatre saignées, le pouls présente encore une largeur remarquable ; il bat 116 fois par minute. Nous nous sommes trouvé en présence d'une maladie qui, par elle-même a de la gravité ; mais la force de la constitution du malade, son âge, tout nous fait espérer que nous obtiendrons une heureuse terminaison, et que la maladie cessera de faire des progrès. Nous ne sommes encore qu'au cinquième jour de la pneumonie, et nous ne pouvons à cette époque espérer même une simple diminution des symptômes, surtout si le malade continue à résister comme il l'a fait jusqu'à présent à l'emploi des moyens que nous jugeons convenable de prescrire. Jusqu'ici nous n'avons pas cru devoir mettre en usage une autre médication. Il est des praticiens qui déjà à cette époque de la pneumonie ont recours au tartre stibié. Nous pensons, pour notre part, que l'indication ici est de redoubler la saignée, afin de diminuer la quantité du sang, partant le travail du poumon. Nous avons donc prescrit ce matin une saignée de cinq cents grammes ; ce soir on en fera encore une autre de la même quantité. Ce ne sera que dans quelques jours que nous arriverons au tartre stibié, si la maladie n'a pas complétement cédé au traitement antiphlogistique.

— Cette observation de pneumonie accompagnée de pleurésie avec épanchement, a fourni à M. Chomel l'occasion de présenter quelques considérations générales sur la pleurésie et sur les formes qu'elle peut présenter.

La pleurésie ou inflammation de la plèvre, se présente sous des formes diverses. Tantôt bornée à un seul côté de la poitrine, mais occupant toute la plèvre de ce côté, tantôt occupant une portion seulement de la séreuse qui revêt un des poumons, la pleurésie se montre le plus souvent avec la pneumonie, comme nous l'avons vu chez le sujet qui vient d'être cité plus haut. Quelquefois elle se montre indépendamment et tout à fait isolée de la phlegmasie pulmonaire ; nous en avons dans ce moment plusieurs exemples dans nos salles. Dans un certain nombre de cas, elle est le résultat d'inflammations qui commencent dans les organes voisins et se propagent par voie de contiguïté. Les séreuses ne sont pas très sujettes aux inflammations spontanées ou primitives, ce qui est dû à ce que leur position profonde les soustrait à l'action des causes extérieures. Il y a des membranes séreuses qui sont très rarement le siége d'une phlegmasie primitive ; le péritoine est de ce genre, et la péritonite primitive est d'une rareté telle que nous nous sommes demandé s'il existait, en effet, une péritonite primitive, et si elle n'était pas simplement le résultat d'une idée préconçue. Quoi qu'il en soit, et ce qui est certain, c'est que l'inflammation primitive du péritoine est une chose fort rare, et toutes les fois que l'on en rencontre une, on doit se demander si elle ne pourrait pas être rattachée à quelque maladie d'un organe voisin. Pour la pleurésie, il n'en est pas de même, et l'on ne peut nier qu'il existe des pleurésies primitives ; cependant, dans un certain nombre de cas aussi, elle succède soit à la péripneumonie, soit à la pleurodynie.

Quelquefois il n'y a qu'une simple douleur d'abord, puis il survient une véritable inflammation, et la pleurésie franche se produit. D'autres fois, des inflammations phlegmoneuses des parois de la poitrine ont déterminé la pleurésie. La pleurésie tuberculeuse se présente sous des formes très variées et très curieuses à observer, soit que les tubercules s'ouvrent dans la plèvre, soit qu'ils soient superficiels et que l'inflammation se propage d'eux mêmes à la membrane séreuse qui les recouvre immédiatement, soit enfin qu'il y ait, par suite du ramollissement et de la fonte d'un tubercule, communication entre les bronches et la cavité pleurale. Dans tous ces cas, il est facile de comprendre le mécanisme de la production de la maladie. Dans un certain nombre de cas, la pleurésie est le résultat de l'action des corps contondants sur les parois du thorax, d'une piqûre par exemple. Le plus souvent la pleurésie survient sous l'influence d'une cause interne, la suppression d'un écoulement habituel, un refroidissement ; cependant nous considérons ces causes occasionnelles comme n'ayant qu'une part très secondaire dans la production des inflammations qui leur succèdent. Le sujet qui s'est refroidi et a contracté une pleurésie, s'était refroidi vingt fois, cent fois avant le moment où il tombe malade, sans avoir contracté de pleurésie.

Certaines causes peuvent précéder le début de la maladie, mais elles n'ont pas une action constante, elles n'ont qu'une action exceptionnelle ; c'est-à-dire que l'action de ces causes ne produit pas toujours la maladie qu'elle a déterminée une fois. Rendons plus compréhensible notre opinion par un exemple : Supposez cent mille individus dans les mêmes circonstances atmosphériques et soumis aux mêmes causes pathogéniques ; cinq cents peut-être seront saisis par le froid et en ressentiront les atteintes ; ce seront ceux qui étaient prédisposés ; mais tous ceux qui n'étaient pas sous le coup d'une maladie imminente se lèveront bien portants ; et encore, nous devons le faire remarquer, les cinq cents individus que nous supposons pris par le froid n'auront certainement pas tous la même maladie. Les uns auront une bronchite, d'autres une pneumonie, d'autres une pleurésie, d'autres un rhumatisme. On ne doit donc pas tirer des conséquences trop formelles de ce fait que la pleurésie succède souvent aux causes occasionnelles dont nous venons de parler. Et puis, il faut avoir égard encore aux idées préconçues des malades. Tel malade attribuera à un refroidissement le rhume dont il aura été atteint, qui n'aura point observé réellement cette influence du froid sur lui, mais qui se sera fait ce raisonnement : Je me suis enrhumé, donc je m'étais refroidi. Dans la majorité des cas, il sera impossible de constater l'existence antérieure des causes des phlegmasies. On ne peut mettre en doute l'influence positive des causes extérieures, contusions, blessures, etc. Mais lorsque l'inflammation fait explosion à la suite d'une secousse légère, qui se sera déjà manifestée bien des fois sans produire aucun effet analogue, on sera en droit de révoquer en doute cette circonstance comme déterminante.

Nous admettons, nous, que, pour qu'une cause pathogénique agisse, il faut qu'il y ait une prédisposition du sujet, et souvent même il n'est pas besoin qu'il y ait cause occasionnelle. L'invasion de la pleurésie a lieu le plus souvent par un frisson suivi de douleurs ; mais si cela a lieu le plus souvent dans la pleurésie fébrile aiguë, il est vrai de dire que souvent il est impossible de constater le frisson initial, lorsque l'on a affaire à une pleurésie subaiguë ou chronique, même en fai-

sant appel aux souvenirs des malades de la manière la plus pressante. Ce frisson est accompagné d'une douleur assez légère d'abord, et qui devient de plus en plus vive. La douleur vive de la pleurésie est particulière, et rien d'analogue n'existe dans aucune autre maladie. Elle est toujours vive, lancinante, occupe presque constamment le voisinage de la mamelle; il est des cas où l'on note une circonstance fort curieuse et qui pourrait induire en erreur; la douleur pleurétique se fait sentir à une assez grande distance de la base de la poitrine, dans une région correspondant à l'abdomen et au péritoine, qui cependant ne sont nullement intéressés. Nous avons, au n° 3 de notre salle des femmes, un sujet qui éprouve la douleur que l'on désigne sous le nom de point de côté, à plus de trois travers de doigt au-dessous du rebord des côtés. Entre autres bizarreries, il n'est pas très rare de trouver des malades qui accusent une douleur d'un côté, tandis que la percussion et l'auscultation prouvent positivement que la maladie occupe le côté opposé.

Le caractère de la douleur pleurétique est lancinant; les malades la comparent à celle qui serait causée par une pointe qui s'enfoncerait dans le côté, en raison de la dilatation que fait éprouver le sujet à la cage thoracique pendant les mouvements d'inspiration. La manière dont le malade respire est également particulière; ce n'est que par petites et très fréquentes inspirations; il semble qu'il veuille de cette manière faire avorter la toux dont les secousses augmentent prodigieusement la douleur de côté.

La douleur dont le côté est le siége augmente souvent par la pression extérieure, par la percussion du thorax. Il n'en est pas toujours ainsi; mais les cas où on l'observe ne sont pas rares. Dans d'autres circonstances, la douleur occupe toute l'étendue de la poitrine, et se fait sentir surtout lorsque l'on percute. L'intensité du point pleurétique est souvent aggravée par la position du malade sur le côté douloureux. La plus grande partie des malades se couchent ou sur le dos, ou sur le côté de la poitrine opposé au mal, tant que la douleur dure. Cependant, il y a des sujets qui, dès le principe, se couchent sur le côté malade sans être gênés.

La respiration, avons-nous dit, est petite et précipitée. Les malades craignent de dilater la poitrine et d'augmenter la douleur par une forte inspiration. Il est d'autres cas de pleurésie avec épanchement, dans lesquels, au lieu que la douleur arrête la respiration, tout au contraire le poumon étant comprimé par le liquide, le sujet fait de violents efforts pour augmenter le volume du poumon, et précipiter les mouvements respiratoires.

Au moyen de l'auscultation, on étudie dans la pleurésie l'état du poumon par l'auscultation simple de la respiration; la voix, en faisant parler le malade pendant que l'on appuie l'oreille sur sa poitrine. Les résultats que donne cette exploration sont très différents, suivant les périodes de la maladie. Lorsque la pleurésie est tout à fait au début, il y a diminution dans la force du bruit respiratoire. Puis peu à peu il disparaît tout à fait, masqué qu'il est par une couche de liquide qui sépare le poumon de la plèvre pariétale. Alors il est remplacé par un souffle bronchique, accompagné d'égophonie, c'est-à-dire de chevrotement de la voix quand l'individu malade parle. Tous ces phénomènes vont en augmentant d'intensité et de rapidité dans leur apparition, lorsque l'épanchement fait des progrès rapides. Nous avons vu au n° 54 de la salle Saint-Agnès, un homme entré vingt-quatre heures après le commencement de sa maladie. Dans les trois quarts inférieurs de la poitrine, matité, égophonie, respiration bronchique. A mesure que l'épanchement augmente, toute espèce de bruit cesse de se faire entendre dans la poitrine, jusqu'à ce qu'il arrive un moment où tout a disparu, même le bruit de souffle bronchique et le retentissement égophonique de la voix. Le plus ordinairement, lorsque la résorption se fait d'une manière tardive, le murmure vésiculaire reparaît peu à peu; mais on ne voit pas reparaître le souffle bronchique, non plus que l'égophonie de retour; les phénomènes de respiration bronchique du début ne se reproduisent plus. La raison en est toute simple, c'est que le poumon, lorsqu'il a été longtemps comprimé, a perdu de son ressort, ne peut revenir à son volume primitif, et alors les phénomènes ne peuvent plus se reproduire. Enfin nous mentionnerons encore, comme chose remarquable, la suppression de la vibration que communique la voix à la paroi thoracique, et que perçoit la main appliquée sur elle; vibration qui disparaît mécaniquement lorsque l'épanchement est considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre. — Présidence de M. Roche, vice-président.

M. Bégin fait un rapport sur trois observations de chirurgie envoyées par M. Bodiez. L'une de ces observations est relative à la fracture de l'apophyse coronoïde, compliquant une luxation du coude; l'autre est intitulée luxation du poignet. La voix faible de l'orateur ne laisse rien parvenir jusqu'à nous des détails de ces observations.

Conclusion. Remercîments et dépôt aux archives.

M. Velpeau présente quelques réflexions sur ces observations. Il ne croit pas, comme l'a dit M. le rapporteur, que le diagnostic des fractures de l'apophyse coronoïde compliquant les luxations du coude, soit extrêmement difficile. Il n'y a pas très longtemps, il est vrai, que ces fractures ont été étudiées, et c'est à un travail de M. Aug. Bérard, qui date de douze ans, que l'on doit nos connaissances actuelles sur ce point. M. Velpeau en a vu deux exemples; il en existe cinq ou six dans la science. Il s'étend sur le diagnostic de cette fracture, dont les caractères sont assez faciles à saisir.

Quant à l'observation de luxation du poignet, il s'étonne que des médecins instruits se servent encore de pareilles expressions, aujourd'hui qu'il est généralement reconnu que ces luxations du poignet sont extrêmement rares, et qu'il n'en existe pas d'exemple, hors le cas de chute d'un lieu élevé ou d'écrasement. Dupuytren a prouvé que ces luxations étaient toujours des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Dupuy* continue sa lecture sur les maladies des ruminants.

— *M. Martin Louis* lit un mémoire sur un cas d'hydarthrose de l'articulation scapulo-humérale traitée avec succès par l'injection iodée.

— La séance est levée avant cinq heures.

Note pratique sur l'emploi de l'écorce de racine de grenadier comme ténifuge; par M. le docteur Mérat.

Une pratique de vingt-quatre ans a prouvé à M. Mérat que l'écorce de racine de grenadier ne manque jamais son effet dans le cas de tænia; du moins, il déclare n'avoir jamais observé d'exemple contraire. Mais le succès est lié à l'observation indispensable de certaines conditions, et ces conditions sont les suivantes:

1° N'administrer le médicament que le jour même ou le lendemain du jour où des anneaux de tænia auront été rendus.

2° Faire prendre en trois fois, à une demi-heure de distance les unes des autres, le produit de la décoction de 60 grammes d'écorce de racine fraîche de grenadier cultivé, dans 750 grammes d'eau réduite à 500 grammes par l'ébullition.

Pour assurer la bonne réussite de la médication, M. Mérat est dans l'habitude de faire acheter un grenadier vivant, de huit ou dix ans au moins (plus jeune, il ne pourrait fournir la quantité d'écorce de racine suffisante), et d'en faire séparer l'écorce chez le malade même, le jour ou au plus tard le lendemain du jour où des anneaux de tænia ont été expulsés; il le fait ensuite employer comme il a été dit plus haut.

Suivant M. Mérat, les insuccès que l'on a reprochés à ce mode de traitement sont dus uniquement à ce qu'il n'a pas été fait convenablement, et ils doivent être toujours considérés comme résultant soit de la faute du médecin, soit de celle du malade. Ainsi, tantôt on a employé l'écorce sèche (qui pourtant réussit encore dans le plus grand nombre des cas) souvent altérée et mêlée d'autres écorces; tantôt on a fractionné la dose du médicament, et on lui a associé des purgatifs, ou on en a administré auparavant; tantôt, enfin, les malades n'ont rendu des portions de ver que depuis un certain temps, etc.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 116. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 3 OCTOBRE 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'hôpital de la Pitié reçoit annuellement un assez grand nombre de fébricitants venant de Bercy, de La Chapelle, du Bourget, de la plaine des Vertus, en un mot, des environs du canal de l'Ourcq. Lorsqu'on creusa ce canal, il y eut dans cet hôpital un nombre extrêmement considérable de fièvres intermittentes, qu'il aurait été bien difficile de rapporter à une autre circonstance que le dégagement de principes nuisibles de la terre fraîchement remuée. M. Serres avait dernièrement dans son service quatre individus affectés de fièvre intermittente, ayant tous séjourné dans le voisinage du canal. Les uns accuseront de ces fièvres le miasme que l'on appellera paludéen ou autrement, mais qui reconnaît pour condition productrice une eau plus ou moins stagnante renfermant des matières fermentescibles; les autres les imputeront au refroidissement. Quant à nous, nous dirons, prenant un exemple pour plus de clarté : Pourquoi donc y a-t-il un si grand nombre de fièvres intermittentes à la Maison-Carrée, près d'Alger, tandis que le Boujareah, coteau situé de l'autre côté de la ville, est si parfaitement sain, qu'il a été longtemps question d'y établir un hôpital de convalescents ? Pourquoi ? Il y a des marais d'un côté et de l'autre il n'y en a pas. Si ce n'est point là une raison, entre mille autres, de croire que les miasmes des marais peuvent occasionner la fièvre intermittente, il faut renoncer à l'induction en pathologie et se borner désormais à l'énoncé des faits dans leur nudité absolue.

Il faut pourtant qu'il y ait des raisons de croire le contraire, puisque des hommes distingués qui ont exercé dans des pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, nient avec la chaleur de la conviction la plus profonde, l'influence des miasmes marécageux sur la production de ces pyrexies.

Parmi les partisans de cette doctrine, le plus compétent parmi nous est M. le docteur Michel, qui l'a formulée, il y a plus de trente ans, dans une *topographie de la ville de Rome et de ses environs*, et soutenue dans une *statistique du Gros-Caillou*, que nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois. Ce praticien éclairé a exercé à Rome, où il dirigeait le service médical de notre hôpital militaire : il a étudié avec soin les localités, interrogé les médecins de la ville, recueilli les traditions, traité un nombre considérable de fièvres intermittentes, réuni beaucoup de matériaux, et l'on peut s'étonner, nous le disons à regret, que dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie, son nom, par une étrange omission, n'ait pas été prononcé.

Nous sommes informé que M. le baron Michel prépare un travail dans lequel seront développées les raisons qui peuvent militer contre la théorie de l'influence miasmatique. Nous examinerons ce travail avec une grande attention, et nous le discuterons avec notre indépendance habituelle. La contradiction, quand elle est convenable, est un hommage au caractère de celui dont on scrute les opinions.

Nous aurons occasion de discuter en même temps la théorie récemment proposée par deux médecins italiens, et d'après laquelle la fièvre intermittente serait une phlébo-cardite.

— La castration peut être suivie de la formation d'un abcès dans le canal inguinal jusque dans la fosse iliaque. C'est ce que nous venons de voir chez un homme qui avait été parfaitement opéré. La plaie des bourses avait été réunie par des points de suture, et l'on avait lié les artères du cordon isolément.

L'abcès a été ouvert à une petite distance de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il reste un engorgement épais, large et dur, le long du ligament de Falloppe.

Cet engorgement est commun à la suite des abcès intra-pelviens chez les femmes en couche. Lent à se résoudre, il demeure comme une menace permanente d'inflammation aiguë et de suppuration. Il faut craindre, par les fondants trop énergiques, de provoquer ce retour à la phlogose. Les douces et longues onctions avec la pommade d'iodure de plomb, ou avec la pommade mercurielle camphrée, suivies de l'application de cataplasmes émollients, les grands bains gélatineux et amidonnés prolongés, quelques applications de sangsues quand l'action organique s'élève au degré de l'irritation, les larges vésicatoires volants, les douches; tels sont les moyens qui conviennent lorsque l'induration est assez considérable pour que le chirurgien ne puisse en abandonner la résolution à la nature. Dans le cas dont il s'agit, ils ont déjà produit une amélioration sensible.

— Une femme d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, douée d'un système nerveux très irritable, a éprouvé, il y a seulement six mois, pour la première fois, une douleur dans le genou gauche, sans cause connue. Bientôt la marche est devenue impossible. On a appliqué des sangsues, des émollients, etc., etc. Le genou a grossi, et depuis un mois et demi la tuméfaction a considérablement augmenté. La tumeur est couverte de veines variqueuses; elle est ulcérée sur deux points, d'où surgissent des fongosités mollasses saignant au moindre attouchement. Peu de rougeur. Point d'œdème. Des douleurs lancinantes très vives empêchent le sommeil depuis trois semaines. Point de fluctuation. La tumeur est parfaitement limitée du côté de la cuisse; du côté de la jambe elle est fusiforme; le tibia est tuméfié, et les douleurs lancinantes se propagent dans toute sa longueur. Les ganglions de l'aine ne sont point engorgés. Les viscères paraissent en bon état. L'amputation de la cuisse est décidée, et M. Jarjavey, prosecteur de la Faculté, interne de M. Velpeau, la pratique avec habileté sous les yeux de son maître. Elle est faite par la méthode circulaire. La plaie est réunie dans le sens antéro-postérieur; une légère compression est établie à la base du moignon. La plaie est aujourd'hui presque cicatrisée; mais la malade a une eschare au sacrum, et les régions trochantériennes sont menacées. La tumeur était de nature encéphaloïde, et comprenait le tibia et le péroné à leur partie supérieure.

Ce qui nous frappe dans ce fait, c'est la rapidité de l'évolution du cancer (six mois de durée). M. Scoutteten vient de rapporter, dans le 58e volume des *Mémoires de médecine militaire*, deux observations remarquables aussi par la rapidité de la marche de la maladie et en même temps par la nature de la cause. Dans le premier cas, le cancer fut la suite d'une chute de cheval sur le genou et la partie supérieure de la jambe. L'accident avait eu lieu le 29 novembre; le 3 janvier suivant, jour de l'amputation de la cuisse, la tumeur avait une circonférence de 41 centimètres au point le plus développé. Elle était de nature évidemment cancéreuse; la tête du péroné, brisée en esquilles séparées par un tissu d'apparence fibreuse, y était englobée. Dans le second cas, le cancer eut encore pour cause une chute de cheval sur la jambe, dans laquelle la selle heurta le genou et y détermina une forte contusion. C'est le 13 mai que le malade était tombé, et déjà le 7 juin la tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Il est à noter que, dans les deux cas, les déplétifs locaux et les émollients ont paru activer singulièrement la marche de la maladie.

— Un jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, pâle, lymphatique, quoique assez musculeux, avait éprouvé des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche, vers le milieu du mois de janvier de cette année. Dans les premiers temps, ces douleurs disparaissaient après quelques moments de travail, lorsque la partie était *échauffée*. On lui conseilla de forcer le membre. Il souffrit davantage. Un médecin lui prescrivit des sangsues, des vésicatoires et le repos. Il continua néanmoins de souffrir dans les mouvements du membre, et entra à l'hôpital des Cliniques le 22 mai.

Il n'y avait ni tuméfaction de la hanche, ni déformation du membre. Les douleurs n'étaient pas spontanées et n'avaient lieu que lorsque le malade imprimait des mouvements à l'articulation. M. Nélaton fit appliquer des vésicatoires, des moxas, puis des cautères. Il ne s'opéra aucun changement favorable sous l'influence de ces moyens. En explorant profondément le côté interne et supérieur de la cuisse au niveau de l'articulation, on sentit une fluctuation difficile à apprécier. Elle devint un peu plus sensible, et l'on constata un léger soulèvement au-dessous du pli de l'aine, en dedans (fin de juin). Sept nouveaux cautères furent appliqués, et ne produisirent aucun effet avantageux. M. Gosselin, remplaçant de M. Nélaton, plongea un trocart explorateur dans le point soulevé (août); il sortit par la canule un liquide onctueux ayant toutes les qualités physiques de la synovie, sauf la transparence. Il était opalin, mais verdâtre, en un mot, d'une coloration particulière qui n'était pas celle du pus. On dut le regarder comme de la synovie altérée, et l'opinion que l'on avait admise sur la nature de la tumeur se trouva fortifiée. On avait supposé, en effet, qu'il y avait collection de synovie dans l'article, communiquant avec la bourse muqueuse psoas-iliaque, celle qui se trouve entre le tendon du muscle de ce nom et le côté interne de l'articulation. Ce liquide contenait des globules granuleux, ainsi nommés par M. Lebert, et caractéristiques de l'état inflammatoire partout où ils se rencontrent. Une nouvelle ponction ayant été faite, le liquide qui est sorti était plus opalin, et l'on y a trouvé quelques globules purulents, mais extrêmement rares. Aujourd'hui le pli de l'aine est en grande partie effacé et la fluctuation est évidente.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, vers le commencement d'août, un gonflement s'est fait remarquer au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange de l'un des doigts, accompagné de douleur et de fluctuation. Une ponction a été pratiquée il y a quelques jours, et a donné issue à du pus séreux. Cette seconde tumeur marque la diathèse.

— Le cas suivant est un exemple de résection du corps du fémur pour une lésion traumatique :

Une petite fille, âgée de sept ans, fut renversée par un omnibus, le 12 du mois dernier, et fut transportée immédiatement à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau).

Une plaie contuse, longitudinale, existait sur la partie externe et un peu postérieure de la cuisse, en avant du bord du biceps fémoral, à la limite du creux du jarret. A travers cette plaie faisait issue une partie du fémur. On reconnaissait aisément que c'était la partie inférieure de la diaphyse osseuse séparée de l'épiphyse, restée en place dans ses rapports normaux avec le tibia. La partie du corps du fémur qui faisait saillie avait six centimètres de longueur environ. M. Velpeau se décida à en pratiquer immédiatement la résection. Des boulettes de charpie comblèrent le vide laissé par ce bout d'os. La petite malade n'a pas éprouvé d'accidents primitifs sérieux. Un bandage dextriné, semblable à celui dont M. Velpeau fait usage pour les fractures de cuisse, a été appliqué. Une fenêtre permet de panser la plaie. La suppuration a été abondante, et il s'est formé sous le bandage un abcès à l'opposite de la plaie : on l'a ouvert. L'état de la petite opérée est satisfaisant, et tout fait présager une bonne réussite.

— Nous avons promis de revenir sur l'état du malade affecté d'hydarthrose tibio-fémorale, auquel M. Velpeau a appliqué le traitement par l'injection iodée. L'articulation n'est presque plus douloureuse. Il y a du liquide dans le cul de-sac supérieur. Se résorbera-t-il ? En tout cas, la réaction, purement locale, a été modérée et de peu de durée.

— Ayant affaire à une hydarthrose ancienne chez un militaire qui avait subi divers traitements depuis trois ans, M. Marchal (de Calvi) s'est décidé à pratiquer la ponction de la tumeur, comme dans le traitement palliatif de l'hydrocèle. On a établi ensuite une compression méthodique depuis les orteils jusqu'au dessus du genou, compression qui, dans la pensée du chirurgien, pourra s'opposer à la reproduction du liquide. Des compresses d'eau froide ont été appliquées en permanence sur le genou par dessus la bande, et il ne s'est manifesté aucun accident.

Nous devons nous arrêter à une particularité de l'opération. Un trocart à hydrocèle avait été plongé en plein dans la tumeur, et pas une goutte de liquide ne venait. La résistance n'avait pas été celle qu'auraient donné ces fongosités articulaires qui en ont tant de fois imposé pour une collection de liquide, et il était évident que cette erreur n'avait pas été commise. Un stylet fut à plusieurs reprises introduit dans la canule; il ne sortit que deux ou trois gouttes de sérosité citrine. L'opérateur retira alors la canule, et fut fort étonné de voir le liquide s'écouler par la piqûre sous la pression, et par jet. Quand la poche articulaire eut été vidée en partie de la sérosité qu'elle contenait (on ne peut pas dire que ce fût de la synovie), on sentit de petits corps fuir sous le doigt dans l'article, et en examinant, le liquide qui avait été reçu dans un vase, on vit deux ou trois concrétions blanches et molles, d'apparence fibrineuse. C'étaient sans doute ces concrétions qui, en fermant l'ouverture de la canule, avaient empêché d'abord l'écoulement de la sérosité. M. Marchal fit la remarque qu'en un cas semblable une incision sous-cutanée intéressant largement la synoviale, serait beaucoup plus efficace que la ponction avec le trocart. Quoi qu'il en soit de ces opérations intra-articulaires inoffensives, il est évident qu'on joue avec le feu, sans qu'il y ait des chances bien évidentes de succès.

— Voici un problème à proposer aux anatomo-pathologistes : trouver une vaginale partout adhérente à elle-même, chez un individu traité d'une hydrocèle par l'injection irritante, iodée ou autre. Il y a des médecins, parmi les plus éclairés, qui doutent que l'adhésion de cette séreuse, paroi contre paroi, à la suite de l'inflammation artificielle, soit fondée, du moins en tant qu'adhésion générale, sur une observation suffisante. Nous faisons cette remarque à l'occasion des injections d'iode dans les articulations. M. Velpeau affirme que la guérison a lieu sans ankylose, partant sans adhérences. Ici donc l'injection iodée agirait en modifiant la séreuse, et non en l'oblitérant. Cela étant, pourquoi ce qui a lieu pour une séreuse n'aurait-il pas lieu pour les autres?

— Le cas suivant est remarquable par la coïncidence de deux circonstances contradictoires.

Une jeune fille de dix-sept ans, lymphatique, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, entre, le 15 septembre, à la Charité, dans le service de M. Fouquier, remplacé provisoirement par M. le docteur Béhier. Elle est malade de-

puis onze jours. Une fièvre intense avec céphalalgie, et bientôt compliquée d'angine, a marqué le début de l'affection. Il y a eu aussi de la surdité, des étourdissements, et une grande prostration. Point de diarrhée, point d'épistaxis, point de délire. A la visite, affaissement notable; gargouillement iliaque (un laxatif a été administré); météorisme; quelques taches rosées sur l'abdomen. D'autre part, engouement pulmonaire, angine et stomatite couenneuses.

Les jours suivants, malgré un traitement topique énergique, malgré des doses répétées de calomel, le tartre stibié et l'application de vésicatoires, la respiration s'embarrasse de plus en plus, la face devient violette, et la malade succombe asphyxiée le quatorzième jour de la maladie, le quatrième depuis son entrée à l'hôpital.

A l'ouverture du cadavre, on trouve des pseudo-membranes épaisses à l'isthme du gozier, autour de l'orifice glottique supérieur, qui est rétréci. Un mucus visqueux remplit les bronches jusqu'aux vésicules. Les poumons sont le siége d'une congestion très marquée; il y a un peu de pneumonie à la base du lobe inférieur gauche. On trouve dans l'intestin grêle cinq ou six ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde, avec ramollissement des ganglions.

Les deux circonstances contradictoires, dans cette observation, sont la diminution de la plasticité toujours supposable dans la fièvre typhoïde, et, en regard, la tendance plastique qui s'est manifestée par la formation des pseudo-membranes. L'élément plastique et inflammatoire, surtout l'imminente asphyxie par suite de congestion pulmonaire, commandaient-ils un traitement déplétif énergique? D'autre part, la prostration n'était-elle pas une contre-indication à ce traitement? Les forces étaient-elles *opprimées* ou *anéanties?* Voilà le grave problème qu'a eu à résoudre le médecin éclairé que nous avons cité.

— M. le professeur Alquié a eu dans son service un cas fort intéressant. Un homme portait à gauche de l'épigastre une tumeur du volume du poing, profonde, dure, peu saillante, peu douloureuse, sans changement de couleur à la peau. Elle s'était formée lentement à la suite d'un saut, disait le malade. Plusieurs chirurgiens l'examinèrent et restèrent dans le doute sur sa nature. L'idée d'une gastrocèle s'était présentée; mais ni la présence des aliments dans l'estomac ou la vacuité de ce viscère, ni les efforts ne modifiaient la tumeur, qui était d'ailleurs absolument irréductible. D'autre part, cependant, la percussion légère donnait de la sonorité, et éloignait l'idée d'un épaississement circonscrit dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Ce n'était pas moins un simple phlegmon chronique qui s'était développé insensiblement, dans lequel s'est manifesté une floctuation de plus en plus appréciable, sur lequel la peau a rougi et s'est amincie progressivement, et que M. Alquié a fait ouvrir avec le caustique de Vienne. L'exploration avec un stylet a donné lieu de penser que le squelette est étranger à la formation de ce foyer.

— L'observation de pellagre dont nous avons parlé est trop étendue pour que nous puissions lui donner place aujourd'hui, comme nous l'avions promis. La prochaine *Revue* lui sera exclusivement consacrée. X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant père.

Néphrite albumineuse. Hypertrophie générale du cœur. Perforation congéniale de la cloison ventriculaire. Maladie de la valvule tricuspide. Mort.

Le 16 juillet 1845, est entré à la salle Saint-Jean le nommé Vignet, âgé de douze ans, sans profession. D'après les renseignements qui ont été communiqués par sa mère, cet enfant n'avait jamais eu une bonne santé; dès sa plus tendre enfance, il était sujet à de l'oppression, à des étouffements, qui se montraient surtout après qu'il avait couru ou joué plus qu'à l'ordinaire. Jamais, à aucune époque, on n'avait remarqué chez lui de coloration violacée de la face, de temps en temps cependant il y avait un peu de bouffissure; mais depuis deux ans surtout, les accidents avaient marché d'une manière plus rapide. Ainsi, la difficulté de respirer était devenue presque continuelle; et le soir, en se couchant, les extrémités inférieures étaient le siége d'un œdème peu prononcé, qui disparaissait pendant la nuit. Depuis quatre mois, cet œdème des extrémités était devenu permanent; et il y a trois mois, à la suite d'une céphalalgie violente qui dura pendant huit jours, on avait vu la face devenir toute bouffie. Quelque temps après, les bourses s'étaient infiltrées de liquide; et il y a trois semaines, l'enfant s'était plaint, pour la première fois, de palpitations, accompagnées d'une toux sèche, qui s'était encore aggravée depuis dix jours.

Du reste, cet enfant n'avait été atteint d'aucune autre maladie de l'enfance que de la rougeole; pendant son séjour chez lui, il avait pris quelques préparations ferrugineuses, et on lui avait appliqué quelques sangsues à l'anus.

A son entrée, il présentait l'état suivant:

Bouffissure énorme de la face; infiltration des paupières, telle que les yeux étaient presque cachés; blancheur mate de la peau; œdème des extrémités inférieures et du scrotum, s'étendant jusqu'à la partie postérieure du tronc; ventre bouffi et fluctuant, principalement vers les régions inguinales; la région rénale était un peu douloureuse à la pression, des deux côtés; les urines, essayées par l'acide nitrique et la chaleur, donnaient une quantité énorme d'albumine; le malade avait encore de l'appétit, et la digestion s'exécutait d'une manière normale; la dyspnée était extrême; il existait à la région précordiale une douleur assez vive; le pouls était à 88 par minute, irrégulier et inégal. La cavité thoracique, la région précordiale exceptée, n'était le siége d'aucune matité anormale à la percussion; mais dans toute son étendue, on percevait du râle sibilant et ronflant, mêlé çà et là de râle muqueux.

L'examen de la région précordiale a fourni les résultats suivants:

Mesurée de la pointe à la base à l'aide de la percussion, on trouvait 90 millimètres de hauteur sur 85 de haut en bas. Le cœur présentait une disposition transversale; de sorte qu'il était compris entre le bord inférieur de la deuxième côte gauche supérieurement, et la partie inférieure de la quatrième, au-dessous de laquelle correspondait la pointe du cœur, à deux pouces et demi de l'axe du sternum. Cet organe ne s'étendait sous le sternum jusqu'au niveau du bord droit de cet os, et remontait jusqu'à un demi-pouce de son extrémité supérieure. L'impulsion était forte, progressive, et étendue à toute la région précordiale. A la pointe, on percevait le premier bruit, presque immédiatement suivi d'un bruit de souffle que l'on retrouvait encore sous le sternum, surtout à la partie inférieure, mais qui ne se propageait nullement dans les gros vaisseaux. Le deuxième bruit était très faible sous le sternum; il ne commençait à se dégager que vers la partie supérieure et droite de cet os. Les veines du cou étaient fortement dilatées, et agitées de battements peu appréciables. En conséquence, on porta le diagnostic suivant: « Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur, » maladie très probablement ancienne ou congéniale de cet » organe, consistant en l'insuffisance d'une des valvules » auriculo-ventriculaires, et probablement de la valvule mitrale. »

Le traitement prescrit par M. Guersant fut le suivant: Chiendent nitré; friction sèche avec eucens et sur les membres; vésicatoire volant sur la région précordiale.

Le 20, ce petit malade eut une syncope avec refroidissement des extrémités, qui donna beaucoup d'inquiétude.

Le 23, M. Guersant administra quelques toniques, et fit placer une plaque de caostique de Vienne sur la base du cœur. Les jours suivants, l'ascite avait pris un développement énorme; il en était de même de l'œdème du scrotum et des extrémités; de sorte que, le 30, on pratiqua deux mouchetures à chaque coudepied, en dehors; ces mouchetures n'eurent que peu d'efficacité, et ne tardèrent pas à prendre un mauvais aspect.

Le 9 août la mort eut lieu, après un affaissement graduel.

Autopsie. — L'infiltration était générale; le péritoine renfermait un épanchement séreux très abondant (dix ou douze litres). Les deux plèvres contenaient également un peu de sérosité. Les poumons étaient œdémateux; le foie de médiocre volume, couleur *cuir de botte*, d'un aspect granuleux, offrait une atrophie notable de son système vasculaire. Les deux reins étaient parvenus à un degré d'altération assez avancé, que l'on décrit ordinairement comme le troisième degré de la maladie de Bright. La substance corticale était profondément décolorée et granuleuse, tandis que les cônes de la substance tubuleuse présentaient une rougeur foncée; à l'extérieur, ces deux organes présentaient une coloration gris-blanchâtre ponctué de noir.

Le cœur, débarrassé de ses caillots, pesait 183 grammes. Sa longueur, mesurée de l'origine des gros vaisseaux à la pointe, était de 80 millimètres; transversalement il avait 92 millimètres. Le ventricule gauche était considérablement hypertrophié, mais sans dilatation; ses parois avaient 12 millimètres à la base et 4 millimètres au sommet. La valvule mitrale présentait quelques granulations demi-transparentes, sans épaississement; mais le pilier postérieur se détachait, non pas de la partie inférieure et postérieure du ventricule, ainsi que cela a lieu ordinairement, mais du milieu de la paroi postérieure; de sorte que cette valvule était fortement portée en arrière, et la cloison ventriculaire notablement prolongée dans le sens antéro-postérieur; mais l'altération la plus curieuse était une perforation ovalaire de la cloison des ventricules, située à 5 millimètres au-dessous du point d'insertion de la valve droite et postérieure de l'orifice aortique. Cette perforation avait 8 millimètres de long sur 2 millimètres 1/2 de large; ses bords étaient irréguliers et chagrinés; un stylet, introduit par cette ouverture, conduisait par un trajet oblique au-dessous de la valvule tricuspide, et en arrière de cette valvule. L'ouverture était plus étroite du côté du ventricule droit que du côté du ventricule gauche. Son bord supérieur était bordé de quelques écailles osseuses situées immédiatement au-dessous de l'endocarde. Quant à cette dernière membrane, elle se prolongeait à travers l'ouverture et se continuait avec l'endocarde du ventricule droit. C'est ce qu'il nous a été facile de vérifier à la loupe; dans tout ce trajet elle était couverte de petites granulations mameloonées. La valvule tricuspide était malade; son bord libre et sa partie inférieure donnaient insertion à de nombreuses végétations, molles et fibrineuses, qu'on aurait pu comparer au *chevelu* de certaines plantes. Le ventricule droit n'était nullement hypertrophié; il avait 3 millimètres d'épaisseur à la base, et 1 millimètre au sommet. Du reste, aucun orifice ne présentait d'altération; l'orifice pulmonaire était seulement un peu plus dilaté qu'à l'ordinaire.

L'observation que nous venons de faire connaître se recommande à l'attention de nos lecteurs par une foule de circonstances curieuses. D'abord c'est un exemple d'une altération fort rare de la perforation de la cloison ventriculaire existant indépendamment d'une altération des orifices du cœur. Ensuite, examinée au point de vue anatomique, cette perforation présentait des caractères qui lui étaient propres; elle était située à plusieurs millimètres au-dessous de l'orifice aortique, tandis que le plus souvent ces perforations sont situées presque immédiatement au-dessous de l'orifice. Elle était située bien plus en arrière qu'on ne le voit généralement et conduisait le sang sous le plancher de la valvule tricuspide, lorsque ordinairement elle amène le sang dans l'infundibulum du ventricule droit. Elle était oblique, de manière à constituer une espèce de canal, au lieu de former une ouverture semblable à celles qui sont produites par un emporte-pièce. Signalons enfin ces végétations mamelonnées qui existaient sur son trajet, et les végétations fibrineuses bien plus développées que l'on trouvait appendues à la valvule tricuspide sur le trajet de la petite colonne de sang qui pénétrait du ventricule gauche dans le ventricule droit.

Malgré la perforation de la cloison ventriculaire, cet enfant n'avait jamais présenté de cyanose; circonstance qui vient fortifier l'opinion de ceux qui pensent, avec Louis, que les altérations des orifices jouent le plus grand rôle dans la production de cette teinte violacée de la peau. Quant au bruit de souffle qu'on a noté pendant la vie, nous ne pensons pas qu'on pût le rapporter à la pénétration du sang à travers l'ouverture anormale, puisque ce bruit de souffle coïncidait avec la contraction ventriculaire, et que la disposition de la valvule tricuspide était telle, qu'elle devait fermer presque entièrement cette ouverture dans l'instant de la contraction. D'ailleurs les végétations de la valvule tricuspide s'opposaient évidemment à l'occlusion complète de l'orifice, de sorte que le reflux du sang expliquait ce bruit de souffle d'une manière bien autrement satisfaisante.

En intitulant cette observation, *perforation congéniale de la cloison ventriculaire*, nous nous sommes laissé guider autant par la disposition anatomique que par les antécédents du malade. Cette perforation était fort anormale; nous l'avons déjà démontré; mais l'endocarde se prolongeait à travers l'ouverture et se continuait sans ligne de démarcation avec l'endocarde du côté opposé. Cette membrane était, à ce niveau, le siége des altérations qui sont propres aux membranes séreuses. Enfin, dès sa plus tendre enfance le petit malade avait eu des accidents du côté du cœur. En fallait-il davantage pour reconnaître là une altération congéniale, nous ne le pensons pas; et nous ne croyons pas être sorti des limites d'une sage induction, en déterminant ainsi la nature de la maladie.

Nous nous bornerons à signaler la coïncidence de la néphrite albumineuse et de la maladie du cœur; coïncidence encore peu connue dans sa nature intime, quoique signalée depuis longtemps par Christison, Gregory et M. Rayer. On voit, par cette observation, que les maladies du cœur exercent sur les reins une influence aussi grande dans l'enfance que dans l'âge adulte. Dr Aran.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Bérard.

Fracture du calcanéum par écrasement.

Au n° 36 de la salle Saint-Gabriel, est couché un malade qui est entré à l'hôpital à la suite d'une chute sur les pieds. Il était tombé d'un deuxième étage d'aplomb sur la plante des pieds, sans fléchir les membres, de manière que tout le poids du corps avait porté sur les extrémités inférieures. Il ressentit à l'instant une douleur vive, et cessa dès cet instant de pouvoir marcher.

A son entrée à l'hôpital, on trouva un gonflement assez considérable au-dessous des deux malléoles, avec une teinte violacée de la peau et une large ecchymose comprenant tout le dessous des malléoles, une grande partie du talon, et s'étendant jusqu'au bas de la jambe.

Le pied n'offrait aucune direction vicieuse ou anormale; on n'y voyait d'autre déformation que celle qui résultait du gonflement sous-malléolaire; ce gonflement était tel que les malléoles étaient entièrement perdues dans la saillie des parties inférieures; mais en palpant avec soin, on sentait au milieu des parties tuméfiées une saillie plus résistante et plus dure. Il n'existait point d'ailleurs d'écartement des malléoles; elles conservaient leur situation respective. Le pied pouvait exécuter encore quelques mouvements de va-et-vient. A la pression, le malade ressentait une douleur très vive, mais seulement au-dessous des malléoles, sur le talon. Il n'y avait plus de douleur du tout au-dessus des malléoles et le long du tibia. Enfin, en saisissant le talon, on entendait un petit craquement et on percevait une sensation de glissement. Le pied semblait en outre un peu aplati; le talon était sensiblement réduit de hauteur. En effet, dans différentes mensurations faites à plusieurs reprises, on constata chaque fois que la distance de la plante du pied aux malléoles était moindre du côté blessé que de l'autre côté.

A quelle sorte de lésion avait-on affaire? Etait-ce une entorse? Non.

Il peut être sans doute quelquefois assez difficile de distinguer la lésion dont il s'agit ici d'avec une entorse; mais ici la confusion n'est pas possible. La crépitation et la diminution de hauteur du pied ne permettent pas de méconnaître une fracture. Mais de quelle fracture s'agit-il? Est-ce une fracture du péroné ou des malléoles? Pas davantage.

On sait que dans la fracture de la portion inférieure du péroné, il y a renversement du pied; un semblable renversement a lieu quelquefois aussi dans les cas analogues à celui dont il s'agit ici; de sorte que la présence de ce signe ne permettrait de se prononcer d'une manière absolue ni dans un sens, ni dans l'autre. Mais dans le cas présent il n'y a point de renversement, et c'est déjà un motif suffisant d'éloigner l'idée d'une fracture du péroné.

On ne trouve non plus aucun des signes de la fracture des malléoles, trop aisés à distinguer d'ailleurs pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici.

Pouvait-on admettre encore qu'il y eût une diastasis des deux os de la jambe au niveau de l'articulation? Non plus; il y aurait dans ce cas écartement des deux malléoles, et nous avons vu que cet écartement n'avait pas lieu. — Cette lésion est une fracture par écrasement du calcanéum; fracture reconnue beaucoup plus commune qu'on ne le croyait autrefois, depuis qu'elle a fixé l'attention des chirurgiens. Elle était

même presque entièrement méconnue il y a quelques années; on ne signalait que les fractures de la partie postérieure du calcanéum, que l'on décrivait d'une manière très minutieuse, et qui est pourtant tellement rare que je n'en ai jamais vu d'exemple. La fracture par écrasement, au contraire, est très commune, et on a fréquemment l'occasion de la rencontrer et de la reconnaître depuis qu'elle a été signalée et si bien décrite par M. Malgaigne. Nous en avons eu plusieurs exemples dans le cours de cette seule année, et ils deviennent si communs que nous ne pouvons laisser échapper cette occasion sans en dire en mot.

Voyons d'abord quelles sont les conditions nécessaires pour la production de cette fracture. La première condition est la chute d'un lieu élevé. Deuxième condition : il faut que la chute ait lieu perpendiculairement à la surface horizontale de l'os, le corps étant vertical, sans quoi la force serait décomposée et porterait son action sur d'autres points plus ou moins distants ; troisièmement, il faut que le sol soit résistant ; quatrièmement, que la chute ait lieu pendant que le sujet tient ses articulations rigides, le pied à angle droit, la jambe et la cuisse étendues, le tronc droit, etc.

Lorsque toutes ces circonstances se trouvent réunies, le calcanéum, qui n'a qu'une force de résistance médiocre, dont le tissu en grande partie spongieux ne renferme que très peu de substance compacte, se fracture par écrasement, comme une noix sur une enclume. Si le sol était incliné ou que la chute eût lieu suivant une direction oblique, il y aurait diduction des différentes brisures du pied ou fracture des os de la jambe, mais point écrasement du calcanéum. Il faut, en outre, et on en conçoit assez la raison, que la résistance du sol soit suffisante, sans quoi le pied s'enfoncerait dans le sol, si celui-ci était mobile et la force serait ainsi perdue. Enfin, la fracture du calcanéum n'a lieu ordinairement que dans une chute sur un seul pied. Cependant on a vu des exemples de fracture simultanée des deux calcanéums ; mais ces cas sont plus rares que ceux de fracture d'un seul côté.

La fracture du calcanéum offre par son mécanisme et ses conditions de production une grande anologie avec ce qui se passe dans la fracture par écrasement de l'extrémité inférieure du radius. Supposez le calcanéum faisant corps avec le tibia, lés conditions sont tout à fait identiques.

En résumé, voici à quels symptômes on peut reconnaître ces sortes de fractures :

1° Augmentation de volume du pied, due en partie an gonflement des parties molles, mais aussi à l'écrasement du calcanéum élargi aux dépens de sa hauteur, ainsi que nous avons pu le constater ici à l'aide d'un compas d'épaisseur.

2° Crépitation ; mais hâtons-nous d'ajouter que cette crépitation est dans tous les cas très légère et souvent peu appréciable, le déplacement des fragments n'étant pas assez considérable pour permettre toujours d'en entendre les frottements. L'absence de la crépitation ne serait donc pas à la rigueur un signe négatif de cette fracture.

3° Douleur à la pression sur la partie fracturée. Ce signe est constant.

4° Dans quelques cas il y a déviation du pied. Cette déviation est due à ce que le tassement a plus particulièrement lieu d'un côté ou d'un autre, d'où résulte une saillie aussi excentrique que la malléole du côté opposé au tassement. Cette déviation, qui pourrait en imposer pour une fracture de la malléole, est produite par un mécanisme tout différent.

Les conséquences de la fracture du calcanéum sont ordinairement peu graves. Je n'en ai pas vu encore résulter d'accident sérieux. Néanmoins elle laisse toujours après elle une difformité plus ou moins considérable et irrémédiable.

La consolidation une fois obtenue, les malades peuvent marcher ; mais ils conservent ordinairement une légère tendance à la claudication, soit par suite de l'inégalité de forme et de hauteur des deux talons, soit par suite d'une gêne particulière dont il n'est pas toujours facile d'assigner nettement la cause. Nous ne connaissons pas de fracture du calcanéum assez ancienne pour dire combien de temps peut durer cette gêne.

Le traitement des fractures du calcanéum est fort simple. Le repos, des ventouses scarifiées comme résolutifs pour combattre l'inflammation, tels sont à peu près les seuls moyens auxquels il soit utile de recourir. Il n'y a point d'appareil à appliquer ; outre qu'il ne serait pas, en général, d'une grande utilité, un appareil serait très difficile à appliquer dans cette circonstance, n'ayant presque aucune prise sur les fragments. On se bornera donc chez ce malade, et c'est à cela que doit se réduire en général le traitement de ces fractures, sauf les cas de complication, à garder le repos jusqu'à parfaite consolidation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 septembre 1845. — Présidence de M. Serres.

Composition du lait. — *M. Dumas* a lu la première partie d'un intéressant travail qu'il a entrepris sur la constitution du lait de divers animaux.

Le savant chimiste a observé que le lait des animaux herbivores renferme toujours les quatre ordres de matières qui font partie de leurs aliments, savoir : les matières albuminoïdes représentées par le caséum, les matières grasses représentées par le beurre, les matières sucrées représentées par le sucre de lait; et enfin les sels de diverse nature qui existent dans tous les tissus de ces animaux.

Dans le lait des carnivores, l'un de ces principee disparaît complétement : c'est le sucre de lait, et il ne reste que les matières albuminoïdes, grasses et salines, qui forment la constitution générale de la viande, Toutefois, il suffit d'ajouter du pain à leurs aliments pour que le sucre de lait apparaisse en proportion plus ou moins grande, de telle sorte que la production de ce principe est entièrement liée à l'existence de la fécule dans les aliments.

M. Dumas pense aussi avoir complétement démontré qu'autour des globules butyreux du lait, il se trouve toujours une membrane caséuse. Enfin, il pense avoir complétement atteint le but qu'il avait surtout en vue, c'est-à-dire avoir trouvé des moyens bien certains de faire l'analyse du lait.

— *M. Sédillot*, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un mémoire intitulé : De l'application de la méthode anaplastique au traitement du cancer. Dans un précédent mémoire sur un sujet analogue, l'auteur émettait quelques vues nouvelles sur la texture intime du cancer. L'examen microscopique des tissus cancéreux lui avait fait reconnaître la présence de cellules présentant des caractères très appréciables et constants, sur lesquels il croyait pouvoir asseoir le diagnostic des cancers. L'examen des diverses évolutions de ces cellules cancéreuses lui a permis d'embrasser dans une théorie commune les nombreux phénomènes du cancer, et de se rendre compte de l'heureuse influence de l'application de la méthode anaplastique au traitement de cette affection. Il rapporte, à l'appui des opinions qu'il émet sur ce sujet, l'observation d'un cancer du genou vainement combattu à sept reprises différentes par l'instrument tranchant combiné à divers modes de cautérisation, et dont il a obtenu la guérison en se servant d'un large lambeau anaplastique emprunté aux téguments de la jambe et mis en rapport avec la plaie résultant d'une dernière ablation du cancer.

— *M. Vierordt*, médecin à Carlsruhe (duché de Bade), communique les résultats de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur lui-même concernant la respiration de l'homme, et principalement la quantité d'acide carbonique exhalé dans les diverses situations de l'état de santé de l'homme. Voici quelques-uns des principaux résultats qu'il fait connaître : Les fonctions respiratoires varient beaucoup dans les différents instants du jour selon les divers états où l'homme se trouve. Ainsi, par exemple, on remarque une augmentation dans la fréquence des expirations après le repas. L'auteur évalue cette augmentation à 1,72 expirations par minute, le nombre moyen des expirations étant de 14.

La proportion de l'acide carbonique expiré diminue presque à l'instant, dès qu'on a bu quelque liqueur spiritueuse, et cette diminution dure environ deux heures.

Pendant les mouvements modérés du corps, l'expiration de l'acide carbonique est au moins un tiers plus grande que dans l'état de repos.

La température croissante de l'air diminue le besoin de respirer d'une manière très frappante. Les effets de la pression atmosphérique sont moins grands que ceux de la température de l'air; cependant, l'influence de la pression sur la respiration est bien sensible. Ainsi, l'élévation du baromètre de 6 lignes augmente le nombre des expirations dans une minute de 0,74.

L'auteur insiste surtout sur l'influence que les mouvements respiratoires exercent sur l'exhalation de l'acide carbonique, condition indispensable de la connaissance des lois d'après lesquelles s'effectue le changement des gaz entre le sang et l'air contenus dans les poumons. La grandeur des mouvements respiratoires exerce, suivant lui, une influence très remarquable sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré, ce qu'il démontre par des chiffres représentant les moyennes d'un grand nombre d'expériences.

La conclusion la plus générale que l'auteur déduit de son travail, c'est que les phénomènes de la respiration doivent être réduits à l'équilibre entre les gaz contenus dans le tissu des organes, dans le sang, dans les poumons et dans l'atmosphère ambiante.

Les résultats des recherches de M. Vierordt et les conséquences physiologiques qu'il en déduit, sont en général confirmatifs de ce que l'on sait déjà sur les phénomènes de la respiration, et donnent par conséquent une nouvelle valeur aux idées reçues en physiologie sur cette question.

— *M. A. Bobierre* adresse une Note relative à de nouveaux procédés de conservation des substances animales. Il présente ces procédés comme applicables à l'embaumement, à la préparation des pièces anatomiques et à la conservation des objets d'histoire naturelle, La substance principale dont se sert M. Bobierre est l'esprit de bois (bihydrate de méthylène) dans lequel il fait dissoudre une certaine quantité de camphre. Son procédé d'embaumement consiste : 1° à pousser une injection par la carotide au moyen de la liqueur indiquée ; 2° à recouvrir le corps de deux couches de vernis ; 3° à l'entourer de bandelettes de plomb, de bandelettes agglutinatives, et enfin à vernir une dernière fois ; 4° à l'introduire dans un cercueil de plomb, où l'on place un bocal imparfaitement bouché et contenant du sulfite de soude.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 août 1845. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — *M, le docteur Pirart* adresse à la Société, afin d'être admis au nombre de ses membres résidents, un mémoire intitulé : Considérations sur les tumeurs blanches. (M. Sorlin, rapporteur.)

— *M. le docteur Thomas Ména* sollicite une place de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa demande un mémoire ayant pour titre : Travail sur quelques points de chirurgie. (M. Tanchou, rapporteur.)

— *M. Deperthuis* amène devant les membres de la Société un malade auquel il donne dès soins depuis quelque temps. Dans le principe, il a observé chez cet homme quelque désordre dans les idées, des rêvasseries; en un mot, un peu d'aliénation. Ces symptômes ont disparu et fait place à un désordre, une confusion dans les battements du cœur. Il a bien obtenu un retour momentané à la santé en pratiquant des émissions sanguines et en plaçant des vésicatoires volants sur la région thoracique; mais les accidents ne tardèrent pas à reparaître, et lorsqu'ils sont intenses il y a de la rêvasserie, même pendant l'état de veille, et de l'oppression, du tremblement dans la voix, de la gêne dans la parole, mais on n'a jamais observé de mouvements convulsifs.

M. Belhomme. Ce malade a offert dans le principe, rapporte notre confrère, quelques symptômes d'une perversion dans l'intelligence, et ensuite ceux d'une affection organique du cœur. Je crois que le mal a commencé par cette affection du cœur.

M. Duperthuis. Mais au mois de février il n'y avait nul indice de cette maladie, aucun trouble dans la circulation et la respiration ; et après deux mois d'une santé apparente, il fut pris d'embarras dans la respiration et la circulation.

M. Belhomme. Je crois qu'il y a ici une dilatation du cœur accompagnée d'accidents nerveux et hypochondriaques. Dans des cas d'hypochondrie, il s'est bien trouvé des voyages; mais ici on essaierait vainement de ce moyen, car les valvules retiennent mal le sang.

M. Fouquier. J'ai vu des désordres effrayants de la circulation et de la respiration céder à des antispasmodiques, à des sinapismes ; mais on ne peut se dissimuler qu'il n'y ait ici dilatation anormale avec dilatation du cœur. Le mal n'a pas cédé, et, malgré quelques moments de mieux, la maladie s'est aggravée depuis cinq mois. Le pouls est dur; la maladie s'étend à une grande surface; on entend les battements du cœur dans le dos ; la respiration est arriérée ; le malade ne peut se tenir couché dans la position horizontale, ce qu'on peut très bien faire lorsqu'il n'y a pas de maladie organique. Les saignées peuvent amener un mieux momentané, mais non durable. On doit aussi reconnaître qu'il existe beaucoup de phénomènes nerveux.

M. Tanchou. A-t-on beaucoup saigné?

M, Duperthuis. Il l'a été quatre fois.

M. Tanchou. Après des déperditions de sang, j'ai observé fréquemment des battements précipités du cœur et des carotides, un trouble qui se propageait à tout l'arbre artériel. Le cœur alors est excité nerveusement; on dirait que la vie demande du sang. Il est aussi peut-être une cause à laquelle on peut attribuer les désordres observés chez ce malade. Il arrive souvent que la fibrine se coagule, et que la marche du sang devient difficile dans l'intérieur des vaisseaux ; dans ces circonstances, on se trouve bien de l'administration de l'ammoniaque à l'extérieur et à l'intérieur.

M. Charles Masson. Ces deux causes d'empêchement de la circulation s'excluent mutuellement chez le même malade ; car si les vaisseaux sont vides, on ne peut point les supposer embarrassés, obstrués par la fibrine épaissie.

M. Sorlin. Dans quels cas d'empêchement de la circulation M. Tanchou s'est-il bien trouvé de l'administration de l'ammoniaque ?

M. Tanchou répond qu'il l'a administré parce qu'il l'avait employé avec succès dans des affections nerveuses; qu'il tient le fait pour constant, mais qu'il ne l'explique pas.

M. Terrier trouve que la langue est rouge, que la région épigastrique est sensible et empâtée chez ce malade.

M. Duperthuis répond que le malade mange peu, et ne vomit jamais.

M. Pédelaborde. Je crois qu'ici la dilatation du cœur a amené une faiblesse dans les parois des vaisseaux. Le système veineux ne peut point se dégorger; aussi voit-on, chez ce malade, les veines jugulaires apparaître tuméfiées sous la peau du cou. Les vaisseaux à sang noir sont trop pleins, ce qui doit amener l'hypertrophie du foie et le gonflement de la rate.

M. Duperthuis rappelle que lorsque ce malade avait présenté quelques signes d'aliénation mentale il avait exploré la région du cœur, et qu'à cette époque il n'avait observé rien, absolument rien d'anormal.

M. Fouquier conseille de recourir de temps en temps à de petites saignées, en ayant soin de nourrir le malade. Il est d'avis aussi qu'on réprouve l'usage des pilules de stramonium et qu'on applique des révulsifs sur les membres inférieurs.

— *M. Pédelaborde* lit un rapport fort étendu sur un mémoire envoyé à la Société par M. le docteur Debeney. Ce mémoire est intitulé : Considérations nouvelles sur la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie, et observations sur l'application de cette méthode à la cure du catarrhe vésical chronique. L'auteur introduit dans la vessie une solution de quatre grammes de nitrate d'argent sur trente d'eau distillée, et il prétend par ce moyen non-seulement modifier heureusement la muqueuse urétrale enflammée, mais encore rendre l'urètre rétréci plus dilaté et plus accessible aux bougies, par le dégorgement sous-muqueux qui se fait sous l'injection caustique.

M. Guillon. M. Debeney n'a point tenu assez compte des effets produits par la dilatation de l'urètre. J'ai vu dans ma pratique un grand nombre de ces catarrhes vésicaux ; les urines déposaient comme du blanc d'œuf ; j'ai rendu libre la voie à l'urine, et ce liquide est aussitôt redevenu clair et limpide.

M. Pédelaborde. Ainsi que vous avez pu le voir dans mon rapport, l'usage des bougies amène des douleurs lancinantes qui ne cessent que lorsqu'elles sont ôtées, tandis que la solution d'azotate d'argent, lorsqu'elle est poussée jusque dans la vessie, n'excite que peu de douleurs, et le canal se trouve élargi de lui seul.

M. Guillon. J'ai vu beaucoup de catarrhes de la vessie pour lesquels je me proposais de recourir aux injections, mais quand ils coïncidaient avec un rétrécissement de l'urètre, j'opérais la dilatation du canal et le catarrhe vésical avait disparu par le seul fait de la dilatation urétrale.

Sur la proposition de M. Pédelaborde, des remercîments sont adressés à M. Debeney.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

Hydarthrose scapulo-humérale guérie par l'injection iodée. Note et observation pour servir à la pathologie et à la thérapeutique de cette affection.

M. le docteur Jules Roux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, lit sous ce titre un mémoire à l'Académie de médecine, séance du 30 septembre.

Dans ce travail, l'auteur démontre par des faits tirés de sa pratique, et par le très petit nombre de ceux qu'il a trouvés dans les auteurs, que dans l'histoire de l'hydarthrose on n'a presque tenu compte que des caractères fournis par les hydropisies des articulations ginglymoïdales et condyliennes, sans trop s'arrêter à ceux qui sont propres aux épanchements séreux des articulations orbiculaires ou énarthrodiales. Les caractères spéciaux propres à ces hydarthroses sont : l'allongement, souvent considérable, des expansions extra-articulaires que la synoviale de ces articulations envoie aux tendons de certains muscles pour en favoriser le glissement ; la distension des muscles plats qui les entourent, leur flaccidité quand le liquide anormal a été évacué ; l'influence de ces deux états sur la position que prennent les membres et sur la difficulté ou l'impossibilité des mouvements. M. Jules Roux fait sentir l'analogie qui existe entre l'hydropisie articulaire et l'hydropisie ascite, sous le rapport de l'altération des muscles.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur passe en revue les moyens que l'art possédait avant 1838 pour obtenir la guérison des hydarthroses. Il examine ensuite ceux qui ont été proposés depuis : l'emploi de l'émétique d'après la méthode de M. le docteur Gimelle ; la ponction sous-cutanée, avec évacuation de liquide et scarification des surfaces séreuses, comme l'a proposée M. J. Guérin ; la ponction sous-cutanée aidée de la compresion, comme l'a pratiquée une fois M. le docteur Goyrand, d'Aix ; le séton, renouvelé dans ces derniers temps par M. Mueller; enfin, les injections faites par MM. Jobert, en 1830, Velpeau, Bonnet, en 1841 et 1842, fixent tour à tour son attention.

Ayant eu à opérer un malade atteint d'hydarthrose scapulo-humérale datant de huit mois, M. Jules Roux a donné d'abord la préférence au procédé de M. Goyrand ; mais le résultat n'en ayant pas été heureux, il a renouvelé l'opération en injectant dans l'articulation malade de la teinture d'iode étendue d'eau, en se conformant aux indications données par M. Velpeau dans son travail *sur les cavités closes.* Le malade a d'abord souffert pendant trente-six heures ; mais le calme s'est ensuite rétabli. Cependant, quelques jours après, se déclare de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, et trois points s'enflamment autour de l'articulation, dans la fosse sous-épineuse, le creux de l'aisselle, en dedans du tendon du deltoïde ; trois abcès s'y forment, et sont ouverts par trois incisions qui donnent de la sérosité mêlée de pus et de grumeaux albumineux. Le siége des trois abcès, qui est loin de l'articulation, et la composition des matières qu'ils contiennent, font penser à l'opérateur que les trois expansions extra-articulaires que la séreuse envoie aux tendons des muscles sous-scapulaires, sous-épineux et à la longue portion du biceps sont seules affectées d'inflammation suppurative, d'autant mieux que la cavité articulaire elle-même ne semble être le théâtre d'aucun état phlegmasique. Après la cicatrisation des trois plaies, l'inflammation se développe de nouveau dans les trois points indiqués, et nécessite encore trois incisions qui donnent issue à un liquide séro-purulent contenant des flocons albumineux, et à des plaies qui restent longtemps fistuleuses. Enfin, le malade guérit après l'application de sangsues et d'un vésicatoire sur

le moignon de l'épaule, en conservant la presque totalité des mouvements du bras.

Cette observation d'hydarthrose scapulo-humérale nous parait intéressante comme à l'auteur lui-même, parce qu'elle est d'un intérêt réel dans la thérapeutique des hydropisies articulaires par l'injection iodée, et parce qu'elle sert à prouver, comme l'a avancé M. Malgaigne, que ces injections peuvent amener l'inflammation suppurative, surtout quand on laisse dans l'articulation du liquide iodé.

Correspondance.

Paris, 24 septembre 1845.

Monsieur le Rédacteur,

Médecin de la Société de charité maternelle de Rennes, je vaccine tous les ans environ deux cents enfants appartenant à la classe indigente, et dont je dois suivre le vaccin afin de leur délivrer un certificat de vaccine. Or à Rennes, comme partout probablement, la plupart des pauvres redoutent le vaccin, lui attribuant une foule de mauvaises qualités, et ne font vacciner leur enfant que quand ils ne peuvent faire autrement. Ce préjugé m'a mis à même d'observer divers faits qui donnent une solution entièrement semblable à celle de M. Clérault pour sa cinquième question. Les faits que je vais citer ont été observés pendant l'épidémie de 1840 et 1841.

I. *Foyer de contagion. — Vaccine préservative.*

1° Un homme d'une quarantaine d'années meurt de la variole au deuxième étage d'une maison située rue Haute; le rez-de-chaussée était habité par un débitant ayant trois enfants. Ces trois enfants sont atteints de variole confluente, et deux y succombent; le premier étage était occupé par une famille ayant deux enfants. L'un d'eux est atteint de variole d'une intensité moyenne; je vaccine l'autre, et il échappe à la maladie.

2° Même rue. — L'aîné de cinq enfants, habitant ensemble chez leur père, meurt de variole. Le jour de son enterrement je vaccine son père et ses quatre frères; aucun d'eux n'a la variole.

Si j'avais tenu note de tous les faits semblables, je serais en état d'en citer un très grand nombre, des cas pareils se montrant toutes les fois que la variole se déclare; mais j'y suis tellement habitué que je n'en tiens compte.

II. *Infection variolique. — Vaccin et variole simultanés.*

Je ne possède que trois cas de cette catégorie; mais tous les trois portent à croire que le vaccin diminue la gravité de la variole.

1° Rue Neuve-des-Lices, enfants varioleux, au rez-de-chaussée. — Le samedi je vaccine une enfant habitant le premier étage; le mercredi la variole et la vaccine se montraient ensemble. Le vaccin ne me parut pas modifié dans sa marche; mais la variole fut très bénigne. Le petit malade ne garda pas même le lit.

2° Rue du Pont-de-Toussaint. — Deux enfants. — L'aîné est pris de variole; je vaccine son frère, et quatre jours après cette opération, la variole avait percé; l'éruption fut discrète. Le vaccin parcourut ses périodes habituelles.

3° Rue Saint-Thomas. — Plusieurs varioleux dans la maison. — Enfant de trois mois vacciné. — Le samedi, développement de la variole. Le lundi, cette maladie fut bénigne. Le vaccin ne présenta point ou fort peu d'aréole inflammatoire.

Dans aucun cas, le virus-vaccin ne fut reporté par un autre individu; je ne puis par conséquent savoir comment il s'y serait comporté. Je pense cependant qu'il conserve ses propriétés, jugeant par analogie avec ce qui se passe chez les anciens variolés que l'on vaccine.

En effet, ayant vacciné quelques adultes qui avaient été variolés dans leur enfance, je n'ai pas toujours trouvé aux pustules vaccinales toute la régularité désirable; mais ce vaccin transmis à un jeune sujet y développe de belle et bonne vaccine. C'est un moyen dont on pourrait user pour conserver son vaccin, lorsque l'on manque de sujets.

Je termine, en déclarant que tous les faits soumis à mon observation pendant une pratique de plus de treize années, et recueillis sur environ 2,600 vaccinés, me prouvent qu'*il n'y a point d'inconvénients à vacciner dans le cas d'infraction variolique ou d'épidémie, les enfants jeunes ou maladifs;* que tout au contraire il y a avantage, puisque souvent on évite ainsi la contagion, et que dans les cas ou la variole se développe elle se montre bénigne.

Ainsi toutes les fois qu'une épidémie de variole se déclare, je redouble d'instances auprès des parents pour les faire consentir à laisser vacciner leurs enfants, et je pratique cette opération dès l'âge de huit jours, que le sujet soit fort ou faible.

Si vous croyez que cette lettre puisse être de quelque utilité, veuillez la publier dans votre excellent journal.

Agréez, etc. A. Godefroy, D.-M.-P.

NOUVELLES.

A la suite d'un concours fort incidenté, MM. les docteurs Barthès et Henri Gueneau de Mussy viennent d'être nommés médecins du Bureau central des hôpitaux.

— En Prusse, une ordonnance insérée dans le Bulletin des lois, vient de fixer le costume obligé des professeurs de l'Université.

Le doyen de la Faculté de médecine devra porter un manteau de velours noir avec des broderies en soie de couleur écarlate.

Les professeurs, un habit en drap noir à la Luther, orné sur le collet et sur les parements de broderies en soie aussi de couleur écarlate.

Les agrégés, un habit en drap noir à la Luther, mais sans aucune broderie.

— A l'avenir la profession de pédicure ne pourra être exercée à Berlin sans autorisation. Un rescrit ministériel spécial vient d'être publié sur cette matière.

— Par décision du conseil provincial du Braban, un service de quarante-huit lits, destinés à l'étude et au traitement des maladies des yeux, vient d'être créé à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles. M. le docteur Florent-Cunier, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, est nommé chirurgien de ce service clinique.

Errata. Quelques erreurs de copiste se sont glissées dans le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* du 2 octobre, Notice sur l'appareil du docteur Jarvis, et en rendent le sens obscur.

1re colonne, 10e ligne : qui n'offre rien de conforme; *lisez :* qui n'offre rien que de conforme.

— 28e ligne : et est; *lisez :* et n'est qu'une.

2e colonne, 35e ligne : on n'aura plus besoin de deux aides; *lisez :* on n'aura plus besoin de six ou dix aides, deux suffisent, ou, si la nécessité l'exige, etc.

3e colonne, 21e ligne, *finir le paragraphe avec :* de l'action de l'appareil.

— 27e ligne : ce levier est disposé de manière à pouvoir être appliqué à la botte en cuivre ou enlevé dans les cas nécessaires; *rayez les mots :* sans monter ou démonter.

4e colonne, 14e ligne : veut-on panser une fracture avec le plan double incliné qui accompagne l'appareil *avec* une modification *qui* permet de le raccourcir ou de l'allonger à volonté. *L'emploi de cet instrument* donne la facilité, etc.

4e colonne, 23e ligne; *faire suivre le mot* changer, *par les mots :* de sa place.

— M. Charrière ayant reçu du docteur Jarvis tous les renseignements et modèles nécessaires pour la confection de cet appareil, ceux qui désireraient l'examiner peuvent s'adresser à lui.

La DIXIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les Maladies du col de la vessie, de la prostate et de l'urètre. Les articles si importants : Hypertrophie de la prostate et Rétrécissements de l'urètre, y sont traités avec les développements les plus complets et élucidés par des planches.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 117. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 6 OCTOBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Huitième liste.

M. Daniet, pharmacien, à Nantes.
M. Lesant fils, pharmacien, à Nantes.
M. Boissier, pharmacien, à Nantes.
(Tous les trois, délégués de la Société de pharmacie de l'Ouest.)
M. le docteur Ratier, médecin du collége municipal Rollin, à Paris.
M. le docteur Chamberet, ancien médecin en chef du Val-de-Grâce.
M. le docteur Faivre, médecin des épidémies, à Montfermeil.
M. le docteur Hacine, à Tours.
M. le docteur Brame, à Tours.
(Tous les deux, délégués de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.)
M. le docteur Anglada, à Tours.
M. le docteur Lubanski, à Pont-à-Mousson.
M. le docteur Hanin, médecin de l'hôpital de Gondrecourt (Meuse).
La Société de médecine vétérinaire des Bouches-du-Rhône.
M. le docteur Hunot, à Paris.
M. le docteur de Fontenay, à Paris.
M. Hébert, pharmacien, à Paris.
M. Lecointe, pharmacien, à Creil (Oise).
M. le docteur Kuhn, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Niederbronn (Bas-Rhin).
M. le docteur Tassy, à Paris.
M. le docteur Fauconneau-Dufresne, à Paris.
M. Garnier, pharmacien, secrétaire de la Société de prévoyance, à Paris.
M. Reymon, pharmacien, à Paris.
M. Vuaflart, pharmacien, à Paris.
M. Flon, pharmacien, à Paris.
M. Hottot, pharmacien, président de la Société de prévoyance.
M. Alph. Martin, pharmacien, à Paris.
M. Alph. Garnier, pharmacien, à Paris.
M. Duhuisson, pharmacien, à Paris.
(Tous les quatre, délégués de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine.)
M. le docteur Sandras, président de la Société de médecine du département de la Seine.
M. le docteur Massoulart, à Saint-Léonard (Haute-Vienne).
M. le docteur Lafont-Gonzi, professeur à l'Ecole préparatoire de Toulouse.
M. le docteur Beaurepaire, médecin de l'hospice de Burtal (Maine-et-Loir).
M. le docteur Carlier, à Marle (Aisne).
M. le docteur G. Séguin, à Paris.
M. le docteur Filhos, à Paris.
M. le docteur Lucien Boyer, à Paris.
M. le docteur Debout, à Paris.
M. le docteur Chambret, à Paris.
M. le docteur Chereau, à Paris.
M. le docteur Dufresne, à Paris.
M. le docteur Tanchou, à Paris.
M. le docteur Mignot, à Paris.
M. le docteur Gillette, président de la Société de médecine d'Emulation, à Paris.
M. le docteur Toirac, à Paris.
M. le docteur Beaud, à Meudon (Seine).
M. Plancher, pharmacien, à Paris.
M. Jacquinet, pharmacien, à Paris.
M. Prodhomme, pharmacien, à Paris.
M. Gervais, pharmacien, à La Chapelle Saint-Denis.
M. Moreau, pharmacien, à La Chapelle-Saint-Denis.
M. Blancard, pharmacien, à Paris.
M. Chagnet, pharmacien, à Paris.
M. Page, pharmacien, à Paris.
M. Cure, pharmacien, à Paris.
M. Tresseilles, pharmacien, à Paris.
M. Desvareilles, pharmacien, à Paris.
M. Mialhe, pharmacien, agrégé à la Faculté de Paris.
M. Desmarest, pharmacien, à Paris.
M. Cap, pharmacien, à Paris.
M. Véron, pharmacien, à Paris.
M. Mathey, pharmacien, à Paris.
M. Gessard, pharmacien, à Saint-Denis.
M. Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris.
M. Egault, médecin des hôpitaux, à Saint-Malo.
M. le docteur Lebreton, à Paris.
M. le docteur Simonin, directeur de l'Ecole-de-Médecine de Nancy.
M. le docteur Cadet, maire, à Villedieu (Manche).
M. le docteur Besnou, à Villedieu.
M. Besnou, pharmacien-adjoint, à Villedieu.
M. Bocher, pharmacien-adjoint, à Villedieu.
M. Hardy, pharmacien, à Villedieu.
M. Fantrard, pharmacien, à Villedieu.
M. la docteur Le Bocey, maire, à Ducey (Manche).
M. Cotrel, officier de santé, à Prescy (Manche).
M. Lesénéchal, pharmacien, à Ducey.
M. Hamel, pharmacien, à Ducey.
M. Gehenne, pharmacien, à Ducey.
M. le docteur Hardy, médecin de l'hôpital, à Pontorson (Manche).
M. Lebouteiller-Desforges, pharmacien, à Avranches.
M. le docteur Binet, à Pontorson (Manche).
M. le docteur Dumont, à Pontorson.
M. le docteur Besnou, à Pontorson.
M. le docteur Debesne, à Saint-Nicolas-sur-Brécy (Manche).
M. Laperelle, officier de santé, à Saint-Jean-du-Férail (Manche).
M. Lavenu, pharmacien, à Fécamp.
N. Lenellier, médecin-vétérinaire, à Yvetot.
(Tous les deux, délégués avec M. le docteur Lechaptois, à Robbec, déjà nommé de la Société médicale de Robbec.)
M. le docteur Troussel, à Paris.
La Société académique de médecine de Marseille.
(Délégué, M. le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, déjà nommé.)
M. le docteur Barchet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Blois.
M. le docteur Merrier, médecin de l'Asile des aliénés, à Blois.
M. Caille, pharmacien, à Blois.
(Ces trois derniers délégués de la Société médicale de Blois.)
M. le docteur Aubert-Roche, à Paris.
M. le docteur Moncourrier, à Paris.
M. le doteur Dusseuil, à Paris.
M. le docteur Dubouchet, à Paris.
M. le docteur Champanhet, à Villeneuve-de-Berg (Ardèche).
M. le docteur Martinenq, chirurgien de la marine de 1re classe, à La Seyne, près Toulon (Var).
M. le docteur Bachelier, à Etain (Meuse)
M. le docteur Vigier, à Pontoise.
M. le docteur Bastide, à Marines, près Pontoise.
M. le docteur Tavernier, à Passy.
M. l6 docteur Lalos, à Espalion.
M. le docteur Laloubie, à Lalinde (Dordogne).
M. le docteur Michon, agrégé libre, chirurgien des hôpitaux.
M. le docteur Lenoir, agrégé libre, chirurgien des hôpitaux.
(Délégué avec M. Guersant, déjà nommé, de la Société de chirurgie.)
M. le docteur Martin, à Lodève (Hérault).
M. le docteur Brémont père à Pont-Saint-Esprit (Gard).
M. le docteur Brémont fils, à Pont-Saint-Esprit (Gard).
M. le docteur Cabaret, à Saint-Malo.
M. le docteur Vanier (du Havre), rédacteur de la Clinique des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Rousset (de Vallière), à Paris.
M. le docteur Duchesne, à Paris.
M. le docteur Margueron, membre de la Société de médecine, à Tarn.
M. le docteur Thore père, à Sceaux (Seine).
M. le docteur Thore fils, à Sceaux (Seine).
M. le docteur Lanonique, chirurgien aide-major, à Delhys (Afrique).
M. le docteur Herpin, sous-aide, à Delhys (Afrique).
M. le docteur Charbonnel, à Lusigny.
M. Tayon, vétérinaire, à Verrières.
M. le docteur Mourre (Amédée), médecin du bureau de charité, à Bordeaux.
M. Mourre (Hippol.), pharmacien, à Bordeaux.
M. le docteur Bergeron père, à Paris.
M. le docteur Bergeron fils, à Paris.
M. le docteur Rigal, chirurgien en chef de l'hospice de Gaillac, membre correspondant de l'Académie de médecine.
(Délégué des médecins de l'arrondissement de Gaillac.
M. le docteur Maigural, au Verdier (Tarn).
M. le docteur Cassan (Louis), à Montmiral (Tarn).
M. le docteur Portal, à Montmiral (Tarn).
M. le docteur Laville, médecin des prisons, à Gaillac (Tarn).
M. le docteur Thomas, médecin en chef de l'hospice civil de Saint-André, à Gaillac.
M. le docteur Castes, à Labastide-de-Léris (Tarn).
M. le docteur Cassan (Alain) à Brens (Tarn).
M. le docteur Compagré-Laguirandelle, à l'île d'Alby (Tarn).
M. le docteur Crouzet, à l'île d'Alby (Tarn).
M. le docteur Turl, à l'île d'Alby (Tarn).
M. le docteur Beringuier (Adrien), à Rabastens (Tarn).
M. le docteur Bonhomme, à Rabastens (Tarn).
M. le docteur Bosquet, à Rabastens (Tarn).
M. le docteur Clauzade, chevalier de l'Etoile polaire, à Rabastens (Tarn).
M. le docteur Menat (Louis), à Salvagnac (Tarn).
M. le docteur Dussap, à Florentin (Tarn).
M. le docteur Caussé, à Las-Graysses (Tarn).
M, le docteur Mercadier, à Cordes (Tarn).
M. le docteur Céré, à Cordes (Tarn).
M. le docteur Malgouyré, aux Cabanes (Tarn).
M. le docteur Dupin-Dutemps, aux Cabanes (Tarn).

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

M. Velpeau, plagiaire et contrefacteur, d'après l'Académie de médecine belge.

Ce n'est pas un patriotisme étroit et mesquin qui inspire les lignes qu'on va lire ; je ne cède pas à un sentiment de nationalité injuste et jaloux ; je crois et je professe que les savants sont les concitoyens de l'Univers, que Galilée, que Newton, que Cuvier n'ont qu'une patrie, le globe, et que la science est comme le soleil qui échauffe et féconde le monde.

Mais je fais mes réserves, et je dis : Oui, il est noble, généreux, utile, le sentiment qui nous porte à faire montre de nos gloires nationales, à les présenter comme un exemple et un encouragement, à inspirer pour elles admiration et respect, à les défendre contre toute agression injuste, à les garantir d'une déconsidérotion imméritée.

C'est avec une telle disposition d'esprit que je vais m'occuper d'un sujet difficile et délicat, où l'amour-propre national de deux pays faits pour s'aimer, s'aider et s'estimer se trouve en cause, où une question d'histoire médicale contemporaine est en suspens, où l'honneur d'un de nos compatriotes éminents s'est trouvé engagé par une discussiou publique, où il est nécessaire enfin qu'un peu de justice et qu'un peu de vérité se fasse jour.

Il s'agit d'un compte-rendu de l'Académie de médecine de la Belgique, publié par la *Gazette médicale de Paris*, dans lequel M. le professeur Velpeau a été accusé d'une manière fort grave de plagiat, de vol scientifique.

C'est M. le docteur Seutin qui serait le volé, et son appareil inamovible la proie du voleur.

Voici en quels termes a été formulée l'accusation par un honorable mais très irrascible membre de cette compagnie.

« M. Velpeau n'a pas craint de s'emparer de toutes les idées de M. Seutin.

» M. Velpeau reçut et accepta le mandat de juge appréciataur de notre compatriote. Il fut donc officiellement mis en possession des travaux originaux qui renferment les idées et les recherches de M. Seutin..... Il dévora tous les documents qu'on lui avait livrés, et se les appropria sans aucun scrupule.

» Le 25 septembre suivant, il les présenta pour son propre compte à l'Académie des sciences.

» Ainsi, M. Velpeau connaît la méthode de M. Seutin en février, il est nommé commissaire de l'Académie en août, et en septembre il ne craint pas de se présenter à l'Académie des sciences chargé du butin qu'il a ravi à celui qu'il devait juger impartialement..... »

En lisant cette formidable accusation, je me suis dit tout de suite : C'est trop fort pour être vrai ; et connaissant M. Velpeau, comme j'ai l'honneur de le connaître, j'étais sûr d'avance que les informations que je prendrais détruiraient de fond en comble ce virulent réquisitoire.

Voici, en effet, ce que je puis dire sur cette affaire, et ce que j'atteste comme l'expression sincère de la vérité :

Il n'est point vrai que les pièces présentées à l'Académie de médecine de Paris par M. Seutin, aient été remises à M. Velpeau ; M. Velpeau ne les a jamais eues en sa possession ; M. Velpeau ne les a jamais vues. En effet — et pour qui connaît les usages académiques, cette raison sera péremptoire — c'est M. Blandin qui fut nommé rapporteur des travaux de M. Seutin, c'est M. Blandin qui fit et qui soutint le rapport, c'est à M. Blandin seul que les pièces de M. Seutin furent confiées.

Mais, d'ailleurs, ces pièces remises par M. Seutin en août 1837, à l'Académie de médecine, constituaient-elles donc la première publicité donnée à la méthode de M. Seutin ? Si M. Velpeau avait voulu s'approprier cette méthode, n'aurait-il pas pu le faire et plus tôt et en temps plus opportun ? La communication de M. Seutin à l'Académie de médecine était-elle une bombe qui tombait, inattendue, sur le public médical ? Pas le moins du monde ; les journaux de la Belgique et de la France avaient depuis longtemps édifié le monde médical sur les idées, les opinions, la pratique de M. Sentin, et certes il faut avouer que M. Velpeau eût été un voleur bien maladroit d'attendre, pour dépouiller le chirurgien de Bruxelles, qu'il vînt tout exprès investir l'Académie de l'examen de ses travaux, en leur donnant ainsi plus d'éclat et de retentissement.

Il y a mieux : Ce mémoire, lu à l'Académie des sciences par M. Velpeau, et dont on argue pour prouver la spoliation, porte la prenve la plus évidente des sentiments de justice que le professeur français témoignait envers M. Seutin. Que diriez-vous d'un plagiaire qui s'exprimerait ainsi :

« Tel est le problème chirurgical que je viens soumettre au jugement de l'Académie, comme MM. Larrey, Ang. Bérard et *Seutin* l'ont déjà donné au monde médical..... »

Plus loin :

« *Un chirurgien distingué* de Bruxelles, M. *Seutin*, a *imaginé* de remplacer le liquide solidifiant de M. Larrey par l'amidon... Un des anciens élèves du chirurgien belge, M. de Roubaix, se chargea d'appliquer lui-même le bandage de son maître sous mes yeux. »

Plus loin :

« Ce que j'avance ici n'est pas de la théorie; M. Bérard l'a constaté à l'hôpital Saint-Antoine, et M. *Seutin* l'a démontré *cent fois* à Bruxelles. »

Plus loin encore, M. Velpeau ajoute :

« Au total donc, le mérite que je m'attribue dans cette question est de rendre évident pour tout le monde en France, *comme M. Seutin l'a fait en Belgique*, les avantages d'un traitement encore trop peu connu, » etc...

Voudrait-on d'autres prenves de la spoliation faite à M. Seutin par M. Velpeau ? Qu'on lise les *Leçons de clinique chirurgicale* de M. Velpeau publiées par M. Jeanselme (pages 467, 475), et l'on verra s'il est possible de trouver un plagiaire plus naïf et plus débonnaire.

Mais après tout, voyons un peu ce que M. Velpeau pouvait voler à M. Seutin.

Est-ce l'idée d'un appareil inamovible dans le traitement des fractures ?

Fodéré assure — j'avoue que je n'ai pas pris le soin de vérifier le fait — qu'il existait, du temps d'Hippocrate, une classe de rebouteurs qui guérissaient les fractures à l'aide d'un appareil permanent. Les chirurgiens qui ont fréquenté l'Egypte sont nnanimes pour soutenir qu'autrefois il était d'babitude, dans ce pays, d'entourer le membre fracturé d'une sorte de moule qui n'était retiré qu'après consolidation parfaite. La tradition de cette thérapeutique ne serait pas tout à fait perdue, car M. Renoult, qui avait fait la campagne d'Egypte avec Napoléon, affirme avoir vu nn soldat à cheval, quoi qu'il eût la jambe cassée; son membre était enveloppé d'un bandage semblable à ceux des momies, assez dur, quoique fort léger.

Laissons l'antiquité, dont les preuves, en pareille matière, sont toujours plus ou moins complaisantes, et par conséquent plus ou moins contestables.

Un auteur peu connu, et qu'un bénédictin seul comme M. Velpeau pouvait dénicher, un certain Chaumette ou Chalmette, écrivait, en 1572, dans son Enchiridion, le passage que voici : « Nous accomplirons la seconde intention (l'immobilité et la position des fragments) si nous retenons les os conjoints et réunis, en oignant tout le membre avec l'huile rosat chaude, ou de murte, ou de mastic, et en y semant de la poudre de Martich, puis *boli armeni, terræ sigillatæ, farinæ ratatis siliques partes æquales*, qu'on les détrêpe avec des *blancs d'œufs*, et puis qu'on les mette sur des *estoupes* déliées et bien peignées, et qui, ayant été mouillées auparavant d'eau et de vinaigre mêlés, et qu'on mette aussi par-dessus un linge mouillé en eau et vinaigre mêlés. Enfin, qu'on environne trois ou quatre fois la fracture avec le milieu d'une bande molle et ferme mouillée en eau et vinaigre. » (Page 478.)

En 1696, Belloste écrivait son *Chirurgien d'hôpital*, où l'on trouve:

M. le docteur Houssard, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Avranches (Manche).
M. le docteur Voisin, médecin de l'hôpital, à Avranches (Manche).
M. le docteur Bouvet, chirurgien de l'hôpital, à Avranches (Manche).
M. le docteur Bouteiller-Desforges, à Avranches (Manche).
M. le docteur Thébault, à Avranches (Manche).
M. le docteur Latouche, médecin des prisons, à Avranches.
M. le docteur Gilbert, à Avranches.
M. Gauthier, pharmacien, à Avranches.
M. Hardy-des-Allenrs, pharmacien, à Avranches.
M. Pinel, pharmacien, à Avranches.
M. Millet, pharmacien, à Avranches.
M. Porcé, pharmacien, à Avranches.
M. Guérin, pharmacien, à Avranches.
M. Besnou, pharmacien, à Avranches.
Société de prévoyance des médecins et pharmaciens de Lodève (Hérault).
Société médicale de l'Yonne.
M. le docteur Lefèvre Dubua, chirurgien en retraite de 1re classe de la marine, membre de la Légion-d'Honneur, à Lorient.
M. le docteur Bonnafont, à Paris.
M. le docteur L. Desmoulin, médecin en chef de l'hospice et des épidémies, à Montargis.
M. le docteur Menière, médecin des Sourds-Muets, agrégé de la Faculté de Paris, président de la Société médicale du 12e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Lechelle, à Valence (Drôme).
M. le docteur Accarie, à Valence.
M. le docteur Fourrier, à Valence.
M. le docteur Dupré, à Valence.
M. Guichard, pharmacien, à Valence.
M. Accarie, pharmacien, à Valence.
M. le docteur Willaume (Ambr.), officier de la Légion-d'Honneur.
M. le docteur Bégin (Emile), ex-secrétaire-général de la Société des sciences médicale de la Moselle.
(Ces deux derniers délégués de la Société des sciences médicale de ln Moselle.)
M. le docteur Millet (François), à Beaucaire (Gard).
M. le docteur Breton, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble.
M. le docteur Mirault, professeur de clinique externe, à Angers.
M. Godfroi, pharmacien honoraire, professeur de chimie et de pharmacie, à Angers.
M. le docteur Bigot, professeur de clinique interne, à Angers.
M. le docteur Brugière de Lamotte, à Montluçon (Allier).
M. le docteur Deverdun, à Villenauxe (Aube).
MM. les docteurs Godart, Levacher et Haguette (déjà nommés) ont été désignés comme délégués de la Société médicale du 4e arrondissement de Paris.
M. le docteur Fournier (Charles), à Paris.
M. le docteur Campaignac, à Paris.
M. le docteur Choisy, délégué de l'arrondissement de Gannat (Allier), à Chantelle.

Total de la septième liste,	180
Listes précédentes,	479
Total général, à ce jour,	659

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les névroses. Symptomatologie et caractères anatomiques de l'hystérie.

(Suite du n° du 23 septembre.)

C'est ici le lieu de dire quelques mots de la symptomatologie des névroses, en général. Les phénomènes principaux qu'elles déterminent consistent dans l'augmentation, la perversion, la diminution ou l'abolition des fonctions motrices et sensoriales. Les névroses du mouvement étaient beaucoup plus considérables et nombreuses autrefois que maintenant. Expliquons-nous. Les progrès immenses qu'a faits l'anatomie pathologique a permis de rattacher à des lésions locales un grand nombre de symptômes que l'on avait considérés jusqu'alors comme des phénomènes de névrose, et qui reconnaissaient pour cause soit l'encéphalite, soit la méningite, soit le ramollissement du cerveau, etc. Quelques auteurs ont cru qu'il n'y avait dans la névralgie autre chose que de la névrite, ou inflammation des nerfs. La névralgie rentre le plus souvent dans les névroses de la sensibilité : nous ne voulons pas dire pour cela que la névrite n'existe pas; mais dans la grande majorité des cas, là où il y a névralgie, il est impossible de rencontrer la moindre trace appréciable de lésions anatomiques.

Les névroses peuvent attaquer tous les organes des sens; ainsi il peut y avoir des névroses de la vue, qui consistent en des perversions, des diminutions, l'abolition complète de la fonction. Il y a des névroses de la voix et de la parole. Nous avons eu dans nos salles une femme hystérique qui, par suite de son affection nerveuse, était devenue complétement aphone. Nous avons essayé tous les moyens que la thérapeutique met à notre disposition, les saignées, les antispasmodiques, les vésicatoires, les révulsifs les plus puissants et les plus douloureux. Nous n'avons eu aucun succès, et ici, nous sommes à peu près certain, autant qu'on peut l'être, que la malade n'avait aucun intérêt à nous en imposer. A peu près à la même époque, un journal de médecine ayant indiqué un fait analogue au nôtre, et dans lequel le malade avait été guéri par l'électricité, nous la mîmes en usage, et, à notre grand étonnement, la voix revint peu à peu. Il y a donc un mutisme nerveux sans lésion organique.

Les névroses de l'intelligence méritent de nous occuper un instant. Dans d'autres circonstances nous vous avons dit que nous considérions toute modification de l'intelligence comme le résultat d'une modification dans l'instrument intellectuel, c'est-à-dire dans les centres nerveux. Toutes les fois, avons-nous dit, qu'il y a perversion de l'intelligence, comme nous n'admettons pas qu'un être immatériel puisse être perverti, il s'ensuit que nous devons chercher la cause de cette perversion dans l'instrument matériel. Nous devons cependant vous dire que l'existence des névroses de l'intelligence n'est pas incompatible avec les principes de l'organicisme. Pourquoi n'y aurait-il pas, en effet, des névroses du cerveau, comme il y en a des autres parties du système nerveux?

Les névroses peuvent attaquer les appareils de la vie organique, il y a des névroses de l'appareil digestif; nous ne voulons pas seulement parler de la gastralgie, qui est une des plus fréquentes et des mieux connues. On constate quelquefois des névroses de la respiration; il y a une dyspnée nerveuse, une anxiété, une difficulté de respirer que l'on peut rattacher à autre chose qu'à une lésion de l'innervation. Bien que nous ayons toujours professé que l'asthme des vieillards n'est pas une maladie nerveuse, nous n'avons jamais prétendu dire qu'il n'existât point de névroses de l'appareil de la respiration. Il peut y avoir, dans la jeunesse et dans l'âge adulte, de véritables dyspnées nerveuses. Cependant, nous ajouterons ici que, depuis trente ans que nous exerçons la médecine, nous n'avons jamais rencontré encore une seule fois la maladie que les auteurs ont décrite sous le nom d'angine de poitrine, et dont les ouvrages de pathologie et les recueils d'observations rapportent un si grand nombre. Avec les symptômes de l'angine de poitrine, nous avons toujours trouvé des battements de cœur très-violents et les autres signes caractéristiques d'une affection organique du centre circulatoire ou de poumon lui-même. Pour nous, jusqu'à présent, l'angine du poitrine n'est qu'un symptôme. Nous ne voulons pas affirmer que l'on n'ait jamais rencontré quelque chose de purement nerveux; mais dans les cas que nous avons observés, nous avons toujours pu attribuer les symptômes à une altération organique sensible et appréciable. Nous admettons les battements de cœur nerveux, ceux causés par les émotions morales : la joie, la tristesse, la frayeur, etc. D'autres tiennent évidemment à des conditions particulières du sang, à l'anémie, à la chlorose.

Il y a des névroses jusque dans l'appareil urinaire; l'urine présente des circonstances particulières, des conditions de coloration, de consistance, etc., symptomatiques d'un état nerveux de l'appareil sécréteur ou excréteur. Nous connaissons un malade qui, de temps en temps et tout à coup, est pris d'un flux muqueux très abondant par les fosses nasales; le nez lui coule abondamment, d'une manière continue; c'est une espèce de blanc d'œuf très liquide qui s'écoule incessamment, sans douleur, sans gonflement de la muqueuse, sans larmoiement, Le plus souvent, c'est après une impression morale vive, que survient ce phénomène. Eh bien! la même chose peut arriver pour la muqueuse vésicale que l'on observe pour la muqueuse nasale dans le cas actuel, et alors les urines présentent tout à fait l'aspect et la consistance de ces urines catarrhales si connues.

Les névroses des organes génitaux sont très communes. Il y a certainement, dans le priapisme, dans le satyriasis, dans la nymphomanie, quelque chose de nerveux et de tout à fait indépendant d'une lésion matérielle. Nous ne savons pas jusqu'où il faut placer ces maladies, quant au siége, dans les organes génitaux; nous serions, pour notre part, plus tenté de croire avec Gall que le siége de ces névroses est dans l'encéphale, puisque nous y plaçons également l'hystérie,

Nous venons de faire, en quelques lignes, l'énumération rapide des principales névroses. La marche de ces affections est habituellement intermittente, et cette circonstance aide beaucoup au diagnostic dans les cas qui pourraient être douteux. Lorsque la marche en est continue, elles sont plus difficiles à reconnaître, et souvent cette difficulté est telle, que la plus grande habitude est nécessaire pour établir le diagnostic d'une manière positive. La durée des névroses est ordinairement fort longue. Elles durent non pas seulement plusieurs semaines, mais plusieurs mois, plusieurs années. La terminaison a rarement lieu par la mort, et en ce sens le pronostic semble être moins grave que les symptômes ne pourraient le faire croire. Les névroses durent un certain temps, puis passent à l'état chronique; elles guérissent rarement. Lorsque l'on est assez heureux pour obtenir la guérison, on est tout étonné de la manière dont elle se fait; elle survient subitement, sans cause connue. Nous vous avons parlé des causes des névroses; nous allons y revenir, parce que ces considérations sont très importantes pour la détermination de la nature de la maladie.

Dans aucune autre espèce d'affection que dans les névroses, l'hérédité ne joue un plus grand rôle, envisagée comme cause. Il est très fréquent de voir survenir des affections nerveuses chez des sujets qni ont eu des parents affectés de maladie du même genre. Puis viennent les causes morales qui agissent sur le système nerveux d'une manière toute directe et pour ainsi dire toute matérielle. Le nombre est immense des névroses déterminées par les affections morales vives. Il n'est pas besoin d'insister sur la fréquence des névroses. Il n'est pas de médecins qui n'ait journellement quelques cas do névrose à traiter, et vous pouvez en juger par celles que vous observez dans les hôpitaux. La classe de maladies dont nous nous occupons est une de celles dans lesquelles les malades, une fois guéris, sont le plus exposés aux rechutes et aux récidives. Enfin les diverses sortes de névroses se compliquent souvent entre elles, et il n'est pas rare de voir des hystériques, par exemple, avoir des attaques d'épilepsie au bout d'un certain temps. Il y a plus. Quelquefois, une attaque commence par l'hystérie et se termine par l'épilepsie. Il y a réunion,

---

« Dans les fractures de jambe, on se sert de *fanons et d'attelles de carton terminées en semelle,* le tout arrosé avec un mélange de blanc d'œuf, » etc.

Il me semble que l'*invention* de certains fanons, de certaines attelles et d'une certaine semelle, faite à Bruxelles dans ces derniers temps, ressemble tant soit peu à l'invention de Belloste.

Ce qu'avaient écrit Chaumette et Belloste n'empêcha pas, plus tard, Moscati d'*inventer* à son tour un appareil bien connu sous le nom d'*étoupade de Moscati.*

Mais, il faut le dire, tout cela était tombé dans l'oubli le plus parfait, lorsque notre Larrey, qui, lui, a eu la probité et le courage de dire où il avait trouvé les éléments de sa pratique, remit en lumière, perfectionna, s'appropria le traitement inamovible. Que nos voisins veuillent bien lire le travail plein d'intérêt, et dicté par le plus pieux des sentiments, de M. H. Larrey, et ils verront quelle part revient à la chirurgie belge dans l'invention de l'appareil inamovible.

Ce n'est donc pas l'idée, le principe, l'application de cette méthode, que M. Velpeau a pu ravir à nos voisins.

Serait-ce la forme du bandage? Mais hélas! l'appareil de Scultet ne date pas d'hier, et celui de M. Seutin est-il autre chose? Il est vrai que M. Seutin emploie certains fanons, des attelles, une lanière, etc.; mais voilà précisément ce que M. Velpeau n'emploie pas, et dont il laisse l'invention à Belloste, à Assalini, à Larrey, qui en ont fait usage bien avant M. Seutin.

Est-ce la déambulation des malades? Pas davantage. Outre Amesbury, M. Léger, ne se souvient-on plus, en Belgique, des travaux sur ce sujet de M. Aug. Bérard? Faut-il rappeler à nos voisins qu'ils datent de 1833?

En fait donc, il était impossible à M. Seutin d'être volé sur ces trois choses; car la sagesse des nations a dit depuis longtemps qn'on ne peut voler que ceux qui possèdent.

Reste à M. Seutin une invention réelle, véritable, infiniment précieuse et que, pour mon compte, je préfère à tout ce qu'on a imaginé depuis, c'est-à-dire l'application de l'amidon à l'inamovibilité des bandages. Eh bien! Est-ce que M. Velpeau a cherché à s'approprier cette invention? Dans tous ses écrits, que je ne puis même énumérer ici, n'a-t-il pas constamment rendu pleine et entière justice à cet égard à M. Seutin?

Que lui reproche-t-on donc en Belgique? Je vais le dire en quelques mots. La grande colère de ces messieurs vient de ce que la popularité acquise à cette méthode en France n'est pas due à M. Seutin, mais bien à M. Velpeau. C'est lui qui par son enseignement, ses écrits, ses discussions académiques, a naturalisé en France les appareils inamovibles auxquels tous les efforts des chirurgiens belges n'avaient pu faire passer la frontière. C'est de cela que les Belges sont inquiets et jaloux, les ingrats; c'est parce que M. Velpeau a porté le nom de M. Scutin jusqu'aux confins du monde scientifique, qu'ils s'emportent et récriminent, les maladroits; c'est enfin parce qu'à l'amidon M. Velpeau a substitué la dextrine, ce qu'il était après tout bien libre de faire, que ces messieurs lui prodiguent l'injure et l'outrage.

Ces messieurs ont eu le courage de parler de *contrefaçon!*... Voilà un mot qui devrait brûler la langue d'un Belge. Plus généreux, je ne découvrirai pas cette plaie morale dont la Belgique est infectée; mais au moins, sur ce sujet, je la rappellerai à la pudeur.

Je me résume en disant que cette séance de l'Académie belge, si le compte-rendu qui en a été publié est exact, est un fait grave et qui engage l'honneur scientifique de cette Compagnie. Les accusations qui ont été produites contre un chirurgien français éminent par ses travaux et par son caractère, n'y ont pas trouvé de contradicteurs. Si cette Compagnie ne manifeste aucune désapprobation, c'est qu'elle partage les opinions émises, et alors nous devons, nous, par honneur national, nous défendre d'aussi injustes attaqnes, et c'est ce que le premier j'ai essayé de faire dans ma petite sphère d'action.

Jean Raimond.

Boîte aux Lettres.

— *A M. le Dr Hardy, à Dieppe.* — Votre projet philantropique a été remis à la Commission du Congrès.

— *A M. XX, officier de santé militaire.* — Des démarches sont faites par la Commission auprès de M. le ministre de la guerre, dans le but que vous indiquez. Dans tous les cas, vos idées auront des défenseurs.

— *A un abonné de la Gazette des Hôpitaux.* — Ce que vous demandez, relativement au secret, a été longuement développé dans ce journal.

— *A M. le Dr Bazin, à La Tremblade.* — Vos réflexions seront appréciées; donnez-leur un pen plus de développement, et venez les soutenir. Merci de votre bienveillance.

— *A M. le Dr Vannaque, à Compiègne.* — Non, l'article que vous indiquez n'a pas été oublié. C'est le dernier du programme.

Monsieur,

Vous avez inséré dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* une lettre de M. le docteur Thierry, dans laquelle il appelle l'attention du Congrès médical sur la nécessité de donner aux restes de Bichat une sépulture vraiment digne de la mémoire de ce grand homme. M. le docteur Thierry, après avoir constaté que le projet qui paraît avoir prévalu consisterait à placer le monument au milieu de l'amphithéâtre des hôpitaux, engage vivement la Commission permanente du Congrès à s'occuper spécialement de ces deux points : obtenir de l'administration une place convenable; prier M. Roux de vouloir bien se dessaisir de la tête de son illustre ami.

Je suis heureux de pouvoir donner au public médical quelques renseignements qui répondront à l'une des questions soulevées par M. Thierry. Avant même qu'il s'agît de transférer la sépulture de Bichat au Père-Lachaise, M. Serres avait proposé de choisir, pour y élever un monument, un petit tertre qui se trouve placé dans un ancien cimetière dépendant de l'amphithéâtre. Ce terrain, parfaitement isolé, domine l'école d'anatomie; une grille, à hauteur d'appui, rendrait cet isolement encore plus complet, sans que le monument cessât d'être exposé à tous les regards. Cette place a paru extrêmement convenable à M. Devilliers, rapporteur de la commission de l'Académie. Dans une visite que M. David (d'Angers) fit à l'amphithéâtre avec M. Victor Hugo, notre célèbre artiste exprima la pensée qu'un monument s'y trouverait dans toutes les conditions désirables. J'espère qu'à ces honorables suffrages se joindront ceux du Congrès médical; mais, dans tous les cas, ce qu'il y a de plus urgent et de plus important, c'est d'organiser une souscription dans le but de faire face aux frais qu'occasionneront la translation des restes de Bichat et l'érection du monument. Il sera honorable pour le Congrès de prendre l'initiative en cette circonstance.

Agréez, etc.,

E. Cloquet,
Prosecteur de l'école d'anatomie des hôpitaux.

30 septembre 1845.

NOUVELLES.

Le docteur J.-B. Foucart, chirurgien-major en retraite des dragons de la garde impériale, membre des ordres impériaux de la Légion-d'Honneur et de la Réunion, médecin du Bureau de bienfaisance du XIe arrondissement, vient de mourir à l'âge de 77 ans.

— Le Congrès scientifique d'Italie s'est ouvert solennellement à Naples le 20 septembre, en présence du roi. Le nombre des savants réunis était de 1,500 environ.

— La fièvre typhoïde exerce maintenant ses ravages dans plusieurs communes voisines des Vosges, aux extrémités du département de la Meurthe. On cite en particulier les villages de Bertrambois et d'Ibigny. Cette cruelle maladie a pris dans ces contrées, où elle décime la population, un caractère vraiment endémique.

fusion des deux maladies ensemble, et l'on observe alors que la plus grave survient toujours la dernière. Il y a gradation dans l'ordre de succession des phénomènes.

Caractères anatomiques des névroses. — L'existence des névroses n'est nullement incompatible avec les idées de l'organicisme. On a dit cependant que les névroses donnaient un démenti complet à l'organicisme. Nous trouvons au contraire, dans les caractères de ces affections, une preuve en faveur des doctrines que nous soutenons et que nous avons établies. S'il y avait des altérations organiques et matérielles appréciables dans les névroses, c'est alors qu'il faudrait renoncer aux doctrines de la médecine organique, et la raison en est bien simple. Comment expliquer, en effet, l'intermittence avec une cause continue? Si la lésion matérielle existe toujours, comment peut-on admettre qu'il y ait suspension complète et momentanée des phénomènes caractéristiques de cette lésion? Dans les commencements de ce siècle, à une époque où l'on cherchait à tout rattacher à des causes anatomiques, on s'est efforcé de déterminer les altérations anatomiques des névroses, et on a cru les trouver pour quelques maladies. Esquirol crut avoir rencontré la cause de l'hypochondrie dans la position verticale du colon transverse. Il n'est pas besoin de dire que cette explication n'est point admissible. On a pu rencontrer une disposition anormale de ce genre chez quelques hypochondriaques, mais on l'a rencontrée également chez des sujets qui n'étaient nullement atteints d'hypochondrie; et combien d'hypochondriaques n'avons-nous pas observés dont le colon transverse occupait sa position normale! Chez quelques sujets, on a trouvé des tubercules dans le cerveau, des ramollissements du cerveau, principalement chez des épileptiques, et on a attribué à ces lésions la production de la maladie. Nous nous élevons hautement contre cette croyance qui ferait d'une lésion organique la cause d'une névrose; nous répétons que cela n'est pas possible. Si le cancer, le tubercule, l'ossification du cerveau produisaient les névroses, nous ne voyons pas pourquoi les névroses seraient intermittentes puisque la lésion est constante: il faut donc qu'il y ait autre chose; et cette autre chose, nous ne pouvons la rapporter qu'à un élément nerveux.

Lorsque dans une névrose on trouve une altération matérielle, ce n'est pas l'altération matérielle qui produit la névrose; tout au plus peut-on supposer que l'altération matérielle et appréciable a été, dans le cerveau, la cause déterminante de cette autre modification qui est la névrose, modification secondaire provoquée, mais non produite par l'altération organique. Le cancer, le tubercule, l'ossification sont la cause occasionnelle, et non pas la cause immédiate de la névrose. La preuve en est que chaque jour on rencontre un nombre infini de malades qui succombent à la présence dans le cerveau de cancers, de tubercules, d'acéphalocystes, etc., et qui n'ont présenté pendant la vie aucun phénomène de névrose. La réciproque est vraie. On voit mourir des individus qui ont eu des névroses, et qui ne présentent dans le cerveau aucune de ces altérations. Nous concluons donc en disant que, dans les névroses, il ne peut y avoir d'altération matérielle comme on l'entend: il y en a une certainement, mais qui n'est point appréciable à nos moyens d'investigation; et cette altération matérielle, inappréciable jusqu'à présent pour nous, ne se comporte pas à la manière des lésions que nous connaissons; elle disparaît momentanément pour se reproduire ensuite. Nous admettons qu'une altération fonctionnelle ne peut exister sans modification matérielle, quelle qu'elle soit, dans le cerveau; comme nous avons admis précédemment qu'un mouvement, par exemple, ne peut être exécuté sans qu'il y ait eu modification matérielle quelconque et passagère du cerveau. Nous disons passagère; car, si elle eût été permanente, le mouvement, au lieu d'être momentané, aurait été continu, et le membre agité n'aurait pu reprendre le repos. S'il y a modification du cerveau dans un mouvement normal, à plus forte raison doit-il y en avoir une lorsqu'il y a une altération fonctionnelle. Nous commencerons l'étude des névroses par l'histoire de l'hystérie.

De l'Hystérie.

Synonymie. — Le mot hystérie est formé d'un mot grec qui veut dire matrice; on voit, dès lors, que les auteurs qui se sont les premiers servis de cette expression, regardaient la matrice comme le siége de la maladie. Telle avait été aussi, du reste, l'opinion du plus grand nombre des auteurs anciens, qui la désignaient sous les noms de *asthma uteri*, *ascensus uteri*, *strangulatio vulvæ*, etc. C'est contre cette appellation que nous nous élevons.

Beaucoup de pathologistes, même modernes, ont regardé la matrice comme le point de départ, le siége de l'hystérie; ceci est pour nous complétement erroné sous beaucoup de rapports, et dangereux dans l'application. Nous conservons cependant le mot, malgré son inexactitude, parce que nous ne sommes pas très partisan des néologismes qui n'ont pas une utilité directe et manifeste, mais nous n'attachons au mot hystérie aucune valeur comme expression du siége et de la nature de la maladie.

Définition. — Et d'abord, qu'est-ce que l'hystérie? On va voir que la définition que nous avons donnée des névroses s'applique de tous points à cette maladie. C'est une maladie longue, de sa nature essentiellement apyrétique, essentiellement intermittente; voilà déjà trois caractères, mais qui ne suffisent pas pour la distinguer de l'épilepsie. On ajoute: Elle arrive sans perte de connaissance complète.

Quelques mots du siége et des altérations organiques de l'hystérie. D'après notre opinion, l'hystérie, comme la plupart des névroses, est due à une modification organique des centres nerveux, du cerveau, de la moelle, et peut-être aussi du système ganglionnaire, altération encore inconnue, insaisissable de sa nature, mais qui n'en existe pas moins; nous admettons que l'hystérie est une maladie essentiellement nerveuse. Nous répétons ici que les lésions que l'on a dû trouver dans l'hystérie ne sont pas la cause immédiate de l'hystérie; ce ne sont que des phénomènes concomitants, et ils ne produisent les accidents nerveux que d'une manière tout à fait secondaire, si tant est même qu'ils y soient pour quelque chose.

Ne croyez pas que l'hystérie ait toujours été placée dans le système nerveux. Nous avons à combattre des erreurs plus grossières que celles dont nous vous avons entretenus relativement au rapport qui peut exister entre certaines altérations matérielles et les lésions fonctionnelles caractéristiques des névroses. Il y a des médecins qui pensent que l'hystérie dépend d'une altération des viscères de la vie organique, et ils citent comme preuve les douleurs épigastriques, le sentiment de boule si caractéristique qui remonte de l'hypogastre au pharynx et suffoque la malade; de plus, les palpitations, les troubles fonctionnels très marqués d'un appareil ou de l'autre. Ils ont donc pensé que c'étaient les organes dans lesquels on constatait ces troubles fonctionnels qui étaient altérés; aussi ont-ils trouvé l'hystérie dans des maladies du cœur, de la rate, du foie, etc. Cette proposition ne peut soutenir l'examen. Beaucoup de ces lésions des viscères existent sans hystérie, et beaucoup d'hystéries sans elles. A. F.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Déchirure complète du périnée produite par d'anciennes ulcérations des parties génitales, et par des tentatives infructueuses de guérison à l'aide d'une opération autoplastique. —Périnéoraphie par la suture enchevillée. Suites heureuses jusqu'au huitième jour. Mort par suite d'érysipèle.

Un cas pratique d'une haute importance s'est présenté dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu; c'est une femme portant une déchirure complète du périnée, à propos de laquelle M. Roux, si compétent sur cette matière, a fait les remarques suivantes.

Il s'agit, dit-il, de rétablir sur cette femme l'espace dit périnéal, cette espèce de pont qui, à l'état normal, est jeté entre la vulve et l'anus. Ce pont, naturellement, est variable selon la constitution et l'organisation particulière des individus femmes; tantôt on le trouve très fort, formé par des tissus fort épais et solides; quelquefois, au contraire, il est mince, faible et très peu résistant. D'autres fois cet espace disparaît entièrement à la suite de causes multiples dont nous parlerons tout à l'heure, et alors il n'y a qu'une cavité unique entre le vagin et l'anus.

On pourrait penser que cette division anormale, cette absence du pont périnéal, soit quelquefois le résultat d'un vice de conformation, d'un arrêt de développement survenu dans les parties; mais je puis affirmer n'avoir jamais observé cela, et je crois que personne ne l'a remarqué non plus jusqu'ici. Non, jamais cette séparation du périnée, chez la femme, n'a été observé à l'état de nature, et constituant une difformité vraiment naturelle, comme on le remarque tous les jours pour le bec-de-lèvre, etc. Il faut donc admettre que ces parties sont constamment constituées comme elles doivent l'être, et que toutes les divisions partielles ou complètes qu'on y observe sont purement accidentelle.

La source de ces divisions périnéales peut être, comme nous le disions, multiple. Le plus souvent pourtant elles résultent du travail de l'accouchement, soit naturel, mais accompagné de beaucoup d'efforts, et lorsqu'on n'a pas la précaution de bien soutenir le périnée au moment où la tête de l'enfant s'engage dans les parties externes de la génération; soit artificiel, à l'aide de l'application du forceps, etc.

Ceci me conduit à vous dire que la nature ne semble pas avoir conformé les parties génitales de toutes les femmes de la même manière; il y a, au contraire, à cet égard, des variétés très grandes. Ainsi, on voit le vagin tantôt très long, tantôt très court, tantôt placé plus en avant, tantôt plus en arrière; de même l'ouverture vulvaire est très étroite, très résistante chez certaines femmes, très ample et très élastique chez d'autres. Il y a surtout une variété qui a une grande influence sur le travail de l'accouchement, c'est la position de la vulve trop en avant, et donnant lieu ainsi à un espace périnéal très étendu. Dans ce cas particulier, la tête de l'enfant se présente ordinairement mal, arcboute sur le périnée, et, sous les contractions énergiques de l'utérus, parvient très souvent à déchirer ce pont dont nous avons parlé, et à s'ouvrir un passage à travers cette ouverture artificielle, au lieu de sortir par la voie que lui avait assignée la nature. C'est là un fait d'observation que tous les accoucheurs un peu expérimentés doivent avoir observé.

Ensuite, indépendamment de cette mauvaise conformation, le périnée peut être peu résistant, constitué par des tissus minces et faciles à déchirer; et, d'un autre côté, la tête de l'enfant tellement volumineuse, forte, et poussée en bas avec tant d'énergie, que le périnée se déchire quoi qu'on fasse pour l'empêcher.

Si je pouvais traiter à fond ce sujet, j'entrerais volontiers dans les indications diverses que réclament les anomalies des parties génitales à cet égard; je dirais pourquoi la déchirure du périnée est tantôt complète, tantôt incomplète; comment, dans certains cas, la nature se suffit à elle-même pour réparer les désordres incomplets, et reconstituer l'intégrité des parties. Je vous dirais pourquoi, lorsque j'ai commencé à m'occuper de la périnéoraphie, j'étais d'avis qu'il ne fallait pas opérer les femmes tout de suite après l'accident arrivé, mais qu'il convenait d'attendre que les bords de la déchirure fussent séparément cicatrisés, tandis que l'opinion contraire était soutenue par d'autres praticiens, entre autres par M. Dubois; je vous dirais que plus tard j'ai modifié un peu mon opinion, et que, tout en admettant qu'il n'y avait aucun inconvénient à différer l'opération, j'admettais aussi que l'opération pratiquée presque immédiatement après l'accident pouvait parfaitement réussir, comme, du reste, elle avait réussi.

Les divisions périnéales pourront reconnaître d'autres causes que celles que nous venons de signaler. Ainsi, j'ai observé un cas de déchirure du périnée produite par un acte de vengeance d'un mari envers sa femme. Il s'agissait d'un homme jaloux de sa femme, qui, ne sachant comment se venger des prétendues infidélités de celle-ci, lui fendit à l'aide d'un couteau tout le périnée, en formant une seule ouverture de la vulve à l'anus. Elle peut être produite par une violence extérieure quelconque qui peut varier à l'infini.

Cette déchirure a été considérée comme résultat de gangrène qui avait envahi les parties voisines du périnée, et dont la cause, comme vous le pensez, peut être très diverse. Ainsi, la femme que je dois opérer porte cette infirmité par suite d'une fistule vésico-rectale traitée à Saint-Louis sans succès, je ne sais pas trop comment. Au reste, je me propose de demander à cet égard des renseignements à M. Jobert, dans le service duquel la femme a été traitée. Bref, il en est résulté une perte de substance dans l'espace périnéal, semblable à celle qu'on remarque à la suite d'un accouchement laborieux.

Quelle que soit la cause qui occasionne ces déchirures, ces pertes de substances périnéales, la nature peut arriver par ses forces seules à les réparer, en ce sens que les bords de la plaie se cicatrisent séparément et avec une certaine régularité, quoique la déchirure ait été faite d'une manière très irrégulière.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de deviner toutes les incommodités que cette infirmité doit entraîner, et qui rendent la vie de ces pauvres femmes si triste et malheureuse. Ce n'est pas qu'à la rigueur ces femmes ne puissent encore avoir des rapports sexuels, et concevoir même; car plus d'un fait de ce genre s'est présenté à l'observation des praticiens. J'ai connu, pour ma part, une dame anglaise qui, à la suite d'un accouchement laborieux, avait eu une déchirure du périnée, et qui, malgré cela, avait eu encore plusieurs enfants. Mais cela n'empêche nullement que ces malheureuses femmes doivent ressentir le plus grand dégoût de leur position, et l'inspirer souvent aux personnes qui les approchent. C'est donc un très grand service à leur rendre que de les débarrasser de cette dégoûtante infirmité, au prix même de vives souffrances.

Les déchirures du périnée, comme vous le comprenez, peuvent avoir lieu non-seulement chez les femmes engagées dans les liens du mariage, mais aussi chez les demoiselles. Faudrait-il donc vous dire que, dans quelques cas, la chirurgie peut être appelée à reconstituer un périnée déchiré chez une demoiselle qui, ayant eu un moment de faiblesse, a fait un enfant, et qui devrait pourtant entrer dans les liens du mariage? Dupuytren ne craignit pas de citer dans une leçon clinique, en plein amphithéâtre, un fait de cette nature; la personne dont il parlait était ensuite devenue épouse et mère, après avoir accouché, étant demoiselle, d'un enfant qui lui avait occasionné une déchirure du périnée. Tout en trouvant un peu hardie la conduite de ce professeur, qui osa exposer en public avec de grands détails un fait qu'il avait pu observer dans sa pratique particulière sous la recommandation du secret, et qui, publié ainsi et parvenu à la connaissance du mari de la dame, aurait pu amener des conséquences morales graves, je crois qu'il n'y a rien d'immoral ni d'inconvenant dans le ministère qu'exerce le chirurgien dans ces circonces, pourvu qu'il s'y conduise avec cette prudence et cette gravité qui ne doivent jamais, du reste, se séparer de l'exercice de notre art.

Arrivons maintenant aux principaux inconvénients qui résultent, pour la femme, de la déchirure du périnée.

1° Le vagin n'étant pas soutenu par le pont périnéal, ses parois ont une grande tendance à se séparer, et donnent lieu à un prolapsus du vagin et même souvent du rectum. Chez une des femmes que nous avons opérées, il y avait un prolapsus considérable du vagin et du rectum; elle a succombé aux suites de l'opération: c'est un des deux résultats funestes que nous eûmes sur les quinze opérations que nous avons pratiquées jusqu'ici.

2° Il se fait un écoulement involontaire des matières fécales, surtout quand elles sont peu consistantes; ce qui devient extrêmement incommode et dégoûtant, principalement pour les jeunes femmes. Dans ces cas, on est obligé, pour diminuer autant qu'il est possible ce grave inconvénient, de recourir à des moyens artificiels qui ne font pourtant que masquer un peu l'infirmité. Une de nos opérées ayant reconnu l'avantage de la constipation, se rendait constipée par l'usage de l'opium à une dose assez forte, et d'un régime sévère, ne mangeant que ce qui était absolument nécessaire pour se soutenir.

Sans aller plus loin, il suffit de cela pour vous faire comprendre l'importance de la périnéoraphie comme seul moyen vraiment efficace à faire cesser ces inconvénients si graves pour les malheureuses femmes. C'est pour cela que cette opération doit être regardée à juste titre comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Passons maintenant à l'opération en elle-même. Je ne crois pas me flatter moi-même en disant que j'ai pris, en France, l'initiative de cette belle opération, s'en prétendre pourtant en être le seul et véritable inventeur. Déjà Grimaud avait cité un cas de restauration du périnée obtenue par la suture entortillée; ensuite dans le siècle dernier plusieurs accoucheurs anglais et français, en particulier Lamothe, accoucheur français, qui sut se faire une belle renommée dans la petite ville où il exerçait, en parlèrent et citèrent quelques cas de succès plus ou moins incomplets obtenus toujours par ladite suture.

A une époque plus rapprochée de nous, des chirurgiens de Reims obtinrent des résultats analogues par le même moyen.

En Allemagne, Osiander, accoucheur très habile, et surtout

Dieffenbach s'en occupèrent d'une manière spéciale.

J'ignorais complétement les travaux et les succès des Allemands à cet égard, lorsque le hasard me conduisit à imaginer l'opération telle qu'on la pratique maintenant. Voici le cas particulier qui me fit naître cette heureuse idée : Une dame, femme d'un médecin, eut un accouchement très laborieux ; son mari l'assista et crut devoir recourir à l'application du forceps pour aider aux efforts impuissants de la nature, mais malgré toutes les précautions prises dans cette opération, il en résulta une déchirure du périnée. C'est la femme dont je vous parlais tout à l'heure, qui se procurait une constipation artificielle à l'aide de l'opium et d'un regime très sévère. Dès ce moment elle prit l'engagement de ne plus s'exposer à des rapports ultérieurs avec son mari, pour ne plus avoir d'enfants, et vécut dans cette triste position pendant quelque temps. Enfin le mari la décida à se soumettre aux moyens que l'art pourrait trouver pour la débarrasser de cette affreuse infirmité, et voulurent la confier à mes soins.

D'après la méthode déjà connue, je fis une première opération à l'aide de la suture entortillée : elle échoua complétement. La femme comme le mari tombèrent dans un nouveau désespoir, et moi-même je crus un instant qu'il n'y avait pas de ressource. Malgré cela, comme les parties sur lesquelles j'avais agi n'avaient pas souffert une perte bien notable de substance, je proposai une nouvelle opération, qui fut enfin acceptée. C'était l'époque où le choléra sévissait à Paris, on ne pouvait pas penser à l'opération pendant que dominait l'épidémie ; mais la femme, impatiente d'être débarrassée, s'il était possible, de son affreuse infirmité, ne voulut pas quitter Paris, et attendit la cessation de l'épidémie régnante. C'est alors que me surgit l'heureuse idée de changer le genre de suture employé jusque-là, et de substituer la suture enchevillée à l'entortillée, qui avait presque toujours échoué ; cette nouvelle suture me parut réunir toutes les conditions favorables pour une coaptation exacte et sûre des parties qu'on voulait réunir. L'opération fut exécutée telle que je l'avais conçue et avec un plein succès. J'ai observé chez cette dame une constipation de vingt et quelques jours, ce qui permit la cicatrisation complète des parties réunies avant que les efforts de la défécation eussent pu les compromettre. Depuis j'ai changé de système à cet égard, je n'ai pas cru nécessaire de provoquer une constipation si prolongée ; au contraire au bout de quelques jours après l'opération je faisais donner quelques lavements légèrement purgatifs pour faciliter les garderobes, et je n'ai jamais eu à me repentir de cette conduite, tandis que j'ai eu à regretter quelques inconvénients d'une pratique opposée. Ainsi, dans un cas, au bout du sixième jour je fis donner une légère dose d'huile de ricin à la femme, ce petit purgatif produisit une purgation très abondante; et l'opération, qui semblait assurée, échoua complétement au quatorzième jour, laissant les parties dans le même état qu'auparavant.

Mais quels sont, me demandera-t-on, les résultats de votre pratique à cet égard ? Les voici en deux mots : Nous avons pratiqué quinze opérations de périnéoraphie sur treize femmes, car deux d'entre elles la subirent deux fois ; nous eûmes treize succès et deux morts. L'une de celles-ci succomba à un épuisement lent et à une fièvre hectique ; l'autre fut un cas vraiment funeste : il s'agissait d'une déchirure incomplète du périnée ; l'opération fut très simple chez cette femme et pourtant elle mourut à sa suite.

Chez toutes les autres la consolidation des parties eut lieu d'une manière durable. Je ne connais pas les résultats des autres chirurgiens, je ne puis par conséquent en rien dire. Je vous donne ceux qui me sont propres. Il faut dire pourtant que chez quelques-unes des opérées il resta une petite perforation à la cloison recto-vaginale. Il y en eut plusieurs qui devinrent enceintes et accouchèrent heureusement. M. Moreau, qui est ici présent, a assisté à l'accouchement d'une de ces femmes. Chez l'une il résulta une fistule recto-vaginale assez incommode, pour laquelle elle revint à Paris d'Orléans, où elle habitait, et se remit dans nos mains. Bref, une femme qui a subi avec plein succès une opération de cette nature, redevint aussi habile qu'avant son infirmité aux rapports sexuels et à la conception, et il ne s'est pas encore présenté un seul cas de nouvelle déchirure périnéale à la suite d'accouchement chez une femme de cette nature; on dirait presque que la suture des parties déchirées, quand elle réussit, donne une solidité nouvelle à ces parties mêmes.

Après ces considérations, que M. Roux regrette de n'avoir pu prolonger davantage faute de temps, il procéda à l'opération comme il l'avait indiqué. Il commença par aviver les bords de la déchirure suffisamment sans produire une trop grande perte de substance. La division de la cloison recto-vaginale s'étendait assez loin, et on eut quelque difficulté pour parvenir à en aviver les bords. Dans le placement des fils, on eut soin de comprendre aussi la cloison indiquée, afin de pouvoir bien en rapprocher les bords. Enfin, on a placé sur les côtés de la plaie périnéale les cylindres de gomme élastique sur lesquels on a serré les fils.

L'avivement des parties, dit M. Roux, est dans ce cas une chose toujours assez délicate, car les tissus fuient devant l'instrument tranchant, et on a de la peine à les fixer. Il faut, en outre, aviver ni trop ni trop peu; pourtant, entre les deux excès, je pencherais du côté du premier, car il n'y a pas d'inconvénient, en réséquant trop de parties molles, à resserrer davantage l'ouverture vulvaire : d'ailleurs, ces parties se dilatent facilement par l'acte successif de la copulation, et surtout de l'accouchement, comme l'a démontré plus d'une fois l'expérience.

Ordinairement, je place trois fils, dont le moyen embrasse la cloison recto-vaginale, le postérieur le rectum, et l'antérieur entre dans la cavité du vagin. J'ai la précaution aussi de les placer à une distance assez grande des bords de la plaie périnéale. La raison de cette pratique est bien simple : il faut placer les fils de manière qu'ils embrassent une grande quantité de tissus, afin que leur action ulcérante ne nuise pas à la longue au succès final de l'opération.

Je n'ai pas fait, sur les côtés de la plaie, des incisions longitudinales, comme a l'habitude de le faire M. Dieffenbach ; je vous ai déjà dit pourquoi : je les crois inutiles.

Enfin le dernier temps de l'opération est le serrement des fils. Il faut une certaine force pour l'exécuter, et il est d'ailleurs nécessaire que les parties soient bien serrées pour que leur contact soit parfait et leur résultat plus assuré. De la manière dont cette espèce de suture agit, il résulte que les bords les plus extérieurs de la plaie se réunissent un peu en dehors. On remédie facilement à ce petit inconvénient en passant un fil simple en avant des bords mêmes, qui, par ce moyen, sont refoulés et en même temps aplatis.

Nous avons terminé le pansement par une sonde placée dans la vessie de la femme, car l'entrée du vagin, par suite de l'opération, se trouve considérablement rétrécie; et le cathétérisme deviendrait pénible, voire même dangereux, si on le pratiquait pour vider la vessie, il importe d'ailleurs que l'urine ne s'infiltre pas à travers la plaie du périnée. Nous avons recommandé à la malade de tenir bien les cuisses rapprochées.

Cinq jours après l'opération, la malade se trouvait parfaitement. Il était survenu un gonflement inflammatoire modéré dans les parties. La réunion semblait opérée, et M. Roux se proposait de procéder peut-être le lendemain à l'enlèvement des fils. Tout semble promettre un heureux résultat.

Le huitième jour de l'opération, le moment est arrivé, dit M. Roux, d'enlever les fils de la suture; il y aurait inconvénient pour nous à attendre plus longtemps. C'est là la pratique que nous avons suivie jusqu'ici, et nous nous en sommes bien trouvé. Chez quelques malades même, la suppuration, s'étant développée avec abondance dans les quatre ou cinq premiers jours, nous a forcé d'enlever les fils plutôt pour ne pas nuire au travail de cicatrisation. D'ailleurs, les morceaux de sonde mêmes, sur lesquels on sent les fils, si on les laissait trop longtemps finiraient par ulcérer la peau sur laquelle ils agissent ; accident qu'il faut prévenir autant que possible.

Hier, dans le but de cette petite opération, nous avions prescrit à la malade un petit purgatif pour débarrasser d'abord l'intestin des matières fécales qui pouvaient y être amassées. Malheureusement la malade, sans être trop indocile, est très impressionnable, fatiguée des souffrances qu'elle endure depuis longtemps, et n'a pas voulu prendre la médecine, qui consistait dans du sulfate de soude. Ce matin, à la suite de cela, nous étions assez embarrassé sur le parti à prendre, n'osant pas enlever les fils crainte d'une débâcle consécutive de matières fécales trop solides, capable de détruire le travail déjà fait de cicatrisation, et ne pouvant pas, de l'autre côté, différer cette opération à cause de la suppuration abondante qui pourrait survenir et qui arriverait aussi probablement au même travail. Les exemples d'insuccès à cet égard ne manquant pas dans les annales de la science. Nous nous décidâmes pourtant à enlever les fils aujourd'hui même. La réunion sembla opérée dans une grande étendue, et il y a lieu d'espérer pour le reste. D'ailleurs, la femme habituellement constipée, nous dit avoir été trente jours sans aller à la garderobe ; ce qui serait le temps plus que suffisant pour obtenir la cicatrisation complète de la plaie.

Le 13[e] jour de l'opération, la malade porte depuis trois ou quatre jours un érysipèle qui menace de devenir funeste au succès de l'opération, sinon aux jours de cette malheureuse. Il s'agit d'un de ces érysipèles peu francs, et qu'on appelle de mauvaise nature. Il s'est développé d'abord sur la région hypogastrique, puis il a gagné les parties supérieures du tronc, et maintenant menace d'envahir les parties plus déclives de l'abdomen. Ce qu'il y a de fâcheux, c'est que l'organisme en paraît profondément affecté; il y a de la fièvre vive, beaucoup d'abattement, des phénomènes gastriques inquiétants. Toute l'attention du chirurgien est attirée maintenant sur cette fâcheuse complication. Probablement le travail de cicatrisation du périnée, qui était si bien avancé, se sera arrêté ou aura même rétrogradé ; c'est, du reste, ce qui arrive le plus souvent dans ces circonstances défavorables. On n'a pas visité les parties de la malade depuis qu'elle est dans cet état; mais elle n'a plus été à la selle depuis l'enlèvement des fils. On ne sait pas ce qui en résultera.

L'état de cette pauvre femme est allé en empirant tous les jours, l'érysipèle a gagné successivement tout le tronc et les cuisses, la fièvre s'allume en se compliquant d'une sorte d'état typhoïde, et la malheureuse finit par succomber. Il est bien triste de voir une opération qui avait été heureusement exécutée, qui promet pendant plusieurs jours les plus heureux résultats, se terminer d'une manière funeste par suite d'une maladie générale qui vient se jeter à travers la marche heureuse de la maladie locale. C'est là malheureusement le revers de la médaille dans notre art, principalement dans la partie qui appartient à la chirurgie.

Ce qu'il y a de particulier à remarquer, c'est que, malgré les ravages faits dans l'organisme de cette malheureuse femme par l'affection érysipélateuse, la réunion des parties suturées paraît s'être maintenue jusqu'à la fin, surtout à l'extérieur. Seulement, comme le travail consolidateur de la nature avait été contrarié par cette fâcheuse complication, on a trouvé quelques résidus dans les parties environnantes, dans le fond même des organes génitaux ; les points de la peau sur lesquels avaient porté fortement les chevilles de gomme élastique, s'étaient profondément ulcérés, et comme creusés en gouttière. Du reste, on n'a trouvé aucune altération appréciable dans les organes intérieurs, tels que le tube digestif (dont les fonctions pourtant ont été assez troublées pendant que dominait l'érysipèle), ni dans les poumons, etc.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 118. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Chancre induré: symptômes secondaires. Chancre non induré et bubon virulent. (Observation et réflexions par M. GABALDA, interne du service.)

Menetrey, âgé de vingt-quatre ans, est entré à l'hôpital du Midi le 29 avril 1845.

M... a contracté un premier chancre au commencement du mois de décembre 1844. Ce chancre était situé sur la face externe du prépuce; il présentait une induration, qui n'est pas encore complètement résolue au moment de son entrée à l'hôpital. Le malade n'a employé d'autres moyens de traitement qu'une pommade dont il ignore la composition, et avec laquelle il pansait son chancre. Ce dernier a été complètement cicatrisé vers la fin du mois de janvier.

Au commencement du mois de février, il est survenu des papules muqueuses à la bouche, à l'anus et à la partie supérieure des cuisses. Ces derniers symptômes ont persisté pendant six semaines environ; au bout de ce temps, ils ont disparu sans traitement, mais leur résolution n'a pas été complète, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

Au commencement du mois d'avril, le malade a contracté un nouveau chancre; ce dernier était situé sur le frein et sur les parties du gland et du prépuce qui avoisinent ce repli muqueux. Quinze jours après le début du chancre, un bubon inflammatoire s'est manifesté dans l'aine gauche. La gêne et la douleur déterminées par ce dernier symptôme ont forcé le malade d'entrer à l'hôpital.

En outre du chancre et du bubon, le malade présentait, au moment de son entrée, des symptômes de syphilis constitutionnelle, tels que l'engorgement des ganglions cervicaux, alopécie, éruption croûteuse du cuir chevelu, et papules muqueuses ulcérées de la gorge qui déterminaient de la douleur dans cette région et un enrouement assez prononcé. Interrogé sur ses antécédents, le malade a déclaré que ces symptômes existaient avant l'apparition du deuxième chancre et du bubon, et qu'ils remontaient à l'époque où il avait eu les papules muqueuses de l'anus et des cuisses. Il a signalé lui-même à notre observation la trace du premier chancre qui avait précédé tous ces symptômes, trace bien indiquée par une coloration livide et par une induration encore très manifeste. Il existait à la partie supérieure des cuisses des macules d'un rouge livide, dans les points occupés par les papules muqueuses actuellement résolues.

Le chancre du frein, celui qui a provoqué le développement du bubon, n'était pas induré. Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le bubon a été ouvert avec le bistouri. Immédiatement après l'ouverture du bubon, le pus qui s'en est écoulé a été inoculé sur la cuisse gauche; en même temps le pus du chancre a été inoculé sur la cuisse droite. Ce dernier a donné lieu à une pustule caractéristique dès le lendemain, tandis que le pus n'a produit aucun résultat par l'inoculation. Trois jours après l'inoculation, la pustule de la cuisse droite a été ouverte, et l'on a trouvé au-dessous d'elle une petite ulcération profonde, intéressant toute l'épaisseur du derme, à fond grisâtre, à bords dentelés et taillés à pic, ayant, en un mot, les caractères du chancre. Cette ulcération a été cautérisée avec le caustique de Vienne, et arrêtée dans sa marche par ce moyen. Après la chute de l'eschare produite par le caustique, il n'y a eu sur la cuisse qu'une plaie simple qui s'est cicatrisée en peu de jours.

Malgré le résultat négatif fourni par l'inoculation du pus du bubon, celui-ci a pris, quelques jours après son ouverture, l'aspect et la marche d'une ulcération chancreuse.

Le malade a été mis au traitement par les pilules de 0,05 de proto-iodure de mercure. Il a pris successivement une, deux et trois de ces pilules par jour, pendant plus de deux mois. Le chancre et le bubon ulcéré ont été pansés avec le vin aromatique et cautérisés tous les deux ou trois jours avec le nitrate d'argent.

Le traitement mercuriel a été interrompu pendant quelques jours, à cause d'une stomatite mercurielle qui est survenue.

Les symptômes de syphilis constitutionnelle ne se sont dissipés qu'avec beaucoup de lenteur. Le malade a quitté l'hôpital le 10 juillet. A cette époque, il était complètement guéri de l'affection récente aussi bien que de l'ancienne. Le chancre du frein a présenté, chez lui, une particularité remarquable: c'est sa longue durée; il était cicatrisé seulement depuis quelques jours au moment où le malade est sorti.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter offre un grand intérêt à cause des complications qui se sont présentées chez le malade qui en fait le sujet. Pour un observateur prévenu ou peu attentif, ce fait aurait certainement offert des objections contre la doctrine de M. Ricord. Interprété au contraire comme il doit l'être, il est loin de se trouver en opposition avec les idées théoriques émises par cet habile syphilographe, et il confirme plusieurs points importants de sa doctrine.

Nous allons examiner successivement chacun de ces points.

1° M. Ricord professe que la syphilis constitutionnelle ne peut se développer qu'une seule fois chez un même individu, c'est-à-dire que lorsqu'un chancre, induré ou non, a été suivi de symptômes secondaires, un nouveau chancre étant contracté dans la suite, ce dernier ne s'indurera pas et ne sera pas suivi de nouveaux symptômes secondaires. Dans l'observation que nous venons de rapporter, un chancre induré a été contracté au mois de décembre 1844; il a été suivi de symptômes secondaires. Au mois d'avril 1845, quatre mois après le premier, un second chancre a été contracté; celui-ci a été accompagné de bubon virulent; il ne s'est pas induré, et il n'a pas été suivi de nouveaux symptômes secondaires. Cependant lorsque le malade se présenta à nous, il avait, ainsi que nous l'avons dit, des plaques muqueuses de la gorge et d'autres symptômes du début de la syphilis constitutionnelle qui auraient pu à la rigueur se rapporter au chancre actuellement existant, et c'est là précisément ce qui faisait la difficulté du diagnostic. Mais on a vu qu'en remontant à l'origine de ces accidents, le malade en était déjà affecté avant de contracter son dernier chancre. Par conséquent tous ces phénomènes se rapportaient au chancre induré contracté dans le mois de décembre, et leur persistance à une époque déjà éloignée de l'ulcère primitif, persistance qui venait obscurcir le diagnostic, s'explique parfaitement par l'absence de tout traitement anti syphilitique avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Cette persistance des symptômes secondaires et leurs récidives si fréquentes, sont des circonstances dont il faut tenir le plus grand compte dans les cas qui nous occupent, si l'on veut éviter de tomber dans l'erreur. Souvent, en effet, les malades présentent encore des symptômes secondaires tenant à un premier chancre, au moment où ils en contractent un second; ou bien ils viennent à l'hôpital réclamer des secours pour des symptômes secondaires en récidive, et en même temps pour un nouveau chancre récemment contracté, mais tout à fait étranger aux symptômes constitutionnels. C'est surtout dans ce dernier cas que le médecin doit apporter toute son attention au diagnostic s'il veut arriver à établir une succession légitime entre les divers accidents. Qu'il nous soit permis d'en rapporter un exemple en quelques mots, pour rendre notre pensée plus claire.

Un malade, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital du Midi, le 8 avril, pour y être traité d'une blennorrhagie avec balano-posthite ulcéreuse et plaques muqueuses du scrotum. Il nous répugnait de faire dépendre cette dernière lésion de la balano-posthite, parce que celle-ci n'avait aucun caractère du chancre; elle était constituée par de petites papules ulcérées du gland et du prépuce, et n'était, à coup sûr, elle-même qu'un symptôme de syphilis constitutionnelle. Encore moins pouvions-nous nous résoudre à rattacher ces accidents à la blennorrhagie, car il n'y avait aucun signe de chancre dans l'urètre. Nous interrogeâmes alors le malade avec soin, et voici ce qu'il nous apprit. Il avait contracté, un an auparavant, un chancre pour lequel il était venu consulter M. Ricord. Ce dernier déclara que le chancre était induré. En outre, le malade avait déjà des papules muqueuses ulcérées de la gorge. En conséquence, M. Ricord lui prescrivit un traitement par les pilules de proto-iodure, la tisane de saponaire et le sirop de Cuisinier.

Au bout d'un mois, les plaques muqueuses étant cicatrisées, le malade suspendit son traitement. Mais trois mois après il survint des plaques muqueuses à l'anus. Le malade alla de nouveau consulter M. Ricord, et recommença le même traitement. A bout de quinze jours, les plaques muqueuses de l'anus étant complètement résolues, il cessa de nouveau de prendre des pilules.

Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a contracté une blennorrhagie qui persiste encore, et qui s'est compliquée, il y a huit jours, d'une épididymite. Les papules muqueuses qu'on observe actuellement sur le scrotum, sont survenues il y a un mois. Celles du gland et du prépuce existent depuis plus longtemps.

Dans le fait que nous venons de rapporter, il y a eu trois manifestations successives, à des intervalles de quelques mois, des mêmes symptômes (papules muqueuses); et dans l'intervalle qui a séparé les deux dernières récidives le malade a contracté une blennorrhagie. Il aurait pu tout aussi bien contracter un chancre, et dans ce cas les plaques muqueuses du scrotum auraient semblé dépendre de ce dernier; mais il n'en est rien.

Des faits analogues se présentent assez souvent à l'observation. Ils demandent à être analysés avec une grande attention. Rien de plus commun que les récidives des plaques muqueuses en particulier. Ces lésions disparaissent avec une grande rapidité sous l'influence du traitement, et cette résolution si rapide fait que les malades négligent de continuer assez longtemps l'usage du mercure. C'est là probablement la cause des récidives si fréquentes de cette éruption syphilitique. Telle est du moins l'opinion de Hunter: « Quand le traitement a été incomplet, dit ce grand observateur, des symptômes de même nature ne tardent pas à reparaître, soit dans les mêmes parties, soit dans les parties du même ordre.»

2° M. Ricord professe que le bubon virulent n'accompagne jamais le chancre induré. On a vu dans notre observation que le second chancre, celui qui a donné lieu au bubon, n'était pas induré, tandis qu'avec le premier chancre, qui était induré, il n'y a pas eu de bubon.

3° Le pus du bubon, quoique celui-ci ait revêtu, après son ouverture, tous les caractères d'une ulcération virulente, n'a pas produit de chancre à l'inoculation. Ce phénomène s'est présenté un grand nombre de fois à M. Ricord et à plusieurs autres observateurs. Dans ces cas-là, le pus ne jouit pas de la propriété virulente ou inoculable au moment où on ouvre l'abcès; mais il acquiert cette propriété les jours suivants, ou seulement quelques heures après l'ouverture. C'est là une anomalie singulière dont on a donné plusieurs explications, et que, pour notre part, nous nous contenterons de signaler.

4° Le chancre du frein, inoculé sur la cuisse droite, a produit une lésion identique, c'est-à-dire un chancre. Ce dernier, cautérisé au commencement du quatrième jour de son existence, a été arrêté dans sa marche. La cautérisation a substitué à l'ulcère spécifique une plaie simple qui s'est cicatrisée en peu de jours. Ce fait important, sur lequel M. Ricord a appelé l'attention des médecins, se trouve encore confirmé par notre observation.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du n° du 27 septembre.)

Piqûre de l'iris. — Dans l'opération de la cataracte par extraction, mais surtout par abaissement et par broiement, il peut se faire que la pointe de l'instrument atteigne l'iris et le lèse plus ou moins. Souvent l'opérateur ne s'aperçoit pas lui-même de cet accident, et il n'en est averti que par la douleur accusée tout aussitôt par le malade. Cependant, il arrive quelquefois que la lesion de l'iris devient plus évidente lorsque l'aiguille a détaché quelques fragments de la matière pigmenteuse de l'uvée, qui viennent flotter dans l'humeur aqueuse de la chambre antérieure.

La piqûre de l'iris n'est pas, dans l'opération de la cataracte, une chose sans importance, comme on serait peut-être tenté de le croire. C'est, au contraire, une des causes qui font fréquemment échouer la méthode de l'abaissement et celle du broiement. Il survient, en effet, dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'opération, une réaction inflammatoire du tissu lésé de l'iris, accompagnée de tous les symptômes de l'iritis. Et plusieurs observateurs ont fait la remarque que l'inflammation de l'iris, déterminée par une piqûre, était plus grave, plus tenace que l'iritis spontanée.

Sauf les cas compliqués d'adhérences, dans lesquels l'opérateur ne saurait s'astreindre à des règles fixes, il est de précepte, pour éviter la piqûre de l'iris, dans l'extraction, de ne pas inciser dans un seul temps la cornée et la cristalloïde antérieure, comme le pratiquait Wenzel, mais de diriger parallèlement à l'iris, en le tenant à la plus grande distance possible de cette membrane, l'instrument dont on a fait choix pour ouvrir la capsule antérieure; dans l'abaissement, d'être toujours très réservé dans les mouvements trop étendus que l'on pourrait imprimer à l'aiguille; de ne la rapprocher que le moins possible de la face postérieure de l'iris; de prendre bien garde que la pointe de l'instrument, qui a pénétré un instant dans la chambre antérieure, n'atteigne pas le bord interne de la pupille en revenant dans la chambre postérieure après avoir déchiré la capsule antérieure; dans le broiement, de faire toujours en sorte que la face légèrement concave de l'aiguille ne regarde jamais la face postérieure de l'iris, etc.

Mais une fois l'accident arrivé, nonobstant les efforts que l'on aura faits pour l'éviter, il faut mettre immédiatement en usage un traitement propre à éviter ses fâcheuses conséquences; telles sont une large saignée du bras pour modérer la réaction inflammatoire, des compresses imbibées d'eau froide additionnée d'une solution de belladone, qui agira à la fois

comme antiphlogistique et comme moyen de prévenir la constriction de la pupille.

Incision de l'iris. — La section d'une portion plus ou moins étendue de l'iris ne peut guère avoir lieu que dans la méthode dite par extraction.

Lorsque le kératotome n'a pas suivi une direction parallèle à la face antérieure de l'iris, sa pointe une fois engagée dans le tissu de cette membrane en opère très rapidement la section, pour peu que l'on ne se soit pas aperçu à temps de la fausse manœuvre.

D'autres fois, malgré la direction convenable imprimée à l'instrument, l'iris peut être encore intéressé. Il arrive souvent, en effet, que l'humeur aqueuse s'écoule en partie, ou même en totalité, avant que la section de la cornée ne soit achevée; alors l'iris est projeté en avant à la place du liquide évacué; il se présente de lui-même au devant du tranchant du kératotome, s'enroule en quelque sorte sur ses deux faces, et il devient de plus en plus difficile de continuer l'opération sans sectionner préalablement cette membrane.

Ou bien on a affaire à une cataracte volumineuse, ayant fait saillir en avant le diaphragme irien, et rétréci par suite l'étendue antéro-postérieure de la chambre antérieure. Dans ce cas, on comprend la facilité plus grande qu'aura le kératotome à atteindre l'iris devenu convexe.

La section d'une portion de l'iris peut encore s'opérer lorsque l'incision de la cornée est faite par près de la sclérotique, et que la lame de l'instrument est dirigée vers le cercle ciliaire.

La section de l'iris est susceptible de varier beaucoup dans sa forme et son étendue. Son lieu de prédilection est presque toujours sa partie inférieure, parce que l'on pratique plus souvent la kératotomie inférieure que la supérieure. Dans quelques cas, toute la moitié de l'iris est emportée par la lame tranchante; dans d'autres, son tiers, son quart seulement ont été intéressés. Enfin, le bord ciliaire ou bien le bord pupillaire de l'iris peuvent avoir été compromis isolément.

L'incision de l'iris dans l'opération de la cataracte n'est pas, lorsqu'elle est peu étendue, un accident sérieux et de nature à compromettre le succès que l'on pouvait espérer, et elle ne donne pas ordinairement lieu aux complications qui résultent presque toujours de sa simple piqûre. On ne saurait assurément se rendre bien compte de la différence qui existe entre deux lésions, dont la plus grave, en apparence, n'entraîne presque jamais la réaction inflammatoire que détermine celle qui l'est le moins; le fait nous paraît néanmoins assez bien établi pour que l'on soit forcé de l'admettre, en l'absence d'explication rationnelle.

Cependant, il ne faut pas croire que la section de l'iris, lorsqu'elle est plus considérable, soit toujours sans conséquences fâcheuses. Elle ne détermine que bien rarement une iritis, il est vrai, mais elle peut compromettre la vue d'une autre façon; car si les bords de la solution de continuité viennent à se réunir entre eux, la pupille se trouve tiraillée, déformée, quelquefois même oblitérée. Lorsque la destruction de l'iris est trop considérable pour que la réparation puisse avoir lieu, la pupille est démesurément agrandie; elle n'est plus contractile, et la vision ne se fait plus régulièrement. Si la section de l'iris respecte le bord pupillaire et crée plus loin une seconde pupille, celle-ci est pour l'exercice de l'œil un obstacle réel, quoiqu'il puisse n'être que momentané. Ajoutons maintenant que la section de l'iris est plus grave, en général, à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, parce que, d'après la remarque de M. A. Bérard, lorsque la pupille vient à se déplacer, elle se trouve portée en haut, recouverte par conséquent par la paupière supérieure; c'est-à-dire, qu'elle est bien moins utile à la vision qu'elle ne le serait placée en bas.

Pour prévenir, autant que possible, la lésion de l'iris dans l'extraction, il faut prendre les précautions suivantes :

1° Faire choix d'un kératotome dont l'épaisseur et la largeur aillent graduellement en augmentant, pour remplir toujours et fermer l'ouverture faite à la cornée;

2° Enduire, avant l'opération, la lame de l'instrument d'un corps gras, afin de s'opposer plus sûrement encore à l'issue de l'humeur aqueuse, tout en facilitant la section ;

3° Diriger l'instrument parallèlement à l'iris, et avoir soin de ne pas pratiquer la section de la cornée trop rapprochée du cercle ciliaire;

4° Faire arriver un plus grand nombre de rayons lumineux sur l'œil, ou exercer sur la cornée quelques frictions palpébrales pour réveiller la contraction de l'iris, lorsque l'on s'aperçoit que cette membrane court le risque d'être blessée par la lame tranchante ;

5° Enfin, savoir s'arrêter à temps; et, lorsqu'il est évident qu'en continuant la section de la cornée avec le kératotome on ne peut éviter d'intéresser l'iris dans une grande étendue, retirer aussitôt l'instrument, agrandir ensuite l'ouverture cornéale soit avec des ciseaux, soit avec l'espèce de lithotome imaginé à cet effet par M. Carron du Villards.

Nous aurions actuellement à indiquer les règles à suivre dans le traitement des lésions de l'iris par l'instrument tranchant; mais nous avons déjà dit qu'elles ne donnaient pas habituellement lieu à des accidents inflammatoires: il n'est donc pas nécessaire de mettre en usage les moyens qui sont susceptibles d'entraver leur développement. Quant aux inconvénients qui peuvent résulter de la perte de substance de l'iris, nous ne pensons pas qu'il soit au pouvoir du chirurgien de les faire disparaître, ou même d'atténuer leur importance; nous conseillons donc de s'en tenir à un traitement hygiénique.

Hemorrhagie interne. — L'épanchement de sang dans l'intérieur de l'œil est une complication qui est commune aux différentes lésions de l'iris que nous venons de faire connaître, décollement, piqûre, incision; on peut même dire qu'elle leur est tout à fait propre, car il est fort rare qu'elle survienne pendant l'opération de la cataracte par une autre que ces trois causes. Nous regardons, par conséquent, comme tout à fait exceptionnelle l'hémorrhagie interne qui serait produite par l'ouverture des vaisseaux de la choroïde ou par la lésion de l'artère hyaloïdienne. Parmi les inconvénients qui appartiennent à la lésion de l'iris, il faut donc compter, dès à présent, l'hémorrhagie. L'hémorrhagie n'est d'ailleurs pas seulement une complication immédiate qu'il suffit de signaler pour la faire connaître; c'est une complication qui devient elle-même un nouvel accident souvent plus important pour l'opérateur que le premier, puisqu'il peut gêner considérablement ses manœuvres, lui faire commettre de nouvelles fautes, ou le forcer quelquefois à suspendre et à laisser inachevée l'opération qu'il avait entreprise.

L'épanchement sanguin est quelquefois limité à la chambre postérieure de l'œil, d'autres fois à sa chambre antérieure. Dans ces cas, il est peu considérable; mais pour peu qu'il soit abondant il franchit rapidement l'ouverture pupillaire soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, pour venir se mêler à la totalité de l'humeur aqueuse, à laquelle il donne une coloration rougeâtre uniforme. Lorsque le sang est en petite quantité, il gagne les parties les plus déclives en laissant libre le champ pupillaire.

L'iris étant également vasculaire dans tous les points de son étendue, la lésion d'une de ses parties ne nous paraît pas plus susceptible qu'une autre de fournir une plus grande quantité de sang sous l'influence d'une cause traumatique identique. — On pourrait donc dire que l'abondance de l'hémorrhagie est subordonnée à l'étendue de la lésion qu'a soufferte l'iris, si les circonstances au milieu desquelles s'opère l'épanchement sanguin étaient toujours les mêmes.

Mais il ne saurait en être ainsi, car le sang s'écoule dans une cavité close de toutes parts, lorsque l'on pratique l'abaissement, le broiement, ou bien dans une cavité communiquant largement avec l'extérieur, comme cela a lieu dans l'extraction..... Aussi dans la kératotomie, quoique l'hémorrhagie soit en général plus abondante que dans les deux méthodes par l'aiguille, néanmoins la quantité de sang répandue dans l'intérieur de l'œil est quelquefois peu considérable, parce qu'il trouve une issue facile au dehors.

Dans l'abaissement et le broiement, au contraire, tout le sang sorti des vaisseaux reste dans l'œil, et l'hémorrhagie ne peut se continuer sans ajouter à la quantité de sang qui existait déjà. Il est vrai de dire cependant que, toutes choses égales d'ailleurs, il s'écoule plus de sang de l'iris lorsqu'il existe une issue à l'extérieur que lorsqu'il n'en existe pas, par la raison que dans ce dernier cas le liquide épanché s'ajoutant aux humeurs de l'œil amène une tension exagérée de la coque oculaire, et que cette espèce de compression exercée sur les vaisseaux ouverts est on ne peut plus propre à faire cesser l'hémorrhagie.

Quant à la conduite que doit suivre le chirurgien dans l'hémorrhagie intra-oculaire, elle variera selon les différents cas particuliers. Ainsi, lorsque l'hémorrhagie est peu considérable et ne masque que légèrement le champ de la vision, il faut continuer l'opération comme si tout s'était passé régulièrement; mais si l'épanchement sanguin remplit les chambres de l'œil et ne permet plus de rien distinguer, on devra agiter la question de savoir s'il faut terminer sur-le-champ l'opération commencée, ou bien, au contraire, s'il ne serait pas préférable de la remettre à un autre jour, lorsque le sang aura disparu par absorption. — Pour nous, nous conseillons de suivre la pratique suivante :

Dans l'extraction, nous pensons qu'il est avantageux de profiter de l'ouverture de la cornée pour favoriser l'issue du sang au fur et à mesure qu'il sort des vaisseaux de l'iris. Il faudra donc suspendre l'opération et attendre que l'hémorrhagie ait cessé d'elle-même. En général il suffit, pour que cela ait lieu, de quelques minutes; pendant ce temps on aura eu le soin de maintenir béante l'ouverture cornéale, pour éviter autant que possible la coagulation du fluide sanguin dans la chambre antérieure, puis on procédera comme d'habitude à l'incision de la capsule et à l'extraction du corps opaque.

Cette manière de faire nous paraît on ne peut plus rationnelle. En effet, il est possible d'achever l'opération sans produire dans l'œil des désordres imprévus, tandis qu'en la remettant à un temps plus éloigné, on court deux fois les chances défavorables auxquelles expose toute opération de cataracte, et, de plus, la seconde opération sera nécessairement pratiquée dans des conditions moins propices que la première. La cornée, incisée une première fois, devra l'être de nouveau. L'iris, intéressé dans sa continuité, aura presque nécessairement donné lieu à une déformation de la pupille; elle-même peut être plus ou moins rétrécie; l'uvée aura sans doute contracté des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin. Or, toutes ces complications secondaires rendront le traitement ultérieur de la cataracte plus difficile, sinon tout à fait impossible à tenter, et cela que l'on veuille mettre en usage l'extraction, l'abaissement ou le broiement.

Dans l'abaissement et le broiement, l'hémorrhagie intra-oculaire est, pour l'opérateur, la source de difficultés plus sérieuses, par la raison que le sang épanché n'est pas toujours susceptible de disparaître rapidement, comme cela a lieu d'ordinaire dans l'extraction, et aussi parce que les manœuvres qu'il faut continuer à exécuter pour terminer l'opération sont plus délicates, plus susceptibles d'amener de nouveaux désordres dans l'œil lorsqu'elles sont pratiquées sans que la vue puisse leur servir de guide. Dirons-nous pour cela qu'il faille suspendre l'opération et la remettre à une autre époque et lorsque l'épanchement aura été résorbé ?

Cette pratique ne nous paraît guère admissible; car on sait que la présence du sang dans l'intérieur de l'œil dépend, le plus souvent, d'une lésion de l'iris, et la plus fréquente dans ce cas est la piqûre; il est donc à craindre qu'il survienne une iritis avec toutes ses conséquences, et que plus tard l'opéré se trouve dans un état trop défavorable pour faire une seconde tentative. En continuant l'opération avec prudence, au contraire, on n'ajoutera que fort peu aux chances de phlegmasie qui existent déjà, et on aura de plus l'avantage d'avoir terminé de suite une opération dont le résultat n'est d'ailleurs pas désespéré. Mais la difficulté est précisément de faire manœuvrer l'aiguille au milieu d un corps opaque, sans pouvoir suivre sa direction, calculer l'étendue de ses mouvements. La chose, quoique difficile et moins sûre, n'est pas néanmoins impossible à exécuter; et pour celui qui a l'habitude des opérations de cataracte, elle est encore plus aisée. Ne sait-on pas d'ailleurs qu'il n'est pas indispensable pour le succès, que le cristallin soit complétement abaissé ou exactement broyé, et qu'il suffit quelquefois que la capsule antérieure soit largement déchirée pour que son absorption s'opère et que la vision se rétablisse ? On ne saurait donc mieux faire que d'agir de la sorte. — Nous rejetons la pratique qui consiste, dans l'hémorrhagie interne, à terminer par extraction une opération commencée par abaissement ou broiement par le siccatif; par le motif que, tout en offrant l'avantage de donner issue du même coup au sang et à la cataracte, l'extraction peut devenir plus dangereuse qu'elle ne l'est d'ordinaire, à cause de la dilacération que l'aiguille a déjà opérée dans les cellules hyaloïdiennes, dilacération on ne peut plus favorable à la sortie d'une trop grande quantité d'humeur vitrée; puis, en combinant les deux méthodes principales d'opérer la cataracte, il ne faut pas oublier que l'on a à redouter le développement des complications qui sont propres à chacune d'elles.

Quoi qu'il en soit, l'épanchement de sang dans l'intérieur de l'œil se présente sous deux formes distinctes, — à l'état liquide et sous la forme de coagulum; — et sous ces deux états différents, on le voit le plus souvent disparaître dans les premiers jours qui suivent l'opération; quelquefois, vingt-quatre heures suffisent pour qu'il ne reste plus de traces de sa présence dans les chambres de l'œil. Cependant, il n'en est pas toujours de la sorte, et chez les sujets avancés en âge, dans les cas où il s'est développé une inflammation interne de l'œil, lorsque le caillot qui occupe la partie inférieure de la chambre antérieure a un certain volume, il faut plus de temps pour que l'hémorrhagie disparaisse. Dans ces circonstances, l'épanchement sanguin peut amener dans l'œil diverses complications nouvelles, dont la moins importante est une coloration rougeâtre qu'il donne à la partie inférieure de la cornée, à la face antérieure de l'iris. Il n'est pas rare non plus de voir un ou plusieurs petits caillots fibrineux de la grosseur d'une tête d'épingle, ou plus volumineux, se former et devenir mobiles dans la chambre antérieure, ou bien contracter des adhérences avec le bord pupillaire, ou avec les fragments de la capsule antérieure, et persister ensuite, en quelque sorte, indéfiniment.

Le traitement de l'hémorrhagie interne de l'œil doit être relatif à sa quantité, et surtout à son ancienneté. Lorsqu'elle est récente, en effet, et peu considérable, il n'y a presque rien à faire, et la nature se suffit habituellement à elle-même pour la faire disparaître promptement. Dans le cas contraire, la première chose à tenter consiste à dilater le plus possible l'ouverture pupillaire à l'aide de la belladone administrée à l'intérieur et à l'extérieur en frictions autour de l'orbite, afin d'éviter que la pupille ne s'obstrue par les caillots sanguins ou par l'inflammation que ceux-ci pourraient déterminer. Puis on mettra en usage la série des moyens que l'on emploie dans tous les cas où l'on veut activer la résorption. — Régime diététique; petites saignées; purgatifs de temps en temps; frictions mercurielles, etc. — Mais, à supposer que, malgré ce traitement approprié, l'épanchement sanguin n'ait pas de tendance à disparaître, comme cela se voit dans quelques cas, nous sommes d'avis qu'il faut avoir recours à une opération chirurgicale, qui aura le double avantage de donner issue au sang épanché, et de nous faire connaître les désordres plus profonds dont l'œil peut être le siége. Ainsi donc, lorsqu'après trois semaines, un mois au plus tard, l'hémorrhagie n'a pas diminué, il faut avoir recours à la ponction de la cornée. A l'aide d'un kératotome on fera à la partie inférieure de cette membrane une ouverture analogue à celle que l'on pratique dans l'extraction, quoique moins étendue. Si le sang est à l'état diffluent il sortira bientôt spontanément, et l'opération se terminera ainsi d'elle-même. Mais s'il existe çà et là quelques coagulums sanguins adhérents soit à la cornée, soit à l'iris, il deviendra nécessaire de provoquer leur issue au dehors. On a conseillé, pour arriver à ce résultat, d'avoir recours à une injection d'eau tiède faite dans la chambre antérieure de l'œil à l'aide d'une petite seringue; mais nous regardons ce moyen comme insuffisant dans la plupart des cas, et nous pensons qu'il est préférable d'essayer directement l'extraction du caillot lorsqu'il y a un certain volume, à l'aide d'une cuvette ou de petites pinces; dans le cas contraire, et s'il ne gêne pas les fonctions visuelles, il vaut autant l'abandonner à lui-même que de continuer à irriter l'intérieur de l'œil par le contact trop prolongé des instruments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre. — Présidence de M. Roche, vice-président.

M. Pariset lit un rapport sur le nombre de candidats que l'Académie doit fixer pour les places de correspondants étrangers.

L'Academie décide que ce nombre doit être fixé à 40.

— *M. Kéraudren* lit un mémoire sur les maladies qui peuvent être importées dans les ports, et sur les moyens d'en prévenir leurs habitants.

Une discussion s'engage sur ce que l'Académie fera à l'égard de ce mémoire. Le discutera-t-on immédiatement, ou attendra-t-on la di-

cussion qui doit s'ouvrir à l'occasion du rapport sur les quarantaines ?

MM. Londe et *Rochoux* voudraient que la discussion s'ouvrît immédiatement.

MM. Renauldin et *Dubois* (d'Amiens) désireraient, au contraire, que ce travail fût d'abord renvoyé au comité de publication pour être discuté ensuite. Il pourrait, dans tous les cas, être renvoyé à la commission de la peste, à titre de renseignements.

M. Kéraudren s'oppose à la discussion immédiate ; il désire que son mémoire soit imprimé dans le Recueil des mémoires de l'Académie, et non ailleurs.

Le renvoi au comité de publication, mis aux voix, est adopté.

— *M. Marchal* (de Calvi) lit un mémoire intitulé : *De la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à une paralysie de la cinquième*. Ce travail est fondé sur cinq observations dans lesquelles la paralysie du nerf moteur oculaire commun a eu lieu consécutivement à une névralgie trifaciale. Le sujet de la première observation a présenté un phénomène singulier : une diplopie indépendante d'une déviation du globe oculaire, et qui cessait par la compression du nerf frontal externe vis à vis l'échancrure susorbitaire. Le second cas, outre le point essentiel, la succession de la paralysie à la névralgie, offre ceci de particulier, que cette dernière était traumatique et liée à une cicatrice adhérente de la région frontale. Le cinquième cas est également un exemple de névralgie traumatique.

Les observations contenues dans ce mémoire révèlent un fait nouveau et remarquable, à savoir, la possibilité de la déviation de l'œil *en dedans*, en même temps que la paupière supérieure tombe ou est tombée : ce qui revient à dire que l'un des filets de la troisième paire peut être surexcité tandis que l'autre est paralysé, de même que, dans un nerf sensible, un rameau peut être douloureux tandis que l'autre est insensible.

M. Marchal (de Calvi) explique la production de la paralysie consécutivement à la névralgie par la transmission réflexe de l'action morbide des rameaux de la cinquième paire ou ganglion ophthalmique, et de celui-ci, par sa racine motrice, à la troisième paire. Il donne cette explication comme une hypothèse, mais comme une hypothèse extrêmement plausible, et il pense qu'appliquée à tous les ganglions elle rendrait compte d'une foule de phénomènes morbides jusqu'à ce jour impénétrables. Cette explication s'adapte parfaitement au mécanisme des ganglions nerveux : par exemple, le ganglion ophthalmique présiderait aux rapports entre la rétine et l'iris : averti des vicissitudes de la sensibilité dans la première de ces membranes par les filets qu'il lui envoie, il réagirait sur les filets moteurs iriens pour accommoder la pupille au degré de sensibilité de la rétine, et sur le nerf oculo-moteur commun par sa racine motrice. Ce nerf, à son tour, réglerait en conséquence l'action des trois muscles droits qu'il anime.

— *M. Constant* (de Naples) lit une note sur les rétrécissements de l'urètre.

— La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

Nouvelle maladie en Algérie. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, donne de nouveaux documents sur une maladie endémique des régions tropicales et plus particulièrement de l'Amérique et de l'Afrique méridionale, dont il a le premier signalé l'existence en Algérie, par des communications faites à l'Académie en 1840 et 1842 ; il s'agit d'une maladie connue au Brésil sous le nom de *maculo*, et dont le phénomène principal consiste dans l'expulsion d'une portion de la muqueuse du gros intestin, sous forme d'un tube, et dans une étendue qui va quelquefois jusqu'à 40 centimètres et plus. Cette maladie est une espèce particulière d'entérite qui se termine par la mortification d'une portion plus ou moins considérable de la muqueuse intestinale.

La lettre de M. Guyon a principalement pour objet d'établir ses droits à la priorité sur la découverte de ce fait, dont un recueil de médecine militaire vient de publier de nouveaux exemples, en le considérant comme entièrement inédit.

— *Larynx des oiseaux chanteurs*. — M. Müller adresse l'extrait d'un mémoire sur les différences fondamentales qu'il a trouvées dans la structure du larynx de divers genres et familles d'oiseaux de l'ordre des passereaux, ou oiseaux chanteurs. La classification des passerines n'étant pas encore basée sur la connaissance des familles naturelles et des caractères anatomiques des genres, l'auteur pense que les différences typiques de l'organe de la voix, dont il donne connaissance dans son mémoire, pourront servir à fonder une nouvelle classification méthodique.

Résine du boucage.— M. Mathieu, médecin à Vitri-le-Brûlé (Marne), communique un mémoire sur le grand boucage et ses produits. Le grand boucage est une plante indigène, de la famille des ombellifères. Il est peu de plantes qui renferment ou produisent autant de corps aussi différents et en proportion aussi considérable. Ces produits sont de la gomme, du sucre cristallisable, de la mannite, de l'huile essentielle et de la résine (boucagine). M. Mathieu pense que la résine du grand boucage, qu'il propose de nommer *boucagine*, peut être utilisée dans les arts, et surtout en médecine, où elle peut rendre des services à titre d'excitant et de diurétique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 24 septembre 1845. — Présidence de M. Monod.

M. Huguier présente de nouveau à la Société un jeune garçon qu'il avait déjà soumis à l'examen de ses collègues, il y a quelques mois, et qui offrait un engorgement ganglionnaire des régions parotidienne droite et sous-maxillaire gauche. Après l'insuffisance bien reconnue des traitements fondants et résolutifs, M. Huguier exprima l'opinion qu'il y avait opportunité d'opérer, et ne pouvant recevoir le malade à son hôpital, il le confia aux soins de notre honorable confrère M. Vidal (de Cassis). Celui-ci, après plusieurs tentatives infructueuses par la méthode du broiement et de la dilacération sous-cutanée, a pris le parti d'extraire les ganglions par le procédé ordinaire. Des cicatrices proportionnées à l'étendue des incisions existent encore, mais la disparition de toute trace d'engorgement dans les régions susindiquées est complète. Ce fait sert de preuve, suivant M Huguier, pour démontrer l'insuffisance de la méthode du broiement et la bonté du procédé ordinaire

— *M. Gosselin* achève la lecture de son travail, intitulé : *Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement*.

Une commission composée de MM. Nélaton, Maisonneuve et Guersant fils est chargée de faire un rapport sur ce travail.

— *M. Monod* présente un os scaphoïde de la main droite qu'il a extrait chez un homme apporté à l'hôpital Saint-Louis, après avoir fait une chute d'une fenêtre élevée sur les deux poignets. Au poignet gauche, existait une crépitation qui semblait avoir son siége à l'union des deux rangées du carpe entre elles. Du côté droit, on trouvait un os roulant au-dessous de la peau, tout à fait mobile, susceptible d'être réduit par une forte pression, mais se déplaçant immédiatement après. M. Monod, vu l'impossibilité de maintenir la réduction, l'extrême mobilité de l'os, la possibilité ultérieure d'une perforation des téguments, pratiqua une incision sur la saillie osseuse, et retira l'os scaphoïde qui formait cette saillie. Il y avait une petite plaie que M. Monod a dû agrandir par une incision. Il pense qu'indépendamment des cas où l'on a pratiqué l'extraction de l'astragale, il existe dans la science quelques exemples d'opérations analogues pour certains os du carpe.

— *M. Huguier* présente un cas de vice de conformation des organes génitaux chez un enfant nouveau-né dont on n'avait pu déterminer le sexe pendant la vie, à l'égard duquel au moins on avait pu conserver des doutes. Il y avait, en effet, des caractères qui se rapportaient les uns au sexe féminin, d'autres au sexe masculin. Au-dessous du pubis existe un prolongement ayant la plus grande analogie d'aspect avec le pénis d'un enfant naissant ; on y trouve un gland, un prépuce bien distincts, et une dépression simulant le méat urinaire. Deux saillies latérales représentent à s'y méprendre les deux moitiés d'un scrotum qui offrirait une division médiane congénitale. L'idée qu'on avait sous les yeux un enfant mâle dont la conformation n'était pas très régulière, se trouvait encore confirmée par l'étendue très prononcée du périnée dans le sens antéro-postérieur, et, d'un autre côté, par l'absence complète des petites lèvres et de l'ouverture vulvaire. Il y avait donc un ensemble de circonstances qui se rapportaient au sexe mâle.

A l'autopsie, l'examen des organes internes dissipa tous les doutes et fit reconnaître qu'il s'agissait d'un enfant du sexe féminin. L'utérus était bifide avec prédominance marquée de la corne droite. De chaque côté, l'ovaire se trouvait au-devant du rein. Il n'existait aucune trace de ligament rond à la corne gauche, qui se terminait en pointe. Il résultait de là une obliquité prononcée de l'utérus vers le côté droit, dont le ligament rond était très distinct. A ce sujet, M. Huguier se demande s'il ne serait pas permis d'attribuer certaines obliquités de l'utérus à l'absence ou à la faiblesse congénitale de l'un des ligaments ronds.

A l'occasion de cette bifidité de l'utérus, M. Huguier rappelle un cas observé par lui et dans lequel un utérus également bifide jusqu'au col inclusivement, avec double orifice de celui-ci, étant devenu dans une de ses moitiés le siége d'une grossesse continuée jusqu'au terme ordinaire un seul des deux seins, celui correspondant à la moitié de l'utérus où siégeait la grossesse, avait présenté les phénomènes et le développement de la lactation. Ce fait tendrait à établir une solidarité par exclusion entre chaque sein d'une part et la moitié correspondante des organes génitaux internes de la femme d'une autre part.

La séance est levée à cinq heures et demie.

UN MOT SUR LA SAIGNÉE DU PLI DU BRAS.

A ce sujet, voici ce qu'on lit dans le tome VII du *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine français et étrangers*, pages 115, 116 et 118 : « La saignée du bras est celle qu'on pratique le plus fréquemment. Les objets nécessaires pour cette opération, sont une ligature, une lancette, un vase pour recevoir le sang, *une compresse* et *une bande*. La compresse destinée à être placée sur la plaie, sera d'un linge fin, plié en carré et en plusieurs doubles ; la bande qui sert à maintenir la compresse, large d'environ un pouce, doit être plus ou moins longue. La piqûre de la veine étant faite convenablement, le chirurgien (opérant à droite) soutient l'avant bras de la main droite et la partie inférieure du bras de la main gauche, pendant que le malade tient, serre, ou tourne dans sa main, soit *un rouleau de linge*, soit *un étui*, soit *le lancetier*..... Lorsqu'on a obtenu la quantité de sang désirée, l'opérateur *applique immédiatement le pouce sur la plaie*, ou *un peu au-dessous*, enlève la ligature, fait fléchir le bras, et, avec un linge mouillé, essuie les parties souillées de sang. *La petite compresse est ensuite appliquée et assujettie avec la bande* disposée en 8 de chiffre. Pendant environ vingt-quatre heures, le bras doit être maintenu demi-fléchi et dans le repos. »

Les mêmes préceptes, relatifs à cette opération, ont été recommandés par tous les auteurs qui en ont traité. Je me bornerai donc à cette seule citation, puisée dans l'un de nos plus récents ouvrages de médecine et de chirurgie. Cette citation n'est elle-même qu'un emprunt fait aux plus habiles chirurgiens de notre époque, Boyer, Lisfranc, Velpeau, etc.

Pour exécuter cette petite opération, le procédé suivi par moi, depuis plusieurs années, est beaucoup plus simple. Grâce à lui, 1° « le rouleau de linge, l'étui, ou le lancetier, que le malade tient, serre, ou tourne dans sa main, me sont tout à fait inutiles ; » 2° il me dispense d'appliquer « immédiatement le pouce sur la plaie, ou un peu au-dessous, » ou de pincer la peau en dehors, comme le font quelques-uns ; 3° il me permet, à la rigueur, de « me passer très bien de la compresse et de la bande qui sont généralement exigées. »

Quelle que soit la veine que j'aie saignée, ma piqûre, faite à ce vaisseau, est toujours parallèle au pli du bras. Je maintiens ensuite ce membre dans la position convenable, et je recommande à l'opéré de fermer la main avec vigueur, de l'ouvrir, puis de la refermer, de la rouvrir, etc., durant le temps nécessaire à la saignée. — (Si le patient ne peut exécuter ces mouvements, je les lui fais faire moi-même.) —Dès que j'ai obtenu la quantité de sang voulue, j'enlève la ligature, et, *sans toucher à la plaie*, je fais fléchir fortement l'avant-bras sur le bras. Je colle ce membre le long de la paroi thoracique, les doigts de la main etendus, de manière que le pouce repose exactement sur le milieu de la clavicule correspondant au bras saigné.

Cette facile position gardée deux minutes seulement, je mets le membre pectoral fléchi en angle aigu dans l'ouverture de la chemise ou de la camisole. De cette façon, non seulement mes saignées ne repartent jamais, mais leur guérison s'opère bien plus vite que par le moyen ordinaire.— (Il va sans dire qu'il ne faudrait pas avoir affaire à un sujet indocile, en pareil cas la compresse, la bande et même une écharpe sont de toute nécessité.)

C'est en me saignant moi-même, que j'ai trouvé ce procédé si simple. — En 1831, à l'armée polonaise, où nous manquions souvent de linge, il m'a constamment réussi. A Paris, en 1832, à l'époque du choléra, un homme replet éprouve une congestion cérébrale et tombe dans la cour des Fontaines. Passant là, par hasard, je le saigne de suite, sans m'inquiéter ni de la compresse ni de la bande proclamées indispensables. Une demi-heure après, j'eus la satisfaction de voir cet inconnu recouvrer tous ses sens. C'était la troisième fois qu'il se trouvait en butte à semblable accident.

Le 5 de ce mois, je fus assez gravement indisposé. On manda mon confrère, M. le docteur Voillemier, qui me saigna. Son opération achevée, je mis mon bras dans la position sus-décrite, l'assurant que tout autre pansement était vraiment superflu. Il ne put s'empêcher de m'en manifester sa surprise. De là m'est venue l'idée de publier cette note, qui ne sera peut être pas sans utilité.

D[r] Bellenger, à Senlis (Oise).

Bibliographie.

PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; par J. Lisfranc.

(Troisième livraison.)

Après avoir indiqué, à la fin de la deuxième livraison et au commencement de la troisième, les diverses positions du bistouri et les espèces d'incisions, M. Lisfranc consacre un chapitre aux règles générales pour la dissection, l'extirpation et l'amputation des tumeurs. Il commence par établir la fréquente difficulté du diagnostic des tumeurs, quelles qu'elles soient, et de la connaissance de leur nature intime, proposition qu'il appuie sur un grand nombre d'observations qui lui sont propres. On remarquera, dans ce chapitre, quelques pages qui offriront un intérêt d'autant plus vif qu'elles renferment les opinions de l'auteur sur une question récemment soulevée à l'Académie de médecine, et restée sans solution, nous voulons dire les tumeurs fibreuses du sein, que, d'après son expérience, M. Lisfranc est porté à considérer comme excessivement rares, et qui, pour le dire en passant, peuvent dégénérer en cancer. L'auteur établit la différence qui existe entre l'amputation d'une tumeur, opération dans laquelle on enlève cette maladie en sacrifiant toute l'étendue de la peau qui recouvre la masse morbide ; et l'extirpation, dans laquelle il fait l'ablation sans que les téguments éprouvent de perte de substance. Puis il trace pratiquement l'histoire abrégée des principales tumeurs, en accompagnant ses descriptions de faits résumés qu'il présente sous le point de vue le plus propre à éclairer les questions litigieuses de la science.

Les préceptes pour l'ouverture des abcès ne sont pas d'une moindre valeur. Depuis longtemps M. Lisfranc professe que l'on doit ouvrir les abcès chauds du moment où l'on peut constater la moindre fluctuation, méthode qui a pour avantage d'empêcher le pus de distendre les parties enflammées et de prévenir toute chance de résorption purulente. Il en est de même des abcès par congestion, que, contrairement à l'opinion de Ledran, de Pott, de Sabatier, M. Lisfranc conseille d'ouvrir de bonne heure, et, autant que possible, par la ponction sous-cutanée. Lorsqu'il a à craindre la viciation du pus, il fait appliquer autour du foyer, après l'avoir ouvert, un certain nombre de sangsues, et cela ordinairement avec quelque succès. — Les opérations de la petite chirurgie occupent une large place dans la partie de l'ouvrage de M. Lisfranc dont nous rendons compte. Le séton, avantageux dans les ophthalmies chroniques, les céphalalgies rebelles, certains engorgements de l'utérus, des ovaires ; le cautère, qu'il préfère établir à l'aide de la poudre de Vienne ; le sinapisme, la pommade ammoniacale de Gondret, le vésicatoire, le moxa, les ventouses, sont tour à tour décrits avec le plus grand soin, ainsi que les indications qui les réclament. Les chirurgiens puiseront dans l'article *Cautérisation* d'excellents préceptes sur l'emploi et le mode d'action des divers caustiques, sur les résultats qu'ils amènent, soit que l'on ait recours aux substances chimiques, soit que l'on emploie le cautère actuel. On sera heureux de rencontrer, après ces considérations générales, des réflexions particulières sur la cautérisation actuelle du col de l'utérus ; et d'abord, le professeur de la Pitié s'est assuré plusieurs fois, contrairement à l'opinion généralement admise, que le col de l'utérus est sensible au cautère actuel ; il n'est insensible que dans les cas où il est recouvert d'une couche plus ou moins épaisse de tissus anormaux ou transformés. De plus, l'opérateur ne peut exactement mesurer l'action du feu ; cela veut-il dire que M. Lisfranc proscrive toujours l'emploi du cautère actuel dans les maladies de l'utérus, nullement ; il conclut seulement que cette cautérisation n'est praticable

1° Que dans les cas où ne pouvant tout enlever avec le bistouri, le chirurgien emploie le cautère actuel comme faible ressource dernière ;

2° Que dans ceux où la désorganisation morbide est trop avancée pour que le cautère potentiel en fasse seul justice, on achèvera le traitement avec le nitrate acide liquide de mercure ;

3° Que dans ceux où il faut désorganiser des tissus anormaux ou dégénérés, et d'ailleurs incurables, qui fournirsient des hémorrhagies ;

4° Enfin dans les cas où il est impossible d'abaisser la matrice, et lorsque le nitrate acide de mercure a échoué.

Enfin, la livraison dont nous rendons compte est terminée par une excellente monographie sur la chirurgie dentaire, nettoyage, rapprochement, redressement, plombage, arrachement des dents, toutes opérations ordinairement passées sous silence, et dont M. Lisfranc n'a pas dédaigné de s'occuper fort au long, montrant par là que pour l'homme de talent il n'est pas de petites choses, et qu'il n'est rien en chirurgie qui soit indigne de fixer l'attention du praticien.

Comme les précédentes, cette portion du livre de M. Lisfranc se recommande par une exactitude, une clarté parfaites dans les descriptions, une finesse de details, une érudition immense, qualités qui ne surprendront point ceux des lecteurs qui ont pu suivre pendant quelque temps la pratique du professeur de la Pitié.

D[r] A. Foucart.

NÉCROLOGIE.

Les obsèques du docteur Foucart, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, ont été célébrées le 6 octobre. Le docteur Sorlin, l'un des anciens compagnons d'armes du défunt, a prononcé sur sa tombe les quelques mots suivants :

« Messieurs,

» Les tristes adieux que nous déposons ici sur la tombe du vénérable confrère que nous venons de perdre, me sont d'autant plus douloureux, qu'ils me rappellent des temps de la plus honorable confraternité. Entré dans le service de santé des armées dès nos premières guerres de la révolution, M. Foucart fut appelé, en 1808, en qualité de chirurgien-major, dans cette immortelle vieille garde qui ne fut vaincue véritablement qu'un jour, et dont l'histoire saura bien venger la défaite. Pardonnez-moi, Messieurs, ce souvenir amer ; mais c'est encore là du deuil, et les dépouilles que nous honorons par un dernier et solennel adieu, ne se trouveront point offensées d'un tel partage.

» C'est dans cette armée d'élite, où nous réunissaient souvent nos devoirs communs, sur les mêmes champs où triomphaient avec tant d'éclat les armes de la France, qu'il me fut donné d'apprécier les nobles qualités de mon honorable devancier dans la carrière si pénible de la chirurgie militaire. Vous parler de son dévouement et de son zèle au milieu des dangers inséparables de nos guerres si meurtrières, ce serait vous le faire connaître imparfaitement. La chirurgie militaire, d'ailleurs, ne reconnait pas de ces sortes d'exceptions : et peut-être y aurait-il parfois à réprimer en elle une ardeur toute française ; mais j'éprouve à la fois le besoin et la satisfaction de vous apprendre que nul de nous ne montra plus de dignité dans ces contacts malheureusement trop fréquents, où notre profession n'était pas toujours considérée à l'égal des services qu'elle rendait. Incapable d'en déserter la cause dans quelque but d'intérêt particulier, le docteur Foucart était dirigé à cet égard par le sentiment le plus élevé des convenances. Tout ce qu'il possédait en distinctions honorifiques était venu se placer naturellement sur sa poitrine. C'était alors une récompense acquise dont l'honneur soldait une vie tout entière, ou ne s'accordait à des services moins avancés que sous l'engagement sérieux d'en rendre de nouveaux. Aussi jouissait-il de l'estime bien sentie de ses confrères, qui se plaisaient à reconnaître en lui l'expérience éclairée du véritable praticien, et la résolution du chirurgien militaire. Il eut aussi des amis dans les rangs élevés de l'armée. Les occasions ne lui avaient pas manqué, ayant vécu longtemps au milieu de ce mouvement continuel d'avancement et de promotions qui déclassaient à chaque instant les personnes pour répondre à des besoins pressants. Et quel homme possédait à un plus haut degré que notre honorable confrère, les qualités qui gravent, comme sur du bronze, les amitiés d'autrefois !

» Dans l'année 1816, le docteur Foucart fut mis à la retraite ; il avait alors vingt-cinq ans de services : trop jeune encore pour se livrer au repos, il suivit avec enthousiasme le grand mouvement imprimé à cette époque aux sciences médicales, et se distingua par quelques publications insérées dans le Journal de la doctrine physiologique. Mais beaucoup trop vieux pour changer ses habitudes d'abnégation, il fut entraîné par elles dans un désintéressement presque complet. Les malheureux en profitèrent ; et c'est après trente années de services rendus dans la médecine civile qu'il vient de s'éteindre,

vaincu par les années. Sa mort a été celle du juste; le ciel l'a dispensé des souffrances à son lit de mort : puisse-t-il trouver au delà de cette terre, où tout est périssable, une récompense digne de sa belle âme! C'est du moins le vœu que je forme au fond de mon cœur.

» Avant de nous séparer de ces dépouilles, félicitons l'homme excellent qui n'existe plus que dans nos souvenirs, du fils qu'il s'est donné. Ce fils, Messieurs, nous qui le connaissons, nous savons qu'il s'est formé aux traditions de droiture, d'honneur et de loyauté qu'il a puisées dans un sang généreux.

Saponification de la graisse oxigénée, pour l'usage de la thérapeutique; par M. Hébert.

M. Hébert a fait connaître récemment la formule suivante pour la préparation d'un savon médicamenteux destiné au traitement de certaines formes d'affections cutanées.

Pr. Mercure métallique,	125 grammes.
Acide azotique,	125 grammes.

Introduisez le tout dans un matras de la contenance de 500 grammes, à la température de l'air ambiant, et ayez soin d'agiter de temps en temps jusqu'à ce que le métal soit complétement dissous.

D'autre part,

Pr. Graisse de veau lavée,	530 grammes.

Placez-la dans une capsule de porcelaine et faites-la liquéfier à la chaleur du bain-marie; puis retirez-là du feu et ajoutez-y le dissoluté mercuriel, en agitant continuellement avec une tige de verre jusqu'à ce que le mélange ait acquis la consistance emplastique. Alors,

Pr. Mélange ci-dessus,	160 grammes.
Lessive de soude caustique à 36°,	60 grammes.

M. S. A. et broyez le tout sur un porphyre à l'aide d'une molette, jusqu'à ce que la combinaison soit parfaitement exacte et forme un savon qui puisse se dissoudre en totalité dans l'eau.

Suivant l'auteur, ce savon est prescrit avec succès par plusieurs praticiens contre les affections cutanées qui ont pour siége la face, les avant-bras ou les mains.

Pour le mettre en usage, il suffit de le passer à deux ou trois reprises sur les surfaces malades, que l'on a dû préalablement mouiller un peu. On peut encore s'en servir en le ramollissant par l'addition bien intime d'une petite quantité d'eau, puis en l'étendant à la manière d'une pommade.

Du reste, de quelque manière que l'on s'en serve, il convient d'en suspendre momentanément l'usage dès que l'on voit apparaître quelque indice d'irritation locale.

Correspondance.

Injections caustiques et astringentes dans l'urètre.

Monsieur et très honoré confrère,

Le compte-rendu du mémoire de M. le docteur Bourguet, sur le traitement abortif de la blennorrhagie, publié par la *Gazette des Hôpitaux* du 16 septembre dernier, tend à consacrer une erreur qu'il m'importe de rectifier.

L'auteur de cet article donne comme une chose à noter « que souvent M. Bourguet a cru devoir faire suivre, mais non pas immédiatement, les injections de nitrate d'argent d'injections astringentes au sulfate de zinc ou à l'acétate de plomb, sans quoi l'écoulement persistait quelquefois, bien que devenu clair et séreux, d'épais et jaune-verdâtre qu'il était auparavant. » Cette intervention des astringents, souvent nécessaire pour supprimer la sécrétion qui persiste après que la muqueuse urétrale a été suffisamment modifiée par la cautérisation, ce qui se reconnaît au changement de nature de l'écoulement blennorrhagique, cette intervention dont un journal, qui a attaqué ma méthode sans la connaître, s'est fait un argument contre elle, et que l'auteur du compte-rendu en question donne comme une innovation de M. Bourguet, n'est tout simplement qu'une des règles que j'ai posées dans la méthode des injections caustiques. En voici la preuve exprimée en peu de mots, page 34 de mon second mémoire, publié en février 1845.

« Pour nous, nous n'avons pas éprouvé le besoin de ce retour aux » balsamiques ou aux résineux. Nous avons recours, ainsi qu'on l'a » vu dans notre premier mémoire, à des injections astringentes va» riées, lorsque la muqueuse nous paraît suffisamment modifiée, et » que l'écoulement indolent persiste. » Ainsi que les injections caustiques seules ne suffisent pas à tous les cas, cela est hors de doute; mais on ne saurait en déduire l'insuffisance de la méthode telle que je l'ai formulée; et les praticiens, en recourant aux injections astringentes, n'ont fait que suivre mes indications.

Il n'entre pas dans ma pensée de discuter dans un note les conclusions des travaux qui ont eu lieu sur la nouvelle médication appliquée à la blennorrhagie; j'ai fait appel aux expérimentateurs, sûr que de l'ensemble des vérifications ressortiront tous les avantages de la méthode des injections caustiques dans le traitement de cette affection. Mais je trouve citée à la fin de l'article de la *Gazette des Hôpitaux*, une modification apportée par M. le docteur Lalond, qu'il me semble utile de combattre dès à présent dans l'intérêt des praticiens et des malades. M. Lafond pense « que l'on doit faire abondamment prendre aux malades des boissons délayantes pour éviter sur la surface cautérisée le contact d'une urine âcre et concentrée. » Cette pratique est mauvaise. Les urines fréquentes et abondantes sont plus nuisibles après la cautérisation que l'urine rare et peu abondante, bien que concentrée. Le frottement répété des premières exerce un effet plus efficace pour désorganiser et chasser avant le temps l'épithélium cautérisée, que le contact rare de la seconde. Aussi, quand on s'est placé dans le premier cas, celui des boissons abondantes, on est obligé de pratiquer un plus grand nombre d'injections caustiques, que chez les malades sevrés de boissons. Cette conséquence m'a été démontrée par un grand nombre d'essais comparatifs. Et ici encore le fait a confirmé la théorie.

Je connais trop votre impartialité, M. le rédacteur, et le soin que vous apportez à produire toutes les pièces pouvant servir à la solution de toute question scientifique pratique, pour vous prier instamment de donner place à cette petite note dans votre journal.

Agréez, etc. Le docteur Debeney.

Laguien, 24 septembre 1845.

La ONZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les articles : Rétrécissements de l'urètre (avec figures), Rétention d'urine, Dépôts, Abcès urineux, Infiltration d'urine, Fistules de l'urètre, Incontinence d'urine, Polypes de l'urètre, Rétrécissements de l'urètre chez la femme, Cathétérisme chez la femme, Accidents des maladies de l'urètre, et commence par les Affections du pénis, les Maladies des organes génitaux proprement dits. Ces maladies seront terminées dans la prochaine livraison.

Ces articles importants sont traités avec tous les développements désirables.

La 12e livraison, qui complète le IVe volume, est sous presse, et paraîtra le 1er novembre prochain.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 119. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 10 OCTOBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

Note adressée par la Commision permanente.

La Commission permanente du Congrès médical a été reçue samedi dernier, 4 octobre, en audience particulière, par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Cette audience avait été spécialement sollicitée en vue d'exposer à M. le ministre le but du Congrès relativement à l'exercice et à l'enseignement de la médecine vétérinaire qui ressortit de cette administration.

M. le ministre a répondu qu'il voyait avec plaisir cette réunion, qu'il la favoriserait de tous ses efforts, et qu'il ne manquerait pas, dans le projet de loi qu'il se propose de présenter aux Chambres, de tenir compte des vœux qui y seront exprimés.

Un membre de la Commission faisant partie de la section de médecine vétérinaire, a exprimé à M. le ministre le désir qu'il fît connaître ses intentions bienveillantes à l'égard du Congrès à l'Ecole royale d'Alfort, afin que le Congrès ne fût pas privé des lumières des professeurs qui la composent.

M. le ministre a répondu qu'une manifestation qui n'avait d'autre but que l'exposition de besoins et d'intérêts aussi honorables, ne pouvait provoquer aucun motif légitime de répugnance, et qu'il ne doutait pas que les professeurs de l'Ecole d'Alfort ne s'empressassent de concourir aux travaux du Congrès.

M. le ministre a ajouté que tout son intérêt était acquis à une profession aussi honorable, et qui rend de grands services à l'agriculture, et il a remercié la Commission de l'avoir instruit de la réunion du Congrès.

La veille, la commission avait été reçue par M. le préfet de police, qui, sur l'avis de M. le ministre de l'intérieur, a accordé toutes les autorisations nécessaires.

L'absence de M. le préfet de la Seine, qui doit se prolonger jusqu'au 15 octobre, tient encore en suspens la décision relative à la grande salle de réunion du Congrès à l'Hôtel-de-ville. Tout fait présumer que cette salle sera accordée. La demande faite par la Commission permanente est appuyée par trois membres du Conseil Général de la Seine et par un maire de Paris, tous adhérents au Congrès.

Quant au local destiné à réunir les membres du Congrès hors du temps des séances, à réunir toutes les commissions et à leur donner toutes facilités pour travailler, destiné encore à servir de lieu de conversation et de distraction, la Commission permanente a fait choix d'un magnifique local situé rue Duphot, n° 10, où messieurs les adhérents au Congrès pourront se réunir, à dater du 29 octobre, depuis huit heures du matin jusqu'à minuit. Les adhérents de Paris et des départements y trouveront, sans autres frais que ceux de la cotisation, de vastes et beaux salons éclairés et chauffés, un salon de lecture avec les journaux, des salons de travail pour les commissions, etc., etc.

En se procurant ce local, parfaitement approprié à la circonstance, le but de la Commission permanente a été surtout d'offrir à messieurs les adhérents des départements un centre de réunion où ils pussent se voir et se concerter, et de les préserver, par tous les moyens qui étaient en son pouvoir, de l'isolement dans lequel peuvent se trouver les étrangers dans cette grande ville.

Pour d'autres motifs que l'expérience fera valoir, messieurs les adhérents de Paris trouveront utilité et avantages dans ce lieu de réunion.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Neuvième liste.

M. le docteur Delamontagne, à Niort (Deux-Sèvres).
M. le docteur Bourgeois, à Paris.
M. le docteur Bérard, à Paris.
M. le docteur Deschamps (J.), à Paris.
M. le docteur Nacquart, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Barth, médecin du Bureau central, à Paris.
M. le docteur Desportes, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Bertrand (C.-H.), membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Longet, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Kuhn (F.-A.), à Paris.
M. le docteur Bazille, à Paris.
M. le docteur baron Michel, inspecteur du service de santé des armées, à Paris.
M. le docteur Fuilhan, à Laon (Aisne).
M. le docteur Mercier, à Paris.
M. le docteur Fossati, à Paris.
M. le docteur Mège, à Paris.
M. le docteur Bussion, à Paris.
M. le docteur Warin, professeur-agrégé à l'Ecole d'acc., membre de la Société médicale de la Moselle, à Metz.
M. Larue du Barry, pharmacien, à Limoges (Haute-Vienne).
La Société royale de médecine de Marseille.
(Délégué, M. le docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, déjà nommé.)
M. le docteur Piédagnel, médecin des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Lediberder, à Lorient (Morbihan).
M. le docteur Villers, à Lorient (Morbihan).
M. le docteur Renouard, à Paris.
M. le docteur Verdier, à Paris.
M. le docteur Muiron, à Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).
M. le docteur Rapatel, à Brunoy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Gendron, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Château Renault (Indre-et-Loire).
M. Proust, pharmacien, à Parthenay (Deux-Sèvres).
M. Moitier, pharmacien, à Paris.
M. Pangoué (Ch.), pharmacien, à Château-Renault (Indre-et-Loire).
M. Barral (J.), pharmacien, à Paris.
M. Leduc, pharmacien, à Versailles.
M. le docteur Bourgeois, à Paris.
M. Robinet, pharmacien, membre du Conseil général de la Seine, à Paris.
M. le docteur Lesaulnier, à Paris.
M. le docteur Colin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Nogent-sur-Seine (Aube).
M. le docteur Duhamel, à Paris.
M. le docteur Capuron, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Barthélemy, chirurgien-major de l'armée, à Paris.
M. Collet (Aug.), pharmacien, à Paris.
M. le docteur Martin-Magron, à Paris.
M. le docteur De La Berge, à Paris.
M. le docteur Perez, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Bagneux (Calvados).
M. Cailleux, vétérinaire, secrétaire de la Société vétérinaire du Calvados et de la Manche, à Caen (Calvados).
M. le docteur Pialla (Aug.), à Tain (Drôme).
M. le docteur Peyrelongue, à Beaumont;
M. Laborie (Alexis), officier de santé, à Luzarches;
M. Capron, pharmacien, à Jony-le-Comte;
M. Lemit, pharmacien, à Pontoise;
M. Fétro, médecin vétérinaire, à Marines.
(Tous les cinq délégués, avec M. le docteur Prestat, déjà nommé, du corps médical de l'arrondissement de Pontoise.)
M. le docteur Pasquier (J.-M.), à Eaubonne, près Montmorency (Seine-et-Oise).
M. le docteur Hyver, à Anvers, près Pontoise.
M. le docteur Héliot (Olivier), à Vigny, près Meulan (Seine-et-Oise).
M. le docteur Dupuis (B.), à Parmain, près l'Ile-Adam (Oise).
M. Aline (Alexis), médecin, à Franconville (Seine-et-Oise).
M. Vinot, pharmacien, à Luzarches (Seine-et-Oise).
M. Michel, pharmacien, à Troyes (Aube).
M. le docteur Falvard-Montluc, correspondant de l'Académie royale de médecine, à Clermont (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Boinet, à Paris.
M. le docteur Foville, médecin en chef de la maison royale de Charenton, à Paris.
M. le docteur Davallon, vice-président de la Société de pharmacie de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine préparatoire.
(Délégué de la Société de pharmacie de Lyon.)
M. Boyer, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Delaunay, à Paris.
M. le docteur Jacomin-Vigny, à Paris.
M. le docteur Foucault, à Nanterre (Seine).
M. le docteur Regnart, à Paris.
M. Bréart, pharmacien, à Paris.
M. Cheysson, médecin, à Nogent-sur-Seine (Aube).
M. Gauthier, médecin-vétérinaire, à Nogent-sur-Seine (Aube).
M. le docteur Goudret, à Paris.
M. le docteur de Lanessan, chirurgien de la garde nationale à Bercy (Seine)
M. le docteur Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, à Paris.
M. Hue, pharmacien, à Saint-Denis (Seine).
M. Garnaud, pharmacien, à Neuilly (Seine).
M. le docteur Leroy-Desbarres à Saint-Denis (Seine).
M. le docteur Foucauld (de Petit-Mars), docteur en médecine et en chirurgie, à Paris.
M. le docteur Petitmengin, médecin de l'hospice de Remiremont (Vosges),
M. le docteur Bernadet, à Paris.
M. le docteur Pigeaire, à Paris.
M. le docteur Desrivières, à Paris.
M. le docteur Lozes, à Paris.
M. le docteur Rapatel (de Nantes), à Montreuil-sous-Bois (Seine).
M. le docteur Grosjean, à Paris.
M. Bousquet, médecin, à La Queue-en-Brie (Seine et-Oise).
M. le docteur Danyau (Aug.), agrégé de la Faculté de médecine, professeur-adjoint à la Maternité, à Paris.
M. le docteur Desmarres, à Paris.
M. le docteur Fleury, agrégé à la Faculté, à Paris.
M. Allaize, pharmacien, à Paris.
M. Labelonge, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Mongeal, à Paris.
M. le docteur Monneret, agrégé à la Faculté de médecine, à Paris.
La Société de médecine du département de la Sarthe.
(Délégué, M. le docteur Vallée, déjà nommé.)
M. Thion, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Perrin, au Grand-Lucé (Sarthe).
M. le docteur Abel-Robert, chirurgien de l'hôpital de Chaumont (Haute-Marne).
M. le docteur Orliac, à Agen (Lot-et-Garonne),
M. le docteur Boué neveu, à Paris.
M. le docteur Godart, ex-chirurgien-major des armées, à Paris.
M. Fouché (Alph.), pharmacien, à Paris.
M. le docteur Berton (D.), à Paris.
M. le docteur Soller, à Paris
M. Jacourt, pharmacien, à Reims (Marne).
M. Coutan (E.), pharmacien, à Fontainebleau (Seine-et-Marne).
M. le docteur Cabanié, à Fontainebleau (Seine-et-Marne).
M. le docteur Galet, à Paris.
M. le docteur Laloy, à Belleville (Seine).
M. le docteur Durand, à Paris.
M. le docteur Pinard, à Ger (Manche).
M. le docteur Damicourt, à Batignolles (Seine).
M. le docteur Chomet, à Paris.
M. le docteur Hoffmann (Louis), à Paris.
M. le docteur Henry (de Semur), à Paris.
M. le docteur Bouisson, professeur à la Faculté de médecine, à Montpellier (Hérault).
La Société médicale de Reims.
M. le docteur Maillet, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Reims.
M. le docteur Landouzy, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Reims.
Le Cercle pharmaceutique de la Marne, à Reims.
M. Montmarqué, médecin-vétérinaire, à Paris.
M. Coindet, médecin-vétérinaire, à Paris.
M. Patu, médecin-vétérinaire, à Braisne.
M. Lenoir, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Alexandre Ricord, membre correspondant de l'Académie de médecine.
M. Berger, pharmacien, à Paris.
M. Mollier aîné, pharmacien, à Fontainebleau.
M. le docteur Nolé, à Cintegabelle (Haute-Garonne).
M. le docteur Brière, à Paris.
M. le docteur Coqueret, à Paris.
M. Poulenc, pharmacien, à Paris.
M. Gardet, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Lasserre, à la Villette.
M. le docteur Burette, du Bugue (Dordogne).
M. Carle, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Huet, à Paris.
M. le docteur Clairat, à Paris.
La Société de médecine d'Angers a désigné pour la représenter au Congrès, MM. les professeurs Mirault et Godfroi, déjà nommés.
M. le docteur Guérard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.
M. le docteur Manget, à Paris.
M. Fougeron, pharmacien, correspondant de l'Académie de médecine, à Orléans.
M. Boulogne, pharmacien, à Orléans.
M. Boullier, pharmacien, à Orléans.
M. Cons, pharmacien, à Orléans.
M. Buzelin, pharmacien, à Orléans.
M. Sallé, pharmacien, à Orléans.
M. Gaucheron, pharmacien, à Orléans.
M. Langlois, pharmacien, à Orléans.
M. Patay, pharmacien, à Orléans.
M. Asselineau, pharmacien, à Orléans.
M. Maillard, pharmacien, à Orléans.
M. Alliot, pharmacien, à Orléans.
M. Foucault, pharmacien, à Orléans.
M. Rabourdin, pharmacien, membre correspondant de la Société de pharmacie de Paris.
M. Mérijot, pharmacien, membre correspondant de la Société de pharmacie de Paris.
M. Durand, pharmacien, à Craponne (Haute-Loire), membre du Conseil municipal de Craponne.
M. le docteur Bellière, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. Fovelet, pharmacien, membre du Conseil de salubrité de Soissons.
M. le docteur Le Borgne, à Lannion (Côtes-du Nord).
M. le docteur Rossignol, chirurgien-aide-major des sapeurs-pompiers de Paris.
M. le docteur Humbert, à Paris.
M. le docteur Filhol, professeur de chimie et de pharmacie à l'Ecole de Toulouse.
M. E. Lecureur, pharmacien, à Mantes.
M. le docteur V. David, à Limai, près Mantes.
M. le docteur Sibille, ex-chirurgien-major de la marine, à Salernes (Var).
M. le docteur Imbert, membre titulaire du Comité médical des Bouches-du-Rhône, à Arles.
M. Hayère, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Pasquier, ex-médecin de l'hospice de l'Antiquaille, membre de la Société de médecine de Lyon et du Conseil municipal de la même ville.
M. E. Marchand, pharmacien de l'hospice civil de Fécamp, vice-président de la Société médicale de Bolbec, à Fécamp.
M. le docteur Ourgaud, membre de la Légion-d'Honneur, professeur des cours d'accouchement de l'Ariége, médecin en chef de l'hospice, à Pamiers.

Total de la neuvième liste,	168
Listes précédentes,	659
Total général, à ce jour,	827

Quelques erreurs se sont glissées dans les dernières listes. Nous rétablissons ici les noms et les lieux qui ont été mal indiqués:
M. le docteur Bressand, à Paris.
M. le docteur Morère, à Palaiseau.
M. le docteur Haime, à Tours.
M. le docteur Lechaptois, et les autres délégués de la Société médicale de Bolbec.

M. le docteur Michon est aussi délégué de la Société de chirurgie de Paris.

M. le docteur Lacronique, à Delhys (Afrique).

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous sommes obligé aujourd'hui de nous restreindre à un petit espace, le journal étant surchargé de matériaux.

On trouvera, à la *Correspondance*, deux lettres : l'une de M. le docteur Ambroise Tardieu, agrégé de la Faculté, l'autre de M. le docteur Michel.

La première contient un fait très intéressant, confirmatif, et au delà, de l'opinion que nous avons soutenue ici touchant l'influence de la vaccine sur la variole et réciproquement. Nous disons confirmatif et au delà, attendu qu'il s'agit d'une variole modifiée par la vaccine, non plus à la période d'incubation ou à celle de la fièvre primaire, mais bien lorsque déjà l'éruption s'était manifestée. On le voit, le puissance curative de la vaccine s'étend autant que possible puisqu'elle atteint la variole dans son caractère le plus pertinent. Si l'on pouvait se permettre une métaphore, on dirait qu'elle pousse son ennemie dans son dernier retranchement, et que rien ne manque à son triomphe. Mais cette phrase, qui eût paru naturelle du temps de Jenner, en plein enthousiasme de vaccination, serait mal venue aujourd'hui.

Il va sans dire que notre réponse est affirmative à la question que nous adresse notre judicieux collègue en terminant sa lettre.

C'est pour nous un sujet de satisfaction de voir des hommes de pensée et de travail se mêler aux questions que nous soulevons, et nous apporter ainsi la preuve implicite de l'utilité de notre œuvre.

Voilà pour M. Tardieu.

M. le baron Michel trouve que le paragraphe de notre dernier article, dans lequel nous avons rappelé ses opinions sur l'étiologie des fièvres intermittentes, *n'est pas l'expression de sa pensée.*

Il nous sera facile de prouver qu'il n'a pas accordé à ce paragraphe, où il était traité d'ailleurs avec toute la distinction qui lui est due, une attention suffisante.

En effet, qu'avons-nous dit? Que des médecins « nient avec la chaleur de la conviction la plus profonde l'influence des *miasmes marécageux* sur la production des fièvres intermittentes; » puis nous avons ajouté que, parmi les partisans de cette doctrine, le plus compétent en France est M. le baron Michel, et nous avons expliqué comment il est le plus compétent. Or, M. le baron Michel nous reproche d'avoir dit qu'il nie l'influence des *miasmes marécageux* sur la production des fièvres intermittentes, et il cite un passage de son livre, qui se termine par cette conclusion : « Il n'est démontré que ces fièvres dépendent, dans tous les pays, de *l'action du froid* sur l'innervation dermoïde ou ganglionnaire. » A la vérité, dans la citation suivante, les *émanations marécageuses* sont regardées comme prédisposant d'une manière spéciale à ces pyrexies. Mais que nous importent les causes prédisposantes, quand on dit que « ces fièvres *dépendent*, dans tous les pays, de l'action du froid! »

Au surplus, nous ne voulons pas discuter, dans toutes ses parties, la lettre de M. le docteur Michel. Nous y reviendrons, s'il y a lieu : quant à présent, nous nous bornerons au point essentiel.

Il ne s'agit pas seulement de montrer à notre honorable correspondant que nous n'avons pas dénaturé ses opinions. Il s'agit de prouver au public que nous méritons d'être lu sérieusement, tandis que nous ne le mériterions pas si nous écrivions avec la légèreté que la lettre de M. le baron Michel pourrait faire supposer. C'est une chose grave que d'articuler une accusation d'inexactitude contre un écrivain, surtout quand cet écrivain est un journaliste scientifique.

Donc, pour en venir au fait et en finir le plus tôt possible, nous avons dit que M. le baron Michel niait l'influence des *miasmes marécageux*. Mais, que dit-il lui-même dans la lettre à laquelle nous répondons? « Ce que je me refuse à admettre..... c'est l'existence d'un *miasme paludéen*, sui generis, » etc. Nous le demandons, si M. le baron Michel nie l'*existence du miasme paludéen*, comment pouvons-nous avoir eu tort de dire qu'il niait l'*influence des miasmes marécageux*? Ce n'est pas le mot marécageux à la place de son synonyme, ni un pluriel pour un singulier, qui peuvent faire que notre miasme ne soit pas celui que nie M. le baron Michel. Et, encore une fois, de quoi peut-on l'accuser, ce miasme, si l'on dit qu'il n'existe pas?

— Le caractère des faits pathologiques, c'est leur individualité, leur variabilité infinie. Aussi notre science ne sera-t-elle jamais achevée, et ne peut-on prétendre que l'histoire d'une maladie soit jamais absolument complète. Voici un cas qui le prouve. Il a été recueilli par un observateur d'un rare talent, déjà connu des lecteurs de cette *Revue*, M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce. Nous le résumons, car ce n'est pas ici la place des observations détaillées.

Un homme âgé de trente-trois ans entre au Val-de-Grâce le 2 septembre 1845. Il dit être sujet à des coliques violentes qui surviennent depuis deux ans d'une manière brusque, à des intervalles irréguliers. Sa constitution est forte, et, à part cette incommodité, il s'est toujours bien porté. Depuis trois jours, les coliques ont pris un caractère insolite, et il ressent dans les flancs une douleur qui rend tout mouvement impossible.

Décubitus dorsal; membres fléchis; ventre insensible à une pression légère; tension médiocre des muscles abdominaux; son clair à la percussion; anorexie absolue; soif; langue muqueuse; constipation; peau chaude, sudorale; pouls plein, à 84; respiration normale, 20 inspirations; urines rouges, non ictériques. — Diète; une saignée; 20 sangsues sur le flanc droit. Sang couenneux.

Le 4, insomnie. La douleur lombaire est plus violente; sensibilité dans la fosse iliaque droite; un peu de météorisme; 72 pulsations. — 30 sangsues.

Le 5, deux grains de tartre stibié en lavage.

Le 6, pas de soulagement; dégoût pour toute espèce d'aliment; pas de soif; douleur lombaire; sensibilité hypogastrique. — 30 sangsues.

Le 7, même état. Un bain général; pas de soulagement; frisson le soir.

Le 8, 30 sangsues; frissons le soir; teinte jaunâtre de la face comme dans la pneumonie et les maladies purulentes.

Le 9, même état; refus de toute alimentation; ventre légèrement tendu; un peu de son mat dans les flancs et l'hypogastre; sensibilité accrue; pas d'autre douleur que celle des lombes; pouls à 92; accès irréguliers dans l'après-midi: frissons, chaleur et sueur. — Onctions mercurielles.

Le 10, même état. Le malade prend un bouillon maigre et le vomit immédiatement.

Les jours suivants, aggravation; développement de l'épanchement; amaigrissement; fièvre nocturne; vomissements spontanés. On emploie inutilement les bains, les vésicatoires volants.

Le 21, la douleur se propage à l'épigastre, et les vomissements deviennent plus fréquents.

Mort le 5 octobre.

A l'ouverture du cadavre, on trouve l'encéphale, les poumons et le cœur à l'état normal, à part un peu d'épaississement de la valvule mitrale.

L'abdomen contient un épanchement séro-purulent; les intestins sont unis par des adhérences molles facilement déchirables. L'incision met à nu des foyers purulents multiples creusant le mésentère, et ayant en général le volume d'une petite balle; ils n'occupent pas les ganglions mésentériques, qui sont restés sains; mais les veines mésentériques contiennent du sang et du pus. En les suivant on arrive à la veine-porte, distendue par du pus blanc crémeux qui se continue dans ses branches.

Le foie n'a pas augmenté de volume. En l'incisant, on découvre de petits abcès formés de pus blanc comme celui de la veine porte; leurs parois sont constituées par le tissu hépatique induré et coloré en noir probablement par le fait d'une infiltration sanguine.

La vésicule du fiel contient dix-huit calculs à facettes, d'un volume uniforme, d'une coloration verte extérieurement, brune intérieurement; les parois de la vésicule sont saines; les canaux biliaires sont libres et sans trace d'inflammation.

Le tube digestif n'offre à noter qu'une coloration grise de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle. La rate est petite et consistante. La veine cave est libre; sa face interne est blanche. Il en est de même de la veine-porte et des vaisseaux sushépatiques.

L'histoire de la péritonite a absorbé celle des abcès du mésentère. Pour en trouver des exemples, il faut les demander à Schenck, Benivieni, Ruysch, Morgagni, Portal; et le défaut de détails ne permet pas de décider, si dans les cas cités par ces auteurs, on n'a pas eu affaire à des tubercules ramollis ou à des abcès prévertébraux. C'est pourquoi nous insistons sur ce qu'a d'exceptionnel l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire mésentérique dans une péritonite aiguë.

La cause de cette inflammation n'offre pas moins d'intérêt. Le malade était sujet à des douleurs névralgiques du plexus hépato-solaire, et, comme le comprenait Broussais, la douleur nerveuse a été l'épine qui a provoqué et la péritonite et l'inflammation du tissu vasculo-nerveux mésentérique. Remarquons que les faits anatomiques récents, présentés par M. Bourgery viennent à l'appui de cette interprétation.

Quant au rapport qui lie les abcès hépatiques à ceux du mésentère, il a son explication naturelle dans la distension de la veine-porte par le pus et l'état sain de ce vaisseau. On conçoit d'ailleurs que si la résorption du pus en nature est possible, ce doit être surtout au voisinage et par l'intermédiaire de la veine porte, chargée, dans l'état physiologique, d'une large part des absorptions gastro-intestinales. S'il n'y a pas eu abcès ailleurs que dans le foie, c'est que le volume des globules du pus n'a pas permis qu'il allât plus loin.

Nous n'attacherons pas trop d'importance à une observation isolée. Néanmoins, elle pourra servir à compléter l'histoire de la péritonite et des abcès viscéraux, et à montrer encore que pour bien des faits la théorie de l'irritation est la plus acceptable.

— M. Laveran a trouvé la lésion suivante chez un individu mort à la suite d'une récidive de dysenterie chronique. Le péritoine pariétal adhérait au péritoine viscéral par un tissu ferme, rouge, d'un aspect charnu, analogue à celui qu'on voit à la suite des péricardites, et que Wolf a décrit. Le paquet intestinal formait une seule masse compacte. Au milieu des circonvolutions existaient douze corps fibro-cartilagineux d'une forme exactement ronde, du volume d'une petite balle, d'une résistance élastique et d'une structure stratifiée. L'intérieur de ces corps était moins résistant que leur couche externe; ils étaient, du reste, uniformément blancs et tout à fait semblables au tissu fibro-cartilagineux intervertébral.

Nous citons ce fait comme exemple d'une péritonite guérie. On pourra s'en servir au profit de l'opinion de M. Velpeau, qui rattache les productions fibro cartilagineuses à des dépôts sanguins. Malgré le manque de renseignements, il y a tout lieu de croire qu'il y avait eu un épanchement de sang dans le péritoine.

— Nous ne voulons pas encore aborder la question des injections de nitrate d'argent à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie. Constatons seulement les bons effets de la méthode mixte suivie par M. Ricord, et qui consiste dans : 1° Les injections à haute dose (1 gramme d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau); 2° L'administration du cubèbe; 3° La suppression de l'alimentation ordinaire. Si nous ne nous trompons, c'est là le véritable traitement abortif. Le nitrate d'argent ne paraît exercer son action que sur la muqueuse. Le cubèbe, administré concurremment, agit profondément, et la modification est complète. X...

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Variole chez un sujet vacciné. Guerison.

Le nommé Blondeau, âgé de vingt-trois ans, cordonnier, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, vacciné, non variolé, a été couché au n° 6 de la salle Saint Benjamin. Il dit n'avoir jamais été malade.

Il y a six jours aujourd'hui, il fut pris de céphalalgie intense qui le força à garder le lit. Quelques heures après s'être mis au lit, frissons, suivis de chaleur et de sueur. Le lendemain de l'invasion de la maladie, il essaya, mais en vain, d'aller travailler et fut forcé de se remettre au lit. Sentiment de malaise général, courbature, brisement des membres, douleurs très prononcées dans la région lombaire; persistance de l'état fébrile et de la céphalalgie; pas d'épistaxis.

Le troisième jour, vomissements bilieux; céphalalgie accompagnée d'éblouissements, d'étourdissements et de tournoiements de tête; bourdonnements d'oreilles. Sommeil agité, de courte durée.

Le quatrième jour, persistance des mêmes symptômes; de plus, quelques douleurs de ventre, diarrhée.

Enfin, le cinquième jour, veille de l'entrée du malade à l'hôpital, diminution de la céphalalgie, éruption sur tout le corps de petits boutons acuminés, caractéristiques de la variole commençante.

Le mardi, le malade est apporté à l'hôpital, et voici l'état qu'il présente au moment de son admission : Visage rouge, animé, couvert, ainsi que presque tout le corps, de petites pustules commençantes caractéristiques; la céphalalgie a complètement disparu; pouls fréquent, à 96-100, non redoublé. Même sentiment de malaise et de courbature.

Le jour de la première visite, lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, il ne se plaint que d'un peu de faiblesse; dyspnée assez forte, malaise général occasionné par l'éruption des papules. Il tousse un peu, et crache en assez grande abondance. Les crachats ne consistent guère qu'en une sécrétion plus abondante de salive. Le visage et une grande partie de la surface du corps sont recouverts de vésicules, dont quelques-unes commencent déjà à s'ombiliquer. Larmoiement des yeux; chaleur de la peau; pouls à 100; un peu de gonflement des paupières et des lèvres. Pas de douleur de gorge; la muqueuse pharyngienne à peine rouge, sans apparence d'éruption commençante. Soif assez vive; peau moite. A la percussion, résonnance assez bonne des deux côtés de la poitrine en avant et en arrière; l'oreille, appliquée sur la poitrine, perçoit un râle sibilant peu abondant. Langue rouge à la pointe, blanche au milieu et à la base. — Mauve sucrée, 3 pots; diète.

Le troisième jour, quatrième de l'éruption, l'état du sujet est assez bon; l'éruption se fait bien, et tout fait présumer qu'elle sera bénigne; la fièvre a un peu diminué; le pouls n'est plus qu'à 92 par minute. Continuation de la dyspnée; persistance du râle. Même état de la langue.

Le cinquième jour depuis l'entrée, la dyspnée semble être devenue plus intense; il tousse assez fréquemment; crachats muqueux, peu abondants; râle muqueux et sibilant en arrière des deux côtés de la poitrine. Les paupières sont toujours un peu gonflées, mais les yeux ne font point de mal; la gorge n'est pas non plus douloureuse; pas de rougeur anormale de la muqueuse pharyngienne, qui ne présente non plus aucune pustule variolique. Langue toujours blanche, saburrale, un peu rouge à la pointe. A la diarrhée qu'il avait eue dans les premiers jours, a succédé une constipation opiniâtre; le malade n'a pas été à la selle depuis son entrée à l'hôpital. Etat général, du reste, assez bon; pas de fièvre; l'éruption se fait bien, peu confluente; les pustules sont peu volumineuses. — Même traitement. Lavement émollient; diète.

Le neuvième jour, toutes les pustules sont en pleine suppuration; quelques-unes même des plus hâtives présentent déjà un commencement de dessiccation, principalement au visage. Pouls à 100. Le malade n'a pas rendu les lavements qui lui ont été donnés.

Depuis ce moment, l'état du sujet continue à être de plus en plus satisfaisant. Le mouvement fébrile cesse complètement; les pustules entrent en dessiccation. Le malade, en convalescence, est mis au bouillon et aux potages.

Il sort guéri le dix-septième après son entrée, présentant encore un peu de tuméfaction et de rougeur de la face. Il ne tousse plus que fort peu. La résonnance et la respiration sont bonnes en arrière, sauf quelques bulles de râle sibilant et muqueux par intervalle; le pouls à 72, bien régulier. Appétit revenu.

— Bien qu'en définitive l'affection de ce malade soit réduite tout simplement à une variole assez bénigne, peut-être ne sera-t-il pas déplacé de présenter quelques réflexions à propos de plusieurs points particuliers à ce fait; et d'abord relativement aux prodromes et à l'étiologie. Le malade, questionné depuis l'apparition de l'éruption variolique, nous affirma qu'il ne se rappelait point avoir été en contact avec des sujets atteints de variole, et qu'il ne savait à quoi la rapporter. Il est évident cependant qu'il y a eu contagion, bien que le malade ne s'en soit point aperçu. La variole, comme le fait observer un professeur distingué, nous étant venue de pays éloignés, et ne s'étant montrée qu'à une certaine époque, il est impossible d'admettre que dans nos contrées elle se produise autrement que par contagion. Toute idée de pro-

duction spontanée doit être rejetée.

Les prodromes de l'éruption variolique ont été, dans le cas actuel, des plus marqués et des plus intenses. On a observé le cortége complet de ces phénomènes caractéristiques que l'on est accoutumé à rencontrer dans les premiers jours de l'invasion de la variole : frissons, chaleur et sueur ; malaise général, sentiment de courbature, faiblesse, douleurs lombaires, fièvre, céphalalgie, vomissements bilieux. Ces accidents d'invasion sont loin d'être propres à la variole exclusivement, et bien que nous ayons dit qu'ils sont en quelque sorte caractéristiques, nous ne les considérons cependant pas comme tellement pathognomoniques, que leur apparition annonce toujours et inévitablement l'éruption variolique. On sait au contraire combien sont communs ces phénomènes au début de l'affection typhoïde, et combien il est facile de se tromper aux premiers jours de la maladie, si l'on n'a point égard à toutes les circonstances des cas que l'on a sous les yeux. Et même encore en prenant toutes ces précautions il est arrivé plus d'une fois à des praticiens remplis d'expérience de se tromper en diagnostiquant une fièvre typhoïde, là où l'éruption variolique venait quelques jours après leur donner un démenti. Dans des cas de cette nature, si le moindre doute reste à l'esprit, un médecin prudent et sage évitera pendant les premiers jours de porter un diagnostic précis et positif, et attendra quelque temps de se prononcer. Une circonstance qui aurait ici pu contribuer à rendre l'événement plus douteux encore, c'est que le malade fut pris de vomissements bilieux abondants et de diarrhée, symptômes qui précèdent souvent la fièvre typhoïde.

La plupart des phénomènes que nous venons de signaler disparaissent le plus ordinairement au moment où se fait l'éruption. C'est ce que l'on a pu constater dans l'état actuel ; mais quelquefois aussi ils se prolongent beaucoup plus longtemps, et on les a vus durer jusqu'à quinze ou vingt jours. Quant à l'importance de chacun des symptômes en particulier, certains auteurs ont attribué à tel ou tel signe une valeur qui depuis a été regardée un peu comme hypothétique. Rosen paraît avoir considéré le larmoiement de l'œil gauche, Rhazès la douleur dorsale et lombaire, et Sydenham les convulsions chez les enfants, comme le prélude de la variole. Pour la douleur lombaire, il paraîtrait que c'est un symptôme assez constant : elle a été mentionnée par presque tous les auteurs, elle se rencontre dans presque tous les cas, et M. Chomel admet comme règle son existence, tandis que son absence constituerait l'exception. Les cas sont rares dans lesquels l'éruption variolique survient sans qu'il y ait eu aucun phénomène précurseur appréciable ; mais pourtant il en existe.

Chez le malade dont nous parlons, nous avons eu à noter quelques complications assez importantes, la bronchite, caractérisée par les râles sibilant et muqueux, et l'inflammation gastro-intestinale. Les phénomènes gastriques sont, on le sait, ceux qui accompagnent le plus souvent l'éruption variolique, et l'on ne peut, à vrai dire, considérer cette affection concomitante comme une complication, tout comme la bronchite dans la rougeole, l'angine dans la scarlatine. Les maladies secondaires et surajoutées à la première sont plutôt des symptômes de l'affection principale, tant leur existence est constante. Cependant, il arrive des cas où la fièvre typhoïde, au lieu d'être accompagnée de l'affection secondaire habituelle, s'accompagne de l'affection propre à l'une des deux autres : c'est ainsi que l'on voit des rougeoles compliquées d'angine, de scarlatine, compliquées de bronchite ou de phénomènes gastriques. Ici, outre les phénomènes gastriques habituels à la variole, le malade a offert quelques symptômes bronchiques, mais sans gravité.

Sans vouloir passer en revue toutes les complications qui peuvent survenir dans le cours de la variole, nous dirons cependant que les trois fièvres éruptives peuvent se compliquer l'une l'autre, c'est-à dire exister simultanément, mais toujours avec prédominance de l'une des trois formes. L'érysipèle, les furoncles et les abcès ne seront pas nécessairement rares, surtout pendant la dernière période de l'affection, et c'est encore un rapport de plus que présente la variole avec la fièvre typhoïde, dans la dernière période de laquelle on constate quelquefois aussi des abcès sous-cutanés. Quelquefois, et l'on doit alors concevoir des craintes graves, on voit des bulles se développer en même temps que les pustules et entre elles : c'est principalement sur les membres que ce phénomène s'observe.

Parmi les organes des sens, l'œil est sans contredit celui qui est le plus fréquemment et le plus gravement affecté pendant le cours de l'éruption variolique. Il n'est pas très fréquent de voir l'ophthalmie qui survient pendant le développement des pustules sur la conjonctive être très intense. Le plus souvent elle se termine favorablement, ces pustules étant de courte durée et non suivies d'ulcérations dans le plus grand nombre de cas. Il n'en est pas de même de ces inflammations quand elles surviennent dans la dernière période de la variole, époque à laquelle il n'existe plus de pustules. Le plus communément alors on voit en quelques jours se développer une phlegmasie profonde dans l'œil ; la cornée s'ulcère et se ramollit, et alors, ou les humeurs s'écoulent et l'œil se vide complétement, ou parfois l'iris vient faire hernie au dehors en obstruant l'ouverture. C'est aussi pendant la période de dessiccation qu'on observe assez fréquemment des otites et même des abcès qui se forment dans le conduit auriculaire, entre le tissu fibreux et la membrane interne.

Une dernière circonstance dont nous parlerons est celle qui est relative à la variole développée chez un sujet vacciné autrefois avec succès et présentant des cicatrices au bras. On sait maintenant d'une manière positive, et l'observation journalière l'a démontré péremptoirement, que la vaccine même la plus légitime, ne préserve pas toujours les sujets à tout jamais de la variole, quoique néanmoins les cas soient assez rares dans lesquels la variole se montre chez les individus bien vaccinés. Mais on observe en général aussi, chez le plus grand nombre des malades, que la variole est moins grave après une vaccination légitime, que la terminaison funeste est moins à craindre, et personne n'ignore que la variole, maladie essentiellement grave par elle-même, est encore plus dangereuse chez l'adulte que chez l'enfant.

Y.....

REVUE GÉNÉRALE.

Des modifications à introduire dans les établissements d'aliénés. — Sous le titre : Visite à l'établissement d'aliénés d'Illenau, M. Falret a publié, dans les Annales médico-psychologiques plusieurs articles où, examinant l'établissement en question, il le compare aux asiles d'aliénés existant en France, et déduit de cette comparaison de sages et judicieux préceptes pour leur amélioration. Nous n'entrerons pas dans les détails de la description de l'établissement d'Illenau ; nous nous bornerons à exposer le résultat des recherches de M. Falret, et les améliorations qu'il croit utile d'introduire dans les établissements français.

Et d'abord, la direction de l'établissement, en Allemagne, est toujours confiée au médecin, condition des plus importantes pour la prospérité de la maison. Tous les actes de l'administration ont ainsi pour mobile la connaissance des besoins des malades, et vont directement au but sans contrôle d'un pouvoir rival. Cette liberté d'action attribuée au médecin a pour résultat de faire prévaloir l'esprit d'ordre et d'unité qui exerce tant d'influence sur le bien-être et la guérison des aliénés.

L'isolement étant la première condition du traitement de la folie, il est nécessaire que l'asile soit situé hors de la ville, dans l'intérieur de laquelle les communications des malades avec les parents sont trop fréquentes, malgré les plus grandes précautions ; mais il doit se trouver à une petite distance des lieux habités, disposition qui réunit les bienfaits d'un isolement complet aux ressources inhérentes à un grand centre de population.

Pour ce qui est relatif à la construction de l'établissement, M. Falret pose en principe que l'on doit faire le moins possible de bâtiments exceptionnels ; que l'on doit les disposer en vue des habitudes sociales, de la vie en commun. Il n'est nullement nécessaire de loger les aliénés au rez-de-chaussée, et il est facile d'obvier aux craintes des chutes dans les escaliers ou par les fenêtres. Puis, ces chutes étant plus à redouter pendant le jour que pendant la nuit, on devra établir les dortoirs dans les étages supérieurs, et les salles de réunion au rez-de-chaussée. Le nombre des cellules des agités sera proportionnel au nombre total des malades. L'expérience démontre que la proportion de 10 pour 100 est plus que suffisante. Les cellules devront être assez éloignées, du reste, des sections pour que les cris des malades ne puissent point venir troubler les aliénés tranquilles. L'exercice musculaire étant indispensable aux agités, il devra leur être permis d'errer dans des cours spacieuses, où ils crieront d'autant moins qu'ils seront plus en liberté. Les fenêtres des cellules devront être dirigées vers des endroits plantés d'arbres, l'agitation des aliénés ne réclamant pas l'absence de toute impression, mais des sensations douces et monotones. Puis, dans le triple but de la surveillance, de la ventilation de l'émission de la voix, et aussi pour prémunir certains malades contre la frayeur résultant de l'obscurité, lorsqu'il faut fermer hermétiquement la fenêtre, la cellule aura dans le plafond une ouverture qui communiquera avec l'air extérieur.

Doit-on construire séparément des asiles pour les aliénés curables et pour les incurables ? Non, dit M. Falret, et ce, pour plusieurs causes. D'abord, il est très souvent impossible de dire positivement si tel malade ne peut plus espérer de guérison. Puis souvent la translation des aliénés d'un lieu dans un autre est chose grave et nuisible, en ce qu'elle frappe le moral des malades.

Nous ne parlerons pas de l'embarras qu'éprouve le médecin obligé de faire un choix parmi ses malades, ni du préjudice qui résulterait pour la science d'une mesure en vertu de laquelle les uns ne traiteraient que des maladies aiguës, les autres que des maladies chroniques. Ces inconvénients disparaîtraient en partie si l'établissement était divisé en deux sections voisines ; mais encore, cette division est inutile, la cohabitation des incurables et des curables ne pouvant nuire à ces derniers.

Une mesure que l'on ne saurait trop approuver et qui est, du reste, à peu près générale, c'est la séparation des idiots, des crétins et des épileptiques, dont le voisinage peut présenter de graves inconvénients pour les aliénés. Si les grands établissements ont des avantages sous le rapport de l'économie, de l'unité de direction, *de la vie propre de la maison*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, M. Falret pense que l'on ne doit pas leur attribuer cependant une préférence exclusive ; il se fonde sur ce que les petits établissements n'exigent pas la translation des malades loin de leur résidence habituelle ; translation qui retarde leur isolement, prive le médecin des renseignements fournis par la famille, et des communications de certains malades avec leurs parents.

Quant à la religion et à l'entrée des ministres du culte dans les établissements, M. Falret pense que c'est un devoir de cultiver le sentiment religieux chez les aliénés, et de les faire rentrer sous ce rapport dans la loi commune. Dans cette question il diffère complétement d'opinion, comme on le voit, avec Pinel et Esquirol. Mais aussi, suivant lui, l'instruction religieuse ne peut avoir d'heureux résultats qu'autant que le prêtre reconnaît l'autorité du médecin.

L'article de M. Falret est un de ces travaux éminemment pratiques et d'une incontestable utilité, dont l'administration ne saurait trop prendre en considération les sages avis et les utiles représentations.

Brûlures du pharynx et de l'œsophage par l'acide nitrique. — Le docteur Issartier (de Montségur) publie dans le *Journal de médecine* de Bordeaux une note intéressante relative à la brûlure des premières voies produite par l'ingestion de l'acide nitrique. — Un enfant, âgé de trois ans, d'une forte constitution, trouva sur une table une fiole contenant 60 grammes d'acide nitrique, dont madame A.... devait se servir pour détruire les cors aux pieds, qui la faisaient cruellement souffrir. Aussitôt il en avala une gorgée ; la douleur l'arrêta, et il se plaignit de vives cuissons dans le gosier. Ses parents, accourus à ses cris, lui firent boire de l'eau pure, pensant que la brûlure n'existait que sur les lèvres et dans la bouche. Il était cinq heures du soir. La nuit fut très mauvaise. il n'y eut que deux ou trois vomissements ; mais vers quatre heures du matin, l'enfant éprouva des symptômes d'une suffocation imminente. On courut me chercher, mais trop tard ; la distance est assez grande, et je ne pus arriver qu'après la mort de l'enfant, dont je trouvai la face bleue et congestionnée, la langue gonflée et violacée, et le pharynx tellement rétréci par la tuméfaction, qu'il n'admettait qu'avec peine l'introduction du petit doigt.

En présence de la douleur profonde et bien légitime des parents, je ne me sentis pas le courage de leur adresser des reproches. Au contraire, pour atténuer les regrets qu'ils éprouvaient de ne m'avoir pas appelé plus tôt, j'affirmai que le mal eût été incurable, même au moment de l'accident, bien que ce ne fût pas ma pensée ; car il est infiniment probable que la brûlure n'était pas très étendue, d'après la petite quantité d'acide qui manquait dans la fiole, et peut-être qu'en enrayant la marche de l'inflammation, surtout par une application de sangsues autour du cou, on aurait pu parvenir à sauver l'enfant...

A propos de cet accident, l'auteur rappelle un fait analogue qu'il a observé il y a quelques années dans le service de M. J. Cloquet.

Louis Gayet, enfant de douze ans, croyant boire de la bierre avala de l'eau *seconde*, mélange d'une partie d'acide nitrique avec deux parties d'eau, qu'un peintre avait eu l'impudence de laisser dans son atelier à la portée d'un enfant. Il éprouva tous les symptômes d'une brûlure de l'œsophage. Les vomissements durèrent plusieurs jours, et il se déclara un rétrécissement tel, que même les liquides passaient avec peine dans les premiers temps. Plus tard les potages ne purent franchir le détroit, et le lait était rejeté avant de parvenir dans l'estomac.

L'enfant entra alors dans la salle de M. Cloquet. On constata parfaitement le siége du rétrécissement à peu de distance du cardia. Peu à peu, au moyen de sondes en caoutchouc de plus en plus grosses que l'enfant gardait chaque jour dans l'œsophage pendant une demi-heure ou une heure, on parvint à le dilater assez pour laisser passer des potages et de la soupe ; mais tout à coup, après une sortie de l'enfant, il éprouva des accidents nouveaux, et succomba aux suites d'une hépatisation des poumons et d'un vaste abcès dans l'épaisseur du foie. Comme il ne parut pas y avoir de rapport entre la maladie primitive et la nouvelle, je ne parlerai que de l'état de l'œsophage et de l'estomac. Ce dernier était décoloré, rapetissé, déformé de telle sorte que le pylore était très rapproché du cardia ; l'œsophage présentait un rétrécissement de trois centimètres de long sur quatre millimètres de large, situé à cinq centimètres au dessus du cardia. Ce rétrécissement était précédé d'une dilatation très prononcée, où stationnaient les aliments après la déglutition, avant de filtrer en quelque sorte dans l'estomac. Très minces sur le point dilaté, les parois de l'œsophage étaient, au contraire, épaissies autour du rétrécissement ; les ganglions placés en arrière étaient engorgés.

Peut-on encore dire ici qu'il y avait eu empoisonnement ? Il me semble que le mot brûlure est seul applicable. Du reste, les autres circonstances de cette dernière observation sont trop faciles à expliquer pour y insister davantage. Remarquons seulement que, sans les accidents nouveaux que Louis Gayet éprouva, il est infiniment probable qu'en continuant la dilatation il aurait pu être ramené à la santé.

Correspondance.

Vaccination au début de l'éruption variolique. Variole modifiée. Eruption vaccinale paraissant seulement après la desquammation de la variole et modifiée comme elle.

A M. X.....

Cher Collègue,

Parmi les questions nombreuses que vous avez soulevées dans votre *Revue clinique hebdomadaire*, il en est peu de plus importante et de plus pratique que celle de l'action réciproque de la vaccine et de la variole l'une sur l'autre, lorsque ces deux éruptions se développent simultanément. Je ne crois pas qu'après les travaux de Willan, d'Odier (de Genève), de MM. Rayer, Herpin, Cousture, Legendre et Clérault, il soit possible de révoquer en doute l'opinion que vous avez soutenue touchant l'influence modificatrice qu'exercent l'une sur l'autre la variole et la vaccine coïncidentes et l'utilité de la vaccination durant la période d'incubation ou pendant la fièvre primaire de la variole.

Mais voici la question reculée en quelque sorte et encore agrandie par un fait entièrement nouveau, je le crois du moins, qui vient d'être observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment. Permettez-moi, cher collègue, de vous soumettre cette curieuse observation, qui vous paraîtra sans doute pouvoir s'ajouter utilement aux faits importants qu'a rappelés votre Revue.

Il s'agit d'un jeune garçon glacier âgé de dix-huit ans, placé au n° 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. C'est le 17 septembre 1845 qu'il a ressenti les premiers symptômes d'une affection fébrile en apparence assez grave, à laquelle on opposa dès le lendemain une saignée du bras. Dans la matinée du quatrième jour, le 20, parurent les premiers boutons de la variole. C'est alors seulement que M. le docteur Flandin apprenant que le malade n'avait jamais été vacciné, tenta une inoculation bien tardive, mais qu'il chercha à rendre plus énergique en pratiquant, suivant l'indication d'Eichorn, douze ou quinze piqûres à chaque bras. Le vaccin dont il se servit était sec et conservé entre deux lames de verre.

Le lendemain 21, deuxième jour de l'éruption, ce jeune homme entrait à la Charité. A notre première visite il présentait déjà un très grand nombre de pustules varioliques répandues sur tout le corps, principalement sur la face, sans être cependant confluentes. La fièvre était d'ailleurs très modérée. Quant à la vaccine, il n'y en avait aucune trace, si ce n'est au bras droit trois ou quatre petites piqûres superficielles, sans élevure ni rougeur.

L'éruption variolique suivit son cours sans accidents et parcourut ses différentes phases avec une grande rapidité. Il n'y eut ni fièvre secondaire, ni gonflement de la face aux extrémités ; et du septième au huitième jour de leur apparition les pustules étaient déjà arrivées à la période de desquammation. A cette époque, et jusqu'au 29 septembre, dixième jour de l'éruption, où nous nous en sommes encore assuré, les traces de l'inoculation vaccinale n'avaient pas changé d'aspect ; les piqûres n'avaient fait absolument aucun progrès.

Nous avions depuis ce moment cessé d'examiner chaque jour l'état des bras ; la desquammation s'opérait régulièrement, et la forme papuleuse, la disposition saillante des cicatrices nous frappait comme dernier caractère d'une variole modifiée ; lorsque le 5 octobre, à la visite du matin, le malade nous dit que depuis cinq jours il oubliait de nous faire remarquer que la vaccine semblait avoir pris. En effet, quel ne fut pas notre étonnement en découvrant au bras droit, au niveau des piqûres qui étaient restées apparentes, quatre pustules vaccinales déjà presque complétement desséchées ! Il n'y avait pas à s'y tromper, au milieu des cicatrices petites, blanches et saillantes laissées par la variole on voyait ces quatre pustules, larges de cinq à dix millimètres, recouvertes l'une d'une croûte épaisse et brune, les autres d'un liquide en partie desséché ; entourées d'une aréole circulaire très étroite d'un rouge vif et sans tumeur vaccinale. Vous n'hésitez pas plus que moi à reconnaître à ces caractères une vaccine modifiée.

Ainsi, voilà un fait où l'insertion du vaccin a lieu après l'apparition de l'éruption variolique, et où cependant la variole est si bien modifiée, qu'en moins de quinze jours la desquammation est complète. Bien plus, cette heureuse influence du vaccin s'exerce sans que la pustule vaccinale se soit développée. Ce n'est, enfin, qu'après la disparition de la variole que les pustules de la vaccine se montrent, parcourant à leur tour si rapidement leurs périodes, qu'il semble qu'elles aient marché d'une manière latente jusqu'au moment où elles se sont fait jour à l'extérieur. En effet, quoique datant seulement de six jours, elles paraissaient, lorsque nous les avons vues, avoir acquis un développement correspondant à peu près à l'époque à laquelle avait eu lieu l'inoculation, c'est-à-dire du quinzième au seizième jour.

Frappé de la modification évidente qu'avait subie la variole, je m'étais demandé et j'avais posé cette question devant vous-même, si je ne me trompe, à mon savant maître M. Rayer : Si l'inoculation vaccinale non suivie d'éruption pouvait jamais avoir une action préservatrice ? La question paraît jugée par le fait, à cette condition, toutefois, que le virus vaccin, suspendu momentanément dans sa marche, parvienne toujours à une évolution plus ou moins régulière. Mais vous sentez combien j'ai dû regretter de n'avoir pas assisté par moi-même au premier développement de ces pustules de vaccin si tardives, et de n'avoir pu les suivre dans toutes leurs modifications. Je me reproche de n'avoir pas tenu assez longtemps mon attention en éveil. Vous reconnaîtrez heureusement que cette omission ne diminue en rien la

valeur du fait, et qu'il reste toujours parfaitement clair et positif. L'opinion de M. Rayer, qui a bien voulu le constater par lui-même, confirme tout ce que je vous en ai dit.

Nous pouvons donc hardiment poser cette conclusion pratique, que : *chez les individus non vaccinés. l'inoculation de la vaccine est opportune, et peut être utile,* ne fût-ce que par exception, *non-seulement pendant la fièvre primaire, mais même au début de l'éruption variolique.* Et comme, dans ce dernier cas, il n'y a plus à craindre l'incertitude qui peut exister pendant la période prodromique, il serait facile de tenter l'expérience et de généraliser cette pratique. Si, par exemple, du vaccin était à la disposition de MM. les médcins du Bureau central ne pensez-vous pas que les malades qui se présentent le plus souvent dans les hôpitaux après qu'ont paru les premiers boutons, seraient même à cette époque avantageusement soumis à la vaccination ?

Agréez, etc.,

Ambroise Tardieu,
Agrégé à la Faculté de médecine.

Paris, le 6 octobre 1845.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans votre excellent journal du 4 du courant un article qui me concerne (*Revue clinique hebdomadaire*), et qui n'est pas l'expression de ma pensée. L'auteur de cet article dit que je nie, avec la chaleur de la conviction la plus profonde, l'influence des miasmes marécageux sur la production des fièvres intermittentes. Voila ce que j'ai imprimé en 1842, dans ma Statistique du Gros-Caillou, page 120 :

« D'après mes propres observations, je soutiens que dans les pays où il y a des marais et des étangs, sur les bords des rivières et partout où il y a des nappes d'eaux stagnantes ou non, il doit y avoir des fièvres intermittentes ; que ces fièvres sont d'autant plus graves que les pays sont plus chauds, et par conséquent les nuits plus froides ; que le degré de gravité est toujours en rapport avec la température et les localités. Ainsi les fièvres intermittentes des environs de Rochefort, de Marennes, etc., n'ont pas la même gravité que celles de Mantoue, des bords de l'Arno, de la Sardaigne et des États romains, de certaines parties de la Morée et de l'Algérie, des Antilles, des bords du Gange, du Bengale, etc. Il m'est démontré que ces fièvres dépendent, dans tous les pays, de l'action du froid sur l'innervation dermoïde et ganglionnaire. L'action est-elle hypersténisante ou hyposténisante ? Ce problème est à résoudre ; car les remèdes de nature et d'action dynamique différentes guérissent ces fièvres le plus souvent. » — Plus loin et dans le même ouvrage, j'ai dit, page 154 : « Les fièvres intermittentes simples et pernicieuses sont dues à un mode d'irritation propre au système nerveux ganglionnaire déterminé par des causes prédisposantes et efficientes agissant sur l'innervation générale. Je n'admets pas que les fièvree intermittentes simples et pernicieuses soient le produit d'une intoxication par les émanations marécageuses, et je ne considère ces dernières que comme des causes prédisposantes spéciales plus générales, plus puissantes et plus favorables à leur développement. » — Page 155 : « Ces maladies sont endémiques dans certaines localités, bien qu'elles puissent naître partout, mais non pas avec la même intensité. Enfin, elles sont plus ou moins fréquentes et graves, suivant l'élévation de la température de la journée et le froid des nuits dans les endroits humides et marécageux. »

Vous voyez, d'après ces citations, que je ne nie pas l'influence des émanations marécageuses sur la production de ces pyréxies, en tant qu'on voudra bien ne considérer ces émanations que comme des causes prédisposantes et non comme la cause unique de la production de ces fièvres. Mais ce que je me refuse à admettre et ce que j'ai proclamé dans plusieurs écrits depuis 1813, et même dans votre journal, c'est l'existence d'un miasme paludéen *sui generis* que rien ne justifie dans la marche ordinaire des pyréxies intermittentes. Les miasmes, en général engendrent toujours des maladies de gravité variable avec des périodes constantes d'incubation, de développement, d'acuité et de disparition, une affection, enfin, qu'on ne peut tronquer comme une fièvre intermittente, et dont on ne peut jamais enrayer la marche.

Un miasme, quel qu'il soit, a toujours un mode d'action à peu près régulier, qui lui est propre, ainsi qu'un caractère essentiel générique qui le fait connaître. Je me propose de donner un plus grand développement à cette question, qui est à l'ordre du jour ; mais en ce moment je ne viens réclamer de votre obligeance que l'insertion de ma lettre dans votre journal, afin de bien établir l'antériorité de mes opinions sur la non-existence d'un miasme paludéen comme cause productrice et unique des fièvres intermittentes des endroits marécageux ; me réservant de faire connaître les causes qui produisent endémiquement les fièvres intermittentes dans les lieux marécageux, près des rivieres. des étangs, des canaux, etc. Ces fièvres n'apparaissent et ne disparaissent qu'à des époques déterminéee et avec un concours de conditions locales et atmosphériques nécessaires pour développer la diathèse morbide sans laquelle les causes efficientes produiraient un autre genre de maladie.

Agréez, etc.,

Baron Michel, membre adjoint du Conseil
de Santé des armées.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par des harengs gâtés; observation recueillie par M. le docteur Fayrer, de Prague.

Déjà le célèbre Pierre Frank a signalé à l'attention des praticiens les conséquences funestes de l'ingestion de harengs gatés. Il paraît que l'altération éprouvée par ces poissons dépend de celle de la saumure ; en effet ce liquide acquiert, avec le temps, une âcreté qui le rend presque caustique, et sous l'influence de laquelle les harengs deviennent visqueux et nauséabonds.

M. Fayrer a été à même d'observer un cas d'empoisonnement par des harengs ainsi altérés, et il le fait connaître de la manière suivante.

Une femme âgée de trente ans, bien portante, mangea pour son dîner, avec un excellent appétit, quelques morceaux de hareng, qui, bien que lavés et frottés avec grand soin, exhalaient cependant une odeur nauséeuse et avaient une saveur extrêmement désagréable. Bientôt après ce repas se développèrent des symptômes d'intoxication, dont on put distinguer deux séries successives.

La première série de ces accidents commença par une pression dans l'estomac, une soif très vive, un sentiment de froid et d'abattement : dans la soirée, il vint encore s'y adjoindre de forts vertiges, de sorte qu'au moindre mouvement la malade se trouvait entraînée vers le sol. Le sentiment d'abattement se transforma peu à peu en une sensation d'anéantissement et de mort imminente : bientôt ensuite, il y eut perte de connaissance ; la face, pâle et grippée, se couvrit d'une sueur froide, les pupilles se dilatèrent, et le pouls devint insensible. Tandis qu'on transporta la malade à l'air libre, elle vomit une grande quantité d'un liquide presque incolore, mêlé de mucosités et de chyme ; après quoi, la syncope cessa.

Ce fut alors que se développa la seconde série des accidents d'empoisonnement ; des douleurs violentes, de véritables tranchées se firent sentir dans l'abdomen, en revenant par accès avec tant d'intensité que la malade criait que son ventre allait se déchirer ; l'abdomen était excessivement sensible à la pression ; les accès de douleur n'étaient séparés les uns des autres que par l'espace de quelques secondes au plus. Les muscles de la face se contractèrent, les lèvres et les dents furent comprimées spasmodiquement ; les nausées persistèrent, mais sans être suivies de vomissements ; le pouls était faible, presque filiforme (100 pulsations par minute) ; tout le corps était baigné d'une sueur froide.

La malade refusa opiniâtrément toute espèce de boisson, même l'eau pure.

Au bout d'une demi-heure environ, les douleurs commencèrent à céder peu à peu : la sueur froide fut remplacée par une sueur chaude ; le pouls se releva ; il survint du sommeil.

On administra alors une poudre composée d'extrait de jusquiame et de sous-nitrate de bismuth.

Le lendemain, il existait encore quelques légères nausées et un peu de pression à l'épigastre ; mais ces symptômes ne tardèrent pas à disparaître complétement.

Deux autres personnes qui avaient mangé aussi des mêmes harengs, mais sans doute des morceaux moins profondément altérés, n'en éprouvèrent qu'une pression de l'estomac qui continua pendant plusieurs heures.

Traitement de l'incontinence d'urine; par M. le docteur Bérenguier, de Rabastens.

M. Bérenguier vante beaucoup les excellents résultats qu'il a obtenus de l'administration des pilules suivantes dans le traitement de l'incontinence d'urine.

Oléo-résine de copahu,	3 grammes.
Peroxyde de fer,	6

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisez en cent pilules bien égales et argentées.

L'auteur fait prendre au malade, en commençant, une de ces pilules à l'instant de chaque repas. Après deux ou trois jours d'usage, il en administre deux, et il continue ainsi, en augmentant graduellement le nombre, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à donner dix de ces pilules par jour.

Pendant tout le temps que dure l'emploi de ces pilules, le malade doit être mis à l'usage de la tisane de feuilles de noyer pour boisson ordinaire.

NOUVELLES.

Dans les dernières affaires d'Afrique, nous trouvons cités avec distinction M. le docteur *Michel*, du 9e chasseurs d'Orléans, pour son activité à soigner les blessés ; M. le docteur *Lefèvre*, qui s'est fait remarquer au milieu du feu donnant ses soins aux blessés ; et M. le docteur Becœur.

M. le docteur Artigues, chef d'ambulance de Ghazouat, a pris part au combat, un fusil à la main, de la manière la plus honorable.

Le docteur Rosagutti a été tué.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) No. 120. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 13 OCTOBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

La préfecture de la Seine a accordé la grande salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, pour les séances du Congrès médical.

La Commission permanente a désigné, comme président provisoire, M. le docteur Serres, membre de l'Institut et de l'Académie royale des médecine, ancien président de l'Académie des sciences, médecin de l'hôpital de la Pitié.

M. Serres a accepté cet honneur.

La Commission a écrit à M. le maréchal ministre de la guerre, pour le prier d'accorder les autorisations d'adhérer et d'assister au Congrès, à MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée.

— On nous demande si chaque adhérent doit payer sa cotisation, ou si elle n'est exigible que des délégués seulement. L'acte d'adhésion n'est constitué que par le payement de la cotisation. Les sociétés et réunions de médecins sont entièrement libres d'adopter l'un ou l'autre mode d'adhésion ; mais on n'indique sur les listes que les personnes qui font acte d'adhésion en versant le montant de leur cotisation.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Dixième liste.

M. Briee-Carlier, pharmacien, à Marle.
M. Blanquinque, pharmacien, à Marle.
M. Euvrard, médecin, à Marli-le-Roi.
M. le docteur Charruau, à Paris.
M. le docteur Izarié, à Paris.
M. Boutigny (d'Evreux), pharmacien, à Paris.
M. Lehee, médecin, à Montrésor (Indre-et-Loire).
M. le docteur Mabille, à Mouy (Oise).
(Délégué de l'arrondissement de Clermont.)
M. le docteur Norgen, à Paris.
M. le docteur Boutin de Beauregard, à Paris.
M. Quelquejeu, pharmacien, à Paris.
M. Dausse aîné, pharmacien, à Paris.
M. Poisson, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Colombe, à Paris.
M. le docteur Cullerier, médecin des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Pottet, à Paris.
M. le docteur Bell, agrégé et sous-bibliothécaire de la Faculté, à Paris.
M. le docteur Cazeaux, agrégé de la Faculté, à Paris.
M. Faure, pharmacien, à Paris.
M. Raincelin, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Heauregard, à Paris.
M. le docteur Legrand, à Paris.
M. le docteur Rivallié, à Paris.
M. le docteur Hennelle, à Paris.
M. le docteur Jadelot, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Langlebert, à Paris.
M. le docteur Vinache, à Paris.
M. Sokoleski, pharmacien, à Paris.
M. Delafont, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Honoré, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Brasier, à Paris.
M. Richard, dentiste, à Paris.
M. le docteur Kæmpfen, à Paris.
M. le docteur Tanquerel des Planches, à Paris.
M. le docteur Deval, à Paris.
M. le docteur Grimaud, à Paris.
M. le docteur Lange, à Paris.
M. le docteur Vigla, médecin du Bureau central des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Ribail, à Paris.
M. le docteur Gasnault, à Paris.
M. le docteur Porre, à Paris.
M. le docteur Roux (Louis), à Paris.
M. le docteur Dechambre, à Paris.
M. le docteur Leroux (de Rennes), à Paris.
M. Caventou, président de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. Boutigny (A.), pharmacien, à Paris.
M. Royer (L.), pharmacien, à Paris.
M. Stanislas Martin, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Théophile Picquot, à Paris.
M. Fournet-Petit, pharmacien, membre de l'Association normande et de la Société d'émulation de Lisieux.
M. le docteur Plisson, à Paris.
M. le docteur Lemaître, à Maulle (Seine-et-Oise).
M. le docteur Euvrard, à Marli-le-Roi.
M. Duval, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Pinel neven, à Neuilly.
La Société médicale du Haut-Rhin.
M. le docteur Bécourt, de Thann, médecin des épidémies de l'arrondissement de Belfort (Haut-Rhin).
(Délégué de la Société médicale du Haut-Rhin.
M. le docteur Chapelain, inspecteur des eaux thermales de Luxeuil, à Paris.
M. le docteur Allemand, à Issingeaux (Haute-Loire).
M. le docteur Chardon, à Issingeaux (Haute-Loire).
M. le docteur Mame, président de la Commission permanente de la troisième section du Congrès scientifique, membre de la Commission centrale de l'Association des médecins et pharmaciens de Maine-et-Loire, à Savenières (Maine-et-Loire).
L'Association médicale de la Sarthe.
M. le docteur Platon-Vallée, au Mans.
M. le docteur Esprit-Gendron, à Château-du-Loir.
M. le docteur Cornilleau, à Saint-Calais.
M. Quelquejeu, pharmacien, à Montiort.
(Délégués de cette association.)
M. le docteur Lemaître, à Maulle (Seine-et-Oise).
M. Tbelu, pharmacien, secrétaire de la Société de pharmacie de Dunkerque, en son propre nom et comme représentant de cette Société.
M. le docteur Ristelhueber, médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, correspondant de l'Académie de médecine.
M. le docteur Schneiter, médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.
M. le docteur Jacobs, médecin de la maison centrale de Force, et de l'hôpital civil de Haguenau (Haut-Rhin).
M. le docteur Vautré, à Strasbourg.
M. le docteur Collignon, au Val-de-Grâce.
M. le docteur Maindrault, à Paris.
M. le docteur Deslandes, à Paris.
(Ces deux derniers délégués, avec M. le docteur Maubec, déjà nommé, de la Société médicale du 8e arrondissement de Paris.)
M. le docteur Barbette aîné, à Paris.
M. le docteur Ch. Pellarin, à Paris.
M. le docteur Villette de Terzé, à Paris.
M. le docteur Ch. Spiral, à Montmédy, près Verdun.
M. le docteur Hénoque (J.-B.-B.), à Paris.
M. le docteur Barbette jeune, accoucheur, à Paris.
M. le docteur Ley, à Paris.
M. Pennes (A.), pharmacien, à Parie.
M. le docteur Miguet, à Paris.
M. Eug. Manchien, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Auguste Crouzet, médecin de la maison d'aliénés Saint-Marcel, à Paris.
M. Jutier, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Gueury, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.
M. le docteur Castara, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.
M. le docteur Thomassin, médecin des prisons, à Lunéville.
M. le docteur Putegnat, membre de plusieurs sociétés savantes, à Lunéville.
M. le docteur Eby, à Einville (Meurthe).
M. le docteur Lesaing, médecin de l'hôpital de Blâmont, membre de plusieurs sociétés savantes.
M. Dehan, médecin-vétérinaire, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Lunéville.
M. J. Letellier, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Stochly, médecin, à Compiègne.
M. le docteur Colson, de Noyon.
M. le docteur Cherbonnier, du Grand-Fresnoy.
M. Croizet, médecin, à Cutz.
M. Treille, médecin, à Estrées-Saint-Denis.
M. Morlière, médecin, à Pierrefonds.
M. Vinet, médecin, au Meux.
M. Soyer, médecin, à Guiscard.
M. Gaverel, médecin, à Compiègne.
M. de Saint-Mars, médecin, à Carlepont.
M. Josset, médecin, à Ribécourt.
M. Donvillé, pharmacien, à Guiscard.
M. Baudequin, pharmacien, à Guiscard.
M. Ract, pharmacien, à Guiscard.
M. Simon, pharmacien, à Guiscard.
M. Demolon, pharmacien, à Guiscard.
M. Duvivier, médecin-vétérinaire, à Guiscard.
M. Decaix, médecin-vétérinaire, à Guiscard.
M. Leroy, médecin-vétérinaire, à Attichy.
M. le docteur Tonnellier, médecin de l'hôpital de Montereau.
M. le docteur Dupaïcque, à Paris.
M. le docteur Baumès, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Lyon.
M. Théodore Deibl, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Requin, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris.
M. le docteur Cauvy, à Paris.
La section de médecine de la Société royale académique de la Loire-Inférieure, à Nantes, adhère au Congrès médical, et nomme pour ses délégués les membres de son bureau, composé de
M. le docteur Hélie, président;
M. le docteur Mareschal, vice-président;
M. le docteur Lequerré, secrétaire;
M. le docteur Moriceau, secrétaire-adjoint;
M. le docteur Delamarre, bibliothécaire;
M. le docteur Dupons, trésorier.
M. le docteur Dehaldat, membre correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, secrétaire de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy.
M. le docteur Chatelain, médecin en chef des prisons de Chaumont.
M. le docteur Adrien Gendron, médecin en chef de l'hospice de Vendôme, chevalier de la Légion-d'Honneur.
M. le docteur Gralewski (Antoni), à Aubière, par Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme.)
M. le docteur Arnaud, inspecteur des eaux d'Aix (Bouches-du-Rhône.)
M. le docteur Duchesne, du Havre.
M. le docteur Hunault de La Peltrie, à Angers.
M. le docteur Fourtoul, à Dijon.
M. le docteur Gintrac, professeur à l'Ecole de médecine, membre correspondant de l'Académie royale, à Bordeaux (Gironde).
M. le docteur Forget, professeur à la Faculté de médecine, à Strasbourg.
M. le docteur Fettu, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Belesme (Orne).
M. le docteur Millet, à Paris.
M. le docteur Costes, professeur à l'Ecole de médecine, à Bordeaux.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Congrès.

Les nouvelles sont excellentes ; récapitulons un peu celles de la semaine. Autorisations ministérielles et de police pour les réunions du Congrès ; réunions en séances, réunions en commissions, en salons de conversation et de distraction. Quelques personnes, rares il est vrai, ne me paraissent pas avoir très bien compris le but de la Commission permanente en se procurant un local pour cette dernière destination. Je prie qu'on me permette de l'expliquer en quelques mots. Ce but est complexe, on va facilement l'apprécier.

La Commission permanente a proposé et distribué un programme des questions à étudier et à résoudre par le Congrès. Mais comment peut se faire cette étude, et quels moyens d'arriver à une solution? Fallait-il tout simplement ouvrir la séance, faire lire par un des secrétaires un paragraphe du programme et entrer immédiatement en discussion ? La chose eût été pleine d'embarras, de difficultés, de confusion et de désordre. Figurez-vous une assemblée aussi nombreuse sur laquelle, sans préparation et sans ordre, tombe un sujet de discussion aussi grave que la plupart de ceux indiqués par le programme ! Les choses ne pouvaient se passer ainsi sans compromettre l'honneur, l'importance et la dignité du Congrès. C'est parce qu'on a presque toujours procédé de la sorte dans les tentatives analogues qui ont été faites jusqu'ici, que l'on n'a produit que des séances confuses et tumultueuses. On a voulu éviter pour le Congrès ce danger, cet écueil, et c'est pour cela que pour l'examen de chaque paragraphe du programme des commissions seront instituées, qui à jour fixe et déterminé d'avance viendront faire un rapport sur ce paragraphe et émettre le projet d'un vœu.

Mais si l'on s'était borné au seul local des séances, où ces Commissions auraient-elles pu se réunir et travailler? où les adhérents des départements qui feront partie des Commissions auraient-ils pu se rencontrer dans cette immense ville ? Qui leur aurait donné l'hospitalité du lieu, du feu et de la lumière ?

Au point de vue sérieux et de l'utilité, ce local était donc indispensable.

Il l'était encore au point de vue de l'ordre et de la facilité des travaux du Congrès. Là, dans ces réunions, dans ces causeries plus ou moins générales, bien des difficultés seront aplanies qui eussent exigé des discussions longues et pénibles en séance; des renseignements, des éclaircissements seront donnés et reçus qui abrégeront la besogne du Congrès. Et puis, les adhérents n'auront-ils pas besoin de se voir, de s'entendre, de se concerter ?

Il n'était pas moins indispensable au point de vue de la politesse et des convenances. Comment ! on aurait invité nos confrères des départements à se rendre à Paris, et la Commission permanente les eût laissés se disperser dans la ville sans leur offrir un point de réunion et de ralliement? Le Congrès, qui est provoqué dans un but d'association générale, eût laissé les adhérents dans leur isolement ? Tout cela ne pouvait ni ne devait se faire, et la Commission médicale me semble avoir eu un juste sentiment des convenances en agissant comme elle a fait.

Une seconde nouvelle de la semaine est l'autorisation accordée au Congrès de se réunir en séance dans la grande salle Saint-Jean de l'Hôtel-de-Ville. Ainsi jusqu'au bout le Congrès trouve bienveillance et protection de la part de l'autorité. Ceci me conduit à dire aux lecteurs du *National* de ne pas ajouter foi à une prétendue conversation qu'aurait tenue M. le ministre de l'instruction publique à la distribution des prix du collége d'Orléans. Ce journal a été on ne peut pas plus mal informé. M. de Salvandy a témoigné toute la bienveillance possible en faveur du Congrès en présence de la Commission permanente, il fait insérer les listes d'adhésions dans le *Journal de l'Instruction publique*, et, à Orléans, voici les propres paroles dont il s'est servi, extraites du *Moniteur officiel :* « ..... Sans avoir, dans le » principe, cru à l'utilité d'un Congrès médical, il était résolu à tout » faire pour que ses délibérations produisissent les fruits qu'on a droit » d'en attendre, et tournassent au profit et à l'honneur d'un corps si » haut placé dans l'estime publique. » Cette version est un peu différente de celle du *National*, ainsi conçue : « ..... Dans le cours des » réceptions officielles qui ont eu lieu (à Orléans), le ministre a fait » connaître son opinion sur le Congrès médical dont il a été question » récemment. Il a déclaré qu'il ne s'était pas opposé à ce projet, mais » qu'il ne l'approuvait pas, parce que, pense-t-il, il n'en peut résulter » rien d'utile. » Le *National*, qui compte dans sa rédaction des confrères qui ont fait leurs preuves pour leur zèle et leur dévouement aux intérêts de notre profession, s'empressera, j'en suis sûr, de rectifier un fait qui pourrait nuire à la manifestation qui se prépare.

Nous aurons donc l'Hôtel-de-Ville ; la majesté et la solennité du lieu ne peuvent avoir qu'une influence favorable sur la dignité de nos discussions, et certes nous ne donnerons pas à l'autorité municipale, pour nous si hospitalière, le déplorable spectacle de l'agitation et du tumulte. Nous devons tous venir au Congrès avec la même pensée, le même désir, la même espérance, c'est-à-dire de coopérer à l'amélioration morale et matérielle de notre profession, d'unir nos efforts vers le but commun que nous voulons atteindre, de nous éclairer réciproquement par des discussions modérées et calmes, et de manifester avec ensemble et dignité des vœux raisonnables dont le pouvoir puisse tenir compte et qu'il puisse satisfaire.

Ce qui aidera beaucoup à obtenir ce résultat, c'est le choix de son président. La Commission permanente, investie de la mission d'en nommer un provisoire pour présider les premières opérations du Congrès, a nommé, à l'unanimité, M. le docteur Serres, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, ancien président de l'Académie des sciences et médecin de l'hôpital de la Pitié. M. Serres a accepté cet honneur, et ce point important et difficile est définitivement réglé. La Commission a trouvé en M. Serres toutes les conditions qu'elle croit nécessaires à une telle présidence, position scientifique éminente, indépendance vis-à-vis des corps enseignants, dignité et honorabilité de caractère, habitudes académiques, sentiment parfait des convenances uni à la fermeté, une mimique grave et imposante,

La Société de médecine de Lyon.
M. Bataille, pharmacien, à Saint-Brieuc.
(Délégué de la Société des pharmaciens des Côtes-du-Nord.)
M. le docteur Lartet, à Bellcville (Seine).
M. le docteur Levrat aîné, ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.
M. le docteur Roussel (Théophile), à Paris.
Les médecins de l'arrondissement de Pontoise dont les noms suivent :
M. le docteur Voillemier, à Senlis (Oise).
M. le docteur J. Leclercq, à Senlis (Oise).
M. le docteur A. Tavernier, à Senlis (Oise).
(Déjà nommé).
M. le docteur Le Roy, à Senlis (Oise).
M. le docteur Bellenger, à Senlis (Oise).
M. Bresillion, officier de santé, à Acy (Oise).
M. le docteur Bauxis-Lagrave, à Betz (Oise).
M. le docteur Bridet, à Chantilly (Oise).
M. le docteur Langlois, à Chantilly (Oise).
M. Desormeaux, officier de santé, à Chantilly (Oise).
M. le docteur Juillet, à Creil (Oise).
M. le docteur Boursier, à Creil (Oise).
M. le docteur Cassagne, à Crepy (Oise).
M. le docteur Durand, à Crepy (Oise).
M. le docteur Thomassin, à La Cahapelle-en-Serval (Oise).
M. Labbé, officier de santé, à Mello (Oise).
M. le docteur Morillion, à Pont-Saint-Maxence (Oise).
M. le docteur Sellerier, à Pont-Saint-Maxence (Oise).
M. Toupié, officier de santé, à Piecy (Oise).
M. le docteur Roboüam, à Rully (Oise).
M. le docteur Assolant, à Rully (Oise).
M. Peaucellier, officier de santé, à Saint-Leu (Oise).
M. Dufour, officier de santé, à Verberie (Oise).
M. Delamarre, officier de santé, à Verberie (Oise).
(Délégué des 24 médecins de l'arrondissement de Senlis, ci-dessus nommés, M. le docteur Juillet, de Creil.)
M. P. Cagny, vétérinaire, à Senlis (Oise).
M. le docteur Blanchet (de Saint-Lô), à Paris.
M. le docteur Bourdin, à Boulogne (Seine).
M. le docteur Baduel, à Sèvres.
M. le docteur Barnetche, professeur à l'Ecole de médecine, à Bordeaux.
M. le docteur Barbet, pharmacien, professeur à l'Ecole de médecine, à Bordeaux.
M. le docteur Roizot, à Autun (Saône-et-Loire).

Total de la dixième liste,	174
Listes précédentes,	827
Total général, à ce jour,	1001

HOPITAL DES CLINIQUES.

M. Cazeaux, suppléant.

De la résistance du plancher du bassin, et de la conduite à suivre dans ces sortes de cas.

Parmi les femmes acccouchées depuis deux mois à la Clinique, il en est trois dont l'accouchement n'a pu se terminer spontanément, et chez lesquelles la lenteur excessive du travail a nécessité l'application du forceps. Toutes les trois pourtant, jeunes, fortes et bien conformées, semblaient, dès le début, faire espérer une terminaison heureuse et naturelle, et chez toutes les trois, la résistance trop considérable du plancher de bassin a rendu impuissants tous les efforts de la matrice.

C'est, en effet, là une cause des plus fréquentes de dystocie que cette résistance des parties molles à la distension qu'elles doivent subir, et nous ne devons pas être étonnés d'en observer, dans cet hôpital, de nombreux exemples. Sur dix applications de forceps, neuf au moins sont faites pour remédier à cette difficulté, et vous n'accoucherez pas un grand nombre de primipares sans la rencontrer.

La fréquence de cette complication m'engage donc à profiter de trois faits que nous avons eu occasion d'observer pour vous soumettre quelques observations sur lesquelle, à mon avis, la plupart des auteurs n'ont pas assez insisté. Mais d'abord, les faits.

Première observation. — La nommée Molière, âgée de vingt-cinq ans, primipare, d'une bonne constitution, et dont le bassin est bien conformé, fut admise à la salle d'accouchement le 12 juillet 1845 à cinq heures du matin. Déjà elle souffrait depuis la veille ; dès neuf heures du soir, les douleurs, bien régulières, s'étaient manifestées, avaient duré toute la nuit, en se reproduisant avec énergie toutes les cinq à dix minutes. A son arrivée à la salle d'accouchement, le col offrait à peine deux centimètres de diamètre dans son ouverture, les membranes étaient intactes, et on put constater une position occipito-iliaque droite postérieure. A cinq heures et demie, les membranes se rompirent spontanément, et il s'écoula un verre à peu près de liquide amniotique. Malgré des douleurs assez vives, mais peu rapprochées, la dilatation ne fut complète qu'à deux heures du soir. A dater de ce moment, la tête descendit peu à peu jusque sur le plancher du bassin ; elle reposait à trois heures sur les muscles du périnée. Les contractions furent d'abord assez énergiques ; mais la femme les aidant peu, la tête ne faisait aucun progrès. Bientôt les douleurs devinrent plus faibles et plus rares, et à cinq heures la sage-femme jugea convenable de réveiller l'action de l'utérus par l'administration du seigle ergoté. Deux grammes furent donnés en trois fois ; la première dose fut prise par la malade à cinq heures et quart, la troisième à cinq heures trois quarts.

Ce médicament eut un effet très marqué et assez prompt, les douleurs se réveillèrent avec cette continuité et cette intensité propres aux contractions ergotées ; mais malgré les efforts volontaires de la femme, qui lui venait en aide, toute l'énergie expulsive de l'utérus ne put parvenir à chasser la tête à l'extérieur.

A six heures et demie seulement, on songea à faire prévenir le chef de service, et il était huit heures quand MM. Cazeaux et Devilliers arrivèrent auprès de la malade.

Ils constatèrent alors :

1° Que la tête, appuyée sur le plancher du bassin, avait exécuté son mouvement de rotation, et que la position occipito-iliaque droite s'était convertie en occipito pubienne ;

2° Qu'une tuméfaction assez considerable existait sur le cuir chevelu ;

3° Que les battements du cœur, dont l'intégrité et la régularité avaient été nettement constatées avant l'administration du seigle ergoté, avaient complétement cessé ;

4° Qu'enfin, les contractions, assez énergiques encore, venaient se briser contre une résistance insurmontable.

L'introduction du forceps fut faite sans difficulté par M. Devilliers, chef de clinique. Les cuillers furent placées à la fois sur les côtés de la tête et du bassin ; leur articulation fut des plus simples, et après quelques légères tractions faites en relevant légèrement les branches au-devant de la symphyse des pubis, l'utérus parut reprendre toute son énergie, et ses contractions, dont toute la violence, excitée par l'ergot, avait été inutile, suffirent pour opérer à la fois le dégagement de la tête et du forceps.

L'enfant était mort ; il pesait 3,300 grammes ; sa longueur totale était de 50 centimètres. Les diamètres de la tête étaient les suivants : Occipito-frontal, 11 centimètres ; occipito-mentonnier, 13 centimètres et demi ; bi-pariétal, 9 centimètres ; sous-occipito-bregmatique, 9 centimètres.

Deuxième observation. — La nommée Jacques, âgée de dix huit ans, primipare, d'une forte constitution et d'une conformation très régulière, fut prise des premières douleurs de l'enfantement le 5 août 1845, à cinq heures du matin. Les contractions, très régulières, déterminèrent la rupture des membranes à deux heures le même jour ; elles persistèrent toute la nuit ; mais, malgré leur énergie, la dilatation du col ne fut complète qu'à neuf heures du matin, le 6.

A dater de ce moment, la tête descendit rapidement dans l'excavation, et une demi-heure après, elle reposait sur le plancher du bassin, encore en position occipito-iliaque droite postérieure. La pression exercée par la tête sur le périnée, sembla activer les douleurs, qu'aidaient un peu les efforts volontaires de la femme ; mais malgré cette énergie d'action, aucun progrès ne put être constaté dans la marche de la tête, qui opéra pourtant un mouvement incomplet de rotation, mouvement par suite duquel l'occiput, primitivement en arrière et à droite, était venu se placer en avant du même côté.

A une heure et demie, nous retrouvâmes les choses dans le même état ; mais la femme, épuisée par trente trois heures de souffrances, demandait avec instance d'être délivrée. D'un autre côté, le temps écoulé depuis la rupture des membranes nous faisait tout naturellement craindre pour la vie du fœtus, malgré les renseignements favorables fournis par l'auscultation, après avoir constaté pendant une demi-heure encore l'insuffisance des efforts de la nature, le forceps fut appliqué. Son introduction, son articulation n'offrirent aucune difficulté, et il suffit de tirer légèrement sur la tête en relevant un peu l'instrument au-devant des pubis, pour voir tout le mouvement d'extension ou de dégagement s'opérer spontanément. Impuissantes jusque-là, les contractions devinrent efficaces dès que par cette manœuvre on eut placé la tête dans des conditions plus favorables à leur action.

Le fœtus était vivant, et offrait une hémiplégie faciale du côté droit. Il pesait 3,700 grammes, et avait une longueur de 50 centimètres.

Les diamètres de la tête étaient : Occipito-frontal, 12 centimètres et demi ; occipito-mentonnier, 14 centimètres ; bi-pariétal, 9 et demi ; sous-occipito-bregmatique, neuf et demi.

Après l'accouchement, l'utérus ne revint qu'incomplétement sur lui-même ; et pendant que nous nous occupions de l'enfant, cette inertie incomplète devint la cause d'une perte assez abondante. Après l'extraction du placenta, les frictions abdominales et les excitations exercées sur le col sollicitèrent la rétraction des fibres utérines ; mais l'utérus paraissant conserver un tendance au relâchement, on administra de suite deux grammes de seigle ergoté, qui ramenèrent la contractilité de tissu, et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Ces deux femmes se rétablirent et sortirent guéries de l'hôpital. Il en est de même de la troisième, chez laquelle le travail offrit les mêmes difficultés et nécessita encore l'application du forceps. Les détails étant les mêmes, je crois devoir les passer sous silence. Seulement, je vous rappellerai que chez elle l'utérus parut jusqu'à la fin conserver toute son énergie, et que les contractions, après une lutte de six heures, pendant lesquelles la tête, fortement pressée contre le plancher du bassin, ne put parvenir à se dégager, étaient aussi fortes, aussi rapprochées qu'au début du travail. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette particularité.

Ainsi que je vous l'ai dit, dans ces trois cas, la résistance offerte par les parties molles du canal pelvien a été la seule cause de la lenteur excessive du travail. Puisque cette expression de lenteur du travail nous est échappée, il importe de préciser le sens qu'on doit lui donner ; car je me suis souvent aperçu que les jeunes praticiens ne savaient pas au juste à quoi s'en tenir sur ce point.

Le travail de l'accouchement comprend, vous le savez, deux périodes bien distinctes : la première, pendant laquelle s'opère la dilatation du col, est appelé période de *dilatation* ou de *préparation ;* la seconde, pendant laquelle l'utérus travaille à se débarrasser du corps étranger qu'il renferme, est la période d'*expulsion*. Dans l'accouchement normal, la durée de la première est à celle de la seconde comme 2 ou 3 sont à 1. Ainsi, chez une femme primipare, dont le travail dure, en général, douze heures, huit à neuf heures seront employées à dilater le col, et trois à quatre suffiront à compléter l'expulsion du fœtus. Eh bien, quand ce travail se prolonge au delà des limites normales, il est très important de distinguer celle de ces périodes sur laquelle porte la lenteur excessive ; car cette distinction doit influer beaucoup sur la détermination de l'accoucheur, et surtout sur le moment auquel il devra intervenir.

La première période, en effet, peut se prolonger vingt, trente, quarante et même soixante heures, sans qu'il en résulte aucun danger pour la mère, et sans que la vie du fœtus soit en rien compromise. Mais la seconde, au contraire, ne peut dépasser certaines limites sans porter une fâcheuse atteinte à la santé, et même à la vie, des deux individus.

Ainsi, tant que les membranes ne sont pas rompues, les eaux écoulées, le fœtus n'a à supporter aucune compression, et les rapports utéro-placentaires conserveront à peu près toute leur intégrité ; et, d'un autre côté, sauf une grande fatigue causée surtout par la privation de sommeil, et chez les femmes nerveuses une grande irritabilité, un effroi difficile à calmer, un découragement considérable pour la mère, il ne résulte aucun inconvénient sérieux.

Mais lorsque après l'écoulement plus ou moins complet du liquide amniotique la période d'expulsion se prolonge au delà de six, huit ou dix heures, il est bien rare que la compression exercée sur le fœtus par les parois utérines rétractées, l'aplatissement plus ou moins prolongé du cordon ombilical, le décollement partiel du placenta, ne compromettent gravement la vie fœtale. Quant à la mère, indépendamment des lésions dont peuvent être le siége l'utérus et les organes voisins, lésions qui, dans les cas les plus heureux, laissent souvent après elles des infirmités dégoûtantes, vous savez combien sont plus fréquentes alors les inflammations consécutives et la fièvre puerpérale.

Au point de vue du pronostic il n'y a donc pas de comparaison à établir entre les deux circonstances que nous venons de distinguer. De là découle nécessairement une indication très importante en pratique ; c'est que si, dans la plupart des cas, on peut sans inconvénient laisser se prolonger la première période, il n'en est pas de même de la seconde : aussi avez vous vu que cinq ou six heures après la dilatation complète du col, l'engagement et la descente de la tête dans l'excavation, nous avons cru devoir intervenir.

(La fin à un prochain numéro.)

---

une intelligence satisfaisante de la matière, un esprit droit et pénétrant, enfin la considération générale dont il est entouré. M. Serres a présidé l'Académie des sciences avec la plus grande distinction, M. Serres n'est pas un drapeau que les partis puissent arborer. Par sa position indépendante, il ne peut susciter aucun ombrage ; par ses travaux, dirigés plus vers la science que vers la pratique, il ne froisse aucune rivalité ; voilà bien des conditions qui ont déterminé la Commission permanente et qui détermineront sans doute le Congrès réuni à ratifier son choix par un vote imposant. Je le désire de tout mon cœur, car ce choix me paraît de tous points excellent.

Voilà donc trois grandes nouvelles de la semaine Ce que l'on peut voir tous les jours ici, c'est l'allongement indéfini des listes d'adhésions ; ce que l'on remarquera avec plaisir dans celle de ce jour, c'est que Lyon, Bordeaux, Nantes, qui jusqu'alors étaient restées, en apparence, un peu étrangères au mouvement, donnent aujourd'hui témoignage de sympathie et d'adhésion. Nous savons aussi que Montpellier et Strasbourg sont en ce moment dans le travail d'enfantement. Le mouvement, cela devient clair aujourd'hui, sera aussi général que possible ; et de la réunion de tant d'hommes éclairés, animés des mêmes bonnes intentions, il est difficile, il est impossible qu'il ne surgisse quelque chose de grand, d'utile, de durable.

Cependant, au milieu de cette agitation générale qui émeut le corps des médecins et celui des pharmaciens, le corps des médecins vétérinaires semble prendre la chose avec plus d'indifférence, et je crains qu'il ne soit pas suffisamment représenté au Congrès. D'où vient cela ? Pourquoi cette corporation qui souffre des mêmes abus, qui éprouve les mêmes besoins, qui a à exprimer les mêmes vœux que la médecine et que la pharmacie, reste-t-elle un peu sourde à l'appel qui lui est fait ? Je vais le dire ici, parce qu'il faut que tout se sache, c'est parce que l'école d'Alfort boude le Congrès, et que l'école d'Alfort tient sous son influence les dix-neuf vingtièmes des vétérinaires du pays. Et pourquoi l'école d'Alfort boude-t-elle ? Parce que une erreur très involontaire a été commise lors des opérations préliminaires du Congrès, parce que, soit par une omission du copiste, soit par oubli, l'école d'Alfort ne fut pas convoquée à la réunion du 2 août, et que d'autres vétérinaires que les professeurs de cette école furent nommés membres de la Commission permanente. *Inde iræ.* Aussitôt que cette erreur a été connue, la Commission a témoigné tout son regret ; elle a communiqué à l'école d'Alfort tous les documents adressés aux autres corps enseignants ; elle a écrit, par l'intermédiaire de son secrétaire, une lettre autographe à son directeur ; elle a fait, en un mot, tout ce que les convenances lui dictaient de faire : l'école d'Alfort est restée inflexible. Elle fait mieux, elle outrage dans son journal les membres de la Commission qui appartiennent à la section vétérinaire.

Cette conduite est fort blâmable, et je ne prendrai pas des gants pour le lui dire. Le Congrès est resté pur jusqu'ici de toute ambition intéressée ; les vétérinaires comme les médecins et les pharmaciens qui composent la Commission n'ont été mus que par un seul mobile, les intérêts des professions qu'ils représentaient. Dans cette circonstance, l'Ecole d'Alfort, si elle avait été véritablement incitée par les mêmes sentiments, devait l'exemple de l'oubli de toute susceptibilité, de toute rancune ; elle devait s'unir d'intention et d'action au grand mouvement qui se prépare, et profiter de la belle place que la médecine et que la pharmacie avaient faite spontanément et librement à cette profession dans l'honorabilité publique. Son abstention est une faute grave à tous les points de vue. La profession vétérinaire avait tout à gagner au contact qui lui avait été préparé, et quand les choses seront bien connues et bien expliquées cette profession n'aura que des récriminations légitimes à élever contre une école dont l'inertie aura paralysé un mouvement utile et généreux. Dans une circonstance où des intérêts aussi graves vont être mis en cause, se laisser guider par de mesquines idées de susceptibilité, n'est point digne d'hommes sérieux et bien intentionnés. J'espère encore qu'Alfort reviendra sur une détermination que personne ne peut louer ; j'espère surtout que les médecins-vétérinaires ne tiendront compte ni de sa colère, ni de sa rancune.

Jean Raimond.

Depuis quelques jours, on a constaté à Bruxelles un certain nombre d'affections typhoïdes, que l'on attribue aux brusques transitions de la température. *(Gaz. méd. belge.)*

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Tumeur du cou de nature douteuse. Difficulté du diagnostic. Indications thérapeutiques.

Au n° 6 de la salle Saint-Côme a été reçu, le 5 octobre, un garçon de six ans, d'une forte et bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Jusqu'à l'âge de quatre ans, cet enfant s'est bien porté ; il n'a jamais eu, disent ses parents, aucune maladie ; il a été vacciné, non variolé. Il y a deux ans à peu près maintenant, ses parents se sont aperçus d'une tumeur, petite alors, qui se montra vers le milieu du creux sus-claviculaire, du côté droit. Cette tumeur prit peu à peu un accroissement considérable, accroissement qui devint d'autant plus fort que la maladie s'éloignait de son début ; la tumeur finit par envahir tout le côté du cou, la partie supérieure de l'épaule. Aujourd'hui elle occupe la partie latérale du cou, s'étend de haut en bas depuis l'articulation temporo-maxillaire jusqu'à la clavicule, et en arrière jusque vers l'épine de l'omoplate. Mesurée par un lien qui se moule sur sa convexité, elle présente de haut en bas une étendue de dix-huit centimètres ; d'arrière en avant, la surface est de 27 à 28 centimètres d'étendue. — L'examen direct et minutieux de la tumeur fait reconnaître les circonstances suivantes : Elle est dure dans plusieurs points, molle ou plutôt moins résistante dans d'autres, et principalement en bas, bosselée, présentant une sorte de renflement plus considérable à la partie inférieure qu'à la partie supérieure ; elle tombe en forme de besace au-devant de la clavicule, dont on peut l'isoler parfaitement en glissant l'extrémité des doigts de manière à la soulever. Antérieurement, elle s'étend jusque vers la partie médiane du cou, et, sans se prolonger à gauche, elle chasse cependant au-devant d'elle et repousse du côté gauche le larynx et la trachée-artère, sans les comprimer. La couleur de la peau n'est pas généralement altérée ; cependant, peut-être est-elle un peu plus rosée que dans les autres parties du corps. Les veines sous-cutanées sont plus développées que dans les autres régions, et on les aperçoit formant un réseau sur la tumeur, offrant le même aspect que les veines sous-cutanées qui se dilatent sur les parois de l'abdomen des hydropiques. Nous avons dit que la tumeur est généralement dure ; cependant, dans quelques points on constate une tendance à la fluctuation. Les lobes que forme la tumeur sont au nombre de cinq ou six principaux, parmi lesquels plusieurs sont subdivisés en lobules plus petits. L'enfant, par suite du développement de cette masse, incline la tête du côté gauche. Il n'y a cependant, malgré le déplacement du larynx et de la trachée, aucune compression de ces parties, qui ont cédé et fui devant elle. Il n'y a pas de gêne de la respiration ; le petit malade ronfle quelquefois pendant la nuit ; mais le ronflement existe souvent chez des sujets bien portants et qui n'ont aucune tumeur du cou. Nous pouvons donc penser que ce phénomène est tout à fait indépendant de l'affection dont nous parlons. On n'observe pas non plus chez lui ce phénomène caractéristique connu sous le nom de *cornage*, et qui est produit par la compression des tuyaux aérifères, comme dans certains anévrismes, dans certains goîtres, etc. Il ne tousse pas, il mange et avale assez facilement.

Quelle est la nature de cette tumeur, et quelles sont les indications thérapeutiques à remplir en pareille circonstance ? Lorsque l'on examine la tumeur avec la plus grande attention, et malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, on peut cependant rester dans le doute sur la nature des tissus qui entrent dans sa composition. On peut, sans trop de témérité, penser qu'elle est de nature tuberculeuse ; une circonstance à l'appui de cette manière de voir, c'est la prédisposition, nous pouvons le dire, des enfants aux affections tuberculeuses. Combien de fois n'avons-nous pas rencontré chez les enfants, des tumeurs plus ou moins volumineuses, dures, bosselées, présentant sous beaucoup de rapports de l'analogie avec celle dont nous nous occupons, et uniquement formées de ganglions tuberculeux, à diverses périodes de leur évolution et en différents états de consistance ou de ramollissement. C'est la matière tuberculeuse que l'on rencontre le plus souvent dans les tumeurs des enfants qui se présentent sous un semblable aspect, et les autopsies nombreuses que nous avons faites nous permettent d'établir ce fait comme constant.

Mais dans le cas actuel, nous avons une remarque à faire ; c'est que la tumeur s'est développée très rapidement, surtout dans les derniers temps, tandis qu'ordinairement les tubercules ne marchent pas aussi vite. Il paraîtrait, d'après le dire des parents, que dans l'espace de deux ou trois mois, la tumeur aurait doublé de volume. Cette rapidité dans l'évolution de la maladie nous portait à penser que peut-être y avait-il ici autre chose que de la substance tuberculeuse. Nous avons craint qu'il ne se trouvât aussi d'autres tissus. Quels pouvaient donc être ces autres tissus ? Il n'est pas rare de voir des tissus encéphaloïdes, et dans ce cas le développement de la tumeur est extrêmement rapide ; de plus, elle s'accompagne de douleurs lancinantes d'autant plus vives, que la maladie dure depuis plus longtemps. Chez notre malade il n'y a point de douleurs semblables, et cette absence d'élancements pourrait peut-être faire renoncer à l'idée de l'existence de l'encéphaloïde. Il pourrait se faire qu'il existât un tissu mixte entre le fongus et l'encéphaloïde ; tissu dans l'épaisseur duquel ramperaient des vaisseaux volumineux. Quoi qu'il en soit, les membres de la Société de chirurgie, auxquels nous avons présenté cet enfant dernièrement, se sont trouvés dans la même perplexité, et comme nous n'ont point voulu se prononcer. Pour nous, nous nous arrêtons, en dernière analyse, à cette idée que la tumeur actuelle est composée d'un tissu mixte, semi-tuberculeux, semi-encéphaloïde.

Quel est le traitement à suivre, et que faut-il faire ? La tumeur s'accroît de jour en jour. Si elle ne menace pas la vie immédiatement, nul doute qu'avant qu'il ne soit longtemps elle ne nuise à l'accomplissement de certaines fonctions organiques indispensables à l'entretien de la vie, et qu'elle ne finisse par comprimer la trachée artère. Si elle est formée de tissu tuberculeux ou encéphaloïde, elle finira par se rompre et s'ulcérer. Serait-il possible de porter l'instrument tranchant sur cette tumeur ? Lorsque l'on remarque qu'elle est formée de plusieurs lobules, qu'elle est accolée au larynx, qu'elle est située dans le voisinage de la carotide, au-dessous de laquelle elle envoie peut être ses prolongements, qu'elle est en rapport avec les vaisseaux sus-claviculaires, avec les nerfs du plexus cervical, lorsque l'on se rappelle que les affections de cette espèce prennent naissance le plus souvent dans les ganglions, qui sont souvent dégénérés, on est porté à penser qu'elle est probablement de nature tuberculeuse ou cancéreuse, partant que l'on ne saurait sans imprudence porter le bistouri sur elle. Enumérons les accidents qui peuvent accompagner l'opération ou en être la suite. D'abord, l'incision de la peau peut déterminer un accident mortel, nous voulons parler de l'introduction de l'air dans les veines. Nous n'avons pas besoin de vous rappeler les observations de Dupuytren, de Beauchêne, dans lesquelles on a vu survenir la mort instantanée après l'ouverture d'une des veines de la région cervicale ; cet accident s'est assez souvent renouvelé pour qu'il soit maintenant hors de toute contestation. Supposons que cette introduction de l'air dans les veines ait été évitée, les dangers ne seront pas moins grands lorsque nous arriverons aux vaisseaux artériels, que nous serions exposé à ouvrir malgré toutes les précautions. Du reste, dans un fait de cette espèce, il faudrait s'attendre à faire, peut-être même au milieu de l'opération, la ligature des artères volumineuses que l'on serait susceptible de couper. Admettons encore ces accidents hémorrhagiques évités, il est probable qu'après l'ablation de la tumeur on trouverait des ganglions dégénérés que l'on ne pourrait atteindre, et qui serait l'occasion de récidives plus ou moins promptes. Tous ces dangers font que nous rejetons toute opération dans le cas actuel. Quant aux autres moyens thérapeutiques, ils consisteraient à modifier le tissu constituant de la tumeur, soit par des sétons, soit par des caustiques, des cautères, des moxas, la pâte de Vienne. Mais si nous avons affaire à du tissu encéphaloïde, à du tissu fongueux, vasculaire, nous aurons des pertes de sang qui affaibliraient notre sujet, ou peut-être une inflammation de ces tissus non moins dangereuse. D'après tout cela, nous avons résolu de ne rien faire pour obtenir la guérison de cette tumeur, des suites de laquelle nous vous tiendrons au courant.

Division congénitale de la lèvre supérieure, de la voûte palatine et du voile du palais. Impossibilité de la staphyloraphie.

Nous avons vu au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, une fille de treize ans, portant une division congénitale de la lèvre supérieure, du voile du palais et de la voûte palatine. Cette jeune fille a été opérée du bec-de-lièvre à l'âge de cinq à six mois, et le résultat de l'opération n'a pas été satisfaisant. Dans une de nos précédentes conférences, nous avons longuement exposé notre manière de voir et d'agir relativement à l'époque à laquelle il faut opérer le bec-de-lièvre. Nous avons dit qu'il y a véritablement deux époques auxquelles on peut faire cette opération ; la première, le second ou le troisième jour après la naissance, ou même dans la première huitaine de la vie ; la seconde, à l'âge de sept ou huit ans ; ces deux seules époques sont convenables. Lorsque les enfants ont déjà quelques mois, ils font des efforts, crient beaucoup, et la violence des contractions musculaires fait déchirer les parties réunies par la suture. Au moment de la naissance, au contraire, les tissus sont plus mous, mais la réunion se fait plus promptement. Lorsqu'on ne l'a point fait alors, il faut attendre jusqu'à l'âge de sept ou huit ans ; on a certainement opéré des bec-de-lièvre à tout âge, mais nous pensons que la période de la vie pendant laquelle on a eu le plus d'insuccès est celle qui s'étend depuis quelques mois après la naissance jusqu'à l'âge que nous indiquons et où l'enfant commence à être assez raisonnable. On nous a donc amené cette jeune fille en nous demandant ce que nous pouvions faire pour elle.

A la lèvre supérieure, la solution de continuité est très simple, et nous l'opérerons prochainement. Mais pour la division du voile du palais et de la voûte palatine, il n'en est pas de même. S'il n'y avait qu'une division du voile du palais, pure et simple, sans division de la voûte palatine, nous n'hésiterions pas à pratiquer la staphyloraphie, opération qui compte assez de succès pour qu'il soit indiqué de la tenter toutes les fois qu'on a quelques chances de réussite. Mais dans les cas où il y avait en même temps division de la voûte palatine, les succès ont été moins fréquents. Cette circonstance serait donc déjà une de celles qui devraient nous engager à rejeter ici l'opération de la staphyloraphie. Mais ce n'est point là la seule raison.

L'enfant n'est pas encore d'un âge où l'on puisse espérer une raison suffisante pour l'astreindre au silence, au repos absolus, nécessaires bien plus que partout ailleurs au succès de cette opération. Enfin peut-être serait-il jusqu'à un certain point inutile de faire courir à cette fille les chances d'une opération, car on est parvenu dans ces derniers temps à fabriquer des appareils tellement ingénieux pour remédier à cette difformité, qu'ils peuvent en quelque sorte remplacer les parties normales. Et à ce propos qu'il nous soit permis de vous signaler un appareil extrêmement curieux et commode, récemment inventé par un chirurgien américain le docteur Stearns ; cet appareil se compose d'un obturateur métallique, plaque bombée, se moulant sur la concavité palatine et s'appuyant sur les dents de la mâchoire supérieure. A l'obturateur se trouve fixée par un ressort très flexible en or, une double lamelle de caoutchouc d'une forme particulière qui, par un mouvement de déglutition que fait le malade vient se placer spontanément au-devant du voile divisé, le remplace, et permet la déglutition facile et l'articulation des sons.

Dans toute autre position de fortune, la connaissance de cet instrument et la possibilité d'en faire fabriquer un pareil eussent suffi pour nous faire rejeter bien loin toute idée d'opération sur le voile du palais. En effet, si simple qu'elle paraisse, si peu dangereuse qu'elle semble devoir être, la staphylorapbie n'est pas sans compter quelques funestes résultats. On a vu des sujets succomber aux suites de l'opération, bien qu'elle eût été faite par des chirurgiens des plus adroits et des plus expérimentés. Mais ici notre malade n'est pas dans une position fortunée, et l'administration des hôpitaux ne pourrait donner une somme assez considérable pour faire l'achat d'un des appareils de M. Stearns. Il y a quelques années nous faisions, en qualité de chirurgien du Bureau central, le service de M. Roux, alors encore à la Charité, lorsque nous reçûmes dans les salles une femme affectée de division du voile du palais. Nous lui fîmes faire par un dentiste de Paris, M. Toirac, un obturateur et un voile du palais métalliques, qui produisirent les plus beaux résultats et rendirent à la malade la faculté de parler distinctement, de manger sans que les aliments sortissent par les narines, etc. Nous avait pris de ne point vouloir faire l'opération de la staphylorapbie chez cette fille ; lorsque le chef du service revint, il voulut la tenter, et bien que l'opération eût été faite avec le plus grand soin, la plus grande habileté, que la malade eût été aussi fort docile, la staphylorapbie fut deux fois suivie d'insuccès.

Dans le cas actuel, la division de la voûte palatine serait évidemment un obstacle de plus à la réussite de l'opération ; aussi ne la tenterons nous point. Mais quel que soit l'appareil que nous employions, nous pouvons vous affirmer que la malade ne sortira point de l'hôpital sans en avoir un.

Si tout nous paraît contre-indiquer l'opération maintenant, ce n'est point à dire que l'on ne devra jamais la tenter chez cette fille. Peut-être, lorsqu'elle aura quelques années de plus, aura-t-on plus de chances de succès, la malade s'y prêtant mieux et comprenant mieux que maintenant la nécessité d'un repos complet pendant plusieurs jours. D'un autre côté, si l'appareil qu'on lui fait remplit bien les indications, la malade ne voudra-t-elle pas plus tard se soumettre à une opération qu'elle regardera comme inutile ?

En résumé, nous pensons que dans le cas de bec-de-lièvre avec division du voile du palais, il sera souvent utile de faire la staphylorapbie ; mais qu'on devra y renoncer presque toujours lorsqu'il y aura division de la voûte palatine ; enfin, que la staphylorapbie ne devra jamais être faite chez les enfants qui par leurs cris, les efforts qu'ils font, compromettent toujours les succès de l'opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 1er octobre 1845. — Présidence de M. MONOD.

M. Macquet, interne à l'Hôtel-Dieu annexe, lit un travail sur le malade atteint de fistule trachéale qu'il a présenté à la Société, dans une des séances précédentes.

Sont nommés commissaires pour l'examen de ce travail, MM. Morel-Lavallée, Deguise père et Cullerier.

— *M. Guépratte*, membre correspondant, donne lecture d'une note sur le traitement de l'hydrocèle, et sur une modification qu'il a apportée à la construction du trois-quarts destiné à faire la ponction.

Le but de la modification proposée par M. Guépratte, est de prévenir l'échappement de la tunique vaginale sur la canule du trois-quarts, échappement qui a pour résultat d'exposer à injecter dans le tissu cellulaire des bourses le liquide irritant destiné à la tunique vaginale ; le moyen employé pour atteindre ce but, consiste dans une sorte de valve qui, fermée, fait corps avec la paroi du trois-quarts, et qui, à l'aide d'une crémaillère contenue dans l'épaisseur de l'instrument, se relève quand on a plongé la canule dans la tunique vaginale, ce qui empêche celle-ci de glisser sur les parois de la canule.

M. Lenoir fait remarquer que, par suite de la disposition donnée à l'instrument, le calibre de la canule se trouve notablement diminué par une portion de la tige du trois-quarts qui reste dans la canule, alors même que celle-ci est ouverte par le retrait de l'autre portion du trois-quarts divisé en deux parties suivant sa longueur. Il pense que si dans la plupart des cas où le liquide de l'hydrocèle n'est pas épais, le calibre ainsi diminué est suffisant, il n'en sera pas de même pour peu que ce liquide soit plus consistant, comme cela s'observe quelquefois. M. Lenoir voudrait que, le coulant étant tout entier dans l'épaisseur de la paroi de la canule, celle-ci présentât seulement à sa partie interne une légère saillie longitudinale qui serait reçue dans une cannelure pratiquée sur la longueur de la tige, ce qui permettrait de retirer cette dernière en totalité.

M. Guépratte dit qu'avec cette dernière modification il deviendrait peut-être nécessaire d'augmenter le volume de l'instrument, et que plus ce dernier est volumineux, plus il expose à l'infiltration du liquide injecté.

M. Huguier trouve que M. Guépratte, en considérant dans son mémoire la gangrène comme succédant presque toujours à l'infiltration dans les bourses du liquide irritant de l'injection, a exagéré un fait vrai dans sa généralité, mais qui est loin d'être constant. Il lui est arrivé d'injecter une fois du vin dans le tissu cellulaire des bourses, sans observer la gangrène comme suite de cet accident. Il regarde ce dernier comme étant dû dans beaucoup de cas, et c'est ce qui eut lieu dans celui qu'il rapporte, à l'inexpérience de l'aide qui, au moment de retirer la seringue, l'amenant directement à lui avant de la séparer de la canule du trois-quarts par quelques légers mouvements de rotation, arrache en quelque sorte du même coup la seringue et la canule qui échappent aux doigts de l'opérateur.

M. Guersant, à qui cet accident de l'infiltration du liquide injecté s'est présenté deux fois dans sa pratique, n'a observé la gangrène dans aucun de ces cas, et, cependant, une fois l'injection consistait en alcool pur ; dans l'autre cas, l'injection était simplement vineuse.

M. Lenoir fait remarquer que l'injection iodée met à l'abri des dangers de l'infiltration, quand celle-ci se produit. Chez un malade auquel l'injection fut faite involontairement dans le tissu cellulaire des bourses, le liquide iodé n'amena aucun accident et fut complétement résorbé. Il s'agissait cependant d'un homme d'à peu près cinquante ans. Chez un autre malade, au contraire, l'injection étant vineuse, détermina par son infiltration dans les bourses, des eschares et une sup-

puration qui amenèrent la mort du malade, homme avancé en âge, il est vrai, mais chez lequel on avait pratiqué immédiatement après l'opération de larges incisions.

M. Guépratte ayant parlé dans sa note d'insuccès comparatifs plus nombreux après l'injection iodée qu'après l'injection vineuse. M. Lenoir lui demande si le mélange d'eau et de teinture d'iode avait été fait à l'avance, pratique qu'il blâme, attendu qu'elle a pour effet d'amener la précipitation de l'iode, qui reste au fond du vase ou de la seringue, et prive ainsi le liquide de ses propriétés les plus importantes. M. Guersant ajoute qu'au moment d'injecter, il a coutume d'additionner le liquide d'une certaine quantité de teinture d'iode. En général, les guérisons par la teinture d'iode lui paraissent plus promptes. Il mentionne un cas dans lequel la récidive après l'injection vineuse a eu lieu au bout de la onzième année.

M. Chassaignac demande à M. Guépratte s'il a suivi, durant un long espace de temps, les malades traités par l'injection iodée, chez lesquels il a admis qu'il y avait récidive. Pour prononcer qu'il y a récidive après ce genre d'injection, il faut attendre un temps assez long pour rendre tout à fait improbable la résorption de l'épanchement secondaire qui succède à l'injection. Quelquefois cette résorption demande plusieurs mois pour s'effectuer complétement. Chez les malades qu'il avait crus non guéris, parce que sans aucune trace d'inflammation, le volume de la bourse persistait pendant six semaines, deux mois, il y a eu plus tard résorption complète, et depuis que M. Velpeau a préconisé l'injection de l'iode, de tous les malades opérés par M. Chassaignac, soit dans les hôpitaux, soit ailleurs, il n'en est pas un seul qui n'ait guéri définitivement. Chez quelques-uns ce travail de résorption a exigé trois mois et plus. Il ne faut donc pas s'empresser d'admettre que la guérison n'aura pas lieu, parce qu'elle se fait attendre au delà du terme ordinaire. M. Chassaignac emploie le mélange dans la proportion de moitié eau moitié teinture d'iode du Codex.

M. Morel-Lavallée ayant suivi longtemps en qualité d'interne ou d'externe la clinique de M. Velpeau, a observé des résultats constamment heureux après l'emploi de la teinture d'iode. Il dit que ce professeur se laisse régler dans la manière dont il emploie l'injection par le degré de sensibilité du malade. Si la douleur est vive, il retire la totalité de l'injection; si elle est faible, il laisse une partie de cette dernière dans la tunique vaginale. Plusieurs cas d'injection iodée dans le tissu cellulaire ont eu lieu sans être suivis d'aucun accident.

— *M. Maisonneuve* présente un kyste d'un aspect remarquable, qu'il a extrait à la face palmaire du cinquième doigt de la main droite, chez une blanchisseuse qui portait ce kyste depuis cinq ans. Depuis quelques jours une espèce d'œil de perdrix qui s'était formé sur la tumeur, s'était ulcéré et causait des douleurs assez vives; la tumeur avait le volume d'un gros œuf de pigeon et gênait les mouvements du doigt. Quoiqu'il conservât des doutes sur la nature de cette tumeur qui lui paraissait fibreuse, et qu'il craignît quelque adhérence aux tendons fléchisseurs, contre lesquels la tumeur paraissait fortement appliquée, M. Maisonneuve crut devoir céder au désir qu'exprimait la malade d'en être débarrassée. Après avoir pratiqué une incision semi-elliptique afin d'enlever une portion de peau qui paraissait amincie et en quantité plus considérable qu'il n'était nécessaire pour obtenir la réunion, il n'éprouva, contre son attente, aucune difficulté dans la séparation de la face profonde qui n'adhérait à la gaîne des tendons fléchisseurs, que par un tissu cellulaire très lâche. Une fois la tumeur enlevée, on y percevait une fluctuation distincte. Incisée profondément, elle laissa échapper un liquide onctueux analogue dans son aspect à du blanc d'œuf. Les parois du kystes sont très épaisses; ce qui explique l'apparence de compacité parfaite qu'elle avait avant l'opération. Le tissu de ces parois semble exclusivement cartilagineux; ce qui fait de ce kyste une variété peu commune. Aucun accident n'a suivi l'opération.

M. Huguier se félicite de ce que cette observation ait été présentée, car elle lui semble de nature à éclairer le diagnostic d'une affection mal déterminée, pour laquelle il donne des soins depuis un certain temps à une malade qui présente au doigt indicateur un gonflement qui de temps à autre s'ouvre spontanément, donne lieu à un suintement d'une durée variable, puis se cicatrise pour s'ouvrir de nouveau sans cause connue.

M. Bérard a observé un kyste analogue chez un cordonnier, qui présentait la tumeur au côté interne du doigt indicateur, dans le point où porte la pression du fil ciré qu'emploient les cordonniers. Ce qui aurait fait penser qu'il s'agissait d'une bourse muqueuse sous-cutanée. Ayant fait une ponction avec l'aiguille à cataracte, M. Bérard fit sortir, mais très incomplétement, un liquide séreux. La poche s'enflamma; on la fendit, et l'on trouva une membrane qui s'énucléa sans aucune difficulté, Le malade a guéri sans accident. M. Bérard rapporte un autre cas dans lequel une tumeur de même nature siégeait à la paume de la main

—Au sujet de ces tumeurs appliquées sur des os et des tendons, sans leur adhérer intimement, et qui semblent s'être développées dans le tissu cellulaire, M. Chassaignac soumet à la Société l'observation suivante : Le 19 juillet 1845 entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 17, le nommé Clément (Jean-Baptiste), âgé de vingt et un ans, tailleur d'habits. Cet homme portait au niveau de la tête du premier métatarsien du pied droit, une tumeur du volume d'une petite noix, très dure, offrant de la mobilité. Cette tumeur était pour le malade une cause permanente de gêne dans la marche, par suite de la pression des chaussures; souvent froissée par les corps extérieurs, elle faisait éprouver des douleurs assez vives; elle avait fait obstacle à une admission dans l'armée pour remplacement volontaire que Clément avait demandée; il désirait vivement être débarrassé de cette infirmité. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, M. Chassaignac opéra de la manière suivante. Encore que la tumeur parût mobile, on avait cru devoir se précautionner d'une scie, dans la crainte de quelque illusion dépendant de la mobilité de la peau. Un lambeau à convexité inférieure servit à découvrir la tumeur. Toute la périphérie externe ayant été disséquée, on arriva à la partie profonde, qui fut détachée sans difficulté de la tête du métatarsien; celle-ci restait enveloppée de son périoste; il y avait comme une surface articulaire entre l'os normal et l'os accidentel. Ce dernier n'avait aucun rapport de continuité avec le tendon du jambier antérieur; il n'était pas sésamoïdien; c'était tout simplement une tumeur osseuse flottante sans aucune connexion, soit avec le tendon, soit avec le métatarsien. La plaie fut pansée par occlusion; le malade fut très bien guéri. Cette variété de tumeur osseuse paraît extrêmement rare; car M. Chassaignac ayant invoqué à cet égard les souvenirs de ses collègues plus expérimentés, tous ont répondu qu'ils n'avaient pas observé de cas identique à celui-là.

— *M. Deguise fils* présente un calcul mural, du volume d'une petite noix, qu'il a extrait il y a environ huit jours, de la vessie d'un enfant de sept ans et demi, par la taille bilatérale. Aujourd'hui il ne s'écoule plus d'urine par la plaie de l'opération. Ce fait a paru remarquable à M. Deguise en ceci que le calcul, bien que garni d'aspérités fort aiguës, n'avait annoncé, jusques il y a quinze jours, sa présence par aucun symptôme bien prononcé, et n'a déterminé aucun écoulement de sang. Ce n'est que dans les quinze derniers jours avant l'opération, que l'on vit survenir de fréquentes envies d'uriner, l'interruption du jet de l'urine et la démangeaison, en quelque sorte caractéristique, à l'extrémité de la verge. M. Deguise se demande s'il ne faut pas attribuer la longue absence des symptômes et leur brusque apparition, à ce que le calcul, d'abord adhérent, avait fini par se détacher, opinion qui, du reste, n'a été confirmée par la présence d'aucun vestige membraneux à la surface du calcul.

M. Morel Lavallée rappelle que rien n'est plus variable que la manière dont les parois de la vessie supportent la présence des calculs. Il y a même ceci de remarquable, que ce sont les calculs volumineux qui trahissent le moins les effets de leur présence, ce qu'on a cherché à expliquer en disant que leur volume faisait obstacle à ce qu'ils fussent chassés sur le col de la vessie : cette circonstance rend compte de la tolérance qui s'établit pour leur contact.

M. Guersant a remarqué sur un grand nombre d'enfants calculeux que ceux qui offrent des pierres murales sont ceux qui souffrent le plus. Il confirme la supposition de M. Deguise relativement à la possibilité d'adhérences dont l'effet eût été de pallier les symptômes de la présence du calcul. En effet, chez deux enfants qui lui ont offert cette particularité de calculs adhérents, il y avait à la fois absence de douleurs et absence de l'interruption du jet urineux. Dans un de ces cas, l'adhérence avait lieu au col de la vessie, dans l'autre elle était si peu douteuse qu'elle détermina la rentrée du calcul dans la vessie au moment où celui-ci avait été amené jusqu'à la plaie extérieure, rentrée à laquelle on ne s'opposa pas d'abord dans la crainte qu'une portion de muqueuse vésicale n'eût été saisie en même temps que le calcul. Mais à une tentative nouvelle il ne resta aucun doute et l'adhérence fut positivement constatée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du tartre stibié à hautes doses dans un cas de tétanos traumatique; par M. le docteur ALLUT, d'Alais.

Un homme âgé de vingt-neuf ans avait reçu depuis quinze jours trois blessures par écrasement au bras gauche; l'une à la partie externe et inférieure de l'humérus, les deux autres à la partie interne du cubitus; et déjà les plaies marchaient vers la cicatrisation, lorsque des accidents tétaniques surgirent tout à coup.

On recourut successivement à une application de sangsues, à l'application d'un vésicatoire au cou, à l'administration de l'opium à haute dose, et à l'ingestion simultanée de l'huile de ricin, etc.

Au bout de douze jours de l'emploi infructueux de ces diverses médications, M. Allut prescrivit 40 centigrammes de tartre stibié dans 120 grammes d'infusé de fleurs d'arnica, avec addition de 30 grammes de sirop diacode; et cette potion fut prise par cuillerée à bouche toutes les heures.

Dès le premier jour que ce moyen fut mis en usage, il fut facile de reconnaître un commencement d'amélioration. La médication fut continuée; et, sous son influence, le malade fut rendu pleinement à la santé dans l'espace de huit jours, pendant lesquels 3 grammes et demi de tartre stibié furent administrés, sans jamais avoir provoqué de vomissement, et sans avoir donné lieu à plus d'une évacuation alvine par vingt-quatre heures.

Nouveau moyen pour faciliter l'application des sangsues, et pour reconnaître celles qui ont servi ou qui ont été gorgées de sang; par M. le docteur BOURSIER, de Creil.

Lorsque M. Boursier prescrit une application de sangsues, il recommande toujours de les immerger préalablement dans un liquide formé de deux volumes de vin et d'un volume d'eau. A peine sont-elles plongées dans ce mélange qu'elles s'agitent et acquièrent une vigueur telle quelles s'attachent immédiatement à la partie sur laquelle on les applique.

Si ces annélides ont servi ou s'ils ont été gorgés de sang, ils le rejettent aussitôt, soit dans le liquide, soit sur le linge dans lequel on les place.

M. Boursier a souvent fait réappliquer des sangsues qui avaient servi huit, quatre et même deux jours auparavant, en prenant la précaution de les soumettre à l'immersion dans le mélange vineux; elles y rejetaient le sang qu'elles contenaient, après quoi elles se trouvaient en état de fonctionner comme si elles n'avaient jamais encore été appliquées.

D'après un ordre supérieur, le ministère des affaires étrangères de Prusse ne pourra plus délivrer de passeports aux étrangers comme par le passé. Les membres du clergé et les médecins renommés sont exceptés de cette mesure, parce qu'on ne suppose pas qu'ils aient en vue des objets politiques. Les autres personnes ne pourront recevoir de passeports à l'étranger que du ministère de l'intérieur.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 121. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 15 OCTOBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

Nous voyons avec la plus vive satisfaction se développer et grandir le mouvement qui émeut, à cette heure, le corps médical tout entier. Personne ne peut douter aujourd'hui que nous n'allions être témoins ou acteurs d'une manifestation grave et sérieuse. A mesure que le plan et les moyens d'action de cette grande affaire se développent, on ne peut se dispenser de reconnaître qu'elle a été conçue avec intelligence, dirigée avec habileté et conduite avec mesure, avec tenue, avec dignité. Pour nous, alors qu'une sorte de vague régnait encore sur les moyens et la possibilité d'exécution, nous tiendrons toujours à honneur d'avoir donné nos encouragements et notre appui à des intentions que nous savions généreuses, sincères et désintéressées; aujourd'hui que le succès est certain, il est permis à la *Gazette des Hôpitaux* de se féliciter de cette œuvre dont elle réclame sa part; il lui est permis de rappeler que c'est par sa rédaction qu'elle a été conçue, que c'est dans ses colonnes qu'elle est née.

Mais cette participation dont nous nous glorifions nous impose des devoirs et nous saurons les remplir.

Le premier consiste à donner aux actes du congrès et à ses discussions toute la publicité de nos colonnes. Placé dans la presse médicale dans des circonstances exceptionnelles de rédaction, de périodicité et de format, nous serons le plus tôt et le mieux renseigné; nous pourrons suivre à peu près jour par jour les actes du Congrès, nous pourrons donner à leur compte-rendu toute l'étendue nécessaire.

Le second de nos devoirs que la circonstance nous impose, c'est de dire sincèrement et librement nos opinions et nos idées sur les questions posées dans le programme de la Commission permanente. La presse, dans cette occasion, ne peut ne doit annihiler son influence et son action; il lui est imposé de mêler sa voix à celle de la grande famille médicale; elle doit voter au Congrès, elle doit surtout exposer les motifs de son vote.

Mais pour utiliser son influence, la presse doit devancer les votes du Congrès. C'est à elle qu'est dévolu le soin de débrouiller la matière, et sans prétendre à une direction que personne n'accepterait, elle peut indiquer les solutions qu'elle croit les plus utiles aux intérêts généraux du corps médical.

C'est ce que nous allons faire dès la semaine prochaine. Aujourd'hui nous ne voulons que dire que l'examen attentif du programme des questions nous a prouvé qu'il avait parcouru le cercle complet de nos institutions. Si solution est donnée à toutes ces questions, le Congrès aura accompli une œuvre immense et qui lui vaudra l'éternelle reconnaissance du corps médical.

Pour nous, et avant d'entrer en matière, nous avons besoin de dire que nos antécédents nous placent en première ligne des partisans d'une réforme qui a pour but les intérêts moraux et matériels de notre belle profession. Depuis dix-neuf ans nous combattons pour elle, et peut-être voudra-t-on se souvenir, dans cette occasion solennelle, que nos efforts n'ont pas toujours été stériles. Mais le mot réforme n'est pas pour nous synonyme de destruction. Si nos sympathies sont acquises aux idées libérales, sages et modérées qui ont jusqu'ici dirigé les actes de la Commission permanente, nous déclarons vouloir combattre avec énergie les extravagances et les impossibilités. Nous sommes profondément convaincu que le Congrès a, sous ce rapport, de grands écueils à éviter. Nous comptons sur l'expérience et les bonnes intentions de ses promoteurs pour que le Congrès ne demande au pouvoir que ce qu'il peut donner; pour qu'il n'émette que des vœux réalisables et basés sur les intérêts généraux bien entendus. Là, et là seulement, le Congrès trouvera sa puissance, sa valeur et ses fruits.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Onzième liste.

M. le docteur Kéraudren, membre de l'Académie royale de médecine, ex-médecin en chef du service des armées navales, à Paris.
M. le docteur Guéneau de Mussy, membre de l'Académie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Paris.
M. le docteur E. Auber, à Paris.
M. le docteur Duval, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Gimelle, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Gerdy jeune, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Burdin, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Jolly, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Récamier, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Rostan, professeur à l'École de médecine, à Paris.
M. le docteur Paul Richard, à Paris.
M. le docteur Vuiton, à Paris.
M. le docteur Serrurier, secrétaire-général de la Société de médecine pratique, à Paris.
M. le docteur Lustreman, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce, à Paris.
M. le docteur Félix Thibert, à Paris.
M. le docteur Delestre, médecin-dentiste à l'hôpital des Enfants, à Paris.
M. le docteur Chevillot, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Potier, à Paris.
M. le docteur Etienne Simond, à Paris.
M. Loze, pharmacien, à Bordeaux.
M. le docteur Gely, chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Nantes.
M. Notré, médecin, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 215, à Paris.
M. Petitpas, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Collin, à La Villette.
M. Leloup, pharmacien, à Limours (Seine-et-Oise).
M. le docteur Bodinier, délégué des médecins et pharmaciens de l'arrondissement de Dinan, médecin en chef de la maison d'asile des aliénés, à Dinan.
M. le docteur Ricordeau, à Seignelay (Yonne).
M. le docteur Lépine père, à Châlons-sur-Saône.
M. le docteur Lépine fils, à Châlons-sur-Saône.
M. le docteur Stanislas Godlewski, à Sorgues (Vaucluse).
M. le docteur Hunault de La Peltrie, à Angers.
M. de Breuze, médecin, à Melun (Seine-et-Marne).
M. le docteur Alipe, ancien chirurgien militaire de l'hôpital de Toulon, membre correspondant de la Société des sciences naturelles de France, membre honoraire de la Société de médecine vétérinaire du département de la Haute-Marne, médecin du Bureau de bienfaisance de Wassy, à Wassy (Haute-Marne).
M. le docteur Hannequin, professeur à l'École, et membre de la Société médicale de Reims;
M. le docteur Decès, *idem;*
M. le docteur Philippe, *id.*
M. le docteur Duval, membre de la Société médicale de Reims.
M. le docteur Bouchard, *idem,*
M. le docteur Depretz, *id.*
M. le docteur Hanvot, *id.*
M. le docteur Maldan, *id.*
M. le docteur Wislouch, *id.*
M. le docteur Langlet, *id.*
M. le docteur Fessaut, *id.*
M. le docteur Carrière, médecin des épidémies, et président du comité de vaccine, à Bézière (Hérault).
M. Rouxel, pharmacien, à Paris.
M. Petit, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Roujon, à Paris.
M. Duvignan, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Daran, à Pau.
M. le docteur Baile, médecin en chef de l'hospice, et médecin inspecteur des Eaux-Chaudes, à Pau.
M. le docteur Ch. Baron, médecin-vétérinaire, à Auch (Gers).
M. le docteur Molas, chevalier de l'Ordre royal américain d'Isabelle-la-Catholique, à Auch (Gers).
M. Prier, pharmacien, à Houdan.
M. le docteur Garnier, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Montargis.
M. le docteur Fiard, à Paris.
M. le docteur Bonneau, médecin de l'hospice des Vieillards, à Mantes.
M. Bosson, pharmacien, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Mantes.
M. Courtois, pharmacien, à Mantes.
M. le docteur Giard, médecin des hôpitaux, à Mantes.
M. le docteur Méry, médecin des épidémies et des prisons, à Mantes.
M. Schneider, pharmacien, à Laroche-Guyon.
M. Gorlier, médecin, à Rosny.
M. Maison, médecin, à Lainville.
M. Chauvet, médecin, à Septeuil.
M. Maucuit, médecin, à la Ville-Neuve.
M. le docteur Simon, à Magny.
M. Dardel, médecin-vétérinaire, à Magny.
M. Lecureur, pharmacien, à Magny.
M. Guelette, pharmacien, à Bonnières.
M. Haranger, pharmacien, à Magny.
M. Mennechis, médecin-vétérinaire, à Louvres (Seine-et-Oise).
M. Evrard, médecin, à Saint-Denis.
M. Le Terrier, médecin, à Saint-Denis.
M. Célières, pharmacien, à Bercy.
M. le docteur Laugier, chirurgien du roi, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien de l'hospice Beaujon, à Paris.
M. le docteur Pichon, à Paris.
M. le docteur Polydore Delmas, à Paris.
M. le docteur Desruelles, à Paris.
M. le docteur Wernicki, à Paris.
M. le docteur Palmier, à Paris.
M. le docteur Pinel de Golleville, à Paris.
M. le docteur Marc Guillemot, à Paris.
M. le docteur Auberge, à Paris.
M. le docteur Lesseré, docteur en médecine et en chirurgie, à Paris.
M. Marcotte, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Humbert, à Castellane (Basses-Alpes).
M. Carbonel, médecin, à Thorame-Haute (Basses-Alpes).
M. Peiron, médecin de la douane, au Villar-Colmars (Basses-Alpes).
M. Collombet, médecin, à Barrême (Basses-Alpes).
M. le docteur Poilroux, à Castellane (Basses-Alpes).
M. le docteur Nonat, médecin des hôpitaux, à Paris.
M. Devillers (Paul), médecin-vétérinaire, à Paris.
M. le docteur Comet, à Paris.
M. Jacquelin, pharmacien, à Wassy (Haute-Marne).
M. Legrand, médecin, à Saint Pierre-sur-Dives (Calvados).
M. le docteur Vial, à Saint-Etienne.
M. le docteur Guyot, à Saint-Etienne.
M. le docteur Quive, à Saint-Etienne.
M. le docteur De Brye, à Saint-Etienne.
M. le docteur Thomas, à Saint Etienne.
M. le docteur Escoffier, à Saint-Etienne.
M. Lepage, pharmacien, à Gisors.
M. le docteur Girault, à Onzain (Loir-et-Cher).
M. Ladmiral, pharmacien, à Saint-Jean-d'Angely.
M. Vivès, vétérinaire à la remonte, à Saint-Jean-d'Angely.
M. Besnard, pharmacien, à Richelieu (Indre-et-Loire).
M. le docteur Delaporte, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Vimoutiers (Orne).
M. le docteur Richard, à Rosparden (Finistère).
M. le docteur Fortoul, à Dijon.
M. Lacarterie, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, représentant de la Société des pharmaciens de la Moselle.
M. Niclausse, pharmacien, président de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Roussel, pharmacien, vice-président de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Jacquemin, pharmacien, membre de la Société des pharmaciens de la Moselle, membre du jury médical, à Metz.
M. Haguardio, pharmacien, membre adjoint de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Rosmann, pharmacien, membre de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Ghevallier, pharmacien, membre de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. François, pharmacien, membre de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Leloup, pharmacien, membre de la Société des pharmaciens de la Moselle, à Metz.
M. Géhin, pharmacien, secrétaire de la même Société, membre de plusieurs sociétés savantes, à Metz.
M. le docteur Masson, de Mirecourt (Vosges).
M. le docteur Rivière, à Paris.
M. Hamelin, pharmacien, à Châteauneuf (Eure-et-Loir).
M. le docteur Bondier, à Montmorency (Seine-et-Oise).
M. Thieullen, pharmacien, à Paris.
M. Guesnier, pharmacien, à Paris.
M. Plasse, vétérinaire, à Niort.
M. le docteur Réveillé-Parise, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Vacher, à Paris.
La Société des pharmaciens de Saint-Brieuc.
M. le docteur Lefol, à Paris.
M. le docteur Adde-Margras (de Nancy), à Paris.
M. Martin, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Autellet, à Sivray (Vienne).
M. le docteur Munaret, à Briguais, près Lyon (Rhône).
M. le docteur Léon Sirand, à Paris.
M. le docteur Fauvé, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
M. le docteur Poulain, à Châteauneuf (Eure-et-Loir).
M. le docteur Crozat, à Tours (Indre-et-Loire).
M. le docteur Garnier-Leteurrie, médecin-adjoint à l'hôpital militaire, à Versailles.
M. le docteur Leuchsenring, D.-M., à Reims (Marne).
M. le docteur Emmanuel Rousseau, chef des travaux anatomiques au jardin du Roi, à Paris.

Total de la dixième liste,	141
Listes précédentes,	1001
Total général, à ce jour,	1142

Errata des dernières listes :
Les vingt-quatre adhésions de l'arrondissement de Senlis ont été indiquées par erreur à l'arrondissement de Pontoise.
Le nom de M. le docteur Reuflet a été mal imprimé.

— Malgré les indications que nous avons souvent données, quelques-uns de nos lecteurs nous demandent où et chez qui l'on peut adhérer au Congrès.

Chez M. le docteur Richelot, trésorier du Congrès, rue Neuve-des-Mathurins, n. 10;

Dans nos Bureaux, rue Dauphine, n. 22 - 24.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Du traitement des accidents secondaires de la syphilis. Préparations ferrugineuses. De quelques indications particulières.

(Suite du numéro du 30 septembre.)

Préparations ferrugineuses. — Les toniques reconstituants doivent tenir une place très élevée dans le nombre des médicaments qui constituent le traitement antisyphilitique. Le fer dans la vérole est pour nous aussi important que le fer dans la chlorose. Ce n'est pas une médication à jeter à la tête de tous les syphilitiques indistinctement; il n'y a pas dans tous les cas indication de reconstituer l'organisme affaibli par la maladie. Chez certains sujets même, il y a pléthore, et

chez ceux-là on ne devra certainement pas donner le fer. Mais toutes les fois qu'avec la vérole vous trouverez un état chlorotique prononcé, ne négligez pas l'indication ferrugineuse, et insistez sur la médication analeptique. On trouve souvent de ces femmes nerveuses et délicates qui sont affectées de céphalées opiniâtres, de migraines tenaces, que quelques pilules de proto-iodure de mercure et de lactate de fer suffisent pour dissiper.

Un mot des préparations sulfureuses. Le soufre semble être un antidote, un neutralisant du mercure, de telle façon qu'il faut éviter de combiner l'emploi des préparations sulfureuses avec celui des mercuriaux. Toutes les fois que vous avez une contre-indication, n'employez pas les sulfureux; mais si vous avez affaire à des sujets chez lesquels l'action pathogénique du mercure domine toujours, la salivation, par exemple, vous trouverez dans le soufre un curatif, un adjuvant du mercure. On voit, d'après tout ce qui précède, que nous raisonnons l'emploi des différentes préparations, quelle qu'en soit la base, pour en faire une application méthodique. Toutes les médications que nous avons passées en revue, trouvent leur usage dans des circonstances qui varient. Cherchons maintenant à trouver dans l'évolution de la syphilis les indications particulières.

Parmi les symptômes les plus précoces, nous voulons dire qui sont les premiers à se manifester, nous trouvons d'abord la chute des cheveux. Sans que ce soit une règle générale, ce phénomène nous a paru cependant un des plus constamment bâtifs. Que doit-on faire alors? On a conseillé de raser les cheveux. Nous pensons que l'on gagne peu à cette pratique; les cheveux tombaient longs, ils tombent courts; nous rejetons donc complétement cette méthode. Mais nous conseillons de faire des frictions sur le cuir chevelu avec des préparations qui aient une action directe sur le bulbe. La pommade que nous employons en ville est la suivante :

Moelle de bœuf préparée,	16 grammes.
Cérat soufré,	16 grammes.
Turbith minéral,	2 à 4 grammes.
Essence de citron, *s. q.* pour aromatiser convenablement.	

On recommande au malade de porter la pommade au bout de ses doigts, sous les cheveux.

Cette préparation trouve encore son application dans les affections du cuir chevelu, caractérisées par des éruptions, par des éruptions sèches particulièrement, soit squameuses, soit croûteuses.

L'engorgement des ganglions cervicaux ne réclame le plus souvent aucun traitement particulier; ces ganglions sont ordinairement assez peu volumineux, et la médication générale suffit pour les faire disparaître. Nul doute qu'on ne pût hâter leur résolution par des frictions avec la pommade au calomélas, mais elles ne sont véritablement point nécessaires. Les éruptions exanthématiques, la roséole, etc., ne réclament rien de plus que le traitement général; il n'y a presque aucune indication locale; les démangeaisons sont peu intenses; le plus souvent, huit ou dix jours de médication générale suffisent pour les faire disparaître. Ici encore, on peut favoriser la disparition du symptôme par des bains gélatineux; mais ce moyen constitue en quelque sorte un traitement de luxe. On peut encore employer des bains de vapeur, d'eau simple, qui produisent les mêmes résultats. Lorsque l'on a affaire à des éruptions squameuses, lichen, psoriasis, affections des plus tenaces, qui cèdent beaucoup moins vite au traitement général, et dont on doit d'autant plus hâter la guérison qu'elles sont plus apparentes et plus caractéristiques, quelles sont les médications à employer? Ici, on trouve un grand avantage à prescrire les bains, les fumigations cinabrées. Nous avons montré dernièrement dans nos salles un homme qui avait le front presque entièrement envahi par une éruption de cette nature, et chez lequel nous avons vu les accidents se modifier avec une rapidité surprenante sous l'influence des fumigations cinabrées. Si l'éruption s'éteint trop lentement, on peut faire usage de la pommade que nous avons indiquée précédemment; une autre pommade que nous recommandons également comme très efficace, est celle que nous formons ainsi :

Cérat soufré,	30 grammes.
Calomélas,	4 grammes.

Nous donnons à cette formule la préférence sur la formule de la pommade simple au calomélas. On fait une friction le soir sur la partie malade, et le matin on lave avec l'eau savonneuse pour enlever les matières grasses. Lorsque c'est sur le corps qu'ont été faites les frictions, on nettoie la peau en faisant prendre des bains alcalins, 4 ou 500 grammes de carbonate de potasse pour un bain ordinaire.

Il y a des circonstances où la desquammation se fait difficilement. Nous avons vu un malade qui avait de véritables gants d'épiderme corné, des plaques plus larges et plus dures que celles de l'ichtyose; cet homme ne pouvait se débarrasser de cet épiderme incommode. Nous lui fîmes recouvrir les mains de sparadrap de *Vigo cum mercurio*, et dans l'espace de quelques jours, sept ou huit, les mains étaient nettoyées. Lorsque l'on emploie dans des cas analogues les gants d'emplâtre de Vigo, on peut ne les faire revêtir au malade que la nuit. Cependant la guérison sera d'autant plus rapide, que le contact de l'emplâtre sera plus prolongé.

Nous n'avons jusqu'à présent étudié que les formes sèches. Mais il est un autre symptôme qui appartient à cette période de la vérole, symptôme des plus incommodes, des plus désagréables, déterminant une véritable douleur, produisant une odeur assez fétide; nous voulons parler des plaques muqueuses. Celles qui exhalent l'odeur la plus repoussante sont celles des orteils, qui causent aussi de vives douleurs aux malades. Les plaques muqueuses sont un des phénomènes qui cèdent le plus rapidement à la médication générale. — Si vous les attaquez localement, elles disparaissent encore plus vite. La médication locale la plus énergique et la plus efficace est la suivante : On lotionne les plaques muqueuses avec un liquide composé de quatre parties d'eau distillée, pour une partie de chlorure d'oxyde de sodium (liqueur de Labarraque). On peut même augmenter un peu la dose du chlorure. Ces lotions doivent être faites deux fois par jour, pour emporter toutes les matières sordides sécrétées par les surfaces malades; puis on saupoudre les plaques muqueuses de calomélas, et l'on garantit avec un linge les surfaces ainsi pansées, du contact des parties voisines. La guérison est tellement rapide (cinq à six jours environ), que dans les hôpitaux il en résulte un véritable inconvénient. Une fois les symptômes locaux disparus, les malades se croient complétement et définitivement guéris, et demandent leur sortie; mais, lorsque les tubercules muqueux ont disparu sous la seule influence du traitement local, ils ne tardent pas à reparaître. On peut employer ce mode de pansement des plaques muqueuses dans presque toutes les régions du corps. Cependant il en est, la bouche, par exemple, où l'on ne peut s'en servir, non plus que sur les amygdales, sur les lèvres; dans ces parties, la médication locale consiste alors en une cautérisation superficielle avec le nitrate acide de mercure. On se contente de toucher tous les deux jours avec ce caustique les points qui sont le siége de l'éruption pustuleuse. Il semblerait que dans ce pansement avec le chlorure d'oxyde de sodium et le calomélas, il se passe une réaction chimique qui viendrait à l'appui de la doctrine de M. Mialhe, en même temps qu'elle prouverait la vérité de notre manière de voir relativement à la formation du deuto-chlorure de mercure et à une efficacité lorsqu'il agit à l'état naissant. En effet, on n'obtient pas des effets aussi nets et aussi tranchés lorsqu'on fait des lotions sur les plaques muqueuses avec la solution de sublimé.

Nous arrivons ici à étudier la thérapeutique des formes plus graves et plus profondes. Dans certaines éruptions, comme dans l'ecthyma profond, il y a un travail d'inflammation ulcératrice de la peau; il faut alors tenir compte de l'accident du symptôme. Ici, bains émollients, gélatineux, cataplasmes de fécule, de farine de graine de lin, fomentations émollientes. Une fois que vous avez fait face aux accidents d'acuité, vous pouvez chercher à instituer un traitement définitif et complet. Lorsque vous avez affaire à des sujets à tempérament scorbutique, les toniques, le vin aromatique, sont naturellement indiqués; est-ce un ecthyma à base indurée? les applications de pommade au calomel, comme dans le chancre indurée, trouvent leur place.

Pour en revenir aux affections des membranes muqueuses, aux éruptions buccales, utéro-vaginales, on aura recours aux gargarismes, aux injections; mais en général, s'il s'agit d'éruptions pustuleuses avec des accidents inflammatoires, on devra d'abord avoir recours aux émollients. Lorsque l'on a à combattre des affections papuleuses, celles qui se montrent dans le pharynx, de dissiper certaines aphonies dont on peut rapporter la cause aux accidents secondaires, on peut faire usage d'un gargarisme composé de décoction de ciguë, 200 grammes; deuto-chlorure de mercure, 2 à 5 grammes. Ce gargarisme a quelquefois l'inconvénient de noircir les dents des malades; aussi sera-t-on quelquefois obligé de porter avec un pinceau le liquide sur les parties affectées, sans qu'il touche à l'émail des dents. On prescrit assez souvent des bains de langue, lorsque cet organe se trouve le siége d'éruptions locales un peu tenaces. Nous ne terminerons pas ce que nous avions à dire des accidents secondaires de la vérole constitutionnelle, sans parler des altérations qui peuvent envahir le larynx et même les poumons. On pourrait, dans ce cas, retirer de grands avantages des cigarettes mercurielles; c'est là véritablement qu'elles trouvent leur emploi comme application locale.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'iritis syphilitique, et de dire que dans le traitement de cette redoutable affection, non-seulement il faut avoir recours à une médication générale énergique, mais encore il est nécessaire de tenir compte des exigences de l'organe malade. Il faut remplir toutes les indications, et cela sans perdre de temps; car les yeux peuvent être perdus en peu de jours, si l'on ne s'en occupe sérieusement. Quant aux conditions de congestion, on fera pratiquer quelques émissions sanguines chez les sujets prédisposés aux congestions et d'un tempérament pléthorique. Si l'on ne peut employer les saignées, on aura recours aux sangsues appliquées à quelque distance des yeux, derrière les oreilles, sur le trajet des veines jugulaires. Lorsqu'il y a des complications inflammatoires très graves, on ne se borne point aux émissions sanguines, on emploie concurremment les purgatifs qui déterminent d'abondantes évacuations séreuses, en même temps qu'ils produisent un effet révulsif sur le canal digestif. L'œil sera mis à l'abri du contact de son stimulant naturel, la lumière; enfin la médication mercurielle sera employée avec la plus grande rapidité. Nous avons eu occasion de dire que dans un cas exceptionnel, il est permis, il est indiqué d'invoquer une des actions pathogéniques, de chercher à produire dans un très court espace de temps une salivation que l'on se réserve de modérer et de traiter lorsque l'effet que l'on en attendait est produit. On ira donc par doses mercurielles croissantes rapides, jusqu'à ce que la bouche soit fortement prise.

Une autre condition de l'organe dont il faut tenir compte, c'est la coagulation de la fibrine, le dépôt de productions plastiques qui se forment quelquefois derrière l'iris. Ici, le mercure agira d'une autre manière encore, comme antiplastique, dissolvant. En même temps on cherchera à mettre l'iris dans des conditions favorables pour qu'il puisse lutter avec avantage contre la tendance à la contraction pupillaire et à la formation des adhérences. Des dépôts plastiques peuvent faire adhérer l'iris avec lui-même; on doit par un moyen mécanique en provoquant des mouvements de contraction et de dilatation de l'iris, empêcher la pupille de conserver à tout jamais le même diamètre, et pour solliciter ces mouvements nécessaires, on emploie la belladone. Cette substance a une précieuse propriété, c'est d'agir comme sédatif spécial en diminuant la sensibilité de l'œil pour la lumière. Soustraire l'œil au pouvoir de la lumière, c'est en quelque sorte ôter une épine à l'inflammation. Ainsi, tandis que la syphilis tend à resserrer la pupille, la belladone la dilate; la syphilis coagule, le mercure dissout et *fluidifie*. Est-ce à dire pour cela que l'on doive dans tous les cas et sans examen employer toujours la même médication? Nullement. Nous vous avons montré un malade qui se trouvait dans les conditions les plus nettes et les plus franches d'iritis syphilitique; cependant il présentait une dilatation exagérée de la pupille, une *mydriase* excessivement prononcée, résultant probablement d'une condition particulière du système nerveux. Dans une circonstance analogue il ne fallait pas donner de belladone au malade; s'il y avait eu une influence d'innervation sur les nerfs ciliaires, nous aurions augmenté par la belladone cette influence d'innervation et nous aurions produit une mydriase plastique. Tout au contraire, nous avons cherché à ranimer la contractilité de l'iris, et pour cela nous avons employé les vésicatoires pansés avec la strychnine. Nous avons eu le bonheur de voir la pupille revenir à peu près à son état normal. Chez ce malade, nous avons obtenu la guérison en employant seulement le traitement antiphlogistique ordinaire.

Des accidents tertiaires de la syphilis.

Les accidents tertiaires ont pour caractère essentiel de ne plus pouvoir, comme les accidents secondaires, se transmettre par voie d'hérédité. Arrivée à cette période, la vérole commence déjà à perdre de sa spécificité; c'est une dégénérescence voisine des scrofules. C'est, suivant nous, la source la plus fréquente des scrofules. Plus la vérole s'éloigne de son point de départ, plus sa physionomie propre tend à se perdre. Ce n'est plus une affection particulière, propre, simple; il y a déjà là combinaison, altération complexe. On se rappelle la loi que nous avons posée, d'après l'observation des faits : la nécessité d'un accident primitif, le plus ordinairement appréciable et facile à constater pour l'homme de l'art. Nous avons occasion de prouver chaque jour par des faits l'importance et la vérité de cette loi, et, pour ne citer qu'un fait, nous avons dans nos salles un homme qui a eu, il y a neuf ans, un chancre induré, chez lequel l'induration persiste encore au bout de ce long espace de temps, et qui a passé par toute la série des accidents de la vérole constitutionnelle. Cette série d'accidents consécutifs peut n'être pas toujours complète. Des chaînons peuvent manquer, ou certains phénomènes peuvent être passés inaperçus, ou avoir été supprimés par le traitement spécifique. Il peut se faire que le médecin ait reconnu des traces de l'accident primitif et des accidents secondaires sans que le malade ait lui-même rien aperçu. Puis, une autre raison encore : les accidents secondaires transmis par hérédité se manifestent ordinairement dans les cinq ou six premiers mois de la vie; puis ils disparaissent, soit qu'on les ait traités, soit qu'on les ait abandonnés à eux-mêmes. Les parents, ou n'ont point su à quelle maladie ils avaient affaire, ou bien ont perdu complétement la mémoire de ces accidents; et plus tard, lorsque des symptômes tertiaires se manifestent, on se croit en droit de se servir de ces faits contre nous et d'en faire usage pour saper notre doctrine. Nous le redisons encore et nous insistons sur ce point. Pour arriver au diagnostic des accidents tertiaires, accidents qui s'éloignent de plus en plus de la nature spécifique de la maladie, nous cherchons d'abord à nous éclairer par la connaissance des antécédents. Toutes les fois que nous y parviendrons, notre diagnostic n'en sera que plus absolu; mais, s'ils sont muets, si surtout les accidents actuels ont été précédés de phénomènes secondaires héréditaires dont on n'a point gardé le souvenir, de ce que nous ne pouvons remonter aux sources, nous ne conclurons pas que ces accidents ne peuvent être spécifiques.

Dr A. FOUCART.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Ecrasement du pied et de la partie inférieure de la jambe par une grosse pierre. Amputation immédiate de la jambe au lieu d'élection. Réflexions sur les amputations faites dans ces circonstances. Mort.

Un homme de vingt-cinq ans environ, fortement constitué et dans la plus belle santé, en travaillant, reçoit une grosse pierre sur le pied et la partie inférieure de la jambe droite, qui furent littéralement écrasés. Transporté dans cet état à l'Hôtel-Dieu, et admis dans la clinique chirurgicale, M. Roux l'examine attentivement, trouve un véritable broiement de toutes les parties molles et osseuses constituant le pied. Le désordre s'étendait même à la partie inférieure de la jambe, dont les tissus étaient profondément contus et tuméfiés. Le chirurgien, tout bien considéré, vit l'impossibilité de sauver ce membre, et proposa au malade d'en faire le sacrifice immédiatement pour prévenir d'autres accidents plus graves, ce qui, ayant été accepté, fut exécuté sans délai. M. Roux pratiqua l'amputation de la jambe au lieu d'élection des anciens, c'est-à-dire au-dessous du genou, cherchant ainsi à s'éloigner autant que possible du siége du désordre, pour opérer sur des tissus parfaitement sains.

Le malade, transporté dans un lit après l'opération, qu'il avait subie avec le plus grand courage, manifesta toute sa satisfaction d'être débarrassé d'un membre qu'il ne pouvait plus conserver, et toute sa reconnaissance pour le service qu'on venait de lui rendre.

Je vous ferai remarquer à cet égard, dit M. Roux, qu'il y a lieu d'espérer un heureux résultat de la bonne disposition dans laquelle se trouvait le malade au moment de l'opération, et dans laquelle il persiste actuellement. Pourtant, il ne faut

pas non plus trop s'étourdir et s'abandonner à cette espérance; car l'état moral actuel pourrait subir un changement défavorable, et les choses changer de face.

Les opérations faites dans ces circonstances, c'est-à-dire presque immédiatement après les accidents, comme aussi tout de suite après les plaies par armes à feu, sont, il est vrai, dans des conditions favorables pour un bon résultat; car les malades sont ordinairement dans un état général de santé satisfaisant; leur moral est aussi plus fort que quand la maladie est venue user les forces de l'organisme et affaiblir la puissance morale; mais en même temps il pourrait survenir plus tard des phénomènes très graves; une inflammation violente peut se développer, surtout chez les individus bien portants et bien constitués, surtout si l'on réfléchit que, dans ces cas, les tissus ayant été fortement contusionnés par la cause traumatique, et cet état de contusion s'étendant fort loin, les opérations qu'on y pratique, quelques précautions qu'on prenne, sont souvent faites sur des parties qui ne se trouvent pas dans un état normal, et qui sont disposées à un gonflement inflammatoire très prononcé, suivi de suppuration fort abondante. Vous concevez alors facilement les dangers auxquels peuvent être exposés les opérés dans ces circonstances. Il est donc utile de pratiquer ces amputations le plus loin possible des parties broyées et contuses, pour tomber, s'il se peut, sur des parties entièrement saines.

Chez notre malade, l'amputation fut faite assez loin du lieu de la fracture comminutive et du désordre des parties molles, pour croire que le couteau est tombé sur des parties bien saines; pourtant, je ne serais pas étonné de voir survenir dans ces parties un gonflement considérable avec tous les phénomènes graves que je viens de vous citer, et avec danger pour la vie de l'opéré. Donc, pour être exact, nous devons dire que cette opération fut faite dans des circonstances favorables sous certains rapports, défavorables sous d'autres, et que nous devons espérer dans un bon succès, sans pourtant trop nous abandonner à cette espérance.

Ici M. Roux se livre à quelques considérations sur les méthodes à lambeaux et circulaires appliquées aux amputations. Nous connaissons déjà les idées du professeur sur ce point de pratique chirurgicale, et nous les avons plus d'une fois fait connaître dans ce Journal; ainsi, nous n'en dirons pas davantage. Nous croyons pourtant utile de reproduire ici les remarques qu'il a faites à propos des amputations de la jambe et de la cuisse comparées entre elles, et qui nous semblent présenter quelque intérêt pratique.

Quoique les amputations des membres, dit-il, soient soumises à des règles générales; néanmoins, chacune d'elles a ses règles particulières, et qu'il faut bien connaître. A la jambe, par exemple, il y a deux os entourés de tissus peu épais, surtout à la partie inférieure, à nu même sous la peau, en avant, dans toute l'étendue du tibia. A la cuisse, au contraire, il y a un seul os entouré de tous côtés de muscles très volumineux. Il s'ensuit que dans l'amputation de la cuisse on a toujours à prémunir contre le résultat de la rétraction très énergique des chairs, qui pourrait mettre à nu l'os coupé, et toutes les suites fâcheuses de cet accident; il faut, par conséquent, dans cette amputation, couper les muscles de manière qu'ils constituent une espèce de matelas qui entoure l'os et le coiffe entièrement.

A la jambe, au contraire, les choses se passent bien différemment. Ainsi, quand on pratique l'amputation à la partie inférieure du membre, comme on a l'habitude de le faire depuis quelques années dans les cas de maladie uniquement bornée au pied, on a très peu de parties molles pour couvrir le moignon, et on peut dire qu'elles se réduisent presque à la peau seule; alors on n'a pas besoin de prendre des précautions pour empêcher la rétraction des muscles, qui se réduisent ici à très peu de chose. Mais quand on ampute en haut du membre, au-dessous du genou, les os sont entourés, principalement en arrière, de muscles très épais, à l'aide desquels on peut parfaitement garantir le moignon. D'ailleurs, comme cette amputation est faite près de l'articulation, il y a à noter que les muscles, s'insérant à peu de distance, ne pourront guère se contracter ni se raccourcir beaucoup; et par conséquent on n'aura pas besoin de prendre autant de précautions qu'à la cuisse pour prévenir le résultat de cette contraction, et le moignon se trouvera bien couvert pourvu que les tissus cutanés soient coupés suffisamment longs. Pour la même raison aussi, dans cette amputation, il y a une grande nécessité de conserver beaucoup plus de peau qu'à la cuisse, où, au contraire, il faut conserver beaucoup de muscles.

Autre remarque: Par cela même que le tibia est volumineux et très prismatique, surtout en haut, il faut se prémunir contre les fâcheux résultats de la crête que cet os coupé présenterait en avant, et qui pourrait ulcérer la peau dont il serait couvert. On a pensé alors avec raison qu'il fallait faire tomber la scie obliquement sur cette espèce d'angle pour l'abattre avant de couper l'os dans sa totalité. C'est ce que, du reste, vous apprendrez dans les cours de médecine opératoire.

En outre, le péroné, au contraire du tibia, est un os mince, et sur lequel les muscles ont de faibles adhérences; il arrive presque toujours que dans les amputations on le coupe un peu plus long que le tibia lui-même, et que plus tard la peau du moignon est ulcérée par cette espèce de saillie que fait l'os. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai depuis longtemps l'habitude de diriger la scie de manière à scier quelques lignes de plus du péroné que du tibia, et j'obtiens ainsi un moignon assez rond, et à l'abri de l'inconvénient indiqué.

Donc, pour nous résumer, à la cuisse, après avoir bien retiré la peau en haut, on pourrait, à la rigueur, couper peau et muscles à la fois jusqu'à l'os, sauf à revenir après à une seconde coupe des chairs qui adhèrent à l'os, et qu'on doit bien séparer de celui-ci. A la jambe, il faut commencer par disséquer la peau tout autour, à deux travers de doigt environ, puis couper les muscles et entrer dans l'espace interosseux, et achever enfin l'opération par la séparation des os. Le second temps de l'opération, c'est-à-dire l'introduction du couteau dans l'espace interosseux, qui réussit assez difficilement aux jeunes chirurgiens, est pourtant d'une exécution très facile lorsqu'on saisit bien la manœuvre très simple qu'on exécute dans ce moment, et qu'on la pratique avec attention.

Après ces remarques, M. Roux présente les pièces pathologiques, c'est-à-dire la jambe amputée. Les parties molles, surtout au pied, sont réduites en un état de bouillie; on les voit aussi profondément contuses et altérées jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Les os du tarse et du métatarse sont broyés généralement, et une fracture comminutive avec plusieurs esquilles osseuses proéminentes au dehors de la peau, existe à la partie inférieure des os de la jambe. Vraiment, en face de lésions si graves, d'un désordre si considérable dans les parties, il aurait été d'une grande imprudence de différer l'amputation dans l'espoir de sauver le membre.

Huit jours après l'opération, l'amputé n'allait pas aussi bien qu'on aurait pu l'espérer; et l'on pourrait dire que les réflexions faites par le professeur sur les avantages, d'un côté, et les inconvénients, de l'autre, de pratiquer les amputations dans les cas d'accidents traumatiques, trouvaient une confirmation. On voyait se réaliser en partie les accidents qu'il disait survenir assez fréquemment à la suite de ces sortes d'amputations. Ainsi, le malade n'éprouvait pas de symptômes graves, mais le moignon s'était enflé au delà des limites ordinaires; la réunion immédiate qu'on avait espéré ne s'était pas faite; le gonflement inflammatoire s'était étendu jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, ce qui avait nécessité l'emploi d'émollients sur le membre. On écarte à dessein les lèvres de la plaie du moignon pour favoriser le travail de suppuration devenu inévitable, et on surveille attentivement le malade. Heureusement les accidents se bornèrent là.

Aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, le malade est dans un état allarmant; la plaie a changé d'aspect, est devenue un peu sèche et grisâtre; le travail de suppuration, indispensable pour arriver à la cicatrisation, semble entravé, sinon entièrement arrêté; la peau qui couvrait l'angle du tibia s'est désorganisée et détruite. L'opéré a eu à plusieurs reprises des frissons ces jours derniers. Il y a, par conséquent, les symptômes caractéristiques d'une résorption purulente, et très probablement le résultat sera funeste.

Le fâcheux pronostic qu'on avait porté à la suite des symptômes qui s'étaient présentés dans l'état général, s'est malheureusement réalisé. L'ulcère déclaré à la peau du moignon fait de rapides progrès; les symptômes de l'infection purulente, tels que frissons irréguliers, teinte ictérique de la peau, subdélirium, prostration extrême des forces, ne peuvent être arrêtés, ni par l'usage du calomel plusieurs fois répété, ni par l'acétate d'ammoniaque, etc., et le pauvre jeune homme expire dans un état d'adynamie extrême.

A l'autopsie, on trouve de nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons; aucuns dans le foie ni dans la rate.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre. — Présidence de M. Caventou.

M. Capuron lit un rapport sur un travail de M. Senn, relatif aux hémorrhagies utérines.

Après quelques observations de M. Moreau, les conclusions favorables du rapport sont adoptées.

— *M. Collineau* lit un rapport sur un travail présenté par M. le docteur Delasiauve, relatif à la théorie de l'aliénation mentale.

M. Rochoux engage à ce sujet une discussion sur l'esprit et la matière entièrement identique à celles que nous avons déjà plusieurs fois reproduites.

M. Castel ne manque pas l'occasion de lui répondre; et après une demi-heure de conversation psychophysiologique, les conclusions favorables du rapport sont adoptées.

— *M. Voisin* lit le discours qu'il a prononcé à la distribution des prix des idiots de Bicêtre.

— La séance est levée à cinq heures.

La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

La correspondance contient 1° une lettre de M. Dezsutières, médecin à Decize (Nièvre), qui demande à être nommé membre correspondant. Il adresse une observation de morve aiguë. — Renvoyé à MM. Depaul, Barth et Forget.

2° Une lettre de M. Mandl, présentant à la même candidature M. Scherrer. Sont jointes deux brochures, intitulées: 1. *Commentatio de ophtalmia gonorrhoica;* 2. de l'Amaurose abdominale. — Commissaires: MM. Chailly, Brierre de Boismont, Caffe.

3° Le numéro du mois de juillet de la Clinique vétérinaire.

Rapports. — *M. Forget* expose au nom de la commission chargée de choisir un sujet de prix à délivrer en 1847, d'une part, que les maladies du col de l'utérus ayant été bien plus exploitées par le charlatanisme que consciencieusement étudiées; d'autre part que des méthodes opposées de traitement ayant été depuis quelques années mises en avant par des hommes sérieux, il y a lieu d'appeler l'attention des praticiens sur leur étude. En conséquence, la commission propose à l'unanimité la question suivante: Des ulcérations du Col de l'utérus et de leur traitement.

La Société l'adopte à l'unanimité.

Les mémoires devront être adressées au secrétaire-général avant le 1er janvier 1847. Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

— *M. Caffe* lit un rapport sur un mémoire intitulé: De l'emploi extérieur de l'extrait de belladone comme fondant dans les ganglionites, les adenites, et surtout dans l'épididymite et l'orchite, par M. le docteur Philippe, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

L'auteur, après une exposition des principes sur lesquels est généralement fondé l'emploi des narcotiques, avance qu'ils ont d'autres propriétés que celles que chacun leur reconnaît, et que l'emploi qui a été fait de la ciguë, par exemple, aurait dû conduire à celui d'autres agents. Il a mis en usage l'extrait de belladone en pommade pour combattre les ganglionites, les adenites, et particulièrement les orchites et les épididymites, et il est arrivé aux conclusions suivantes:

Toutes les fois que les premiers accidents inflammatoires ont cédé à l'action des antiphlogistiques, ou bien dans les cas où la phlogose n'étant pas trop intense, on peut employer les fondants dès le début de la maladie; on retire un grand bénéfice de l'usage de la belladone en frictions. Lorsque la phlegmasie est très violente, elle exaspère les accidents, de façon qu'en général ce n'est qu'après quatre à huit jours qu'on peut y recourir. Toutefois, dans l'exception posée ci-dessus, elle a été employée cinq fois d'emblée par l'auteur, et le succès a été complet. C'est surtout l'induration de l'épididyme que la belladone combat efficacement. En effet, on voit dans la plupart des observations (l'auteur en cite quinze) un noyau d'engorgement persister à la suite d'un traitement antiphlogistique rationnel et disparaître après quelques frictions belladonées. L'action de la belladone est ordinairement très prompte. Il est d'observation cependant que dans certains cas l'amélioration a été rapide au début du traitement, et qu'après quelques jours la diminution s'est continuée avec plus de lenteur. Souvent l'effet est si prompt, qu'au bout d'un ou de deux jours les malades sont débarrassés de toute douleur et peuvent marcher, tandis qu'auparavant il leur était impossible de quitter le lit. On voit des guérisons complètes en cinq, six, neuf, dix, onze jours, soit par l'usage exclusif du narcotique, soit par son association aux antiphlogistiques.

Sur vingt cas qui ont été l'objet des recherches de M. Philippe, le chiffre moyen de la durée du séjour à l'hôpital des individus soumis à ce traitement est de 15 jours. Le nombre le plus élevé est de 33 jours; il y en a un seul exemple. Un sujet est resté 27 jours; un autre 24, etc.

Notre honorable confrère nous fait remarquer qu'il s'est trouvé dans les circonstances les plus défavorables, ayant eu affaire presque exclusivement à des épididymites syphilitiques, ou à des épididymites succédant à des urétrites; et l'on sait combien elles sont plus violentes et plus rebelles que les orchites traumatiques, qui n'ont été qu'au nombre de quatre. En outre, les sujets qui en étaient atteints sont des militaires jeunes, vigoureux, chez lesquels les phlegmasies sévissent avec beaucoup d'intensité.

Quant au mode d'administration, voici comment il fut procédé: Une pommade fut préparée avec un quart d'extrait de belladone pour trois quarts d'axonge; une friction fut faite matin et soir, pendant cinq minutes, avec 2 grammes du mélange. Si à cette dose l'effet est un peu lent, on l'augmentera, on mettra parties égales d'extrait et d'axonge: on pourrait même aller plus loin; mais je n'ai jamais, dit l'auteur, changé la formule. A l'hôpital militaire de Bordeaux, la première proportion a toujours suffi. Si la douleur et l'inflammation s'exaspéraient par ce topique, comme il arrive lorsqu'on ne l'applique pas d'une manière opportune, on le suspendrait, et l'on reviendrait aux émollients, ou même aux antiphlogistiques plus énergiques, s'il était nécessaire. Jamais ce médicament n'a produit d'accidents, soit localement comme excitant, soit par son action générale comme narcotique.

Les épididymites ne sont pas les seuls engorgements qui ont cédé à l'usage, bien entendu, de l'extrait de belladone. On lit dans le mémoire de M. Philippe plusieurs observations de bubons syphilitiques qui ont été promptement dissipés, après qu'on eut préalablement usé des modificateurs des premiers symptômes de l'inflammation. Celle-là lui paraît surtout remarquable: le militaire qui en est l'objet avait eu dix sangsues sur la tumeur; il restait beaucoup d'induration et un gonflement très étendu: la belladone, immédiatement appliquée, le fit fondre en quinze jours.

La même médication, généralisée par son auteur au traitement de ganglionites aiguës des différentes régions, de phlegmons de l'aisselle dans leur période d'induration inflammatoire, de parotitides récentes, de fluxions des gencives, lui donna des résultats également satisfaisants.

Ces expérimentations répétées par le chirurgien principal de l'hôpital militaire de Bordeaux et par les chirurgiens sous-aides du même établissement dans le traitement des orchites et surtout des épididymites, ne réussirent pas moins bien.

Plusieurs avantages signalent l'emploi de cette médication, dit M. Philippe; d'abord la possibilité d'employer la belladone immédiatement après les débilitants, met ce topique au-dessus des autres fondants dont l'application n'est praticable que lorsque les accidents phlegmasiques sont tout à fait calmés. L'onguent mercuriel rentre dans cette catégorie. Donné trop tôt, il pourrait irriter. D'ailleurs il a l'inconvénient de porter à la salivation, chez les sujets irritables, surtout lorsque son administration est trop prolongée. D'un autre côté, il est beaucoup de personnes auxquelles il répugne infiniment de se servir de cet anti-syphilitique.

C'es une préoccupation de M. Philippe qui lui fait dire que l'onguent mercuriel irriterait s'il était appliqué trop tôt sur des surfaces enflammées. Tous les jours ces onctions sont exécutées avec avantage dans les phlegmasies les plus aiguës, contre l'érysipèle par exemple; il suffit de prendre la précaution de se servir d'onguent fraîchement préparé. — S'il donne lieu à quelques accidents dans l'espèce, ce sont alors des abcès métastatiques, et plus rarement la salivation.

Quant à l'iodure de potassium, son application ne peut être faite que longtemps après l'extinction des premiers accidents inflammatoires.

La compression par les bandelettes agglutinatives, bien qu'efficace et donnant de bons résultats, n'est pas plus expéditive que la belladone. Elle n'est pas sans danger. M. Philippe a été témoin d'un cas de gangrène à l'hôpital militaire de Bordeaux, à la suite de son emploi. A la compression sont d'ailleurs inhérentes des douleurs au moment de l'application et de la levée de l'appareil; et puis tous les sujets ne s'y prêtent pas. En conséquence un certain avenir paraît réservé à l'idée de M. Philippe; toutefois il est indispensable avant qu'on prononce définitivement sur son compte, que les recherches d'autres praticiens viennent confirmer les avantages que cette médication semble appelée à procurer.

La lecture de ce travail suscite, en effet, quelques réflexions. D'abord les observations de guérison en vingt-quatre, vingt-sept et trente-trois jours n'ont rien qui séduise tout médecin dégagé d'idées préconçues; car par les moyens ordinaires de traitement on peut obtenir mieux; mais une chose frappe surtout: comment la dose considérable de belladone mise en usage sur chaque malade n'a-t-elle jamais donné lieu, sous les yeux de M. Philippe, à des accidents graves, manifestés soit sur les centres nerveux, soit sur les organes de la vision?

M. Philippe, à la suite des faits qui viennent d'être résumés, expose des opinions théoriques qu'il est difficile de partager, et dont le rapporteur donne une notion très succincte. Il admet un fluide nerveux en circulation dans le névrilème; puis, partant de cette hypothèse, il en établit beaucoup d'autres, mais il les laisse toutes à démontrer.

Conclusions: remercîments à l'auteur, inscription de son nom sur la liste des correspondants.

Extirpation d'un séquestre considérable de l'os maxillaire inférieur. — *M. Depaul* fait la communication suivante: Une jeune fille de huit ans, se trouvant dans de mauvaises conditions, mais non scrofuleuse, avait été prise en mars 1845, s'étant toujours bien portée auparavant, d'une douleur dentaire assez vive, siégeant du côté gauche du maxillaire inférieur et paraissant tenir à la carie des deux premières molaires temporaires. Elle fut conduite chez un dentiste, qui ne put obtenir de faire l'extraction de ces dents. Au bout de quinze jours, la douleur cessa. Une scarlatine peu grave survint. Sitôt après la guérison de l'exanthème, les douleurs se reproduisirent. A

partir de là, il se forma sur le côté de la mâchoire un gonflement qui ne disparut plus. On crut à une *fluxion;* on appliqua des cataplasmes, et bientôt on présenta la jeune fille à un chirurgien pour qu'il ouvrit une tumeur située vers l'angle de la mâchoire. Il s'y refusa, disant que l'abcès s'ouvrirait dans la bouche; au bout de quelque temps, en effet, la malade vomit une grande quantité de pus très infect entraînant des débris de tissu cellulaire gangrené. Une deuxième ouverture se fit peu de jours après au-dessous de l'angle du maxillaire, et la santé générale se détériora gravement.

Appelé alors (29 juillet) près de la malade, M. Depaul constata le gonflement du maxillaire et les deux ouvertures. Un stylet introduit par l'externe, rencontrait une partie osseuse dénudée et mobile; l'interne permettait d'introduire le petit doigt, et par là il était facile encore de sentir une portion d'os mobile. Cette ouverture ayant été agrandie, M. Depaul parvint à extraire, avec la spatule et des pinces seulement, un séquestre comprenant l'angle de la mâchoire, la plus grande partie de la branche montante, plus le tiers ou la moitié du corps. Dans ce fragment, se trouvait une dent de la deuxième dentition; il présente d'un côté l'ouverture du canal dentaire, de l'autre la table externe de l'os. Le tissu, qui était assez rouge à cette époque, est devenu blanc; il paraît un peu plus friable et plus poreux.

Depuis l'opération, la santé s'est modifiée, la fièvre et les transpirations nocturnes ont cessé. Il ne sort que quelques gouttes de pus par l'ouverture externe; elle est garnie de bourgeons charnus très douloureux, que les cautérisations ne modifient pas. Par l'introduction du stylet, on ne rencontre pas de nouvelles parties d'os. L'ouverture dans la bouche ne donne plus de pus. Il y a une solidité assez grande et un défaut de solution de continuité, qui rendent certain un travail de reproduction.

— *MM. Delavacherie* et *Philippe* sont nommés membres correspondants.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire annuel*,

REVUE GENÉRALE.

Du traitement de la dysenterie bilieuse par l'ipécacuanha. — M. Millet, de Tours, publie dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, un travail sur ce sujet. Après avoir établi l'inanité des divisions admises par les anciens auteurs quant aux diverses formes de dysenterie, et passé rapidement en revue les diverses méthodes thérapeutiques conseillées contre cette affection, l'auteur énumère les différentes épidémies de dysenterie survenues depuis un siècle et demi, et contre lesquelles on employa l'ipécacuanha. Dans toutes les épidémies ajoute-t-il, l'ipécacuanha a été donné comme vomitif et non comme purgatif. Toutes les fois qu'on a voulu faire vomir et purger en même temps, on a substitué le tartre stibié à l'ipécacuanha. Nous ne pouvons donc admettre, avec M. le professeur Trousseau, que « l'effet de l'ipécacuanha est d'autant plus certain qu'il a donné lieu à des garderobes. Quand, au contraire, ce médicament ne purge pas, il a moins d'action, et même Cullen nie que dans ce cas il en ait aucune; aussi pense-t-il qu'il agit ici comme laxatif. »

Il est, du reste, admis par tout le monde que l'effet purgatif de l'ipécacuanha est à peu près nul. L'auteur cherche à démontrer par des observations que ce n'est pas comme purgatif, mais bien comme vomitif que ce médicament a agi sur ses malades. Nous citons comme une des plus concluantes, l'observation suivante :

Madame Girault, âgée de soixante-seize ans, d'une bonne constitution, fut prise le 6 août, dans le courant de la journée, de violentes coliques avec envies fréquentes d'aller à la garderobe. Les selles étaient séreuses, sanguinolentes. La nuit se passa fort mal; madame Girault se présenta au moins trente fois à la garderobe; et la plupart du temps elle ne rendit que des mucosités sanguinolentes en très faible quantité : l'émission des urines était très difficile.

La journée du 7 n'ayant apporté aucun changement dans l'état de cette malade, on me fit appeler dans la soirée. Voici quel était l'état de cette dame à mon arrivée : céphalalgie frontale; facies animé; yeux brillants; langue sèche, couverte d'un enduit jaune très épais; haleine horriblement fétide. La malade a eu dans la journée de fréquentes envies de vomir, qui sont actuellement calmées; soif vive; ventre très douloureux, très chaud; gargouillement dans la fosse iliaque gauche, douleur intolérable à la pression; chaleur et cuisson à l'anus, surtout au passage des matières fécales; peau sèche et chaude; pouls à 110, faible. — Eau de riz pour boisson; deux quarts de lavement avec l'amidon

Le 8 août, la nuit a été mauvaise; madame Girault a demandé le bassin au moins cinquante fois; elle a rendu des matières muqueuses membraniformes et sanguinolentes; elle a eu beaucoup de difficulté à uriner. Il y a eu un peu de délire. La face est très colorée; la céphalalgie est très vive; le pourtour de la bouche et celui des ailes du nez sont manifestement jaunes; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre très épais, la bouche est amère, l'haleine très fétide, la soif vive, le ventre excessivement douloureux; des coliques continuelles et atroces arrachent des cris à la malade; la peau est sèche; le pouls très petit, 116; elle a eu au moins soixante-dix à quatre-vingts selles en vingt-quatre heures. — Eau de riz édulcorée avec le sirop de coings. — *Pr.* Ipécacuanha gris concassé, 4 grammes; faites bouillir pendant dix minutes dans 125 grammes d'eau; ajoutez sirop de fleur d'oranger, 30 grammes. Une cuillerée à bouche toutes les dix minutes, jusqu'à ce que la malade ait pris la moitié de cette potion.

Après l'ingestion de la première cuillerée, madame Girault a eu des vomissements très abondants, qui se sont renouvelés à chaque prise de la potion; mais les selles ont été immédiatement suspendues.

Le soir, la malade accuse un mieux un peu prononcé, et elle me supplie de la laisser reposer pendant la nuit et de ne pas lui administrer le reste de cette potion.

Je l'engage à prendre de l'eau de riz édulcorée avec du sirop de coings pour calmer sa soif, qui est encore assez vive.

Le 9, madame Girault a reposé une partie de la nuit. Vers quatre heures du matin, elle a ressenti quelques coliques, et jusqu'à neuf heures du matin elle a eu six garderobes. Le pouls donne 80 pulsations. — Recommencer à prendre la potion indiquée la veille.

Le 10, la guérison paraît assurée; la malade n'a pas eu de selles depuis vingt-quatre heures; elle a rendu hier encore une grande quantité de bile; la céphalalgie est dissipée; la langue est belle, humide; la soif ordinaire, l'appétit peu prononcé; le ventre nullement douloureux; le gargouillement a cessé de se laisser percevoir. Plus de coliques; les urines ont coulé librement; la peau est légèrement humide de sueur; le pouls est à 70. — Un riz à l'eau.

Le 15 août, madame Girault est parfaitement guérie.

Usage externe de l'huile de foie de morue dans l'ophthalmie scrofuleuse. — Les *Annales oculistiques* ont rendu compte d'un travail sur ce sujet, publié dans les journaux allemands par M. Brefeld. Dans ce mémoire, l'auteur traite de l'usage de l'huile de foie de morue en applications topiques dans le traitement de quelques maladies scrofuleuses; il vante beaucoup la pommade suivante pour combattre les ulcères scrofuleux qui succèdent à l'inflammation et à la suppuration des ganglions lymphatiques :

Huile de foie de morue,	16 parties;
Jaune d'œuf ou axonge,	12 parties;
Sous-acétate de plomb liquide,	8 parties.

M. F. S. A. une pommade homogène. On en enduit des plumasseaux, qui sont appliqués sur les ulcérations.

Dans les cas d'ophthalmie scrofuleuse, surtout dans ceux de blépharite avec photophobie, M. Brefeld conseille d'enduire les bords libres des paupières avec de l'huile de foie de morue pure.

M. Cunier a fréquemment recours à l'usage externe de l'huile de foie de morue dans les ophthalmies scrofuleuses accompagnées de forte photophobie, d'écoulement abondant de larmes et de tuméfaction des paupières; il l'associe dans ces cas à l'extrait alcoolique de belladone, dont il prescrit une partie pour deux d'huile introduite entre les deux paupières au moyen d'un pinceau convenablement chargé. L'huile de foie de morue rend de bons services dans les ulcérations scrofuleuses de la cornée, et hâte d'une manière remarquable la résorption des taches de cette membrane. Dans les ulcérations interciliaires, cette huile rend aussi de bons services; M. Cunier l'emploie alors sous forme de pommade, ainsi formulée :

Précipité rouge,	4 grains.
Huile de foie de morue,	1 gros.
Cérat d'Edimbourg,	40 grains.

Cette pommade donne de bons résultats dans les nuages de la cornée suite de pannus vasculaire, dans le pannus celluleux, les ulcérations atoniques, etc.

Bibliographie.

Du Mariage, considéré dans ses rapports physiques et moraux;
Par le docteur SERRURIER.

On s'est assez souvent élevé contre les unions disproportionnées et si fréquemment fâcheuses, que l'on désigne sous le nom de mariages de convenance, mariages d'intérêt, pour qu'il soit inutile de nous appesantir sur l'importance et la haute moralité de la question que soulève l'auteur du livre dont nous rendons compte. C'est au point de vue physiologique surtout que M. Serrurier a envisagé le mariage, et relativement aux modifications que peut faire subir à l'espèce humaine l'alliance de sujets d'âges très différents, de constitution détériorée ou entachée d'un principe constitutif héréditaire; et le mot *héréditaire*, dit l'auteur, s'applique non-seulement à ces affections transmissibles des pères et mères aux enfants par voie de génération, mais encore à cet état particulier de l'organisation qui, par similitude, dispose les descendants aux mêmes maladies auxquelles les ascendants ont successivement succombé. M. Serrurier pense que l'on doit toujours proscrire le mariage entre des sujets qui se trouvent dans ces fâcheuses conditions. Or, souvent, il serait impossible, d'après la vue seule des sujets, de reconnaître une prédisposition native. Un des meilleurs moyens pour découvrir le mystère des affections susceptibles de devenir héréditaires, serait de remonter à l'organisation primitive des parents ascendants et de leurs descendants. Il serait possible d'arriver ainsi à reconnaître les causes susceptibles de s'opposer à telle ou telle alliance, et de savoir quelle garantie peut donner telle ou telle constitution dans l'une ou l'autre de ces générations successives. Il est facile de comprendre que, pour arriver à ce résultat, il sera très souvent nécessaire de consulter le médecin, dont l'opinion sera de la plus haute importance. Nous aurions voulu qu'à ce propos M. Serrurier eût jeté un coup d'œil sur la question de savoir jusqu'où, en pareille matière, doit s'étendre le devoir du médecin, et quelle doit être, à son avis, sa conduite dans des cas analogues à celui qui coûta la vie à un célèbre professeur de Montpellier.

La petite brochure de M. Serrurier, qui n'est en quelque sorte que l'avant-propos d'un travail plus considérable dont il s'occupe en ce moment, et dans lequel il développera longuement les idées qu'il n'a qu'indiquées ici; cette brochure, disons-nous, sera lue avec intérêt non-seulement par les gens du monde, auxquels elle s'adresse plus particulièrement, mais encore par les médecins, qui y trouveront de sages réflexions, fruit de la longue expérience et des méditations journalières d'un praticien instruit.

NOUVELLES.

A la suite du concours pour le grade de pharmacien aide-major qui vient d'avoir lieu à l'Hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés ainsi qu'il suit :

1 Merchier; 2 Delezenne; 3 Riquier; 4 Froté.

— Le ministre a été consulté sur la question de savoir si la décision du 23 février 1845, qui remplace par un caban la redingote des officiers d'infanterie, est applicable aux officiers de santé militaires.

Cette décision ne concerne que les officiers de troupes désignés au Journal militaire. Quant aux officiers de santé, leur uniforme reste fixé tel qu'il est décrit par la décision du 14 juillet 1844; la redingote continue de faire partie de leur tenue, et, dans aucun cas, ils ne doivent faire usage du caban. (*Solut. minist. du 30 sept.* 1845.)

— M. Balland, chirurgien élève de l'Hôpital de perfectionnement, est décédé.

— Sont nommés dans l'Ordre de la Légion-d'Honneur : (officier), MM. Guillemard, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux; (chevaliers), Collin, chirurgien major de 2e classe, au 40e de ligne; Drouault, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er d'artillerie; Faseuille, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne; Claude, *idem* en Algérie.

La ONZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les articles : Rétrécissements de l'urètre chez l'homme (avec figures), Rétrécissements de l'urètre chez la femme, Rétention d'urine, Dépôts, Abcès urineux, Infiltration d'urine, Cathétérisme chez l'homme, Cathétérisme chez la femme, Fistules de l'urètre, Incontinence d'urine, Polypes de l'urètre, Accidents des maladies de l'urètre, et commence par les Affections du pénis, les Maladies des organes génitaux proprement dits. Ces maladies seront terminées dans la prochaine livraison.

Ces articles importants sont traités avec tous les développements désirables.

La 12e livraison, qui complète le IVe volume, est sous presse, et paraîtra le 1er novembre prochain.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 122. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 17 OCTOBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

L'ouverture du Congrès aura lieu le samedi, 1er novembre prochain, jour de la Toussaint, à midi, sous la présidence de M. Serres, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville.

Une convocation directe sera adressée à tout adhérent. Les lettres circulaires s'impriment en ce moment.

Le cercle de la rue Duphot, n° 10, sera ouvert aux adhérents le 29 octobre, à neuf heures du matin.

On ne sera admis, à l'Hôtel-de-Ville et au Cercle, que sur la présentation de sa carte.

Les adhérents des départements trouveront leur carte chez M. le docteur Richelot, trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10.

Les adhérents de Paris qui ne l'ont pas encore reçue sont priés de la faire retirer chez M. Richelot. Les adhésions sont devenues si nombreuses qu'il sera peut-être impossible de les faire parvenir toutes à leur adresse.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Douzième liste.

M. le docteur Simon (de Metz), à Paris.
M. le docteur Bonnet-Malherbe, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre.
M. le docteur Flamant, chirurgien en chef de l'hôpital, à Schelestadt (Bas-Rhin).
M. le docteur Masurel, chirurgien aide-major au 22e léger, à Schelestadt.
M. le docteur Miramond, chirurgien-major au 10e de dragons, à Schelestadt.
M. le docteur Mistler, médecin cantonnal, à Schelestadt.
M. le docteur Ringeissen, médecin du Bureau de bienfaisance, à Schelestadt.
M. le docteur Stæbel, ancien médecin cantonnal, à Schelestadt.
M. le docteur Tavernier, médecin en chef à l'hôpital, à Schelestadt.
M. Dény, pharmacien, à Schelestadt.
M. Gentel, pharmacien, à Schelestadt.
M. Fessen Meyer-Mercklin, pharmacien, à Schelestadt.
M. Miltenberger, vétérinaire de l'arrondissement, à Schelestadt.
M. Poilvert, vétérinaire, au 10e de dragons.
M. le docteur Rack, médecin cantonnal de Benfeld (Bas-Rhin).
M. le docteur Blum, médecin cantonnal, à Rosheim.
M. le docteur Faullier, à Barr.
M. le docteur Schwebel, à Barr.
M. le docteur Kayser, à Barr.
M. le docteur Sultzer, médecin cantonnal, à Barr.
M. le docteur Léon Simon, à Paris.
M. le docteur Giraud, à Paris.
M. le docteur Perry, à Paris.
M. le docteur Py, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Narbonne.
M. le docteur Desbarreaux-Bernard, président et délégué de la Société royale de médecine de Toulouse.
M. le docteur Dassier, à Toulouse.
M. le docteur Gaussail, à Toulouse.
M. le docteur Parent, à Toulouse.
M. le docteur Ducasse, secrétaire-général de la Société de médecine, professeur à l'Ecole de médecine, à Toulouse.
M. le docteur Bessières, professeur à l'École de médecine, et médecin des hôpitaux, à Toulouse.
M. le docteur Beteille, à Toulouse.
M. Conseran, pharmacien, à Toulouse.
M. le docteur Szokalski, médecin du Bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Berthier, médecin du Bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Institut, Inspecteur-général de l'Université, à Paris.
M. le docteur Delarue, à Paris.
M. le docteur Blandin, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
M. Mangot, vétérinaire, à Saint-Didier.
M. Verrier aîné, vétérinaire, à Rouen.
M. Verrier jeune, vétérinaire, à Rouen,
M. le docteur Neboux, à Paris.
M. Thorel, pharmacien, à Avallon (Yonne).
M. Carrère, médecin, à Paris.
M. Blondel, pharmacien, à Mer (Loir-et-Cher).
M. Macé, vétérinaire, à Mer (Loir-et-Cher).
M. Liance, pharmacien, à Paris.
M. Radaune, pharmacien, à Gournay.
M. Pitel, pharmacien, à Avranches.
M. le docteur Pirault-des-Chaumes, à Puteaux.
M. Pouzadoux, pharmacien, à Courbevoie.
M. le docteur Bouchy, à Courbevoie.
M. Lagnistre, vétérinaire, à Rouen, doyen des vétérinaires de la ville et de l'arrondissement de Rouen, commissionné de M. le préfet, et surveillant la quatrième circonscription sanitaire zoonomique, *ad honores*, membre du conseil central de salubrité du département, etc., etc.
M. le docteur J. Boyveau, à Bourg-la-Reine (Seine).
M. Froté, pharmacien, à Sainte-Menehould.
M. Lecomte, médecin, à Châtillon-sur-Loire (Loiret).
M. le docteur Foujols, à Saint-Galmier (Loire).
M. le docteur Ladevèze, à Saint-Galmier (Loire).
M. le docteur Rion, médecin de la douane et de l'hospice de Paimbœuf, à Paimbœuf (Loire-Inférieure).
M. le docteur Neuville, adjoint au maire, médecin de l'hospice de Bernay (Eure).
M. le docteur Lefebvre, président de l'Association médicale d'Yvetot.
M. le docteur Omouton, secrétaire de l'Association médicale d'Yvetot.
M. Vacheron, médecin, à Jouy-sur-Morin (Seine-et-Marne).
M. Jacobi, médecin cantonnal, à Schiltigheim.
M. Bach, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.
M. Fahlmer, pharmacien, à Strasbourg.
M. le docteur Robert, préparateur d'anatomie chirurgicale et pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg.
M. Huber, médecin, à Strasbourg.
M. König, vétérinaire, à Strasbourg.
M. le docteur Lambert, dentiste, à Strasbourg.
M. le docteur Deyber, à Strasbourg.
M. Clausing, médecin communal, à Strasbourg.
M. Legrand, pharmacien, à Strasbourg.
M. Zeysolf, médecin communal, à Strasbourg.
M. Hirtz, médecin cantonnal, à Saverne.
M. Levis, médecin de l'hôpital civil, à Saverne.
M. Chaumont, médecin, à Strasbourg.
M. Kuntz, médecin cantonnal, à Marmoutier.
M. Herbelé, médecin cantonnal, à Hochfelden.
M. Arnold, médecin cantonnal, à Haguenau.
M. le docteur Lambert, à Haguenau.
M. le docteur Gass, à Momenheim.
M. le docteur Heriog, à Strasbourg.
M. Paton, pharmacien, aux Batignolles.
M. Lescane, pharmacien, à Rouen.
M. Bouley, vétérinaire, professeur de clinique à l'École d'Alfort, président honoraire de l'Association vétérinaire des départements du Nord et du Pas-de-Calais, et délégué de cette association.
M. Delplanque, médecin-vétérinaire, à Douai, secrétaire de l'Association vétérinaire des départements du Nord et du Pas-de-Calais, et délégué de cette association.
M. Desaux, ancien chirurgien-major, membre de l'Académie royale de médecine, maire de la commune de Béruges (Vienne).
M. le docteur Labouret, médecin de l'hôpital de Lafère (Aisne).
M. le docteur A. de Lignerolles, ancien professeur à l'Ecole pratique, à Lignerolles, par Balleroy (Calvados).
M. Binet, médecin en chef du service de santé des douanes, à Dieppe.
M. Beande, vice-président du Conseil de salubrité, médecin-inspecteur des établissements d'eaux minérales du département de la Seine, à Paris.
M. le docteur, Morisse, délégué de l'Association médicale d'Yvetot.
M. le docteur Chalvet, à Saint-Marcellin (Isère).
M. le docteur Richart, médecin en chef de l'hospice civil et militaire de Chauny (Aisne).
M. Barny, pharmacien de l'Ecole de Paris, à Chauny (Aisne).
M. Jacob, pharmacien, à Paris.
M. Coquil, pharmacien, à Paris.
M. Fauché, médecin, au Châtelet (Seine-et-Marne).
M. le docteur Rossin, chirurgien en chef de l'hôpital de Vesoul (Haute-Saône).
M. le docteur Billot, à Vesoul.
M. le docteur Sullot, à Vesoul.
M. le docteur Bressand, à Vesoul.
M. le docteur Jacnutot, à Port-sur-Saône.
M. le docteur Chiclet, à Gomberjon.
M. le docteur Renard, à Montcourt.
M. le docteur Metzker, à Montbazon.
M. le docteur Alliès, à Luxeuil.
M. Millot, pharmacien, à Vesoul.
M. Bilquez, pharmacien, à Vesoul.
M. Maneglier, pharmacien, à Vesoul.
M. Jacquinot, médecin, à Jonvelle.
M. Studzinski, vétérinaire, à Combeau-Fontaine.
M. le docteur Bailleul, aide major à l'hôpital militaire de La Rochelle, membre de la Société médicale de la même ville.
M. le docteur Brossard, membre de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Casimir, président de la Société médicale, à La Rochelle.
M. Cormerais-Castel, pharmacien de 1re classe de l'Ecole de Paris, membre de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Deletant, membre de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Dorbigny, archiviste conservateur de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Drouineau, membre de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Godelier, membre correspondant de l'Académie de médecine, vice-président de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Garreau, médecin en chef de l'hôpital militaire, membre de la Société médicale, à La Rochelle.
M. le docteur Gobert, dentiste, à La Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Gaudin, à La Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Meyer, à La Rochelle, secrétaire de la Soc. médic.
M. le docteur Ronneix fils, médecin en chef de l'hospice civil de La Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Sauve, à la Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Tournade, à Aubretière, près La Rochelle, membre de la Société médicale de La Rochelle.
M. Vivielle, docteur en médecine et en chirurgie, chirurgien en chef de l'hospice civil de La Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Wanderbach, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de La Rochelle, membre de la Société médicale.
M. le docteur Ronneix père, à La Rochelle, membre honoraire de la Société médicale.
M. le docteur Desrioux, à Sussy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Guenée, à Lonjumeau (Seine-et-Oise).
M. le docteur Davesne, à Ris (Seine-et-Oise).
M. le docteur Freydefond, à Soisy-sur-Etiolles (Seine-et-Oise).
M. Delaporte, pharmacien, à Sussy (Seine-et-Oise).
M. le docteur Descombes, à Draveil (Seine-et-Oise).
M. Fleury, pharmacien à Lonjumeau (Seine-et-Oise).
M. Cutti, médecin, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).
M. Pujol, médecin, à Ballancourt (Seine-et-Oise).
M. Cristophe, pharmacien, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).
M. Legendre, médecin-vétérinaire, à Villeneuve-le-Roi (Seine-et-Oise).
M. Testori, médecin-vétérinaire, à Essonne (Seine-et-Oise).
M. Biez, pharmacien, à Pont-Thierry (Seine-et Marne).
La Société des pharmaciens du Mans.
M. le docteur Rétif, chirurgien en chef des hospices de Sens.
M. Jamet, officier de santé, à Paris.
M. le docteur Payen, à Paris.
M. Dupray, pharmacien, au Havre.
M. Delisle-Pigault, pharmacien, à Etampes.
M. Girault, pharmacien, à Paris.
M. Gruel, pharmacien, à Triel (Oise).
M. Lécluse, pharmacien, attaché à la pharmacie Dupray, au Havre.
M. Ancelin, pharmacien, à Paris.
M. Gamas, médecin, à Conflans.
M. Guyot, pharmacien, à Saint-Brieuc.
M. Hommay, pharmacien, à Saint-Brieuc.
M. Tricbon, pharmacien, à Marseille.
M. Antoine, pharmacien, à Marseille.
M. Griois père, médecin-vétérinaire, à Amiens.
M. Griois fils, médecin-vétérinaire, à Amiens.
M. Crépin, médecin-vétérinaire, à Paris.
Bruyant, médecin-vétérinaire, au 7e dragons, à Versailles.
M. Zeller, médecin-vétérinaire, au 4e dragons, à Versailles.
M. le docteur Donellan, à Paris.
M. Lefoulon, médecin, à Paris.
M. Favrot, pharmacien, à Paris.
M. Paul Laroze, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Moissenet, médecin du Bureau central des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Buchez, à Paris.
M. le docteur Robert Mac-Cormick, à Paris.
M. Boggio, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Texier, à Paris.
M. le docteur Bixio, à Paris.
M. le docteur de Langlard, à Paris.
M. F. Martin, médecin, à Paris.
M. Al. Martin, pharmacien, à Paris.
M. Blayn, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Boussenard, à Paris.
M. le docteur Tiger, à Paris.
M. Dunaud, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Alf. Contour, à Paris.
M. le docteur Hours, à Paris.
M. le docteur Malle, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de la Salpétrière, à Alger.
M. le docteur Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Total de la douzième liste,	185
Listes précédentes,	1142
Total général, à ce jour,	1327

C'est par erreur que M. le docteur Vigier, de Pontoise, n'a pas été indiqué comme étant membre correspondant de l'Academie royale de médecine.

Nous saisissons cette occasion pour prier les adhérents, dont le nom, la profession, l'habitation auraient été mal indiqués, de faire rectifier l'erreur en écrivant au trésorier de la Commission, afin qu'elle soit réparée dans les listes générales qui seront publiées dans le recueil des actes du Congrès.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La dénomination de *fongus hématodes*, introduite dans la science par Hey, et détournée du sens qu'il y avait attaché, fut d'abord employée chez nous pour désigner les tumeurs *fongueuses sanguines*. M. le professeur Roux, dans la relation du voyage qu'il fit à Londres en 1814, rectifia cette erreur et exposa complètement la doctrine des chirurgiens anglais à cet égard. Il montra, avec l'élégante précision qui est le caractère de tous ses écrits, combien cette doctrine était vague et incertaine, puisque, sous la même dénomination de *fongus hématodes*, Hey rangeait une variété du cancer (le cancer mou), plus, des tumeurs fongueuses sanguines et des tumeurs blanches articulaires. Il y avait là deux vices : Premièrement, on donnait un nom nouveau à une altération connue depuis longtemps, le cancer mou; ensuite on rapprochait des affections disparates. « Ce sont, disait M. Roux, autant d'individus différents appartenant à plusieurs familles, dont on a voulu composer une famille nouvelle. »

Certes, lorsque A. Cooper enlevait ce sarcocèle dont parle M. Roux (p. 213), lorsque Young (p. 214) montrait à notre célèbre compatriote, pour le convaincre de l'existence du fongus hématode, une tumeur volumineuse, à large base, irré-

gulière, adhérente, bosselée, fluctuante par places, dure et rénitente ailleurs, recouverte de téguments amincis et prêts à se rompre en certains points; tumeur qui siégeait sur le côté gauche de la base de la poitrine; certes, A. Cooper et Young commettaient une erreur d'anatomie pathologique, et donnaient pour une affection nouvelle une affection parfaitement connue.

Il sera bon, disons-le en passant, de relire la discussion de ces faits par M. Roux, aujourd'hui que, sous les persévérants efforts de différents auteurs, et notamment de M. Lebert, auquel nous rendrons justice bientôt pour l'œuvre capitale qu'il vient de produire, la doctrine du cancer semble assise sur des bases rationnelles et définitives. On verra que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait, dès 1815, une idée juste et suffisamment compréhensive de cette affection, quand il reprochait aux Anglais de n'admettre à titre de cancer que celui qui débute par l'état squirrheux, et quand il disait que ces deux affections (le cancer mou et le cancer squirrheux) « sont deux manières d'être principales d'un même état pathologique, *susceptible de beaucoup de variétés.* » La microscopie n'a fait que confirmer ces vues déduites de l'observation clinique, en déterminant l'élément commun, fondamental, essentiel de l'*état pathologique* (la cellule caractéristique), et les éléments variables qui constituent les formes diverses de cet état.

Ainsi, la doctrine anglaise du *fongus hématode* est erronée au fond; mais en quelque chose elle est vraie; car il y a des cancers qui tiennent énormément de la tumeur érectile, et qu'il semblerait nécessaire de distinguer, non du cancer, mais parmi les cancers.

Pour M. Lebert, le fongus hématode cancéreux n'est qu'un encéphaloïde très vasculaire. Nous pensons qu'il y a une variété au delà de ce qu'on appelle ainsi, et qu'elle se spécifie par une sorte de mélange du tissu érectile avec le tissu cancéreux. En voici un exemple :

Une femme âgée de quarante ans environ, d'un tempérament fortement bilieux (le tempérament mélancolique des anciens), s'est présentée à M. Baudens, au Val-de-Grâce, pour le consulter sur une tumeur qu'elle portait à l'avant-bras, et qui datait de dix-sept ans. Cette tumeur siégeait vers le milieu de la région antibrachiale. Elle avait le volume de l'ongle du petit doigt, et était de couleur bleuâtre; elle offrait surtout cette coloration depuis qu'on l'avait comprimée. Auparavant, elle n'était pas aussi foncée. Pourtant, elle avait commencé par une petite tache noirâtre, à la suite d'une grossesse. La malade ne dit pas qu'elle eût éprouvé de violence sur la partie. La seule circonstance qu'elle indique est une douleur vive dans le pouce correspondant, qui cessa lors de l'apparition de la petite tache. La tumeur n'offrait pas de battements, et l'on reconnaissait aisément qu'elle était concrète. Mais voici ce qu'elle présentait de plus particulier : elle était le siége de douleurs extrêmement violentes, notamment depuis dix ans. La malade, qui paraît douée d'un moral énergique, souffrait dans certains moments au point de pousser des cris aigus, et parfois, la nuit, dans les angoisses de la douleur, elle était couverte de sueur froide. Quand on pressait la tumeur perpendiculairement, la douleur était accrue, mais restait supportable; elle devenait intolérable par la pression latérale entre deux doigts : d'où il résulte que l'élément anormalement sensible était dans la tumeur même et non pas au-dessous; en d'autres termes, il était probable que ce n'était pas un névrome situé sur le trajet d'un nerf. Mais ce pouvait être une de ces tumeurs fibro-cartilagineuses que l'on a aussi qualifiées de *névromes*, et qui n'ont point de relation avec une branche nerveuse. C'est à cette dernière opinion que plusieurs des chirurgiens présents s'arrêtèrent. M. Baudens resta dans le doute, à raison de la coloration, qui faisait plutôt songer à une tumeur sanguine. Pourtant il se disait que la compression avait pu, par la stase du sang, produire cette coloration, et d'ailleurs il n'y a guère d'exemples, si même il en existe, d'une tumeur hématique si douloureuse qu'il fût presque impossible de la toucher. En somme, pour cette tumeur, comme pour tant d'autres, le plus sage était de réserver le diagnostic.

Quant à l'indication, elle était aussi évidente que la nature de la tumeur était obscure, et M. Baudens se mit en devoir d'y satisfaire aussitôt. Les médecins de la ville où la malade habite, avaient été partagés sur le parti à prendre. Les uns, frappés du caractère anomal de la tumeur, ne voulant pas toucher à l'inconnu, avaient conseillé de s'abstenir de toute opération; un autre n'y avait vu qu'une tumeur insignifiante.

M. Baudens incisa du même coup la peau et le kyste. Plusieurs jets de sang artériel s'élancèrent en arrosoir de l'épaisseur de la tumeur; celle-ci fut saisie avec une érigne, soulevée et excisée d'un coup de ciseaux. La petite plaie, au fond de laquelle on voyait une grosse veine, mais non point de rameau nerveux distinct, fut réunie au moyen d'un seul point de suture. Une éponge imbibée d'eau froide fut appliquée sur la partie et maintenue par une bande roulée. Le bras fut mis en écharpe.

Hâtons-nous d'arriver à la description de la tumeur. Elle était enkystée, et même son enveloppe fibreuse était assez dense. Une petite quantité de graisse était restée adhérente au kyste, qui ne présentait aucune apparence de filets nerveux. La coupe de la tumeur offrait à l'œil nu l'aspect des corps caverneux. A la loupe, on voyait un tissu ayant les caractères physiques de l'encéphaloïde. La surface de la coupe était grenue, hérissée de petites saillies comme sarcomateuses, arrondies, et uniformément rouges. A l'inspection microscopique, nous avons reconnu tous les caractères de la cellule cancéreuse : grande circonférence irrégulière, tendant généralement à la forme arrondie, contenant un ou plusieurs noyaux renfermant eux-mêmes un, deux ou trois nucléoles. Anatomiquement, deux circonstances, l'extrême *artérialisation* et l'*enkystement*, rendent cette tumeur remarquable; physiologiquement, les douleurs vraiment extraordinaires dont elle était le siége en font un cas exceptionnel.

Revenons maintenant à la question que nous avons posée en commençant. Dira-t-on que cette tumeur était un encéphaloïde très vasculaire? Sans doute c'était un encéphaloïde, et, dans un tissu morbide, c'est l'élément hétéromorphe qui doit entraîner la détermination. Mais le tissu de cette tumeur était analogue au corps caverneux; c'était absolument l'aspect d'une tumeur érectile, et cette circonstance nous paraît devoir lui faire donner une place distincte dans la classe des cancers. Notons encore qu'elle avait commencé par une tache, origine qui est celle d'un grand nombre de tumeurs érectiles; avec cette différence, que dans ce cas la tache n'était pas un *nævus maternus*, puisqu'elle ne s'est produite qu'il y a dix-sept ans environ. Il est impossible de voir plus tranchés dans une tumeur, et les caractères du cancer et ceux de la tumeur érectile. En résumé, pourrait-on établir à part, dans la famille des cancers, un *encéphaloïde érectile*?

— M. Richet a extirpé un lipome du poids de 3 kilogr. environ, siégeant à la partie interne du bras, chez une femme. La tumeur était bosselée, mollasse, parcourue extérieurement par des veines dilatées; la peau était amincie et légèrement brune dans une partie de son étendue.

Les téguments ayant été attirés fortement par le lipome, il a été nécessaire, dans l'ablation de la tumeur, d'empiéter sur celle-ci pour avoir de quoi recouvrir la plaie. C'est à raison du volume du lipome, mais surtout de cette dernière particularité, l'expresse nécessité de gagner sur la tumeur, afin de ne pas manquer de peau, que nous donnons place à ce fait. Il est arrivé, et même à des chirurgiens justement réputés, de s'être créé de notables difficultés, faute de s'être conformés à ce précepte.

— Une erreur s'est glissée dans le paragraphe de notre dernier article dans lequel nous parlions du nitrate d'argent à haute dose contre la blennorrhagie. On nous a fait dire que le sel d'argent ne modifie *que la muqueuse*, tandis que le cubèbe agit profondément. C'est *la surface de la muqueuse* qu'il fallait dire. La modification de surface est peu durable, et la récidive est la règle. C'est pourquoi le cubèbe nous paraît indiqué concurremment.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Quelques réflexions sur la pleurésie et la pleuropneumonie,

(Suite du n° du 2 octobre.)

La percussion de la poitrine est de la plus haute importance, et les signes qu'elle fournit sont d'une immense valeur pour le diagnostic. Longtemps on n'a pu distinguer la pleurésie de la pneumonie, et ce n'est que depuis la découverte de la percussion que le diagnostic différentiel de ces deux affections a été possible.

Stoll regardait la pneumonie chronique comme très fréquente en même temps que peu dangereuse. Tout au contraire de ce grand observateur, nous regardons la pneumonie chronique comme excessivement rare. Nous entendons dire la pneumonie primitive; car il y a des indurations chroniques du poumon, suites d'une pneumonie aiguë incomplétement guérie, qui peuvent persister fort longtemps; mais ce n'est point d'elles que nous voulons nous occuper. Or, il est évident, d'après les descriptions de Stoll, que ce qu'il prenait pour la pneumonie chronique, n'est autre chose que la pleurésie avec épanchement, subaiguë ou chronique.

Parmi les moyens d'exploration, il en est un qui n'est cependant pas de première nécessité, mais qui peut rendre quelquefois des services, c'est la mensuration du thorax. La mensuration est une opération d'une application assez difficile, longue; le plus ordinairement elle n'est utile qu'au point de vue scientifique, nullement au point de vue pratique. Les mesures que l'on prend de cette façon peuvent, dans l'espace de quelques jours, varier considérablement. Quelquefois la différence de volume et de forme qui existe entre les deux côtés est appréciable à la simple vue, et sans que l'on soit obligé de recourir à des instruments. Cependant, même dans ces cas, les moyens plus exacts empruntés aux sciences mathématiques doivent être préférés. La mensuration circulaire doit toujours partir de deux points fixes et constamment les mêmes. L'un, antérieur, déterminé par une ligne perpendiculaire abaissée sur la partie moyenne du sternum, et le divisant en deux parties égales; l'autre, postérieure, fixé par une apophyse épineuse. Quelquefois il y a déformation d'un côté de la poitrine, et la mensuration n'apprend rien alors, donnant d'un côté et de l'autre des résultats absolument pareils. D'autres fois, la circonférence est encore la même, mais la forme a varié sensiblement, et la capacité de la poitrine a augmenté.

Plus la cavité de la cage thoracique se rapproche de la forme cylindrique et globuleuse, plus la poitrine est vaste, d'où résulte ce que nous disions il n'y a qu'un instant, que, souvent à l'œil, la différence est très grande, qu'évidemment la poitrine a augmenté de capacité, et que cependant la circonférence est restée la même. De là encore nécessité de ne pas se borner à cette mensuration circulaire, souvent infidèle, mais de comparer encore les résultats de la mensuration du diamètre antéro-postérieur de chaque côté, mensuration que l'on exécute avec le compas d'épaisseur. Cette dernière nous semble d'une bien plus grande valeur que la précédente.

C'est par la combinaison de la percussion, des deux sortes de mensuration, que l'on arrive à constater des phénomènes très curieux et des modifications importantes au point de vue pratique.

Ce n'est que lorsque l'épanchement a duré pendant quelque temps que surviennent des changements notables dans la forme et la capacité de la poitrine. Il faut toujours que l'épanchement existe depuis plusieurs semaines. A mesure que la quantité de liquide augmente, le côté dans lequel il s'amasse devient plus ample, plus vaste; il y a donc dans cette période un agrandissement notable du côté. Mais l'épanchement vient-il à se résorber, le volume du côté diminue, et il arrive une époque à laquelle le côté malade et le côté sain sont redevenus d'égale grandeur. Mais tout n'est pas fini là. Le côté malade continue à diminuer de volume, et si vous avez occasion d'examiner un malade plusieurs mois après la guérison, vous êtes tout étonné de trouver le côté malade très sensiblement rétréci, ce qui dépend de la diminution de volume qu'avait fait subir le liquide au parenchyme pulmonaire. Au bout d'un temps plus ou moins long, quelques années, les deux côtés ont repris leur volume normal. Nous avons eu souvent occasion d'en voir des exemples très remarquables.

La mensuration fournit encore des résultats curieux relativement au poumon, qui est resté sain. Une femme que nous eûmes occasion de traiter, survécut près de deux ans à une perforation pulmonaire, suite de la fonte d'un tubercule. Le côté gauche du thorax avait été le siége de la maladie. Le côté droit fut mesuré comparativement avec le côté gauche. Lorsque l'épanchement qui était survenu dans la cavité pleurale se fut résorbé, il y eut rétrécissement du côté gauche, et en même temps, chose fort remarquable, agrandissement du côté droit. On expliquera facilement ce fait en réfléchissant que le côté sain était obligé de suppléer par des inspirations plus profondes, et une dilatation plus ample du parenchyme pulmonaire, à la presque complète inutilité du poumon malade. Nous avons acquis la conviction que le fait se passait ainsi; l'observation complète de cette malade a été recueillie et publiée par nous il y a quelques années.

Sous l'influence de la distension de la cage thoracique et de l'agrandissement de la cavité pleurale, il survient une autre particularité, que l'on prévoit du reste; les espaces intercostaux s'élargissent : ce phénomène est produit en vertu du même mécanisme que celui qui préside à l'agrandissement des espaces intercostaux pendant les mouvements inspiratoires, et la dilatation momentanée du poumon par l'air atmosphérique. Quelquefois, lorsque l'épanchement est fort abondant, les espaces intercostaux deviennent même saillants, et les points correspondant aux côtes forment comme des sillons, des dépressions à la surface de la poitrine. Il n'est pas rare, dans les mêmes circonstances, de constater un véritable déplacement des mamelles. La mamelle est élevée plus qu'à l'état normal du côté où se fait l'épanchement, tandis qu'elle est plus basse au contraire, et sur un plan inférieur, lorsque la période arrive pendant laquelle le côté malade se rétrécit. Des raisons toutes physiques rendent encore facilement compte de ce fait.

Les changements qui surviennent du côté du diaphragme, sont beaucoup plus difficiles à apprécier; car il n'est pas douteux qu'il en existe d'aussi manifestes que les modifications dont nous avons signalé l'existence au dehors. Cependant les autopsies pratiquées avec soin ont pu, jusqu'à un certain point, permettre d'apprécier ces changements de forme survenus dans le diaphragme par suite de l'épanchement pleurétique. Du côté où il n'y a pas d'épanchement, la voûte formée par le diaphragme au-dessus de la cavité abdominale, conserve sa forme naturelle. Mais il n'en est pas de même du côté malade. Le poids du liquide qui presse sur ce plancher, si nous pouvons nous exprimer ainsi, la compression qui est exercée par la masse de sérosité sur une partie membraneuse médiocrement tendue, et qui cède, détruisent la courbure à concavité inférieure que formait le diaphragme, et de ce côté il est plat. Quelquefois même il arrive, lorsque l'épanchement est très considérable, que le diaphragme du côté malade, au lieu d'être plane, présente une convexité inférieure, et fait saillie du côté de la cavité péritonéale. Ce sont là des modifications de forme purement mécaniques, et dont la nature de la maladie rend aisément raison.

Les changements de forme que subit la médication sont faciles à apprécier pendant la vie à l'aide des méthodes d'exploration directe que nous avons indiquées, et qui sont d'ailleurs bien connues. Lorsqu'il n'y a que peu de liquide épanché, les changements ne sont pas très marqués. Mais quand il est très abondant, on les constate très aisément; et d'abord, la position du cœur relativement à celle qu'il occupe à l'état normal est un des meilleurs indices du déplacement du médiastin, ou plutôt de son refoulement par le liquide de la plèvre. On conçoit que les phénomènes varient suivant le côté qui est le siége de la pleurésie. Si l'épanchement a lieu à gauche, le cœur, au lieu de présenter sa pointe vers la mamelle, est repoussé du côté droit, et l'on sent ses battements dans un point beaucoup plus rapproché du sternum. Le son mat, au lieu de se borner au côté gauche, est facilement perceptible à droite à la percussion, or les battements du cœur se font sentir au milieu du sternum ou du creux épigastrique, lorsque l'épanchement est moyen et n'a fait que repousser un peu l'organe, soit tout à fait à droite, lorsqu'il est très abondant. Il arrive assez souvent que dans les cas d'épanchement pleurétique très considérable, les battements du cœur se font sentir à droite exclusivement, soit à la main appliquée sur la paroi thoracique, soit à l'oreille. Les changements de position dont nous parlons ici sont plus ou moins prononcés; les symptômes auxquels on les reconnaît, sont plus ou moins appréciables à l'observation; mais ils existent toujours, et l'on peut affirmer qu'ils n'échappent que lorsque l'on n'examine pas suffisamment les malades.

Relativement au pronostic de la pleurésie, il varie suivant les cas, suivant aussi l'étendue de la maladie, suivant le temps depuis lequel elle dure, etc. Si l'épanchement pleurétique est borné à un seul côté, dans la grande majorité des cas il se termine favorablement. Il est rare de voir la pleurésie avec épanchement occupant un seul côté de la plèvre, se terminer

par la mort, lorsqu'il ne survient pas de complication. Mais autant la guérison est fréquente dans ces cas simples, autant la mort est la terminaison probable lorsque l'épanchement pleurétique occupe à la fois les deux côtés de la cavité pleurale. Nous ne nous rappelons, depuis que nous exerçons la médecine, avoir vu qu'un seul cas où une pleurésie avec épanchement très considérable, et déplacement du cœur, refoulement de quelques centimètres au delà de ses limites normales, se soit terminée d'une manière favorable. Ce déplacement est un phénomène d'un grand intérêt et d'une haute importance, envisagé sous le point de vue du pronostic. Il indique ordinairement une affection grave, un danger sérieux. Toutes les fois que le cœur vient à être porté à plusieurs centimètres en dehors de ses limites ordinaires, nous le répétons, il faut concevoir les inquiétudes les plus vives pour le salut des malades.

On observe des différences très notables dans la gravité des phénomènes généraux, selon que la maladie affecte la forme aiguë, subaiguë ou chronique; cette division en affection aiguë ou chronique n'est pas fondée seulement sur le temps depuis lequel dure la maladie, sur l'espace qui s'est écoulé entre le moment du début et celui où l'on observe le sujet. Il y a des cas, et ils sont plus nombreux dans la pleurésie que dans toute autre affection où la maladie peut être chronique dès le début, et ne présenter que des symptômes généraux peu intenses, à peine quelques traces de réaction fébrile. Dans d'autres, les phénomènes réactionnels sont presque ou même aussi violents que dans la pleuropneumonie aiguë intense. La maladie est alors franchement aiguë. On compte de 120 à 150 pulsations par minute; la peau est chaude; inappétence, soif vive, nausées, vomissements, altération des forces, malaise, courbature, faiblesse extrême, enfin tout le cortége qui accompagne les maladies aiguës d'une certaine gravité.

Si la forme est subaiguë, le malade se plaint d'une douleur plus ou moins vive, de dyspnée; mais sa physionomie n'offrira plus cette anxiété, cette expression d'angoisse que l'on observe si souvent dans les affections aiguës, principalement dans celles des organes respiratoires. Les malades auront même de l'appétit; ils digèrent assez facilement, peuvent vaquer à leurs occupations, dans de certaines limites cependant; presque tous, ils ont l'apparence de la santé la plus parfaite, ou s'il y a quelques changements, ils sont peu appréciables. Ceci est tellement vrai que, la plupart du temps, ces malades ne font pas venir le médecin chez eux, mais se transportent eux-mêmes chez le médecin; et si vous n'étiez pas prévenu, vous auriez lieu d'être fort surpris en effet de voir un homme venir à pied vous demander une consultation, et présenter à la percussion une matité complète de toute l'étendue d'un côté de la poitrine. Avenbrugger, le savant auteur de la percussion médiate de la poitrine; avait, il y a longtemps déjà, observé et signalé ce fait; mais il n'avait pu, faute de moyens suffisants d'exploration, se rendre compte de ce fait, l'auscultation n'étant point encore découverte, et les médecins se trouvant dans l'impossibilité de différencier, par le seul emploi de la percussion, la matité dépendant de l'épanchement pleurétique, de celle qui est le résultat d'une hépatisation du parenchyme pulmonaire. En général, et pour nous résumer en quelques mots, il y a cette énorme différence entre les symptômes de la pneumonie aiguë franche et ceux de la pleurésie même aiguë et d'une certaine intensité, que, dans cette dernière, les fonctions générales ne sont que fort peu troublées, si tant est même qu'elles le soient. Ce fait suffit pour rendre l'observateur certain qu'il n'a point affaire à une inflammation du parenchyme pulmonaire, mais bien à une simple pleurésie avec épanchement.

Lorsqu'au lieu d'un épanchement de sérosité limpide et transparente, c'est du pus que contient la cavité pleurale, le pronostic est plus grave, et la mort est souvent la terminaison; mais il toujours impossible, pendant la vie, de reconnaître la nature du liquide épanché, à moins de pratiquer la thoracentèse. Tout au plus est-il permis de le présumer d'après l'intensité des phénomènes réactionnels et d'après la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se fait l'épanchement. La présence du pus peut être due à plusieurs causes : soit à la violence de l'inflammation simplement, soit à l'ouverture, par exemple, d'une caverne dans la plèvre, par suite de la fonte d'un tubercule ramolli, et situé à la surface de l'organe respiratoire.

Lorsqu'il existe ainsi du pus dans la plèvre, deux choses peuvent arriver : il peut être résorbé, que les deux feuillets de la plèvre soient ou non, plus tard, réunis par des adhérences; ou bien, il peut être évacué, dans le cas de perforation pulmonaire, soit par les crachats, soit par les efforts de vomissement. Avant de terminer ce qui est relatif au pronostic, nous devons vous dire deux mots d'une terminaison, malheureusement assez fréquente dans la pleurésie avec épanchement, la mort subite et instantanée. Il arrive quelquefois qu'un individu affecté de la maladie qui nous occupe, ne présentant même point de symptômes très graves, offrant en partie les apparences de la bonne santé, succombe tout à coup, sans aucun prodrome. Il est remarquable que cet accident n'arrive le plus souvent que chez des malades dont l'épanchement est de très médiocre abondance. Mais alors, on doit noter que, si l'épanchement était médiocre au moment de la mort, il avait été fort considérable pendant les premiers temps de la maladie. Il est important que le praticien, surtout lorsqu'il est encore jeune, soit averti de la possibilité de cet accident, de manière à pouvoir calculer toutes les chances en faveur du succès ou pour la mort. Mais aussi, cette terminaison imprévue étant peu commune, généralement on ne devra, sauf quelques cas exceptionnels, on ne devra point avertir les parents du malade de la possibilité de cet accident, ce qui leur donnerait des inquiétudes excessivement vives, et heureusement vaines dans la plupart des cas.

On a assez souvent parlé du traitement de la pleurésie, pour que nous n'ayons pas l'intention d'en faire l'histoire complète. Nous nous bornerons à rappeler en quelques mots les principales bases du traitement. On saigne moins souvent et moins abondamment dans la pleurésie que dans la pneumonie, d'abord parce que le poumon étant un organe plus agissant, il importe de diminuer autant que possible son travail en diminuant la quantité de matériaux sur lesquels il doit agir; puis, parce que la pneumonie étant toujours une affection de courte durée, on peut aisément, en raison de cette brièveté, mettre en usage un plus grand nombre d'émissions sanguines. Le traitement de la pleurésie, en général, se réduit à une ou deux saignées générales, si la réaction est très forte, quelques applications de sangsues ou de ventouses sur le point douloureux, et puis des révulsifs puissants. Parmi ces révulsifs, les uns sont extérieurs, les vésicatoires, dont nous avons souvent retiré de grands avantages, et que nous considérons comme une des plus précieuses ressources de la thérapeutique dans la pleurésie chronique; les autres sont intérieurs, c'est le tartre stibié, les diurétiques, les diaphorétiques, les purgatifs. Enfin, dans la pleurésie chronique, on a quelquefois cherché, avec quelque succès, lorsque tout mouvement fébrile a cessé, à provoquer la transpiration au moyen de douches et de bains de vapeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 5 août 1845. — Présidence de M. Ségalas.

M. le docteur Depaul écrit pour solliciter son admission, et envoie, à l'appui de sa demande, sa thèse de concours pour l'agrégation, et un mémoire sur l'insufflation pulmonaire. — Commissaires : MM. Chailly, Forget et Tessereau.

— *M. Moreau* (de Tours), l'un des membres de la Société, fait hommage d'un ouvrage intitulé : *Du Hashich et de l'Aliénation mentale.*

— *M. Bourrière* montre un échantillon du nouveau sel dont il a abtenu la formation, l'arséniate de quinine, et lit une note sur ce composé. dont il résume ainsi les caractères chimiques : L'arséniate de quinine jouit de la propriété de réaction des sels arséniques. Il précipite en rouge-brique par le nitrate d'argent; en blanc bleuâtre par le sulfate de cuivre ammoniacal; en orangé-léger par le sulfhydrate d'ammoniaque; en blanc par le chlorure de baryum. La solution est insensible au papier de tournesol.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le mémoire de M. Vée : *Du paupérisme et des secours publics.*

M. A. Latour demande la parole comme rapporteur. J'ai besoin, dit-il, de me justifier d'un reproche qui m'a été fait par M. Vée, celui d'une citation incomplète. Je n'ai cité en effet du passage de M. Vée, relatif aux inconvénients des hôpitaux, que ce qui a trait aux médecins et aux élèves. Le reste était inutile. J'ajouterai une autre observation : La discussion me semble s'être mal engagée, et demeurera stérile si elle se maintient dans la même voie. L'objet de cette discussion renferme deux questions, une question de principe et une question d'application. La question de principe est celle-ci : « Est il convenable de substituer aux hôpitaux le mode de traitement à domicile? C'est elle qu'il faut traiter avant tout. Mais, je l'avoue, la commission ne s'est pas senti la force de la résoudre. Pour mon compte, je manque de notions nécessaires. Y a-t-il dans la Société quelqu'un plus éclairé sur ce sujet? Je l'espère, et je l'engage à se prononcer. J'engage aussi la Société à ramener la question sur ce terrain, si elle veut en tirer quelque chose d'utile.

M. Gaide. Je n'ai pas la prétention de prendre la question du point de vue élevé indiqué par M. Latour. Je la prendrai comme M. Vée l'a présentée, c'est-à-dire comme embrassant seulement les modifications à apporter au service médical des bureaux de bienfaisance. M. Vée est parti d'un point de vue peu juste, savoir les abus et les inconvénients des hôpitaux. D'autres membres ont rapporté des exemples de ces inconvénients. Tout cela peut être vrai, mais comme exception. La prétendue tyrannie des médecins à l'égard des malades a été fort exagérée Le libre arbitre de ces derniers n'est pas compromis une fois sur cent. Quant à l'histoire des infirmiers n'exécutant pas les prescriptions parce que les malades n'avaient pas quelques sous à leur donner, c'est là un vice de l'administration, qui paye trop misérablement les infirmiers et les met dans la nécessité de rançonner les malades. Enfin cette sorte de recrutement immoral exercé sur de jeunes filles est plus rare encore, et je n'en ai jamais vu d'exemple. Mais si l'on a beaucoup exagéré les inconvénients des hôpitaux, est-ce à dire pour cela qu'il n'y ait pas de modifications à apporter au service des bureaux de bienfaisance? Nullement. Il y en a beaucoup au contraire, et il me serait difficile de les énumérer toutes. Déjà plusieurs confrères ont signalé la misère, l'isolement des malades l'embarras où se trouve le médecin pour leur donner des soins convenables, au milieu de conditions si défavorables. Je n'insisterai donc pas sur ce point; mais il y a d'autres obstacles plus difficiles à surmonter peut-être, et dont le principal est l'organisation même des bureaux de bienfaisance. De qui dépendent-ils? De l'autorité municipale ou de l'administration des hôpitaux ? C'est ce qu'on ne saurait dire positivement. Or il faut les faire rentrer dans le domaine des hôpitaux. Dans l'état actuel des choses, les bureaux de bienfaisance sont dirigés par les administrateurs. Il semble qu'une administration aussi importante devrait être composée d'hommes capables, ayant des connaissances spéciales; il n'en est cependant pas ainsi, et chaque bureau ne possède que bien peu d'hommes qui soient à la hauteur de leur mission. Dès lors, quelle influence une telle administration peut-elle avoir? De cette incapacité du plus grand nombre des administrateurs résultent aussi les taquineries perpétuelles qu'ils se plaisent à exercer contre les médecins C'est là certainement un des éléments contre lesquels nous aurons le plus à lutter.

Des modifications sont aussi nécessaires dans l'organisation médicale elle-même. Ainsi la nomination des médecins par ordre de date des demandes est défectueuse. Elle expose à introduire dans les bureaux des hommes sans garantie scientifique ou morale. Au lieu de prendre le premier inscrit en date, il faudrait donc choisir le plus capable. Un autre vice grave, c'est que la position du médecin est toujours la même. Quelle que soit son ancienneté, il n'acquiert ni plus de confiance auprès de l'administration, ni plus d'avantages personnels que celui qui n'est entré au bureau que depuis quelques mois. Et quel intérêt peut-il prendre à une administration qui le dédaigne et le néglige aussi complétement? La position des médecins doit donc être améliorée. Cela serait facile si on le voulait; on pourrait faire des bureaux de bienfaisance quelque chose de très important. Ainsi, sans rétribuer les médecins tout d'abord, payez-les au moins en considération et en avenir. Qu'un certain nombre des médecins des hôpitaux soient pris parmi les médecins des bureaux de bienfaisance, et, pour plus de garanties, nommés par les médecins eux-mêmes. Réservez pour eux les nombreuses places dont l'autorité dispose, à la Préfecture de police, à l'octroi, dans les prisons, et ailleurs. Avec cela vous pourrez exiger des garanties sûres et un concours zélé et assidu.

M. Vée. Je partage les idées que notre confrère vient d'émettre. Je désire des avantages pour les médecins; mais il est des administrations si indépendantes dans leurs allures, qu'elles ne se dessaisiraient pas aisément des places dont elles disposent. Aussi plusieurs des choses que demande M. Gaide seraient difficiles à réaliser.

M. Breon. La question n'a pas été examinée comme elle devait l'être. On a prêté a M. Vée une idée qu'il n'a pas. Il ne dit pas, en effet, qu'il faille diminuer le service des hôpitaux; mais la population de Paris augmente, et l'on sera forcé de fonder de nouveaux hôpitaux si le service médical à domicile n'est pas étendu. Pour répondre aux objections qu ont été faites, je dirai que dans le bureau de bienfaisance auquel j'appartiens comme administrateur, après y avoir été attaché comme médecin (celui du cinquième arrondissement), les médecins jouissent d'une considération réelle. Il y en a toujours un qui fait partie de la commission, et par conséquent ils sont appelés à donner leur avis. Nous avons aussi beaucoup amélioré la position des indigents malades, grâce au concours bienveillant de notre honorable maire, M. Vée. Nous leur donnons tout ce qu'ils ont dans les hôpitaux, linge, objets de literie, enfin tout ce que leurs besoins réclament. Nous avons aussi voulu rattacher le service médical à un centre commun, et nous avons créé une administration médicale centrale, composée de médecins et d'administrateurs, laquelle se réunit tous les huit jours. Lorsqu'un indigent se déclare malade, l'administration et le médecin en sont avertis par une lettre, et sont ainsi appelés à s'occuper du malade, chacun en ce qui le concerne. En outre le malade est visité par un employé, qui examine quels sont les objets qui lui manquent, et constate ses besoins. De cette manière les secours sont bien administrés. Malheureusement ils sont insuffisants. Néanmoins nous croyons avoir beaucoup fait et nous espérons faire davantage encore. M. Gaide a parlé des infirmiers. Pour les rétribuer convenablement il faudrait leur donner à chacun 1200 francs. Cela coûterait des millions. Le service à domicile reviendrait beaucoup moins cher.

M. Géry. M. Brèon nous a parlé d'un bureau de bienfaisance modèle. C'est précisément une organisation semblable que nous demandons, car on trouverait difficilement ailleurs quelque chose qui en approchât.

M. Collomb. Ce qui manque surtout dans les hôpitaux, ce sont les infirmiers. Sans les payer 1,200 francs, comme le disait M. Bréon, on pourrait, moyennant un salaire convenable, trouver des hommes moins grossiers et plus attachés à leurs devoirs. On pourrait aussi stimuler leur zèle, en leur accordant des récompenses telles que celles qu'on donne aux cochers, par exemple. J'ajouterai qu'il serait convenable d'accorder aux médecins des bureaux de bienfaisance des secours plus étendus pour certains malades nécessiteux qui ne sont cependant pas inscrits parmi les indigents.

M. Félix Legros donne lecture d'une note dans laquelle, après avoir indiqué l'ignorance comme la mère du paupérisme, et, comme remède. l'éducation, il reconnaît que le tableau tracé par M Vée est fidèle, et il ajoute lui-même quelques faits remarquables à ceux qui ont déjà été cités. Mais il déclare en même temps que ces faits sont exceptionnels, et que, pour les malades, les avantages dépassent les inconvénients. Du reste, les reproches faits aux hôpitaux, ceux d'immoralité, en particulier, n'appartiennent pas exclusivement à l'organisation de ces établissements, et il rapporte des actes non moins honteux qu'il a rencontrés dans des réduits du bureau de bienfaisance M. Félix Legros approuve, en terminant, la large part accordée aux médecins par M. Vée dans la nouvelle organisation qu'il propose pour les bureaux de bienfaisance; mais il croit que cette pensée ne peut éclore qu'à la condition de rendre ces médecins les égaux des administrateurs, de les appeler aux réunions de ceux-ci, de leur accorder la toute puissance de donner, sans attendre trois ou quatre jours le bon plaisir de la bureaucratie, un bain d'urgence à un indigent atteint, par exemple, d'une hernie étranglée ou d'une péritonite.

M. Delcroix dans une note manuscrite, combat un à un les inconvénients reprochés aux hôpitaux par M. Vée. Quant aux secours médicaux à domicile, il ne les considère comme possibles qu'avec une organisation semblable à celle de la Société philanthropique, qui lui paraît réunir toutes les conditions désirables à cet égard.

M. Forget proteste également contre les attaques dont les hôpitaux ont été l'objet. Il n'est point vrai que les malades soient tyrannisés; et d'ailleurs les hôpitaux étant institués pour guérir, il est juste que ceux qui refusent les moyens nécessaires à leur guérison fassent place à d'autres, jusqu'à ce qu'ils se soient eux-mêmes décidés. M. Forget n'a rien vu qui justifie l'accusation d'immoralité: Bien souvent, au contraire, les scrupules de la pudeur sont respectés, et il n'est pas rare que des femmes ne soient examinées au spéculum qu'après la visite et par le chef du service seul. Ce n'est pas là qu'est l'immoralité, dit M. Forget : elle est dans ces réduits où le père, la mère et les enfants couchent pèle-mêle, tous ensemble; où le père, rentrant le soir, étourdi par l'ivresse, va s'étendre auprès de sa fille, habituée à ce contact incestueux. N'est-ce pas un bien de les séparer au moins en cas de maladie? Quant aux consultations entre plusieurs médecins ou chirurgiens, elles ont souvent lieu dans les cas difficiles. M. Forget termine en exprimant le regret d'avoir entendu ces reproches sortir de la bouche de médecins qui ont été dans les hôpitaux et qui leur doivent leur instruction.

Félix Legros affirme qu'il n a rapporté que des faits dont il a été témoin, sans avoir, du reste, l'intention d'attaquer les hôpitaux.

M. Belhomme. Je n'adopte pas les idées de M. Vée, à cause de la difficulté de bien soigner un malade dans un logement insalubre et n'ayant personne auprès de lui pour lui donner des soins. Je crois lui rendre service en l'envoyant dans un hôpital. Là, quoi qu'on en ait dit, se trouvent réunis toutes les conditions favorables aux pauvres. Cependant M. Bréon a modifié mon opinion en prouvant que dans son arrondissement les secours médicaux à domicile avaient reçu d'importantes améliorations. Il serait à désirer que cela pût être fait partout; mais il y aura toujours des difficultés matérielles qu'on ne pourra pas vaincre. Ainsi on ne pourra pas faire qu'une chambre étroite et mal aérée soit agrandie. Quoi qu'il en soit, communication de nos idées devrait être donnée à l'administration, afin de rendre profitable cette discussion.

M. Szokalski est attaché comme médecin de bienfaisance à un des quartiers les plus pauvres et les plus malsains de Paris (la rue du Poirier et la rue Brise-Miche), cependant il a constaté que sur 57 familles indigentes, composant sa division, quatre seulement se trouvaient dans l'impossibilité d'être traitées à domicile.

M. Bénet de Perraud fait une déclaration analogue. Attaché également a un quartier pauvre et insalubre, il a presque toujours trouvé possibles les secours médicaux à domicile, et il n'a pas vu que la mortalité fût plus grande là qu'ailleurs.

M. Vée rappelle que son intention n'était ni de supprimer les hôpitaux ni de les amoindrir; seulement il pense qu'il y a quelque chose d'utile à faire pour le service médical à domicile. Faut-il indéfiniment augmenter le nombre des hôpitaux ? Un hôpital de 400 lits, coûte 4 millions à établir! C'est beaucoup dépenser pour une très petite addition au nombre des lits existants. Dans les bureaux de bienfaisance, au contraire, que dépense-on ? Environ 120,000 francs pour tous les arrondissements, et avec cette somme on a traité 12,000 à 14,000 malades ce qui. en supposant pour la durée de la maladie une moyenne de vingt jours, porte à 25 centimes la journée du malade soigné a domicile, tandis que celle du malade traité dans les hôpitaux s'élève à près de 3 francs. Si l'on attribuait aux secours a domicile une partie des sommes affectées aux hôpitaux, si l'on triplait ou quadruplait, par exemple, le prix de la journée du malade traité chez lui, on pourrait, tout en restant dans les limites d'une remarquable économie, arriver à des résultats très avantageux. Voilà ce que je me suis attaché à démontrer.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

Bibliographie.

EXAMEN DE LA PHRÉNOLOGIE ;
Par P. Flourens. (2e édit.)

La phrénologie régnait ; M. Flourens écrivit son livre. Aujourd'hui la phrénologie est morte, et le livre est à sa seconde édition. Nous montrerons qu'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence. Le succès de l'ouvrage le dit déjà ; c'était une attaque à fond contre la doctrine. Si la doctrine eût tenu bon, l'ouvrage eût échoué.

Dans ses Histoires des travaux de Buffon et de Cuvier, nous avons vu M. Flourens, plein de la grandeur de son sujet, développer les merveilles de la nature dans un style varié comme elle ; mais comme elle, toujours riche et majestueux.

Dans l'*Examen de la phrénologie*, le talent de l'auteur brille par une de ses autres faces ; il décrivait, et il discute ; il avait été peintre, et il est logicien. Ses qualités d'alors eussent été maintenant des défauts. Il n'y a qu'une chose qui ne saurait l'abandonner, c'est l'élévation de la pensée et de l'expression. Ici il devait avoir moins de couleur et de gravité ; mais quelle netteté et quel nerf ! Avec quel bonheur les éléments saillants d'un chapitre sont résumés dans un trait qui le termine et le grave dans l'esprit !

La phrénologie gravite autour de trois noms : Gall, Spurzheim et Broussais. M. Flourens les passe successivement en revue.

De Gall.—M. Flourens rend d'abord à Gall l'honneur d'avoir appris à disséquer le cerveau en suivant les fibres de l'organe plutôt que de le couper par tranches, selon la méthode ordinaire, et d'avoir fait en ce sens plusieurs découvertes importantes. Mais il fait bientôt crouler toute sa doctrine. Il commence par lui reprocher d'avoir, par la création de ses vingt-sept facultés, morcelé l'intelligence, et de s'en être laissé imposé par des mots, en voulant expliquer les penchants et les aptitudes.

Gall avait dit : « ... Voici comment le même homme peut avoir un jugement prompt et sûr relativement à certains objets, et imbécile relativement à d'autres... Donnez aux animaux des facultés fondamentales, et vous avez le chien, qui chasse avec passion, la belette, qui étrangle les poules avec fureur, etc. »

M. Flourens répond :

« Eh ! sans doute. Mais quelle philosophie que celle qui croit expliquer un fait par un mot ! Vous remarquez tel penchant dans un animal, tel goût, tel talent dans un homme, vite une faculté particulière pour chacune de ces choses ; et croyez avoir tout fait. Vous vous trompez : votre *faculté* n'est qu'un mot ; c'est le nom du fait, et toute la difficulté reste.

» Et d'ailleurs, vous ne parlez que des faits que vous croyez expliquer ; vous ne parlez pas de ceux que vous rendez inexplicables. Vous ne dites rien de l'*unité* de l'intelligence, de l'*unité du moi*, ou vous la niez. Mais l'unité de l'intelligence, l'unité du moi, est un fait de sens intime ; et le sens intime est plus fort que toutes les philosophies. »

Gall avait inventé dans le cerveau autant d'organes particuliers pour loger ses vingt-sept facultés. Pourquoi, demande M. Flourens, pourquoi Gall, si net et si précis ailleurs, ne décrit-il pas, ne définit-il pas même ces organes, cette foule de petits cerveaux indépendants ? Il sentait donc que le terrain sur lequel il bâtissait sa doctrine était bien vague, puis qu'il n'a pas osé le circonscrire.

Pour les besoins de la crânioscopie, Gall avait placé les facultés et leurs organes à la surface du cerveau. Une expérience décisive de M. Flourens sape de fond en comble cette théorie de Gall. M. Flourens a enlevé à un animal toute la surface du cerveau, sans lui faire perdre aucune de ses facultés (1).

Gall place dans le cervelet l'instinct de la propagation, et M. Flourens a démontré que le cervelet est le siége du principe qui règle les mouvements de locomotion.

D'après Gall, l'amour maternel réside dans les lobes postérieurs du cerveau : or, l'amour maternel existe partout dans les animaux supérieurs ; il se trouve dans tous les mammifères, dans tous les oiseaux. Les lobes postérieurs du cerveau se retrouveront donc chez tous ces animaux ? Point du tout : les lobes postérieurs manquent à la plupart des mammifères ; ils manquent à tous les oiseaux.

Gall place dans les parties postérieures du cerveau les *facultés* communes à l'homme et aux animaux, et dans les parties antérieures les facultés propres à l'homme. D'après cela, les parties les plus persistantes du cerveau seraient les postérieures ; les moins persistantes seront les antérieures. C'est l'inverse qui a lieu : ce qui disparaît le plus tôt, ce sont les parties postérieures ; ce qui persiste le plus longtemps, ce sont les parties antérieures. M. Leuret l'a très bien indiqué dans son important ouvrage (1).

Ainsi, les organes indépendants que Gall a mis dans le cerveau n'ont été définis par personne ; on enlève toute la couche où on les supposait, sans qu'aucune des facultés dont ils devaient être le siége soit anéantie, et les parties où l'on avait logé les instincts chez les animaux sont précisément celles qui manquent. Nous avons donc raison de le dire, la phrénologie est morte. L'anatomie, l'anatomie comparée et l'expérimentation se sont réunies pour lui donner le coup de grâce. C'était beaucoup trop, une seule de ces lumières suffisait pour en faire voir le néant.

De Spurzheim. — M. Flourens avait presque fini de la phrénologie avant d'arriver à Spurzheim. Aussi ne dit-il que deux mots de Spurzheim, qui fut, comme on sait, longtemps le collaborateur de Gall, et devint plus tard son antagoniste. La guerre civile s'allumait en phrénologie ; ce royaume commençait déjà à aller vers sa ruine par des divisions intestines.

De Broussais. — Broussais et sa phrénologie sont trop près de nous pour que nous nous y arrêtions. « Broussais, dit M. Flourens, se jette dans la phrénologie, et s'y plaît d'autant plus qu'il y retrouve sa méthode accoutumée, et ses idées, et son langage : toujours des facultés à ramener à leurs organes, toujours des localisations à faire. » Après avoir déploré cet écart de Broussais, M. Flourens rend ainsi justice au génie de ce grand homme.

« Broussais n'était pas fait pour se plier aux idées des autres ; le joug lui pèse ; il n'est véritablement Broussais que lorsqu'il combat ; en 1816, il publie un volume (2), et les doctrines médicales sont ébranlées pour un demi-siècle : il faut relire ce volume, et oublier le *cours de phrénologie*. »

Pouvait on plus noblement venger Broussais de lui-même ?

M. Flourens termine son *Examen* par ce trait plein de finesse :

« ... Gall et Spurzheim ont oublié de placer la *curiosité* parmi leurs facultés primitives ; ils ont eu tort. Sans la curiosité crédule des hommes, comment auraient-ils expliqué la fortune de leur doctrine ? »

Dans ses ouvrages sur Buffon et sur Cuvier, M. Flourens avait montré que toutes les parties des sciences naturelles, la géologie comme la zoologie, lui étaient familières. Ici, par l'intervention toujours heureuse des noms de Descartes, Loke, Helvetius, Condillac il a prouvé qu'il ne savait pas traiter avec moins de supériorité les questions philosophiques que les questions physiologiques. Un mot eût suffi pour faire lire l'*Examen de la phrénologie* ; il est digne des autres ouvrages de l'auteur : on y retrouve, en effet, cette profondeur de connaissances, cette élévation de vues et cette beauté de langage qui ont marqué à M. Flourens une place à part parmi les savants de son époque.

Y...

(1) *Voyez* Flourens, Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux, 2e édit., 1842.

(1) Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence, t. 1er, p. 588.

(2) Examen des doctrines médicales.

NÉCROLOGIE.

M. le docteur Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, vient de mourir à Alger. Chargé de l'inspection médicale de l'Algérie, il a été interrompu dans l'accomplissement de cette mission, par une dysenterie des plus violentes, due à l'horrible chaleur par laquelle il lui a fallu sillonner la Régence en plein été. On se rappelle que l'illustre Larrey a succombé également aux fatigues d'une pareille inspection. Le général Iusuph écrit que les huit chevaux d'escorte qui ont accompagné M. Antonini sont tous morts. Ne conviendrait-il pas de choisir une autre époque de l'année pour l'inspection médicale d'Afrique, dont le travail ne se confondrait plus avec celui des autres inspections ? Il y aurait là une difficulté administrative. Mais faut-il donc sacrifier les hommes les plus éminents et les plus utiles à une semblable difficulté ?

M. Antonini était en Afrique depuis la conquête. Il avait réuni d'immenses matériaux, et se disposait à les coordonner à son retour en France, qui ne pouvait guère plus être retardé. C'était un de ces hommes qui peuvent attendre, sûrs de l'effet qu'ils produiront aussitôt qu'il sera utile de parler. Tous ceux qui l'ont connu ont apprécié en lui l'élévation de l'esprit, le savoir étendu et solide, la droiture et la haute dignité morale. Il a honoré la médecine militaire, qu'il a fait vivre dans l'intimité des hommes revêtus de l'autorité dans nos possessions d'Afrique. Le commandement, témoin de son dévouement, lui a toujours été sympathique. Le maréchal Vallée l'avait proposé pour la croix de Commandeur. Ceux qui tiennent l'épée, ceux qui font et reçoivent les blessures, sont justes envers les médecins militaires. Le maréchal Bugeaud lui portait un vif attachement, et aura trouvé un chagrin parmi tant de préoccupations, en remettant le pied sur le sol africain.

M. Antonini est mort riche d'estime et d'affections. Ce sont des généraux, ses amis, qui l'ont veillé et qui ont reçu son dernier soupir. A l'une de ses campagnes en Afrique, le duc d'Orléans ayant appris qu'il était malade, alla visiter l'homme que la voix de l'armée désignait à sa considération. Mais Antonini est mort pauvre. On ne peut citer un seul cas dans lequel, en dehors de ses attributions officielles, il ait tiré profit de sa profession. Il y a tout près du trône des personnes qui se souviendront de son dévouement.

Antonini a conservé sa raison jusqu'au dernier moment. Peu avant sa mort, il disait encore à l'honorable général Charron, commandant du génie, qui ne le quittait pas, et à M. Casimir Broussais, qui lui a prodigué les soins les plus tendres : « Si je survis, je serai le premier exemple, à ma connaissance, dans lequel les vomissements opiniâtres après la dysenterie, n'auront pas été un signe de mort. » Ainsi, rien n'a troublé sa sérénité. Pourtant, il laissait une femme et deux enfants qu'il chérissait tendrement. L'État est redevable envers eux.

Le concours pour les places d'internes dans les hôpitaux de Paris, ouvrira le lundi 27 octobre dans l'amphithéâtre du Bureau central. — Les juges sont : MM Emery, Piedagnel, Renauldin, Laugier et Monod. Suppléants : MM. Vernois et Manec.

La ONZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison contient les articles : Rétrécissements de l'urètre chez l'homme (avec figures), Rétrécissements de l'urètre chez la femme, Rétention d'urine, Dépôts, Abcès urineux, Infiltration d'urine, Cathétérisme chez l'homme, Cathétérisme chez la femme, Fistules de l'urètre, Incontinence d'urine, Polypes de l'urètre, Accidents des maladies de l'urètre, et commence par les Affections du pénis, les Maladies des organes génitaux proprement dits. Ces maladies seront terminées dans la prochaine livraison.

Ces articles importants sont traités avec tous les développements désirables.

La 12e livraison, qui complète le IVe volume, est sous presse, et paraîtra le 1er novembre prochain.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 123. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 20 OCTOBRE 1845.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Treizième liste.

M. le docteur Blaise, à Châtenois (Vosges)
M. Kosmann, pharmacien, à Ribeauvillé (Haut-Rhin).
M. le docteur de Brontelles, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Dieppe.
M. P. Lachurié, pharmacien de l'Ecole spéciale, à Lavaur.
M. le docteur Renou, médecin du collége royale militaire, et président de l'Association médicale de l'arrondissement de La Flèche.
M. le docteur Boyer père, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Nicolas, à Verdun-sur-Meuse.
M. le docteur Boyer fils, chirurgien des hôpitaux de Vendôme.
M. Tissé, pharmacien, à Neuilly.
M. Lamouroux, pharmacien, à Paris.
M. Gent, médecin, à Paris.
M. le docteur Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers.
M. le docteur Arloing, médecin en chef de l'hôpital de Nevers.
M. le docteur Ponjol, agrégé à la Faculté de Montpellier.
M. le docteur Daubian, à Paris.
M. le docteur Gérard, à Gray (Haute-Saône).
M. le docteur Dubourg, medecin de l'hôpital de Marmande, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.
M. J. Wislin, pharmacien, membre de plusieurs sociétés savantes, à Gray (Haute-Saône)
M. P. Berthet, médecin des prisons, à Gray (Haute-Saône).
M. Rousseau, vétérinaire en premier au dépôt de remonte d'Auch (Gers).
M. Papin, vétérinaire en premier au train des équipages, à Mirande (Gers).
M. le docteur de Villehon à Rueil (Seine et Oise).
M. Vauremoire, pharmacien, à Nanterre.
M. le docteur Sizy, à Paris.
M. le docteur Nève, à Bar-le Duc.
M. David, pharmacien, à Beaugency (Loiret).
M. Mauduit, pharmacien, à Montargis (Loiret).
M. Brucy, pharmacien, à Montargis (Loiret).
M. Maliy, pharmacien, à Jargeau (Loiret).
M. Gilbert, pharmacien, à Neuville (Loiret).
M. Fauleau, pharmacien, à Pithiviers (Loiret).
M. Delaporte, pharmacien, à Lorris (Loiret).
M. Billet, pharmacien, à Châtillon-sur-Loing (Loiret).
M. le docteur Huet, chirurgien en chef de l'hôpital du Havre, membre correspondant de l'Academie royale de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur.
M. le docteur Bourgneuf, médecin en chef de l'hôpital du Havre.
M. le docteur Pichorel, chirurgien-adjoint de l'hôpital du Havre.
M. le docteur Palize, médecin adjoint de l'hôpital du Havre.
M. le docteur Tarral, medecin de l'hôpital pour les étrangers, au Havre.
M. le docteur Marchessaux, au Havre.
M. le docteur Consture, au Havre.
M. le docteur Lecadre, au Havre.
M. le docteur Angrand, au Havre.
M. le docteur Langevin, au Havre.
M. le docteur Jaquemont, au Havre.
M. le docteur Denonette, au Havre.
M. le docteur Lallemant, au Havre.
M. le docteur Beauregard licencié ès-sciences, au Havre.
M. le docteur J. Jan, au Havre.
M. le docteur Derome, au Havre.
M. le docteur Maire, au Havre.
M. le docteur Legros, au Havre.
M. le docteur Piquer, au Havre.
M. Avenel, médecin, au Havre.
M. Gauvin, médecin, au Havre.
M. Valemont, médecin, au Havre.
M. le docteur Pénard, chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles.
M. le docteur Vitry, chirurgien en second de l'hôpital de Versailles, médecin de l'Ecole normale primaire de la même ville.
M. Segret, médecin-dentiste, à Paris.
M. le docteur Loir, membre de la Société de médecine, à Paris.
M. le docteur Théallier, membre de la Société de médecine, à Paris.
M. Devilliers fils, chef de clinique d'accouchement à la Faculté de Paris.
M. le docteur Fouré, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
M. le docteur Lafond, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes
M. le docteur Legonas, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
M. le docteur Thibaud, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
M. le docteur Marchand, professeur de l'Ecole de médecine de Nantes.
M. le docteur Guépin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
M. le docteur Sallion, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
Mr Bourguet, docteur en médecine et en chirurgie, chirurgien en chef des hôpitaux de Rodez.
M. Bruguière, pharmacien, à Rodez.
M. le docteur Perrochet, à Montmorency (Seine-et-Oise).
M. le docteur Lecou, à Paris.
M. le docteur Lorne, à Paris.
M. Anglade, médecin, à Rodez (Aveyron).
M. Guilhou, pharmacien, membre du jury médical du Gers et de l'Académie de l'industrie (Gers).
M. Gallois, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Plainchant, président de la Société de médecine de Moulins (Allier).
M. le docteur Laussedat, secrétaire de la Société de médecine de Moulins (Allier).
M. le docteur, Weisgaber, de Ribeauvillé (Haut-Rhin).
M. le docteur Stœber, secrétaire de la Société de médecine de Strasbourg, professeur à l'Ecole de médecine de Strasbourg.
M. Borie, pharmacien, à Tulle (Corrèze).
M. Fillol, pharmacien, à Tulle (Corrèze).
M. Rayrand, pharmacien, à Tulle (Corrèze).
M. le docteur Lacoste du Mons, chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien maire de Tulle, à Tulle (Corrèze).
M. le docteur Marrotte, médecin du Bureau central, à Paris.
M. le docteur Rabelleau, à Sully (Loiret).
La Société vétérinaire de l'Hérault.
M. Puncet, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Laroque, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Vernet, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Fayard, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Pelisson, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Goddard, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Tabourean, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Julliet, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Boissonnet, pharmacien, à La Guillotière (Rhône).
M. Borivent, pharmacien, à La Guillotière (Rhône).
M. Cornet, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Simon, pharmacien, à Vaise (Rhone).
M. Marchet, pharmacien, à La Guillotière (Rhône).
M. Vial, pharmacien, à Vaise (Rhône).
M. Mercier, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. Monchon, président de la Société de pharmacie de Lyon et du département du Rhône.
M. Lacoste, vétérinaire principal au dépôt de remonte de Caen (Calvados).
M. Giraud, pharmacien, à Paris.
M. Guillard, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Zurkowski, à Neuilly (Seine).
M. le docteur Panis, professeur à l'Ecole de médecine de Reims.
M. le docteur Testel, à Paris.
M. le docteur Féron, médecin en chef de l'hospice civil de Gournay-en-Brie (Seine-Inférieure).
M. Morage, médecin, à Voul (Seine-et-Marne).
M. le docteur Depaul, à Paris.
M. Pinmerel, pharmacien, à Nogent-le-Roi.
M. Fournier, pharmacien, à Montereau.
M. Durand, pharmacien, à Montereau.
M. le docteur Falret, membre de l'Académie, médecin de la Salpêtrière.
M. le docteur Voisin, médecin de Bicêtre.
M. Buisson, pharmacin, à Lyon.
M. Corbel-Lagneau, à Paris.
M. le docteur Huron, médecin du Bureau de bienfaisance du septième arrondissement.
M. le docteur Piron de Sampigny, à Paris.
M. le docteur Roger, à Paris.
M. le docteur Derouët-Boissière, à Paris.
M. le docteur Bourdonnay, à Paris.
M. Peyrier, pharmacien, membre du jury médical, à Brioude (Haute-Loire).
M. Calellan, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Giniez, à Paris.
M. Josset, médecin, à Merdrignac, arrondissement de Loudeac (Côtes-du-Nord).
M. Dorgeval-Dubouchet, inspecteur-adjoint de l'établissement thermal de La Motte près Grenoble.
M. le docteur Bonnet, professeur de clinique chirurgicale, à Lyon.
M. le docteur Boullenot, à Château-Chinon.
M. Gandry, pharmacien, à Château-Chinon.
M. le docteur Maillard, à Paris.
M. Desguerrois, médecin, à Méry-sur-Seine (Aube).
M. le docteur Roussin, à Lisieux.
M. Votrain fils, médecin, au Luc (Var).
M. le docteur Coquelin, à Genlis (Côte-d'Or).
M. le docteur de Boissy-Dubois, à Clairac (Lot-et-Garonne).
M. le docteur Chauve-Chantemerle, à Ambert (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Simonin (Edmond), chirurgien en chef des hôpitaux civils de Nancy, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de Nancy, etc.
M. le docteur Chevalier, médecin-adjoint de l'hospice de Bar-le-Duc (Meuse).
M. Serené, pharmacien, à Angers.
M. le docteur Bouvier, à Angers.
M. le docteur Marchand, ex-chirurgien-major au 1er d'artillerie à cheval, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Angers.
M. le docteur Pissu médecin du collége de Combrie (Maine et-Loire).
M. le docteur Ouvrard de Beauvau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie, président de la Société de médecine d'Angers, etc.
M. Pieau, pharmacien, à Angers.
M. le docteur Janin, à Paris.
M. le docteur Delmare, à Paris.
M. Tiablit, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Nivot, à Paris.
M. le docteur Patin, à Paris.
M. le docteur Carrier, à Paris.
M. le docteur Braconnot, à Paris.
M. le docteur Mathieu, à Paris.
M. le docteur Lepileur, à Paris.
M. le docteur Rossi, à Paris.
M. Fornier, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Jugenbubler, à Psrls.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Retour des voyageurs. — M. Roux et le nez du pape. — Une trousse bénie ou bénite. — Influence de la bénédiction papale. — M. Fouquier et l'hygiène. — L'esprit et la matière à l'Académie. — Révolution de deux astres académiques. — M. Rochoux et M. Castel. — Les quarantaines pour le 15 novembre — Les préparatifs oratoires. — Prochain concours. — Lettre d'un professeur d'Alfort.

Tout se ranime et reprend vie dans notre monde médical. Après deux mois de tristes vacances, voici que le froid et la chute des feuilles nous ramènent les heureux confrères qui tous les automnes peuvent fuir l'atmosphère parisienne et se retremper dans un air plus pur. Il en est chez lesquels ce changement d'air produit des effets merveilleux; M. le professeur Roux est de ce nombre. Mardi dernier, il fit sa reapparition à l'Académie de médecine, et j'admirais la fraîcheur de son teint, la rondeur de ses joues et l'air de vigueur juvénile répandu sur toute sa personne. Non-seulement M. Roux ne vieillit pas, mais sans flatterie on peut lui dire qu'il semble rajeunir. Ce n'est pas cependant des eaux de Jouvence que nous revient M. Roux, mais bien de Rome, où il a eu l'honneur de visiter chirurgicalement le nez de notre saint père le Pape. On sait que, sans respect pour un appendice aussi sacré, une affection de mauvaise nature s'est developpée sur cette partie précieuse de la face du pape M. Roux, parti, dit-on, avec des intentions opératoires et des bistouris tout neufs, aurait trouvé là-bas une telle résistance et une telle répugnance qu'il se serait borné à des conseils palliatifs. Le pape, touché de cette condescendance, a donné sa bénédiction non-seulement à M. Roux, mais encore à sa trousse, et je vous laisse à prévoir les miracles chirurgicaux qui vont sortir de cette trousse bénie ou bénite. Toujours est-il que la bénédiction papale a été fructueuse à M. Roux, car je ne l'ai jamais vu si frais, si gaillard et si dispos.

J'en dirai de même de notre très honoré confrère et archiatre M. Fouquier; les ans semblent glisser sur sa tête; en voilà vingt que j'ai l'honneur de le connaître, sans qu'il me soit possible d'indiquer la plus petite altération dans ses traits et dans son habitude extérieure. C'est que M. Fouquier, à l'encontre de presque tous les médecins, a mis pour lui-même en pratique les sages préceptes de l'hygiène, se coucher tôt, se lever de bonne heure, prendre ses repas avec regularité, avoir les pieds chauds, etc. Cet honorable professeur a, sur ce point, des observances d'une rigueur extrême. Ainsi, tous les jours, à sept heures du matin, M. Fouquier entre dans ses salles de clinique; à neuf heures sonnant il passe dans un petit cabinet, où un domestique apporte une soupe bien chaude, et à neuf heures dix minutes, lesté de cet aliment patriarcal, il passe dans l'amphithéâtre où les élèves viennent puiser des leçons d'une therapeutique riche, variée, mais toujours prudente.

Le retour de nos confrères à *Villégiature* ramènera, il faut l'espérer, un peu d'intérêt et de variété dans les séances académiques. A part un excellent travail de M. Marchal (de Calvi), écouté avec la plus grande attention, et dans lequel ce jeune professeur du Val de-Grâce a montré toutes les qualités de son esprit ingénieux et distingué, l'Académie de médecine s'est montrée fort pauvre de ressources depuis quelques semaines. M. Collineau, homme d'esprit et d'instruction, que l'Académie n'entend pas assez souvent, a lu, mardi dernier, un rapport fort sage et fort prudent sur la théorie de l'aliénation mentale proposée par M. Delasiauve. M. Collineau, et je l'approuve, est resté fort réservé sur les questions psychologiques que soulève le sujet. En disant que, mathématiquement et par les seules ressources de l'investigation, il est impossible d'apercevoir la ligne de démarcation entre l'esprit et la matière, M. Collineau disait explicitement ce que j'ai dit si souvent moi-même, c'est-à-dire qu'en tant que médecins, nous n'avons pas besoin de nous jeter à la recherche impossible de cette démarcation; que la pathologie, quoi qu'on dise et qu'on fasse, ne peut jamais s'exercer que sur des éléments matériels, et que tout le reste doit être rejeté dans le domaine de la conscience et de la foi.

Ce n'est pas là l'affaire de M. Rochoux, qui avec une insistance dont je ne peux plus me rendre compte, ne veut pas même laisser ce refuge de la conscience aux opinions spiritualistes. Aussitôt que s'éveille le plus léger motif de discussion à cet égard, M. Rochoux le saisit, s'en empare, le tourne et le retourne, jusqu'à ce que, de guerre lasse l'Académie, voyant l'impuissance et la stérilité de toutes ces disquisitions, y mette un terme par l'ordre du jour. C'est ce qui est arrivé mardi dernier, malgré tous les efforts du tenace et spirituel médecin de Bicêtre, qui s'est vu apostropher d'une façon très peu parlementaire par M. Castel. Car, semblables pour la régularité aux phénomènes astronomiques, ces deux astres académiques font leur révolution simultanément; on peut être certain que quand on entend M. Rochoux, on entendra M. Castel, et réciproquement. Ces deux honorables académiciens jouissent à un haut degré des deux propriétés électriques, par un bout ils s'attirent, par l'autre ils se repoussent; et quand l'un parle, l'autre veut parler, mais pour le contredire. Une fois ou deux cela peut être amusant; mais toujours, mais sempiternellemenent les mêmes histoires, je vous laisse à penser ce qu'en pense un vieil habitué comme moi des séances académiques.

Mais l'Académie se prépare pour une discussion sérieuse et grave, je veux dire la question des quarantaines. M. Prus annonce qu'il présentera son rapport vers le 15 novembre, après la session du Congrès médical. Certes, voilà un mois de novembre qui va être bien rempli. Sans compter la séance annuelle de l'Académie, où M. Pariset doit lire l'éloge de Larrey, nouvelle production du célèbre secrétaire perpétuel, dont les intimes disent des merveilles.

D'un autre côté, la Faculté prépare aussi sa séance de rentrée, dans laquelle M. Royer-Collard prononcera l'éloge de Breschet. Je ne dirai rien du nouveau musee d'anatomie comparée que M. Orfila vient de faire établir dans les collections de la Faculté; car je ne l'ai pas encore vu. La municipalité vient de faire entourer l'Ecole d'un large trottoir qui facilitera la circulation sur cette place, si encombrée à la sortie des cours.

Prochainement aussi, la Faculté va s'agiter et se mouvoir dans les

M. le docteur Boyer, à Paris.
M. le docteur Navctenr, à Paris.
M. le docteur Mayenne, à Paris.
M. le docteur Maron, à Castres (Tarn).
M. le docteur Piégléoski, à Castres.
M. le docteur Bru, à Castres.
M. le docteur Desplats, à Castres.
M. le docteur C. Landes, à Castres.
M. le docteur Mahuzié, à Castres.
M. le docteur Périé, à Castres.
M. Parayre, pharmacien, à Castres.
M. Dupuy, pharmacien, à Castres.
M. G. Londes, pharmacien, à Castres.
M. Labatut, pharmacien, à Castres.
M. Jessé, pharmacien, à Castres.
M. Alibert, pharmacien, à Roquecourbe (Tarn).
M. Amédée Pradal, vétérinaire, à Castres (Tarn).
M. Barry, pharmacien, à Romans (Drôme).
M. le docteur Viennois, médecin des hôpitaux, à Romans.
M. Quinson-Bonnet, pharmacien, à Valence (Drôme).
M. le docteur Allemand au bourg du Péage-lez-Romans (Drôme).
M. Gueymard, pharmacien, à Romans.
M. le docteur Dubouchet, médecin des hôpitaux au bourg du Péage-lez-Romans.
M. le docteur Grévin, à Valence (Drôme).
M. le docteur Colandre, à Saint-Peray (Ardèche).
M. le docteur Charière fils, à Chabeuil (Drôme).
M. le docteur Desparanches, médecin en chef de l'hospice civil et militaire de Blois.
M. le docteur Desfray, chirurgien en chef de l'hospice civil et militaire de Blois.
M. Ithier, vétérinaire, à Saint-Macaire (Gironde).
M. le docteur Renault, à Paris.
M. le docteur Benoist, à Talmont (Vendée).
M. le docteur Hureau, à Paris.
M. le docteur Dufresse-Chassaigne, à Paris.
M. le docteur Haguette père, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis.
M. le docteur Edouard Deschamps, à Paris.
M. le docteur Cassan, à Pézénas.
M. le docteur La Rivière, médecin militaire, à Saint-Avold (Moselle).
M. le docteur Emile Marchand, à Sainte-Foix (Gironde).
M. le docteur Crozat, à Tours.
M. le docteur Champenois, à Lucy-le-Bois.
M. le docteur Badarous, à Paris.
M. le docteur Rampon, à Paris.
M. le docteur Chevalier, à Lamothe-Beuvron (Loir-et-Cher).
M. le docteur Maisonneuve, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre.
M. le docteur Schmidt, à Coubert (Seine-et-Marne).
M. le docteur Deleau jeune, à Paris.

Total de la treizième liste, 205
Listes précédentes, 1327

Total général, à ce jour, 1532

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de juin 1845 ; par M. Jules BOUTEILLER, interne provisoire.

Deux cas de fièvre dite typhoïde. De la céphalalgie et de l'état du sang dans cette affection. De la secheresse de la cavité buccale considérée comme cause d'erreur.

Premier cas. — Une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de fièvre typhoïde, est couché dans la salle Sainte-Geneviève le 21 juin. Le symptôme prédominant qu'elle présente, le 22, à la visite, est une céphalalgie des plus intenses. Le pouls donne 100 pulsations. La respiration est fréquente et se fait par la bouche, ce qui suffit pour rendre la langue et les dents fuligineuses. Cette gêne de la respiration est due au refoulement en haut du foie et du cœur par le tube digestif que distendent des gaz. Enfin, notre malade dit avoir eu douze à quinze selles liquides la nuit précédente.

Que penser, dit M. Piorry, de la céphalalgie dans la fièvre typhoïde? Nous laissons à d'autres temps l'explication, qui consiste à dire que la céphalalgie est due à la présence de la bile dans l'estomac ou bien à une gastrite. Notons seulement en passant que l'estomac est très sonore, et par conséquent vide. La douleur est profonde, constante et sourde; donc ce n'est pas une névralgie; car la névralgie est intermittente; elle consiste dans des élancements, et enfin elle augmente par la pression.

Y a-t-il une inflammation superficielle du cerveau? M. Piedagnel professe cette opinion, et prétend que dans la fièvre typhoïde il y a ramollissement de la surface du cerveau. Ce qui le prouve, dit-il, c'est qu'à l'autopsie, quand on veut enlever la pie-mère, on entraîne avec elle un peu de substance cérébrale. Cela a bien effectivement lieu quelquefois, mais on a exagéré la fréquence du cas où les choses se passent ainsi. Dans le cas qui nous occupe, par exemple, ce n'était pas là la cause de la céphalalgie; car le malade n'a pas eu de délire. Il faut tout simplement admettre que ce symptôme est le résultat du désordre de la circulation, et surtout de l'altération du sang. L'état du sang, incontestablement, amène des maux de tête. Ce n'est que de cette manière que l'asphyxie, l'ivresse causent la céphalalgie.

Nous venons de parler de l'altération du sang. Nous employons cette expression parce qu'il est impossible de nier l'existence d'une altération du sang dans la fièvre typhoïde, quoique la chimie ne l'ait point encore démontrée. La simple inspection du sang conduit à cette idée. En effet, le sang des typhoïdes se coagule moins que le sang normal; il est moins consistant, et ses globules, au lieu de rester suspendues, se déposent au fond du vase. Enfin, tout le monde sait que les malades qui entrent à l'hôpital atteints de fièvre typhoïde, sont presque toujours des individus qui logent entassés dans des garnis, au milieu d'un air vicié et peu favorable à l'hématose.

Revenons à notre jeune sujet. Indépendamment des purgatifs qui lui furent administrés dès son entrée à l'hôpital, on prescrivit, le 22, une application de sangsues derrière les oreilles; le 23, des sinapismes, de la glace sur le ventre et l'élévation de la tête. La malade a guéri sous l'influence de ce traitement. On remarquera qu'il n'a point été appliqué de vésicatoires. M. Piorry n'est point partisan de ce moyen; il pense que le peu de soulagement qui en résulte n'est pas une compensation suffisante de la douleur qu'ils produisent.

Deuxième cas. — Un enfant couché salle Saint-Raphaël, n° 19, présenta, le 9, à la visite, la langue dans un tel état de sécheresse, qu'il ne pouvait même pas articuler des sons. Il était facile de croire, et l'on crut même à du délire, à des phénomènes ataxiques et adynamiques; mais il suffit de nétoyer la langue, et surtout de l'humecter, pour obtenir de cet enfant des réponses satisfaisantes, bien articulées et bien raisonnées, tandis qu'auparavant il y avait comme une sorte de mastication. Cela a lieu fréquemment dans la fièvre typhoïde, et les praticiens doivent se tenir en garde contre cette cause d'erreur.

Influence des maladies du cœur sur celles du poumon.

A l'occasion d'un cas d'hypertrophie considérable du cœur que portait un malade de la salle St-Raphaël, et qui détermina des crachements de sang, M. Piorry a résumé en peu de mots, dans une de ses leçons cliniques, l'influence qu'exercent les maladies du cœur sur celles du poumon.

Un premier cas se présente, c'est celui où les impulsions du cœur sont trop fortes, sans que le cœur soit plus volumineux qu'à l'état normal. Alors une trop grande quantité de sang est projetée dans le poumon. Aussi, voit-on souvent, dans ce cas, des hémoptysies, surtout quand il y a insuffisance des valvules.

Si le cœur a une impulsion trop forte et qu'en même temps il soit hypertrophié, l'influence sur le poumon est de même nature et encore plus grave; il y a presque toujours congestion dans le poumon et souvent même pneumonite.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que des cas où l'impulsion du cœur est plus forte. Il faut aussi mentionner ceux où le cœur influe sur les poumons par son défaut d'action. Toutes les fois que l'impulsion du cœur est faible, il y a stase du sang, surtout si un des orifices du cœur est rétréci.

Le rétrécissement peut siéger à un orifice du cœur droit ou à un orifice du cœur gauche; mais la conséquence, bien différente d'abord, devient bientôt en définitive la même. En effet, quand il y a stase dans un point d'un cercle, quelque lieu qu'occupe ce point, il y a stase dans tout le cercle.

Comme on le voit, la question n'est ici qu'ébauchée; pour être traitée en entier, elle exigerait une étendue trop considérable pour figurer dans une revue clinique.

Ascite par suite d'un cancer colloïde du grand épiploon. Remarques pratiques à ce sujet. — Kyste ovarique. — Diagnostic différentiel de cette tumeur.

Au commencement du mois de juin succomba un malade couché depuis longtemps au n° 1 de la salle Saint-Raphaël. A son entrée, il présentait une ascite qui nécessita quelque temps après une ponction, et ce fut alors que l'on pût mieux explorer les cavités thoracique et abdominale. Le cœur, le foie, la rate et les reins furent trouvés d'un volume normal. Le premier de ces organes ne donnait lieu à aucun bruit qui indiquât une lésion. On rechercha, en conséquence, avec le plus grand soin un autre état organo pathologique pour expliquer l'accumulation de la sérosité dans le péritoine. Cependant le diagnostic resta fort douteux. On le comprendra aisément quand on saura que l'autopsie fit trouver un cancer colloïde du grand épiploon. Rien de plus difficile, en effet, que de reconnaître cette altération de l'épiploon. Le malade n'avait pas le teint cancéreux et il n'accusait point de douleurs lancinantes. Ces deux dernières remarques confirment, jusqu'à un certain point, l'opinion de M. le professeur Cruveilhier sur le cancer colloïde. Cette espèce de cancer, dit-il, donne moins de symptômes généraux que les autres et semble ne pas passer dans le sang.

Cette observation nous fournit enfin l'occasion de reproduire cette remarque que nous avons faite bien des fois dans les salle de M. Piorry; c'est que lorsque l'on veut, à l'aide de la percussion, constater l'état des reins dans le cas d'ascite (et on doit toujours le faire, puisque la cause de l'ascite peut être une affection des reins), la délimitation devient beaucoup plus facile que dans les circonstances ordinaires. La raison en est simple : le malade, étant couché sur le ventre, les liquides gagnent la partie déclive et les gaz la partie supérieure; de telle sorte que les reins sont retenus de chaque côté de la colonne vertébrale au-dessus d'un espace très sonore, et que par conséquent la matité qu'ils donnent est des plus faciles à trouver et à circonscrire.

A l'occasion de la paracentèse qui fut pratiquée chez ce malade, M. Piorry a fait dans sa leçon clinique quelques observations du plus grand intérêt pratique. Et d'abord quant au lieu d'élection pour la ponction, il ne faut pas, dit-il, se contenter de tracer des lignes sur le trajet desquelles on n'ait pas à craindre de rencontrer des artères ou des veines développées, il faut encore, de toute nécessité, s'assurer si dans le point où l'on va percer, l'intestin n'a pas contracté d'adhérences. Pour cela on doit avoir recours à la percusssion plessimétrique. La première règle est donc d'enfoncer le trois-quarts au point le plus mat. La deuxième est d'éviter les artères et les veines, ce que l'on fera à l'aide de la palpation et même de l'auscultation.

La première de ces règles, qui est capitale, trouve encore son application dans la ponction des kystes ovariques. M. Piorry s'est bien trouvé dernièrement de l'avoir suivie en ville. Il ponctionna un peu à droite de la ligne blanche un kyste ovarique énorme qui contenait vingt deux litres de liqulde. La plessimétrie démontrait la présence des intestins sur la ligne blanche, et il y aurait eu danger à attaquer le kyste de ce côté, comme on avait eu d'abord l'intention de le faire. Après l'opération, on appliqua un bandage compressif et on recommanda à la malade de se tenir couchée sur le côté droit, afin que la péritonite pût se limiter. Une péritonite partielle est, en effet, inévitable, puisqu'en vertu du défaut d'adhérence du kyste aux parois abdominales une certaine quantité de sérosité tombe infailliblement dans la cavité péritonéale. Le principal est de bien diriger cette sérosité par une position convenable. Si l'on faisait la ponction sur la ligne blanche et que l'on laissât la malade couchée sur le dos, le liquide irait dans le petit bassin et la péritonite partielle serait des plus graves, car on peut dire, en thèse générale, que la péritonite n'est

---

opérations d'un grand et long concours pour la chaire d'anatomie. Les candidats doivent s'y montrer, dit-on, nombreux et célébres, et quoi qu'on en ait dit, tout annonce une lutte sérieuse, c'est-à-dire que les petits arrangements d'intérieur dont il est question dans le public pourraient bien être gravement compromis par les chances des épreuves. Cela est à désirer pour le vainqueur même, qui doit entrer à l'Ecole par la grande et large porte de l'honorabilité, et non par la porte secrète et bâtarde du favoritisme.

Voilà toutes les nouvelles du jour. J'ai à dire maintenant un petit mot d'une lettre de M. Bouley, professeur à l'école d'Alfort, rédacteur en chef du Recueil de médecine vétérinaire pratique, lettre en réponse à mon dernier article sur l'école d'Alfort. Je répondrai d'abord à M. Bouley que je n'ai rien dit dans cet article qui lui soit directement imputable, et qu'en aucune façon il n'est question de lui. Donc, pour ce qui le concerne, il n'avait pas à me répondre. Est-ce au nom de l'école d'Alfort qu'il me répond? Mais où est son mandat, et qui lui a donné mission? Je ne vois rien dans sa lettre qui puisse m'édifier à cet égard. Or donc, et après réflexion, je ne publierai de cette lettre que le fait pur et simple qui concerne M. Bouley, et qui est ainsi conçu : « Je profiterai de l'occasion de ma réponse pour vous » prier d'annoncer que je ne puis faire partie du Congrès, et que je « refuse la mission de *délégué* qui m'a été confiée par l'Association » vétérinaire du Nord et du Pas-de-Calais. »

J'avais dit que l'école d'Alfort outrageait dans son journal les vétérinaires membres de la Commission permanente du Congrès. M. Bouley assume ces outrages sur lui seul et en disculpe l'école d'Alfort. J'apprends cela avec beaucoup de plaisir; il etait pénible de penser qu'un corps enseignant pût faire ces actes d'hostilité contre ses anciens élèves. Mais M. Bouley trouve cette expression d'outrages injuste et erronée. Pour la justifier, je n'aurais qu'à citer un seul paragraphe de sa lettre où il aggrave ceux qu'il avait écrits dans son journal. Je serai plus réservé que lui, pour ne pas envenimer davantage une discussion pénible que la Commission a fait tous ses efforts pour prévenir et arrêter. Qu'il soit bien entendu seulement, qu'ici comme ailleurs, je me reconnaîtrai toujours le droit d'apprécier à leur juste valeur les actes des professeurs de l'école d'Alfort dans cette circonstance.

Jean RAIMOND.

Le livre dont, en français, le titre devrait être SUR L'ANCIENNETÉ DE LA MÉDECINE, *est-il d'Hippocrate?*

La première chose à faire pour résoudre la question proposée est de considérer tout d'abord, quel est le sujet traité dans cet écrit. Par là on arrive à se convaincre que le titre adopté par M. Littré, *De l'ancienne médecine* (1), ne repond pas plus que celui de *De primâ medicina* (2) au sujet sur lequel roule le petit traité. En effet, il ne s'y agit en aucune façon de la médecine primitive, de la médecine des premiers temps, mais bien de montrer, comme l'auteur l'a fait péremptoirement que les bases, les principes sur lesquels notre science repose, remontent à des temps fort anciens. Dès lors le titre grec *Peri archaiès iètrikés* pouvant également se traduire par *De l'ancienne médecine*, ou *Sur l'ancienneté de la médecine*, il faut nécessairement adopter cette dernière traduction, seule en rapport aveo le sujet du livre en question

Ce fait bien établi démontre d'une manière irrécusable le caractère comparativement moderne du livre attribué au père de la médecine, dont les travaux légitimes sont purement pratiques, et n'ont jamais été dirigés vers ces questions spéculatives de critique scientifique auxquelles on ne s'adonne qu'en second lieu, quand une science a déjà acquis ce degré d'avancement qui, par rapport à la médecine, a été l'objet constant des efforts d'Hippocrate. Nous trouvons un autre motif de ne pas voir en lui l'auteur du livre sur l'ancienneté de la médecine dans l'interprétation du passage suivant : « Ce médecin à qui tout le monde » accorde le titre d'*artiste*, n'était-il pas aussi bien guidé » par la même pensée, lorsqu'il inventa le régime adopté pour les » malades, que l'homme qui a appris à substituer les aliments conve- » nablement apprêtés dont nous usons maintenant, à la nourriture » grossière et sauvage des premiers temps? »

Si l'on ne veut pas, comme j'y serais porté, voir dans ce passage une allusion au traité du *régime dans les maladies aiguës*, bien évidemment postérieur à Hippocrate, il prouvera au moins qu'à l'époque où le livre sur lequel roule notre polémique a été écrit, on s'était occupé du régime des malades au point d'en avoir rendu la connaissance vulgaire; et ce résultat aussi, lui, n'a pu être obtenu qu'assez longtemps après Hippocrate.

Nous ne craindrions pas maintenant de dire que si depuis longtemps plusieurs médecins ont contesté la légitimité du traité sur l'*ancienneté de la médecine*, on a vu tout récemment MM. Dezeimeris et Littré se joindre à ceux qui considèrent ce livre comme appartenant à Hippocrate. Mais toute grande qu'est leur autorité, on peut attaquer l'opinion dont ils sont les défenseurs. J'ai cru devoir le faire sans entrer dans plus de développements, par une raison bien simple; c'est que si un seul de mes deux arguments est fondé, il n'est plus possible d'attribuer à Hippocrate le traité sur l'ancienneté de la médecine, et que si ni l'une ni l'autre de mes objections n'a de valeur, une troisième ou un plus grand nombre de la même force ne rendraient pas mon opinion meilleure.

ROCHOUX.

(1) Œuvres complètes d'Hippocrate, tom. I[er].
(2) *Hippocratis Opera*, p. 10.

NOUVELLES.

M. Maisonneuve, chirurgien du Bureau central d'admission aux hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Cours particuliers faits à l'Ecole pratique, 1[er] semestre et année scolaire 1845-46. — MM. les docteurs qui font des cours à l'Ecole pratique sont prévenus que la réunion pour prendre les jours et les heures est fixée au 31 octobre, à midi précis, à la Faculté.

— M. Hecquin, chirurgien major de 2[e] classe au 46[e] de ligne, passé au 57[e] de la même arme, en remplacement de M. Liandon, nommé au 3[e] dragons; M. Barthelemy, idem à ce dernier corps, passé au 46[e] de ligne.

grave qu'en raison des organes que revêt le péritoine.

Quand on a vidé un kyste ovarique, quelque temps après, il y a un grand dégagement de gaz dans le tube digestif. Le médecin doit, à l'avance, en prévenir la malade et les personnes qui l'entourent.

Il est utile d'ajouter que, chez la femme qui nous occupe, l'œdème des membres inférieurs, causé par la présence du kiste, disparut, quand la poche fut vidée, et que l'urine, auparavant rare et très rouge, devint dès lors, aux dépens de l'œdème, abondante, claire et limpide.

Les procédés de M. Récamier et celui de M. Bégin ont un point de commun avec la ponction, c'est que, comme elle, ils ont besoin du secours de la plessimétrie pour déterminer le lieu d'élection.

Un mot sur le diagnostic différentiel des kystes ovariques et de l'ascite. A l'aide de la percussion seule, ce diagnostic est très facile; il suffit de savoir que, dans le cas de kyste ovarique, il y a de la sonoréité entre le kyste et le pubis, d'une part, et entre le kyste et le foie de l'autre, ce qui n'a pas lieu dans l'ascite. Le diagnostic deviendra bien plus facile encore si à ce signe on joint les suivants : forme arrondie du kyste reconnue par le toucher et par la plessimétrie, densité différente sur les différents points de la tumeur, impossibilité de déplacer la tumeur, absence de bruit hydraérique et, enfin, matité absolue.

Pour vider entièrement le péritoine de la sérosité qu'il renferme lorsqu'il est le siége d'une ascite, M. Piorry conseille d'introduire dans la canule du trois-quarts une sonde fine et enduite de la sérosité péritonéale elle-même. Cette canule agit à la manière d'un siphon, et le liquide qui occupe les points les plus déclives se trouve ainsi évacué. La même manière de faire conviendrait également dans le cas de kyste ovarique.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Cazeaux, suppléant.

De la résistance du plancher du bassin et de la conduite à suivre dans ces sortes de cas. (Fin.)

J'arrive maintenant aux observations que vous avez été à même de faire chez les trois femmes accouchées à la Clinique.

Je vous l'ai déjà dit, il est très fréquent surtout chez les primipares fortes et bien musclées ou douées d'un grand embonpoint, de voir le travail marcher d'abord bien régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout à coup son mouvement de progression être suspendu. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie; mais malgré leur violence, la tête peut rester là pendant longtemps sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due alors à la contraction trop violente des muscles qui entrent dans sa composition ou à la présence d'une trop grande quantité de tissu adipeux qui rend cette partie du bassin trop peu extensible pour permettre le dégagement de la tête.

Quelle que soit la cause de cette résistance, elle agit sur la marche ultérieure du travail de deux manières bien différentes, et qu'il est très important de distinguer dans la pratique; car elles nécessitent l'emploi de deux moyens tout opposés.

Ainsi quelquefois la contraction d'abord forte et énergique se soutient au même degré pendant quelques heures; puis enfin vaincue par une résistance qu'elle ne peut surmonter, elle s'affaiblit, devient moins fréquente, et même cesse complétement. L'indication est facile à saisir, chercher à réveiller les contractions en faisant marcher la femme, en frictionnant l'abdomen et titillant le col utérin, en donnant le seigle ergoté, puis enfin appliquer le forceps si ces moyens étaient infructueux; telle est la règle de conduite.

Mais un cas tout différent peut se rencontrer; il peut arriver que, malgré la lutte qu'elles ont eu à supporter, les contractions se soutiennent encore avec autant de force, de régularité, de fréquence, qu'au début du travail; seulement, malgré leur violence, elles sont encore impuissantes à opérer l'expulsion de la tête; en un mot, l'utérus fait tout ce qu'il peut faire; mais tous ses efforts viennent se briser contre un obstacle insurmontable. On conçoit que dans ce dernier cas il faut bien se garder d'employer les moyens propres à activer les contractions. L'ergot serait surtout nuisible, car c'est alors qu'il mériterait tous les reproches mis en avant par ses détracteurs, en donnant aux contractions jusqu'alors régulières et normales, ce caractère de douleurs tétaniques, cette continuité d'action si compromettante pour la vie du fœtus, et si souvent suivie d'une rupture de la matrice, presque toujours mortelle pour la mère.

Ce ne serait donc pas sans danger qu'on voudrait augmenter les efforts auxquels se livre la femme, et loin de chercher à exciter des contractions plus énergiques, l'accoucheur doit seulement, par des tractions bien dirigées, venir en aide à celles qui existent. L'application du forceps est évidemment ici la seule ressource.

Pour mieux faire comprendre cette distinction, que nous croyons très importante en pratique, nous supposons deux femmes en travail; chez toutes deux la tête du fœtus, bien conformée, et en position favorable, repose sur le plancher du bassin depuis six à sept heures. Chez l'une, les contractions d'abord fortes et fréquentes sont devenues peu à peu faibles et rares, ou même ont complétement cessé; chez l'autre, au contraire, elles conservent encore toute leur énergie: chez celle-ci, nous appliquerons de suite le forceps; chez celle-là, nous aurons recours d'abord aux moyens propres à réveiller l'action de la matrice, le forceps ne sera définitivement employé qu'autant que ces excitations seront demeurées sans résultats.

L'insuffisance des douleurs ergotées elles-mêmes n'est pas un fait très rare dans cette circonstance; mais alors même qu'on est obligé d'en venir plus tard à l'application du forceps, l'administration préalable du seigle ergoté aura encore été utile. Le forceps sera alors appliqué, en effet, dans des conditions beaucoup plus favorables; car les contractions dues à l'ergot aideront l'action de l'instrument, et surtout préviendront l'inertie consécutive de la matrice; inertie à laquelle la femme aurait été exposée, si l'instrument avait été appliqué avant d'avoir suffisamment réveillé la contractilité de tissu.

Ainsi chez la seconde femme dont nous avons rapporté l'observation, nous avons vu que peu de temps après l'extraction de l'enfant, la malade perdit une assez grande quantité de sang, et bien qu'au moment où nous nous décidâmes à intervenir l'action de la matrice fût encore assez énergique, l'organe fatigué et pour ainsi dire surpris par une déplétion trop brusque resta relâché, et nous fit regretter de n'avoir pas donné quelques doses de ce médicament. Heureusement que ce nouvel accident fut combattu avec succès.

C'est pour n'avoir pas assez nettement distingué les cas dans lesquels le seigle ergoté peut être employé avec avantage de ceux où il devient un médicament dangereux, que quelques auteurs ont eu le tort de le proscrire complétement de la pratique. Les armes dangereuses doivent être remises en main sûre, et loin de les briser il faut apprendre à s'en servir; et pour ne parler que du cas qui nous occupe, nous sommes convaincu que, sagement administré, l'ergot peut rendre d'éminents services.

Il ne faut pas croire pourtant que tout soit fini après l'emploi de ce médicament; nous l'avons dit, les contractions qu'il détermine ne suffisent pas toujours à la terminaison du travail. Alors, il ne reste plus évidemment que le forceps; mais à quel moment convient-il de l'employer? Faut-il laisser s'épuiser les contractions ergotées? Combien de temps peut-on attendre sans danger? Pour prévenir autant que possible les résultats fâcheux auxquels les contractions ergotées prolongées exposent la mère et le fœtus, voici la conduite que nous croyons la plus sage.

Lorsque la tête étant dans les conditions déjà indiquées, les douleurs dues à l'ergot de seigle durent depuis trois quarts d'heure ou une heure au plus, et n'ont pas eu d'influence sur la descente du fœtus, nous pensons qu'il est prudent d'appliquer le forceps. Il est inutile de dire que pendant cette expectation on surveillera l'état des pulsations fœtales, et que l'affaiblissement ou l'irrégularité des battements du cœur devrait déterminer une intervention immédiate.

Notre première observation semble venir tout exprès pour confirmer la justesse de cette dernière réflexion, et nous vous engageons à ne pas imiter la conduite des personnes qui avaient nous étaient auprès de la femme. Elles auraient dû nous faire prévenir avant d'administrer le seigle ergoté, pour pouvoir agir en cas d'insuffisance des contractions provoquées par ce médicament. M. Devilliers et moi ne pûmes arriver à la salle que plus de deux heures après l'administration de l'ergot, et déjà les battements du cœur avaient cessé de se faire entendre. Lorsque, en pareille occurrence, on se décide à administrer ce médicament, il faut être tout prêt à intervenir d'une manière plus active.

Il me reste à revenir sur une autre particularité que vous avez pu observer dans ces trois cas. Presque tous, vous avez été étonnés de la facilité avec laquelle a été opérée l'extraction de la tête; eh bien! ne croyez pas que cela soit exceptionnel. Tous les accoucheurs qui ont eu de fréquentes occasions d'appliquer le forceps dans cette circonstance, ont dû être frappés, comme je l'ai été moi-même, du peu d'efforts qu'il est alors nécessaire d'exercer pour opérer le dégagement. Souvent, en effet, comme dans la troisième observation, la tête est arrêtée depuis longtemps, malgré les douleurs les plus énergiques; tous les efforts utérins sont venus se briser contre cette prétendue résistance des parties molles; il semble que, puisque des contractions énergiques et longtemps continuées ont été infructueuses, l'homme de l'art doive, en s'armant de l'instrument, se croire obligé à pratiquer de violentes tractions, et cependant, vous l'avez vu, à peine quelques légers efforts sont-ils exercés que cette grande résistance semblent céder tout à coup; les contractions utérines, si longtemps impuissantes, suffisent désormais, et l'on voit bientôt la femme chasser en même temps à l'extérieur et la tête et l'instrument.

Certes, il en serait tout autrement si la cause de l'arrêt de la tête avait été tout entière dans un périnée trop résistant; on sait trop bien quels efforts il faut employer dans des cas où des brides, des cicatrices vicieuses ont détruit l'extensibilité de cette région.

Sans doute, la résistance du plancher du bassin est la cause première des difficultés; mais elle est loin d'être la difficulté tout entière. Voici, à mon avis, comment les choses se passent.

Lorsque la tête poussée par les contractions utérines arrive sur le plancher du bassin, elle est déjà assez fortement fléchie; mais vous comprendrez facilement que cet état de flexion augmentera, d'autant plus que la contraction sera plus violente et le périnée plus résistant, car cette tête, placée entre deux forces opposées, devra nécessairement se fléchir autant que possible sur le devant de la poitrine. Eh bien, c'est cette flexion exagérée qui devient le plus grand obstacle à son dégagement spontané.

Dans cette position, en effet, la ligne rachidienne vient directement aboutir à l'occiput, et tout l'effort expulseur transmis par elle tend à abaisser la partie postérieure du crâne, et par conséquent à augmenter encore la flexion de la tête; or, c'est par un mouvement d'extension seulement que son dégagement peut s'opérer (1).

Toute l'énergie des efforts expulseurs augmente donc la difficulté. Que fait alors le forceps? Son action est toute simple : dès les premières tractions qu'il faut pratiquer alors en relevant un peu les branches au-devant des pubis, il défléchit la tête et la place dans une position plus favorable relativement au rachis en abaissant le menton, qui devient presque perpendiculaire à la tige rachidienne, et rend ainsi aux contractions toute leur efficacité; aussi suffisent-elles ensuite à la complète terminaison du travail.

On le voit donc, la résistance du périnée est sans doute la cause première de l'arrêt de la tête; mais dans l'immense majorité des cas, elle n'agit qu'en produisant une flexion exagérée de la tête: dès que celle-ci existe, elle constitue à elle seule presque toute la difficulté; la preuve se trouve tout naturellement dans la facilité et la promptitude avec laquelle l'accouchement se termine, après que les premières et légères tractions exercées par l'instrument ont opéré un commencement d'extension.

Il est quelques cas pourtant dans lesquels l'étroitesse de la vulve, la vive résistance offerte par la partie la plus antérieure du périnée constituent réellement le seul obstacle au dégagement de la tête. On peut voir alors très manifestement, pendant la contraction, le périnée bomber, la vulve s'entr'ouvrir, puis la cloison périnéale, se rétractant, forcer la tête à rentrer pour ainsi dire dans l'excavation.

Ces mouvements de progression et de retrait de la tête peuvent durer longtemps, et la lutte qui s'établit alors entre la résistance et la force expulsive plonger la femme dans une surexcitation telle qu'on peut craindre l'invasion d'un accès convulsif. L'application du forceps peut être quelquefois nécessaire; mais si vous l'employez alors, comme j'ai eu l'occasion de le faire tout récemment encore chez une de mes clientes, vous verrez que vous ne pourrez pas vous contenter de quelques légères tractions; vous serez obligé alors de tirer avec assez de force, et de continuer ces tractions jusqu'au complet dégagement de la tête, car, loin de diminuer par l'extension de la tête, les résistances augmentent à mesure que sa plus grande circonférence tend à franchir l'anneau vulvaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séant à l'Hôtel-de-Ville.

Séance du 8 octobre 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Huguier*, revenant sur la modification proposée par M. Guépratte pour le trois-quarts à hydrocèle, fait remarquer que cette modification peut être avantageuse dans la ponction pour l'ascite ou les kystes de l'ovaire, en ce qu'elle permettra de vider plus complétement les collections liquides; la canule pouvant être ramenée sans sortir jusque près de son extrémité; ce qui n'a pas lieu pour les canules ordinaires, que l'on n'ose pas retirer suffisamment dans la crainte qu'elles ne sortent tout à fait

— *M. le docteur Stearns*, médecin américain, soumet à l'examen de la Société un obturateur de son invention, applicable aux cas de perforations de la voûte palatine et de destruction plus ou moins complète du voile palatin membraneux.

— *M. Michon* a la parole pour la lecture d'un rapport sur la candidature de M. Letourneur. Le travail présenté par ce médecin consiste en une observation d'extraction de l'astragale, suivie de guérison. M. Michon, dans son rapport, discute avec soin la valeur des faits que la science possède sur l'extraction de l'astragale; il s'attache surtout à mettre en lumière la question pratique de cette extraction, comparée à l'amputation sus-malléolaire que préfèrent quelques chirurgiens.

M. Robert demande que le rapport de M. Michon soit renvoyé au comité de publication. Il rapporte un cas dans lequel un malade, auquel il avait pratiqué l'extraction de l'astragale, a succombé. Il y avait luxation de l'astragale accompagnée de plaie par suite d'une chute de cheval; l'os fut facile à extraire. Après l'opération, le malade fut fortement saigné; on eut recours à l'irrigation; néanmoins la mort survint le quatrième jour. On trouva du pus dans la gaîne des tendons et dans le tissu cellulaire ambiant.

M. Robert dit que dans l'examen comparatif de l'extraction de l'astragale et de l'amputation de la jambe, la question ne saurait se poser à l'égard de l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Cette dernière opération est trop grave; elle l'est presque autant que l'amputation de la cuisse à la partie inférieure; l'extraction de l'os doit sans aucun doute lui être préférée. La question d'option ne peut donc être posée qu'entre l'extraction et l'amputation sus-malléolaire. A ce point de vue, on doit remarquer que l'extraction, quand elle réussit, donne un résultat préférable à celui de l'amputation sus-malléolaire, en ce qu'elle conserve le pied, et que celui-ci, même à l'état d'ankylose, est encore préférable à la bottine que doit porter le malade après l'amputation. Il rappelle à ce sujet le résultat obtenu tout récemment par M. Laugier. Suivant M. Robert, si l'on a égard 1° au traumatisme, on voit qu'il n'en est pas plus redoutable après l'une des opérations qu'après l'autre; 2° à la nécessité de l'appareil dans un cas, à sa non-nécessité dans l'autre, il pense qu'en somme l'extraction de l'astragale doit être préférée à l'amputation.

M. Malgaigne a vu un cas d'extraction de l'astragale, qui fut suivie d'un résultat tellement favorable sous le rapport de l'usage du membre, que le malade pouvait faire plusieurs lieues à pied. Il saisit cette occcasion de faire ressortir les différences qui existent entre les résultats d'une même opération, suivant les localités dans lesquelles on la pratique. Sous ce rapport il trouve que les résultats qu'il obtient à Saint-Louis, sont de beaucoup supérieurs à ceux auxquels il était arrivé à l'Hôpital Saint-Antoine.

M. Nélaton a pratiqué une fois, mais sans succès, l'extraction de l'astragale. C'est chez un carrier qui avait fait une chute d'un lieu élevé. Il y avait ceci d'exceptionnel dans ce cas que la plaie siégeait en arrière, tandis qu'elle a presque constamment lieu à la face dorsale ou vers le bord interne du pied dans les autres cas de luxation de l'astragale avec plaie.

M. Laugier s'était proposé de présenter à la Société le malade auquel il a pratiqué l'extraction de l'astragale, malade qu'il a fait voir à l'Académie royale de médecine; mais ce dernier étant sorti de l'hôpital, il n'a pas pu mettre son projet à exécution; et il se bornera à faire connaître quelques particularités de l'observation. Le malade qui en fait le sujet eut une luxation d'abord simple et sans plaie. L'astragale, dont la tête faisait saillie en dedans, au côté interne du pied,

---

(1) *Voyez*, pour de plus amples détails, *Mécanisme de l'accouchement naturel* (Traité d'accouchements), par P. Cazeaux; 2e édition, Paris, 1845.

n'avant pas été réduit, détermina par la pression qu'il exerçait sur la peau, une gangrène partielle et une menace d'infiltration du pus vers la jambe ; c'est ce qui décida M. Laugier à pratiquer l'extraction, qui fut excessivement laborieuse. Le succès a été complet. Toutefois il ne faut pas croire qu'il ait été obtenu dans un court espace de temps et qu'il n'ait été traversé par aucun accident. Il faut évaluer à près de six mois la durée du traitement. M. Laugier eut recours après l'opération, à l'emploi des irrigations d'eau froide, auxquelles il a été forcé de renoncer à raison des vives douleurs qu'elles causaient au malade, particularité que M. Laugier a déjà eu l'occasion d'observer, en plusieurs circonstances, comme inhérentes, chez plusieurs sujets, à ce genre de médication. Il y a eu aussi quelques trajets fistuleux, une élimination successive de parcelles osseuses, soit qu'elles fussent des restes de l'astragale, soit qu'elles fussent dues à des exfoliations partielles des autres os du tarse. Malgré ces incidents, on peut dire qu'au bout de six mois le malade était guéri ; car il marche sans bâton, possède une mobilité très évidente dans l'articulation du coude pied ainsi que dans l'articulation tarso-métatarsienne, seulement il a besoin d'une chaussure élevée.

M. Laugier fait remarquer que dans l'appréciation comparative de la valeur des deux opérations à proposer, savoir, l'amputation sus-malléolaire et l'extraction de l'astragale, il est nécessaire d'établir une séparation entre deux séries de cas bien distincts : 1° ceux dans lesquels la luxation de l'astragale s'accompagne d'autres désordres, tels que fractures et dilacérations dans la région du coude-pied avec plaie; dans ces cas, l'amputation lui paraît préférable ; 2° ceux dans lesquels la luxation de l'astragale est exempte de ces complications ; et alors, jusqu'à nouveaux faits, il préférera l'extraction de l'os. — M. Laugier établit une autre distinction non moins pratique que la précédente, suivant le degré auquel existe la luxation de l'astragale : 1° l'os est-il presque libre et nullement enclavé, l'extraction lui paraît devoir être faite d'emblée ; 2° l'os au contraire, est-il enclavé fortement avec intégrité actuelle des téguments, il attend les accidents avant d'opérer.

— *M. Guersant* présente à la Société deux malades, sur le traitement desquels il demande l'avis de ses collègues.

L'un est un enfant de cinq ans chez lequel existe, à la partie latérale droite du cou, une tumeur presque aussi volumineuse que la tête, s'étendant depuis l'os maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule. Cette tumeur, qui a d'abord manifesté sa présence dans la région sus-claviculaire, a mis deux ans et demi à atteindre les dimensions qu'elle présente aujourd'hui. Les mouvements de la déglutition et de la respiration ne sont pas gênés ; seulement, il y a pendant le sommeil un ronflement prononcé. M. Guersant consulte la Société : 1° sur la question du diagnostic, 2° sur celle du traitement.

M. Huguier pense qu'il s'agit d'une tumeur encéphaloïde, et non d'un engorgement ganglionnaire soit simple, soit tuberculeux. Il rejette toute opération, se fondant sur ce que la tumeur est très volumineuse, qu'elle ne pourrait être enlevée sans couper la veine jugulaire externe ; qu'elle descend très bas sous la clavicule, et qu'elle fait tellement corps avec le col de l'enfant, qu'on doit la considérer comme envoyant sous le sterno-mastoïdien des appendices impossibles à délimiter, et dont l'extraction exposerait à ouvrir des veines volumineuses à la base du col, et à tous les dangers que pourrait entraîner ce dernier genre de lésion.

M. Robert s'élève contre l'opération, et par les mêmes motifs. Il pense que si l'on exécutait une opération, on trouverait que la tumeur, comme cela a lieu dans les cas analogues, a des prolongements beaucoup plus étendus qu'on ne le suppose d'après son étendue extérieure. Il rappelle que les enfants supportent très mal les hémorrhagies auxquelles on serait infailliblement exposé dans une semblable opération. Il blâme même la ponction explorative.

M. Maisonneuve condamne également la ponction des tumeurs cancéreuses comme étant souvent accompagnée d'une stimulation, d'une sorte de coup de fouet, qui précipite la marche des accidents dans les tumeurs de ce genre.

M. Guersant dit que, dans l'admission d'une tumeur cancéreuse, il se range à l'opinion qui exclut toute opération ; mais il pense que dans le cas de ganglions tuberculeux, une suppuration provoquée par quelques applications de pâte de Vienne pourrait peut-être amener la fonte suppurative de la tumeur.

M. Maisonneuve blâme fortement cette pratique.

L'autre malade de M. Guersant est une jeune fille de treize ans, qui présente un bec-de-lièvre à droite, compliqué d'une division de la voûte palatine osseuse et d'une bifidité du voile du palais. Il consulte ses collègues sur l'opportunité de la staphylorraphie dans ce cas.

MM. Huguier et *Deguise* père, pensent que la staphylorraphie échouerait presque inévitablement chez cette jeune malade.

M. Nélaton insiste aussi sur le peu de chances de succès de cette opération.

M. Marjolin propose de faire dans ce cas l'application de l'obturateur mobile du docteur Stearns.

M. Chassaignac s'étonne que dans cette discussion on ne paraisse pas tenir compte de l'influence que la suture du voile du palais exerce sur la perforation osseuse comme moyen de favoriser le rapprochement des os.

M. Nélaton ne nie pas cette influence ; mais il doute de la possibilité même de la réunion du voile, attendu que les cas de succès en pareille circonstance sont extrêmement rares. Du reste, la staphylorraphie n'étant pas dangereuse, il ne voit pas de contre-indication formelle à l'opération, mais il doute de sa réussite.

M. Michon considère une réunion même incomplète du voile, comme exerçant une influence très favorable sur le rapprochement des parties osseuses dans le jeune âge. Il a observé ce rapprochement à un degré très prononcé chez la jeune fille d'un médecin à laquelle il avait pratiqué l'opération du bec-de-lièvre, et chez laquelle l'écartement primitif était tellement considérable, que la jeune enfant portait la pointe de la langue à travers les fosses nasales contre la suture du bec-de-lièvre.

M. Lenoir fait remarquer qu'en avant, les deux os maxillaires supérieurs sont réunis au niveau de l'arcade alvéolaire. Il cite deux cas dans lesquels M. Blandin avait pratiqué la suture avec des conditions semblables, n'avait pas obtenu de succès.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CONFÉRENCE CHIRURGICALE CHEZ M. AMUSSAT,

le 11 octobre 1845.

En présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers, M. Dieffenbach devait exposer ses idées sur l'autoplastie, à laquelle il a fait subir tant de perfectionnement ; mais étant indisposé, et dans l'impossibilité de sortir, la conférence a été consacrée, par M. Amussat, à un sujet dont il s'est beaucoup occupé, c'est-à-dire à l'entérotomie lombaire. M. Amussat a présenté d'abord deux malades affectés, l'un de retraction des doigts, l'autre d'une cicatrice difforme des lèvres suite de brûlure, et qui deva ent servir à développer les idées de M. Dieffenbach. Ensuite, un médecin américain présent à la séance, M. Stearns, affecté d'une division congénitale du voile du palais, a montré un obturateur qu'il a imaginé, et qui, par la manière ingénieuse avec laquelle il est construit, s'adapte parfaitement au voile du palais, et peut suivre tous les divers mouvements de cette partie. Aucun obturateur ne peut être comparé avec avantage à celui-ci, et il est certainement appelé à rendre de très grands services.

M. Amussat présente ensuite un enfant du sexe masculin, âgé de trois ans et neuf mois, auquel il a pratiqué, le 20 janvier 1842, deux jours après sa naissance, un anus artificiel dans la région lombaire gauche sans ouvrir le péritoine. Cet enfant, dont la santé et le développement ne laissent rien à désirer, est très gai et chante presque continuellement ; et, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il retient parfaitement les airs qu'il a entendus une seule fois. Son infirmité est moins grande qu'on ne serait porté à le supposer ; car la constipation est opiniâtre, et dure souvent huit et quinze jours sans que la santé en soit altérée. Un bouchon en tissu élastique, percé à son centre d'une ouverture étroite, est placé dans l'anus artificiel, et il permet au gaz de s'échapper. Ce bouchon est retenu par un bandage de corps.

Cet enfant avait été adressé à M. Amussat par M. H. Larrey, qui avait essayé inutilement, ainsi que d'autres chirurgiens, de donner issue au méconium par des ponctions successives pratiquées à 3 centimètres de l'anus, qui était bien conformé. M. Amussat, après avoir aussi cherché vainement, et avec une grande persévérance, à rétablir la voie intérieure, fut forcé d'y renoncer ; et ayant alors prévenu le père de la seule chance qui restât encore pour sauver son enfant, il pratiqua, par son procédé, un anus artificiel dans la région lombaire gauche. Sans entrer dans des détails étendus sur l'opération, M. Amussat rappelle seulement que son procédé est fondé sur un fait capital d'anatomie pathologique, et qu'on peut énoncer ainsi : « Contrairement aux idées reçues, toutes les fois que l'opération est indiquée, il existe en arrière du colon lombaire gauche, chez les enfants, un espace celluleux qui permet d'ouvrir l'intestin entre les deux replis du péritoine. » Cet espace celluleux est d'autant plus grand que l'intestin est plus distendu ; par conséquent, il n'y a point de mésentère ou de mésocolon, comme dans l'état normal chez certains sujets. Enfin, l'incision transversale, que M. Amussat a substituée à l'incision longitudinale de Callisen, favorise beaucoup l'opération.

M. Amussat discute ensuite la question de savoir si, dans les cas où, après avoir fait toutes les tentatives possible pour arriver à donner issue au méconium par la voie naturelle, on est obligé de pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire gauche, il serait possible, plus tard, de rétablir la voie normale et de fermer la voie artificielle. On a fait, dit M. Amussat, dans ces derniers temps, un essai malheureux de cette opération sur un enfant auquel on avait établi avec succès, deux mois auparavant, un anus artificiel dans la région lombaire gauche, par mon procédé, et ce fait vient à l'appui de la théorie. On comprend, en effet, toutes les chances défavorables d'une opération de ce genre pratiquée dans les circonstances où l'on s'était assuré d'abord que l'intestin se terminait à une grande distance de l'anus.

A cette occasion, M. Amussat rappelle que notre célèbre Larrey, qui l'honorait de son amitié, lui avait conseillé, en voyant, deux mois après l'opération, l'enfant qu'il vient de présenter, de chercher à rétablir la voie normale par le procédé indiqué par Martin et Klewig ; mais M. Amussat fit remarquer que le rectum manquait complétement, puisqu'il avait inutilement cherché cet intestin par en bas, que par conséquent il y avait une trop grande distance entre le cul-de-sac terminal du gros intestin et le fond du bassin ; et qu'enfin, on ne pouvait tenter ce perfectionnement qu'en s'exposant à compromettre l'existence de l'enfant. Dans les cas analogues, où la même disposition existe, il faudra renoncer à ce projet d'opération.

Cherchant ensuite à expliquer la différence qui existe sous le rapport de l'excrétion des matières fécales entre les opérés par le procédé de Callisen modifié, et ceux de Duret et d'autres chirurgiens qui ont ouvert le colon dans la fosse iliaque, M. Amussat pense *que la constipation qui a constamment lieu chez les malades qu'il a opérés par son procédé*, est produite au moins en grande partie par la présence du bouchon que l'on place constamment dans l'ouverture artificielle, et qui fait l'office d'une sorte de sphincter s'opposant à la sortie continuelle des matières : tandis que chez les opérés par la méthode de Littre il y a eu presque toujours prolapsus de l'intestin et sortie continuelle des matières, qui nécessitait l'application d'une boîte dans laquelle elles étaient reçues ; or, on comprend que d'une part le prolapsus entretenu par cette boîte, espèce de ventouse, et que d'autre part la chaleur provoquée par ce moyen ont dû agir comme causes d'irritation sur les intestins et déterminer la diarrhée. Quoi qu'il en soit de cette explication, un fait constant et très heureux existe chez tous les opérés de M. Amussat, c'est la constipation. Alors qui ne comprend que l'infirmité résultant de l'entérotomie lombaire est bien moins grande qu'on n'était porté à le croire d'après les faits connus d'anus artificiels établis, soit dans les cas de hernie, soit par le procédé de Littre, pour remédier à une obstruction du gros intestin chez l'adulte ou à une atrésie du rectum chez l'enfant ? V.....

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 124. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 22 OCTOBRE 1845.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Quatorzième liste.

M. le docteur Donné, inspecteur-général des écoles, à Paris.
M. le docteur Trappe, à Paris.
M. le docteur Lesible, à Paris.
M. le docteur Chassaignac, secrétaire de la Société de chirurgie de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.
M. le docteur A. Henry, à Paris.
M. le docteur J. Henry, à Paris.
M. le docteur Gendrin, chevalier de la Légion-d'Honneur, correspondant de l'Académie royale de médecine et du ministère de l'Instruction publique pour les travaux historiques, médecin en chef de l'hospice de Vendôme, etc.
M. le docteur Turis, médecin en chef de l'hospice et de la prison de Vendôme.
M. le docteur Brault, médecin-adjoint de l'hospice de Vendôme.
M. le docteur Fournier, à Vendôme.
M. le docteur Pollet, à Selomme, arrondissement de Vendôme.
M. Chantard, pharmacien, à Vendôme.
M. Deronzières, pharmacien, à Vendôme.
M. De Beaugé, pharmacien, à Vendôme.
M. Lamant, pharmacien, à Vendôme; pharmacien de l'Ecole de Paris, membre du jury médical de Loire-et-Cher.
M. Jouin, vétérinaire, diplomé à l'Ecole d'Alfort, commissionné par M. le préfet de Loire-et-Cher pour le traitement des épizooties de l'arrondissement de Vendôme, membre du Comice agricol.
M. Boiraux, vétérinaire, diplomé à l'Ecole de Lyon, ex-vétérinaire en premier au 4e cuirassiers, à Vendôme.
M. Lorieux, vétérinaire, diplomé à l'Ecole d'Alfort, à Vendôme.
M. le docteur Parchappe, médecin en chef de l'Asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.
M. Prempain, pharmacien, à Argentan.
(Délégué de la Société de pharmacie du département de l'Orne.
M. Loyer, pharmacien, à Sées.
(Délégué de la Société de pharmacie du département de l'Orne.)
M. le docteur Barjavel, membre du Conseil de santé et de salubrité publique de l'arrondissement de Carpentras; membre du comité d'inspection de la Bibliothèque et du Musée de cette ville, auteur de plusieurs productions littéraires et médicales, notamment de la *Bio-Bibliographie vauclusienne;* associé correspondant de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Marseille, et de l'Académie royale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse; médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Carpentras.
M. le docteur Boullay, à Gambay (Seine-et Oise).
M. Maillel, pharmacien, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. Lejeune, médecin, au Mans (Sarthe).
M. le docteur Castre, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Gonesse.
M. Bastide, pharmacien, à Saint-Etienne (Loire).
M. Claris, pharmacien, à Saint-Etienne.
M. Juvin, pharmacien, à Saint-Etienne.
M. Dallez, pharmacien, à Saint Etienne.
M. Perrier, pharmacien, à Saint-Etienne.
M. Borelli, pharmacien, à Saint-Etienne.
M. Galy, pharmacien, à Saint-Etienne.
M. le docteur Olinet, à Paris.
M. Aladane de Lalibarde médecins à Paris.
M. le docteur Tavernier père, à Sermaize (Oise).
M. Leleu, pharmacien, à Attichy (Oise).
M. le docteur Messand, à Paris.
M. le docteur Combes, professeur de médecine légale, à Toulouse.
M. Desallais fils, pharmacien de l'Ecole de Paris, à Eu (Seine-Inférieure).
M. le docteur Couppey, médecin en chef de l'hospice civil et militaire, médecin du palais du roi, à Eu.
M. Hébert, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Lesueur, à Bernay (Eure).
M. le docteur Périer, à Bernay (Eure).
M. Walm-Degieux, pharmacien, à Chauny (Aisne).
M. Hémet, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Depenne, à Paris.
M. Cambornac, pharmacien, à Catus (Lot).
M. le docteur Georges, à Gex (Ain).
M. le docteur Grilliet, à Gex.
M. le docteur Regard, à Gex.
M. le docteur Albert, à Ferney.
M. le docteur Gauthier, à Collonges.
M. le docteur Michaud, arrondissement de Gex.
M. le docteur Gerlier, à Ferney.
M. le docteur Pichoir, à Saint-Jean-de-Gonville.
M. Couturier, médecin, à Divonne.
M. Humel pharmacien, à Gex.
M. Lacollerig-Renaud. pharmacien, à Gex.
M. Girol, pharmacien, à Gex.
M. Ribiollet, vétérinaire, à Collonges.
M. le docteur Beau, médecin des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Catel fils, ancien élève de l'École pratique et des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Saint Dizier (Haute Marne).
M. le docteur Pamard, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien en chef des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale et d'accouchement, membre de l'Académie royale de médecine. du jury médical de Vaucluse, du Conseil général de salubrité, de la Commission centrale et consultative de santé, de l'Université de la Nouvelle-Albanie, en Amérique, des Sociétés de médecine de Paris, Bruxelles, Malines, Lyon, Toulouse, etc.
M. Poumiès, médecin, à Paris.
M. le docteur Macloughlin, à Paris.
M. Rohin, pharmacien, à Lunéville (Meurthe).
M. Garot-Regnauld, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Gachet, à Margaux (Gironde).
M. le docteur Louis Abraham, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Barrion, médecin de l'hôpital, à Bressuire (Deux-Sèvres).
M. le docteur Machelard, à Paris.
M. Grignon, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Salone, à Paris.
M. Pagé, médecin, à Preuilly (Indre-et-Loire)
M. Watiin, vétérinaire, à Paris.
M. le docteur Serres, à Dax (Landes).
M Defrénoy, médecin, à Ressons-sur-Matz (Oise).
M. le docteur de Villepin, de Compiègne, a adhéré en son nom privé et comme secrétaire de l'Assemblée médicale de l'arrondissement de Compiègne.
M. Schaeuffele, pharmacien, membre du jury médical.
(Délégué du Cercle pharmaceutique du Haut-Rhin), adhère aussi en son propre nom.
M. le docteur Trouard-Riolle, à Dieppe.
M. Barrier, pharmacien, à Chartres.
M. Duvivier, pharmacien, à Chartres.
M. Delacroix, pharmacien, à Chartres.
M. Belonin, pharmacien, à Chartres.
M. Amy, pharmacien, à Chartres.
M. Moutardier, pharmacien, à Chartres.
M. Gilbert, pharmacien, à Chartres.
M. Pointel, pharmacien, à Conrville (Eure-et-Loir).
M. Laville, pharmacien, à Courville.
M. Mellion, pharmacien, à Gallardon.
M. Courtal, pharmacien, à Auneau.
M. Cornet, médecin, à Frontenac, par Sauveterre (Gironde).
M. Bardin, médecin de l'hôpital de Sens.
M. le docteur Hameau, à La Teste de Buch (Gironde).
M. Aubron, médecin, à Château-Renard (Loiret).
M. Ingrand, médecin, à Aigre (Charente).
M. Acar, pharmacien, à Ham (Somme).
(Délégué des pharmaciens de l'arrondissement de Péronne.)
M. Lenoir, pharmacien, à Ham.
M. Louvet, pharmacien, à Péronne.
M. Douvillé, pharmacien, à Péronne.
M. Courtois, pharmacien, à Péronne.
M. Blouet, pharmacien, à Péronne.
M. Wallet, pharmacien, à Albert.
M. Arthus, pharmacien, à Combles.
M. Senez, pharmacien, à Lihons.
M. Lefèvre, pharmacien, à Lihons.
M. Desmarquet, pharmacien, à Nesle.
M. Puvion, pharmacien, à Roisel.
M. Rochard, médecin, à Paris.
M. Billon, pharmacien, à Paris.
M. Mercier, médecin, à Fontenay-le-Comte (Vendée).
M. Rabin, médecin, à Fontenay-le-Comte.
M. Defournoux, médecin, à Auzances (Creuze).
M. Pellassy des Fayolles, médecin, à Charonne.
M. Catbalea, pharmacien, à Charonne.
M. Charbonnier, médecin, à Larcly (Seine-et-Oise).
M. Joreau-Beaurepaire, médecin, à Saint-Denis.
M. Drechesne, pharmacien, à Gentilly.
M. Volland (de Brézé), médecin, à Gentilly.
M. Menier, pharmacien, à Paris.
M. Benoist, médecin, à Lons-le-Saulnier.
M. Passaquoi, médecin, à Lons-le-Saulnier.
M. Rabotin, pharmacien, à Fontainebleau.
M. Audibert, médecin, à Paris.
M. Lalement, médecin, à Paris.
M. Pilliot, médecin, à Paris.
M. Porcheron, médecin, à Paris.
M. Reinvillier, médecin, à Paris.
M. Vauquelin, médecin, à Paris.
M. Barras, médecin, à Paris.
M. de Puisaye, médecin, à Paris.
M. Recurt, médecin, à Paris.
M. le docteur Lacroix, à Fontenay-aux-Roses (Seiné).
M. le docteur Jallon, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans, membre de l'Ecole royale de médecine.
M. Ch. Lejeune, médecin, à Laon.
M. Chalut, médecin, à Saint-Maur (Seine).
M. Courty, médecin, à Paris.
M. Pons, médecin, à Paris.
M. Bialé jeune, médecin, à Paris.
M. le docteur Villers, professeur et directeur de l'Ecole de médecine de Besançon.
M. le docteur Corbet, professeur à l'Ecole de Besançon.
M. le docteur Foncin, professeur à l'Eole de Besançon.
M. Desfosses, pharmacien, professeur de chimie à l'Ecole de Besançon.
M. le docteur Delacroix, professeur-adjoint à l'Ecole de Besançon.
M. le docteur Tournier, professeur, délégué de la Société de médecine de Besançon.
M. le docteur Martin, professeur à l'Ecole de Besançon, président de la Société de médecine.
M. le docteur Bouton, à Besançon.
M. le docteur Michel, à Besançon.
M. le docteur Michel, à Pouilley-les-Vignes (Doubs).
M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.
M. Fontan, médecin, ex-chirurgien interne des hôpitaux de Lyon, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).
M. le docteur Gibert, à Mur-de-Barres (Aveyron).
M. le docteur Gabaude, à Saint-Sulpice (Tarn).
M. le docteur Fabre, à Cadalen.
M, le docteur Sabathier, à Graulhet.
M. le docteur Calvet, à Briatète.
M. le docteur Ducros, à Briatète.
M. Boyer, médecin, à Laval, ancien interne des hôpitaux de Paris.
M. Chaynes, médecin, à Cestayrols.
M. Magnès, médecin, à Campagnac.
M. Malgouyré, pharmacien, à Coules.
M. Caussé, pharmacien, à Gaillac.
M. Cestan, pharmacien, à Cordes.
M. Pojade, pharmacien, à Cordes.
M. Rimès, pharmacien, à l'Ile-d'Alby.
M. Estruc, pharmacien, à Gaillac.
M. Farjanel, pharmacien, aux Cabanes.
M. Fournier, vétérinaire, à Saint-Urcisse.
M. Lauzeral, vétérinaire, à Gaillac.
M. Muratet, vétérinaire, à Rabastons.
M. Guillaume, vétérinaire, secrétaire du Comice agricole à Issoudun, membre correspondant de la Société royale et centrale d'agriculture, à Issoudun (Creuse).
M. Fougera, vétérinaire, à Châteauroux (Indre).
M. Hirault, vétérinaire, à Issoudun (Creuse).
M. Chanteret, D.-M., à Roanne (Loire).
M. Delagrye, D.-M., à Roanne.
M. Deviry, D.-M., à Roanne (ou de Viry).
M. Faure, D.-M., à Roanne.
M. Imbert, D.-M., à Roanne.
M. Goin, D.-M, à Saint-Alban.
M. Bonquet-Lagenèvre, D.-M., à Ambierle.
M. Noëlas, D.-M., à Saint-Hàon-le-Châtel.
M. Guillien, D.-M., à Saint-Just-en-Chevalet.
M. Guyot père, D.-M., à Saint-Germain-Laval.
M. Guyot fils, médecin, à Saint-Germain-Laval.
M. Baraduc, D.-M., à Saint-Symphorien-de-Lay.
M. Barathieu, D.-M., à Saint-Symphorien-de-Lay.
M. Foriat, D.-M., à Charlieu.
M. Malfroy, D.-M., à Charlieu.
M. Pierra, D.-M, à Charlieu.
M. Pétra, D.-M., à Montagny.
M. Marchand, D.-M., à Saint-Germain Lespinasse.
M. Farjat, médecin, à Lapacaudière.
M. Chapuis, médecin, à Lapacaudière.
M. Lejon, médecin, à Roanne.
M. Nobis, médecin, à Regny.
M. Terlon, médecin, à Neulise.
M. Barbe, pharmacien, à Roanne.
M. Labor, pharmacien, à Roanne.
M. Lacollonge-Reynaud, pharmacien, à Roanne.
M. Roubaud, pharmacien, à Roanoe.
M. Dupuy, pharmacien, à Charlieu.
M. Raffin, médecin-vétérinaire, à Roanne.
M. Lafay, médecin-vétérinaire, à Saint-Symphorien-de-Lay.

La Société de pharmacie de Paris a nommé comme délégués, MM. Boullay, Cap, Boudet fils, Dubail, Vée, déjà adhérents en leur nom personnel.

La Société médicale de Brest a nommé, comme délégués, M. le docteur Guépratte, M. le docteur Dufour, M. le docteur Raphael à Provins.

La Société vétérinaire des départements du Finistère et des Côtes-du-Nord a nommé poor délégué, M. Kerzean, médecin-vétérinaire à Landernau, vice-président de la Société.

La même Société a adressé les adhésions suivantes:

M. Eleouet, médecin-vétérinaire à Morlaix, secrétaire perpétuel de la Société vétérinaire du Finistère et des Côtes-du-Nord,
M. Lozach, vétérinaire.
M. Pamon aîné, vétérinaire, à Lamballe.
M. Pelli, vétérinaire, vice-secrétaire de la Société, à Lannion.
M. Grosset, vétérinaire, à Loudac.
M. Le Goff, vétérinaire, à La Roche-Derrien.
M. Hamon jeune, vétérinaire, à Saint-Brieuc.
M. Arnoud, vétérinaire, à Saint-Brieuc.
M. Rolland, vétérinaire, à Saint Pol-de-Léon.
M. Pierre, vétérinaire, à Saint-Brieuc.
M. Teveux, vétérinaire, à Saint-Brieuc.
M. Berthier, vétérinaire, à Saint-Brieuc.
M. le docteur Beaugrand, à Paris.
M. le docteur Villaret, chirurgien-major au 7e de dragons, à Versailles.
M. le docteur Martin, à Bercy.
M. le docteur Fouquet, secrétaire de la Société polymatique du Morbihan, à Vannes.
M. le docteur Riboulleau, à Paris.
M. le docteur Longet, à Paris.
M. le docteur Ozanne, à Versailles.
M. le docteur Aussandon, à Paris.
M. Sylvestre, officier de santé, à Coulmier (Côte-d'Or).
M. Morisset, pharmacien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Paris.
M. le docteur Lavolley, à Paris.
M. le docteur Nivet, professeur-suppléant à l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand.
M. Lesuffleur, pharmacien, à Paris.
M. E. Bouyer, D.-M., à Marennes (Charente-Inférieure).
M. Panet, D.-M., à Paris.
M. Bonnevin, pharmacien, à Paris.
M. Neveu, pharmacien, à Etrepagny (Eure).

Total de la quatorzième liste,	236
Listes précédentes,	1532
Total général, à ce jour,	1768

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Morve aiguë. Mort après 18 jours de durée. Autopsie.

Le nommé Durieux, charretier, âgé de quarante-quatre ans, est entré à l'hôpital le 30 septembre dernier.

Cet homme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, nous dit éprouver depuis une huitaine de jours des douleurs vagues dans les membres, et principalement dans les articulations, et de la céphalalgie, auxquelles vinrent se joindre, quelques jours après, de la colique et de la diarrhée.

Le 30 au soir, il nous présenta les symptômes suivants :

Langue un peu rouge à la pointe et sur les bords, et recouverte à sa face supérieure d'un enduit blanchâtre médiocrement abondant. Bouche sèche et amère; inappétence; soif peu intense; quelques douleurs dans l'abdomen. Un peu de météorisme; gargouillement dans les deux fosses iliaques. Diarrhée.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire. Pouls fréquent, large et dépressible.

Peau chaude, sèche et légèrement terreuse.

Douleurs vagues dans les membres, et surtout dans les articulations. C'est plutôt de la fatigue que de véritables douleurs. Céphalalgie assez forte; un peu de prostration des forces. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

Les jours suivants, aggravation des symptômes, et principalement de la céphalalgie, des douleurs articulaires et de la prostration.

Le 2 au matin, nous aperçûmes sur la face antérieure du tronc, un peu au-dessus et à gauche de l'appendice xyphoïde, deux petites élevures jaunâtres, arrondies, non ombiliquées, du volume d'une lentille, se dessinant parfaitement sur la peau, qui présentaient un peu de rougeur à leur base, et distantes de deux centimètres environ l'une de l'autre. Une pustule plus grosse, à base dure et d'un rouge-cramoisi, siégeait à la partie antérieure de l'articulation de l'épaule. Une pression légère en fit sortir un peu de pus sanieux d'un jaune-roussâtre.

Dans la nuit du 3 au 4, le malade eut du délire. Les jours suivants, il présenta, au contraire, de la somnolence et une prostration de plus en plus prononcée.

Le 5, à la visite du matin, en examinant plus attentivement le malade, on put apercevoir sur le bras et l'avant-bras du côté gauche, deux ou trois petites tumeurs mal limitées, peu douloureuses, rougeâtres, dont l'apparition, vint confirmer, chez notre malade, l'existence d'une morve aiguë.

Traitement. Une bouteille d'eau de Sedlitz; potion avec 30 grammes de sirop diacode.

Il n'y avait cependant encore rien du côté des organes respiratoires; mais le malade portait souvent la main à son nez, comme si quelque chose le gênait. Ce ne fut que le 6 au soir que l'on put reconnaître un peu d'enchifrènement et de rougeur de la narine gauche.

Traitement. Tisane de chiendent nitré; julep avec 0,60 de calomel; une pilule avec 0,10 d'extrait gommeux d'opium pour le soir, et des bouillons.

Le 7 au soir, le malade présentait l'état suivant :

Langue légèrement humide et nette; légère rougeur de la muqueuse buccale; un peu d'appétit; soif assez vive; ventre dur, légèrement météorisé et douloureux à la pression; gargouillement dans les deux fosses iliaques; diarrhée liquide; selles involontaires.

On remarque dans les narines, et particulièrement dans la narine gauche, un peu d'écoulement séreux; mais en examinant attentivement cette narine, on y perçoit, non plus seulement de la sérosité, mais une espèce de muco-pus épais, assez abondant pour ne point encore s'écouler de la narine. Dans la narine droite, on aperçoit sur la partie antérieure de la cloison, une petite pustule pareille à celles qui existent sur la poitrine. La narine gauche, dans la partie qui n'est point recouverte par la matière purulente, semble comme excoriée; privée de son épiderme, cette matière donne passage à l'air. Celle du côté droit, au contraire, est encore parfaitement libre, et le malade respire très bien la bouche fermée.

Ni toux, ni expectoration. Le malade ne semble nullement oppressé, et respire librement. On ne put examiner facilement que la partie antérieure de la poitrine, et on ne trouva rien à la percussion. L'auscultation fit entendre, à l'inspiration comme à l'expiration, dans toute l'étendue de la poitrine, des râles de diverses nature, ressemblant assez bien à ceux de la bronchite et de la fièvre typhoïde.

Rien de particulier du côté du cœur; pouls plein, fort, vibrant, médiocrement fréquent (80 pulsations environ).

Miction presque involontaire, quoique le malade demande plusieurs fois par jour à uriner. Urine rougeâtre, mais limpide.

Il entend et comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. L'ouïe est cependant un peu plus dure qu'à l'état normal.

Conjonctivite oculo-palpébrale de l'œil gauche. La paupière est fermée, et le malade ne peut l'ouvrir sans y porter la main; un peu de muco-pus à l'angle interne de l'œil; larmoiement. En soulevant la paupière, on voit que la cornée est comme dépolie; pupille immobile. Le malade ne voit point de ce côté. A droite, l'œil et la paupière ne nous ont rien offert de particulier.

Toute la journée le malade a été dans un état de somnolence et de prostration très prononcé. On l'a entendu articuler quelques mots incohérents, et en rapport avec ses occupations habituelles.

Sur plusieurs parties du corps, et entre autres sur le front, un peu à droite de la ligne médiane, et sur la face externe du membre supérieur gauche, on aperçoit des tumeurs rougeâtres plus ou moins proéminentes et molles; plusieurs de ces tumeurs présentent une fluctuation bien manifeste. Dans celle du front, on sent un noyau qui roule sous la peau. A la jambe gauche, ce sont plutôt des rougeurs que des tumeurs; car il n'y a pas réellement proéminence. Du reste, toutes ces tumeurs sont assez sensibles à la pression, surtout celles qui sont les moins avancées. La sensibilité exagérée de quelques points du corps, et particulièrement de la partie antéro-supérieure de la poitrine, pourrait faire présumer que dans ces parties il se développera plus tard de nouvelles tumeurs. Le malade répand une odeur toute spéciale, *sui generis*.

Traitement. Chiendent nitré; potion avec 15 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide; 3 pilules opiacées de 0,05 chaque.

Le 8 au matin, le malade dit avoir un peu d'appétit et une soif très vive. Le ventre et toujours légèrement météorisé, mais n'est plus douloureux à la pression. Diarrhée abondante; déjections involontaires.

La narine droite est toujours assez libre; l'autre jette un peu davantage; la respiration n'est pas sensiblement gênée; ni toux, ni expectoration. Pouls un peu moins vibrant et fréquent que la veille.

On remarque un peu d'érysipèle de la partie gauche de la face au-dessous de l'orbite. Le gonflement de cette partie et de la paupière du même côté donne à la physionomie un aspect tout particulier Ne peut-on pas regarder la matière irritante qui s'écoule de l'œil gauche comme cause déterminante de cet érysipèle?

Le malade entend et comprend encore assez bien, et répond aux questions qu'on lui fait. La somnolence a persisté sans avoir beaucoup augmenté.

Traitement. Infusion de houblon avec addition de 20 grammes d'acétate d'ammoniaque; frictions deux fois par jour sur la poitrine, la face et les membres avec la pommade mercurielle double; dans la journée, on lui a donné un peu de bouillon et de bouillie de gluten.

Le soir, aggravation de tous les symptômes; la narine et l'œil du côté droit commencent à devenir sensiblement malades; la tumeur du front a pris un aspect un peu brunâtre qui indiquerait une tendance à la gangrène.

Le 9, à six heures du matin, légère hémorrhagie par la narine droite. Le malade respire encore par cette narine, mais la bouche entr'ouverte. Il a eu du délire toute la nuit. Il crache de temps en temps un mucus puriforme un peu mêlé de sang venant probablement de la partie postérieure des fosses nasales. Même traitement. Il a pris un peu de bouillon dans la journée, mais en avalant plus difficilement.

Le 9 au soir, toujours la même prostration; le malade a continué toute la journée à délirer. Il ne paraît plus respirer par la narine droite, qui jette un peu de muco-pus, mais moins que la gauche. Il en est de même pour l'œil droit. Il ne peut plus remuer les paupières. La pupille droite est dilatée et encore un peu mobile. Nouvelle tumeur à la partie externe du coude du côté droit, sans rougeur sensible des téguments; on dirait un noyau mobile sous la peau. A dix heures, il ne semble pas aller plus mal; il respire encore assez librement, quoique plus difficilement. Il paraît avoir des hallucinations ou tout au moins des illusions.

Le 10 au matin, l'état du malade est à peu près le même. Deux nouvelles pustules sur la face. L'érysipèle s'est un peu étendu aux parties voisines. La respiration ne semble pas plus embarrassée. Il comprend à peine ce qu'on lui dit.

Le soir, à cinq heures, il va beaucoup plus mal; la respiration est plus gênée et sifflante. A six heures, le malade a eu une espèce d'accès de suffocation, qui, au bout de dix minutes, s'est terminé par la mort.

Autopsie, 40 heures après la mort. — Le surlendemain, je fis l'autopsie avec un de mes collègues, M. Deville, et nous pûmes constater les lésions suivantes :

Plusieurs pustules, qui étaient visibles pendant la vie, ont complétement disparu. On aperçoit sur le cadavre deux de ces pustules, sur la tempe et la joue du côté droit.

Tumeurs fluctuantes sur le côté droit du front. Plusieurs autres tumeurs de la même nature sur la face externe du bras et de l'avant-bras gauches, et à la face externe du côté opposé. En incisant une des pustules de la face, nous vîmes qu'elle était formée par du pus sanieux, le derme était altéré dans une partie assez notable de son épaisseur, il était comme ulcéré. L'incision de plusieurs des abcès sous-cutanés nous démontra qu'ils étaient également formés par du pus sanieux et qu'il y avait un peu d'injection du tissu cellulaire environnant. Il existait, en outre, plusieurs foyers purulents, de volume médiocre, dans plusieurs gros faisceaux musculaires, et entre autres à l'avant-bras droit. Ces foyers purulents intermusculaires ne nous ont point présenté l'injection du tissu cellulaire environnant. Nous n'avons trouvé de pus que dans une seule articulation, l'articulation sterno-claviculaire gauche.

La tempe et la joue du côté gauche présentaient un gonflement mou, que l'incision nous démontra être formé par l'infiltration dans le tissu cellulaire d'un liquide gélatiniforme.

La calotte du crâne étant enlevée, on ne trouva dans l'encéphale qu'un peu d'injection de la pie-mère.

Deux traits de scie un peu obliquement dirigés au-devant de l'apophyse basilaire, nous permettent d'ouvrir le pharynx par la face postérieure. Il y avait à peine un peu d'injection de la muqueuse pharyngienne.

Les fosses nasales, ouvertes par un trait de scie vertical, nous présentèrent les lésions suivantes. Du côté droit, qui était, dans sa partie postérieure et particulièrement sur la cloison, de beaucoup le moins affecté, la muqueuse était boursouflée, striée de sang et recouverte de pustules tellement rapprochées sur la cloison, qu'elles paraissaient former une couche continue d'un mucus purulent et sanieux. Au niveau de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, on vit manifestement une ulcération arrondie, à fond grisâtre et lisse, de deux à trois millimètres de diamètre, et ne se distinguant de la muqueuse voisine que par une légère excavation à bords légèrement taillés à pic; une autre ulcération semblable existait sur le cornet inférieur lui-même. La muqueuse de la cloison nous a paru plus facile à décoller que dans l'état normal; le tissu osseux sous-jacent était légèrement injecté. Du côté gauche, la muqueuse semblait plus profondément altérée, quoiqu'on ne pût y découvrir aucune ulcération semblable à celles de l'autre côté. Toute l'étendue de la muqueuse était recouverte d'une espèce de détritus mollasse formé par des lambeaux de muqueuse détachés, des mucosités et du pus sanieux.

La muqueuse de la face inférieure de l'épiglotte, des cordes vocales et de la trachée présentait un peu d'injection et de boursouflement; il y avait en outre une ulcération arrondie semblable à celles que nous avons signalées plus haut, et située sur la face antérieure du larynx, un peu à droite de la ligne médiane et au niveau du cartilage cricoïde. Rien de notable dans les poumons et les bronches, si ce n'est un peu d'engouement à la partie postérieure.

Le volume du cœur ne nous a rien présenté d'anormal. Caillot fibrineux dans le ventricule droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Le ventricule gauche renfermait aussi un petit caillot fibrineux, mais était surtout rempli d'une matière ressemblant assez bien à de la gelée de groseille. Rien autre chose de particulier dans l'appareil circulatoire.

L'appareil digestif ne nous a rien présenté qui mérite d'être noté.

Les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées à l'autopsie, ne laissent donc aucun doute sur le genre d'affection qui a causé la mort de notre malade. Il était atteint de ce qu'on appelle généralement *morve aiguë*, maladie jusqu'ici constamment mortelle chez l'homme. Il ne nous a point été possible de nous assurer si Durieux soignait des chevaux morveux; mais l'analogie permet peu le doute à cet égard.

Comme on a pu le voir en lisant l'observation, les pustules caractéristiques de cette maladie ne se sont montrées que vers le neuvième ou le dixième jour, les abcès sous-cutanés le treizième, et l'affection des fosses nasales le quatorzième jour seulement. Il était donc bien difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître la maladie de Durieux dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital. On pouvait, et on devait même en raison des symptômes qu'il présentait, croire plutôt à l'existence de la fièvre typhoïde encore si commune à cette époque. Il existait néanmoins un symptôme qui est à peu près constant, et qui nous paraît avoir une très grande importance sous le rapport du diagnostic; nous voulons parler des douleurs seulement. Comme nous le disait parfaitement le malade, ce ne sont point de véritables douleurs, comme dans le rhumatisme; ce n'est point non plus seulement de la fatigue, comme dans la fièvre typhoïde, c'est une sensation toute spéciale qui participe de l'une et de l'autre, et qui nous semble un des signes prodromiques les plus importants de l'affection farcino-nerveuse.

Les lésions trouvées à l'autopsie ne peuvent nous rendre compte de la terminaison funeste de la maladie. Dans la plupart des observations de morve publiées jusqu'à ce jour, il y avait même bien plus d'altérations anatomiques graves que chez notre malade; car nous n'avons point trouvé chez lui ces abcès disséminés dans les poumons qui peuvent, jusqu'à un certain point, expliquer la suffocation à laquelle succombent la plupart des morveux.

Nous aurions bien d'autres remarques à faire sur cette observation; mais ce serait trop s'appesantir sur un fait isolé et peu différent, en définitive, de ceux qui ont été publiés depuis quelques années.

L. LUNIER,
Interne des hôpitaux.

HOPITAL MILITAIRE DE CHARONNE.

M. COMPMAS.

Rhumatisme articulaire. Pneumonie. Péricardite hémorrhagique.

Le 28 juillet 1845, entra à la salle 8 (division des fiévreux) le nommé Leguigo, infirmier, attaché à la tisanerie de l'hôpital militaire de Charonne. Ce sujet, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, habituellement bien portant, avait été pris quelques jours auparavant d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile, occupant presque toutes les grandes articulations. Au moment de son entrée, les douleurs articulaires étaient très violentes; plusieurs des jointures étaient le siége de gonflement; rougeur de la peau; réaction fébrile intense; chaleur générale avec moiteur. Le traitement antiphlogistique était indiqué par l'ensemble de ces phénomènes, aussi fut-il mis en usage avec la plus grande vigueur, et sous l'influence de cette médication rationnelle, le rhumatisme disparut rapidement dans l'espace de quelques jours. Les douleurs, le gonflement articulaires, la rougeur de la peau cessèrent, et le malade entra en convalescence. Nous devons noter que, pendant le cours de cette affection rhumatismale, la percussion n'avait fait reconnaître aucune augmentation dans le volume du cœur, et l'auscultation avait permis de constater des bruits parfaitement normaux, sans aucun mélange de souffle.

Au bout de quelques jours, le malade fut pris tout à coup et sans cause connue, de dyspnée, de toux, d'insomnie; fièvre assez forte. Les quintes de toux étaient suivies de l'expectoration de crachats teints de sang, rouillés fortement. Pas de douleur de côté, ni pendant les inspirations, ni pendant les quintes de toux. Râle crépitant dans presque toute l'étendue du côté gauche de la poitrine, avec souffle dans le tiers supérieur. A droite, pas de souffle, mais râle crépitant à la base et respiration un peu bruyante à la partie supérieure. Sans vouloir suivre jour par jour la marche de la maladie, ce qui nous entraînerait un peu trop loin, nous nous contenterons de dire qu'un traitement énergique fut mis en usage

contre cette pneumonie, et que malgré l'intensité de la maladie, déjà parvenue au deuxième degré, quelques émissions sanguines générales, de larges vésicatoires appliqués sur le côté gauche des parois thoraciques, et l'émétique administré à haute dose suivant la formule rasorienne, suffirent pour faire justice de la phlegmasie.

A peine une nouvelle convalescence était-elle décidée, et le sujet commençait-il à prendre un peu de bouillon, que, sans cependant qu'il eût fait la moindre imprudence, sans qu'il se fût exposé au froid, de nouveaux phénomènes généraux survinrent. Insomnie, fièvre violente, pouls à 120 pulsations par minute, peau chaude, sudorale, dyspnée extrême. En même temps, douleur sourde et profonde dans la région précordiale; à la percussion, matité précordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état normal. Bruits du cœur éloignés, sourds, peu distincts, en partie masqués par un bruit de frottement et de souffle râpeux, tous phénomènes qui firent soupçonner une péricardite avec épanchement, peut-être métastatique. En même temps que ces symptômes se manifestaient du côté du cœur, d'autres phénomènes remarquables se faisaient observer dans d'autres parties du corps. Une ecchymose sous-conjonctivale envahit tout le globe oculaire du côté droit. Le bras droit, qui s'était œdématié, se couvrit par places d'ecchymoses violacées assez larges. Le malade succomba rapidement à cette nouvelle affection, le 3 octobre dernier.

Autopsie cadavérique. — A l'extérieur, la partie antérieure du côté gauche de la poitrine, dans la région précordiale, semble un peu plus bombée qu'à l'état normal.

Organes respiratoires. — La paroi thoracbique ayant été enlevée, on trouva des adhérences nombreuses et organisés des deux poumons, surtout à gauche. A droite, elles étaient bornées à la partie tout à fait inférieure. Le poumon droit, sain dans toute son étendue. Le poumon gauche, assez fortement congestionné, présentant encore quelques traces de l'affection inflammatoire, mais sans cependant qu'il y ait de sécrétion purulente.

Appareil circulatoire. — Vu à l'extérieur, le péricarde est rougeâtre, résistant à la pression, comme distendu par un liquide, s'étendant à droite et refoulant le médiastin antérieur. Une incision livre passage à une quantité considérable de sang, qui peut être évaluée à un litre et demi environ. Ce sang était à demi liquide, assez semblable à de la gelée de groseilles un peu claire. Le péricarde épaissi, parsemé à sa face interne de concrétions membraniformes, réunies en masse, rougeâtres, qui faisaient adhérer ensemble en quelques points les deux feuillets de la membrane séreuse. Le feuillet viscéral était également épaissi, rugueux, et parsemé aussi de concrétions membraniformes. Quelques-unes de ces concrétions, coupées avec le scalpel, laissent voir dans leur épaisseur de petits points rougeâtres entourés d'une aréole plus pâle, et assez analogues quant à l'aspect, à de petits vaisseaux oblitérés par des caillots. C'est surtout en arrière que les deux feuillets du péricarde adhéraient l'un à l'autre.

Le cœur flasque, décoloré dans sa substance; les parois du ventricule droit sont très amincies, blafardes, d'une consistance un peu lardacée. Le ventricule gauche, également flasque et décoloré, présente aussi des parois un peu minces. La cavité des deux ventricules ne contient pas de caillots; l'endocarde est pâle; il semble que les deux cavités sont un peu agrandies; tous ces caractères sembleraient faire croire à l'existence d'une hypertrophie excentrique commençante. Les valvules tricuspide et mitrale n'offraient pas au toucher la même résistance qu'à l'état normal. Les colonnes charnues étaient également diminuées en volume et en consistance. Les orifices aortique et pulmonaire un peu plus dilatés qu'à l'état normal.

— Cette observation, excessivement curieuse sous plusieurs rapports, et que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Lafond, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Charonne, fixera notre attention d'une manière toute particulière, quant à certains points. Et d'abord chez notre sujet, il y a un rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile, occupant les grandes articulations, sans aucune coexistence d'affection du cœur. Le fait ne rentre donc point dans la loi posée il y a bientôt vingt-cinq ans par le médecin du Val-de-Grâce, lorsque dans les aphorismes qui précèdent son examen des doctrines, il disait: Le cœur s'enflamme par la membrane interne; c'est la cardite la plus ordinaire. Cette cardite affecte de préférence les orifices artériels, où elle devient souvent chronique, et où elle produit l'obstacle au cours du sang, l'épaississement, les végétations, etc. L'irritation ou l'inflammation qui a débuté par l'appareil locomoteur produit souvent cette endocardite en se fixant dans l'intérieur du cœur. (*Examen des doctrines*, 1821, proposition 173[e].)

A l'affection rhumatismale guérie a succédé une pneumonie aiguë de la plus haute gravité, qui, sous l'influence d'un traitement énergique, a fini par se résoudre. Mais, et sans cause connue, à cette pneumonie a succédé une péricarde, qui vu l'absence d'antécédents qui puissent rendre compte de sa production, a paru jusqu'à un certain point pouvoir être considérée comme métastatique. Quoi qu'il en soit, cette péricardite a offert un symptôme très important en ce sens qu'il est rare, et c'est sur ce point que nous voulons surtout insister, nous voulons dire, un épanchement sanguin entre les deux feuillets de la membrane séreuse enflammée.

L'existence de la péricardite avec épanchement de sang dans la cavité séreuse, connue sous le nom de péricardite hémorrhagique, est connue depuis assez longtemps. Déjà, en 1819, M. Mérat indiquait dans l'article péricardite du *Dictionnaire des Sciences médicales*: Les cas où il y avait épanchement sanguin dans les cavités du péricarde, et qui ont paru reconnaître pour cause l'inflammation de cette membrane séreuse, épanchements sanguins, ajoutait-il, analogues à ceux qui se font quelquefois dans la cavité de la plèvre. Ce n'est que dans la troisième édition de Laënnec que la forme hémorrhagique de la péricardite se trouve indiquée; quelquefois la péricardite, comme la pleurésie, est hémorrhagique, et alors la sérosité est sanguinolente, et la surface des fausses membranes teinte d'un rouge plus ou moins vif. (1837, tome III, page 367.)

La seule monographie dont nous ayons connaissance sur la péricardite hémorrhagique, est un mémoire du docteur Seidlitz (de Saint-Pétersbourg) publié dans une feuille allemande (les Annales de Hecker), et dont on trouvera une analyse détaillée dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mars 1836. La péricardite hémorrhagique à laquelle M. Seidlitz a donné le nom de *Pericarditis exsudatoria sanguinolenta*, a été observée par ce médecin à Pétersbourg en 1831, 1832 et 1833; elle frappait particulièrement les sujets âgés de vingt à trente ans, et offrait dans ses symptômes beaucoup d'analogie avec le *morbus cardiacus*, dont Cœlius Aurelianus nous a transmis la description. Passant sous silence les symptômes indiqués par l'auteur russe, nous ne mentionnerons ici que ce qui est relatif aux altérations anatomiques:

« Les altérations anatomiques trouvées sur les cadavres des individus qui ont succombé après avoir présenté cet ensemble de symptômes, se réduisent aux suivantes: Collection dans le péricarde de deux à trois livres d'un liquide foncé sanguinolent et dépourvu de caillot; formation d'une couche albumineuse ou fibreuse, grumeleuse, réticulaire et épaisse seulement de quelques lignes autour du cœur, couche qu'on rencontre aussi à la surface interne du péricarde, lorsque les malades ont vécu quelques jours après l'épanchement; cœur extraordinairement comprimé et fort petit; point d'érosion au péricarde ni au cœur. Le feuillet séreux du cœur était luisant, bleuâtre, la substance propre du cœur foncée et dure. »

Les observations de péricardite hémorrhagique sont assez rares dans la science pour que nous ne croyions pas déplacé d'en citer ici quelques-unes des plus importantes, l'une des plus anciennes est celle qui se trouve rapportée par Lieutaud dans son *Historia anatomico-medica*, tome II, page 63, et qui est relative à un homme de trente-huit ans, d'une forte constitution; cet homme fut pris d'un catarrhe bronchique d'abord, puis quelques mois après d'une pleuropneumonie aiguë, caractérisée par la toux, les crachats sanglants, dyspnée, fièvre violente. A l'autopsie on trouva des adhérences des poumons aux plèvres costales, un épanchement assez abondant dans les points de la cavité pleurale où n'existaient pas d'adhérences. Le péricarde était en outre distendu par une grande quantité de sang (trois livres environ), *nullo apparente vasis aperti vestigio*. Il est évident que dans ce cas la pleuropneumonie avait déterminé par voie de contiguïté une inflammation du péricarde, dont un des signes fut l'épanchement sanguin.

Dans le troisième volume de sa Clinique médicale, M. Andral a rapporté le fait d'un homme de trente et un ans, entré à la Charité en 1821, qui fut pris de douleur vive dans la région du cœur, douleur s'irradiant dans tout le côté gauche du thorax et jusque dans le bras du même côté; battements de cœur tumultueux, irréguliers, très obscurs; constamment très petits; matité de la région précordiale. Le sixième jour de la maladie le sujet succomba, et voici le résultat de l'autopsie cadavérique.

« A peine les parois du thorax eurent-elles été enlevées qu'on vit saillir au-devant du cœur et des poumons un énorme sac qui refoulait ceux-ci, et qui n'était autre chose que le péricarde distendu par près d'un litre d'un liquide rouge-brunâtre, semblable à du sang qui s'échappe d'une veine. La surface interne du péricarde était d'ailleurs tapissée par des concrétions membraniformes colorées en rouge. Aucune altération appréciable n'existait dans les autres organes du thorax, si ce n'est un engouement considérable des poumons. Foie gorgé de sang; injection veineuse très marquée du canal intestinal; infiltration séreuse notable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux; substance blanche de l'encéphale, parsemée d'un grand nombre de points rouges. » (Ouvr. cité, tome III, page 17.)

M. Andral rapporte à l'acuité extrême de la maladie le caractère hémorrhagique de l'épanchement. « Ce n'est plus, dit-il, une petite quantité de matière purulente, de lymphe coagulable qui, sous l'influence du travail inflammatoire, est sécrétée par le péricarde, il devient le siége d'une abondante et subite hémorrhagie. En quelques heures, sa cavité est remplie, distendue par une énorme quantité de sang; dès lors, gêne de plus en plus considérable des mouvements du cœur, compression, refoulement des poumons, mort par asphyxie. »

Lorsqu'en 1834, M. le professeur Rostan avait un service de clinique médicale à la Pitié, il eut dans les salles dont il était chargé un cas important de péricardite hémorrhagique. Voici l'analyse du fait, qui fut publié dans le n° 46 de la *Gazette des Hôpitaux*, en 1834:

Un homme de cinquante ans entre à l'hôpital le 1[er] avril, accusant une douleur dans la région précordiale; il s'était appliqué quinze sangsues sur le point douloureux, ce qui avait momentanément apaisé la douleur. Il assurait n'avoir jamais eu de douleurs rhumatismales. Résonnance et respiration bonnes; matité dans une grande étendue de la région précordiale; bruit de râpe très faible, qui devient de jour en jour plus manifeste; abattement extrême; chaleur de la peau; soif; pouls fréquent, développé. Deux saignées furent faites, et un vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale le 8 avril. La mort survint le 13 avril.

A l'autopsie, on trouva les poumons sains; quelques légères adhérences anciennes au poumon gauche; le cœur un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Le péricarde est recouvert, sur la face externe et dans son étendue, d'une fausse membrane de l'épaisseur d'une ligne; cette membrane, rougeâtre, rugueuse, se détachait assez facilement avec le scalpel du péricarde, qui était au-dessous parfaitement sain, transparent. Dans l'intérieur de la cavité du péricarde, était une assez grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Les deux cavités du cœur étaient dans l'état normal. Une concrétion polypiforme très étendue occupait l'intérieur de l'aorte depuis son origine jusqu'à sa bifurcation, et se prolongeait même dans ses divisions.

Nous terminerons cette énumération que la rareté et l'importance des faits que nous rapportons empêchera de trouver trop longue, par une observation beaucoup moins connue, et qui a été insérée dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1841. Elle est due à M. Pinault.

Un homme de soixante-neuf ans, d'une constitution forte, d'un embonpoint remarquable, entra à l'hôpital Cochin le 15 février. Cet homme avait éprouvé, depuis cinq ans, de fréquentes palpitations, de la dyspnée, avec toux suivie d'une expectoration très abondante. Tous ces symptômes avaient acquis une si grande intensité depuis deux mois, qu'il avait été obligé de garder le lit. Voici l'état qu'il présentait au moment de son entrée:

Difficulté de respirer extrême; toux suivie d'une expectoration muqueuse très abondante; lividité des lèvres très marquée, avec une sorte de bouffissure de toute la face; pouls à peine sensible; infiltration des membres inférieurs. Le malade ne pouvait garder la position horizontale, sans être menacé de suffocation; on était obligé de le tenir sur son séant, au moyen d'un grand nombre d'oreillers. L'impulsion du cœur était presque nulle, et les bruits à peine perceptibles. Dans toute l'étendue de la poitrine, râle muqueux considérable. On prescrivit au malade un looch dans lequel entrait du kermès; quelques bouillons et potages. Tous les symptômes indiqués s'aggravèrent de jour en jour; vers le 3 mars, la dyspnée devint si considérable que le malade cherchait à sortir de son lit pour tâcher, disait-il, de respirer un air frais. Il mourut le 7 mars, au milieu de la plus cruelle anxiété.

Autopsie. — Le péricarde adhérait à la face interne des deux poumons. Lorsqu'on l'incisa, il en sortit environ deux litres d'un liquide noir qui avait la plus grande ressemblance avec du sang veineux. Le cœur était plus volumineux que dans l'état naturel, et sa surface était recouverte d'une fausse membrane qui avait beaucoup d'analogie avec la fibrine. Le ventricule droit offrait une dilatation simple. Les parois du ventricule gauche étaient légèrement hypertrophiées; il y avait en même temps dilatation de sa cavité. Les oreillettes n'offraient rien de remarquable.

Les orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche, et ceux des artères pulmonaire et aorte sont parfaitement libres. Le tissu du cœur était pâle et ramolli.

Un peu d'emphysème des deux poumons. Mucosité puriforme dans les bronches.

La muqueuse gastro-intestinale d'une couleur brun-foncé, évidemment résultat de la stase du sang veineux. Le foie et le système de la veine-porte gorgés de sang.

Avant de terminer cet article, nous devons rappeler que peut-être la nature hémorrhagique de la péricardite, dans le cas qui nous a été communiqué par M. le docteur Lafond, tenait-elle, et ce serait assez notre opinion, à la diathèse hémorrhagique dans laquelle se trouvait le sujet, et qui se manifesta par la production d'ecchymoses sous-conjonctivales et sous-cutanées.

Y...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Velpeau lit un rapport sur un travail présenté par M. le docteur Desjardins, du Havre, intitulé: *Observations d'ascite sans altérations organiques des viscères de l'abdomen et des organes circulatoires.*

M. Desjardins rapporte trois cas d'ascite dans lesquels il a été impossible de reconnaître aucune lésion organique. Les deux premiers sont relatifs à deux matelots qui avaient fait la longue traversée de l'Inde dans de mauvaises conditions hygiéniques, et qui pendant le voyage furent pris d'ascite qui guérit promptement à terre. Le troisième cas est plus remarquable, et concerne un homme qui vécut pendant quinze ans porteur d'une hydropisie ascite considérable, sans en éprouver aucune incommodité, et qui lui permettait de vivre en véritable épicurien. La ponction donna lieu à l'issue de quinze litres de liquide. Quelques jours après, cet homme fut pris de pneumonie et mourut. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion organique qui pût expliquer l'hydropisie.

M. Velpeau propose des remercîments à l'auteur, l'insertion du travail dans le *Bulletin*, et le placement de l'auteur dans la liste des candidats parmi les correspondants.

M. Dubois (d'Amiens). Les faits de ce genre sont nombreux dans la science, et n'ont rien de bien extraordinaire. Les deux premiers cas ne peuvent pas être regardés comme des ascites véritablement essentielles; il y avait commencement de scorbut et altération du sang. Le troisième cas seul est remarquable.

M. Velpeau. M. Desjardins n'a pas prétendu être le premier à reconnaître l'hydropisie essentielle; il a voulu seulement en présenter quelques cas à l'Académie, et ces cas sont assez remarquables pour inspirer l'intérêt des pathologistes et légitimer mes conclusions. M. Desjardins est un des praticiens les plus distingués du Havre; il a envoyé à l'Académie d'autres travaux estimables.

M. Rochoux. Ces faits ont toute l'importance que lui a accordée M. Velpeau, car ils sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit. S'il est vrai de dire que les deux premiers rentrent dans les faits connus, le troisième est très remarquable et mérite l'attention de l'Académie.

Maintenant, je reprocherai à M. Velpeau de partager l'erreur commune relative aux épicuriens qu'il fait synonymes de viveurs. (On rit.) Epicure fut l'homme le plus sobre de l'antiquité; il vivait avec un sou par jour, et il disait à un de ses disciples qui dépensait six liards: Tu n'es pas à la hauteur de la philosophie. Les viveurs sont les aristidiens célébrés par Horace.

Après quelques autres observations de MM. Honoré et Castel, les conclusions sont adoptées.

— *M. Bouvier* fait un rapport sur la gymnastique populaire de M. Clias.

Ce travail, très étendu et très favorable à la méthode de M. Clias, se termine par les conclusions suivantes:

1° L'Académie reconnaît l'utilité de la gymnastique en général;

2° L'Académie reconnaît à la méthode de M. Clias des avantages

marqués pour les institutions d'instruction primaire :

3° Le rapport sera adressé à M. le ministre de l'instruction publique.

M. Nacquart trouve la seconde conclusion trop limitée. Pourquoi la méthode de M. Clias ne serait elle pas recommandée pour tous les établissements d'instruction publique ? Ce serait d'autant plus nécessaire que l'orthopédie rachidienne a fait son temps. (On rit.) Je pouvais m'attendre à exciter des regrets en disant cela, mais non pas l'hilarité. Oui, je soutiens que l'orthopédie rachidienne a fait son temps, et que l'Académie sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur cette grande déception. (Hilarité.) Mais, en vérité, je ne conçois pas ces rires ; qu'on me permette donc d'expliquer ma proposition. Tous les médecins de l'enfance ont remarqué que, comparativement aux déviations de tout genre que l'on voit dans l'enfance, la gibbosité réelle est très rare. D'où vient cela ? C'est que ces déviations de l'enfance s'effacent dans l'âge adulte dans les cas les plus fréquents. Or, supposez que ces enfants soient traités par l'orthopédie ; on ne manquera pas de lui imputer des résultats qui sont cependant le résultat d'une cause naturelle et spontanée. Si une déviation légère persiste ? Les familles se garderont bien de l'avouer ; les jeunes filles bien moins encore ; et au moyens de certaines attitudes et de certains vêtements, elles déguiseront admirablement les incorrections de leur torse. Dans ces deux circonstances, on peut trouver tous les succès de l'orthopédie. Une méthode gymnastique naturelle, simple et facile comme celle de M Clias, pourrait souvent dispenser les jeunes filles des tortures de l'orthopédie, et réussir bien mieux qu'elles. Voilà pourquoi je demande que la seconde conclusion soit plus généralisée.

M. Dupuy aurait voulu que le rapport, qui s'est beaucoup étendu sur la dynamique, se fût aussi occupé de statique. Il entre, à cet égard, dans des développements étendus sus la statique du cheval.

M. Delens s'associe à une partie de l'argumentation de M. Nacquart relativement à la disparition spontanée des déviations. Les déviations reconnaissent presque toujours pour cause un fait physiologique généralement reconnu ; savoir, que les organes se développent inégalement et à des époques diverses. Supposez un enfant chez lequel, par exemple, le foie se développe plus vite que les autres organes ; il en résultera des compressions, des déviations osseuses des parties qui correspondent à cet organe. Mais bientôt les autres organes se développent à leur tour, et l'équilibre se rétablit.

Du reste, M. Delens trouve une lacune dans les exercices gymnastiques généralement usités, c'est celle des muscles de la poitrine.

M. Husson voudrait aussi que la gymnastique de M. Clias fût recommandée dans les colléges royaux, quoiqu'il ne partage pas les craintes du rapporteur sur les autres méthodes.

M. Bouvier réserve pour une autre séance la réponse qu'il veut faire aux attaques contre l'orthopédie. Il répond aux objections présentées sur son rapport.

Les conclusions, avec l'amendement proposé par M. Nacquart, sont adoptées,

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 octobre 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

Une Commission d'hygiène, qui ne compte pas moins de douze membres, a été nommée par le ministre de la guerre. Elle a commencé, en 1844, l'étude de la digestion chez le cheval ; mais elle ne s'est encore occupée, jusqu'à présent, que de la première phase de cette fonction. C'est l'objet d'un rapport que M. Magendie est venu lire à la séance d'aujourd'hui, et qui offre, comme principal résultat, la constatation de la conversion de la fécule en sucre par le liquide salivaire, dans de certaines conditions de température, etc., fait déjà signalé par MM. Mialhe, Bouchardat et d'autres observateurs.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Magendie a pour titre : *Étude comparative de la salive parotidienne et de la salive mixte du cheval, sous le rapport de leur composition chimique et de leur action sur les aliments.* Nous allons en extraire les conclusions, après avoir indiqué de quelle manière il a été procédé aux expériences.

Pour se procurer de la salive parotidienne, on a coupé le canal parotidien avant son entrée dans la bouche ; puis, donnant à manger au cheval, on a pu recueillir une assez grande quantité de liquide. Quant à la salive mixte, formée de la réunion de tous les liquides versés dans la bouche pendant la digestion, les commissaires l'ont obtenue en faisant manger à un cheval ayant une ouverture à l'œsophage, du son lavé à l'eau froide, puis à l'eau bouillante, et enfin à l'eau distillée, et en recueillant ce son imprégné de salive à mesure que le bol alimentaire s'échappait par l'ouverture œsophagienne.

La salive parotidienne chez le cheval est un liquide transparent, incolore, inodore, très alcalin et devant cette propriété à la présence d'une grande quantité de bicarbonate de potasse. 1000 parties de cette salive contiennent 10 à 11 de matière sèche.

Examinée au microscope, la salive parotidienne filtrée ne laisse apercevoir que quelques flocons blancs composés de carbonate de chaux et d'un peu de matière organique.

Le résidu sec est composé de 33 à 53 pour 100 de sels minéraux qui sont du chlorure de potassium et du carbonate de potasse, un peu de phosphate et du carbonate de chaux, et des traces de phosphate et sulfate alcalin. Les produits organiques sont une matière soluble dans l'alcool, une matière insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau, et qui tient du chlorure de potassium en combinaison (c'est la ptyaline). Enfin une substance blanche coagulable par la chaleur, formant le 5e de la masse solide et qui est de l'albumine.

Il semblerait que la salive parotidienne ne contient pas de sulfocyanure alcalin tout formé, mais que ce composé prendrait naissance sous l'influence de l'altération de la salive.

La salive parotidienne est sans action sur l'empois de fécule, à la température de 40° et 75° au-dessus de zéro.

La salive mixte est un liquide gris-jaunâtre, qui se trouble facilement ; il est légèrement alcalin et ne contient pas de carbonate, mais une grande quantité de chlorure alcalin. Au microscope, on y a vu une grande quantité de petits globules arrondis transparents. 1000 parties de salive mixte en contiennent 10 environ de matière sèche.

Le résidu sec est composé de 40 pour 100 de sels minéraux qui sont une très grande quantité de chlorure de potassium, un peu de phosphate et de carbonate de chaux, et aussi du chlorure de magnésium.

Les produits organiques sont une substance soluble dans l'alcool ; une substance soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, et qui diffère de la substance correspondante dans la salive parotidienne ; enfin, une substance coagulable par la chaleur, et qui n'est pas entièrement de l'albumine.

Comme la salive provenant de la bouche, la salive mixte du cheval transforme en sucre l'empois de fécule à 40° ; à cette même température, elle a une action lente mais sensible sur la fécule et crue sur l'albumine coagulée.

La salive mixte différant de la salive parotidienne, c'est à tort qu'on a pris celle-ci sur le cheval, pour la comparer à la salive recueillie dans la bouche de l'homme, et qu'on a conclu de cette comparaison que leurs salives étaient différentes. Si l'on compare des salives de même origine chez l'homme et chez le cheval, on remarque entre elles une grande analogie.

La salive n'est pas, comme l'ont dit beaucoup d'auteurs, anhydre, ne servant qu'à mouiller les aliments, mais elle joue un rôle utile dans le premier acte de la digestion.

Voilà, si l'on y ajoute l'observation que le cheval avale environ 100 grammes de liquide par gorgée, toutes les découvertes de la Commission d'hygiène.

Du traitement de l'angine laryngée œdémateuse. — M. Delasiauve a publié dans les *Annales de chirurgie*, un mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse, duquel nous extrayons quelques considérations relatives au traitement. Il faut d'abord, dit l'auteur, distinguer dans la maladie deux périodes. Celle où le traitement médical n'a pas perdu toutes ses chances, et celle où il n'y a d'espoir de salut que dans l'emploi des moyens extrêmes. Dans le premier cas, on a préconisé des méthodes variées plus ou moins exclusives ou plus ou moins modifiées suivant les indications particulières. Nous allons successivement les passer en revue.

En première ligne se placent, sans contredit, les émissions sanguines. Parmi les malades qui sont le sujet de nos observations, plusieurs ont évidemment dû le soulagement qu'ils ont ressenti, ou la guérison qu'ils ont obtenue, à l'influence des émissions sanguines ; mais ils étaient dans des conditions favorables, et nous croyons qu'alors il convient de procurer un écoulement large et continu, dont on voit souvent de si merveilleux résultats. Les déperditions de sang ont au contraire paru d'un effet peu avantageux, si ce n'est nuisible, contre l'angine œdémateuse chez des sujets pâles et débiles, dont elles contribuent à accroître la faiblesse et, par cela même, le danger de la position. La déplétion par la saignée directe est plus prompte, et parfois aussi plus efficace. Mais les sangsues ont des convenances particulières ; mises à l'anus, elles sont d'un faible secours ; c'est vis à vis du larynx qu'elles doivent être appliquées. Les ventouses posées à la nuque, sous les clavicules, ont été sans efficacité.

Les remèdes dont on ait tiré le plus de parti après la saignée, ce sont les émétiques. Les vomissements qu'ils procurent sont constamment suivis d'une amélioration notable et prolongée. Il est vrai qu'à cet égard il ne faudrait pas se faire illusion, et que cette prétendue amélioration pourrait bien n'être qu'une de ces réminiscences de la maladie, susceptible d'en imposer sur l'effet des médications On attribue aux émétiques une action révulsive et antispasmodique. Un de leurs avantages, c'est de pouvoir être tolérées par presque toutes les organisations.

On prescrit aussi les purgatifs, mais leur action est lente et inappréciable ; nous en dirons autant des lavements de même nature administrés dans un semblable but de révulsion, et qui sont d'une parfaite inutilité.

Il n'en est pas de même des diurétiques et des sudorifiques. Dans plusieurs cas, et notamment dans ceux compliqués d'œdème général, ces moyens ont paru être les mobiles de crises salutaires.

Les calmants ne seront vraisemblablement pas à dédaigner. Je suis porté croire que l'opium donné à dose élevée, en neutralisant l'éréthisme local et en provoquant une réaction vers la peau pourrait avoir une influence salutaire.

Nous ne sommes pas davantage édifié sur le compte des gargarismes astringents et toniques que chaque auteur recommande plus pour se conformer à une habitude que par conviction.

Mais il est un ordre de médicaments auxquels on a peu songé et qui, dans nos prévisions, devrait peut-être jouer un rôle essentiel dans le traitement de l'œdème laryngée ; ces médicaments sont ceux qui jouissent de la propriété de provoquer la formation abondnnte de salive. Cette sécrétion locale est bien de nature à désengorger les tissus œdématiés ; elle agirait surtout dans le sens des crises les plus favorables, celles qui amènent de copieuses évacuations de crachats liquides et filants. Deux faits que nous avons cités tendent à confirmer cette proposition. Cependant l'administration du mercure, dont l'action parfois est tardive à se manifester, et qui, d'ailleurs, en diminuant la plasticité du sang dispose au ramollissement des chairs, peut n'être pas toujours exempte d'inconvénients. L'action de la poudre de moutarde est locale, rapide, sans danger ; il nous semble donc désirable que dans des cas pareils on cherche à utiliser ce puissant sialagogue, ou toute autre substance analogue, la pyrèthre, les pastilles de menthe, etc.

C'est avec raison qu'on fonde quelque confiance sur les révulsifs externes ; mais ils veulent être mis *loco dolenti*. Plusieurs fois un soulagement marqué a été la conséquence immédiate de la rubéfaction produite sur le cou par un large sinapisme. La puissance des vésicatoires, quand ils prennent bien, est plus forte encore. Ils ont souvent échoué parce qu'on les prescrit trop tard. Au reste, ils tourmentent sans profit ceux dont les chairs sont pâles et exsangues.

On a conseillé la compression du bourrelet œdémateux à l'aide du doigt, la déchirure de ce bourrelet avec l'ongle ; cette dernière opération, suivie quelquefois de succès, a donné à M. Lisfranc l'idée de scarifier ce bourrelet œdémateux, et la scarification a rendu de très grands services.

Quant à la trachéotomie ; elle est utile, indispensable même quand la mort par asphyxie est inévitable dans les cas d'œdème de la glotte ; elle devient inutile et, partant, contre-indiquée lorsque des signes non équivoques annoncent que, malgré l'opération, une maladie incurable terminera prochainement les jours du malade. Enfin, s'il est désirable que la trachéotomie soit faite de bonne heure, les accidents que cette opération entraîne à sa suite exigent la plus grande circonspection de la part de celui qui veut se décider à l'entreprendre.

NOUVELLES.

Une lettre d'Italie nous apprend que M. le docteur Lallemand, membre de l'Institut, qui a traversé Marseille dernièrement, est arrivé à Pise quelque peu souffrant d'une ancienne affection du foie, que les fatigues du voyage ont réveillée. — La santé d'Ibrahim-Pacha, pour qui l'illustre chirurgien a été appelé, inspire des craintes bien moins sérieuses.

(*Clinique de Marseille.*)

— Le Congrès scientifique de Reims vient d'avoir lieu. Le point de réunion pour 1846 a été fixé à Marseille. Le laborieux et infatigable docteur P.-M. Roux est nommé secrétaire général. (*Ibid.*)

— Plusieurs officiers de santé militaires de la garnison de Paris, ont reçu l'ordre de partir pour l'Afrique dans les 48 heures.

— Sont nommés chirurgiens sous-aides, les chirurgiens élèves de l'hôpital de perfectionnement désignés ci-après (*ordre du concours de* 1845), MM. Pauly, Chambert, Champenois, Turin, de Guillin, Corbière, Thomas, Pitois, Houneau, Delcominete, Lefèvre, Duclout, Guignet, Reeb, Dumas, Mouillac, Siuroles, Sollier, Raoult, Marquez, Liébaut, Chapuy, Adéma, Bernard, Imbert, Laurens, Noguès, Balansa, Lapeyre, Levie, Clairin, Hamel, Rivoire, Garroa, Miche, Fougères, Fleury, Girand, Anselin, Hannard, Puel, Lasserre, Godfrain, Zoëller, Bagnol, Puech, Bougel, Ouradou, Aubert, Panzani, Delious, Janin, Soffrai, Toussaint, Vicard, Cassine, Darcy, Castelly, Morazzani, Driard, Riolacci, Dispot, Bonsergent, Duauthier, Raymond, Ely, Vernay, Alix, Olier, Balland, Roussel, Le Bourdellès, Morin, Mulot (V.), Barincou, Douchez, Mulot (H.), Bresse, Aballéa, Leroy, Mordret, Guillard, Cléramboust, Barthès, Peigné, Godfrin, Gosset, Simon, Menessier, Maffre, Gérardot, Lobstein, Capdevielle, Boyer, Boitel, Louail, Thévenon. (*Ordonnance du* 26 *septembre* 1845.)

— Sont nommés dans les hôpitaux d'instruction, les chirurgiens sous-aides désignés ci-après : (*Ancienneté*) MM. Ozanne, Dapesselche, Barra-Lévi, Pagnon, Anglade, Rustant, Cintrat, Bernier, Godin, Bossard, Mangis-Lasseignoure, Pouziet, Ponton, Germain, Bocher, Eon, Vidart, Blondeau, Lahouysse, Isidore dit Du Kerley, Basserre, Pineau, Pujade, Thiébaut, Glæsel, Verjus, Boissy, Chadourne, Poggioli, Haicault, Laval, Campardon, Forget, Couderc, Bédel, Messager. (*Choix*) MM. Granal, Massie, Leprieur, Morelle, Carivenc, de Lafont, Ovide Lallemant, Mercier, Moreau, Besnier, Bonnard, Dumalle, Tholozan, Besnard, Reeb, Lamourdedieu, Latour, Demenou.

— AVIS. — MM. les médecins qui ont changé de domicile en 1845, sont priés d'en donner connaissance, d'ici à la fin d'octobre courant, aux éditeurs de l'*Agenda médical*, Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4 ; Ch. Roulhac, marchand papetier, même rue, 17. (Affr.)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 125. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 24 OCTOBRE 1845.

La Commission permanente du Congrès médical a reçu la réponse à la lettre adressée à M. le maréchal ministre de la guerre, relativement aux autorisations d'assister au Congrès demandées pour MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée. Il peut être utile de livrer à la publicité un extrait de cette réponse :

« Je suis tout disposé à accorder, à cet égard, aux médecins, pharmaciens et vétérinaires militaires, les facilités compatibles avec les exigences du service. En conséquence, je délivrerai volontiers des congés individuels, pour se rendre à Paris, à ceux d'entre eux qui en feront la demande, à la condition, toutefois, que leur présence ne sera pas indispensable dans les corps ou établissements auxquels ils sont attachés. »

La Commission invite les Sociétés et Associations qui sont en retard, de vouloir bien désigner immédiatement leurs délégués. Plusieurs Sociétés, notamment dans la section de pharmacie, ont nommé pour délégués des membres de la Commission; ils sont assurément fort sensibles à cet honneur, mais le but du Congrès ne serait pas ainsi atteint si ces délégations étaient multipliés. La Commission engage vivement, et par de puissants motifs, les Sociétés à nommer des délégués dans leur sein et de leurs localités.

La Commission a l'honneur aussi d'inviter les adhérents des départements à se présenter, dès leur arrivée à Paris, chez M. le docteur Richelot, rue Neuve-des-Mathurins, 10, pour y donner leurs noms et leurs adresses, recevoir leur carte d'admission, et une instruction générale et détaillée sur l'ordre et les travaux du Congrès, sur les droits et les devoirs des adhérents.

Les personnes qui ont adhéré dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, peuvent y faire prendre leur carte.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Quinzième liste.

M. le docteur François Tripier, à Evaux (Creuse).
M. le docteur Monnoye, à Cherbourg.
M. le docteur Obet, à Cherbourg.
M. le docteur Guillaumet, à Argentan.
(Délégué de la Société médicale de l'Orne.)
M. le docteur Letailleur, à Alençon.
(Délégué de la Société médicale de l'Orne.)
M. Justin Sabatté, médecin, à Palis, canton de Marcilly-le-Hayer, par Nogent-sur-Seine (Aube).
M. le docteur Lansard, à Loudéac (Côtes-du-Nord).
M. le docteur Poirier, médecin en chef honoraire de l'hospice civil et militaire de Vierzon (Cher).
M. le docteur Cavalier, ex-chirurgien-major entretenu dans la marine, à Sens (Yonne).
M. le docteur Willigens, à Bitche (Moselle).
M. Licht, pharmacien, à Bitche.
M. Bettinger, vétérinaire au 10e d'artillerie, à Strasbourg (Bas-Rhin).
M. Ritzinger, vétérinaire au 9e d'artillerie, à Strasbourg.
M. le docteur Dreyfuss, à Wissembourg.
M. le docteur Litschgi, à Molsheim.
M. le docteur Maccartan, membre de l'Académie royale de médecine, à Paris.
M. le docteur Bonnassies, à Paris.
M. le docteur Duval, à Paris.
M. le docteur Denarp, à La Villette.
M. le docteur Fortin, à Sartilly (Manche).
M. le docteur Auroux-Laruelle, à La Châtre (Indre).
M. le docteur Alamier-Carcenac, à Ham (Somme).
M. le docteur Dusouil, médecin des épidémies et des prisons de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres).
M. le docteur Condamy, à Cognac (Charente).
M. le docteur Rolland, à Sens (Yonne).
M. le docteur Fourcault, à Neuilly.
M. le docteur René, médecin de l'hôpital civil et militaire de Saint-Brieuc, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris.
M. le docteur Leguevel, à Josselin (Morbihan).
M. Lecellier, vétérinaire, à Yvetot.
M. Saucon, pharmacien, à Saintes (Charente-Inférieure).
M. Chapparre, pharmacien, à Saintes.
M. Hubert, pharmacien, à La Rochelle.
M. Cartier, pharmacien, à La Rochelle.
M. Proust, pharmacien, à Rochefort.
M. Roche, pharmacien, à Rochefort.
M. le docteur Brocthon, médecin-adjoint de l'hospice des aliénés de Blois (Loire-et-Cher).
M. le docteur Beaussier, à Blois.
M. le docteur Ballot, médecin en chef de l'hospice de Gien (Loiret).
M. le docteur Devade, médecin-adjoint de l'hospice de Gien.
M. le docteur Batault, à Gien.
M. le docteur Delaporte, à Briare.
M. Barillier, pharmacien, à Gien.
M. Foucher, pharmacien, à Gien.
M. Michaud, pharmacien, à Gien.
M. Pascault, pharmacien, à Briare.
Les médecins de Châlons-sur-Saône, ayant pour délégué M. Lageneau.
M. le docteur Queuche, à Saint-Dié (Vosges).
M. le docteur Jacquot, à Saint-Dié.
M. le docteur Lotz, à Saint-Dié.
M. le docteur L'Hommée, à Saint-Dié.
M. le docteur Rennes, à Bergerac (Dordogne).
M. le docteur Determes, médecin au chef-lieu de canton de La Force, par Bergerac.
M. Félix père, médecin-vétérinaire, à Bergerac.
M. le docteur Monlaud, à Maurens, près Bergerac.
M. le docteur Monlaud, à La Fourtanie, près Bergerac.
M. Prioreau(pharmacien, à Sainte-Foy (Gironde).
M. Thène, pharmacien, à Toulouse (Haute-Garonne).
M. Brauda, pharmacien, à Bergerac (Dordogne).
M. le docteur Buisson, à Bergerac.
M. Mauthi, médecin-vétérinaire, à Saint-Germain, près Bergerac.
M. Félix fils, médecin-vétérinaire, à Bergerac.
M. Boutet, vétérinaire, à Faux, près Bergerac.
M. Delpit, pharmacien, à Baumont, près Bergerac.
M. Batcave, pharmacien, à Eymet, près Bergerac.
M. Lafon, pharmacien, à Eymet, près Bergerac.
M. le docteur Dénoix père, à Lunas, près Bergerac.
M. le docteur Dénoix fils, à La Force, près Bergerac.
M. le docteur Ribeyrens, à Saint-Aubain, près Bergerac.
M. le docteur Charpenet, à Mouleydier, près Bergerac.
M. le docteur Oriot, à Vimoutier (Orne).
M. le docteur Quetier, à Vimoutier.
M. Langlois, pharmacien, à Vimoutier.
M. Lallement, pharmacien, à Vimoutier.
M. Masselin, pharmacien, à Vimoutier.
M. Thelot, pharmacien, à Vimoutier.
M. le docteur Chonier, à Riom (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Nolette (Alexandre), à Versailles.
M. le docteur Deval, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, et médecin de l'hôpital de Riom (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Tallon, à Riom.
(Délégué.)
M. le docteur Créma, à Riom.
M. le docteur Combaud père, à Riom.
M. le docteur Combaud fils, à Riom.
M. le docteur Rougier, médecin de la maison centrale de Riom.
M. le docteur Fournier, à Riom.
M. le docteur Aguilhon, à Riom.
(Délégué des médecins de l'arrondissement de Riom.)
M. le docteur Ducher-Tardif, à Riom.
M. le docteur Ducher aîné, à Riom.
M. le docteur Monier, à Combroude.
M. le docteur Roux père, à Ennezat.
M. le docteur Roux fils, à Ennezat.
M. le docteur Lagout, à Aigueperse.
M. le docteur Sagnes, à Aigueperse.
M. le docteur Mancel, à Aigueperse.
M. le docteur Chappus, à Volvic.
M. le docteur Chambroty, à Volvic.
M. le docteur Bastide, à Manzat.
M. le docteur Deloacq fils, à Blot-l'Eglise.
M. le docteur Deval de Girodet, à Pont-au-Mur.
M. Versepuy, pharmacien de la Maison centrale, à Riom.
M. Dufaud, pharmacien, à Riom.
M. E. Barse, pharmacien, à Riom.
M. Delarbre, pharmacien, à Riom.
M. Roche, pharmacien, à Aigueperse.
M. Sudre, médecin-vétérinaire, à Riom.
M. Maussang, médecin-vétérinaire, à Aigueperse.
M. le docteur Kolb, à Paris.
M. le docteur Gremand, à Poligny (Jura).
M. le docteur Vuillot, à Poligny (Jura).
M. Lambert, pharmacien, à Poligny (Jura).
M. Bergère, pharmacien, à Poligny (Jura).
M. le docteur Dupierry, à Givet (Ardennes).
M. Williame, pharmacien, à Méru (Oise).
M. Reymond-Barrie, médecin-dentiste, à Paris.
M. le docteur Guilbert, à Neubourg (Eure).
M. Refreveille, pharmacien, à Neubourg.
M. Gibaut, pharmacien, à Saint-Denis.
M. Dorvault, pharmacien, à Paris.
M. le docteur de Saint-Jean, à Paris.
M. Mauclerc, pharmacien, à Corbeny (Aisne).
M. Leroux, pharmacien, à Corbeny.
M. Dissard, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Blanchard, à Reims.
M. le docteur baron Le Clère, à Paris.
M. le docteur Henry, aide-major du 4e léger, à Rueil.
M. Zawadzki, vétérinaire, à Chaillé-les-Marais (Vendée).
M. le docteur Louyet, à Paris.
M. le docteur Maffre, à Paris.
M. le docteur Vallerand de La Fosse, à Paris.
M. Tuncq, président de la Société de pharmacie d'Amiens, qui a nommé M. Boulley pour délégué.
M. le docteur Lisle, à Paris.
M. le docteur Hubert, à Laval (Mayenne).
M. le docteur Bucquet, à Laval.
M. le docteur Lévêque, à Laval.
M. le docteur Béranger, à Laval.
M. le docteur Cléry, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or).
M. Pelure, médecin, à Châtillon-sur-Seine.
M. Gontard, pharmacien, à Châtillon-sur-Seine.
M. Fevrot, pharmacien, à Châtillon-sur-Seine.
M. Gerard, pharmacien, à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur Bourée, père, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur Bourée, fils, à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur Hue, à Lisieux (Calvados).
M. le docteur Chailly, ancien chef de Clinique d'accouchement de la Faculté.
M. Morisset, pharmacien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Paris.
M. Neveu, pharmacien, à Étrépagny (Eure).
M. Bonnevin, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Lavolley, à Paris.
M. Richaud, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Roucolles, à Cadours (Haute-Garonne).
M. Pagès, pharmacien, rue Hauteville, 31.
M. Simonin, pharmacien, à Nancy, ancien professeur de chimie, membre du jury médical, etc.
M. le docteur Raciborski, à Paris.
M. le docteur A. Goy, rédacteur de la Clinique de Marseille.
M. le docteur A. Demolins, rédacteur de la Clinique de Marseille.
M. le docteur G. Jeanselme, rédacteur de la Clinique de Marseille.
M. Fleury, pharmacien, à Marseille.
M. le docteur Beullac père, président honoraire de la Société royale de médecine de Marseille.
M. le docteur Beullac aîné, à Marseille, membre associé libre de l'Athénée de médecine de Paris.
M. le docteur Gassier (Théophile), à Marseille.
M. le docteur Pirondi (Sirus), à Marseille.
M. André, pharmacien, à Marseille.
M. le docteur Giraud Saint-Rome père, ex-président du comité médical des Bouches-du-Rhône, à Marseille.
M. le docteur Baude (L.-M.), à Marseille.
M. Augarde, pharmacien, à Marseille.
M. Blanc, médecin-vétérinaire, à Marseille.
M. Plantin, médecin-vétérinaire, à Marseille.
M. Chaperon, médecin-vétérinaire, à Marseille.
M. Courdouan, médecin-vétérinaire, à Marseille.
M. Rainoird, médecin-vétérinaire, à Aubagne.
M. le docteur Guès, à Marseille.
M. Buès, pharmacien, à Marseille.
M. Deidier, médecin-vétérinaire, à Cujes.
M. le docteur Pierson, à Marseille.
M. le docteur Perrin (Jules), à Marseille.
M. Aubin, pharmacien, à Marseille.
M. le docteur Jouvé, à Marseille.
M. le docteur Grandval, à Marseille.
M. Marsseille, pharmacien, membre du Conseil de salubrité, président de la Société académique de médecine, à Marseille.
M. Roux, pharmacien, conseiller municipal, membre du conseil de salubrité, etc., à Marseille.
M. Laurens, pharmacien, membre du jury médical du département des Bouches-du-Rhône, du conseil de salubrité, etc., à Marseille.
M. Reymonet, pharmacien en chef du dispensaire, membre du jury d'examen des coffres de médecine des navires, etc., à Marseille.
M. Gouirand, membre du jury médical du département des Bouches-du-Rhône, à Marseille.
M. Lanet, pharmacien, à Marseille.
M. Ricard, pharmacien, à Marseille.
M. Pascal, pharmacien de l'Ecole de Paris, à Marseille.
M. Fabre, pharmacien, à Marseille.
M. Bozonls, pharmacien, à Marseille.
M. Icart, pharmacien de Montpellier, à Marseille.
M. Lauzet, pharmacien, à Marseille.
M. Coste, pharmacien, à Marseille.
M. Emery, pharmacien, à Marseille.
M. Jourdan, pharmacien, à Marseille.
M. Lieutard, pharmacien de Paris, à Marseille.
M. Peytral, pharmacien, à Marseille.
M. Reymonet (Henri), pharmacien, à Marseille.
M. Allibert, pharmacien de Paris, à Marseille.
M. Virenque, pharmacien de Montpellier, à Marseille.
M. Devaux, pharmacien, à Marseille.
M. Gal, pharmacien, à Marseille.
M. Coste (Antoine), pharmacien, à Marseille.
M. Estienne, pharmacien de Montpellier, à Marseille.
M. Chapelle, pharmacien de Montpellier, à Marseille.
M. Camoins, pharmacien, à Marseille.
M. le docteur Talbot, à Yvetot.
La Société médicale de Douai.
M. le docteur Blouquier, à Saint-Hippolyte-du-Fort.
M. le docteur Fouquet, secrétaire de la Société polymatique du Morbihan, à Vannes.
M. le docteur Gosseaume, à Nantes.
M. le docteur Bouyer, à Marennes (Charente-Inférieure).
M. Guillaumot, médecin, à Montrevel (Ain).
M. le docteur Bouviret, à Saint-Jullien-sur-Reyssouse.
M. Geuillet, médecin, à Saint-Jullien-sur-Reyssouse.
M. le docteur Herbet, à Curciat.
M. Bondet, médecin, à Coligny.
M. le docteur Gromier, à Coligny.
M. Brangier, médecin, à Coligny.
M. le docteur Gaillard (Hector), à Chavanne.
M. le docteur Gaillard (Constantin), à Chavanne.
M. le docteur Cotton, à Simandre.
M. le docteur Barbier, au Pont-d'Ain.
M. Falconnet, médecin, au Pont-d'Ain.
M. Jacquemin, médecin, à Lent.
M. Roi, médecin, à Confrançon.
M. Bichel, pharmacien, à Bourg.
M. Tiersot, pharmacien, à Bourg.
M. Ravet, pharmacien, à Bourg.
M. Cartaz, pharmacien, à Bourg.
M. Villard, pharmacien, à Bourg.
M. Chanel, vétérinaire, à Bourg.
M. Matheron, vétérinaire, à Bourg.
M. Mousset, vétérinaire, à Bourg.
M. Rodet, vétérinaire, à Bourg.
M. Bouillard, vétérinaire, au Pont-de-Vaux.
M. Givord, vétérinaire, au Pont-de-Veyle.
M. le docteur Dumont, médecin des prisons, à Angers.
M. le docteur Putel, à Neuilly-sur-Seine.
M. le docteur Moustardier, à Nîmes (Gard).
M. Regnart, fils, officier de santé, à Paris.
M. le docteur Lagarde (Henri), membre correspondant de plusieurs sociétés savantes, médecin des épidémies de l'arrondissement de Confolens (Charente).

M. le docteur Pauterot, à Saint-Claud, arrondissement de Confolens.
M. le docteur Maillard (Michel), à Confolens.
M. de Lagarde (Marc), ex-aide-major, à Lesterps (arrondissement de Confolens).
M. Junien-Lavillauroi (Abel), pharmacien, à Confolens.
M. Desvergnes-Lafont-Defaye (René), ex-officier de santé militaire, pharmacien, à Saint-Junien (Haute-Vienne).
M. le docteur Ferry, chirurgien de l'hôpital, à Alais (Gard).
M. Richaud, pharmacien, à Paris.

Total de la quinzième liste,	245
Listes précédentes,	1768
Total général, à ce jour,	2013

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La trachéotomie échoue souvent contre le croup. La première raison de cet insuccès dépend de ce qu'on ne se décide généralement à la pratiquer qu'à la dernière extrémité, lorsque l'affection pseudo-membraneuse s'est étendue profondément, et que la stase sanguine pulmonaire, résultat de la gêne de la respiration, s'y est ajoutée. La trachéotomie peut-elle empêcher l'extension des fausses membranes? Rien ne le prouve; et même il est probable qu'elle est impuissante à produire ce résultat. Mais elle obvie à la stase sanguine, qui est pour beaucoup dans le danger.

Laissons de côté cette première cause d'insuccès de la trachéotomie. Il en est une autre, que nous avons lieu de croire commune. Elle réside dans la négligence des moyens propres à modifier la muqueuse trachéo-bronchique, et à maintenir largement ouvert le calibre de la canule. On ouvre la trachée, et on met une canule dans le tube aérifère ; on donne un écouvillon aux assistants pour nettoyer l'intérieur de la canule, et l'on se retire. Pour peu que l'on diffère la seconde visite, le malade peut étouffer dans l'intervalle, et cela, du fait de la canule. Voici un cas qui le prouvera, et qui nous a laissé sous l'influence de la plus vive impression.

Un enfant atteint du croup (il demeure dans un quartier bas et humide, près d'un quai) avait été opéré de la trachéotomie par un chirurgien habile, qui avait recommandé aux parents de désobstruer la canule à l'aide d'un écouvillon dont il leur avait appris à se servir. L'opérateur ne devait revenir que le lendemain à onze heures, et le petit malade devait être visité dans l'intervalle par le médecin ordinaire. Le lendemain matin, l'enfant arriva insensiblement à un degré extrême d'agitation et d'angoisse. La face était rouge, vultueuse, les yeux, entourés d'un cercle bleu intumescent, étaient largement ouverts, saillants hors de l'orbite ; la pupille était énormément dilatée. La langue et les lèvres étaient bleues. Le corps était froid, le pouls filiforme. L'enfant se tordait dans son lit, s'accrochant aux assistants et faisant des efforts inouïs. Un bruit aigu et précipité d'inspiration et d'expiration se faisait entendre à travers la canule, dont le lien était enfoncé dans le cou, à raison de la tuméfaction de cette partie. Bientôt les efforts devinrent moins violents; l'asphyxie était presque à son comble, et les parents poussaient d'affreux gémissements sur leur enfant, qu'ils croyaient mort. L'auteur de cet article s'étant trouvé là, coupa le lien, enleva la canule, à laquelle il substitua une canule de remplacement laissée par l'opérateur. Quelques gouttes de vinaigre furent instillées dans les yeux. On fit de fortes frictions sur les membres avec du vinaigre très chaud, et insensiblement la respiration se rétablit. La rougeur et l'intumescence de la face tombèrent; les yeux reprirent leur expression habituelle. En un moment une indicible sérénité remplaça la poignante anxiété dont ce malheureux enfant avait donné le spectacle.

La canule était tapissée à l'intérieur par des mucosités sèches, dures, difficiles à détacher, même avec un canif; espèce de mastic qui laissait, pour la respiration, une ouverture à peine lenticulaire.

Si nous n'avions pas eu de canule à notre disposition, nous eussions enlevé aussi bien celle qui était en place, et nous aurions maintenu comme nous aurions pu les lèvres de la plaie trachéale écartées, en attendant que la canule obstruée eût été débarrassée des mucosités concrétées qui en remplissaient le calibre.

Quelques minutes de retard, et l'enfant mourait asphyxié; il mourait, non de la maladie, mais du moyen employé.

L'éponge imbibée d'eau fut introduite profondément dans les bronches, au bout de l'écouvillon, et servit, par l'eau dont elle était imprégnée et par le frottement, à délayer et à détacher les épaisses mucosités dont les parois étaient enduites, mucosités qui furent expulsées à travers la canule par la toux violente qu'elles occasionnèrent.

Ce fait n'apprendra rien aux médecins expérimentés, qui savent par expérience avec quelle sollicitude il faut surveiller les enfants trachéotomisés. Mais nous croyons remplir un devoir de conscience en le publiant, pour qu'il serve d'exemple aux jeunes praticiens. Si M. Trousseau a réussi dans un assez grand nombre de cas, cela tient sans nul doute au soin extrême avec lequel il veille aux suites de l'opération.

— Il est difficile d'innover en matière d'appareils à contention des fractures. Tout ce qui est inventé journellement répète le passé avec des modifications souvent imperceptibles. Remarquons, au surplus, que les moyens d'exécution peuvent seuls varier, les principes de la réduction et de la contention étant invariables, et n'ayant pas changé, en effet, depuis qu'il y a une chirurgie rationnelle. L'innovation est surtout difficile pour certaines fractures, qui, à raison des obstacles que l'on rencontre dans le maintien de la coaptation, ont beaucoup exercé l'imagination des chirurgiens.

Voici cependant, pour la fracture de la clavicule, un appareil qui offre quelques traits particuliers, et se recommande par la simplicité et la solidité. M. le docteur Long, chef de clinique au Val-de-Grâce, l'a employé, dès 1841, en Afrique, à l'ambulance d'Arzew, dont la direction lui était confiée, et en a fait l'application, à notre connaissance, dans plusieurs cas où le résultat a été pleinement satisfaisant.

Une serviette, ou toute autre pièce de toile, pouvant envelopper à la fois le corps et l'un des bras, et large de quarante centimètres, deux bretelles, un coussinet de Desault sans liens suspenseurs, une aiguille, du fil; tels sont les objets nécessaires à l'application de l'appareil.

Sur le plein de la serviette, on coud le coussinet, dont la base doit correspondre à son bord supérieur. Cette première pièce est appliquée de telle sorte que le coussinet, placé en dehors de la serviette, se trouve dans le creux de l'aisselle. La serviette est fixée par une épingle qui unit ses deux angles supérieurement.

On procède ensuite à la réduction de la fracture. Les fragments mis en rapport, on fait fléchir fortement l'avant-bras du côté blessé, de manière que la main correspondante se dirige vers la clavicule saine. On relève alors toute la portion de serviette qui pend au-dessous du coude, et on l'affronte avec celle qui se trouve engagée sous le bras. On forme ainsi un sac renfermant le coussinet et le membre, et constituant une espèce de bandage de corps que l'on fixe en arrière au moyen d'épingles ou d'une couture, après l'avoir serré convenablement. Cela fait, on attache les bretelles, dont l'une passe sur la clavicule saine, et dont l'autre, passant sur le tiers interne de l'os fracturé, s'oppose au soulèvement du fragment sternal et remplit ainsi un double but.

Il ne reste plus qu'à maintenir l'avant-bras dans la flexion. A cet effet, on coud l'une contre l'autre, en avant, les deux portions du bandage, en suivant le bord cubital de l'avant-bras.

Le bandage de corps ordinaire peut servir à établir cet appareil. L'une des coutures qui réunissent les deux pièces dont il est formé est ouverte ; il en résulte un sac dans lequel on fait entrer le bras et le coussinet préalablement engagé dans le creux de l'aisselle, et fixé ensuite au bandage moyennant quelques points d'aiguille. L'avant-bras, fléchi, comme il a été dit, est maintenu à l'aide de la couture indiquée. Les bretelles du bandage de corps font le même office que celles de l'appareil décrit ci-dessus.

On reconnaîtra aisément que dans cet appareil, le coude est maintenu immobile, condition de succès qui n'est pas remplie par plusieurs bandages analogues.

M. Baudens fait ajouter à ce bandage un traversin, qu'il place longitudinalement dans le creux vertébral, entre les omoplates, et dont l'effet est que le moignon de l'épaule se trouve porté en arrière par son propre poids.

C'est ce qui vient d'être pratiqué pour un soldat atteint de fracture de la clavicule gauche à la réunion des deux tiers internes avec l'externe, et placé dans le service de la clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

— Voici le traitement employé par M. Ricord contre les rhagades des orteils et les plaques muqueuses ; traitement dont nous venons de constater à plusieurs reprises les bons effets : On lave matin et soir la partie avec un mélange d'une partie d'eau de Labarraque pour quatre parties d'eau, et on essuie avec un linge sec ; on saupoudre ensuite avec du calomel, et on interpose un plumasseau de charpie aux surfaces malades contiguës. La guérison est généralement très prompte par l'effet de cette médication.

— Nous avons vu, également dans le service de M. Ricord, un homme atteint d'une ulcération phagédénique de la région inguinale ayant détruit une grande épaisseur des parties, et présentant un aspect hideux. Le fond en était pultacé comme dans la variété pulpeuse de la pourriture d'hôpital. Des hémorrhagies fréquentes avaient lieu à la surface de l'ulcère. Le mercure, administré hors de l'hôpital, n'avait fait qu'aggraver la maladie. Des fomentations de charpie imbibée de décoction de ratanhia, renouvelées deux fois par jour; le ratanhia à l'intérieur (16 grammes d'extrait en pilules), le fer (12 pilules de Valette), et le sirop antiscorbutique (60 grammes) ont, en moins de huit jours, arrêté les progrès de l'ulcération et produit un commencement de cicatrisation. La guérison paraît assurée.

La syphilis attaque les globules (d'où la chlorose de la vérole constitutionnelle); mais, dans quelques cas, elle atteint aussi l'élément coagulable, la fibrine. C'est alors que les astringents doivent être combinés au fer.

— Un individu a succombé à la Charité, dans le service de M. Richet. C'était un jeune homme qui s'était donné plusieurs coups de couteau en travers, dans l'espace sus-hyoïdien, et qui, n'ayant pu réussir à se tuer de cette manière, s'était tiré un coup de pistolet dans la plaie. Celle-ci présentait un aspect extraordinaire, en ce qu'elle était à bords nets et réguliers, comme une plaie par instrument tranchant, et, d'autre part, noire, brûlée et entourée de grains de poudre incrustés dans les téguments, à la façon des plaies d'armes à feu. Au premier abord, et dans l'ignorance des faits, on était très embarrassé par ces caractères contradictoires.

La paroi antérieure du pharynx ayant été divisée, les boissons s'écoulaient par la plaie, et il n'en descendait pas ou que très peu dans l'estomac. M. Richet attira le larynx en avant, et introduisit dans l'œsophage une sonde destinée au passage des liquides. Le malade ne pouvait parler. Il avait toute sa raison.

L'existence d'une ouverture dans le voile du palais avait fait supposer que cette ouverture marquait le trajet du projectile. Effectivement, le blessé ayant succombé au bout de quarante-huit heures, on trouva une chevrotine logée à gauche entre les première et deuxième vertèbres cervicales, au niveau des trous de conjugaison et appuyant sur la moelle. Elle avait brisé l'apophyse ptérygoïde du côté correspondant. La mort avait eu lieu par myélite.

— Les publications relatives au Congrès empiètent sur la place réservée à notre *Revue*, et nous sommes obligé de renvoyer à un prochain numéro le compte-rendu de plusieurs faits du service de M. Jobert (de Lamballe), et l'exposé d'un cas de cysticerque sous-conjonctival que nous a montré M. Sichel.

X...

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Diagnostic différentiel de quelques affections de l'estomac.

On a, de dessein prémédité, confondu sous le nom de gastrite, des maladies bien différentes les unes des autres, l'embarras gastrique, la gastralgie, le cancer de l'estomac ; en un mot, presque toutes les maladies de l'estomac, et même d'autres affections tout à fait étrangères à l'appareil digestif. Cette confusion, nous devons le dire, n'a duré qu'un temps ; aujourd'hui, depuis qu'il s'est fait une réaction salutaire et progressive contre les doctrines en vigueur au commencement de ce siècle, on s'est efforcé de distinguer les symptômes caractéristiques de ces maladies, et de les rattacher pendant la vie aux altérations organiques qui les produisent. On n'est point toujours parvenu à ce résultat ; faut-il en conclure que ces affections sont identiques? Non ; et cependant nous ne saurions trop le répéter ; il est souvent difficile de distinguer quelle est la lésion qui produit les symptômes que l'on observe dans un tel cas. L'estomac peut être le siége de trois affections qui se présentent quelquefois sous le même aspect, avec le même cortége de phénomènes environnés de circonstances qui établissent entre elles des rapports très intimes. C'est la gastrite chronique, la gastralgie, le cancer de l'estomac.

Avant de discuter la valeur diagnostique des divers signes, nous croyons utile de vous faire passer sous les yeux deux faits importants que nous avons actuellement dans nos salles, et qui nous permettront quelques considérations comparatives. Lorsque le cancer de l'estomac se manifeste avec tous ses caractères bien nets et bien tranchés, il n'est pas d'élève qui, sachant théoriquement ces symptômes, ne puisse reconnaître cette altération ; mais il faut que ces caractères soient tranchés et parfaitement définis ; il y a des cas où l'on est très embarrassés, comme on a pu en juger dans le fait suivant, recueilli chez un sujet de nos salles.

Au n° 74 de la salle Sainte-Jeanne, est couché un homme de quarante-quatre ans, d'une constitution autrefois assez bonne, d'une bonne santé habituelle, mais qui est aujourd'hui réduit à un tel état de maigreur et d'émaciation que nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en disant que son aspect est véritablement effrayant.

Cet homme est entré il y a un mois environ ; déjà très maigre alors, pâle et décoloré. En le voyant, nous fûmes frappé tout d'abord de l'état exsangue et détérioré du sujet. D'après son récit, il y a trois mois, il aurait été pris d'une douleur de ventre très intense. Avant cette époque, il était parfaitement bien portant. En même temps que cette douleur abdominale se manifesta, survinrent des vomissements opiniâtres, de la fièvre, etc. Un chirurgien qui fut appelé près du malade, diagnostiqua une péritonite, à ce qu'affirme le sujet. Il n'est certainement pas impossible qu'à cette époque l'individu qui fait le sujet de cette observation ait eu une péritonite ; mais nous avons vainement cherché les traces d'une péritonite chronique, soit suffusion séreuse et épanchement dans la cavité péritonéale, soit contracture des muscles droits et obliques de l'abdomen, caractère signalé par M. Devergie. Le ventre est souple maintenant ; il n'y a point de suffusion séreuse ; il est assez difficile de savoir s'il y en a eu à une époque antérieure. Voici ce qu'il éprouvait et ce qu'il éprouve encore aujourd'hui : Trouble des fonctions digestives ; inappétence ; renvois acides de l'estomac ; nausées et vomissements. Il dit avoir vomi dans les premiers temps des matièrs muqueuses seulement et des aliments. Maintenant, les matières des vomissements sont rougeâtres, noirâtres même. Nous n'avons pas hésité à attribuer cette couleur rouge à une exhalation sanguine qui se fait à la surface de la membrane muqueuse de l'estomac. En effet, un examen approfondi du liquide, fait par le pharmacien en chef de l'hôpital, a fait découvrir des globules sanguins altérés, il est vrai, mais encore bien reconnaissables. La couleur des matières vomies peut varier suivant le degré de décomposition du sang, depuis le noir jusqu'au rouge-vif et au rose. De plus, les sels et les acides contenus dans le liquide qui constituent le sel gastrique, peuvent contribuer à modifier la couleur du sang. Nous devons, pour toutes ces raisons, nous arrêter un instant sur la coloration des matières vomies.

Cette coloration peut quelquefois servir à elle seule à porter un diagnostic précis et positif, et ceci suffit pour nous convaincre de la haute importance de ce caractère. Citons un fait à l'appui de notre assertion. Il nous arriva, il y a quelques années, d'interroger un malade arrivé de la veille dans nos salles, et chez lequel nous n'avions pas reconnu autre chose qu'un embarras gastrique. Nous allions nous retirer sans avoir rien changé au diagnostic porté précédemment, lorsque nous aperçûmes une tache d'un brun noirâtre, irrégulière, sur le drap du lit. Nous demandâmes d'où provenait cette tache, si elle était le résultat de vomissements, et sur la réponse affirmative, nous recommençâmes à examiner le malade avec un nouveau soin, et nous le pressâmes de nouvelles questions. Nous apprîmes que depuis longtemps les digestions se faisaient d'une manière très pénible et incomplétement ; qu'il y avait eu souvent des vomissements, enfin nous acquîmes la certitude que le sujet avait présenté entièrement à son admission à l'hôpital les symptômes évidents et caractéristiques d'une affection organique de l'estomac. Manifestement ici nous avions fait une erreur de diagnostic, et c'était presque le hasard seul qui s'était chargé de la rectifier. Ce fait peut vous donner une idée de l'importance que l'on doit attacher à la coloration des matières des vomissements.

Le malade dont nous vous parlons actuellement et qui est couché au n° 74 de la salle Sainte-Jeanne, a vomi des matières contenant du sang altéré; il a de la constipation; il a de la fréquence dans le pouls, un léger mouvement fébrile presque continuel. Du côté de la poitrine, la percussion et l'auscultation ne nous ont rien fait reconnaître d'anormal; pas de toux ni d'expectoration; respiration libre, sans mélange de râle. A première vue et d'après l'amaigrissement extrême de notre malade, nous avions été porté à penser qu'il était affecté de tubercules pulmonaires.

Nous avons eu lieu de croire, depuis, que ce n'était point au poumon que l'on devait rapporter cet état d'émaciation et d'affaiblissement. Les urines sont naturelles et normales. Du côté des centres nerveux il n'y a rien de notable. La peau est un peu froide, surtout aux extrémités. Quelle affection a cet homme? Une affection organique de l'estomac. Remarquez qu'il ne souffre pas, ou du moins qu'il n'éprouve pas de douleurs particulières et spéciales. Il n'a pas ces douleurs lancinantes; ni au toucher, ni à la pression, il n'accuse au creux de l'estomac une sensibilité exagérée. Il n'y a pas dans cette région de tumeur appréciable au toucher, et même lorsque l'on cherche à déprimer fortement les parois abdominales. Eh bien, malgré cette absence des signes caractéristiques des affections organiques de l'estomac, c'est à cette pensée que nous nous arrêtons, et jusqu'à plus ample informé, nous croyons ici à l'existence d'un cancer de l'estomac. Et nous profiterons de cette occasion pour présenter quelques considérations sur le diagnotic du cancer de l'estomac.

— Voici quels sont les symptômes du cancer de l'estomac. Dans la première période, sans que le malade éprouve de mouvement fébrile préalable, le plus ordinairement surviennent des troubles dans les fonctions digestives, sans douleurs très vives; sentiment de pesanteur dans la région épigastrique, dyspepsie; au bout de quelque temps flatuosités, éructations; le malade rend des gaz par la bouche; ces gaz, ces renvois, d'abord sans mauvais goût, deviennent bientôt d'une acidité incommode et désagréable; puis, plus tard, le malade rejette des gorgées de matières muqueuses, visqueuses, filantes, acides ou amères, transparentes le plus souvent, et sans coloration appréciable. Ces matières sont rendues soit après le repas, soit le matin à jeun, soit enfin dans la journée. La première de ces trois circonstances, nous voulons dire le rejet de matières muqueuses. filantes et transparentes après les repas, est sans contredit la plus difficile à expliquer. Cette période, caractérisée par les phénomènes précédents, dure un temps indéterminé plus ou moins long.

Bientôt le sentiment de pesanteur du creux de l'estomac augmente; puis le malade accuse une vive chaleur, qu'il compare à celle produite par un fer rouge, et à laquelle on donnait autrefois le nom de *pyroxis*, douleur qui. partant de l'estomac, s'irradie tout le long du trajet de l'œsophage; puis surviennent des vomissements composés en grande partie d'aliments; à cette époque, le sujet ne vomit pas la totalité des aliments qu'il a pris. Il rend souvent une sorte de magma, de pâté chymeuse, sans consistance, dans laquelle on ne distingue aucun des éléments constituants. Mais d'autres fois, et nous vous signalons ce fait comme intéressant en même temps qu'extraordinaire, les sujets affectés de cancer de l'estomac digèrent certaines substances indigestes, et ne peuvent pas digérer les aliments que l'on s'accorde à considérer comme les plus légers et de plus facile assimilation. L'estomac, à cette époque, semble doué d'une certaine faculté d'éclectisme, dont il serait difficile de se rendre compte. D'autres fois, plusieurs jours se passent sans vomissements; puis tout à coup le malade vomit les aliments qu'il a pris deux ou trois jours auparavant, et conserve ceux qu'il a pris à ses derniers repas. Ce sont-là des singularités très difficiles à expliquer, mais qui n'en sont pas moins constantes. Il arrive un moment où les sujets vomissent des matières fuligineuses, c'est lorsqu'il y a cancer encépbaloïde de l'organe, et que la dégénérescence a produit une érosion de la membrane muqueuse. L'hémorrhagie par exhalation sanguine est plus rare incontestablement que l'hémorrhagie suite de l'ulcération de la muqueuse, et résultant de l'usure des parois d'un vaisseau.

Nous avons dit que le malade éprouve de la pesanteur d'estomac, de la douleur; au bout de quelque temps, ce n'est plus une simple pesanteur, c'est une sensation beaucoup plus vive, une douleur lancinante. Cette douleur, qui peut manquer cependant quelquefois, existe le plus ordinairement. Il y a un troisième caractère qui est pathognomonique lorsqu'on le constate, c'est l'existence d'une tumeur; notez que nous ne disons pas une tuméfaction, mais une tumeur circonscrite, bien limitée. Cette tumeur peut ne pas toujours occuper la même région. Le plus généralement, elle siége dans l'épigastre, dans le point correspondant à l'orifice pylorique. Nous l'avons une fois trouvée dans la fosse iliaque gauche, et cependant c'était le pylore qui était altéré, mais l'estomac avait subi un changement de situation. Nous n'avons rencontré cette disposition singulière qu'une seule fois. Il y a souvent de la constipation. Quant aux autres fonctions, elles n'ont pas subi de grands changements.

Pour les phénomènes généraux, le malade est ordinairement sans fièvre. Il y a quelque chose, dans l'état général du sujet, qui est caractéristique, c'est une teinte jaune-paille de la peau, teinte jaune qui annonce une dégénérescence organique, une diathèse cancéreuse. Lorsque tous les phénomènes que nous avons passés en revue existent, il est impossible de ne pas reconnaître la maladie: mais il est rare de rencontrer des cas aussi complets, aussi entiers que les faits-types dont nous vous entretenons. Ainsi, pour ne parler que du malade dont nous vous avons cité l'observation, il a eu des vomissements colorés en rouge, en noir par du sang, mais il n'a aucune trace de tumeur abdominale.

Le cancer de l'estomac peut exister sans douleur, sans tumeur, sans vomissements. Cela seul suffirait déjà pour rendre très difficile le diagnostic. Mais, chose beaucoup plus grave, chacun de ces trois symptômes, la douleur, la tumeur, les vomissements, peut exister sans qu'il y ait cancer de l'estomac. Souvent, dans la dernière période du cancer de l'estomac, il n'y a pas de vomissements. Cela peut tenir à plusieurs raisons. D'abord le cancer peut frapper la totalité de l'organe, et, quelle que soit l'opinion physiologique que vous adoptiez, quant au mécanisme du vomissement, que ce soit la contractilité de l'estomac ou sa compressibilité que l'on regarde comme nécessaire au vomissement, il est également impossible qu'il ait lieu. Si le vomissement dépend d'une contraction de l'estomac, l'organe cancéreux n'est pas contractile. S'il dépend de sa compression par les muscles des parois abdominales, comme le veut M. Magendie, envahi dans toute son étendue par un tissu de nouvelle formation, dégénéré, résistant, l'estomac n'est plus compressible, et là encore le vomissement est impossible. Si surtout le pylore est libre, comment cet acte pathologique pourrait-il avoir lieu? Mais voici une autre circonstance qui peut empêcher également le vomissement. Par suite de la dégénérescence cancéreuse, le pylore peut se trouver plus élargi qu'il n'est d'habitude, ou bien l'anneau cancéreux qui remplace le pylore peut s'être ramolli à son tour, et constitue une sorte de canal rigide, inflexible, incapable de s'opposer au passage des matières ingérées dans l'estomac. Ces deux raisons expliquent les cas dans lesquels on observe le cancer de l'estomac sans vomissements, même à une époque très avancée. Pendant que nous étions chargé d'un service à l'hospice de la Salpêtrière, nous mîmes dans nos salles une femme qui, vingt ans avant l'époque où je la voyais, avait eu des vomissements caractéristiques. Puis ce symptôme avait disparu. La malade succomba, et nous trouvâmes un cancer ulcéré du pylore. L'ulcération s'était faite au milieu de l'anneau cancéreux, et avait laissé un libre passage aux aliments. Ces conditions, qui sont bien positives, bien connues, augmentent encore, dans un grand nombre de cas, la difficulté du diagnostic.

L'absence de la tumeur n'est pas sans ajouter quelquefois du doute au diagnostic. Si c'est le cardia qui est malade, il est impossible de sentir la tumeur, qui est alors cachée sous les dernières côtes, et qui est inaccessible à l'exploration directe. Si, en même temps qu'il n'y a pas de tumeur apparente, il y a également absence de la douleur, car les cas ne sont pas excessivement rares où ces deux signes manquent à la fois, que faire et à quel phénomène peut-on se rattacher? Il faudra d'abord être excessivement réservé, prudent, et ne point se hâter de porter un diagnostic trop tranché.

Nous avons dit plus haut que ces trois principaux caractères du cancer, douleur, tumeur, vomissements, pouvaient exister sans qu'il y eût cependant cancer de l'estomac. Une femme d'une trentaine d'années se présenta un jour à notre observation, à la Salpêtrière. Elle était très maigre, portait une tumeur épigastrique de la grosseur environ d'une balle de paume; cette tumeur était bien circonscrite, rénitente. La malade vomissait tous ses aliments; elle éprouvait dans la région du creux de l'estomac une douleur violente, et dont elle se plaignait constamment. Du reste, elle ne toussait pas; la respiration était normale. Nous portâmes pour diagnostic, cancer de l'estomac. Cette femme resta peu de temps dans nos salles, demanda à sortir de l'infirmerie, et un an après environ, rentra dans notre service. La tumeur avait disparu; les vomissements avaient complétement cessé; elle ne toussait et ne crachait point; mais elle était encore, si c'était possible, plus maigre qu'auparavant. Cette femme mourut enfin. Pour nous, il y avait là guérison d'un cancer de l'estomac. Nous fûmes très surpris de trouver l'estomac sain, de capacité normale, sans trace aucune de cicatrice, sans aucune altération de la muqueuse qui indiquât l'existence antérieure d'un cancer de l'estomac. Les organes voisins étaient également parfaitement sains.

Nous ne savions à quelle cause rapporter la tumeur que nous avions observée, non plus que les vomissements de cette femme, lorsque nous découvrîmes dans l'épaisseur des parois de l'abdomen, sous la peau, une substance ressemblant, pour la couleur, la consistance, à de la pâte d'abricots. C'était une tumeur enkystée, qui s'était peu à peu atrophiée par suite de la résorption des liquides qui primitivement y étaient contenus. Cette femme était si maigre, que l'on n'avait pu croire avoir affaire à une tumeur située entre la peau et les muscles. Les vomissements étaient sympathiques d'une autre affection; quant à la douleur, la malade souffrait par suite du vomissement, des secousses et de la fatigue qu'il occasionnait. La mort fut déterminée par la phthisie pulmonaire, et cependant, pendant son premier séjour dans nos salles, la malade ne toussait point. Voilà donc un fait dans lequel on avait tous les phénomènes du cancer, sans cancer.

Un autre fait aussi fréquent est le suivant. Une femme vomissait des matières glaireuses; elle présentait au creux de l'estomac une tumeur dure, bosselée; cette femme, qui n'était plus jeune, était dans un état d'apyrexie complète. Pinel diagnostiqua un cancer de l'estomac; nous acceptâmes d'abord ce diagnostic; mais nous eûmes quelques doutes, et nous revînmes près de la malade. Ne serait-il pas possible, pensâmes-nous que ce ne fût là qu'une accumulation de matières fécales dans le colon transverse?

Nous prescrivîmes un éméto-cathartique; le lendemain, la tumeur avait disparu, et avec elle douleurs et vomissements; la malade avait rendu des matières noires, abondantes, dures. Voici donc deux cas intéressants, en ce sens qu'ils vous fournissent des exemples d'erreurs qui ont pu être commises, chez des sujets qui offraient pendant la vie tous les symptômes du cancer de l'estomac, sans qu'il y eût réellement affection de ce genre.

Dr A. F.

OBSÈQUES DE M. ANTONINI.

Nous recevons d'Alger le compte-rendu des obsèques de M. Antonini, médecin en chef de l'armée. Voici l'ordre du cortége:

En tête marchaient huit tambours, la musique d'un régiment et la fanfare des zouaves.

Venait ensuite M. le colonel Marengo, à cheval. Suivait un fort détachement de troupes, sous le commandement d'un officier supérieur.

Les quatre coins du poile étaient tenus: pour l'armée, par M. le colonel chef d'état-major général Pélissier; pour l'administration, par M. le sous-intendant militaire de première classe Paris; pour le corps des officiers de santé militaire, par MM. Horeau, pharmacien en chef de l'armée, et Leonard, médecin en chef de l'hôpital du Dey, faisant fonction de médecin en chef de l'armée.

A la suite du corps venaient tous les généraux et intendants présents à Alger, les officiers supérieurs de toutes les armes, et tous les officiers de santé et d'administration de la division.

Le deuil était conduit par M. le général Charron, commandant le génie militaire dans l'Algérie, ami du défunt.

La cérémonie religieuse a été présidée par l'évêque d'Alger. C'est M. l'abbé Montera, compatriote du défunt, qui a officié.

Quatre discours ont été prononcés: le premier par M. le général Charron, qui a eu la force de surmonter sa douleur pour rendre un dernier hommage à son ami, et qui l'a fait en termes pleins d'élévation; le second, par M. le docteur Casimir Broussais; le troisième par M. le docteur Cabrol, qui avait accompagné M. Antonini dans son inspection; le dernier, enfin, très éloquent, par M. le sous-intendant Paris.

Nous publions le discours de M. C. Broussais; il est digne de celui qui l'a écrit et de l'homme qu'il est destiné à faire connaître.

M le docteur Cabrol, dont les paroles empreintes de sensibilité ont produit une vive impression, a annoncé que M. Antonini a consigné dans plusieurs volumes écrits en langue italienne les résultats de sa pratique, et il a exprimé l'espérance que ces importants matériaux ne seraient point perdus pour la science. Tous les hommes compétents qui ont connu M. Antonini savent ce qu'il y avait en lui d'observation et de jugement. Son livre pourrait être le *vade-mecum* du médecin en Afrique. C'est au ministère de la guerre qu'il appartient de prendre les mesures nécessaires pour que les fruits d'une aussi grande et judicieuse expérience profitent à l'armée.

Le corps de M. Antonini a été enterré à Mustapha-Supérieur, dans le domaine de M. le docteur Ceccaldi, son compatriote et ami, chirurgien en chef de l'hôpital de Constantine, au milieu de trois de ses enfants qu'il avait eu la douleur de perdre successivement.

Voici le discours de M. Broussais:

Lorsque la terre s'ouvre pour recevoir la dépouille mortelle d'un de nos semblables, quelle âme ne se sent émue! Mais quand l'existence qui nous est ainsi ravie, jouissait encore de toute sa plénitude, combien nos regrets ne sont-ils pas plus amers!

Tel est l'homme que nous pleurons aujourd'hui. Pour accomplir une importante mission, il s'éloignait de nous, il y a peu de mois, fort du présent, fier de l'avenir, ferme et imposant dans son maintien..... il nous est revenu brisé, frappé au cœur, languissant sur un lit de misère. Qui de nous peut donc être sûr d'être debout demain!

Chargé par les médecins militaires d'Afrique, mes collègues, de porter la parole en leur nom, dans cette douloureuse solennité, j'essaierai de vous retracer, en peu de mots, la vie de celui qui nous est si cruellement enlevé. J'aurais voulu que d'autres bouches s'ouvrissent sur cette tombe; mais puisque je ne puis décliner un honneur auquel je ne m'attendais pas, aidez-moi, vous tous qui avez connu celui que nous portons à sa dernière demeure, aidez-moi des souvenirs de votre cœur.

Antonini (Jean-André) est né en Corse, à Montemaggiore, près de Calvi, au commencement de la révolution française. Fils d'un praticien distingué qui fut longtemps médecin des hospices de Rome, il fit ses études humanitaires et philosophiques dans cette capitale de la chrétienté. Déja brillait en lui cet esprit de discussion que nous lui avons tous connu; le jeune logicien reçut au collége la palme de la philosophie; et, reconnaissant disciple, il n'abandonna jamais depuis celle à qui il devait ses premiers succès, les succès dont il était le plus fier et qui exercèrent sur sa vie une influence décisive.

De quel côté devait se tourner son esprit nourri des classiques littéraires? L'église lui offrait une brillante carrière où l'aurait conduit et guidé une main protectrice. Il balance, puis il se décide pour les sciences; non qu'il ne fût pas fait pour la foi, ses derniers moments ont fait preuve de ses sentiments religieux; mais il aimait la libre discussion.

Les études pour la cléricature sont, on le sait, à Rome, les plus sérieuses et les plus profondes. Le jeune Antonini, formé à cette école, s'élança plein d'ardeur dans la médecine.

L'Italie était, à cette époque, le foyer d'une véritable effervescence médicale.

Galvani venait d'y prouver l'existence de ces mystérieux courants qui suivent le trajet des nerfs, se séparent, se joignent et font mouvoir les pattes d'une grenouille, comme plus tard ils feront marcher un cadavre. Mascagni venait d'étonner le monde par le magnifique spectacle de la circulation de la lymphe à travers les innombrables réseaux de ses vaisseaux blancs. Scarpa reculait au loin les bornes de l'anatomie la plus fine et la plus délicate, y rattachant avec bonheur les questions les plus épineuses de l'exercice des fonctions. Les idées physiologiques et médicales de l'Ecossais Brown excitaient déjà une vive controverse, et allaient subir la transformation du contro-stimulisme. Rasori pratiquait et professait de ville en ville, proclamant, à la face de l'univers, que les médicaments réputés irritants sont les calmants les plus sûrs, que l'émétique abat la fièvre comme la saignée, suivant le même mécanisme et par la même vertu. Tommasini, déjà imbu d'une partie de ces idées, reconnaissait et signalait à ses contemporains les inflammations dss organes, et plus encore les diathèses inflammatoires, ainsi que la puissance d'un traitement antiphlogistique.

C'est au milieu des élèves de ces hommes fameux que fut jeté le jeune lauréat philosophe, non pas pour rester machinalement assis sur un banc, vous le pensez bien, mais pour discuter les doctrines du maître. Cette vie lui allait à merveille; il la suivit avec ardeur, et termina ses études médicales à Pise, l'une des Universités les plus renommées de l'Italie.

Arrive l'année 1812; partout en Espagne on se bat; partout tombent des blessés; partout les maladies déciment nos armées. Antonini est retourné sur le sol natal; on a besoin de son art; il le met à la disposition de sa patrie, et entre à l'hôpital de Calvi comme chirurgien sous-aide.

Ici commence cette carrière qu'il doit si dignement parcourir, depuis le degré le plus inférieur jusqu'au plus relevé, toujours aimé de ses chefs comme de ses subordonnés, et durant laquelle ses talents devaient être si bien appréciés par tant de chefs de notre armée.

Après trois ans de grade, Antonini passe comme chirurgien aide-major dans la légion corse, alors dans le midi de la France. C'était en 1815; il suit sa légion à Toulon, à Montpellier, partout où elle se porte Bientôt à la légion succède le bataillon des voltigeurs corses: Antonini en est nommé chirurgien. Il revient alors dans son île et ne la quitte qu'en 1823, pour se rendre comme médecin adjoint à l'armée d Espagne.

Mais il n'a pas oublié sa Corse chère; ses yeux se tournent toujours vers sa ville natale; ce qu'il désire, ce qu'il ambitionne de toute son âme, il l'obtient; il retourne à Calvi, et, dans cet hôpital où il avait servi comme sous-aide, il règne comme médecin.

Mais la vie du médecin militaire est tout aventureuse; le médecin-adjoint de Calvi, à peine depuis deux ans de retour sous son heureux ciel, reçoit, en 1830, l'ordre de partir comme médecin ordinaire pour l'Afrique. Il y arrive avec notre flotte et notre armée conquérantes, plein de jeunesse et de vie, rempli d'une noble ambition, résolu d'y faire aimer et honorer la médecine militaire; et cette terre ingrate répond à sa généreuse ardeur par des coups terribles qu'elle frappe autour de lui, au sein de sa famille, sur les êtres qui lui sont le plus chers, anéantissant les uns, épuisant les autres, comme pour l'avertir par de sinistres présages. C'est en vain; médecin militaire, il est désormais pour toujours associé à notre armée d'Afrique : il veut comme elle y conquérir sa gloire; il saura, s'il le faut, comme elle, y mourir pour accomplir un devoir.

De 1830 à 1837, Antonini remplit religieusement ses fonctions de médecin; ceux qui le virent à l'œuvre et qui suivirent son heureuse pratique, savent avec quelle perspicacité pénétrante il reconnaissait, il devinait, si je puis ainsi dire, le caractère souvent insidieux et caché des maladies propres à ce climat. C'était en Italie, c'était à Rome, c'était à Pise qu'il avait acquis ce tact médical qui sait distinguer, au milieu d'une foule d'affections diverses, cette formidable fièvre pernicieuse, qui vous laisse agir et raisonner aujourd'hui, et demain vous jette à bas, bouleverse votre intelligence et vous tue. Véritable Typhon de la fable, ce cruel ennemi de l'homme, caché dans des mares fangeuses, vivifié par un brûlant soleil, semble épier l'homme au passage pour le terrasser à coup sûr au moment où il se croit à l'abri. Il est fort parce qu'il vous prend en traître; mais que le médecin devine sa présence, qu'il la soupçonne seulement, et la défaite du protée est certaine.

Antonini excellait à cette guerre de l'art contre le génie intermittent des maladies. Malheureusement il n'a pas laissé dans la science des traces suffisantes de ce précieux talent, et peut-être, par suite de cela même, ne lui a-t-on pas assez tenu compte de l'enseignement qui ressortait de sa pratique pour ceux qui le fréquentaient assidûment. Il ne faut point oublier cependant qu'il fit, conjointement avec MM. Monard frères, quelques mémoires qu'on lit avec intérêt dans le recueil des Mémoires de médecine militaire. Il avait encore d'autres vues, d'autres plans qu'il confiait au papier dans sa langue natale, dont il aimait à causer durant son dernier voyage et dont vous entretiendra celui qui reçut à cet égard ses dernières confidences.

Nous savons aussi que s'il n'a point fait ici de cours régulier de médecine, il aimait à converser avec ses confrères, que les différentes théories médicales de l'époque moderne étaient les sujets favoris de ses entretiens. Il discutait surtout, avec une grande subtilité d'esprit, les idées principales de la doctrine italienne dont il était un zélé partisan, bien qu'il sût faire la part des progrès imprimés à la médecine par l'école française.

M. Antonini n'a pu être bien connu que de ceux qui ont vécu près de lui. Ceux-là savent de quelles inépuisables ressources disposait son intelligence; et sur ceux-là il a exercé un empire qui a pu quelquefois étonner les hommes qu'il n'avait pas eu l'occasion ou le temps de fasciner.

Les inspections qu'il fit dans toute l'Algérie, de 1837 à 1845; les différentes missions qu'il y remplit, le mirent en rapport avec les différentes autorités du pays. Partout il fut accueilli avec honneur, car partout il sût être digne; et quand il fallut réclamer en faveur des officiers de santé en chef de l'armée, les prérogatives que le bien du service leur faisait un devoir de conserver, on vit qu'Antonini, cet homme si prudent, sut résister, attaquer et vaincre. D'ailleurs, chacun le proclame, il prodiguait à tous les secours de son art sans jamais réclamer de salaire, sachant soutenir chez les grands comme chez les petits, la dignité de la profession. Il emporte dans la tombe, je le dis sans crainte d'être démenti, les regrets déchirants de plus d'un pauvre, de plus d'un soldat, de plus d'un maréchal de France.

Les différentes missions dont fut chargé Antonini, firent le sujet d'autant de rapports, tous fort intéressants, mais dont un petit nombre seulement est connu. Nous citerons particulièrement son rapport sur l'est de l'Algérie, daté du 25 février 1839 (tome L des Mémoires de médecine militaire), parce qu'on y trouve un style coulant, pittoresque, attrayant même, tel qu'il convenait à son âme penchée vers la poésie, et, de plus encore, beaucoup de discussions, comme il était naturel à son esprit raisonneur. Il n'existe aucune trace imprimée de son inspection dans l'ouest, ordonnée par le gouverneur-général en 1840, non plus que de l'inspection qu'il fit conjointement avec Larrey en 1842; inspection de lugubre mémoire, car elle entraîna la ruine de l'une de nos plus belles illustrations chirurgicales. Espérons que l'autorité, avertie par nos cris de douleur au souvenir de ces deux éclatantes victimes du devoir, changera l'époque des inspections, et ne risquera plus de compromettre la vie de ceux qu'elle chargera dorénavant de cette honorable mission. On sait quels motifs respectables empêchèrent Antonini d'accomplir son inspection l'an dernier. Celui dont la gloire est si précieuse à l'Afrique, celui que l'Algérie vit partir avec consternation, celui qu'elle appelle aujourd'hui de ses vœux les plus ardents, l'illustre maréchal qui franchit sans doute en ce moment sur les ailes de la vapeur le trop long espace qui nous sépare de lui, sut apprécier alors le dévoument sans borne et la science heureuse du médecin pour qui l'humanité fut le premier des devoirs.

Je ne vous parlerai pas de sa dernière inspection; son fidèle compagnon dans ce trop malheureux voyage va vous la raconter avec cet accent de vérité que donnent des misères communes.

Je ne vous ai point parlé des honneurs qui vinrent trouver M. Antonini dans le cours de sa carrière, de son admission dans la Légion-d'Honneur en 1832; mais je ne puis m'empêcher de vous raconter sa seconde promotion dans cet ordre. C'était en 1835; le choléra sévissait à Alger; les victimes tombaient de tous côtés. Parmi les mourants et les morts se comptait déjà plus d'un officier de santé militaire frappé sur ce champ de bataille. Antonini, comme ses collègues, n'a ni trêve, ni relâche; il accourt et le jour et la nuit au secours des malheureux qu'on apporte à chaque instant. Un jour, dans ses salles, au milieu de ses malades, il se sent pris à son tour. Les membres déjà glacés, dévoré par une soif ardente, il quitte son service, et ordonne lui-même son traitement. A force de glace à l'intérieur, à force de frictions sur les membres, il parvient à rétablir la circulation du sang, et dès le lendemain il s'empresse de retourner à son poste. A peine a-t-il repris son service, qu'un accès pernicieux vient le frapper tout à coup. Cette fois il est moins heureux; le coup fatal est écarté, mais sa robuste constitution fléchit, et le pauvre malade reste longtemps étendu sans force. Faible et languissant, il attendait avec résignation le moment de se lever, lorsqu'une visite vient le surprendre. Un prince qui était cher à tous les Français, et dont l'Algérie voit avec joie la statue s'élever sur ses bords, entre dans sa modeste demeure et s'assied au chevet de son lit. Son bon cœur lui avait inspiré l'idée d'apporter lui-même au pauvre convalescent la récompense de tant de peines, la croix d'officier de la Légion-d'Honneur. M. Antonini fut profondément ému d'une attention si délicate de la part du prince : il en éprouva une sorte de révolution qui lui fut favorable.

Vous avez vu le médecin militaire; je ne vous peindrai pas l'homme, vous l'avez tous connu, jugé, apprécié. Vous vous rappelez encore cette belle constitution, cette démarche digne et mesurée, ce front élevé; tout cet ensemble, qui inspirait tout d'abord le respect; puis ce visage aux traits réguliers et fins; cet œil doux, ce sourire gracieux; ce tableau vous est encore présent : qu'il ne s'efface plus, car, de cet être qu'hier encore vous aimiez à contempler, il ne reste plus que poussière. C'en est fait de ces entretiens animés : cet organisme harmonieux s'est brisé pour toujours.

On ne connaissait pas dès le premier abord M. Antonini; il n'était pas homme à s'ouvrir au premier venu; peut-être ne s'est-il jamais entièrement livré à personne. Il voyait en toute chose, en toute question, tant de raisons pour et tant de raisons contre, qu'il lui arrivait fréquemment de s'abstenir. La réserve, la prudence, la circonspection étaient au fond de son caractère; et, quand vous lui demandiez conseil, souvent il vous conseillait d'attendre. Ne croyez point qu'il fût faible pour cela; il savait prendre une décision dans les cas urgents et difficiles, et plus d'un homme sensé et intelligent, à ma connaissance, n'a eu qu'à se féliciter d'avoir suivi ses avis; mais, général prudent et expérimenté, il aimait à se ménager une retraite assurée. Je ne crois pas que jamais quelqu'un l'ait pris au dépourvu.

Son esprit trop prévoyant lui inspirait souvent des inquiétudes sur l'avenir, lui retirant ainsi les jouissances du présent. Cette tendance a dû le rendre plus d'une fois malheureux sans motif réel.

Au-dessus de ces qualités qui quelquefois, il faut le dire, se changeaient en défaut (et qui de nous n'a pas ses défauts !), au-dessus dominait une bienveillance générale, dont sa figure était la sereine expression. Je suis persuadé que jamais volontairement M. Antonini n'a fait de peine ni de mal à personne.

Mais je m'arrête, car je dois laisser mon collègue vous raconter le triste et dernier épisode de cette vie dont j'ai tenté de vous tracer l'esquisse. Je n'ai point suivi M. Antonini dans cette malheureuse inspection. A son retour, je l'ai trouvé bien profondément frappé, et cependant non pas encore sans espoir Puis quand j'ai vu, après quatre-vingts jours d'opiniâtre refus, l'estomac recevoir et digérer quelque aliment, alors, sans me dépouiller de mes craintes, j'ai osé espérer avec tous ses amis, avec tous ses médecins. Une crise violente devait abréger tant de maux. Avant-hier, sur le soir, il me fit prier de me rendre auprès de lui; je le trouvai sans pouls, sans chaleur, sans voix, et le matin j'avais longuement causé avec lui; il m'avait accueilli avec plus de bonté et de confiance encore qu'à l'ordinaire; il m'avait pressé les mains avec effusion, après avoir entendu la lecture d'une lettre où je m'étais efforcé d'être son interprète ! Emu de cette scène, j'étais sorti plus rempli d'espoir que la veille.... et le soir l'agonie allait commencer !

Antonini laisse après lui une famille au désespoir; une femme qu'il aimait tendrement, qui, accablée depuis plus d'un an de cruelles souffrances, a trouvé, par une de ces soudaines énergies dont les femmes sont seules capables, la force de le veiller, de le servir depuis son arrivée tant désirée, jusqu'à sa dernière heure si décevante et si cruelle ! Ses enfants le pleureront au loin; l'un d'eux, encore en bas-âge, recevra ce coup sans le sentir, sans le comprendre.

Et vous ses compatriotes, nous tous ses amis, nous en particulier ses collègues, nous n'oublierons jamais cette famille désolée.

Adieu, Antonini, repose en paix !

NOUVELLES.

M. le docteur Casimir Broussais vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris. On se rappelle qu'il y a un an cet honorable confrère, désireux d'étudier les maladies de l'Algérie et de se créer, en faisant campagne, de nouveaux droits à la bienveillance de l'administration, quitta volontairement sa position de professeur au Val-de-Grâce pour se rendre à Alger.

— Par ordonnance du 13 de ce mois, le roi a accordé le titre héréditaire de baron à M. le docteur Pasquier, père, premier chirurgien de S. M., inspecteur du service de santé des armées (en retraite), en récompense de ses longs et honorables services. (*Moniteur.*)

— La distribution des prix aux élèves de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce aura lieu demain samedi, 25 octobre, à une heure, sous la présidence de M. le directeur de l'administration de la guerre, en présence de MM. les membres du Conseil de santé des armées.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, du 21 octobre, crée une commission de sept membres chargée : 1° de constater l'état actuel des exercices gymnastiques dans les colléges de Paris et de Versailles; 2° de rechercher les causes qui ont fait laisser ou négliger ces exercices; 3° d'apprécier l'influence de la gymnastique, telle qu'elle a été pratiquée, sur les études, sur la santé et sur les mœurs des élèves; 4° d'examiner de quelle utilité il pourrait être de remettre en pratique les exercices gymnastiques; 5° subsidiairement d'indiquer les moyens à employer pour arriver à ce but.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 126. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 27 OCTOBRE 1845.

Dans sa séance du 25 de ce mois, la Commission permanente, investie par l'assemblée du 2 août dernier du droit de prendre toutes les mesures de publicité favorables aux intérêts du Congrès, a décidé que les comptes-rendus des séances du Congrès seraient officiellement communiqués à la GAZETTE DES HÔPITAUX, dont le mode d'apparition et le format lui ont paru en harmonie avec les exigences de cette publicité.

La Commission a voulu donner ainsi à ce Journal, dans lequel est née et s'est développée l'idée du Congrès, une preuve de sa gratitude pour tous les bons services qu'il a officieusement rendus à la manifestation qui se prépare dans les intérêts du corps médical.

Toutes les communications officielles du Congrès lui seront adressées avant et pendant sa session; et cela, indépendamment de la publication spéciale, et en volume, qui devra être faite plus tard aux frais du Congrès, et distribuée à chaque adhérent.

(L'honneur que nous fait la Commission permanente nous impose des devoirs que nous saurons remplir. Aucun sacrifice ne nous coûtera pour que les comptes-rendus du Congrès soient publiés avec développement et étendue. Des exemplaires de la GAZETTE DES HÔPITAUX seront quotidiennement envoyés au Cercle de la rue Duphot, à tous les membres du Bureau et de la Commission permanente. Nous délivrerons aussi des abonnements, *pour le mois de novembre seulement*, au prix de 4 francs pour Paris, et de 5 francs pour les départements.)

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Seizième liste.

M. le docteur C. des Alleurs, chef de l'une des deux divisions du service de l'Hôtel-Dieu de Rouen, professeur titulaire à l'Ecole préparatoire de médecine, membre du jury médical, etc., à Rouen (Seine-Inférieure).
M. Noël, pharmacien, à Saint-Dié (Vosges).
M. Gaudier, pharmacien, à Saint-Dié.
M. Humbert, pharmacien, à Saint Dié.
M. Grillot, médecin vétérinaire, à Saint-Dié.
M. le docteur Carrière, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, à Saint-Dié.
M. Bazet, médecin-vétérinaire, à Pau (Basses-Pyrénées).
M. le docteur Paul de Mignot, à Bordeaux (Gironde).
La Société de pharmacie du département du Bas-Rhin, ayant pour délégué M. Schaeuffele.
M. le docteur Colettat, à Meximieux (Ain).
M. le docteur Roux, à Meximieux.
M. Sanville, médecin-vétérinaire, à Meximieux.
M. Bertholon, pharmacien, à Meximieux.
M. Hénod, vétérinaire, à Meximieux.
M. le docteur Lemarchand à Paris.
M. Fumouze-Albespeyre, pharmacien, à Paris.
M. Guénon, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Demazières, à Bergues (Nord).
M. le docteur Lafère, à Bergues.
M. Claeys, médecin, à Bergues.
M. Genet, pharmacien, à Niort, président de la Société de pharmacie des Deux-Sèvres.
(Délégué de la Société, membre du jury médical, etc.)
M. Moreau, médecin, à Libourne (Gironde).
M. Chatelet, médecin, à Villeneuve (Aveyron).
M. le docteur Cunisset, à Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or).
M. Gabriel Toussaint, pharmacien de Paris, à Castelnaudary (Aude).
M. Limouzin-Lamothe, pharmacien, correspondant de l'Académie royale de médecine, à Alby (Tarn).
M. le docteur Gleyroze, à Valence.
M. Durand, pharmacien, à Alby.
M. Séguier, pharmacien, à Alby.
M. Limouzin-Lamothe fils, pharmacien, à Alby.
M. Salabert, médecin-vétérinaire, à Alby.
M. de Martrin, pharmacien, à Monestier.
M. le docteur Espinasse, à Lafenasse.
M. le docteur Caussé professeur d'accouchement, à Alby.
(Délégué de l'arrondissement d'Alby.)
M. Laurens, pharmacien, à Valence.
M. Huret, médecin-vétérinaire militaire, à Alby.
M. le docteur Bermond, à Alby.
M. Got, médecin vétérinaire, à Réalmont.
M. Salioier, médecin-vétérinaire, à Alby.
M. le docteur Gisclard, à Saint-Juéry.
M. le docteur Bélet, à Alby.
M. le docteur Lebreton (Alexandre), membre de l'Académie de médecine de Paris.
M. Sicard fils, médecin-vétérinaire, à Alby.
M. Brette, médecin-vétérinaire, à Alby.
M. Cabrolier, médecin, à Monestier.
M. le docteur Borics, à Marnac.
M. le docteur Cadalen, à Alban.
M. Rahoux, pharmacien, à Alban.
M. Cassan, médecin-adjoint de l'hospice, à Alby.
M. le docteur Seguin fils, à Alby.
M. le docteur Gisclard, à Valence.
M. Treilhes, médecin, à Cramaux.
M. Calmets, médecin, à Lombers.
M. le docteur Négrier, directeur de l'Ecole d'Angers.
(Délégué.)
M. le docteur Demolins, rédacteur de la Clinique de Marseille.
M. le docteur Paradis, à Auxerre, président de l'Association médicale de l'Yonne.
M. le docteur Fantin, à Seine-Port (Seine-et-Marne).
M. le docteur Grenet, à Joigny, vice-président de l'Association médicale de l'Yonne, délégué.
M. le docteur Sonnier-Moret, à Auxerre, secrétaire de l'Association médicale de l'Yonne, délégué.
M. Sallé, pharmacien, à Auxerre, trésorier de l'Association médicale de l'Yonne, délégué.
M. le docteur Rémy, à Auxerre, délégué.
M. Tortéra, médecin, à Villers-Saint-Benoît, délégué.
M. Guiard père, médecin, à Gy-l'Evêque, délégué.
M. le docteur Lorraine, professeur-suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans.
M. Jacob, pharmacien, à Paris.
(Délégué de l'Association médicale de l'Yonne.)
M. Robillard, médecin-vétérinaire, à Joigny, délégué.
M. le docteur Pacond, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Bourg (Ain).
M. le docteur Dupré, à Bourg.
M. le docteur Lanoix père, à Orléans (Loiret).
M. le docteur Plan, à Bourg (Ain).
M. le docteur Peloux, à Bourg.
M. le docteur Hudellet, à Bourg.
M. le docteur Olivier, à Bourg.
M. le docteur Pic, à Bourg.
M. le docteur Ehrard, à Bourg.
M. le docteur Hermandez, à Bourg.
M. Lehaitre, médecin, à Bourg.
M. le docteur Herhet, à Pont-de-Vaux.
M. le docteur Guyon, à Pont de-Vaux.
M. le docteur Verney, à Bagé-le-Châtel.
M. le docteur Grenard, à Bagé-le-Châtel.
M. le docteur Dagallier, à Pont-de-Veyle.
M. le docteur Pélissié, à Pont-de-Veyle.
M. le docteur Grabanski, à Pont-de-Veyle.
M. le docteur Gray, à Montrevel.
M. le docteur Bozonnet, à Montrevel.
M. Bonnet, médecin, à Montrevel.
M. le docteur Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi.
M. le docteur Duclos, à Paris.
M. le docteur Campardon, à Paris.
M. le docteur Jabin, à Paris.
M. Grignon, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Hache, chirurgien en chef de l'hôpital d'Etampes (Seine-et-Oise).
M. Hémelot, pharmacien, à Saint-Mihiel (Meuse).
M. Chartreux, pharmacien, à Saint-Mihiel.
M. Godart, pharmacien, à Saint-Mihiel.
M. Grinfeltt, médecin, à Servian, arrondissement de Beziers (Hérault).
M. Guillemette, pharmacien, à Paris.
M. de Comeau, médecin, à Paris.
M. le docteur Bertrand-Saint-Germain, à Paris.
M. le docteur Rives, à Paris.
Les médecins et pharmaciens d'Ajaccio, représentés par M. Marchal (de Calvi), agrégé, professeur au Val-de-Grâce.
M. le docteur Maroussem, chirurgien de l'hôpital de Confolens (Charente).
M. Huzard, pharmacien, à Confolens.
M. Dassit médecin de l'hôpital de Confolens.
M. le docteur Nobis, à Rive-de-Gier (Loire).

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les approches du Congrès.

Elle vient, elle approche, elle court elle est là, l'heure redoutable où le Congrès va s'ouvrir. J'avoue qu'à cette pensée mon cœur bat et plus fort et plus vite, et je ne peux me défendre d'un certain effroi. Bien différent de ces nobles de fraîche date ou de ces paysans enrichis que le sarrau de leurs aïeux ou les sabots de leur jeunesse confusionnent et font rougir, je pense avec plaisir à l'humble et infime condition où naquit mon idée; je me rappelle avec délices son enfance incertaine et débile, ses premiers pas mal assurés, en un mot toute cette période critique des premiers jours fatale aussi bien aux idées nouvelles qu'aux nouveau-nés de toute espèce. Echappant aux périls de la première enfance, je la vois se développer et grandir, je la suis à la première assemblée de juin, à la seconde du mois d'août, où l'agitation qu'elle causait déjà dans le monde médical commençait à se montrer à Paris; je pénètre avec elle dans les cabinets des ministres, dans les assemblées innombrables qu'elle a provoquées sur tous les points de la France, dans le sein de cette laborieuse Commission permanente dont l'immense travail ne pourra être ni assez connu, ni assez apprécié; enfin, j'entre avec elle à l'Hôtel-de-Ville, et j'y vois le Congrès réuni..... Eh bien, je l'avoue sans honte, à ce moment j'ai peur.

Qui pourrait, en effet, être assez naïf pour croire qu'il n'y aura ni difficultés, ni embarras pour conduire avec ordre et dignité une assemblée aussi nombreuse et composée d'éléments si divers? Qui oserait assurer que tout se passera avec calme et mesure, avec prudence et modération, que toutes les opinions seront raisonnées et raisonnables, qu'aucune excentricité ne se fera jour dans ces nombreuses discussions, que tout intérêt particulier sera étouffé sous l'intérêt général, qu'aucune ambition personnelle ne surgira dans ces débats, que l'amour-propre et les susceptibilités vaniteuses ne chercheront pas à paralyser parfois de généreux efforts et de louables tendances? L'espérer, c'est rêver l'impossible, et voilà précisément pourquoi j'ai peur. Les mieux intentionnés ne peuvent se défendre d'un vague sentiment d'inquiétude, et bien souvent avez-vous entendu dire, si vous ne l'avez dit vous-même, cher lecteur: Comment tout cela se passera-t-il? Où tout cela mènera-t-il?

Je ne voudrais pas cependant que l'on eût des appréhensions plus vives qu'il ne faut. Je suis profondément convaincu, d'abord, que le choix que le Congrès fera de son bureau aura une immense influence sur le résultat de cette manifestation et sur la tenue de ses séances. En désignant un président général, un secrétaire général et un trésorier, la Commission a fait tout ce qu'elle pouvait et devait faire. L'opinion publique, d'après ce que j'ai pu voir et entendre, a ratifiés ou choix; tout fait espérer que le Congrès le ratifiera de même. Restent à nommer les vice-présidents de chaque section, les secrétaires des séances. Ici, la Commission n'a pas cru pouvoir prendre aucune initiative, et au Congrès il appartiendra de faire ses choix à cet égard. La chose, je le reconnais, est fort difficile; mais il y aurait peut-être un moyen d'en aplanir les difficultés. Le cercle de la rue Duphot sera ouvert aux adhérents à dater du 29 octobre. Pourquoi ne profiterait-on pas de ce lieu de réunion autorisé pour faire des réunions préparatoires, pour discuter les candidats, pour ouvrir des scrutins provisoires, afin qu'à la réunion du 1er novembre, à l'Hôtel-de-Ville, le plus grand nombre des adhérents fût déjà fixé sur le choix à faire? On aurait trois grands jours pour se reconnaître et pour débrouiller cette matière un peu confuse, pour se concerter surtout afin que, les nominations devant se faire à la simple majorité, une minorité mal intentionnée — il faut tout prévoir — ne pût imposer ses choix à la majorité. Ce moyen me paraît assurément le plus simple et le plus facile, j'ajoute le plus convenable et surtout fort utile.

Sur ces nominations des vice-présidents et des secrétaires, j'ai un vœu individuel à exprimer, que je voudrais bien voir exaucé par la majorité; c'est de partager les choix entre les départements et Paris. Je crois que nos confrères de Paris doivent cet acte de déférence et de politesse à nos confrères des départements. Une des plus grandes difficultés de la commission permanente a été de lutter contre la prévention que plusieurs départements manifestaient contre la réunion à Paris; prévention injuste, je le reconnais, mais qui n'en a pas moins poussé de profondes racines. Un excellent moyen pour la détruire, pour montrer à nos confrères de la province que les médecins de Paris n'ont absolument aucun motif sensé de s'opposer aux améliorations locales qu'ils réclament, c'est de leur accorder les honneurs du bureau en nombre égal, en choisissant les illustrations provinciales qui vont nous arriver. Je recommande vivement cette idée aux honorables adhérents qui font preuve de dévouement en faveur du Congrès. Ici encore les réunions préparatoires de la rue Duphot pourront être très profitables.

Un autre élément essentiel de succès, c'est la composition des commissions chargées de faire un rapport sur les paragraphes du programme, c'est le zèle et l'empressement que ces commissions mettront à faire leur besogne, le choix qu'elles feront de leurs rapporteurs, toutes choses de la plus haute importance pour le Congrès, et que je supplie les membres de la Commission permanente de prendre en sérieuse considération. Les pouvoirs qu'elle a reçus à ce sujet dans la séance du 2 août sont étendus et fort explicites. Dans l'intérêt de cette grande manifestation, elle doit en user avec toute l'expérience qu'elle a de cette affaire, avec la connaissance qu'elle a acquise par les travaux qui lui sont arrivés des hommes qui se sont le plus occupés de telle ou telle question, dans les réunions préliminaires des Sociétés et Associations. Si nous avons de bons rapports, nous aurons de bonnes discussions, et les bonnes discussions amèneront des votes d'ensemble et harmoniques qui feront toute la valeur et la portée du Congrès.

Un point de la plus haute importance, et sur lequel la Commission paraît avoir porté toute son attention, était de déterminer et de fixer d'avance l'ordre du jour du Congrès tout entier et pendant sa durée tout entière. C'est ce qu'elle a fait avec infiniment de bonheur. Depuis le 1er novembre jusqu'au 15 inclusivement qu'aura lieu la clôture, les travaux du Congrès sont arrêtés jour par jour, heure par heure, tant à l'Hôtel-de-Ville qu'au Cercle Duphot. Une instruction détaillée qui sera remise à chaque adhérent le fixera sur ses droits et sur ses devoirs, et lui épargnera les embarras et les ennuis du vague et de l'incertitude, la perte de temps qui en résulte; elle s'opposera surtout à l'indifférence qui s'empare de ceux qui ne savent ni ce qu'ils ont à faire, ni quand ils ont à faire.

La Commission s'est livrée aussi et se livre encore au travail énorme de dépouillement et d'analyse des innombrables travaux qui lui sont arrivés de tous les points de la France. Je doute fort qu'aucune autorité, quelque puissante qu'elle fût, eût pu obtenir ce qu'une simple invitation de la Commission permanente a obtenu. Jamais, cela est incontestable, le corps médical n'aura manifesté ses vœux avec un tel ensemble et une telle généralité. Là surtout est placée la force et l'importance du Congrès, plus encore que dans le nombre des personnes qui assisteront aux séances. La totalité de ces mémoires catalogués et classés sera constamment à la disposition des Commissions, et, de plus, leur analyse succincte, imprimée, sera distribuée à tout adhérent présent à Paris. Sur chaque question du programme, et d'un coup d'œil, on pourra voir toutes les solutions qui ont été adressées au Congrès soit par des Sociétés et Associations, soit individuellement par les adhérents.

Bien d'autres décisions ont été prises par la Commission permanente que le règlement et l'instruction feront connaître, et qui me semblent toutes en faveur des intérêts bien entendus du Congrès. Pour si peu que cette grande réunion le veuille, elle pourra fonctionner non pas sans quelque hésitation, sans doute, et quelque embarras, mais du moins avec toute la régularité qu'il est possible d'attendre d'une organisation si complexe. Il faut à tous du bon vouloir et de bonnes intentions; je les attends, je les espère, je les sollicite de toute la vivacité de mes désirs pour la dignité et l'honorabilité du corps médical, qui, dans cette occasion solennelle, va fixer sur lui toute l'attention du pouvoir et de l'opinion publique.

Jean RAIMOND.

M. le docteur Pettit, à Rive-de-Gier.
M. le docteur Kosciakiewicz, membre de plusieurs académies des sciences, de médecine et de chirurgie d'Espagne, etc., à Rive-de-Gier.
M. le docteur Clerc, à Rive-de-Gier (Loire).
M. Rigaud, pharmacien, à Rive-de-Gier.
M. le docteur Richarme à Rive-de-Gier.
M. Tegrand, pharmacien, à Rive-de-Gier.
M. Liorat, pharmacien, à Rive-de-Gier.
M. le docteur Brun, à Paris.
M. le docteur Sabatier, à la Chapelle Saint-Denis.
M. le docteur Delavallade, à Aubusson (Creuse).
M. Delavallade, pharmacien à Aubusson.
M. le docteur Michaud, à Grenoble (Isère).
M. le docteur Gallice, à Grenoble.
M. le docteur Mabboú, à Grenoble.
M. le docteur Buissard, à Grenoble.
M. le docteur Bronicki, à Béziers (Hérault).
M. Sattat, pharmacien, à Saint-Jean-d'Angely (Charente-Inférieure).
M. Charvy, père, médecin, à Mirepoix (Ariége).
M. le docteur Charvy, fils, à Mirepoix.
M. le docteur Arnaud, au Puy (Haute-Loire).
Association des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Maine-et-Loire, ayant pour délégués MM. Daviers, médecin, Ouvrard, médecin, et Hunault médecin, Ollivier, pharmacien, Corroy, médecin-vétérinaire du dépôt royal d'étalons à Angers, président de la Société des médecins-vétérinaires de Maine-et-Loire.
M. Anger, pharmacien, à Paris.
M. Greové, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, à Vendresse, par Flize (Ardennes).
M. Labadie, médecin-vétérinaire, à Aire (Landes).
M. Dupouy, médecin, à Montaut.
M. Dangreil, médecin, à Cauna.
M. Lasgourgues, médecin-vétérinaire, à Tartas.
M. Meoûle, médecin, à Esconrce.
M. Laluque, médecin, à Saint-Sever.
M. Dubreuille, médecin, à Pissor.
M. Faget, médecin, à Villeneuve.
M. Montferrant, médecin, à Hagetmau.
M. Vignean, médecin-vétérinaire des épizooties du département et membre de la Société d'agriculture des Landes, à Mont-de-Marsan.
M. le docteur Gernichowski, à Paris.
M. le docteur Garnier-Leleurrée, médecin de l'hôpital militaire, à Versailles.
M. Villepoix, pharmacien, à Abbeville (Somme).
M. Lamothe, pharmacien, à Guarlin (Basses-Pyrénées).
M. Girard, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Pellieux, à Baugencl (Loiret).
M. Dubois de Villepin, pharmacien, à Verberie (Oise).
M. Perrotin, pharmacien, à Grenoble.
M. Haguette, père, médecin, à Saint-Denis.
M. Fontaine, pharmacien, à Paris.
M. Despinoy, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Dujardin, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Vervier, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Lestiboudois, aîné, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Chrétien, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Menrin, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Loiset, médecin-vétérinaire, membre du Cercle médical et du Conseil central de salubrité, à Lille.
M. Capelle, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Testelin, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Bailly, médecin, membre du Cercle médical et du Conseil central de salubrité, à Lille.
M. Bruneau, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Trachez, pharmacien, membre du Cercle médical et du Conseil central de salubrité, à Lille.
M. Pilat, médecin membre du Cercle médical, à Lille.
M. Pucelle médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Goddefroy, médecin, membre du Cercle médical à Lille.
M. Tilman, médecin, membre du Cercle médical à Lille.
M. Chattelyn, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Dourlen, médecin, membre du Cercle médical et de la Société royale des sciences de Lille.
M. Carton, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Constenoble, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Hevin, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Daubresse, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Lotur, pharmacien, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Castelain, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Brequin, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Boutillier, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Delezenne, pharmacien, membre du Cercle médical et du Conseil central de salubrité à Lille.
M. Brissez, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Six, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Plouviez, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
M. Cannissié, médecin, membre du Cercle médical, à Lille.
(M Chambrelt, déjà adhérent, est nommé délégué).
M. Chanas, vétérinaire de la garde municipale de Paris, rue des Lions-Saint-Paul, 8.
M. le docteur Albert à Parthenay (Deux-Sèvres).
M. le docteur Pucheran, aide-naturaliste au Jardin-des-Plantes.
M. Labesque, pharmacien, à Agen (Lot-et-Garonne).
M. le docteur Roussel, à Saint Chely (Lozère).
M. le docteur Duplessis, à Anisy-les-Châteaux (Aisne).
M. Garnier, médecin, à Paris.
M. le docteur Renou, à La Flèche (Sarthe).
M. le docteur Laignelet, à Semur (Côte-d'Or).
M. Nodot, pharmacien, membre correspondant de la Société de chimie médicale, à Semur.
M. Roché, docteur-médecin, à Toucy (Yonne).
M. le docteur Bossu, à Paris.
M. le docteur Giboin, à Paris.
M. Hallez pharmacien, à Clermont (Meuse).
M. Gauvain, pharmacien, à Clermont.
M. Husson, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Picquot, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Donmartin, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Mancourt, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Thomas, pharmacien, à Bar le-Duc.
M. Broccart, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Petitbren, pharmacien, à Bar-le-Duc.
M. Rougier, secrétaire-général de la Société de médecine de Lyon, rédacteur en chef du Journal de Médecine, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., à Lyon (Rhône).
M. le docteur Guyton, à Autun (Saône-et-Loire).
M. le docteur Poisson, à La Gaubertière (Vendée).
M. Bonin, médecin, à La Gaubertière.
M. de La Pinière, médecin, à La Verrie.
M. Baudry, médecin, à Mortagne.
M. Dupré, médecin, à Tiffanges.
M. Duperrai, médecin, à Tiffanges.
M. Meljen, médecin, à Saint-Malo-du-Bois.
M. Lesueur, médecin, à Saint Laurent-sur-Sèvres.
M. Simon, médecin, à Saint-Laurent-sur-Sèvres.
M. le docteur Hullin, délégué des médecins du canton de Mortagne.
M. le docteur Lamothe, à La Réole (Gironde).
M. le docteur Jeauges, à La Réole.
M. le docteur Moussillon à La Réole.
M. A. Mondenard père, pharmacien, à La Réole.
M. H. Mondenard, pharmacien, à La Réole.
M. Casimir Marguerré, pharmacien à La Réole.
M. le docteur Mecpec, directeur et professeur d'accouchements à la Maternité de Pau (Basses-Pyrénées).
M. le docteur Bergeron, à Mer (Loire-et-Cher).
M. Vivier, pharmacien, à Langres (Haute-Marne).
M. le docteur Desguerrois, à Troyes (Aube).
M. le docteur Patin, à Troyes.
M. le docteur Carteron, à Troyes.
M. le docteur Hervey, à Troyes.
M. le docteur Rogès, à Troyes.
M. le docteur Crépinet, à Troyes.
M. Viardin, médecin, à Troyes.
M. le docteur Simonot-Bestieu, maison Marcillacy, au Vigan (Gard).
M. Brucelle, pharmacien, à Vervins (Aisne).
M. Blanquinque, délégué des pharmaciens de Vervins.
M. le docteur Potier, membre correspondant de la Société médicale de Poitiers, à l'Hermenault, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Fontenay le-Comte (Vendée).
M. le docteur Faux, à Doullens (Somme).
M. le docteur Dubranle, à Saint-Vaury (Creuze).
M. le docteur Semelagne, à Rouen (Seine-Inférieure).
M. le docteur Galtier, à Castelnaudary (Aude).
M. le docteur Chabrol, à Montaigu, arrondissement de Riom (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Bichard, à Montaigu, arrondissement de Riom.
M. le docteur Andin, à Montaigu, arrondissement de Riom.
M. le docteur Delevacq père, ex-chirurgien-major, à Montaigu, arrondissement de Riom.
M. le docteur Vallin, à Nantes (Loire-Inférieure).
M. Barge, pharmacien, à Paris.
M. Carton, pharmacien, à Brunhamel (Aisne).
M. Changen, vétérinaire, à Paris.
M. Granet, vétérinaire, à la Grande-Villette, près Paris.
M. le docteur Grille, secrétaire de la Société de médecine d'Angers, médecin de l'hospice général.
M. Boulongne, pharmacien, à Orléans (Loiret).
M. Serpb, médecin, à Cyrai (Vienne).
M. Duplan, médecin, à Tarbes (Hautes-Pyrénées).
M. Dimbarre, médecin, à Tarbes.
M. Vigues, médecin, à Tarbes.
M. Galiay, médecin, à Tarbes.
M. le docteur Henri de Lagarde, membre correspondant de plusieurs sociétés savantes, médecin des épidémies de l'arrondissement de Confolens (Charente).
M. le docteur Pauterot, à Saint-Claud, arrondissement de Confolens.
M. le docteur Maillard, à Confolens.
M. Marc de Lagarde, ex-aide-major-médecin, à Lesterps, arrondissement de Confolens.
M. Julien Lavilleaurisi, pharmacien, à Confolens.
M. Desvergues-Lafont-Delaye, ex-officier de santé militaire, pharmacien, à Saint-Junien (Haute-Vienne).
M. le docteur Danoin, médecin, à Hudin (Pas-de-Calais).
M. le docteur Lalanne, à Paris.
M. le docteur Raynaud, à Paris.
Société médicale d'émulation de Lyon (délégué, M. le docteur Trousset, déjà nommé).
M. le docteur Vignols, à Castelnau-de-Montrates (Lot).
M. le docteur Laignelet, médecin en chef des épidémies de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or).

Total de la seizième liste,	274
Listes précédentes,	2013
Total général, à ce jour,	2287

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Des accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. — Du sarcocèle syphilitique.

(Suite du numéro du 16 octobre.)

(Une erreur typographique s'est glissée dans le numéro du 16 octobre, relative à la formule d'un gargarisme employé par M. Ricord contre certains accidents secondaires de l'arrière-bouche et du pharynx. On devra lire cette formule rectifiée de la manière suivante :

Décoction de ciguë,	200 grammes.
Deuto-chlorure de mercure,	10 à 20 centigr.)

Le mercure peut prévenir les accidents tertiaires ; il peut les modifier, tout comme aussi il est possible qu'il ne les empêche pas de se manifester. Mais, de ce qu'il ne les empêche pas toujours, s'ensuit-il qu'il les produise ? Ceci vaut la peine d'être examiné.

Il y a une école médicale qui a prétendu, pendant un certain temps que les accidents tertiaires n'étaient pas le résultat de la vérole, mais bien la conséquence et l'effet de l'abus du mercure. Mais il est arrivé que l'on a vu les accidents tertiaires se développer chez des sujets qui n'avaient jamais pris de mercure. Tout ce qu'on peut dire, nous le répétons, c'est que le traitement mercuriel n'empêche pas toujours l'apparition des accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Déjà longtemps avant cette école, on avait prétendu que si le mercure ne produit pas les accidents tertiaires, du moins ces accidents sont le résultat de la combinaison du mercure et de la vérole. L'argument qui renverse l'une de ces théories, renverse également l'autre. Du moment qu'ils se montrent chez des sujets qui n'ont jamais suivi de traitement spécifique, les accidents tertiaires ne peuvent être considérés ni comme produits par le mercure, ni comme reconnaissant pour cause une combinaison de l'action morbifique du virus et de l'action des mercuriaux.

Mais, nous dit-on encore, les accidents tertiaires sont plus graves et plus difficiles à guérir chez les sujets qui ont pris du mercure, que chez ceux qui n'en ont pas pris ; et parmi les premiers, chez les individus qui en ont pris la plus grande quantité.

La raison de ce fait est bien simple ; c'est que ces sujets sont ceux qui ont offert le moins de prise au mercure, qui, pour cela, ont été forcés d'en prendre le plus longtemps, et chez lesquels la vérole s'est montrée le plus rebelle.

Les accidents tertiaires sont plus graves que ceux qui les ont précédés. Nous avons dit, dans une précédente conférence, que plus la vérole vieillit, plus elle s'aggrave, plus elle se localise et se concentre, plus elle fait aussi des trouées profondes. Nous ne saurions trop le redire ; les accidents tertiaires sont d'autant plus graves que les malades ont suivi des traitements plus longs et plus variés ; c'est-à-dire d'autant plus graves que les sujets ont été plus rebelles aux médications, que l'on a dû en essayer un plus grand nombre, et qu'elles ont moins agi. Si une fièvre intermittente pernicieuse tue un malade ce n'est pas parce qu'il a pris une grande quantité de sulfate de quinine ; mais on lui a fait prendre de fortes doses de ce sel parce que la maladie était grave, et que le médicament n'agissait pas suffisamment. On n'a pas assez tenu compte, dans ces circonstances, de l'action pathogénique du mercure. Le mercure, lorsqu'il n'est pas le plus précieux et le plus efficace des médicaments, est un poison des plus violents, un remède des plus dangereux. Quand il ne guérit pas, il ne reste pas innocent, il altère la constitution, la détériore. Or, la vérole est d'autant plus redoutable qu'elle agit sur une constitution plus débilitée, quelles que soient, du reste, les causes de cette débilitation. En ce sens seulement, l'abus des mercuriaux peut être une chose déplorable au point de vue des accidents tertiaires, la médication spécifique mettant le sujet dans les conditions les plus favorables au développement de ces phénomènes.

Si, en débilitant le sang d'un malade, vous aggravez la maladie parce que vous altérez la constitution, ce n'est point à dire pour cela que vous puissiez produire de toutes pièces les accidents tertiaires avec leur physionomie propre, et vous ne sauriez confondre la carie que vous produisez en poussant la salivation mercurielle jusqu'à ses dernières limites, avec la carie que peut produire la syphilis tertiaire. Entre la carie, suite de stomatite mercurielle, et la carie suite de vérole constitutionnelle, il y a une différence du tout au tout.

Quelle est l'époque à laquelle peuvent se montrer les accidents tertiaires ? Une observation journalière et une expérience de quinze années, nous ont prouvé que les accidents tertiaires de la vérole se développent rarement avant les six premiers mois ; c'est le terme le plus court, la limite inférieure. Quant à la limite supérieure, celle au delà de laquelle on a plus rien à redouter, il est impossible de la déterminer. On a vu des accidents tertiaires survenir après dix, quinze, vingt ans, et même plus ; mais alors, il est rare que pendant cet espace de temps les sujets n'aient pas eu quelque accident intermédiaire. Il y a toujours eu, qu'on nous passe cette expression, une épine quelque part ; les individus, à diverses reprises, ont toujours plus ou moins souffert localement, quoique présentant d'ailleurs les apparences de la plus magnifique santé. Tout à coup survient une *poussée ;* c'est un tibia qui devient douloureux ; un testicule qui se gonfle ou qui se fond. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que l'on n'a jamais vu, c'est que l'on ne verra jamais se développer pour premier accident une exostose huit, dix ou quinze jours après le développement d'un chancre. Nous avons vu, mais rarement, des malades qui, dès le troisième ou le quatrième mois de l'infection constitutionnelle, vers le cinquième surtout, présentaient des accidents qui étaient sur la limite de la seconde et de la troisième période, et qui même arrivaient à être franchement tertiaires ; ces cas sont exceptionnels, et méritent d'être mentionnés à cause de leur rareté même.

En deux mots, les accidents tertiaires se développent rarement avant les six premiers mois de l'infection, qu'il y ait eu chancre ou transmission par hérédité : ils peuvent se manifester jusqu'à une époque dont personne ne sait la limite, soit que les malades aient continuellement éprouvé quelque souffrance, soit que pendant des intervalles plus ou moins considérables ils aient paru jouir d'une bonne santé. Les accidents tertiaires ont pour siége le tissu cellulaire sous-cutané ou sous muqueux, les tissus fibreux, osseux, cartilagineux, musculaire, nerveux, les organes en totalité, c'est-à-dire toute l'économie. Entre les accidents tardifs de transition et les premiers accidents tertiaires, il y a des nuances infinies ; mais un des principaux caractères des phénomènes de cette période, c'est leur tendance à se concentrer dans les parties profondes, la difficulté avec laquelle ils se manifestent au dehors, concentration qui, du reste, augmente, comme nous l'avons dit plus haut, la gravité de l'affection. Un des premiers accidents de cette période, est le sarcocèle syphilitique.

Du sarcocèle syphilitique.

Le sarcocèle syphilitique, testicule syphilitique dans toute la force du terme, a été l'objet de travaux sérieux, mais qui ne remontent pas à une époque très éloignée. Astruc l'avait entrevu, mais l'avait bientôt confondu avec l'orchite blennorrhagique. Bell l'a parfaitement connu ; Hunter, au contraire, n'en a pas même fait mention. Il a fallu arriver aux observations d'Astley Cooper, et plus tard de Dupuytren, pour en avoir une description tant soit peu satisfaisante. Laissant de côté l'historique de la question, que nous croyons pour notre part avoir aussi contribué à élucider, entrons immédiatement dans la description.

Le sarcocèle syphilitique, auquel on a encore donné le nom d'albuginite syphilitique, et avec assez de raison, car ce sont les tissus blancs qui se prennent d'abord, le sarcocèle syphilitique, l'un des accidents les plus communs et les plus précoces de la période tertiaire de la vérole constitutionnelle, n'affecte ordinairement qu'un seul côté. Cependant il n'est pas très

rare de le voir envahir les deux testicules soit simultanément, soit successivement. Presque jamais, il n'est précédé de symptômes qui annoncent que le testicule va se prendre; néanmoins on rencontre quelquefois, dans des cas rares, des douleurs lombaires, vives, térébrantes, le plus souvent nocturnes. Les malades accusent alors un sentiment de pression douloureuse sur la région des reins; il leur semble, disent-ils, qu'on leur enfonce un instrument piquant dans les chairs. Chez quelques sujets, ces douleurs ont présenté le caractère des douleurs syphilitiques, c'est-à-dire qu'elles ont été nocturnes; mais les circonstances sont les plus rares dans lesquelles on rencontre ces prodromes. Les malades ignorent le plus souvent l'époque réelle à laquelle a commencé l'affection dont ils sont atteints; c'est le hasard qui la fait découvrir. Cependant, quelques individus éprouvent dans le testicule un sentiment de gêne, de malaise, une douleur sourde qui appelle leur attention sur cette partie, avant que l'on puisse encore rien découvrir d'appréciable.

Dans les cas les plus ordinaires, la scène commence par une altération matérielle dans l'organe qui devient malade, sans qu'il y ait eu aucune douleur lombaire ou testiculaire. Lorsque l'on suit le développement de la maladie, voici ce que l'on observe. On trouve sur un point du corps du testicule, car c'est par le corps du testicule lui-même que commence généralement l'affection, et ce n'est guère que sur le corps du testicule qu'elle sévit, on trouve, disons-nous, un ou plusieurs petits nodules d'induration; on sent, en touchant l'organe avec soin, un point qui résiste à la pression, qui n'a plus cette souplesse, cette rénitence normales qui sont conservées dans les autres parties de l'organe. A mesure que l'affection fait des progrès, les points résistants s'étendent peu à peu, de proche en proche; cette augmentation se fait jusqu'à un certain point, à la manière de l'ossification des os du crâne. Chez beaucoup de malades, l'induration se fait par zones, par cercles. Insensiblement, les indurations, de partielles qu'elles étaient, tendent à gagner en étendue et à se confondre, de telle façon que la totalité du testicule finit par se prendre. A mesure aussi que l'organe est envahi, il perd son élasticité, durcit; il se coagule. Il se passe ici la même chose que dans l'inflammation du testicule; la seule différence, c'est qu'ici, la coagulation se fait lentement, chroniquement. Tout cet ensemble de phénomènes apparaît, sans aucun élément d'inflammation. Dans les cas types, réguliers, l'épididyme reste complétement en dehors de la scène, et pendant longtemps on le distingue très bien du corps du testicule, qui va durcissant, soit en conservant toujours son volume normal, soit en s'hypertrophiant.

C'est un des caractères du testicule syphilitique que la conservation du volume normal de l'organe; cette circonstance, que nous avons signalée le premier, a fait croire à quelques auteurs que le testicule s'atrophiait; il se passe ici un phénomène analogue à celui que l'on observe dans les cas de cancers connus sous le nom de *cancer rentrant*, *cancer concentrique*. Cette espèce de dégénérescence attaque-t-elle la mamelle, par exemple, le mamelon se trouve retiré en dedans, les tissus se racornissent. Le même mécanisme peut s'observer ici; mais le plus souvent, nous devons le dire, cependant, à mesure que l'altération fait des progrès, survient une hypertrophie du testicule, qui double, triple de volume. Ici encore, le développement, dans les cas où il a lieu, reste dans de certaines limites. Dans quelques dégénérescences du testicule, l'organe peut acquérir un volume énorme. Ici, il y a un terme, et ceci constitue une condition importante à connaître pour la détermination du diagnostic.

Lorsque la tumeur prend du volume, elle grossit ordinairement d'une manière uniforme. Ceci s'observe dans les cas où l'albuginite devient générale; l'organe conserve son aspect piriforme, à grosse extrémité inférieure, à sommet plus ou moins allongé, s'étendant dans la direction du cordon testiculaire. Le testicule syphilitique n'est pas bosselé. Son hypertrophie est régulière; les inégalités que l'on constate au toucher sont cependant pourvues d'une certaine régularité; elles ne sont pas marronnées, mais disposées par zones, et ne se mamelonnant jamais. Lorsque la tumeur a acquis un volume trois ou quatre fois plus grand que le volume normal du testicule, si vous l'examinez avec attention, vous ne trouvez plus l'épididyme; vous ne rencontrez plus qu'une tumeur uniforme. Pendant longtemps, nous avions dû croire, nous aussi, que l'épididyme subissait la même altération que le corps de l'organe lui-même. L'anatomie pathologique nous a appris que l'épididyme était parfaitement sain, mais seulement aplati contre l'organe lui-même. Le testicule étant forcé par son augmentation de volume d'emprunter le tissu qui enveloppe l'épididyme, cette partie s'étale en feuillet aplati sur le corps du testicule. Non-seulement l'épididyme reste sain, mais aussi le canal déférent. C'est encore là un signe de la plus haute importance pour le diagnostic; s'il survient une dégénérescence soit de l'épididyme, soit du cordon, on peut être sûr qu'il y a quelque complication. Les éléments du cordon restent donc parfaitement sains, et l'on peut arriver au maximum de développement de la tumeur, sans altération de l'épididyme et du canal déférent, sans aucune douleur soit dans l'organe, soit dans le voisinage, que le testicule soit abandonné à lui-même ou qu'on exerce sur lui une légère pression.

Une circonstance curieuse, c'est que beaucoup de malades, une fois l'affection notablement développée, perdent cette exquise sensibilité du testicule à l'état normal; souvent le tiraillement du cordon testiculaire par la tumeur volumineuse que forme le sarcocèle, détermine dans le cordon lui-même des douleurs de traction; douleurs qui répondent quelquefois dans les régions sympathiques au testicule. Insistons bien sur ce point, qu'il n'y a point de douleurs symptomatiques, mais bien des douleurs sympathiques.

Jusque-là, la tumeur est dure, solide, sans rénitence; elle donne aux doigts qui la pressent la sensation de tissus fibreux, cartilagineux, mais de tissus cartilagineux pleins, non élastiques. La peau ne subit aucune altération, reste froide, avec sa coloration normale, mobile sur la tumeur, à laquelle elle n'adhère pas. Chez quelques malades seulement, il y a un peu de développement des veines du scrotum, mais peu considérable. C'est ici le lieu de mentionner une complication qui se présente quelquefois, à différents degrés de développement; nous voulons parler de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Il n'est pas très rare de trouver l'affection du testicule que nous étudions, compliquée d'hydrocèle plus ou moins volumineuse, présentant tous les caractères que peut offrir l'hydrocèle mécanique symptomatique. Du reste, pas de réaction fébrile, aucun trouble fonctionnel, si ce n'est dans l'organe malade. Il est tout simple qu'au fur et à mesure que l'affection fait des progrès, et gagne en profondeur, le testicule qui se coagule perde de son activité, et cesse de sécréter le fluide spermatique.

La sécrétion spermatique diminuant progressivement, surtout lorsque les deux testicules sont pris à la fois, la faculté érectile diminue, disparaît complétement. Les propriétés physiques du sperme subissent des modifications notables sous le rapport de la quantité, de la consistance; nous avons suivi, le microscope à la main, les conditions d'altération de ce liquide; nous avons vu disparaître les animalcules, puis les cristaux spermatiques, puis enfin le résultat de la sécrétion testiculaire n'être plus qu'un fluide transparent, sans consistance, analogue à de l'eau presque pure.

La marche du sarcocèle syphilitique est lente, essentiellement lente, indolente; elle peut durer non-seulement plusieurs mois, mais même un, deux ou trois ans. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à moins de complications dont il est facile de faire la part, on peut formuler cette loi générale, à laquelle aucun cas ne se dérobe. Le sarcocèle syphilitique ne suppure jamais; il n'a aucune tendance à la suppuration; il ne dépasse jamais non plus un certain volume. Parvenu à une certaine période, presque toujours la même, la résolution commence; un travail s'effectue en sens inverse de celui que nous venons de décrire, soit sous l'influence d'une médication appropriée, soit, chez quelques malades, spontanément; fort satisfaits d'abord de voir leur testicule reprendre peu à peu son volume normal, les malades s'effraient bientôt de voir l'organe continuer à diminuer de plus en plus; puis enfin le testicule se fond véritablement, et disparaît complétement.

Dr A. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 septembre 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A quatre heures, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — *M. Belhomme* fait hommage à la Société d'un quatrième mémoire qu'il a composé sur la localisation des fonctions cérébrales et sur la folie.

— *M. Foucart*, rapporteur d'un travail sur les tumeurs érectiles, envoyé à la Société par le docteur Mena, de Madrid, propose l'admission de ce confrère comme médecin correspondant. (Adopté.)

— *MM. Foucart* et *Lucien Boyer*, rapporteurs de deux ouvrages du docteur Dancel, concluent à l'admission comme membre correspondant. (Adopté.)

Dans le premier de ces mémoires, M. Dancel parle des accidents inflammatoires causés fréquemment après la piqûre faite par les arêtes d'un petit poisson nommé trachine, qui se trouve dans la mer qui baigne le littoral de Cherbourg. Ces accidents, suivant le dire des gens du pays, ne durent que le temps qui s'écoule d'une marée à l'autre, c'est-à-dire que malgré leur violence ils ne sont pas de longue durée.

Dans le second mémoire, M. Dancel exprime l'opinion que la rétraction des membres est causée par les muscles et non par les tendons; il pense donc qu'il faut faire porter la compression sur le muscle convulsé, amoindrir son action, et éviter ainsi l'opération de la ténotomie.

A l'appui de son opinion, il cite un grand nombre de faits tirés de sa pratique particulière, ou extraits de différents recueils périodiques. Le rapporteur ne nie pas l'exactitude de ces faits, et il reconnaît que la guérison a pu souvent être obtenue par ce traitement; mais il croit que, dans beaucoup de cas, la ténotomie est un moyen plus sûr et plus rapide de guérison. Un grand reproche qu'il adresse à la compression musculaire, c'est de ne pouvoir être faite que sur un point et non sur la totalité du muscle. Malgré ces observations critiques, il loue l'esprit d'observation qui règne dans ce travail, et il se félicite de voir l'auteur admis au nombre des membres de la Société.

— *M. Perthuis* communique à la Société un fait observé par lui, et qui le conduit à penser qu'il est possible de guérir l'hydrocèle sans opération. Un professeur portait une tumeur dans les deux bourses, M. Perthuis reconnut la présence de l'eau dans la tunique vaginale; mais soupçonnant que le testicule n'était pas sain, il lui conseilla de voir un autre confrère, et le malade choisit M. Ricord. Ce praticien jugeant qu'on n'avait affaire qu'à une hydrocèle, voulait prendre jour pour l'opération; mais il fallait différer et attendre le loisir des vacances. Durant ce temps, notre confrère fit couvrir la tumeur d'un large emplâtre de Vigo fortement camphré; au vingtième jour, la guérison était complète.

M. Perthuis croit que l'agent thérapeutique est le camphre; car le malade éprouvait une ardeur assez vive par l'application des médicaments, et après quelques jours la diminution était sensible dans le volume de la tumeur. Il essaie en ce moment un mélange d'iodure de plomb et de camphre sur une tumeur squirrheuse, pour laquelle M. Monneret a proposé l'opération. Il lui semble que la tumeur est moins dure et plus mobile.

A M. Guillon, qui demande s'il y avait bien une hydrocèle, M. Perthuis répond que le diagnostic est facile, et qu'un élève de première année ne s'y méprendrait pas.

M. Duhamel trouve que c'est trop s'avancer que d'émettre une proposition semblable, qu'il y a quelquefois défaut de transparence, parce que l'eau contenue dans la tunique vaginale est fortement colorée, ou parce que cette même membrane est épaisse; et dans ce cas, le diagnostic n'est point facile. C'est, ajoute notre confrère, ce dont j'ai pu me convaincre chez un professeur qui portait une tumeur dans une bourse. L'on croyait avoir affaire à une hydrocèle; je doutais. On me fit faire une ponction exploratrice; il ne sortit point de liquide: le testicule était malade, et la mort survint quelques semaines après.

M. Lucien Boyer ne pense pas que le camphre ou l'emplâtre Vigo aient pu agir comme agents thérapeutiques. Peut-être le premier de ces médicaments aurait-il pu modifier, calmer l'excitation nerveuse locale produite par l'hydrocèle. Ce fait rapporté par M. Perthuis, ajoute M. Lucien Boyer, est utile en ce qu'il montre que bien des maladies peuvent guérir sans opération. L'hydrocèle est à coup sûr de ce nombre. Mais en opérant, on guérit si vite et si sûrement qu'on fait sagement d'opérer.

— *M. Charles Masson* remet entre les mains de monsieur le secrétaire général la formule d'un liniment qu'il a trouvé d'une grande efficacité dans le traitement de la goutte et des rhumatisme (1).

M. Guillon demande, à l'occasion du dernier fait de guérison du rétrécissement de l'urètre cité par lui, qu'il soit bien établi que le malade a été examiné par la Commission d'Argenteuil, que ce malade avait été envoyé à M. Guillon par M. Lisfranc, qui a constaté la guérison.

Je vous parlerai, poursuit M. Guillon, d'un état maladif de l'urètre que j'ai observé trois fois, et dont les auteurs n'ont point parlé, c'est l'état *granuleux* du canal. Le malade avait éprouvé de la dysurie, et ensuite une extrême difficulté à uriner. Je portai dans l'urètre une sonde exploratrice, et je rencontrai à quelques centimètres de profondeur comme de petits corps arrondis. Au moyen d'une sonde large et à bords tranchants, j'enlevai ces petits corps, de la grosseur et de la consistance de grains de riz crevé. Depuis ce temps, l'émission de l'urine s'est faite très facilement. Je suis certain que la dilatation et les incisions urétrales eussent été essayées sans succès chez le malade dont je parle.

— *Nouveau procédé pour l'extraction du placenta encore enfermé dans l'utérus.* — *M. Guillon* raconte comment il s'est tiré d'un cas embarrassant qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique. Il donnait des soins à un enfant affecté d'une fièvre typhoïde grave, lorsque la mère de cet enfant, par suite des fatigues et des inquiétudes qu'elle avait éprouvées, est prise tout à coup d'une hémorrhagie utérine abondante qui est promptement suivie de l'expulsion d'un fœtus d'environ quatre mois.

Le placenta était resté dans la matrice, et une petite portion dépassait le museau de tanche d'environ un travers de doigt. M. Guillon tenta de l'extraire avec une pince à faux germe, puis avec une pince à polype; la portion saisie par cette pince s'étant déchirée, notre confrère est réduit à attendre que la nature veuille bien se débarrasser, soit par l'expulsion, soit par la suppuration, du placenta enfermé dans l'utérus. On pratiqua des injections matin et soir.

La malade était arrivée au sixième jour de sa fausse couche; l'hypogastre était douloureux; un écoulement abondant et fétide avait lieu continuellement; la langue était sèche, les dents fuligineuses, la peau chaude et sèche, le pouls donnait 120 pulsations par minute. M. Guillon, redoutant les suites d'une résorption purulente, crut devoir avant tout extraire le placenta putréfié.

Pour y parvenir, la malade étant couchée en travers sur son lit, notre confrère introduisit dans le vagin son *spéculum bivalve*, puis il porta un tire-balle droit de *Percy* jusqu'au fond de l'utérus. Ecartant ensuite les branches de cet instrument, auquel il faisait exécuter un mouvement de rotation sur lui-même, le placenta se plaça naturellement entre celles-ci; rapprochant alors les branches de cette longue pince, M. Guillon termina son opération en amenant au dehors le placenta, qui avait le volume d'un œuf de poule, et exhalait une odeur repoussante. Il fit ensuite une injection pour entraîner le pus ichoreux resté dans la matrice, et la malade fut recouchée. L'opération n'avait pas duré plus de dix à douze minutes; la malade se leva le lendemain, et put se regarder comme guérie; peu de jours après, elle se livrait à ses occupations habituelles.

M. Guillon pense que le procédé mis en usage par lui doit rendre de grands services dans les fausses couches de cette nature.

La séance est levée à six heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Luxation du fémur en arrière sur l'échancrure sciatique, chez un enfant de huit ans. — On lit dans le *Journal de Chirurgie* un article intéressant sur les luxations du fémur chez les enfants, luxations qui, comme on le sait, sont très rares à cet âge. Cette rareté suffirait pour donner de l'intérêt au cas que nous en extrayons. Mais, en outre, les symptômes, assez bien décrits, permettront aux praticiens qui en rencontreraient de semblables, de juger à quelle sorte de lésions ils auront affaire: ce sont ceux de la luxation en arrière d'Hippocrate, fort différents de ceux de A. Cooper.

Le 12 juin 1845, au matin, on apporta à l'hôpital de Richmond un bel enfant âgé de huit ans, qui la veille au soir, en se balançant sur une escarpolette, avait heurté fortement en arrière contre le tronc d'un arbre, et avait été jeté en bas de la sellette. La région qui avait touché contre l'arbre était la fesse droite; et le choc avait été si violent que l'enfant en avait été lancé en avant contre le sol, un peu tourné seulement sur le côté droit. A son entrée, la fesse droite était tuméfiée et tendue, la cuisse correspondante fortement fléchie et dans l'adduction. L'enfant s'étant couché dans son lit, le genou du côté affecté correspondait à l'espace poplité du membre sain; le pied était très légèrement, si même il l'était, tourné en dedans. La cuisse pouvait être fléchie assez pour arriver en contact avec la face antérieure de l'abdomen; mais on ne pouvait absolument l'étendre au delà du point où le fémur faisait un angle droit avec l'axe du corps. On pouvait également lui faire croiser le membre sain; mais le mouvement opposé, ou d'adduction, était entièrement impossible. Tandis que ces mouvements étaient imprimés au fémur, la main appuyée fortement sur le grand trochanter ne percevait aucune sorte de crépitation; et lorsque l'on communiquait à la cuisse des mouvements de flexion ou d'adduction, le bassin et la colonne épinière demeuraient immobiles. Le grand trochanter pouvait être parfaitement senti, et s'il était plus rapproché de l'épine iliaque que celui du côté sain, le degré de rapprochement n'était pas appréciable.

Frappé de l'idée d'une luxation, M. Adams chercha à découvrir la tête du fémur au-dessus et en arrière du grand trochanter, et là, en effet, dans la position de l'échancrure sciatique, il trouva une éminence arrondie, qui fut reconnue par plusieurs des assistants; et, lorsqu'on fléchissait la cuisse, on sentait cette éminence se mouvoir en même temps. Pour s'assurer si c'était là ou non la tête de l'os, on es-

(1)

Huile de faîne,	30 grammes;
de moutarde,	40 id.;
de camomille,	30 id.
Ajoutez:	
Fleurs d'arnica m.,	20 gr.;
Pommade rosat,	4
Fruits de cardamome,	4
— de genièvre,	5

Laissez macérer un mois en agitant deux fois par jour le mélange. Et ajoutez après avoir passé:

Morphine,	25 centigr.
Huile volatile de cajeput,	8 gr.
— de sabine,	2 gr.
— de sauge,	1 gr.

saya d'imprimer au fémur un mouvement de rotation; mais le spasme musculaire, et les cris et la résistance de l'enfant, empêchèrent de tirer de cette épreuve un résultat satisfaisant; mais la mensuration démontra que le membre lésé était raccourci d'un demi-pouce.

Il y avait de fortes raisons de penser que la tête du fémur était luxée en arrière sur l'échancrure sciatique. Le malade fut placé debout, aussi bien qu'il put, sur le membre sain, et fixé et soutenu dans cette position. M. Adams, agissant par surprise, embrassa fortement de la main droite la cuisse luxée au-dessus du genou, le membre étant dans la demi-flexion, et, plaçant la paume de la main gauche contre l'iliaque, pour faire la contre-extention, il porta la cuisse en avant avec toute la force dont il était capable. Après quelques moments, on entendit un bruit très prononcé, et l'on sentit un soubresaut subit qui semblait pour ainsi dire communiqué au corps tout entier de l'enfant. On trouva alors que le fémur s'était porté en avant et avait repris sa place dans la cavité cotyloïde; toute difformité avait disparu.

Pour éviter toute inflammation consécutive, l'enfant fut tenu au lit; et, le lendemain de la douleur étant survenue, dix sangsues furent appliquées. Le 21 juin, l'enfant marchait sans douleur et sans gêne, et on le renvoya comme guéri.

Hypertrophie de la couronne des dents — Les journaux allemands publient une observation trop curieuse pour être passée sous silence. Elle est relative à un homme de soixante ans, qui avait pour habitude, après chaque repas, de se nettoyer les dents avec un morceau de baleine. Il fut obligé, pendant le cours d'une affection de l'estomac, de négliger pendant quelques jours ce soin de propreté. Au bout de huit jours, dit l'auteur de cette observation, le malade aurait vu la couronne des dents se tuméfier, principalement dans le fond de la bouche, et d'une manière assez intense pour gêner la déglutition et la parole. Ce gonflement dentaire aurait disparu complétement sous l'influence d'une application de sangsues et après l'administration de l'iodure de potassium. Nous croyons que ce fait, tout au moins fort extraordinaire, est unique dans la science, si tant est, ce qu'il nous semble permis de croire, qu'il ne soit pas le résultat d'une erreur incompréhensible et impardonnable de diagnostic.

DISTRIBUTION DES MÉDAILLES AU VAL-DE-GRACE.

La distribution des médailles a eu lieu au Val-de-Grâce samedi dernier. M. Evrard de Saint-Jean, maître des requêtes au conseil-d'Etat, intendant militaire, directeur de l'administration de la guerre, présidait la séance au nom de M. le maréchal ministre.

La présence de ce fonctionnaire éclairé est toujours un sujet de joie pour le Val-de-Grâce. On se rappelle sa judicieuse et bienveillante administration, alors que, en qualité de sous-intendant militaire, il était chargé de la surveillance administrative de ce bel établissement. Chacun sait, d'un autre côté, quelle part il a prise aux mesures qui, sous le ministere de M. le duc de Dalmatie, ont commencé pour le corps des médecins militaires une ère d'améliorations et de justice bien entendue.

M. le doyen de la Faculté de médecine assistait à la solennité. L'autorité militaire était représentée par M. le général.

Tous les membres du Conseil de santé étaient présents.

Le Val-de Grâce est en veine de bons discours. L'année dernière, nous avons analysé et loué, à cette place, celui de M. Alquié, qui, d'un point de vue élevé, avec précision et clarté, avait jugé les différentes doctrines qui se partagent les esprits dans le monde médical. Cette année, nous avons à reporter sans réserve nos éloges sur M. le docteur Lustreman, professeur de médecine opératoire, qui a reçu de l'assistance, et de M. Orfila plus que de tout autre, les marques réitérées d'une vive sympathie.

C'est encore une sorte de leçon finale que, sous forme d'adieu, l'orateur a adressée aux sous-aides et élèves sortants. Son discours, correct, élégant, mesuré, est nettement divisé en trois parties.

La médecine, a dit M. Lustremao, se présente à nous, comme tout ce qui se développe dans le temps, sous le triple aspect du présent, du passé, de l'avenir. C'est sous ces trois points de vue qu'il l'a considérée, non pour juger les doctrines, mais pour indiquer aux élèves comment ils doivent suivre pas à pas le présent mobile et variable de la science, comment ils doivent étudier son passé, comment ils doivent travailler à son avancement. La partie relative à l'histoire a surtout été développée par l'orateur, qui a montré dans quel esprit il fallait envisager les anciens par rapport à la méthode, aux doctrines, aux faits et à la thérapeutique. Il faudrait citer cette partie tout entière.

Un passage nous a frappé plus particulièrement, à raison de la communauté d'idées qui, sous ce rapport, nous unit à l'auteur; c'est celui où il se demande si, après avoir proclamé la méthode expérimentale, on n'a pas trop négligé l'induction. C'est à l'occasion de la méthode chez les anciens, que vient ce passage: « Vous aurez à vous demander, Messieurs, a dit l'orateur, si, après la grande révolution préparée par le moyen âge, accomplie au nom et sous l'influence de Bacon et surtout de Descartes, on n'a pas trop sacrifié à l'idole du jour; et si, pendant ces deux siècles voués à l'observation et à la vérification des faits, on a laissé une part suffisante à la déduction. » Mais pourquoi faire une citation quand il faudrait pouvoir tout citer?

Pendant cinq quarts-d'heure qu'a duré la lecture de M. Lustreman, l'attention de l'auditoire ne lui a pas failli un seul instant. Il a trouvé, en terminant, des paroles pleines d'élévation pour exhorter les élèves à l'étude: « Travaillez, a-t-il dit, pour avoir l'estime du monde et la vôtre. Travaillez pour compenser par les charmes de l'étude et la tranquillité de la conscience, les déceptions, plus communes dans la vie du médecin que dans celle de tout autre. L'étude et la sérénité de l'âme ont des douceurs infinies pour toutes les amertumes. Travaillez pour goûter la joie suprême d'alléger les maux et de racheter les existences. Travaillez enfin, pour l'honneur du corps auquel vous appartenez; de ce corps où le dévouement du soldat s'allie à celui du savant, et qui vous confie dès aujourd'hui le dépôt des traditions glorieuses. »

Mais le discours de M. Lustreman n'eût pas été complet si l'auteur, après avoir rendu hommage à la bravoure de Bécœur, d'Artigues et de tant d'autres, n'avait payé un tribut de regret à la mémoire du médecin dont l'armée aussi bien que le corps médical déploreront longtemps la perte prématurée. Nous avons nommé Antonini. M. Lustreman a parlé dignement de cette *noble âme*, suivant l'expression du général Charron, de cette vie austère, de cet esprit universel.

Nous n'avons fait que donner une idée incomplète du discours vraiment remarquable de M. Lustreman, et nous eussions vivement désiré que ces colonnes, plus spacieuses, eussent pu l'offrir intégralement à nos lecteurs, dont les suffrages se seraient ajoutés aux applaudissements unanimes et prolongés de l'auditoire du Val-de-Grâce.

Après M. Lustreman, M. Évrard de Saint-Jean a pris la parole. On comprend, dès qu'il commence, qu'il se sent chez lui, en famille. Il sourit, et il est ému. Ce Val de-Grâce, c'est son œuvre, et il sait combien il y est aimé. Sa tâche est douce; il doit exprimer la satisfaction du ministre et il le fait avec une grâce exquise. Lui aussi il déplore la perte d'Antonini, et il ne laisse pas échapper l'occasion de rappeler le nom illustre de Larrey. Il ne veut pas parler des personnes présentes, et tout en taisant leurs noms, il les désigne clairement. Mais ce n'est pas tout; il y aura une *surprise*, et après la distribution des médailles, il annonce des nominations tenues rigoureusement secrètes jusqu'à ce moment. M. Gasté, savant honorable, est nommé médecin en chef de l'armée d'Afrique; et M. Levy, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, est nommé à la place de M. Gasté, médecin en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz. Notre impartialité nous fait un devoir de déclarer que le Val-de-Grâce perd en M. Levy un professeur qui ne sera pas remplacé de longtemps. Jamais un motif personnel ne nous empêchera de reconnaître les qualités qui distinguent un confrère, et en nous associant aux vifs regrets du corps des professeurs du Val-de-Grâce, nous nous félicitons hautement de voir M. Levy appelé à honorer la médecine des armées dans une ville toute militaire, où, plus qu'ailleurs, elle a besoin du prestige qui s'attache au talent.

M. Evrard de Saint-Jean a annoncé d'autres nominations, et notamment celle fort applaudie de M. le docteur Cornac, membre de l'Académie de médecine, au grade de médecin principal de première classe.

Nous n'avons pas besoin de dire que la séance a été levée au milieu des marques de la satisfaction la plus générale.

Les sous-aides et élèves qui ont obtenu les médailles sont:

Pour le grade de chirurgien aide-major: M. le docteur Parise;
Pour le grade de pharmacien aide-major: M. Merchier.
Pour le grade de chirurgien sous-aide-major: M. Pauly.

La première médaille a été remise par M. le doyen de la Faculté de médecine, la seconde par M. le général Aupick, la troisième par M. Evrard lui-même.

NOUVELLES.

Les registres d'inscription pour les élèves qui désirent suivre les cours de la Faculté de médecine de Paris, seront ouverts au secrétariat depuis le 3 jusqu'au 15 novembre, jour auquel ils seront irrévocablement clos et arrêtés.

— M. Becquerel, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours de physique appliquée dans le grand amphithéâtre du Muséum d'Histoire naturelle, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis suivants.

— M. Béclard, élève consul, fils du savant médecin de ce nom, gérant du consulat-général de France à Smyrne, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur, en récompense de sa belle conduite pendant l'incendie de cette ville.

NOUVELLES BOITES-TROUSSES A DISSECTION, MODÈLE CHARRIÈRE.

MM. les élèves en médecine ont manifesté depuis longtemps le désir d'avoir des boîtes à dissection et d'anatomie qui, sous un petit volume, continssent le plus grand nombre possible d'instruments, sans pourtant changer la forme ni diminuer la grandeur des instruments eux-mêmes.

M. Charrière vient de résoudre le problème en établissant un nouveau modèle de boîtes-trousses à dissection a deux pliants. Sur l'un, est fixé un coffret métallique dont toutes les pièces sont estampées et découpées, afin qu'elles s'y adaptent facilement, il contient: 1° six scalpels assortis; 2° une pince taillée en lime et à goupille, pour empêcher la déviation des mors; 3° un ciseau-burin taillé en lime; 4° une érigne à chaîne.

Sur l'autre pliant, fait à la manière des trousses ordinaires, sont placées des passettes pour recevoir: deux paires de ciseaux droits et courbes; — un tube à insuffler; — un bistouri; — une sonde cannelée; — trois stylets, dont un en baleine.

La trousse ferme avec un touret métallique. Les scalpels sont placés sur le chevalet, comme dans l'ancien système; et la paire de ciseaux droits, dans l'une des passettes du pliant supérieur.

Malgré la plus grande quantité d'instruments qu'elle peut contenir, son volume, comparé à celui des anciennes boîtes, est réduit de plus d'un tiers; ces deux avantages n'augmentent pas l'ancien prix. La boîte-trousse nouvelle, garnie des mêmes instruments qui composaient l'ancienne boîte en noyer, ne coûtera que dix francs, comme cette dernière. — La même, garnie de tous les instruments, coûtera 17 fr. 50 cent.

M. Charrière établit des boîtes-trousses anatomiques sur le même modèle, mais d'un plus grand luxe; les instruments sont au beau poli; les manches sont en ébène quadrillé ou en bel ivoire uni. Le maroquin est de qualité supérieure. Dans ce cas, le prix varie en raison du luxe demandé.

Il y a également trois grandeurs différentes. La boîte la plus grande et la plus complète, celle qui porte le n° 4, contient tous les instruments nécessaires aux autopsies.

Ce nouveau système doit apporter d'heureuses modifications à la plupart des boîtes d'instruments, c'est-à dire qu'il augmente leur capacité tout en diminuant leur volume.

M. Charrière a confectionné, d'après le même principe:

1° Boîtes trousses de toutes grandeurs pour dissection, anatomie microscopique, autopsie et histoire naturelle;
2° Trousses pour opérations sur le vivant;
3° Trousses à amputations;
4° Trousses d'ophthalmologie et de ténotomie;
5° Trousses pour instruments d'anatomie et chirurgie vétérinaire.

M. Charrière publiera un de ces jours une brochure donnant la nomenclature et le prix des instruments contenus dans les boîtes-trousses à dissection de tous les numéros. Cette brochure contiendra en outre des détails sur les modifications qu'il a apportées aux appareils pour les injections ordinaires et pour celles au mercure.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 OCTOBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 127. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 29 OCTOBRE 1845.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Dix-septième liste.

M. le docteur Neuville, déjà adhérent pour son propre compte, a réuni les vingt-quatre adhésions suivantes :
M. le docteur Lebertre, médecin de l'hospice de Bernay (Eure).
M. le docteur Laignel, à Bernay.
M. le docteur Accard, à Bernay.
M. le docteur Hamel fils, à Bernay.
M. Lebienvenu, pharmacien, à Bernay.
M. Benard, pharmacien, à Bernay.
M. Jouas, médecin, à Thiberville.
M. le docteur Mias, à Thiberville.
M. Lelièvre, pharmacien, à Thiberville.
M. Buisseau, pharmacien, à Broglie.
M. Sauvage, médecin, à Broglie.
M. Fourquenien, médecin, à Broglie.
M. Marage, médecin, à Broglie.
M. Blard, pharmacien, à Broglie.
M. le docteur L'Homme, à Beaumenil.
M. Caillé, médecin, au Marché-Neuf.
M. Derexual, maire et médecin, à Beaumont-le-Roger.
M. Caquet, médecin, à Beaumont-le-Roger.
M. Suican, pharmacien, à Beaumont-le-Roger.
M. le docteur Quesnex, à Brionne.
M. Gannier, médecin, à Brionne.
M. Legras, pharmacien, à Brionne.
M. Prampain, médecin, à Brionne.
M. Hamel père, membre du Conseil général, et médecin, à Boisnex.
M. Aubin, pharmacien-droguiste, à Paris.
M. Berthé, pharmacien, à Dreux (Eure-et-Loir).
M. Trouoin, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Duverney, à Audencourt (Nord).
M. le docteur Vignala, à Castelnau-de-Montmirail (Lot).
M. Mangenol, médecin-vétérinaire, à Sarrebourg (Meurthe).
M. le docteur Marchal, à Sarrebourg.
M. Garvich, pharmacien, à Sarrebourg.
M. le docteur Renard, chirurgien-aide-major, à l'hôpital militaire de Phalsbourg.
M. Riel, médecin, à Sarrebourg.
M. le docteur Lemaul, à Sarrebourg.
M. le docteur Tenturier, chirurgien-major, à Phalsbourg.
M. Lindner, pharmacien, à Sarrebourg.
M. le docteur Pfeiter, à Sarrebourg.
M. Béral, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Coursserant, à Paris.
M. Vallin, pharmacien, à Lyon (Rhône).
M. le docteur Aguiely, à Lyon.
M. Duclon, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Aulet, délégué de l'arrondissement de Mantes.
M. le docteur Raphaël, à Provins (Seine-et-Marne).
M. le docteur Chaillou, à Paris.
M. Simon, médecin, à Paris.
M. le docteur Courraut, à Paris.
M. le docteur Bouchon, à Paris.
M. le docteur Noël (Joseph), à Paris.
M. Duret, médecin, à Barizy (Aisne).
M. Rogé, médecin, à Bouconville,
M. Beaugé, médecin, à Crécy.
M. Camatie, médecin, à Bruyères.
M. Piermé, médecin, à Bruyères.
M. le docteur Lefèvre, à Lorient (Morbihan).
M. le docteur Bougarel, père, ancien chirurgien-major, médecin des prisons, à Evreux (Eure), délégué des médecins, pharmaciens et vétérinaires d'Evreux et des environs.
M. le docteur Richard, chirurgien en chef de l'hospice, membre du jury médical de l'Eure, délégué des médecins de la ville et des environs d'Evreux (Eure).
M. le docteur Fortin, membre du jury médical de l'Eure (Evreux). Délégué des médecins d'Evreux et des environs.
M. le docteur Duhordel, médecin de l'hospice, à Evreux.
M. le docteur Baudry, chirurgien-adjoint de l'hospice, à Evreux.
M. le docteur Patel, à Evreux.
M. le docteur Bigot, à Evreux.
M. le docteur Bougarel, fils, médecin-adjoint des prisons et de l'hospice d'Evreux.
M. le docteur Picard (Louis), médecin en chef de l'hospice, à Louviers.
M. le docteur Lallemand, à Pont-de-Larche.
M. le docteur Broutez-Dumanoir, membre du Conseil général, à Conches.
M. le docteur Deconilhout, anchien chirurgien-major, à Breteuil.
M. le docteur Reboul, à la Neuve-Lyre.
M. le docteur Fouquet, à Ivry-la-Bataille.
M. le docteur de Morlac, à Vernon.
M. le docteur Vattier, à Vernon.
M. Degrusse, médecin, chirurgien-major en retraite, à Evreux.
M. Fontaine, médecin, ancien chirurgien aux armées, à Saint-André, délégué des médecins de la ville et des environs d'Evreux.
M. Lhullier, médecin, ancien chirurgien aux armées, à Damville, délégué des médecins de la ville et des environs d'Evreux.
M. Julien, médecin, à la Neuve-Lyre.
M. Vivien, médecin, à Conches.
M. Delépine, médecin, à Labonneville.
M. Delahaye, médecin, à Quillebeuf.
M. Gonlliart, pharmacien-honoraire, membre du jury médical, à Evreux, délégué des pharmaciens de la ville et des environs d'Evreux.
M. Hérouard, pharmacien, membre du jury médical, à Evreux.
M. Olivier, pharmacien, à Evreux.
M. Cayesse, pharmacien, à Evreux.
M. Brunet, pharmacien, à Evreux.
M. Quercy, pharmacien, à la Neuve-Lyre.
M. Duclos, pharmacien, à Breteuil.
M. Fontaine, pharmacien, à Laferrière.
M. Biard, pharmacien, à Saint-André.
M. Guérin, pharmacien, à Pacy-sur-Eure.
M. Védie, pharmacien, à Vernon.
M. Bertrand, pharmacien, à Pont-de-Larche.
M. Carville, vétérinaire, à Evreux.
M. Deschamps, vétérinaire, à Evreux.
M. Vilain, vétérinaire, à Evreux.
M. Lonfroy, vétérinaire, à Pacy.
M. Amelte, vétérinaire, à Saint-André.
M. Bonnet, vétérinaire au corps du train des équipages, à Evreux.
M. le docteur Daubresse, aide-major de première classe, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Milianah (Afrique).
M. le docteur Legouest, chirurgien-aide-major, chef de l'ambulance active de Milianah.
M. le docteur Laforest, chirurgien-aide-major en Algérie, chevalier de la Légion-d'Honneur.
M. Verliac, pharmacien, à Thénon (Dordogne).
M. Ricard, pharmacien, à Grenoble (Isère).
M. le docteur Le Terreux, chevalier de la Légion-d'Honneur, délégué de la Société médicale et pharmaceutique, à Saint-Lô (Manche).
M. le docteur Bernard, délégué de la Société médicale et pharmaceutique de Saint-Lô.
M. le docteur Souserat, à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
M. Lafont, médecin, à Bagnères-de-Luchon.
M. Roziers, pharmacien, à Tarbes (Hautes-Pyrénées).
M. Guichot, pharmacien, à Rabastens.
M. Dastas, pharmacien, à Tarbes.
M. Serres, pharmacien, à Tarbes.
M. Anbian, pharmacien, à Tarbes.
M. Rivière, pharmacien, à Vic.
M. Nognès, pharmacien, à Tournay.
M. Barrère, pharmacien, à Aussin.
M. Dufau, pharmacien, à Tarbes.
M. Gassiot, pharmacien, à Cauteral.
M. Duplan, pharmacien, à Laborde.
M. Gaudens, pharmacien, à Tarbes.
M. Guichot, pharmacien à Tarbes.
M. Roque, pharmacien, à Montgaillard.
M. Cenaque, pharmacien, à Tarbes.
M. Lamarque, pharmacien, à Bagnères-de-Bigorre.
M. Fourcade, pharmacien, à Tournay.
M. Latour, de Trie, adhérent pour son propre compte, a été nommé délégué par les pharmaciens du département des Hautes-Pyrénées.
M. le docteur Courtat, à Castets (Gers).
M. le docteur Manget, à Paris.
M. le docteur Gaillard, à Saint-Marcellin (Isère).
M. Lepilleur, pharmacien, à Saint-Lô (Manche).
M. le docteur Elleaume, à Chevreuse.
M. Maurize, pharmacien, à Chevreuse.
M. le docteur Godillon, au bourg de Verton près Nantes (Loire-Inférieure).
M. le docteur Palois, ancien membre du jury médical du département, correspondant de l'Acad. royale de méd., à Nantes.
M. le docteur Camille de Laurès, à Paris, délégué par la Société médicale d'Emulation.
M. le docteur Clairat, à Villejuif.
M. le docteur Duval, professeur d'anatomie et de physiologie, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
M. Aussant, prof. de chimie et de pharmacie.
M. le docteur Pinault, prof. de clinique médicale.
M. le docteur Guyot, prof. de clinique chirurgicale.
M. le docteur Pontallié, prof. de matière médicale.
M. le docteur Godefroy, prof. d'accouchements.
M. le docteur Péchot, prof. de pathologie interne.
M. le docteur Toulmouche, prof. de pathologie externe.
M. le docteur Jouënne, à Paris.
M. Lesieure-Desbrierc, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Rigal, médecin du collége royal de Bourbon, rue Neuve-des-Capucines, 11.
M. le docteur de Bossy, au Havre (Seine-Inférieure).
M. le docteur Gleize, à La Ferté-Milon (Aisne).
M. Leheaux, pharmacien, à Neuilly-Saint-Front
M. le docteur Vaultier, à Neuilly-Saint-Front.
M. Souplet, médecin, à Troyes (Aube).
M. le docteur Perret, à Villefranche (Rhône).
M. le docteur Bossion, à Paris.
M. Bouvier, pharmacien à Thizy (Rhône).
M. Lehuby, pharmacien, à Paris.
M. Accault, pharmacien, à Paris.
M. Moussu, pharmacien, à Paris.
M. Premier, pharmacien, à Paris.
M. Dannellan, pharmacien, à Paris.
M. Leclère, médecin à Bercy-les-Pierrepont (Aisne).
M. Galaud, médecin, à Monceaux-les-Loups.
M. Mahue, médecin, à Crépy.
M. Baheux, médecin, à Crépy.
M. Lefèvre, médecin, à Anizy-le-Château.
M. Zaro, pharmacien, à Coucy.
M. Perrochot, pharmacien, à Chauny, délégué des pharmaciens.
M. Barny-Brice, pharmacien, à Chauny, id.
M. Valmé, pharmacien, à Chauny.
M. Mauclère, pharmacien, à Corbeny, délégué des pharmaciens.
M. Lefèvre, pharmacien, à Marle.
M. Decaisne, pharmacien, à Blérancourt.
M. Brucelles, pharmacien, à Anizy-le-Château.
M. Barny, pharmacien, à Chauny, délégué des pharmaciens.
M. Mou-selart, pharmacien, à Liesse.
M. Sorlin, pharmacien, à Crécy.
M. Gosset, pharmacien, à Crépy.
M. Flavignon, pharmacien, à La Fère.
M. Pavillé, vétérinaire, à Laon.
M. Gobert, vétérinaire, à Laon.
M. Debeaux, vétérinaire, à Crécy.
M. le docteur Baas, à Verniolle (Ariége).
M. le docteur Frézoul, à Varilles.
M. Remaury, médecin, à Varilles.
M. Séré, médecin, à Varilles.
M. Caubert, médecin, au Mas-d'Azil.
M. Rouan, médecin, à Pamiers.
M. Pauly, médecin, à Pamiers.
M. le docteur Constant Merland, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur Chappot, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur Cahagnet, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur Louis Bouchet, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur David, à Bouruezeau (Vendée).
M. le docteur Brethonneau, à Aizenay.
M. le docteur Pelletier, à Beaulieu.
M. le docteur Lefèvre, à Noirmoutiers.
M. le docteur Fonteneau, à La Chaize-le-Vicomte.
M. le docteur Gauvreau, à La Chaize-le-Nicomte.
M. le docteur Gauvrit, à La Mothe-Achard.
M. le docteur Tireau, à Aubigny.
M. le docteur Joslin, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur Hippolyte Merlaud, à Bourbon-Vendée.
M. le docteur Buet aîné, à Mareuil.
M. le docteur Chauvin, à Rochetrejoux.
M. le docteur Sallé, aux Herbiers.
M. le docteur Charrier, à Chaillé-les-Marais.
M. le docteur Michelot, aux Sables-d'Olonne.
M. le docteur Benoist, aux Sables-d'Olonne.
M. le docteur Garnier, aux Sables-d'Olonne.
M. le docteur Bouhier, aux Sables-d'Olonne.
M. le docteur Petitot, aux Sables-d'Olonne.
M. le docteur Raimbert, à Olonne.
M. le docteur Audé, à Reaumur.
M. le docteur Chauvin, à St-Fulgent.
M. le docteur Trastour, à Montaigu.
M. le docteur Jaud, à Luçon.
M. le docteur Raud, à Luçon.
M. le docteur Lepelletier, à Luçon.
M. le docteur Chatelain, à Luçon.
M. le docteur Merland, à Luçon.
M. le docteur Neuiller fils, à Luçon.
M. le docteur Liébert, à Chantonnay.
M. le docteur Chaigneau, à Fontenay-le-Comte.
M. le docteur Laudais, à Poirée-sous-Bourbon.
M. le docteur Arnaud, à Poirée-sous-Bourbon.
M. le docteur Jousmet, à Longeville.
M. le docteur Gillaizeau, à Avrillé.
M. le docteur Letenneur père, à Challans.
M. le docteur Letenneur fils, à Challans.
M. le docteur Chartier, à Challans.
M. le docteur Guyard, à La Garnache.
M. Potier, médecin à Jard.
M. Riobé, médecin à La Garnache.
M. Cortezi, médecin à Monchampe.
M. Chanson, médecin à Bourbon-Vendée.
M. Nicoleau, médecin à La Mothe-Achard.
M. Gadais, médecin à Mareuil.
M. Favre, médecin à Mareuil.
M. Neuiller père, médecin à Luçon.
M. Abadie, médecin à St-Michel-en-Lherue.
M. Lavoleine, médecin à Rosnay.
M. Bardoux, médecin à Poiré-sous-Bourbon.
M. Chauvin, médecin à St-Denys-la-Chevesse.
M. Chassant, pharmacien aux Herbiers.
M. Leboyer, pharmacien à Bourbon-Vendée.
M. Odin, pharmacien aux Sables-d'Olonne.
M. Letard, pharmacien aux Sables-d'Olonne.
M. Rouillé, pharmacien aux Sables-d'Olonne.
M. Lecraq, pharmacien à Challans.
M. Hernult, pharmacien à Chantonnay.
M. Landriau, pharmacien à Luçon.
M. Foucaud, pharmacien à Bourbon-Vendée.
M. Pertuzé, pharmacien à Bourbon-Vendée.
M. Nouhaud, pharmacien à Luçon.
M. Massot, vétérinaire à Bourbon-Vendée.
M. Brethommeau, vétérinaire à Challans.
M. Gourmeau, vétérinaire au Langon.
M. Michelon, vétérinaire à Luçon.
M. Gouin, médecin, à St-Cyr-en-Talmoudais.
M. le docteur Maisonabe, à Paris.
M. le docteur Layraud, à Paris.
M. le docteur Mancel, à Paris.
M. le docteur Gratiot, à Paris.
M. le docteur Levavasseur, à Carcassonne (Aude).
M. le docteur Gourrier, au nom des médecins et pharmaciens de l'arrondissement de Carcassonne.
M. le docteur Trencart, médecin des prisons de Vervins (Aisne).
M. le docteur Villars, à Varennes-sur-Allier (Allier).
M. Pellassy, pharmacien, au Donjon (Allier).
M. le docteur Armand-Pajot, membre du bureau de charité, à La Châtre (Indre).
M. le docteur Boursauld, médecin de l'hospice à La Châtre.
M. le docteur Gustave Papel, à La Châtre.
M. le docteur Magnard, à La Châtre.

M. le docteur Decerf, médecin des épidémies et de la prison, à La Châtre.
M. le docteur Forgemol, chirurgien-major en retraite, chevalier de la Légion-d'Honneur, à La Châtre.
M. le docteur Vergne, chirurgien de l'hospice, à La Chatre.
M. le docteur Delavanne, à La Châtre.
M. le docteur Charasson, à Cluis.
M. le docteur Micamez, à Aurillac (Cantal).
M. le docteur Duz, à Aurillac.
M. le docteur Bouygues, à Aurillac.
M. le docteur Giron, à Aurillac.
M. le docteur Seguinios, à Aurillac.
M. le docteur Decouquans, à Aurillac.
M. le docteur Cavaroc, à Vic-sur-Cire.
M. le docteur Claris, à Maurs.
M. le docteur Cabanes, à Saint-Mamet.
M. le docteur Raygasse, à Teissières-les-Boulées.
M. Rames, pharmacien, à Aurillac.
M. Vigier, pharmacien, à Aurillac.
M. Bouygues, pharmacien, à Aurillac.
M. Gaffard, pharmacien, à Aurillac.
M. Lafont, pharmacien, à Aurillac.
M. Garronste, pharmacien, à Montsalay.
M. le docteur Blaise, à Laon (Aisne).
M. le docteur Dogny, à Laon.
M. le docteur Mesureur, à Laon.
M. le docteur Cordier, à Laon.
M. le docteur Ganault, à Laon.
M. Lyonnet, pharmacien, à Laon.
M. Dominé, délégué par les pharmaciens de Laon.
M. Rougier, pharmacien, à Laon.
M. Graux, pharmacien, à Laon.
M. Cellier, pharmacien, à Laon.
M. le docteur Leclère, à Crécy.
M. le docteur Lecygne, à Liesse.
M. le docteur Mouret, à Marle.
(Délégué des médecins de l'Aisne.)
M. le docteur Desains, à Marle.
M. le docteur Braux, à Chauny.
M. le docteur Lalaux, à La Fère.
M. le docteur Lahouret, à La Fère.
M. le docteur Dupuy, à Festieux.
M. Mennesson, médecin, à Craonne.
M. Simon, médecin, à Neuchâtel.
M. Lecygne, médecin, à Liesse.
M. Soubrier, médecin, à Saint-Erma.
M. Camatte fils, médecin, à Liesse.
M. Lambert, médecin, à Blérancourt.
M. Piettre, médecin, à Dercy.
M. Benoist, médecin, délégué du département de l'Aisne.
M. Allart, médecin, à Chaiignon.
M. Moudon, fils, médecin, à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
M. Sapène, pharmacien, à Bagnères-de-Luchon.
M. Dulac, vétérinaire, à Bagnères-de-Luchon.
M. Pommiés, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Crouzet, à Duclair près Rouen (Seine Inférieure).
M. Dupuis, pharmacien, membre correspondant et titulaire de la Société pharmaceutique de Rouen, et délégué de cette Société, à Maromme.
M. le docteur Verdo, à Marmande (Lot-et-Garonne).
M. le docteur Labeige, à Bellac (Haute-Vienne).
M. Defossez oncle, médecin au Belloy près Viarmes (Oise). Délégué.
M. Deslions, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise (Seine-et-Oise).
M. David, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
M. le docteur Marquet, à Valence (Drôme).
M. le docteur Bodin, à Saint-Donat.
M. le docteur Sayr, à Saint-Vallier.
M. le docteur Blanc, à Romans.
M. le docteur Gueville de La Suzenaie, à Tournon (Ardèche).
M. Barbier, pharmacien, à Tournon.
M. Soourdird, médecin, à Vezins près Cholet (Maine-et-Loire).
M. le docteur Skiers, à Paris.
M. Ritzinger, médecin cantonal, à Markolsheim, arrondissement de Schelestadt (Bas-Rhin).
M. le docteur Bourguignon, à Paris.
M. le docteur Deschamps fils, à Neufchâteau (Vosges).
M. le docteur Bernard fils, à Vidauban par le Luc (Var).
M. Perrache, pharmacien, à Saint-Germain-en-Laye.
M. Barrère, médecin, à Paris.
M. le docteur Carré, à Sainte-Menehould (Marne).
M. le docteur Chassagne, à Thiers (Oise).
M. le docteur Forgemol, à Tournan (Seine-et-Marne).
M. le docteur Lantenois, à Tournan.
M. le docteur Clever de Maldigny, chirurgien-major, à Romainville (Seine).
M. le docteur Gueury, chirurgien-aide-major, à Romainville.
M. le docteur Deschaume, aux Thernes.
M. le docteur Gaudinot, à Paris.
M. le docteur Léger, à Paris.
M. le docteur Courrière, à Thiers (Oise).
M. le docteur Thrioulier, à Thiers.
M. le docteur Malmencède, à Thiers.
M. le docteur Pailloux, ancien interne des hôpitaux, à Paris.
M. le docteur Suzeau, à Thiers.
M. Huguet, pharmacien, à Thiers.
M. Marret, pharmacien, à Thiers.
M. Lasteyrai, pharmacien, à Thiers.
M. le docteur Torrent, à Thiers.
M. Broquin, vétérinaire, à Thiers.
M. Caussé, délégué des vétérinaires de l'arrondissement d'Alby, a adhéré pour son propre compte.
M. le docteur Delanos, à Elbeuf (Seine-Inférieure).
M. le docteur Alfred Ny, à Elbeuf.
M. le docteur Lejaas, à Elbeuf.
M. le docteur Revel, à Elbeuf.
M. le docteur Fillolet, à Elbeuf.
M. le docteur Justin, à Elbeuf.
M. le docteur Nicolle, à Elbeuf.
M. le docteur Pivain, à Elbeuf.
M. le docteur Godquin, délégué, à Elbeuf.
M. le docteur Férandy, à Annat (Basses-Alpes).
M. Bèche, médecin, à Thoranne (Hautes-Alpes).
M. Pélissier, médecin, à Colmars (Hautes-Alpes).
M. Dublanc, chef des laboratoires à la pharmacie centrale des hôpitaux, membre de l'Académie royale de médecine de Paris. (Délégué des pharmaciens du département de l'Aube.)
Le Comité cantonal de Sablé, présidé par M. Lecoutteux, médecin, à Sablé (Sarthe).
Le Comité cantonal du Lude, présidé par M. Archambault, médecin, au Lude (Sarthe).
Le Comité cantonal de Nogent, présidé par M. Lebled, médecin, à Saint-Aulnay (Sarthe).
Le Comité cantonal de Foulletourte, présidé par M. de La Haye, médecin, à Foulletourte (Sarthe).
Le Comité central de l'Association médicale de tout l'arrondissement, sous la présidence du docteur Renou, membre du Collège royal militaire, et président de l'Association médicale de l'arrondissement de La Flèche (Sarthe).
M. le docteur Sanderet, professeur-suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon (Doubs).
M. le docteur Briot, professeur-suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon.
M. Renaud, pharmacien, à Besançon.
M. le docteur Colard, à Pontarlier.
M. le docteur Pome, secrétaire du Comité médical de Pontarlier.
M. Chermet, pharmacien, à Pontarlier.
M. Dornier, pharmacien, à Pontarlier.
M. Beauquin, pharmacien, à Pontarlier.
Le Comité médical de l'arrondissement de Poligny, représenté par M. le docteur Bergeret d'Arbois, et subsidiairement par M. Tournier, délégué de la Société médicale de Besançon.
M. le docteur Bergeret, secrétaire du Comité médical de l'arrondissement de Poligny, à Arbois (Jura).
M. le docteur Germain, vice-président du Comité médical de l'arrondissement de Poligny, à Salins.
M. le docteur Nicolas, à Arbois.
M. le docteur Pourchel, à Salins.
M. le docteur Billot, à Champagnolle.
M. Lafosse, médecin, à Champagnolle.
M. le docteur Bavoux, à Saint-Claude.
M. Bonverd, médecin, à Molinges.
M. le docteur Bussod aîné, président du Comité médical de Saint-Claude.
M. le docteur Bussod, secrétaire du Comité médical de l'arrondissement de Saint-Claude.
M. le docteur Guichard, à Saint-Claude.
M. Gendre, pharmacien, à Saint-Claude.
M. Groussot, pharmacien, à Saint-Claude.
M. le docteur Jacquenod, à Rongei.
M. Regad, pharmacien, à Morey.
M. le docteur Verpillot, à Moirone.
Le Comité médical de l'arrondissement de Dôle.
M. le docteur Jobert, directeur de la maison de santé des Capucins, et secrétaire du Comité de Dôle.
M. le docteur Tuafferd père, président du Comité médical de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs).
M. le docteur Tuafferd fils, à Montbéliard.
M. le docteur Oustolet, à Montbéliard.
M. le docteur Fallot, à Montbéliard.
M. le docteur Cuénel, secrétaire du Comité médical de Montbéliard.
M. le docteur Lerrond, à St-Pourçain. (Allier.)
M. le docteur Ducholet, à St-Pourçain.
M. le docteur Bideau, à St-Pourçain.
M. le docteur Simon, à St-Pourçain.
M. le docteur Mignot, à Chantelle.
M. le docteur Choisy père, à Chantelle.
M. le docteur Secrétain, à Ebreuille.
M. le docteur Pontenier, aux Buvats.
M. le docteur Challeton, au Mayer-d'Ecole.
M. Grenaud, médecin à Charroux.
M. le docteur Salleneuve, à Charroux.
M. Cousse, pharmacien à St-Pourçain.
M. Martin, pharmacien à Chantelle.
M. Advenier, vétérinaire à St-Pourçain.
M. Tixier, vétérinaire à St-Pourçain.
M. le docteur A. Lartigue, rédacteur en chef de l'Encyclographie Médicale et du Répertoire de pharmacie. (Remis sa carte.)
M. Baudot, ancien pharmacien à Langres.
M. Lalanne, pharmacien à Courpière.
M. Dnvillé, pharmacien à Montdidier.
M. Eugène Belle, médecin à Montoire.
M. Athan. Mollard, vétérinaire à Montoire.
M. Alph. Marcel, pharmacien à Montoire.
M. E. Obert, pharmacien à Abbeville.
M. Lemenu, pharmacien à Vernon.
M. Melchior Barthès, pharmacien à St-Pons. (Hérault.)
M. Duclou, pharmacien à Paris. (Remis sa carte.)
M. Ad. Bardet, pharmacien à Valençay.
M. le baron de Polinière, administrateur des hôpitaux de Lyon.
M. le docteur Petrequin, chirurg en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
M. le docteur Pravaz, correspondant de l'Acad. royale de méd.
M. le docteur Gubian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
M. le docteur Ferry, chirurgien de l'hôpital d'Alais (Gard).
M. Richaud, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Halbout, à Gonesse (Seine-et-Oise).
M. le docteur Focillon, ex-médecin adjoint de l'hôtel royal des Invalides.
M. le docteur Battailler, médecin en chef de l'hôpital civil de Tarascon (Bouches-du-Rhône).
M. le docteur Dugast, médecin en chef et directeur de l'asile des aliénés de Dijon.
M. le docteur G. Picard, à Paris.
M. le docteur Deluen, à Nantes.
M. le docteur Derien, à Paimpol (Côtes-du-Nord).
M. le docteur Waille, à Poligny (Jura).
M. le docteur Robiquet, à Givet (Ardennes).
M. le docteur Dupierry, à Givet.
M. le docteur Macoir, à Givet.
M. Millot, vétérinaire à Vittereau (Côte-d'Or).
M. le docteur Terrier (d'Angers), à Paris.
M. le docteur Bourdoncle, médecin, directeur de la maison de santé St-Marcel, à Paris.
M. le docteur Crouzet, médecin de la maison de santé Saint-Marcel, à Paris.
M. le docteur Regnault, à Marsilly-sur-Seine (Marne).
M. le docteur Brachet, à Lyon.
M. Gouget (Alexandre), officier de santé et médecin-vétérinaire, à Trinel, arrondissement de Nogent-sur-Seine.
M. le docteur Lagrange, à Paris.
M. le docteur Pillon, à Paris.
M. le docteur Dumanceau-Durocher, à Paris.
M. le docteur Vergne, à Paris.
M. le docteur Vialenc, à Paris.
M. le docteur Bouillaud, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Paris, député.
M. le docteur Hillairet, à Paris.
M. le docteur Payer, prof. suppléant à la Faculté des sciences.
M. le docteur Queignart, chirurgien-major au 16e léger, au camp de Charenton.
M. le docteur H. Jacquot de Marey, aide-major au 16e léger, au camp de Charenton.
M. le docteur Durand-Fardel, à Chatillon-sur-Loing (Loiret).
M. le docteur Buttura, à Paris.
M. Berger, pharmacien à Sarrebourg.
M. le docteur Constantin, à Sarrebourg.
M. Friant, pharmacien à Sarrebourg.
M. le docteur Grillet, à Lorquin. (Arrond. de Sarrebourg.)
M. Harvich, pharmacien à Phalsbourg. (Arrond. de Sarrebourg.)
M. Legonest, chirurg.-major en retraite à Sarrebourg.
M. le docteur Leman, à Phalsbourg.
M. Lindner, pharmacien à Fénestrange. (Arrond. de Sarrebourg.)
M. L'Huillier, pharmacien à Lorquin.
M. Mangenot père, vétérinaire à Sarrebourg.
M. Mangenot fils, vétérinaire à Sarrebourg.
M. le docteur Marchal correspondant de la Société de médecine de Nancy, à Lorquine.
M. Mariatte père, pharmacien à Sarrebourg.
M. Mariatte (Victor), pharmacien à Sarrebourg.
M. le docteur Pfister, à Fénestrange.
M. Reb, pharmacien à Phalsbourg.
M. Renard, chirurg. en chef de l'hôp. militaire de Phalsbourg.
M. Teinturier, chirurg.-major au 17e léger, à Phalsbourg.
La Société médicale du douzième arrondissement a nommé, pour la représenter au Congrès médical, MM. Devillers, Descures, Michon, anciens présidents, M. Menière, président, M. Baillarger, vice-président, M. Després, secrétaire, MM. Brière de Boismont, Hombron, Durosier, pharmacien.
M. Dop, docteur en médecine, à Paris.
M. Ossian (Henri) de l'Académie de médecine.
M. Mancc, docteur, à Paris.
M. Lalanne, docteur, à Paris.
M. le docteur Bisson, rue Richer, 32.

N.-B. Dans la seizième liste, nous avons reproduit six noms déjà portés.

Le total de la seizième liste n'est donc que,	2281
Dix-septième liste,	498
Total général, à ce jour,	2779

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEURET.

Apoplexie nerveuse. (Observation recueillie par MM. LAMARE et BOUTEILLER, internes du service.)

Une maladie dont le diagnostic est encore entouré de la plus grande obscurité, et que l'on a même contestée, vient de se produire dans le service de M. Leuret. Les observations qu'on a publiées sur cette affection sont si rares, que nous avons cru devoir attirer l'attention sur celle-ci.

M. R..., âgé de cinquante-neuf ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, fut, en 1840, atteint d'aliénation mentale à la suite d'un procès qui, d'une position sociale assez brillante, le jetait dans la misère.

A l'arrivée de M. R... à Bicêtre le 23 avril 1845, sa femme nous donna les détails suivants :

Depuis 1840 jusqu'à 1845, la maladie fut caractérisée seulement par de la monomanie ambitieuse ; mais, dans les premiers mois de 1845, il éprouva plusieurs fois des pertes subites de connaissance, que sa femme attribua à des coups de sang, et après lesquelles persistait pendant quatre ou cinq jours au plus un léger embarras de la langue.

Le 24 juillet dernier, un accident de même nature, mais beaucoup plus grave, laissa après lui une paralysie générale, mais incomplète, qui durait encore quand le malade entra à l'hospice.

Voici l'état qu'il présentait : Parole embarrassée et lente, mouvements difficiles et incertains, marche chancelante ; ces symptômes, joints au trouble de l'intelligence, firent ainsi formuler le diagnostic : *Démence et paralysie.*

Depuis le 23 août dernier, les fonctions digestives et circulatoires se firent normalement ; l'excrétion des urines et la défécation ne furent pas troublées.

Dans la nuit du 19 au 20 octobre, vers une heure du matin, se déclara un tel ensemble de symptômes que l'interne de garde crut à une hémorrhagie cérébrale des plus intenses. Il pratiqua une abondante saignée, et fit appliquer de larges sinapismes.

Le 20, au moment de la visite, M. Leuret constata l'état suivant : décubitus dorsal, tous les membres dans une résolution complète, la face légèrement colorée et sans mouvements convulsifs, la paupière supérieure abaissée, les lèvres sans déviation manifeste.

Passant en revue toutes les fonctions, on reconnut que le pouls était plein, peu dépressible et assez régulier (85 pulsations). La respiration était fréquente et stertoreuse, l'on entendait même à distance quelques râles muqueux. La déglutition était si difficile que le malade put avaler à peine quelques gouttes de tisane. Il n'avait pas vomi, et par la percussion on reconnut que l'estomac et les intestins étaient vides sans qu'il y eût eu des évacuations alvines involontaires. La vessie était peu distendue par de l'urine.

L'innervation présentait les signes les plus capables d'induire en erreur : en effet, la sensibilité était complétement abolie dans toutes les parties du corps, et la paralysie n'était pas moins complète ; il n'y avait pas seulement hémiplégie, mais paralysie des deux côtés. La pupille était immobile et un peu contractée. Il ne fut pas possible de s'assurer si la langue était déviée.

D'après l'examen des divers symptômes, il fut prescrit une nouvelle saignée, une potion éthérée, et l'application immédiate de vésicatoires à l'eau bouillante. La saignée fournit à peine deux palettes, et le malade ne parut pas sentir la douleur causée par les vésicatoires. Vers midi commença l'agonie ; le pouls devint petit, filiforme et presque insensible aux artères radiales et temporales. A une heure la mort survint.

Autopsie 24 heures après.

Les téguments du crâne ne présentent rien de particulier dans leur coloration.

Cavité crânienne. — La dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère n'étaient pas injectées ou épaissies ; on voyait seulement les glandes de Pachioni un peu hypertrophiées et comme cartilagineuses. L'arachnoïde extérieure contenait à peine une cuillerée à bouche de sérosité bien limpide ; et l'arachnoïde intérieure n'était qu'humide, mais sans collection séreuse. Sur le bord libre des plexus choroïdes, on trouva un chapelet de petites vésicules hydatiformes ressemblant en tout à celles que Bertholini avait trouvées chez les aliénés et qu'on a rencontrées aussi dans d'autres cas. De plus, entre ces vésicules,

l'arachnoïde présentait çà et là de petites aspérités lenticulaires jaunâtres bien circonscrites et de nature calcaire ; ces concrétions, qui avaient le volume d'un grain de moutarde, ont aussi été remarquées par Morgagni.

Le cerveau ne présentait rien d'anormal dans son volume, sa consistance et sa transfiguration ; seulement, les deux hémisphères adhéraient à leur partie antérieure par suite d'une inflammation ancienne de la séreuse. C'est en vain qu'avec le soin le plus scrupuleux on coupa par tranches le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire, et la moelle allongée ; on n'y trouva ni caillot sanguin réceut, ni cicatrice de foyers apoplectiques anciens, ni tubercules, corps fibreux, hydatides, etc.... On ne remarquait pas non plus d'altération dans les parois des veines et des artères du cerveau, son enveloppe osseuse était parfaitement saine.

Cavité thoracique. — Les poumons étaient légèrement congestionnés dans leur partie postérieure, le cœur n'offrait d'autre altération qu'une faible induration des valvules tricuspides et mitrales.

Cavité abdominale. — Le foie et la rate étaient de volume et de consistance ordinaires, les intestins vides et sains. La vessie, qui contenait peu d'urine, offrait une légère hypertrophie de ses parois, ce qui arrive chez presque tous les aliénés paralytiques. Enfin, examinés avec soin, les reins ne parurent pas altérés et présentaient leur structure normale. Cela est assez important à noter, parce que le docteur Wilson a essayé de prouver que certaines attaques d'apoplexie suivies de mort prompte, et après lesquelles l'encéphale ne laissait voir aucune lésion, étaient occasionnées par une maladie de Bright.

Étonné de ne pas trouver à l'autopsie des lésions capables d'expliquer la mort rapide de M. B...., nous eussions presque douté de son identité si une erreur eût été possible. Il faut donc se résoudre à admettre que dans ce cas la mort a eu lieu sans qu'on ait découvert sa cause dans une lésion appréciable. Quelle peut être la valeur théorique de cette observation ? Elle vient confirmer l'opinion des auteurs qui admettent ce qu'ils nomment une apoplexie nerveuse ou une névrose apoplectiforme. Nous ne chercherons pas à expliquer les modifications que l'encéphale a dû subir dans le cas dont il s'agit ; mais rien ne s'oppose à ce qu'on accorde, comme le font M. le professeur Cruveilhier et d'autres auteurs, qu'à côté de l'apoplexie sanguine, qui tue en désorganisant le cerveau, il y a une apoplexie nerveuse qui tue peut-être encore plus subitement en suspendant l'innervation. Ne voit-on pas, ajoute M. Cruveilhier, qu'à côté du délire arachnitique se trouve le délire nerveux sans lésion correspondante, comme à côté de l'épilepsie par cause organique se trouve l'épilepsie sans altération matérielle de l'encéphale.

Quant aux symptômes qui se sont déclarés dans les premiers mois de l'année 1845, et surtout ceux qui, le 24 juillet, firent croire à une hémorrhagie cérébrale, pourquoi ne pas les attribuer tout aussi bien à une névrose apoplectiforme et ne pas voir en cela l'intermittence qui s'observe dans la marche de beaucoup d'autres névroses ? Peut-être pourrait-on mieux expliquer la production de ces accès épileptiformes qui arrivent souvent dans une période avancée de l'aliénation mentale ?

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Piorry.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de juin 1845 ; par M. Jules Bouteiller, interne provisoire.

(Suite du numéro du 21 octobre.)

Plusieurs cas d'ictère. Appréciation des causes que l'on assigne à l'ictère.

Le 24 juin, entra dans la salle Saint-Raphaël un homme robuste atteint d'ictère. La cause de cette affection était certainement une cause mécanique, mais on ne sait laquelle. Quant à admettre un ictère spasmodique, de cause morale, M. Piorry ne peut s'y résoudre. Lorsqu'il était médecin à la Salpêtrière, il a vu beaucoup d'ictères, et jamais il n'a manqué de trouver une lésion organique du foie ou des conduits biliaires.

Le malade qui nous occupe a eu des chagrins en mai, et il n'a commencé à s'apercevoir de la teinte jaunâtre de sa peau et de ses yeux que le 20 juin. Il serait fort singulier que la cause eût été aussi longtemps à produire son effet.

— Le 16 juin, une femme couchée dans la salle Sainte-Geneviève conduisait par ses réponses à la même conclusion. On lui demanda si elle avait eu récemment du chagrin : « Oui, » dit-elle, mais j'étais jaune avant mes contrariétés. » On le voit, il suffit de bien interroger les malades pour acquérir la conviction que le chagrin ne cause jamais d'ictère. Si on se contente de leur demander s'ils ont eu depuis quelque chagrin, ils répondront à coup sûr par l'affirmative. Mais nous pourrions tous en dire autant, et cependant nous n'avons pas d'ictère.

Ces réflexions me rappellent, dit M. Piorry, un peintre entré il y a un an dans la salle Saint-Raphaël, pour une colique saturnine. Tout à coup il fut pris d'ictère. Le foie était peu volumineux et peu douloureux. On crut à un ictère de nature saturnine. C'était à tort ; car le malade ayant succombé, on trouva un kyste hydatifère plus gros qu'une orange et comprimant le canal cholédoque d'arrière en avant.

Nous devons ajouter, avant de quitter ce sujet, que dans beaucoup d'ictères, il est très facile de trouver, par la percussion plessimétrique, la vésicule biliaire distendue et débordant le rebord inférieur du foie. Il y a des cas où l'on peut même la suivre à travers la lame mince qui termine le foie en bas. On se trouve bien, dans ce cas, de recommander au malade d'exercer souvent, avec sa main, une douce pression de bas en haut sur le fond de la vésicule biliaire, dont on lui fait connaître la situation, après en avoir tracé les limites.

Quand on trouve le foie volumineux en même temps que l'écoulement de la bile est rendu difficile, il est très utile de donner le tartrate antimonié de potasse : la glaude diminue du jour au lendemain.

Affection invétérée de la peau guérie par la cautérisation et par le proto-iodure de potassium. Considérations sur l'emploi du nitrate d'argent à l'extérieur.

Le lit n° 43 de la salle Sainte-Geneviève a été longtemps occupé par une femme de Poitiers, portant sur le visage une affection grave de la peau. Elle assure que sa maladie date de l'âge de vingt ans, et qu'elle eut pour point de départ un petit bouton qui avait persisté sous le maxillaire inférieur du côté gauche, à la suite d'un abcès survenu à l'âge de douze ans. (Cette femme a maintenant de quarante à quarante-cinq ans.) Le diagnostic porté fut le suivant : *Lupus non vorax.* Mais M. Piorry vit dans cet état plusieurs des maladies décrites par les auteurs. En effet, en certains points, on trouve des croûtes qui ne sont autre chose que du pus desséché ; dans d'autres, il y a des ulcérations très manifestes ; ailleurs, ce sont des bourgeons offrant différents aspects ; enfin, à côté de tout cela, on voit des plaques d'un rouge lie de vin. Tous les moyens que notre malade a employés dans son pays n'ont amené qu'une amélioration passagère ; et à son entrée à l'hôpital, elle se trouvait plus mal que jamais. M. Piorry mit en usage le traitement suivant, par lequel venait d'être guérie, au n° 22 de la même salle, une jeune fille affectée d'un lupus du nez, offrant une grande analogie avec celui de la malade en question. Le premier soin devait être de faire tomber les croûtes ; on y réussit par l'application de cataplasmes faits avec de la farine de riz et de l'eau de guimauve, en même temps que l'on recommandait à la malade de faire cinquante à soixante lotions par jour avec de l'eau tiède, et de graisser ces croûtes avec du cérat. En effet, le pus renferme des principes solubles dans l'eau, et d'autres solubles seulement dans les corps gras. Une fois les croûtes tombées, on cautérisa avec le crayon de nitrate d'argent. — Tisane de salsepareille ; bains généraux ; enfin 1 gr. 50 de proto-iodure de potassium par jour en trois prises. On ne devait pas négliger la circonstance suivante rapportée par nos deux malades. Elles avaient eu longtemps des écoulements, auxquels elles donnaient le nom de flueurs blanches, mais dans lesquels il pourrait bien se faire qu'il y eut quelque chose de syphilitique. Après deux mois au moins de séjour à l'hôpital, la femme qui nous occupe demanda à retourner dans son pays ; elle était presque totalement guérie.

A cette occasion, M. Piorry consacra sa conférence clinique du 16 juin à quelques considérations générales sur l'emploi du nitrate d'argent à l'extérieur. Le plus souvent, dit-il, on classe le nitrate d'argent dans la catégorie des médicaments que l'on appelle substituteurs. Mais c'est là, suivant moi, le rôle qu'il joue le moins souvent. Développons nos idées sur ce sujet.

Dans la majorité des cas le nitrate d'argent n'agit que parce qu'il développe sur la surface enflammée une fausse membrane qui protège cette surface. D'autres fois il est seulement un moyen de destruction. Peut-être est-il quelquefois substituteur ; mais c'est, je le répète, son action la moins constante et la moins certaine. Enfin il ne faut pas oublier que dans certains cas on met le nitrate d'argent en usage pour arrêter les progrès d'un mal qui tend sans cesse à s'étendre. En résumé, nous trouvons quatre modes d'action dans le nitrate d'argent. Revenons sur chacun d'eux.

Il y a, par exemple, des aphthes dans la bouche (et le plus souvent ils reconnaissent pour cause une dent qui fait saillie et lèse la muqueuse). La douleur, comme on le sait, est très vive. Veut-on la faire cesser et guérir l'ulcération, il suffit de passer le crayon de nitrate d'argent. Le malade ressent une cuisson qui dure un instant ; mais ensuite il ne souffre plus. Deux, trois applications suffisent pour amener la guérison. Les sucs de la petite plaie se combinent avec l'azotate d'argent, et forment une membrane protectrice. Pour les vastes ulcères de la jambe, mêmes remarques. Le nitrate d'argent est, pour ainsi dire, un emplâtre bien accolé, exactement appliqué.

On sait combien sont fréquentes les granulations utérines. Le col de l'utérus heurte le vagin en arrière, et cela aggrave le mal et l'entretient. Le nitrate d'argent les guérit par le mécanisme que nous venons d'exposer. D'après le même point de vue théorique, il ne faut pas se contenter de cautériser tous les huit jours, mais il faut le faire tous les jours, plutôt deux fois qu'une. Gardez-vous aussi de cautériser profondément.

Ce que nous venons de dire s'applique également à la pharyngite, à l'amygdalite, aux ulcérations syphilitiques, aux ulcérations de la cornée, à l'ongle incarné parvenu à la période d'ulcération, etc. Dans tous ces cas le caustique doit être appliqué souvent et légèrement. Nous le répétons, parce que c'est un point de pratique capital.

Ce mode d'action du nitrate d'argent est le plus utile à la chirurgie. On sait en effet combien on a intérêt à préserver du contact de l'air et des corps étrangers toute surface enflammée et tous les ulcères chroniques.

Si maintenant on a affaire à un lapsus, à une dermite ulcératrice avec des palpules, employez encore le nitrate d'argent, mais profondément ; car alors il agira comme destructeur, et il se fera une cicatrice de la partie détruite.

Le nitrate d'argent agit-il en médecine comme substituteur ? Oui ; mais seulement dans le cas d'une inflammation spéciale, comme l'a fort judicieusement remarqué M. Bretonneau. Il semblerait en effet que le tissu est modifié de manière qu'une inflammation de nouvelle nature succède à l'autre. Exemple : ulcères syphilitiques de la gorge.

Quant au quatrième mode d'action, nous en avons un exemple dans la pratique qui consiste à cautériser autour d'un érysipèle et de toute dermite en général, dans le but de déterminer des stases vasculaires et d'arrêter le mal dans sa marche. Cela a été fait avec succès chez le malade dont l'observation a donné lieu à ces considérations.

Mal de Pott.

Il s'est présenté, pendant le mois de juin, dans le service de M. Piorry, plusieurs cas fort remarquables de tubercules suppurés de la colonne vertébrale. Ces observations ont été publiées par l'auteur de la revue hebdomadaire de ce journal. Les savantes réflexions dont il les a fait suivre laisseraient bien loin derrière elles tout ce que je pourrais en dire aujourd'hui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Caventou.

M. Guibourt lit un rapport sur une nouvelle substance de matière médicale présentée par un pharmacien de Saint-Omer.

— *M. Laugier* fait un rapport sur un scarificateur nouveau présenté par M. le docteur H. Blatin.

M. le rapporteur trouve dans cette invention un perfectionnement remarquable, et il conclut à ce que des remercîments soient adressés à M. Blatin.

Ces conclusions sont adoptées.

— *M. Lagneau* expose qu'il a lu, il y a plusieurs mois, un rapport sur un mémoire de M de Castelnau relatif à la blennorrhagie. Ce rapport, n'ayant pas été signé par tous les commissaires, fut renvoyé à la commission, qui l'a examiné de nouveau, n'y a trouvé rien à modifier, et en a approuvé les conclusions.

Dans cet état de cause, il demande s'il est nécessaire qu'il relise le rapport, ou bien s'il doit se borner à en relire les conclusions.

M. Londe signale une légère inexactitude dans ce que vient de dire M. Lagneau. Quelques modifications on été demandées par la commission et promises par M. le rapporteur. Ont-elles été faites?

M. Dubois (d'Amiens) veut que l'Académie soit consultée sur la proposition de M. Lagneau.

M. Rochoux ne voit pas qu'il soit nécessaire de relire le rapport, les conclusions suffisent.

M. Lagneau assure que les modifications ont été faites.

L'Académie consultée décide qu'on se bornera à lire les conclusions.

Ces conclusions sont lues et adoptées sans discussion, elles consistent à remercier l'auteur.

— Un médecin dont nous n'entendons pas le nom, lit un mémoire sur la gangrène périodique.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 9 juin 1845. — Présidence de M. Bataille.

On reprend la discussion relative au suicide.

M. Belhomme. Qu'a-t-on vu, dit-il, de si absolu dans ma doctrine? J'ai voulu démontrer que le suicide est une maladie ; à mon appui, j'ai cité Esquirol et M. Falret. J'ai dû également retracer l'historique du suicide au point de vue pathologique, ce qui était absolument nécessaire pour prouver mes assertions ; mais si j'ai emprunté aux autres tout ce qui sert à étayer mon opinion, la conclusion m'appartient tout entière. Pour moi, la règle est que le suicide est une maladie ; mais il y a des exceptions, et cette dernière circonstance prouve que je ne suis pas aussi absolu qu'on l'a dit.

M. Belhomme, cherchant à prouver que les suicides sont aliénés au moment où ils se tuent, rappelle ces paroles de M. Roux (*Gazette des Hôpitaux*, 24 avril 1845) prononcées à l'occasion d'un suicide manqué chez un jeune homme n'ayant aucun chagrin réel, mais en proie à des *hallucinations* et croyant que tout le monde lui en voulait, enfin sous le poids d'une véritable aliénation mentale : « Les personnes qui cherchent à se suicider *généralement* se tuent mal, si je puis m'exprimer ainsi. On voit souvent de ces tentatives de suicide faites par des coups de couteau portés à la gorge, ou de pistolet déchargés dans la bouche ou dans les tempes, ne réussir qu'à donner lieu à des blessures souvent sans gravité ; c'est qu'en général, ceux qui se suicident se trouvent, *au moment de l'accès*, dans un état d'exaltation, de folie véritable, qui les empêche de bien prendre leurs mesures pour réussir dans leur tentative. C'est que, pour bien se suicider, il faut être *calme* et savoir ce qu'on fait pour bien diriger l'arme homicide. »

M. Cerise nous accorde qu'il y a des suicides par suite d'aliénation mentale ; mais, se laissant emporter immédiatement par ses idées philosophiques, il reprend : Vous jouez sur les mots quand vous parlez du délire des passions. L'amour n'est-il pas une passion ? Quelle est donc la limite de la passion et de la folie ? Problème difficile à résoudre. Cependant, si nous nous en rapportons à nos impressions, nous dirons : aimer est un sentiment ; adorer, une passion ; adorer un être imaginaire, une folie.

M. Belhomme s'étonne que M. Cerise, qui s'est établi le défenseur de la moralité humaine et dont il reconnaît la profonde moralité personnelle, ait pu soutenir que dans certains cas le suicide soit rationnel et logique, et qu'il ait admis une sorte de fatalité que la morale et la religion condamnent. M. Belhomme repousse cette doctrine comme immorale, et aime mieux voir un malade dans un suicide, que de soumettre ainsi à l'obligation du suicide tout individu que la misère et le désappointement conduisent à cette extrémité.

La loi, a dit M. Cerise, ne poursuit pas le suicide. Sans doute ; mais la manière de raisonner de M. Cerise ne tardera pas à faire admettre la punition. Par vos paroles vous consacrez la nécessité du suicide, et comme la loi doit mettre un frein à toute détermination volontaire coupable, elle punira ; tandis qu'elle sera indulgente pour un fou qui se suicide.

La statistique est en faveur des rapprochements du suicide avec la criminalité ; l'homicide et le suicide marchent de front ; quand il y a augmentation du crime, il y a augmentation dans le suicide. Dans l'un et l'autre cas, ce sont les passions qui sont mises en jeu ; seulement, dans la criminalité il y a volonté raisonnée, et dans le suicide volonté non dirigée. Cependant le rapprochement n'est pas toujours exact, les circonstances locales donnent souvent une prépondérance plus grande à l'un qu'à l'autre ; tels départements fournissent plus d'homicides, tels plus de suicides, tels montrent des proportions identiques, ainsi que l'ont démontré les travaux de M. Cazauvielh.

Ce dernier auteur a admis, de son côté, qu'il y a certaines conditions de l'encéphale qui font que certains individus, sans motif plausible, éprouvent le dégoût de la vie et un penchant irrésistible au suicide. N'en peut-on pas dire autant de l'aliénation?

L'hérédité a été démontrée aussi par lui ; il a dit que sur 60 cas de suicide examinés par lui, il a trouvé des traces évidentes d'hérédité.

Il y a, dit M. Belhomme en terminant, dans de pareils faits, des preuves non équivoques qui démontrent que le suicide est le plus souvent une maladie, et que les suicides avec liberté d'action sont l'exception et le fait d'une faiblesse d'esprit qu'on doit déplorer.

M. Labarraque se demande si M. Bourdon a prouvé d'une manière irréfragable l'opinion qu'il a émise, savoir que les suicides sont des fous ; il ne le pense pas, et conteste même aux faits cités par lui toute la valeur qu'il leur donne. Mais en supposant même qu'ils aient toute cette valeur, il faudrait encore que les 37,000 cas eussent été examinés par des hommes compétents ; et en admettant, qui plus est, que ce travail eût été fait, ne resterait-il pas dans la mémoire de chacun de nous des faits qui viendraient détruire l'impression de cette statistique ? Chacun de nous ne peut-il pas se rappeler les beaux traits qui sont disséminés dans l'histoire, et dont personne n'osera contester l'héroïsme, à moins qu'on ne veuille prétendre que l'héroïsme et le dévouement sont bien près de la folie ?

M. Labarraque, moins sévère que M. Cerise, pense que le travail de M. Bourdin aura rendu des services en démontrant au clergé qu'il y a beaucoup de suicides amenés par la folie ; et quand ce travail ne ferait qu'apporter un peu de tolérance dans le jugement du prêtre, il aura été utile aux familles en empêchant un scandale pénible et désolant.

En résumé, M. Labarraque pense que cette discussion a démontré que beaucoup de suicides étaient des fous ; mais qu'il en est un nombre encore trop considérable qui attentent à leur vie sans avoir perdu leur liberté morale.

M. Cerise, répondant à M. Belhomme, prend d'abord acte des paroles moins absolues prononcées par lui, lorsqu'il admet des cas exceptionnels dans lesquels le suicide a conservé toute son intelligence, tout son libre arbitre, toute sa liberté morale ; mais ce qu'il ne peut admettre avec lui, c'est que les suicides qui se donnent la mort, entraînés qu'ils sont par un penchant irrésistible, ayant sa source dans une aliénation mentale, soient la règle, tandis que les premiers seraient l'exception. Pour démontrer une semblable hypothèse, il faudrait avoir fait ce qui n'a jamais été fait : il faudrait une analyse savante, consciencieuse de tous les suicides qui se sont consommés depuis long-temps.

Lorsque M. Belhomme a reproché à M. Cerise d'avoir proclamé, malgré toute la haute moralité qu'il lui reconnaît, un principe immoral en admettant certaines nécessités sociales qui poussent au suicide, il ne s'est pas aperçu que M. Cerise avait eu le soin de dire qu'en l'absence de toute loi religieuse et de tout sentiment de l'immortalité de l'âme, ce qu'il y avait de mieux à faire dans certaines positions terribles de la vie, c'était d'aller chercher la mort, c'est-à-dire le néant, comme étant la fin et le terme de tous les maux dans ce monde ; mais ce qui est logique, rationnel pour un homme impie et sans espérance, ne l'est pas pour celui qui écoute la voix de la conscience et de la morale.

De ce que le crime, le suicide et la folie marchent de front dans certaines circonstances données, on croit avoir prouvé par là que l'homme a été entraîné par une cause identique, résidant dans une altération fonctionnelle dépendante du milieu ambiant ; cependant l'on n'a rien prouvé, car tout en admettant l'influence des circonstances de climat, de saison, de pays qui agissent puissamment sur l'organisme, ce que personne ne conteste, a-t-on prouvé que l'homme avait perdu son libre arbitre ? La lutte est plus difficile, plus pénible, mais cependant l'équilibre n'est pas rompu, et la résistance doit seulement être plus énergique. En face d'un danger plus grand, l'homme doit se roidir davantage et rassembler toutes les puissances de son âme pour ne pas succomber sous le poids.

M. Belhomme a dit que la morale et la religion étaient justes lorsqu'elles versaient le blâme sur l'action du suicide ; il admet donc implicitement qu'il y a une éducation possible, une éducation capable d'empêcher la chute ; il admet donc qu'il y a liberté ; mais avec son altération fonctionnelle de l'organe cérébral dans le suicide, il est entraîné irrésistiblement à l'inutilité de l'éducation ; car l'homme obéit à une puissance fataliste que l'éducation ne peut maîtriser. Avec un pareil raisonnement, l'éducation n'est plus qu'une vaine superfluité. Elle n'est pas plus applicable, dans ce cas, qu'elle ne le serait pour prévenir l'épilepsie.

On a parlé du refus de sépulture religieuse, et l'on a, avec raison, soutenu qu'il vaudrait mieux admettre la folie dans tous les cas de suicide, que de laisser planer sur les familles un refus qui souvent est une tache, un affront pour elles ; mais les théologiens, malgré quelques erreurs inévitables aux époques où se sont formulées les règles relatives au suicide, ont étudié cette question sous toutes ces faces, ont admis, comme les médecins, qu'il y avait des suicides où la folie dominait, et ils se sont bien gardés de fulminer contre ces cas, et à moins d'avoir affaire à un prêtre inintelligent, entêté, on ne peut avoir à craindre de semblables affronts toutes les fois que le suicide sera démontré la conséquence d'une aliénation mentale ou d'une maladie quelconque du cerveau. En somme, le débat, comme on voit, consiste, pour M. Belhomme, à admettre que le suicide par folie est le fait général, tandis que le suicide libre est l'exception. Conclusion à laquelle ne consent pas M. Cerise.

M. Thirial, après avoir prouvé que le travers et la plaie du siècle consistent dans l'abus de la philanthropie, cherche à démontrer que la médecine ne veut pas rester en arrière de ce mouvement ; que les phrénologistes et les médecins adonnés aux maladies nerveuses et mentales se sont chargés de la seconder. Après avoir exagéré les cas de monomanie homicide, le moment est venu de réhabiliter le suicide en en faisant un fou.

Raisonnant contre les principes de M. Bourdin, il soutient, ainsi que M. Cerise, que la doctrine actuelle du suicide est applicable en tout point à l'homicide, et que si le principe de M. Bourdin est vrai, il faut fermer les prisons, pardonner aux coupables et n'ouvrir que des hospices.

Il conteste à l'instinct de la conservation toute la force que lui attribue l'auteur du mémoire, qui prétend qu'il est tellement puissant, qu'il ne peut y avoir qu'un fou capable d'attenter à ses jours. En effet, cet instinct varie avec l'âge ; il ne domine pas absolument chez l'homme ; il n'est puissant que dans l'enfance, et diminue à mesure que la raison surgissant le contrebalance, et finit souvent par le dominer en faisant naître le besoin du bien-être physique et moral. A dater de ce moment la lutte est engagée ; et, dans certaines conditions sociales, en l'absence des idées religieuses, avec l'affaiblissement de l'instinct de la conservation, la mort volontaire est une ressource logique, sinon raisonnable.

Mais le triomphe de l'instinct du bonheur sur l'instinct de la conservation est une folie, dira-t-on. Non, évidemment ; à moins de regarder toute infraction aux lois de la morale comme un acte de folie, et d'abaisser l'homme jusqu'à ne voir en lui qu'une machine à vivre.

En énumérant les causes qui amènent l'homicide et le suicide, et après avoir cité les personnages historiques qui ont accompli l'une ou l'autre de ces actions bonnes ou mauvaises, suivant l'intention qui les faisait agir, M. Thirial pense avoir démontré que les suicides volontaires, libres et responsables, sont plus communs que ceux qui sont le fait d'une aliénation.

M. Thirial présente ensuite quelques arguments philosophiques, et il fait remarquer surtout qu'établir *en principe et comme loi absolue* que le suicide est toujours le résultat de la folie, et par conséquent involontaire et fatal, c'est une manière d'attenter à la liberté morale de l'homme, en lui enlevant le droit de porter les mains sur lui-même sous sa responsabilité.

M. Bourdin soutient que M. Thirial, dans son discours, a été constamment à côté de la question, et qu'il a fait comme les avocats qui ont une mauvaise cause à défendre ; que n'ayant pas de bonnes raisons à donner, il a fait appel aux passions et cherché à émouvoir ses auditeurs en leur jetant de nobles et de brillantes paroles ; mais que ce n'est pas ainsi que semblable question doit être discutée ; que les faits seuls doivent être interrogés froidement, ainsi qu'il a procédé dans son mémoire ; que la question examinée par lui est une question de fait et non une question de principe ; qu'elle doit être jugée médicalement et non combattue par les arguments de la morale.

On a dit, ajoute M. Bourdin, que notre manière de voir était un attentat contre la liberté morale de l'homme. Cet attentat n'existe pas plus dans ce cas que dans la pneumonie : il y a une maladie dans l'un et l'autre cas, et rien de plus. L'opinion de M. Bourdin ne portera pas plus atteinte à la morale, à la religion que la grande découverte de Galilée n'en a porté.

M. Thirial, reprenant la discussion, soutient que l'homme étant une *intelligence servie par des organes*, il est impossible de scinder la question ainsi que le veut M. Bourdin. Etudier l'homme dans sa nature et mettre de côté l'intelligence, c'est ne voir qu'une face de la question, c'est étudier un être incomplet.

Le secrétaire annuel, VINCHON.

Emploi du proto-chlorure d'étain comme contre-poison du bichlorure de mercure ; par M. POUMET (d'Orléans).

L'albumine et le gluten sont, comme on le sait, mis au premier rang des substances qui ont été proposées jusqu'ici à titre de contre-poisons du sublimé corrosif. M. Poumet vient de proposer de leur substituer le proto-chlorure d'étain, qui possède la propriété de décomposer ce sel mercuriel et de le réduire à l'état métallique.

Suivant l'auteur, le proto-chlorure d'étain offre, sur les autres contre-poisons, le grand avantage de se trouver dans tous les laboratoires, dans toutes les matières médicales, et d'être infailliblement suivi de succès.

Il résulte des expériences nombreuses faites par M. Poumet, que, si on administre ce sel avant les premiers vomissements, il convient d'en faire prendre une dose à peu près double de celle à laquelle le poison a été ingéré. Au contraire, lorsqu'il est déjà survenu des vomissements, il suffit de donner une dose moindre, mais toujours approximativement double de la quantité du composé mercuriel qui n'a pas encore été rejetée.

Le fait signalé par M. Poumet mérite sans contredit de fixer l'attention des praticiens, car il constitue réellement une nouvelle acquisition pour la thérapeutique ; mais toutefois, ainsi que l'a judicieusement fait remarquer M. Chevallier, il ne faut pas perdre de vue que le dosage de ce contre-poison présente une grave difficulté : donné en certaine proportion, il peut lui-même déterminer des accidents d'intoxication.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 128. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

AVIS IMPORTANT.

La GAZETTE DES HÔPITAUX s'est engagée à tenir les adhérents et les médecins, en général, au courant de ce qui se passera au Congrès. Ce Journal remplira le devoir qu'il a accepté, et tiendra à justifier le titre qui lui a été accordé, de *Journal officiel du Congrès médical.* Nos mesures sont prises pour augmenter le nombre de nos apparitions selon les exigences du moment.

Outre le numéro habituel de demain samedi, 1er novembre, la *Gazette des Hôpitaux* paraîtra après-demain, dimanche 2 novembre; on y trouvera le compte-rendu détaillé de la première séance du Congrès.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 31 OCTOBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

La Commission permanente a pris possession du Cercle de la rue Duphot, 10, mercredi matin à neuf heures. Depuis ce moment, les salons ont été ouverts à MM. les adhérents, qui y sont venus hier et avant-hier en assez grand nombre. Ce lieu est devenu l'aboutissant naturel des adhérents des départements qui sont déjà arrivés à Paris. Ainsi se sont réalisées les prévisions et les intentions de la Commission permanente.

Samedi, 1er novembre, à midi, à l'Hôtel-de-Ville, salle Saint-Jean, où l'on entrera par la rue Lobau, séance d'inauguration du Congrès, présidée par M. Serres, assisté de M. Amédée Latour, comme secrétaire, de M. Richelot, comme trésorier, et des autres membres de la Commission permanente.

L'ordre du jour de cette séance est celui-ci :

Allocution par M. Serres;

Compte-rendu des travaux de la Commission permanente ; par M. Amédée Latour ;

Nomination du bureau.

Les nominations doivent avoir lieu dans l'ordre suivant : Un président ; six vice-présidents, deux dans chaque section de médecine, de pharmacie et d'art vétérinaire ; un secrétaire général, six secrétaires des séances, deux dans chaque section ; un trésorier.

Pour faciliter cette opération, une feuille, divisée en autant de compartiments qu'il faut de nominations, et portant, imprimé en tête de chaque compartiment, le titre des fonctionnaires à élire, sera remise en entrant à chaque membre du Congrès. On n'aura besoin ainsi que d'un seul vote et d'un seul scrutin. Le dépouillement en sera confié à quatre bureaux pris parmi les membres, qui assisteront M. le président.

SÉANCES DE L'HOTEL-DE-VILLE.

Les séances de l'Hôtel-de-Ville se trouveront distribuées de la manière suivante :

LE SAMEDI 1er NOVEMBRE.

Assemblée générale à midi.

Ordre du jour : Compte-rendu des travaux de la Commission permanente. — Nomination du bureau définitif.

Nota. Toutes les séances de l'Hôtel-de-Ville auront lieu dans la salle Saint-Jean. On entrera par la rue Lobau.

LE LUNDI 3.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 1. (Ecoles de pharmacie. — Ecoles préparatoires. — Enseignement libre.) Discussion et vote.

Section de médecine, de 2 heures à 5 heures.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 1. (Facultés et écoles.) Discussion et vote.

LE MARDI 4.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 2. (Des élèves. — Ordres des études. — Ecoles. — Réceptions. — Jurys d'examen.)

Section de médecine, de 2 heures à 5 heures.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 2. (Enseignement libre.)

LE MERCREDI 5.

Assemblée générale à une heure.

Ordre du jour : Rapport de la Commission mixte n° 3, composée de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires. (Professeurs. — Agrégés.)

LE JEUDI 6.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 4. (Deux ordres de pharmaciens. — Jurys médicaux.)

Section de médecine, de 2 heures à 5 heures.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 4. (Elèves.)

LE VENDREDI 7.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 5. (Codex. — Tarif légal. — Expertises judiciaires.)

Section de médecine, de 2 heures à 5 heures.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 5. (Examens, réceptions.)

LE SAMEDI 8.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 6. (Responsabilité. — Vente des poisons.)

Section de médecine, de 2 heures à 5 heures.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 6. (Les deux ordres de médecins. — Médecins cantonaux.)

LE DIMANCHE 9.

Section de pharmacie, de 9 heures à 11.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 7. (Exercice illégal. — Prête-nom. — Pharmaciens étrangers.)

Section de médecine, de 1 heure à 3.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 7. (Honoraires.)

Section de pharmacie, de 4 heures à 6.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 8. (Herboristes. — Vétérinaires. — Pharmaciens dits spéciaux.)

LE LUNDI 10.

Section de médecine, de 9 heures à 11.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 8. (Responsabilité. — Secret.)

Section de pharmacie, de 1 heure à 3.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 9. (Limitation du nombre des pharmaciens. — De la liberté dans l'exercice de la pharmacie.)

Section de médecine, de 4 heures à 6.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 9. (Exercice illégal. — Médecins étrangers. — Conseils de discipline. — Limitation du nombre des médecins.)

LE MARDI 11.

Assemblée générale à midi.

Ordre du jour : Lecture du rapport de la commission mixte n° 10, composée de médecins, de pharmaciens et de médecins-vétérinaires. (Abus et délits. — Annonces. — Spécialités. — Remèdes secrets. — Compérage médical. — Cumul des professions médicales. — Empiétement des professions voisines. — Etablissements de charité.)

LE MERCREDI 12.

Section de pharmacie, de 9 heures à midi.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 11. (Hôpitaux civils. — Dispensaires.)

Section de médecine, de 2 heures à 5.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 11. (Questions diverses. — Sages-femmes.)

LE JEUDI 13.

Section de pharmacie, de 9 heures à 11.

Ordre du jour : Rapport de la commission n° 12. (De l'association. — Conseils de discipline. — Conseils médicaux.)

Section de médecine, de 1 heure à 3.

Ordre du jour : Rapport de la Commission n° 12. (Associations.)

Section de médecine vétérinaire, de 4 heures à 7.

Ordre du jour : Rapport général de la section.

LE VENDREDI 14.

Assemblée générale à midi.

Ordre du jour : Rapport général du Congrès par le secrétaire-général.

LE SAMEDI 15.

Assemblée générale à midi.

Ordre du jour : Nomination d'une Commisssion de quinze membres en exécution de l'article 13 du règlement. — Compte-rendu du trésorier.

La Commission permanente s'est attachée à faire entrer dans la composition des commissions chargées d'examiner les diverses séries de questions du programme, les délégués des départements. C'était une mesure d'équité, puisque chaque délégué représente un grand nombre de médecins. Cependant, il n'a pas été possible de donner une place à tous les délégués dans les commissions, dont le nombre était nécessairement limité, d'autant plus que plusieurs noms de délégués ne sont parvenus à la Commission permanente que depuis que les listes des commissions ont été arrêtées et imprimées. Ceux de messieurs les délégués qui tiendraient à faire partie d'une commission, sont priés de s'inscrire chez M. Richelot, rue Neuve-des-Mathurins, 10, où on leur donnera une carte avec laquelle ils pourront se présenter aux réunions de la commission choisie par eux, et prendre part à ses travaux.

Depuis que la liste générale des membres du Congrès a été imprimée avec le règlement, les adhésions ne cessent d'arriver en grand nombre ; tous ces noms continueront à être publiés dans la *Gazette des Hôpitaux;* et de plus, ils figureront dans la liste définitive et complète qui sera imprimée après la session du Congrès.

La Commission a trop à faire en ce moment pour s'occuper d'envoyer les cartes d'admission aux membres du Congrès à Paris; ils sont priés d'envoyer chercher leur carte chez M. Richelot, trésorier de la commission, rue Neuve-des-Mathurins, 10.

Les délégués des départements sont surtout invités à faire prendre sans délai, chez M. Richelot, un exemplaire de l'instruction qui leur fera connaître la marche des travaux des commissions.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Dix-huitième liste.

M. le docteur Valleix, médecin du Bureau central des hôpitaux, à Paris.
M. Vachier, pharmacien, à Mâcon (Saône-et-Loire).
M. Lacroix, pharmacien, à Mâcon.
M. Batilliat, pharmacien, à Mâcon.
M. Denis, pharmacien à Mâcon.
M. Batilliat-Ducray, pharmacien à Mâcon.
M. Balcarsel, pharmacien, à Mâcon.
M. Targes, pharmacien, à Mâcon.
M. Raveaud, pharmacien à Mâcon.
M. Mossel, pharmacien à Mâcon.
M. Thériot, pharmacien à Mâcon.
M. Voituret, pharmacien à Mâcon.
M. Pornon, vétérinaire à Mâcon.
M. Courtois, vétérinaire à Mâcon.
M. Ducharne, vétérinaire à Mâcon.
M. Bertaud, médecin à Oyé, près Semur.
M. le docteur Mac-Carthy, président de la Société médicale anglaise.
M. le docteur Guillier, à Charonne.
M. le docteur Le Roux, à Elbeuf.
M. le docteur Maignan-Levesque, à Elbeuf.
M. le docteur Cosson de Keroodies, à Paris.
M. le docteur Brossette, à Digoin (Saône-et-Loire).
M. Serée, pharmacien à Digoin.
M. le docteur Arnaud, à Paray.
M. Desforges, pharmacien à Paray.
M. le docteur Bassot, à Marcigny.
M. le docteur Allier, à Marcigny.
M. le docteur George, à Monceau-l'Etoile.
M. Jobert, pharmacien à Marcigny.
M. le docteur Compin, à Charolles.
M. le docteur Morin, à Charolles.
M. Dumont, pharmacien à Charolles.
M. le docteur Delaveau, à Melle (Deux-Sèvres).
M. le docteur Chabot, à Saint-Romans.
M. le docteur Plantevigne, à Chef-Boutonne.
M. le docteur Giraud, à Chef-Boutonne.
M. le docteur Métayer, à Brioux.
M. le docteur Toulat, à Lezay.
M. Gorin, médecin à Celles.
M. Paris, médecin à Périgny.
M. le docteur Simon de Vaudiville, à Cherbourg (Manche).
M. le docteur Viel-Hautmesnil, à Cherbourg.
M. le docteur Lamache, à Cherbourg.
M. le docteur Le Durdinier, à Cherbourg.
M. le docteur La Chaise, à Cherbourg.
M. le docteur Loysel, à Cherbourg.
M. le docteur Ledentu, à Cherbourg.
M. le docteur Vadet, à Cherbourg.
M. le docteur Witlich, aide-major au 42e de ligne, à Paris.
M. le docteur Leval-Piquechef, pharmacien à Paris.
M. le docteur Coquin-du-Martel, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, à Péronne (Somme).
M. le docteur André, à Péronne.
M. le docteur Bucquoy, à Péronne.
M. le docteur Pouchain, à Péronne.

M. le docteur Legros, à Marquaix.
M. le docteur Faroux, à Combles.
M. le docteur Capon, à Péronne.
M. le docteur Désavenières, à Paris.
M. le docteur Edouard Estienne, à Paris.
M. le docteur Petitjean, à Belfort (Haut-Rhin).
M. le docteur Bardèche, à Belfort.
M. le docteur Hyvernat, à Belfort.
M. le docteur Audiganne, à Paris.
M. Picard, pharmacien à Paris.
M. Lamouroux, pharmacien à Paris.
M. Pujol, pharmacien à Paris.
M. le docteur Lacaze, à Montgeron (Seine-et-Oise).
M. le docteur Desormeaux, à Paris.
(Délégué de l'arrondissement de Châteaudun.)
M. Joannès, pharmacien à Paris.
M. le docteur Deschamps, à Paris.
M. le docteur Lassès, à La Villette.
M. le docteur Mauruc, à Paris.
M. Dubois, pharmacien à Versailles.
M. le docteur Maublanc, à Paris.
M. le docteur Larches, à Martigny (Vosges).
M. le docteur Barrat, directeur de l'Ecole auxiliaire de droit et de médecine, à Paris.
M. Marais, pharmacien à Paris.
M. le docteur Vernet, à Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise).
M. le docteur Villiers Herlnison, à Marcilly-sur-Seine.
M. le docteur Duchenne, à Paris.
M. Morel, pharmacien à Auteuil.
M. le docteur Maloizel, à Fontainebleau.
M. Lemoine, pharmacien à Sèvres.
M. Meunier, médecin-vétérinaire, à Senlis (Oise).
M. Bernier, pharmacien à Brunhamel (Aisne).
M. le docteur Laguerre, à Paris.
M. le docteur Caron, délégué du Bureau de bienfaisance du 4e arrondissement.
M. Rajecki, pharmacien à Paris.
M. le docteur Roux, à Cette.
(Délégué des médecins de Cette.)
M. le docteur Videcoq, à Paris.
M. le docteur Rodier, à Paris.
M. Chevalier, pharmacien à Amiens (Somme).
M. le docteur Bouvaist, à Abbeville.
M. le docteur Dubois, à Abbeville.
M. le docteur Dumont, à Abbeville.
M. le docteur François, à Abbeville.
M. le docteur Petit (Charles), à Abbeville.
M. le docteur Petit (Hilaire), à Abbeville.
M. le docteur Poultier, à Abbeville.
M. le docteur Vésignié, à Abbeville.
M. le docteur Vion, à Abbeville.
M. Mouceiot, pharmacien à Paris.
M. Defert, pharmacien à Paris.
M. Omer-Dabat, pharmacien au Bourg-la-Reine près Paris.
M. le docteur Bourguignon, à Paris.
M. le docteur Gasnier, à Paris.
M. le docteur Dablin, à Houdan (Seine-et-Oise).
M. le docteur Saucine, à Bonnieres.
M. Ratet, pharmacien à Meulan.
M. Maurice, médecin à Privas (Ardèche).
M. Pellier, pharmacien à Privas.
M. Rioufol, pharmacien à Privas.
M. le docteur Barret, à Paris.
M. Marty, médecin-dentiste à Lyon (Rhône).
M. le docteur Berna, à Paris.
M. le docteur Cousin, à Paris.
M. Paul-Gage, pharmacien à Paris.
M. Dupont, pharmacien à Paris.
M. le docteur Ducros, à Langon (Gironde).
M. le docteur Huberson, à Regmalard (Orne).
M. le docteur D'Hers, à Puymaurin (Haute-Garonne).
M. le docteur Thépault, à Port Louis (Morbihan).
M. Bermond, pharmacien à Hennebon.
M. Evanno, médecin à Hennebon.
M. le docteur Le Bobinec, à Hennebon.
M. le docteur Mougeat, 2e médecin en chef de la marine, à Lorient.
M. le docteur Leyer, chirurgien-major du régiment d'artillerie de marine, à Lorient.
M. Beauchemin, médecin, 2e chirurg. de l'hôpital civil de Lorient.
M. le docteur Poussin, à Lorient.
M. le docteur Chardin, méd. en chef de l'hôpital civil de Lorient.
M. le docteur Lestrohan, prof. d'accouchements, méd. du Lazaret, à Lorient.
M. le docteur Bodélio, à Lorient.
M. le docteur Boucband, à Lorient.
M. le docteur Tiret, chirurg. en chef de l'hôpital civil, à Lorient.
M. le docteur Gilles à Auray.
M. le docteur Le Montagner, à Auray.
M. Raoul, pharmacien à Lorient.
M. Garnier, pharmacien à Lorient.
M. Mariet, pharmacien à Lorient.
M. Marcille, pharmacien à Lorient.
M. Gicquel, pharmacien à Lorient.
M. Hortier, pharmacien à Lorient.
M. Lagrange, pharmacien à Lorient.
M. le docteur Leroy, à Paris.
M. Bazin, médecin de l'hôpital de Lourcine, à Paris.
M. Fournier, pharmacien à Paris.
M. le docteur Chalvet fils, à St-Marcellin (Isère).
M. Derbigny, pharmacien à Montcornet (Aisne).
M. le docteur Ad. Perin, à Roncy.
M. le docteur Alleon, médecin et chirurgien de l'hôpital d'Annonay, du collége, du Sacré-Cœur et de la Providence de la même ville; membre du Conseil d'arrondissement de Tournon, premier adjoint de la ville d'Annonay (Ardèche).
M. le docteur Ed. Courot, à Auxerre (Yonne).
M. Tallevignes, médecin à Sigean (Aude).
M. Molric, médecin à Sigean.
M. Lalaunes, médecin à La Nouvelle.
M. le docteur Bertrand, à Châlons-sur-Marne.
M. le docteur Mayneau, membre correspondant du Cercle médical et de la Société chirurgicale d'émulation de Montpellier, à Béziers (Hérault).
M. le docteur Peyrand, médecin de l'hôpital de Montbron, médecin-surveillant des enfants trouvés et des nourrices du canton (fonctions gratuites), membre correspondant de la Société de médecine de Poitiers, à Montbron (Charente).
M. le docteur Brard, à Jonzac (Charente-Inférieure).
M. le docteur Ranson, à Jonzac.
M. le docteur Levavasseur, au Blanc (Indre).
M. le docteur Chollet, à Parthenay (Deux-Sèvres).
M. le docteur Gaillard, à Parthenay.
Société des pharmaciens de Rouen, représentée par un délégué.
Pharmaciens de l'arrondissement de Rouen, représentés par un délégué.
M. Faucher, pharmacien à Batignolles.

M. le docteur Becquerel, à Paris.
M. le docteur Adolphe Bardet fils, à Bernay (Eure).
M. le docteur Thelu, ex-chirurgien des armées impériales, et vaccinateur spécial du département du Nord, à Dunkerque.
M. Demarle aîné, pharmacien à Boulogne (Pas-de-Calais).
M. le docteur Eudes, à Bayeux (Calvados).
M. Delagenevraye, ancien pharmacien des Tuileries, à Saumur (Maine-et-Loire).
M. Remiot, pharmacien à Paris.
M. le docteur Lornier, médecin à Paris.
M. le docteur Beroud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantua et de Bourg, délégué.
M. le docteur Montvenoux, à Montluel (Ain).
M. le docteur Perrin, à Montluel.
M. le docteur Vaulpré, à Châtillon.
M. le docteur Fournier de Lempdes, à Paris.
M. le docteur Boniface, à Paris.
M. le docteur Saintour, à Paris.
M. le docteur Monod, à Paris.
M. le docteur Thifaine Desaimeaux, à Paris.
M. Corniol, pharmacien à Paris.
M. Bialé (G.), médecin à Paris.
M. le docteur Paul Desruisseaux, à Caen (Calvados).
M. le docteur Cazenave, prof. à l'hôpital d'instruction de Lille.
M. O. Gellée, pharmacien à Paris.
M. Georges Buchel, chirurgien-ventouseur à Paris.
M. Hervé, à Paris.
M. le docteur Poumet, délégué de la Société anatomique de Paris.
M. le docteur Genest, à Paris.
M. Buteux, pharmacien à Paris.
M. Debourge, pharmacien à Paris.
M. le docteur Manuel, à Paris.
MM. les docteurs Guérin et Cambournac, délégués des médecins du département du Cher.
M. le docteur Coster, à Paris.
M. le docteur Robecchi, à Paris.
M. le docteur Flamand, à Cagnes (Var).
M. le docteur Gasnault, à Paris.
M. le docteur Huard, à Paris.
M. le docteur Fabrège, à Belleville.
M. le docteur Brice de Parollue.
M. Sabitas, vétérinaire à Lohinmeau.
M. le docteur Koslowki, à Arpajon (Seine-et-Oise)
M. le docteur Michea, à Paris.
M. Baget, pharm., membre de la Soc. de pharm. de Paris.
M. le docteur Benoît père, à Dié. (Drôme.)
M. le docteur Benoît fils, à Dié.
M. Taillutte, pharmacien à Dié.
M. Pons de Vissac, médecin à Luc.
La Société médicale de La Rochelle, ayant pour délégués MM Aulagnier, Cornay et Lartigue.
L. le docteur Schmid, au Noyer près Sancerre. (Cher.)
M. Delaforge, pharmacien à Gondrecourt. (Moselle.)
M. Couilbaux, vétérinaire à Epernay. (Marne.)
M. le docteur Brochard, méd. de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou. (Eure-et-Loir.)
M. Dessommer, médecin à Boursay. (Loire-et-Cher.)
M. le docteur Drouhet, ancien interne de l'Hôtel-dieu de Poitiers, à Melle. (Deux-Sèvres.)
M. le docteur Meynard, à Toulouse.
M. le docteur Oltmann à St-Dié. (Vosges.)
M. le docteur Rossier père, à Beaumont près Valence. (Drôme.)
M. le docteur Rossier fils, à Beaumont près Valence.
M. Dumée, pharmacien à Nemours. (Seine-et-Marne.)
M. Guillemart, pharmacien à Nemours.
M. Vicherat, médecin à Nemours.
M. le docteur Buzairies, délégué du corps médical de Limoux, à Limoux. (Aude.)
M. le docteur Espezel, délégué du corps médical de Limoux, à Esperaza. (Aude.)
M. le docteur Hombron, délégué de la Soc. méd. du 12e arrond. et des médecins de Brest.
M. le docteur Dufour, délégué des médecins de Brest, à Paris.
M. Tintillier, pharmacien à Paris.
M. le docteur Pirard, à Paris.
M. le docteur Duffour, à Mâcon. (Saône-et-Loire.)
M. le docteur Toullard, à Mâcon.
M. le docteur Perrachon, à Mâcon.
M. le docteur Greuzard, à Mâcon.
M. le docteur Carteron, à Mâcon.
M. le docteur Bouchard, à Mâcon.
M. le docteur Ordinaire, à Mâcon.
M. le docteur Lorin, à Mâcon.
M. le docteur Garnier, à Mâcon.
M. le docteur Canard père, à Mâcon.
M. le docteur Canard fils, à Mâcon.
M. le docteur Mardy, à Mâcon.
M. le docteur Palanchon, à Mâcon.
M. le docteur Léoni, à Mâcon.
M. le docteur Aucaigne, à Mâcon.
M. le docteur Lymian, à Mâcon.
M. le docteur Niepce, à Mâcon.
M. le docteur Pageaut, à Mâcon.
M. Dumont de Virey, médecin à Mâcon.
M. le docteur Tumey, à Mâcon.
M. le docteur Belot, à Mâcon.
M. le docteur Charton, à Mâcon.
M. le docteur Barraud, à Mâcon.
M. le docteur Pidoux, à Paris, délégué du Comité médical de l'arrondissement médical de Lons-le-Saunier. (Jura)
M. Fontan, délégué des médecins de l'arrondissement de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
M. Thiriot, médecin, à Epinal (Vosges).
M. le docteur Thiébault à Aonze.
M. Toillier, pharmacien à Epinal.
M. Tocquaine, pharmacien à Remiremont.
M. le docteur Maussuy, chirurgien-major au 7e cuirassiers, à Epinal.
M. le docteur Mellez, à Raon-l'Etape.
M. le docteur Mougeot père, à Bruyères.
M. le docteur Masson, à Remiremont.
M. le docteur Massoa, à Fraize.
M. le docteur Mengin, à Lamarche.
M. Martin, pharmacien à Neufchâteau.
M. Levert, aide-major au 7e cuirassiers, à Epinal.
M. Lafontaine, médecin, à Coussey.
M. Lament, pharmacien à Remiremont.
M. le docteur Jacquot, à Bains.
M. le docteur Jacquot, à Senones.
M. Julliot, médecin, à Pompières.
M. Jacquemin, pharmacien à Labroque.
M. le docteur Voigt, à Raon-l'Etape.
M. Voirin, pharmacien à Raon-l'Etape.
M. le docteur Kwiatkowski, à Mattaincourt.
M. Kelsch, pharmacien à Gérardmer.
M. Fleurot, médecin, à Gorhaye.
M. le docteur Oury, à Rambervillers.

M. Engelhardt, pharmacien à Senones.
M. le docteur Fabre, à Villeneuve (Lot-et-Garonne).
M. Fourestié pharmacien à Villeneuve.
M. Fabre, vétérinaire, à Casseneuil.
M. le docteur Devaux-Bidon, à Villeneuve.
M. le docteur Delerm, à Saint-Pastour.
M. le docteur Chauby, à Villeneuve.
M. Cédié, pharmacien à Villeneuve.
M. Caillera, pharmacien à Villeneuve.
M. le docteur Boussac, à Castillonnes.
M. Bézins, pharmacien à Villeneuve.
M. le docteur Leydet, à Montflanquin.
M. le docteur Lacombe, à Sainte-Livrade.
M. le docteur Lafaye, à Monclar.
M. Lavaud, médecin, à La Capelle.
M. Fafaurie, pharmacien à Monclar.
M. Lalley, pharmacien à Casseneuil.
M. Lanougarède, vétérinaire, à Casseneuil.
M. le docteur Maylac, à Villeréal.
M. Malhec, médecin, à Casseneuil.
M. Paganel, médecin, à Pessac.
M. le docteur Garraud, à Villeneuve.
M. Gachet, vétérinaire à Sainte-Livrade.
M. le docteur Recours, à Villeneuve.
M. Recours, pharmacien à Casseneuil.
M. Ancère fils, vétérinaire à Villeneuve.
M. le docteur de Gislain, à Montargis.
M. Souillard, pharmacien à Sens.
M. Prempain, pharmacien à Argentan.
M. le docteur Masse, professeur particulier d'anatomie, à Paris.
M. le docteur Martinet, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Société vétérinaire des départements de l'Ouest.
M. Corroy, président et délégué de l'Association médicale de Maine-et-Loire, vétérinaire au dépôt d'étalons d'Angers.
M. Chahert, vétérinaire à Angers.
M. Cordier vétérinaire à Angers.
M. Duplaquet, vétérinaire du dépôt des remontes, à Angers.
M. Darange, vétérinaire à Laval (Mayenne).
M. Du Grand-Lannay, médecin de l'asile d'aliénés, à Pontorson.
M. Gaignard, vétérinaire à Châlonnes (Maine-et-Loire).
M. Girard, vétérinaire à Doué.
M. Jouin, vétérinaire à Brissac.
M. Jallot, vétérinaire au Lion-d'Angers.
M. J. Raimbault, vétérinaire à Saumur.
M. L. Raimbault, vétérinaire à Thouarcé.
M. Robert, vétérinaire à Nantes.
M. Richemer, médecin à Longué.
M. Roujon, ancien pharmacien, à Angers.
M. Tiercelin, vétérinaire à Beaufort.
M. Abadie, vétérinaire à Nantes.
M. le docteur Lecacheur, à Brissac.
M. le docteur Vétault, aux Ponts-de-Cé.
M. le docteur Juin, à Puiceley.
M. le docteur Valentin, chirurg. de l'hôpital de Vitry-le-Français.
M. Wibert, vétérinaire à Vitry-le-Français.
M. le docteur Cagnion, médecin en chef de l'hôpital de Vitry-le-Français.
M. le docteur Chevillion, médecin du Bureau de bienfaisance de Vitry-le-Français.
M. Callond, pharmacien à Vitry-le-Français.
M. Charoy, médecin-adjoint à l'hôpital de Vitry-le-Français.
M. Bompard, pharmacien à Vitry-le-Français.
M. Didelot, médecin à Haussignemont.
M. Pestre, pharmacien à Vitry-le-Français.
M. Périnet, pharmacien à Vitry-le-Français.
M. le docteur Martin, à Vitry-le Français.
M. Lévêque, médecin à Vitry-le-Français.
Commission de la Société de pharmacie de Béziers.
Société de médecine de l'arrondissement de Châteaudun.
M. le docteur Meunier, président de la Société de médecine de Châteaudun.
M. le docteur Anthoine, secrétaire de la Société de médecine de Châteaudun.
M. le docteur Raimbert, secrétaire de la Société de médecine de Châteaudun.
M. Rohard, vétérinaire à Marseille (Oise).
M. Dèche, médecin à Saint-Sulpice.
M. le docteur Dieulafoy, chirurgien en chef de l'hôpital St-Joseph-de-Lagrave, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Toulouse.
M. Maynard, pharmacien, à Gaillac (Tarn).
M. le docteur Lapenne, médecin en chef de l'hôpital, à Lavaur.
M. Privat, pharmacien à Montmirail.
M. le docteur Aza ..-Dijon, à Alby
MM. Lefèvre, Rodier, délégués des officiers de santé du département du Cher.
M. le docteur Chauffard, médecin de l'hospice d'Avignon, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, des Académies de Turin, de Philadelphie, de Madrid, etc.
MM. Perreau, Dechamps, délégués des pharmaciens du département du Cher.
MM. Changeux, Perrot, Godeau, délégués des vétérinaires du département du Cher.
M. le docteur Dewulf, à Paris
M. le docteur Boisduval, à Paris.
M. le docteur Louis Mandl, à Paris.
M. Désir, pharmacien à Valenciennes (Nord).
M. Soleaux, médecin à Préseau.
M. le docteur Lefebure à Paris.
M. le docteur Beauregard, à Pontaumur, arrondissement de Riom.
M. Clicquet, pharmacien à Frénoy (Aisne).
M. Garcin, pharmacien à Saint-Quentin.
M. George, pharmacien à Bohain.
M. Havart, pharmacien à Bohain.
M. Lebret, pharmacien à Saint-Quentin.
M. Lecocq, pharmacien à Saint-Quentin.
M. Mallet, pharmacien à Saint-Quentin.
M. Magnier, pharmacien à Flavy
M. le docteur Le Guillou, à Paris.
M. Bordo, médecin à Olette (Pyrénées-Orientales).
M. le docteur Lance, à Prades.
M. le docteur Marie, à Prades.
M. Vuibanys pharmacien de première classe à Prades.
M. Ferrer, pharmacien à Prades.
M. Augusti, vétérinaire à Prades.
M. le docteur Bazinet, à Mosset.
M. le docteur Picon, à Catllar.
M. le docteur Affre, à Beaune (Côte-d'Or).
M. le docteur Poulet, à Beaune.
M. le docteur Satand, à Beaune.
M. le docteur Seguin, à Beaune.
M. le docteur Molier, à Beaune.
M. le docteur Voillot, à Beaune.
M. le docteur Billardet, à Beaune.
M. le docteur Pastorino, à Seurre.
M. le docteur Gointheret, à Seurre.
M. le docteur Petit-Jean, à Seurre.

M. le docteur Chapuy, à Nuits.
M. le docteur Rozier, à Nolay.
M. le docteur Martroy, à Nolay.
M. le docteur Cellard, à Meursange.
M. le docteur Vauchey à Corberon.
M. Poncet, pharmacien à Beaune.
M. Lamarosse, pharmacien à Beaune.
M. Rogier, pharmacien à Beaune.
M. Tisy, pharmacien à Seuvre.
M. Bobet, pharmacien à Seuvre.
M. Leveque, pharmacien à Nuits.
M. Colin, pharmacien à Saint-Jean-de-l'Osne.
M. Collas, pharmacien à Saint-Jean-de-l'Osne.
M. David, médecin à Jory.
M. François, médecin à Sainte-Sabine.
M. Ponsat, vétérinaire à Beaune.
M. Freychard, vétérinaire à Besune.
M. Henyer, vétérinaire à Nuits.
M. Banzon, pharmacien à Pouilly-en-Auxois.
M. le docteur Montargis, à Paris.
M. le docteur Chambolle, chirurgien principal à l'hôpital militaire de Saint-Denis.
M. le docteur Émile Lesourd de Beauregard, à Souppes (Seine et-Marne).
M. le docteur Legendre, à Paris.
Les pharmaciens de la ville de Cambrai.
M. le docteur Vasseur, à Paris.
M. le docteur Besson, ancien chirurgien militaire sous l'empire, à La Tremblade (Charente-Inférieure).
M. le docteur Babie, à Meudon (Seine-et-Oise).
La Société de pharmacie de Bordeaux ayant pour délégué M. Henri Magonty, membre de la Société de pharmacie, membre de la Société de médecine, professeur du cours municipal de chimie, etc., de Bordeaux.
M. le docteur Raduel, à Saint Flour (Cantal).
M. le docteur Ma, à Saint-Flour.
M. Missonier, pharmacien à Saint-Flour.
M. le docteur Mejansac, à Pierrefond, arrondissement de Saint-Flour.
M. le docteur Marsal, à Massiac, arrondissement de Saint-Flour.
M. le docteur Grassal, à Saint-Flour.
M. le docteur Brémond, à Saint-Flour.
M. Borski, pharmacien, à Saint-Flour.
M. le docteur Baduel, à Valuejols, près Saint-Flour.
M. le docteur Delotz, à Saint Flour.
M. Dupuy, pharmacien à Saint-Flour.
M. le docteur Serve, à Saint Flour.
M. le docteur Sagette, à Cuss c, près Saint-Flour.
M. le docteur Salvagnac, à Tagenac, près Saint-Flour.
M. le docteur Tassy, à Saint-Flour.
M. Cairol, médecin-vétérinaire à Saint-Flour.
M. Laplaza, médecin, à Talizat, près Saint-Flour.
M. Lagane, pharmacien à Massiac.
M. Valette, médecin à Talizat.
M. le docteur Noble, délégué des médecins de Versailles.
M. Belin, pharmacien, délégué des pharmaciens de Versailles.
M. Thibierge, pharmacien, délégué des pharmaciens de Versailles.
M. Leduc, pharmacien, délégué des pharmaciens de Versailles.
M. le docteur Morère, délégué des médecins de Versailles
M. le docteur Bérigny, délégué des médecins de Versailles.
M. Bruyant, vétérinaire au 7e dragons, délégué des vétérinaires de Versailles.
M. Berger, vétérinaire en retraite, délégué des vétérinaires de Versailles.
M. Laurent, pharmacien à Melun (Seine-et-Marne).
M. le docteur Gillet, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hôpital de Melun.
M. Germain, pharmacien à Melun.
M. Cauvin, pharmacien à Melun.
M. Chevrier, vétérinaire à Melun.
M. le docteur Fantin, à Melun.
M. Journeil, pharmacien à Melun.
M. Rogier, pharmacien à Melun.
M. le docteur Vinsot, à Melun.
M. le docteur Allard, à Montoire (Loire-et-Cher).
M. le docteur Barbin, à Droué.
M. le docteur Boucher, à la Ville-aux-Clercs.
M. Ridou, médecin à Souday.
M. le docteur Ciscez, à Paris.
M. le docteur Vignolo, à Paris.
M. le docteur Villeneuve, chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, à Marseille (Bouches-du Rhône).
M. le docteur Gay, à Châteauroux (Indre).
M. le docteur Cornuau à Châteauroux.
M. le docteur Godinat, à Châteauroux.
M. le docteur Maquart, à Châteauroux.
M. le docteur Teilhard, médecin de l'hôpital de Murat (Cantal).
M. le docteur Maublanc, à la chaussée du Maine.
M. le docteur Pommeau fils, à Aigre (Charente).
M. le docteur Viel, chirurgien en chef de l'hôpital de Cette (Hérault).
M. le docteur Falip, médecin en chef de l'hôpital de Cette.
M. le docteur Cathala, à Cette.
M. le docteur Rouquette, médecin-adjoint à l'hôpital de Cette.
M. le docteur Rowinski, à Cette.
M. Rouquette-Vidal, pharmacien à Cette.
M. Lancel, pharmacien, à Cette.
M. Thaès, pharmacien, à Cette.
M. Gerwinski, pharmacien, à Cette.
M. Béard, pharmacien, à Cette.
M. Simonnat, pharmacien, à Cette.
M. Blavet, vétérinaire à Cette.
M. le docteur Drappier, médecin de l'hôpital d'Epinal (Vosges).
M. Deviquevielle, médecin, à Gérardmer.
M. le docteur Didiergeorge, à Bruyères.
M. le docteur Delamontagne, à Neufchâteau.
M. le docteur Deschamps père, à Neufchâteau.
M. le docteur Daval, au Thillot.
M. Drouet, pharmacien à Lamarche.
M. le docteur Haxo, chirurgien de l'hôpital d'Epinal.
M. le docteur Croupe, à Epinal.
M. le docteur Chevreuse, à Charmes.
M. le docteur Claudot, à Neufchâteau.
M. Couval, pharmacien à Epinal.
M. Cobasse, pharmacien à Raon-l'Etape.
M. le docteur Garnier, à Epinal.
M. le docteur Grillot, à Bains.
M. le docteur Galland, à Neufchâteau.
M. Grandgury, pharmacien, à Bains.
M. Gandel, pharmacien, à Bruyères.
M. Gentilhomme, pharmacien à Plombières.
M. le docteur Pierre, à Epinal.
M. Pommier, pharmacien à Mirecourt.
M. le docteur Briguel, à Epinal.
M. le docteur Bédel, à Schirmeck.
M. le docteur Bailly, à Bains.
M. Bataille aîné, pharmacien à Epinal.
M. Bataille (Victor), pharmacien à Epinal.
M. le docteur Beclère, à Paris.
M. le docteur F. Sibadey, à Bordeaux.
M. le docteur de Bonis, à Paris.
M. Gorlier, pharmacien à Meaux (Seine-et Oise).
M. Trongneux, pharmacien à Abbeville (Somme).
M. le docteur James, directeur de la Société nationale de vaccine, à Paris.
M. le docteur Chauvet (Fréd.), à Apt (Vaucluse).
M. Seymard (Eugène), pharmacien à Apt.
M. le docteur Roux (Pierre-Martin), secrétaire perpétuel de la Société de statistique, à Marseille.
M. le docteur Lamandour, médecin de l'hospice de Saint-Pol-de-Léon (Finistère).
M. le docteur Fauvel, à Pavilly (Seine-Inférieure).
M. Lepron, pharmacien à Pavilly.
M. le docteur Bureaud Riofrey, à Paris.
M. le docteur Tessier (Jean-Paul), médecin du Bureau central.
M. le docteur Saulpic, à Vincennes médecin de l'hospice St-Michel.
M. le docteur Legrand, à Vincennes, pharmacien de l'hospice St-Michel.
M. le docteur Terrier, membre de la Société de médecine pratique.
M. le docteur Loyer, à Neuilly (Seine).
M. le docteur Bessière (E.), ancien médecin des bureaux de bienfaisance
M. le docteur Decertaine, à Fours. (Nièvre.)
M. le docteur Bertet, à Cercoux. (Charente-Infér.)
M. le docteur Mallet, ancien chirurgien de marine, délégué de l'arrondissement d'Uzès. (Gard)
M. Fermont, pharmacien en chef de la Salpétrière, à Paris.
M. le docteur Auzias-Turenne, professeur libre d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole pratique.
M. le docteur Reybaud à Milly. (Seine-et Oise.)
M. le docteur Meyer, de Berlin.
M. le docteur Garnier, du Brésil.
M. le chanoine Clavel, médecin à Paris.

Total de la dix-huitième liste,	482
Listes précédentes,	2779
Total général, à ce jour,	3261

— *Errata.* Dans le numéro du 30 novembre, *au lieu* de Lerroud, à St-Pourçain, *lisez* Laronde; *au lieu* de Micamez, à Aurillac, *lisez* Mirande.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Depuis le mois d'août, M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis, a eu l'occasion de soigner un grand nombre de malades atteints de dysenterie, dont plusieurs ont succombé malgré l'emploi rationnel des moyens généralement usités. Voyant le peu de succès de ces moyens, M. Barthez fit appel à d'autres agents thérapeutiques, et s'arrêta au sous-acétate de plomb, en raison de l'action astringente de ce médicament sur les muqueuses, et de la constipation qui accompagne l'entéralgie saturnine.

M. Barthez, procédant avec la mesure que nécessitait un médicament de cette espèce, et arrivé à pouvoir prescrire, en lavement, jusqu'à 100 gouttes d'extrait de saturne, ou bien 5 grammes pour 500 grammes d'eau tiède, sans que, ni pendant, ni après l'administration du remède, aucun accident imputable à ce dernier soit jamais survenu. Quant à la dysenterie, elle est arrêtée presque subitement.

Voici une observation destinée à faire mieux apprécier ce mode de traitement.

Un homme robuste, sanguin, infirmier de l'hôpital, fut pris, le 23 août, vers dix heures du matin, de coliques précédées de frissons et suivies d'un besoin irrésistible d'aller à la garde-robe. Point d'excès antérieurs. Il y avait à l'hôpital un grand nombre de dysentériques. Le lendemain, 24, les selles avaient été si répétés que le malade n'avait pour ainsi dire point quitté la chaise. Les matières étaient très sanguinolentes. Lavement avec extrait de saturne, 80 gouttes; eau distillée tiède, 500 gr. Ce lavement ne fut pas reçu. Un second, composé de la même manière, fut administré deux heures après et gardé vingt minutes. Un troisième, donné après le même intervalle, fut conservé aussi pendant vingt minutes, et rendu avec des matières qui ne présentaient plus aucune trace de sang; elles étaient formées, au rapport du sujet, de rouleaux membraneux et blanchâtres, comparables à du blanc d'œuf coagulé.

Dès ce moment, le nombre des garde-robes diminua. Un état de calme et de bien-être succéda aux coliques violentes, aux épreintes douloureuses ressenties jusqu'alors par le malade, qui n'avait éprouvé, du fait du lavement, qu'une sorte de resserrement vers les reins.

Le 25, il n'y a eu que trois selles la nuit. Les matières étaient jaunes. Le ventre est à peine sensible, et la fièvre beaucoup moindre. Chaque fois que le malade rend ses lavements dans la journée, on remarque dans les matières comme des fragments de blanc d'œuf coagulé. On donne des bouillons; trois lavements saturnins.

Trois jours après (le 28), le malade sort parfaitement guéri.

Il nous serait facile de faire suivre cette observation de plusieurs autres cas semblables.

Une condition est nécessaire au succès de la médication, c'est que le remède soit appliqué dès le début de la maladie. Outre l'inconvénient qu'il y a dans tous les cas à différer l'emploi des moyens thérapeutiques, il y a ici un désavantage particulier consistant en ce que, lorsque la maladie date de quelques jours, le rectum est tellement irrité que le lavement ne peut être administré et gardé sans des difficultés quelquefois insurmontables.

Néanmoins, toutes les fois que le malade peut recevoir le lavement, à quelque époque que ce soit de l'affection, on peut toujours être assuré d'un effet salutaire et jamais nuisible.

D'après les résultats obtenus de ce moyen dans le traitement des dysenteries, M. Barthez l'a employé dans les diarrhées en général, et il a lieu de s'en louer. Le sous-acétate de plomb liquide a déjà été préconisé contre les diarrhées, suite de dysenterie (*V.* Trousseau et Pidoux).

Si, comme on peut le supposer, le traitement de M. Barthez contre la dysenterie avait, en Afrique, l'efficacité que vient de lui reconnaître M. le médecin en chef de l'hôpital de Saint-Denis, un éminent service aurait été rendu à notre armée de l'Algérie. Rien de plus facile à préparer et à conserver que le médicament dont il s'agit, qui joint à tous ces avantages celui d'être très peu coûteux.

— Un vieillard âgé de quatre-vingt-quatre ans, ayant été robuste, tombe d'un trottoir peu élevé, sur le moignon de l'épaule droite, et se luxe le bras correspondant. C'est surtout la partie postérieure du moignon de l'épaule qui paraît avoir porté sur le pavé. Toutefois elle n'offre pas de trace de contusion, et le malade raconte son accident d'une manière assez obscure. La tête de l'humérus est située sur le col glénoïdien; et l'apophyse acromion, très saillante, principalement en arrière, domine un creux qui remplace la saillie deltoïdienne. Toutes les veines du bras, de l'avant-bras et de la main, sont extrêmement dilatées, au point de fixer l'attention dès le premier coup d'œil. Le malade se plaint beaucoup. Il souffre dans l'aisselle et le long du bras. On se hâte de le soulager, et on néglige de préciser d'avantage les signes de la luxation.

Il est assis sur une chaise et maintenu par un aide. Une traction médiocre sur le bras dans la direction de la fracture, et une impulsion légère de la tête de l'humérus en dehors et en haut, suffisent pour rétablir les parties dans leur rapport normal. On n'entend pas le bruit que produit généralement la rentrée de la tête osseuse dans sa cavité. Le moignon de l'épaule reprend sa forme. Le bras peut exécuter tous ses mouvements. Les veines dilatées s'effacent tout à coup, et les souffrances du blessé, bien vives si l'on en juge par ses cris, cessent au même instant. L'âge du sujet rend ce cas intéressant. C'est plutôt celui des fractures que celui des luxations; mais ici il y avait eu cause directe. Il est probable qu'une chute sur le coude aurait déterminé une fracture du col huméral plus facilement qu'une luxation. Les muscles étant très peu développés, très faibles, on comprend que la réduction ait été si facile. A cet égard, ce fait confirme l'opinion d'ailleurs générale que le plus grand obstacle à la réduction des luxations vient des muscles.

— Le fait que nous allons rapporter succinctement soulève une question de toxicologie de la plus haute importance, en même temps qu'il renferme un grave avertissement pour les praticiens. Un homme était affecté de méningite. Il avait été saigné, et on lui avait fait plusieurs applications de sangsues. On lui donna le protochlorure de mercure à doses réfractées, et on lui prescrivit concurremment un lavement avec une décoction de séné et une pleine cuillerée de sel de cuisine. L'état du malade était sans doute alarmant; mais rien ne faisait présager qu'il dût succomber en un très court espace de temps. Or, il succomba la nuit même; son cadavre se putréfia très rapidement, et présentait sur un grand nombre de points de larges taches ecchymotiques. On se demande s'il ne s'était point formé à l'intérieur du corps un deuto-chlorure de mercure, par la combinaison des deux sels, le calomel et le sel ordinaire?

— Une femme avait un lombago des plus douloureux. Elle ne pouvait essayer de faire un mouvement dans son lit sans pousser des cris. On lui prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine et 30 centigrammes de thridace en 6 pilules (deux le matin, deux à midi, deux le soir), et le lendemain le rhumatisme lombaire avait complétement cessé.

— Nous venons d'observer le plus bel exemple que nous ayons encore vu de crépitation douloureuse des tendons. Il était impossible de toucher superficiellement le côté radial de l'avant-bras sans déterminer une crépitation extrêmement prononcée. La cause de l'affection est digne d'être notée. Le malade avait fait une longue route à pied en ayant à la main droite une canne sur laquelle il était obligé de s'appuyer fortement, le pied droit le faisant souffrir. C'était l'avant-bras droit qui était affecté. Il n'y avait pas de gonflement. Mais la douleur était telle que, tailleur de son état, le sujet ne pouvait aucunement se servir de l'aiguille. Ce fait nous a été montré par M. le docteur A. Buttura. X...

Bibliographie.

Leçons sur les maladies des organes urinaires par Brodie, traduites de l'anglais et annotées par le docteur J. Patron (de Montpellier).

Le livre que vient de publier M. Patron est la traduction fidèle et exacte de l'ouvrage dans lequel le célèbre chirurgien Brodie a rassemblé les leçons qu'il a faites sur les maladies chirurgicales de l'appareil urinaire. Le nom du professeur dont il reproduit les opinions est donc une garantie de l'importance de ce travail, et pour cela seul on devrait déjà savoir gré au jeune docteur de Montpellier d'avoir fait passer dans notre langue, d'avoir fait connaître aux chirurgiens français les résultats de la longue et solide expérience du praticien anglais.

Le cours de M. Brodie se compose de quinze leçons dans lesquelles sont passées méthodiquement en revue les maladies chirurgicales de l'urètre, celles de la vessie, celles des reins. Et d'abord, les rétrécissements de l'urètre, étudiés tant sous le rapport de leurs causes, de leur diagnostic, de leurs complications, que sous celui de leur traitement, font le sujet des cinq premières leçons, et présentent, sous une forme un peu trop concise peut-être, le résumé, parfois enrichi de considérations originales et propres à l'auteur, de l'état de la science sur ce sujet. C'est par la dilatation que M. Brodie traite les rétrécissements de la partie antérieure de l'urètre. Pour ceux de la région bulbeuse, il emploie soit la dilatation par la bougie emplastique ordinaire, soit la dilatation par une bougie métallique ou une sonde, soit la bougie armée de nitrate d'argent. La sonde ou bougie métallique dont se sert le chirurgien anglais est légèrement conique, et il cherche par des pressions modérées, mais fréquemment renouvelées, à frayer un passage à l'instrument. Malgré les nombreux succès que cette pratique paraît avoir dans les mains de M. Brodie, nous n'oserions la conseiller comme méthode générale, en raison des accidents auxquels elle pourrait donner lieu, si elle était mise en usage par des hommes moins expérimentés. On lira avec intérêt quelques pages con-

sacrées au traitement des abcès et fistules urinaires survenus à la suite des rétrécissements, complications toujours des plus graves et des plus sérieuses.

L'irritabilité, la paralysie, l'inflammation de la vessie sont brièvement examinées; l'auteur s'est plus longuement et plus spécialement étendu sur les affections de la prostate, l'une des causes les plus fréquentes, chez les vieillards, de la rétention d'urine.

Les six derniers chapitres sont consacrés à l'histoire des calculs de la vessie, et des opérations que l'on met en usage pour en débarrasser les malades; la lithotomie et la lithotritie sont étudiées avec soin et impartialité, leurs avantages et leurs inconvénients mentionnés et décrits; mais nous eussions aimé à trouver, condensés en quelques pages, l'examen critique et raisonné, le parallèle des deux méthodes, les raisons qui doivent dans tel ou tel cas faire donner à l'une ou à l'autre la préférence, parallèle qui, tracé de main de maître, n'eût pu manquer d'attirer au plus haut point l'attention des chirurgiens.

Tel qu'il est, le livre de M. Brodie est important, et cependant il se ressent, nous devons le dire, de la forme que lui a donnée le professeur. N'eût-il pas été préférable que l'auteur, sur cette fidèle reproduction de leçons cliniques, quelquefois un peu trop concises, eût construit à loisir, et en mettant à profit les matériaux immenses que lui a permis de recueillir une pratique étendue, un traité complet, *ex professo*, qui eût trouvé place près des livres des Desault, de Chopart, des A. Cooper, des Abernethy.

Autant qu'il a été en lui, M. Patron a suppléé par des notes intelligemment faites, et rédigées d'après les ouvrages spéciaux les plus modernes, à quelques-unes des lacunes du cours de M. Brodie. Parmi les notes nombreuses dont il a enrichi son livre, nous ne saurions passer sous silence celles qui sont relatives à l'étiologie des rétrécissements urétraux, aux affections névralgiques du canal de l'urètre, aux indications des sondes à demeure dans la vessie; enfin, à la lithotomie et à ses divers accidents. Quant au mérite de la traduction en elle-même, elle prouve une connaissance parfaite de la langue originale. Outre sa fidélité, que nous avons déjà signalée plus haut, le livre de M. Patron est élégament écrit, et se recommande par la forme autant que par le fond et l'importance du sujet. Z..

REVUE GÉNÉRALE.

Péritonite suite de contusion. — Le docteur Thomas Bennett rapporte qu'un jeune garçon de dix ans tomba au-devant de la roue d'une voiture portant un poids de deux ou trois tonnes. La roue lui passa en travers de l'abdomen. Une quantité considérable de matières fécales sortit par le rectum. L'enfant ne se trouvait pas aussi mal qu'on eût pu le croire; seulement il ne pouvait pas se tenir debout, et il resta quelques heures dans un état de collapsus. L'auteur, qui le vit deux heures après, s'attendait à trouver de grands désordres dans les vertèbres et le bassin; il n'y avait pas même sur les téguments de l'abdomen de trace du passage de la roue. Mais ces téguments étaient excessivement douloureux au toucher, et, le lendemain matin, l'enfant présenta tous les signes d'une violente péritonite. Elle fut cependant aisément maîtrisée par l'emploi des antiphlogistiques, et la constipation céda trois jours après l'accident à des doses répétées d'huile de ricin. En définitive la guérison a été très rapide, car au bout de dix jours l'enfant se trouvait aussi bien qu'avant son accident.

Ce fait sort des prévisions ordinaires. Le péritoine devait être de tous les tissus foulés le dernier à se plaindre du passage de la roue; or, il fut le seul à s'en ressentir, et cependant qu'elle différence dans la marche de cette péritonite avec celle des inflammations spontanées de la même séreuse!

Epilepsie guérie par une opération de trépan. — Un enfant de quinze ans a commencé à être atteint d'épilepsie un mois après sa naissance. Il a eu jusqu'à présent cinq attaques par an, et elles sont devenues plus fréquentes depuis l'âge de sept ans. Cet individu est remarquable par la petitesse de sa tête relativement au reste du corps, et le docteur Spinelli croit pouvoir attribuer la cause vraisemblable de l'épilepsie à l'étroitesse du crâne. Chaque attaque, qui durait une heure, était annoncée par une douleur obtuse au sinciput et par un tiraillement douloureux aux yeux et aux oreilles.

Or, un jour, il reçut à la région occipitale un coup de pierre qui l'étendit par terre sans connaissance. Ce coup détermina, à deux travers de doigt au-dessus du point de réunion des sutures sagittales et lambdoïdes, une fracture des os du crâne avec enfoncement. De là résulta une compression du cerveau, se traduisant par des symptômes ordinaires. Résolution générale, extinction des sens, pupille dilatée; respiration stertoreuse; sueur froide; pouls petit, rare et intermittent, etc. On appliqua une couronne de trépan pour relever l'os fracturé. Le malade guérit, et au bout de cinquante jours il put reprendre ses occupations; seulement, on remarqua que, malgré l'application d'un bandage contentif, la partie fracturée faisait saillie en dehors par l'effet des mouvements du cerveau. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quinze mois, les attaques d'épilepsie n'ont pas reparu.

De ce fait, le docteur Spinelli conclut que l'étroitesse relative du crâne est fréquemment la cause de l'épilepsie, le cerveau se trouvant comprimé par des surfaces dont il ne peut vaincre la résistance. Il conseille, lorsque l'on a lieu de rapporter à cette cause la production de cette maladie, d'appliquer une ou deux couronnes de trépan qui permette l'élargissement de l'organe.

Œsophagotomie. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* rapporte, d'après les journaux allemands, un fait d'œsophagotomie dû au docteur Martins de Saulgau.

Un homme fort et robuste, âgé de trente-quatre ans, avala, le 19 février 1844, un os du volume d'une noix en voulant parler pendant qu'il le rongeait; l'os s'arrêta dans l'œsophage, et occasionna de violents accidents de suffocation. Deux saignées, des tentatives nombreuses pour extraire le corps étranger ou le pousser dans l'estomac, des lavements de belladone furent employés inutilement. Le malade ne pouvait avaler une goutte d'eau, et refusa l'opération de l'œsophagotomie; il fit lui-même des efforts pour pousser l'os dans l'estomac en introduisant une corde neuve, durcie dans l'eau et effilée au bout; il injecta aussi, le 21 et le 22, sans succès, de l'huile dans l'œsophage.

Le 23, il demanda à être opéré. Avant d'y procéder, on fit à huit heures du matin de nouvelles tentatives pour déplacer le corps étranger; puis on injecta un grain d'émétique dans une veine. Une heure après, de violents efforts de vomissement, accompagnés de danger de suffocation, firent rejeter 24 onces de liquide contenant beaucoup de bile. Pour calmer les vomissements et les suffocations qui menacèrent de compromettre bientôt la vie, on donna des lavements avec du vinaigre et de la teinture d'opium.

A quatre heures du soir, les vomissements ayant cessé, on fit l'opération en incisant un peu au-dessus de la clavicule où l'os avalé faisait saillie; puis on souleva l'œsophage avec une sonde introduite par la bouche, et qui perfora les parois du canal alimentaire gangrenées; la plaie fut agrandie par un bistouri boutonné; immédiatement après le malade fit un effort pour avaler, et s'écria: L'os est descendu dans l'estomac. Il en était en effet ainsi; tous les accidents de suffocation avaient disparu; la plaie fut fermée avec des bandelettes agglutinatives convertes de fomentations froides.

Le 24 au soir l'opéré eut de la fièvre; les extrémités se refroidirent, et il mourut le 26 à six heures du matin.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage gangrené; la plaie plus grande qu'elle n'avait été faite avec le bistouri; l'extrémité inférieure de l'œsophage, l'estomac et le duodénum enflammés. L'os, du volume d'une noix et assez rond, se trouveit déjà dane le rectum.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement de l'excès du flux menstruel; par M. le docteur Kopp, de Hanau.

Suivant M. Kopp, l'azotate d'argent doit être placé en première ligne parmi les agents thérapeutiques qui jouissent de la propriété de diminuer l'abondance des menstrues, d'abréger leur trop longue durée, de régulariser leur arrivée trop précipitée, et de mitiger les douleurs qui sont éprouvées pendant la durée de cet écoulement.

Ce même praticien affirme que ce moyen n'est pas employé avec moins d'avantage pour réprimer les fortes douleurs périodiques qui précèdent la menstruation, et qui reconnaissent pour cause un état spasmodique de l'utérus déterminé par les fortes congestions sanguines de cet organe. Sous son influence, l'afflux du sang est diminué, l'excitation des nerfs utérins est déprimée, et par suite les douleurs se dissipent.

L'azotate d'argent est un médicament d'un effet assuré contre les métrorrhagies provenant de l'inertie et du relâchement des vaisseaux, de la faiblesse des nerfs et de l'accumulation passive du sang dans le tissu de l'utérus. Son administration modifie l'état actuel de la matrice de manière à le rendre favorable à la conception.

Son action est tout aussi favorable contre les accidents morbides qui ont les règles pour point de départ. Ainsi, M. Kopp l'a expérimenté avec un succès signalé dans des hémoptysies qui surviennent aux époques de la menstruation, et qui servent en quelque sorte à la remplacer.

L'azotate d'argent constitue un remède véritablement précieux contre les troubles fonctionnels qui se manifestent au moment de la première apparition des menstrues et à l'époque de la ménopause. Il n'est pas rare de voir survenir des hémorrhagies abondantes chez des jeunes filles de treize à seize ans, chez lesquelles la période menstruelle veut s'établir; mais il est plus fréquent encore de voir surgir, dans les années climatériques de la femme parvenue à l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, par suite de la cessation des règles, un malaise chronique très fort : dans tous ces cas l'azolate d'argent est indiqué.

Enfin, ce sel convient également lorsqu'il s'agit de diminuer et de guérir les sécrétions non sanguines de l'utérus, spécialement la leucorrhée qui succède à la métrorrhagie.

Formule rectifiée de la pommade ammoniacale; par M. le docteur Gondret.

La pommade ammoniacale de Gondre est surlout employée pour obtenir une vésication très rapide; par exemple, dans les cas où l'on a besoin d'enlever l'épiderme pour l'administration d'un médicament actif par voie endermique. Or, tandis que l'effet de cette pommade devrait être produit dans l'espace de huit ou dix minutes au plus, il faut généralement trois quarts d'heure à une heure d'application pour l'obtenir, ce qui est également gênant pour le malade et pour le médecin. Cette différence tient uniquement à la manière dont est préparée la pommade, et M. Gondret vient de faire connaître la formule suivante, qui doit être suivie exclusivement pour la préparation de ce médicament, formule qui diffère notablement de celles que l'on trouve consignées dans les divers traités de pharmacologie.

Axonge,	32 grammes.
Huiles d'amandes douces,	2 grammes.

Faire fondre à une douce chaleur, soit à la flamme d'une bougie, soit, avec précaution, à celle d'une lampe; couler ensuite dans un flacon à large ouverture, puis ajouter :

Ammoniaque liquide à 25°,	17 grammes.

Mêler, par l'agitation soutenue, jusqu'à l'entier refroidissement.

Un point essentiel, à l'inobservance duquel il faut rapporter le plus souvent la mauvaise qualité du produit, c'est qu'il ne faut pas trop faire chauffer l'axonge mêlée à l'huile; il est nécessaire également qu'elle ne soit pas trop liquéfiée. En effet, si l'axonge est trop liquide ou trop cheude lors de l'addition de l'emmoniaque, une porlion de cette dernière se trouve vaporisée.

Lorsque la pommade ammoniacale a été bien préparée et qu'elle est renfermée dans un flacon bouché à l'émerie, et déposée dans un lieu freis, elle peut conserver toutes ses propriétés pendant un mois et même plus.

NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique a visité ce matin, à la Faculté de médecine, le nouveau Musée d'anatomie comparée qui va être ouvert au public la semaine prochaine, et qui a été fondé par M. Orfila.

M. de Salvandy a témoigné le désir que la galerie qui lui est consacrée fût éclairée au gaz, et que la bibliothèque de la Faculté fût agrandie et ouverte aux élèves jusqu'à dix heures du soir.

— Nous avons nous-mêmes visité le Musée Orfila; l'idée nous paraît devoir en être approuvée. De fort belles pièces d'anatomie y sont déjà déposées. Le classement en est bien entendu, et nous croyons que cette institution peut rendre des services eux savants et aux élèves. — Nous reviendrone sur ce sujet avec détail, et rendrons justice aux travaux de chacun.

— L'arrondissement de Versailles (Seine-et-Oise) a fini son travail, qu'il a soumis à la réunion générale des médecins, pharmaciens et médecins-vétérinaires de l'arrondissement.

Ont été nommés délégués : pour les médecins, MM. les docteurs Bérigny, Noble fils, Morère, de Palaiseau; pharmaciens, MM. Belin, Thibierge, Le Duc; médecins-vétérinaires, MM. Berger, Bruyant.

— Lundi dernier, 27 courant, a commencé le concours pour la nomination aux places d'internes aux hôpitaux. Cent cinquante élèves ont pris place dans le grand amphithéâtre du bureau central. La question éteit ainsi posée :

Décrire le foie. De l'ictère et de son traitement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Cours particuliers faits à l'Ecole pratique, 1er semestre et année scolaire 1845-46. — MM. les docteurs qui font des cours à l'Ecole-pratique sont prévenus que la réunion pour prendre les jours et les heures est fixée au 31 octobre, à midi précis, à la Faculté.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

DIMANCHE 2 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 129. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 1er NOVEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

SÉANCE D'INAUGURATION. — 1er novembre 1845.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

A onze heures, les portes de la salle Saint-Jean s'ouvrent à messieurs les adhérents.

L'assemblée devient peu à peu extrêmement nombreuse. La salle Saint-Jean est un vaste parallélograme, sur les longs côtés duquel règnent deux rangs de colonnes d'ordre composite. Entre les encolements des lustres sont suspendus.

Le bureau est situé à l'extrémité ouest de la salle; au-dessus de lui, une longue table a été placée pour le dépouillement du scrutin.

Au-devant du bureau se trouve une table disposée en tribune.

Sur les côtés de la salle et entre les colonnes, des tables, surmontées d'une urne pour recevoir les bulletins, se trouvent placées sous la direction et sous la surveillance d'un commissaire du Congrès.

Ces commissaires, au nombre de vingt et un, et portant au bras une écharpe en ruban bleu, sont échelonnés de distance en distance, et ont pour fonction de veiller à ce que chaque adhérent trouve sa place et puisse voter avec commodité.

Un bulletin imprimé et destiné au vote, est remis à l'entrée à chaque adhérent, qui doit aussi écrire son nom sur des registres disposés à cet effet à l'entrée de la salle.

Vers midi et demi, M. Serres monte au fauteuil de la présidence. A ses côtés se placent M. Villeneuve, président de la Commission permanente; M. Amédée Latour, secrétaire, et M. Richelot, trésorier. Les autres membres de la Commission permanente prennent place sur des siéges placés derrière le bureau.

A ce moment l'assemblée présente un spectacle majestueux et imposant. Un grand nombre d'invités, appartenant aux rangs les plus élevés de la société, occupent des places sur les gradins latéraux. Des tribunes latérales ont été destinées à messieurs les journalistes.

M. le Président agite la sonnette, et aussitôt le silence s'établit.

Messieurs, dit M. le président, la séance d'inauguration est ouverte. M. Amédée Latour a la parole pour lire le compte-rendu de la Commission permanente.

M. Amédée Latour s'approche de la tribune, et prononce le discours suivant:

Messieurs,

Ce n'est pas sans inquiétude, ce n'est pas sans émotion que la commission permanente d'organisation dont j'ai l'honneur d'être l'interprète se présente devant vous.

Chargée d'une mission difficile et délicate, l'aura-t-elle remplie selon vos vœux, selon vos espérances? Investie de pouvoirs étendus, aura-t-elle su s'en servir le plus utilement possible? en aura-t-elle atteint ou dépassé les limites? en un mot, le grand mais puissant honneur qui lui fut décerné est-il tombé dans des mains fortes ou débiles, inintelligentes ou capables?

Vous comprenez, Messieurs, combien ces questions doivent se présenter redoutables à notre esprit dans ce moment grave et solennel où nous paraissons devant vous.

Nous devons néanmoins vous exposer, vous expliquer nos actes: nous allons le faire simplement, sincèrement, sans vanité mais sans faiblesse, nous plaçant sous l'égide de nos intentions d'abord, qui sont restées pures de tout autre intérêt que l'intérêt général, sous l'égide de votre bienveillance surtout, que nous osons espérer et attendre.

Dire de qui nous tenons notre mandat, en quoi consistait notre mandat, ce que nous avons fait de ce mandat, voilà quelle est ma mission en ce moment. Je vais la remplir aussi brièvement que je le pourrai.

Le 2 août dernier, et en conséquence d'une précédente réunion qui avait eu lieu le 14 juin, une assemblée générale, composée des délégués des Sociétés de médecine, de pharmacie, de quelques médecins-vétérinaires de Paris et des rédacteurs des journaux scientifiques, eut lieu dans la salle des séances de l'Académie royale de médecine, qui lui avait été gracieusement ouverte.

Cette réunion avait pour but d'entendre et de discuter un rapport qu'elle avait demandé à une commission précédemment instituée, relativement à un plan de réalisation et à un projet d'organisation d'un Congrès médical.

Les conclusions de ce rapport furent discutées et adoptées. L'assemblée adopta en outre le programme des questions qui devaient être discutées au Congrès.

Ces votes furent suivis de la nomination au scrutin d'une commission composée de quinze membres, et représentant les trois sections de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire.

C'est de cette commission que j'ai l'honneur d'être l'organe, commission suffisamment connue pour que je me dispense de rappeler ici les noms de ceux qui la composent.

Ainsi, Messieurs, loyalement et publiquement instituée, la commission permanente d'organisation tient son mandat du choix libre et spontané des délégués nombreux des Sociétés de médecine et de pharmacie de Paris.

En quoi consistait notre mandat?

Les conclusions du rapport adoptées le 2 août sont parfaitement explicites.

De pleins pouvoirs nous ont été donnés pour provoquer des adhésions, pour nous mettre en rapport avec toutes les Sociétés de médecine, de pharmacie et d'art vétérinaire, les hôpitaux, Facultés et Ecoles; pour publier tous les avis relatifs au Congrès, pour obtenir les autorisations nécessaires, pour nous occuper de la recherche de locaux appropriés, pour nommer un bureau et des commissions, pour faire un règlement relatif à l'ordre des séances et des discussions, enfin pour aviser à tous les cas imprévus.

Voilà, Messieurs, quels étaient nos droits et nos devoirs, voilà quelles étaient leur étendue et leurs limites, droits, devoirs, étendue et limites discutés et votés dans l'assemblée du 2 août.

Notre premier devoir était de provoquer des adhésions. Il est bien clair que, puisque la proposition d'un Congrès avait été jugée en principe convenable, utile et opportune, il fallait aviser aux moyens d'obtenir des adhésions. Pour cela et conformément aux opinions qui prévalurent dans le rapport du 2 août, nous avons adopté deux modes dans l'appel au corps médical. Par la voie des journaux scientifiques et politiques, qui à peu près tous nous ont généreusement ouvert leurs colonnes, nous avons fait appel au corps médical tout entier et à chacun de ses membres sans restriction, sans exclusion, libéralement et largement.

Par le second mode, nous nous sommes adressés directement, autant que nous l'avons pu, aux Sociétés scientifiques, aux Associations de prévoyance, aux Facultés et Ecoles; nous avons fait appel individuellement aux hommes éminents des trois professions dans les départements, nous les avons invités à réunir leurs confrères, nous leur avons donné pouvoir et mission de provoquer, de recevoir les adhésions, de faire nommer des délégués; en un mot, d'employer leur zèle et leur bonne volonté en faveur des intérêts du Congrès

Ce double appel a été admirablement entendu. Plus de trois mille cinq cents adhésions individuelles ou collectives nous ont prouvé quelle émotion vive et profonde l'idée du Congrès avait produite dans le corps médical de la France. Sur tous les points, le Congrès a été accueilli avec empressement et sympathie, et s'il nous était possible de mettre sous vos yeux l'immense correspondance qui nous est parvenue, vous verriez, Messieurs, avec quelle généralité, sans exemple dans l'histoire de notre art, s'est propagé le mouvement que nous avons eu l'honneur de provoquer.

Ainsi, Messieurs, sur ce point, se sont évanouies des prophéties fâcheuses, par lesquelles, très-officieusement sans doute, on voulait inquiéter nos opérations préliminaires.

Nos listes, votre présence, Messieurs, les communications importantes que nous avons reçues, voilà de puissantes et d'éloquentes réponses à ces pronostics malencontreux.

Pouvait-il en être autrement, et les espérances de votre commission n'étaient-elles pas légitimes? Les besoins et les souffrances du corps médical, les abus qui l'oppriment, les excès qui le dégradent, l'isolement qui l'énerve, tout cela que l'on nous opposait comme de puissants obstacles à la réunion du Congrès, tout cela devait la faire réussir. En effet, vous deviez comprendre et vous avez compris que tous ces maux qui vous affligent ne seraient jamais soulagés ou guéris dans l'impuissance de votre isolement, que toujours vos plaintes et vos récriminations seraient stériles et se perdraient dans le tumulte et les préoccupations sociales tant qu'elles resteraient individuelles et localisées, que vos vœux ne seraient écoutés que lorsqu'ils se produiraient comme l'expression d'une manifestation générale librement convoquée, librement consentie, et qui réunirait la double garantie du nombre et des lumières.

Tel était donc le premier but que votre commission devait atteindre: adhésions nombreuses et importantes; elle peut se réjouir, elle doit vous remercier de l'avoir largement atteint; quantité, qualité, nous n'avons plus de vœux à former, mais bien des remercîments vifs et sincères à vous offrir.

La médecine, ce devait être, et elle forme d'ailleurs la corporation la plus nombreuse, est des trois sections celle qui est ici le plus largement représentée. Nous avons obtenu jusqu'à cette heure deux mille cinq cents adhésions parmi les médecins. Ce chiffre purement nominal et individuel ne représente pas cependant avec exactitude le nombre de suffrages qu'aurait obtenus le projet de Congrès s'il eût été mis aux voix; car, comme il vous sera facile de le voir dans nos listes générales, des Sociétés entières, des Associations, des réunions nombreuses n'y figurent que pour une seule adhésion.

Le plus grand nombre des Sociétés scientifiques et Associations, les Ecoles, les réunions que la circonstance a fait naître dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, nous ont envoyé des délégués. Leur nombre s'élève au chiffre de cent soixante environ.

La pharmacie forme hiérarchiquement et en nombre la seconde division du Congrès. Son contingent est considérable, et s'élève au chiffre de plus de neuf cents adhésions. L'empressement des pharmaciens, leur sympathique accueil à la proposition du Congrès est un symptôme extrêmement favorable à la réalisation des réformes urgentes réclamées par tous les esprits éclairés et honnêtes de cette honorable profession. Les adhésions individuelles sont nombreuses, les adhésions collectives sont importantes, et la plupart des Sociétés et Associations de Paris et des départements ont envoyé des délégués. Le nombre de ces derniers s'élève au chiffre de quarante-cinq.

La section de médecine vétérinaire est moins nombreuse; nous avons réuni deux cent cinq adhérents, dont vingt délégués.

Mais le nombre des personnes qui exercent cette profession est aussi moins considérable, et, toutes proportions gardées, elle se trouve représentée au Congrès à peu près comme les autres sections.

Vous remarquerez sans doute avec étonnement, Messieurs, que ni l'École d'Alfort ni la Société de médecine vétérinaire du département de la Seine n'ont envoyé au Congrès aucun de leurs membres. Nous vous devons sur cette absence une courte explication, légitimée par une publication faite par M. le directeur de l'École d'Alfort.

L'École d'Alfort et la Société vétérinaire du département de la Seine ont motivé leur refus de participer au Congrès: 1° parce qu'elles n'ont pas été convoquées à l'assemblée préparatoire du 2 août; 2° parce qu'elles n'ont été invitées à adhérer qu'au commencement d'octobre dernier.

Il serait beaucoup trop long de vous exposer les détails de toute cette affaire, dans laquelle votre commission a fait tous ses efforts pour attirer au Congrès les professeurs et savants honorables dont nous parlons ici. La commission a reconnu qu'il y avait eu erreur et oubli, elle l'a regretté, elle s'en est officiellement excusée dans des termes que l'on a bien voulu qualifier d'obligeants et de polis; toutes ses démarches ont été infructueuses, et l'école d'Alfort aussi bien que la Société vétérinaire ont voulu rester dans leur dignité.

Ainsi, Messieurs, vous le voyez, c'est une petite, et très-petite question de susceptibilité qui nous prive des lumières et du concours de l'École d'Alfort.

Vous apprécierez, Messieurs, si, en présence des grands intérêts qui vont s'agiter dans nos réunions, il n'était pas plus digne, plus honorable et plus intelligent de venir prendre part à nos travaux que de s'arrêter à de futiles questions de préséance. Nous sommes ici, Messieurs, dans un but sérieux de travail, dans un but moral de concorde et d'union, dans un but utilitaire de perfectionnement. Pourrions-nous nous laisser préoccuper de ces mille petits incidents soulevés par l'amour-propre, et qui viendraient paralyser les plus généreuses intentions?

Après avoir pris toutes les mesures nécessaires pour donner à l'annonce du Congrès toute la publicité désirable, pour obtenir le plus grand nombre d'adhésions possible, la commission dut penser aux autorisations nécessaires et à se mettre en rapport avec les autorités compétentes.

Sa première démarche, elle la devait à son chef naturel, à M. le ministre de l'instruction publique, et dans cette occasion elle cédait non-seulement à des devoirs de convenance et de hiérarchie, mais elle se souvenait encore avec gratitude des bonnes dispositions manifestées par M. de Salvandy en faveur des institutions médicales pendant son précédent ministère.

L'accueil fait à la commission par M. de Salvandy fut plein de bienveillance et de courtoisie. M. le ministre, avec une connaissance approfondie de la matière, appela notre attention sur les questions les plus importantes de celles qui seront soumises à vos discussions, il en signala les difficultés, nous témoigna son espérance de les voir s'amoindrir ou disparaître par votre concours, et voulut bien nous promettre d'attendre le résultat de vos travaux pour présenter aux chambres le projet de loi sur l'organisation médicale. Sa bienveillance pour le Congrès fut plus grande encore: il voulut que nos listes d'adhésions fussent publiées dans le *Journal officiel de l'instruction publique*, et il nous demanda formellement de nous mettre en rapport avec lui aussitôt que le Congrès

serait institué. C'est une demande que le bureau que vous allez nommer ne devra pas perdre de vue.

C'est ici l'occasion de dire que cet excellent accueil qui nous fut fait par M. le ministre de l'instruction publique, nous avait pour ainsi dire été annoncé par une lettre très-sympathique de M. Orfila, agissant comme président de l'association de prévoyance des médecins de Paris. Il est fort regrettable, sans doute, que les fonctions élevées qu'occupe M. le doyen dans le conseil royal de l'instruction publique ne lui aient pas permis de prendre part à vos travaux, mais le Congrès doit tenir compte de ces nécessités de position et savoir gré à M. Orfila de la démarche toute spontanée qu'il voulut bien faire auprès de nous.

Notre seconde démarche fut faite auprès de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, de qui ressortissent la pharmacie et surtout l'art vétérinaire. Ici, même accueil, mêmes encouragements, mêmes bienveillantes promesses de tenir compte des travaux du Congrès dans la préparation de la loi prochaine.

Forts de ces encouragements, nous nous présentâmes au ministère de l'intérieur pour obtenir les autorisations nécessaires, et notre demande n'y rencontra ni difficultés ni obstacles.

Il en fut de même auprès de M. le préfet de police, de qui nous tenons les autorisations les plus complètes.

Enfin, Messieurs, et pour en terminer de nos relations avec l'autorité, ajoutons qu'une demande adressée par nous à M. le maréchal ministre de la guerre, afin d'obtenir pour MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée l'autorisation d'assister au Congrès, a été très-favorablement accueillie, et que M. le ministre a bien voulu nous répondre une lettre très-obligeante annonçant les meilleures dispositions.

Nous manquerions cependant à un grand devoir, messieurs, si, à l'occasion de nos relations avec les pouvoirs divers, si, dans cette noble et vaste enceinte, nous ne vous rappelions pas que nous devons cette grande hospitalité à M. le préfet de la Seine, qui, dans la visite que nous avons eu l'honneur de lui faire, a témoigné son estime noblement exprimée pour les professions dont vous êtes ici les représentants.

Ainsi, messieurs, vous le voyez; dans tous nos rapports avec le pouvoir, nous l'avons toujours trouvé bienveillant, encourageant et hospitalier. Que de motifs pour nous montrer calmes, modérés, sérieux, dignes de sa confiance, dignes de nous-mêmes, dignes de nos austères et nobles professions!

Pendant que votre commission se livrait à ces travaux extérieurs, pour ainsi dire, elle ne négligeait pas ses travaux intérieurs, c'est-à-dire les mesures d'organisation proprement dite. Ici, Messieurs, nous vous demandons toute votre attention, car les courtes explications que nous voulons donner empêcheront peut-être quelques objections de se produire, quelques susceptibilités de se montrer, quelques difficultés de se grossir.

Notre première besogne était de faire un règlement; nous le fîmes. Nous devons vous dire tout de suite qu'une promesse du Rapport du 2 août ne vous sera pas tenue. Il vous avait été promis que le règlement de la commission d'organisation serait soumis à votre discussion; il ne peut pas l'être. Il n'avait pas été prévu que les autorisations de nous réunir ne seraient accordées que sur l'exhibition de notre règlement; que l'autorité, gardienne de l'ordre, voudrait connaître notre but, nos moyens d'action, la manière dont fonctionnerait une réunion aussi nombreuse, et que toutes les garanties que nous pourrions lui offrir à cet égard, elle ne les trouverait que dans un règlement vu et approuvé par elle. L'autorité voulut donc voir notre règlement; elle en approuva les dispositions, mais elle exigea de nous qu'il devînt définitif et obligatoire pour tous les membres du Congrès. Veuillez donc, Messieurs, l'accepter tel qu'il est; nous l'avons rédigé dans des intentions qui nous ont paru les plus convenables à la régularité, à la dignité de nos grandes réunions. Nous vous prions avec instance, et par des motifs fort sérieux, de n'élever aucune difficulté sur ce point. Si vous perdez une de vos prérogatives, veuillez considérer que nous y gagnons un temps précieux et considérable, et surtout l'absence de discussions réglementaires toujours longues, quelquefois confuses et souvent fort stériles.

Ce règlement vous donne des droits, vous impose des devoirs qu'il vous importe de bien connaître, dont il faut vous bien pénétrer.

Le premier de vos droits est de nommer un Bureau définitif.

Nous aurions pu, nous aurions dû peut-être vous présenter un Bureau provisoire complet, que vous auriez regardé moins comme un fait que nous voulions vous imposer que comme une indication propre à diminuer vos incertitudes et votre embarras. Il est certain que notre mandat était formel à cet égard, et que nos pouvoirs s'étendaient jusque-là. Et cependant votre commission a décliné cette mission difficile et délicate. Elle a craint d'éveiller vos susceptibilités, de se trouver en opposition avec vous, de voir renverser ce qu'elle aurait édifié, toutes choses qu'elle a voulu éviter, mue par des sentiments que vous devez comprendre.

Elle a borné son action à vous présenter un président pour cette séance d'inauguration, le secrétaire qui avait la plume dans les séances de la commission, et le trésorier, qui pouvait avoir à fournir quelques renseignements nécessaires.

Mais si votre commission a fait ainsi bon marché de son droit, si elle a fait abnégation de ses pouvoirs, est-ce à dire qu'il ne lui reste plus rien à faire à cet égard? Doit-elle vous abandonner à tous les embarras, à tous les caprices, à tout l'imprévu d'un scrutin aussi difficile? Et dans une assemblée aussi nombreuse et aussi hétérogène, ne la blâmeriez-vous pas de ne pas vous servir, sinon de guide, au moins d'indicateur?

Sur tous ces incidents nous avons mûrement réfléchi, et, après une longue et fort grave discussion, il a été décidé à l'unanimité que nous ferions tous nos efforts pour faire nommer le Bureau dont nous avons choisi les membres.

Mais il ne nous convenait pas d'agir dans l'ombre et en cachette; forts de nos intentions, sincèrement dévoués aux intérêts du Congrès, que nous croyons servir ainsi, nous avons résolu de vous dire loyalement et ouvertement quels sont les hommes qui ont nos sympathies, que nous croyons dignes et capables des honneurs du Bureau, et que nous indiquons avec franchise à vos suffrages, toujours libres d'ailleurs. Leur présence au milieu de nous et un sentiment de convenance que vous comprendrez, m'empêchent de rien ajouter à la désignation de leurs noms de ce que pourraient m'inspirer la justice et la reconnaissance.

Pour président, nous avons l'honneur de vous proposer M. Serres, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, ancien président de l'Académie des sciences, et médecin de l'hôpital de la Pitié.

Pour les vice-présidents, nous avons admis que nous vous présenterions en nombre égal des adhérents des départements et des adhérents de Paris. Il nous faut deux vice-présidents par section, et nous vous proposons pour la section de médecine M. le professeur Forget, de Strasbourg, délégué des médecins du Bas-Rhin; M. Villeneuve, membre de l'Académie royale de médecine, président de la Commission permanente.

Dans la section de pharmacie, M. Davallon, délégué de la Société de pharmacie de Lyon; M. Boullay, membre de l'Académie royale de médecine, vice-président de notre Commission.

Dans la section de médecine vétérinaire, nous avons l'honneur de vous indiquer comme vice-présidents:

M. Lacoste, vétérinaire principal;

M. Hamon, membre associé de l'Académie de médecine.

Comme secrétaire général, veuillez, Messieurs, m'éviter l'embarras de vous dire à qui la commission voudrait voir confier ces fonctions importantes.

Hier, à neuf heures du soir, votre commission réunie en séance, eut l'honneur de recevoir MM. les délégués de la Société de prévoyance des pharmaciens de Paris, qui lui exposèrent le vœu émis par cette Association relatif à la nomination des vice-présidents et des secrétaires de la section de pharmacie. Cette association demandait que cette nomination fût faite, non dans cette assemblée générale, mais en assemblée de section. M. le président répondit que, le règlement étant formel à cet égard, et la Commission ne pouvant rien modifier au règlement, il éprouvait le regret de ne pouvoir obtempérer à cette demande. Depuis, il a été convenu entre les représentants de cette Association et nous, que nous désignerions, dans cette réunion, les candidats proposés par cette Association, et c'est cette promesse que nous venons remplir en vous disant que les candidats pour la vice-présidence, section de pharmacie, sont dans l'Association de prévoyance des pharmaciens de Paris:

Les fonctions de secrétaires des séances, qui sont aussi au nombre de six, devraient être, d'après les vues de la Commission, partagées aussi entre les adhérents de Paris et des départements. Elle vous proposerait dans la section de médecine:

M. Mélier, membre de l'Académie royale de médecine;

M. Rigal, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, délégué des médecins de l'arrondissement de Gaillac. (Tarn.)

Dans la section de pharmacie:

M. F. Boudet, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris, délégué de la Société de pharmacie de la même ville;

M. Schaeussele, délégué des départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin;

Dans la section de médecine vétérinaire:

M. Leblanc.

M. Collignan.

Pour trésorier:

M. Richelot, secrétaire général de la Société médico-pratique, notre trésorier actuel.

Voilà, Messieurs, les choix que nous vous indiquons, que nous vous proposons après de mûres réflexions, après des appréciations longuement discutées, et cela nous le répétons en plein jour et d'une manière patente, car s'il est possible que vous nous accusiez d'erreur, il ne vous sera pas possible de nous accuser de manœuvres occultes.

Nous supposons le Bureau constitué; nous voilà réunis; il faut maintenant marcher, agir, fonctionner, et là se présentaient pour nous d'immenses et d'incessantes difficultés.

Nous avions obtenu des adhésions nombreuses et importantes; nous possédions un programme de questions; mais quel mode suivre dans leur examen? quel ordre adopter pour les discussions? quelle base leur donner? quels moyens pour que le Congrès pût manifester ses vœux?

Sur ces points divers, votre Commission a cherché la solution la plus simple, la plus facile, la plus pratique; elle espère y être parvenue.

Vous vous rappelez, Messieurs, que dans notre appel au Congrès, nous n'avons pas seulement demandé des adhésions, nous avons encore sollicité de tous les corps savants, de toutes les Ecoles, de tout membre de la famille médicale, ses vœux, ses opinions, ses désirs, ses réponses aux questions du programme.

Sur ce point encore, notre appel a été entendu d'une façon qui dépasse toute espérance. Nous avons reçu de tous les points de la France, de l'immense majorité des sociétés et associations, d'un très grand nombre de membres isolés, plusieurs centaines de travaux collectifs ou individuels, dont la réunion forme un ensemble de documents sans analogue, première et très précieuse richesse du Congrès. Vous serez étonnés, Messieurs, en voyant l'immensité des travaux que comprend l'organisation de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire. Vous admirerez le zèle et le dévouement avec lequel le corps médical, dans sa généralité, a voulu porter sa pierre à l'édifice que nous voulons construire, et comment au sein des cités les plus populeuses, comme dans le plus humble village, l'idée du Congrès a ranimé partout l'ardeur, le courage et l'espérance.

Nous avons cherché les moyens d'utiliser ces précieux matériaux. D'abord, ils seront en permanence à la disposition des commissions du Congrès pendant toute la session. Ensuite, nous nous sommes livrés à un travail de dépouillement et d'analyse de tous ces matériaux, immense besogne que nous nous sommes divisée, véritable travail de bénédictin, pour lequel le zèle et le talent de quelques-uns de nos jeunes confrères nous a été infiniment utile.

Ce travail d'analyse s'imprime; demain, lundi au plus tard, des exemplaires pourront vous en être remis, et de la sorte, sous chacune des questions du programme, vous verrez d'un coup d'œil les réponses succinctes qui nous ont été transmises. Le temps nous a manqué pour le réunir en corps de volume et pour le faire paraître comme travail d'ensemble; mais au fur et à mesure de vos discussions, vous aurez tous les jours, nous l'espérons, les solutions nombreuses des questions qui seront à l'ordre du jour.

Mais tout ce travail d'analyse, ces opinions diverses qui vont passer sous vos yeux pourraient bien ne jeter dans l'esprit que confusion et incertitude, si un autre travail plus essentiel, de coordination et d'harmonie, ne vous était présenté tous les jours et sur tous les sujets dont vous aurez à vous occuper. Ce travail est celui qui est confié à vos commissions, travail de la plus grande importance et de la plus haute utilité, pour lequel nous sollicitons avec la plus vive instance tout le zèle et tout le dévouement des membres qui les composent.

L'*instruction* générale qui vous a été remise doit vous fixer suffisamment sur la nature de vos droits et de vos devoirs pendant toute la durée du Congrès, jour par jour, heure par heure. Nous ne croyons pas nécessaire d'entrer dans aucun autre développement à cet égard. Nous devons cependant vous dire quelques mots de la manière dont ces commissions ont été composées par nous. Nous les avons choisies, cela est vrai, mais ce droit nous avait été conféré par le vote du 2 août. Pouvait-il en être autrement? Non sans doute. Ou bien le Congrès réuni les aurait nommées lui-même, et alors nos huit premières séances auraient à peine suffi à la nomination de vingt-huit commissions; ou bien vous auriez remis au sort le choix de ces commissaires en tirant les noms d'une urne; mais, messieurs, le sort est souvent bizarre, capricieux, inintelligent, et sur un point aussi important et aussi grave nous aurions été blâmables et coupables de livrer au hasard les destinées du Congrès.

Oui, Messieurs, ses destinées, et nous ne craignons pas de dire aux membres des commissions que, par leur zèle ou par leur négligence, ils assument la responsabilité du succès ou de l'insuccès du Congrès qui nous rassemble.

Vous avez dû remarquer que nous avons fait entrer dans ces commissions le plus grand nombre possible de délégués. C'était un honneur que nous leur devions et un hommage rendu aux Sociétés, Associations et réunions dont ils doivent être ici les organes. C'était de plus un double calcul de notre part: nous avons pensé que les hommes distingués qui ont fait l'énorme sacrifice de s'arracher pendant quinze jours à leurs affaires n'étaient pas venus auprès de nous sans de bonnes et de sérieuses résolutions de prendre part à nos travaux. D'un autre côté, nous avons trouvé une belle occasion de prouver à nos confrères des départements que les préventions que quelques-uns nourrissent contre nous, de Paris, sont complètement injustes. Nous leur donnons ainsi toute liberté, toute occasion de produire, de défendre, de faire prévaloir leurs idées, et si, comme tout nous le fait croire, elles sont en harmonie avec les améliorations générales que nous désirons tous, quel motif peut-on nous supposer de leur être contraires?

Nous aurions voulu pouvoir placer la totalité de MM. les délégués dans les commissions instituées; mais quelques-uns ne nous ont été connus qu'après que notre travail a été terminé. Pour satisfaire tous les droits à cet égard, nous prions MM. les délégués non encore désignés dans les commissions de vouloir bien s'inscrire chez M. Richelot, qui leur délivrera une carte qui leur permettra de prendre part aux travaux des commissions dont ils voudront faire partie.

Pour ne pas vous fatiguer, Messieurs, nous passerons sous silence les mille détails d'organisation qui nous ont occupé. Votre commission s'est réunie plus de soixante fois en séances de plusieurs heures, et le zèle des membres qui la composent ne s'est pas un instant ralenti. Complètement dévoués aux intérêts du Congrès, nous avons négligé nos affaires, nos occupations, nos devoirs de tous les jours, mus par cette pensée qu'ayant à demander à tous nos collègues et à ceux des départements en particulier, de grands et de pénibles sacrifices, les premiers nous leur en devions l'exemple. Nous avons la conscience d'avoir fait notre devoir dans la limite de nos forces et de notre intelligence: sans doute que vous remarquerez bien des imperfections, des lacunes, des erreurs mêmes dans notre œuvre; mais veuillez apprécier que nous marchions sur un terrain inconnu, sans précédents, sans guide, sans direction, et qu'il nous a fallu une grande prudence et une grande réserve pour ne pas nous égarer dans les voies impossibles.

Voilà notre œuvre terminée; voici, Messieurs, la vôtre qui commence. Vous avez à remplir une grande, une noble, une sainte mission; il s'agit non seulement de provoquer une législation plus en harmonie avec les besoins et la dignité du corps médical, avec les intérêts surtout de la société tout entière, livrée

aujourd'hui sans défense aux ignobles trafics du plus honteux charlatanisme; il s'agit encore et surtout, et vous en avez le droit et le pouvoir dans cette occasion solennelle, il s'agit de constituer en France le corps médical, de lui donner des liens de confraternité, de l'unir sympathiquement dans une association bienfaisante et morale qui rattache le plus élevé d'entre nous au plus modeste praticien de village. Vous allez vous occuper de graves, d'importantes questions d'enseignement, d'exercice, de législation; vous aspirez tous, et votre aspiration est légitime, vers une nouvelle loi qui fixe mieux que ne le fait la loi actuelle vos rapports avec la société; mais vos rapports avec vous-mêmes, y avez-vous sérieusement pensé?

Ne partagez pas, Messieurs, les illusions de ceux qui s'imaginent que quelques articles de loi de plus ou de moins vont donner abondance et fortune à chacun d'entre nous; illusion dangereuse et qui prépare d'amères déceptions. Ce ne sont pas les lois qui font les mœurs, et, sans mœurs, la plus draconienne des lois sera toujours impuissante et stérile. Préparez les éléments d'une bonne loi, faites connaître au pouvoir et aux législateurs vos besoins, vos désirs, vos espérances; c'est bien, c'est grand, c'est utile; mais, Messieurs, votre commission vous en supplie, ne vous séparez pas sans avoir jeté les bases d'une forte, d'une sympathique association; car, sans elle, votre loi serait inefficace. Trouverez-vous jamais une occasion plus propice? Voyez autour de vous et parmi vous les représentants les plus dignes, les plus intelligents, les plus dévoués de notre grande famille, accourus de tous les points de notre belle patrie. Il faut que toutes ces lumières soient utilisées, que toutes ces bonnes intentions trouvent leur emploi, que tout ce dévouement tourne au profit des intérêts les plus généraux de nos corporations; et y en a-t-il de plus général et d'une plus grave importance que celui qui aurait pour but de fixer nos droits et nos devoirs envers la loi, envers la science, envers la morale, envers la profession?

Enfin, Messieurs, et je termine, permettez à votre commission de vous transmettre un désir, c'est le seul qu'elle ait osé vous faire connaître: que vos discussions soient mesurées, courtoises; qu'elles exhalent ce parfum de la bonne compagnie, à laquelle vous appartenez par votre instruction et vos lumières. Veuillez réfléchir que cette réunion solennelle a produit un immense retentissement; que le pouvoir, le public et la presse vigilante assisteront à vos débats et prendront de nous l'opinion que nous leur en donnerons nous-mêmes. Que l'expression de vos vœux soit raisonnable, pratique, possible. Ne demandez au pouvoir que ce qu'il peut raisonnablement vous accorder; pensez à la société qui vous entoure, au milieu social dans lequel vous vivez, à nos mœurs publiques enfantées par la révolution glorieuse de 89, ennemies de tout privilége et de toute hiérarchie illégitime; pensez surtout que la profession médicale est une profession libérale par excellence, et à laquelle il faut laisser la spontanéité d'actions humanitaires et charitables.

Et que si ces conditions sont honorablement remplies, chacun de nous emportera un souvenir grave, pieux et reconnaissant de cette noble et grande manifestation en qui le corps médical a placé son avenir et ses espérances.

Ce discours, fréquemment interrompu par les marques de satisfaction de l'assemblée, est suivi d'une double salve d'applaudissements.

— *M. Serres* prononce alors l'allocution suivante:

Messieurs et chers collègues,

Les époques sociales ont des caractères qui les distinguent et les commandent.

Le caractère dominant du dix-neuvième siècle est le perfectionnement du bien-être physique et moral de l'homme: sciences, arts, industrie, tout tend vers ce but, tout est entraîné dans ce mouvement général, les hommes comme les gouvernements.

Parmi les sciences humaines, il en est une qui, depuis trois mille ans, veille et médite sans cesse sur les besoins de l'humanité.

L'humanité lui doit en grande partie le bien-être physique dont elle jouit présentement.

Cette science est la médecine, dont le domaine embrasse la chirurgie, la pharmacie et l'art vétérinaire.

Il suit de là, Messieurs et collègues, que la famille médicale enlace de toutes parts la société française.

Elle sillonne les mers avec nos vaisseaux;

Elle est avec nos soldats dans les camps et sur les champs de bataille;

Elle veille au foyer domestique, dans les hôpitaux et dans les prisons.

Les vicissitudes humaines la trouvent présente partout, et partout elles la trouvent dévouée.

Plus la famille médicale est nombreuse, plus sont importants, plus sont indispensables les services qu'elle rend à la société, plus le gouvernement doit être attentif aux institutions qui la régissent, plus il doit la couvrir de l'égide protectrice des lois.

De là, Messieurs et collègues, sa sollicitude; de là l'appel qu'il a fait maintes fois aux sociétés médicales, pour être secondé dans son action; de là même votre réunion.

Nous instruire pour être le plus utile possible à nos semblables, voilà notre premier devoir à tous.

Protéger l'application de cette instruction et étendre cette protection à tous les membres de la famille, voilà le devoir du gouvernement.

Messieurs et collègues,

Un de nos maîtres disait: Je ne connais rien de plus méprisable au monde qu'un militaire lâche et qu'un médecin ignorant; le premier parce qu'il compromet la patrie au jour du danger; le second parce qu'il compromet à chaque instant la vie et le bien-être de ses semblables.

Grâces à Dieu, il n'y pas de militaire lâche en France.

Le gouvernement doit donc tous ses efforts à la société pour qu'il ne puisse pas y avoir de médecin ignorant.

Ne l'oublions pas, Messieurs et collègues; dans l'état présent de la société française, l'instruction doit être la clef de voûte de toutes les institutions médicales. C'est elle qui doit servir de principe et de base à toutes les garanties que vous avez droit d'attendre et d'espérer de la marche progressive de l'intelligence humaine et du gouvernement.

En terminant cette courte allocution, qu'il me soit permis de dire un mot sur le Congrès médical.

C'est un spectacle nouveau pour notre société si tourmentée que le concours de tant de collègues accourus sur un simple appel, des divers points de la France, et accourus pour venir déposer dans cette enceinte le fruit de leur expérience et de leurs lumières.

C'est un spectacle instructif, surtout par son abnégation, car tous nous devons rester désintéressés dans les questions qui vont se discuter dans le Congrès.

L'utilité publique est seule en cause.

Ces paroles sont vivement applaudies.

— *M. le Président.* Messieurs, l'ordre du jour amène maintenant la nomination d'un Bureau définitif. Des bulletins imprimés vous ont été remis indiquant l'ordre que vous devez suivre dans vos votes. J'engage l'assemblée à procéder à ces élections dans l'ordre qui a été déterminé.

Vers trois heures, M. le Président annonce que le scrutin est fermé.

Le dépouillement commence aussitôt, et n'est terminé que vers cinq heures.

Il donne le résultat suivant:

NOMBRE DES VOTANTS: 697.

Président.

M. Serres,	637.
M. Chomel,	10.
M. Nacquart,	5.
M. Lisfranc,	4.

VICE-PRÉSIDENTS.

Section de médecine.

M. Villeneuve,	492.
M. Forget, de Strasbourg,	461.
M. Chomel,	59.
M. Bérard (Auguste),	30.
M. Amussat,	26.

Section de pharmacie.

M. Devallon, de Lyon,	443.
M. Boullay,	376.
M. Vée,	199.
M. Boudet fils,	31.
M. Guibourg,	31.
M. Caventou,	27.

Section vétérinaire.

M. Hamon,	407.
M. Lacoste,	400.
M. Leblanc,	110.
M. Collignon,	49.

SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

M. Amédée Latour,	588.
M. Pariset,	66.
M. Malgaigne,	17.
M. Labarraque,	8.

SECRÉTAIRES DES SÉANCES.

Section de médecine.

M. Rigal, de Gaillac,	272.
M. Labarraque fils,	162.
M. Melier,	160.
M. Amédée Latour,	41.
M. Forget, de Strasbourg,	39.

Section de pharmacie.

M. Félix Boudet,	419.
M. Scheuffelle,	265.
M. Aubergier,	81.
M. Flon,	72.
M. Dubail,	53.

Section vétérinaire.

M. Collignon,	421.
M. Leblanc,	410.
M. Hamon,	54.
M. Lacoste,	46.

TRÉSORIER.

M. Richelot,	667.
M. Vosseur,	4.

En conséquence sont nommés:

Président: M. Serres.
Vice-présidents: MM. Forget.
Davallon.
Boullay.
Hamon.
Lacoste.
Secrétaire-général: M. Amédée Latour.
Secrétaires: MM. Rigal.
Labarraque.
F. Boudet.
Scheuffelle.
Collignon.
Leblanc.
Trésorier: M. Richelot.

DEMAIN DIMANCHE, 2 novembre.

Réunion des Commissions dans les salons de la rue Duphot, n° 10. (*Voir* l'Instruction générale.)

LUNDI 3.

Assemblée de la section de pharmacie à l'Hôtel-de-Ville, à neuf heures, pour entendre le rapport de la Commission n° 1.

— Assemblée de la section de médecine à l'Hôtel-de-Ville, à deux heures, pour entendre le rapport de la Commission n° 1.

— Assemblée de la section vétérinaire, salon A, rue Duphot, à midi.

Nota. Dans le local de la rue Duphot, la galerie est mise à la disposition des membres du Congrès pour y tenir à volonté des conférences.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Dix-neuvième liste.

M. Massié, médecin, à Paris.
M. Mauser, vétérinaire, à Versailles.
M. le docteur Mauduit, à Paris.
M. Massieu, vétérinaire, à Paris.
M. le docteur Moynier, à Paris.
M. le docteur Mitivié, médecin en chef à la Salpêtrière, à Paris.
M. le docteur Martinet, ancien chef de clinique, à l'Hôtel-Dieu, à Paris.
M. Mallard, pharmacien à Paris.
M. le docteur Mame, délégué de la Société médicale de Maine-et-Loire, déjà adhérent pour son propre compte.
M. le docteur Le Monnyer, à Pantin.
M. Maréchal, vétérinaire à Paris.
M. Naudon, médecin à Paris.
M. le docteur Meyer, à Paris.
M. Oger, médecin à Saint Florent le-Vieil (Maine-et-Loire).
M. le docteur Oulmont, à Paris.
M. le docteur Poultier, à Paris.
M. Praquin, pharmacien, membre de la Société de pharmacie, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).
M. le docteur Pinel-Grandchamp, à Paris.
M. Poitevin, pharmacien à Mazamet (Tarn).
M. Pretot, vétérinaire.
M. le docteur Palazo, au Petit-Montrouge.
M. le docteur Piet, à Paris.
M. le docteur Caviole, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'hôpital, et délégué de l'arrondissement de Cahors.
M. le docteur Cuniac, à Solviac.
M. Vergnes, pharmacien à Martel.
M. le docteur Bach, à Concot.
M. Denugues, médecin à Puy-l'Evêque.
M. Irisson, vétérinaire à Puy-l'Evêque.
M. Vigoureux, pharmacien à Puy-l'Evêque.
M. Delbreil, pharmacien à Puy-l'Evêque.
M. le docteur Clary-Bousquet, à Cahors.
M. le docteur Pélissier, à Prayssac.
M. Carriol, vétérinaire à Cahors.
M. le docteur Lafranque, chirurgien-major du 27e de ligne, à Cahors.
M. le docteur Dufay, à Labastide-Marnhac.
M. le docteur Lurguie, à Luzech.
M. le docteur Lafage, à Saint-Vincent.
M. le docteur Verdier, à Cahors.
M. le docteur Dufour, à Vers.
M. Duc, pharmacien à Cahors.
M. le docteur Ausset, à Cahors.
M. le docteur Lacombe, médecin des prisons, et délégué de l'arrondissement de Cahors.
M. le docteur Guilhon, à Cahors.
M. le docteur Gavin, à Limagne.
M. Ronquette, pharmacien à Cahors.
M. le docteur Coymès, à Cahors.
M. Miran, médecin à Albas.
M. Fontaine, chirurgien-dentiste, à Cahors.
M. le docteur Alayrac, à Saint-Cernin.
M. Vinel, pharmacien à Cahors.
M. Rulhié, médecin, à Vaylats.
M. Fienzal médecin-vétérinaire à Cahors.
M. Lacombe, pharmacien à Cahors.
M. Prestat, pharmacien à Limagne.
M. Salgues, pharmacien à Montcuq.
M. Combarieu pharmacien à Cahors.
M. Combarieu, vétérinaire à Montcuq.
M. Vernhec, pharmacien à Albas.
M. le docteur Bonhomme, chirurgien en chef de l'hôpital, et délégué de l'arrondissement de Cahors.
M. le docteur Pignères, à Saint-Laurent.
M. le docteur David, à Saint-Matré.
M. Cambornac pharmacien à Cahors.
M. le docteur Jordanet, à Cahors.
M. Vaysse, pharmacien à Montcuq.
M. Cuhagnes, pharmacien à l'Albenque.
M. Truquet, pharmacien à Gourdon.
M. le docteur Célières, à Cabrerets.
M. Désirabode, chirurgien-dentiste, à Paris.
M. le docteur Guillard-d'Arcy, à Paris.
M. le docteur C. Higgins, à Paris.
M. le docteur Dorez, ancien chirurgien-aide-major, médecin inspecteur des eaux minérales de Provins.
M. le docteur Destrem, à Poitiers (Vienne).
M. le docteur Philippe, à Reims (Marne).
M. le docteur Vinet, au Meux (Oise).
M. le docteur Daviers, à Angers (Maine-et-Loire).
M. le docteur Croyzet à Cuse (Doubs).
M. le docteur Lavergne, délégué de l'arrond. de Castres (Tarn).
M. le docteur Genet, délégué de Chartres.
M. le docteur Tourrette, à Paris.
M. le docteur Gérard, à Beauvais (Oise).
M. Daniel, pharmacien à Beauvais.
M. le docteur Hoschedé, à Rouvroy (Somme).
M. le docteur Bousson, à Paris.
M. le docteur Eug. Gasnier, à Paris.
M. Oudinet, pharmacien à Versailles.
M. le docteur Bellety, à Paris.
M. Cary, pharmacien à Albert (Somme).

M. Dufourmantel, pharmacien à Albert.
M. le docteur Seraine, à Ham.
M. le docteur Seguin père, à Albi (Tarn).
M. le docteur Lalagade, à Albi.
M. Cauvier, chirurgien-major à Albi.
M. Rollinger, aide-major à Albi.
M. le docteur Belloc, à Réalmont.
M. Durand, pharmacien à Valence.
M. le docteur Guy, à Albi.
M. Drouère, pharmacien à Paris.
M. Worms, pharmacien à Paris.
Société de médecine de Poitiers, ayant pour délégués MM. Bricheteau, Fauconneau, Dufresne, Boullay et Félix Boudet.
M. le docteur Peaucellière, à St-Leu-sur-Oise.
M. le docteur Halbont, à Gonesse.
M. le docteur Espiaud, membre de l'Acad. royale de méd. de Paris.
M. le docteur Snowden, au Grand-Montrouge.
M. Antonin, pharmacien à Paris.
Comité médical de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône).
M. le docteur Jacquey, membre correspondant de l'Acad. royale de méd. et secrétaire du Comité médical de Lure.
M. Legoupil, pharmacien à Paris.
M. le docteur Josat, à Paris.
M. le docteur Cambay, délégué de Cambrai, à Paris.
M. Chambard, pharmacien à Paris.
M. le docteur Collin, à La Villette.
M. le docteur Caviole, à Paris.
M. le docteur Cambournac, à Bourges.
M. Coudun, pharmacien à Boulogne (Seine).
M. le docteur Conté de Levignac, à Paris.
M. le docteur Chappuis, à Paris.
M. le docteur Cappon-Veillon, à Paris.
M. le docteur Canuet, à Paris.
M. le docteur Boutillier St-André, à Chollet (Maine-et-Loire).
M. le docteur Barilleau, à Paris.
M. le docteur Brice-Cornet, à Loudun.
M. le docteur Bossu, à Paris.
M. Berger, vétérinaire à Versailles.
M. le docteur Braive, à Paris.
M. le docteur Bouret, à Etrechy. (Seine-et-Oise.)
M. le docteur Duchesne, à Paris.
M. le docteur Daniel, présid. de la Réun. des méd. de Beauvais.
M. le docteur Emile Desgranges, délégué de la Réunion médico-chirurgicale de l'hôpital Saint-André, et membre du Conseil municipal à Bordeaux.
M. le docteur Danvin, à Paris.
M. le docteur Douillet, à Paris.
M. le docteur Després, délégué du 12e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Duvivier, à Paris.
M. le docteur Delacloche, à Paris.
M. le docteur Pidansat, à Paris.
M. le docteur Duchamp, à Paris.
M. le docteur Dussol, à Paris.
M. Denoyel, pharmacien à Paris.
M. Duvernoy, pharmacien à Paris.
M. Desirabode, médecin-dentiste à Paris.
M. Delmont, chirurg.-dentiste des collèges royaux à Paris.
M. Dubreuil fils, de Bordeaux.
M. le docteur Debret, à Morannes. (Maine-et-Loire.)
M. Dejardin, médecin-dentiste à Paris.
M. le docteur Fabrège, à Paris.
M. le docteur Fauré, pharmacien à Bordeaux.
M. Feste, médecin à Bondy.
M. le docteur Frère, à Paris.
M. le docteur Foissac.
M. le docteur Fontès, à Passy.
M. le docteur Guerif, à St-Florent-le-Vieil, (Maine-et-Loire.)
M. le docteur Guindet, à Paris.
M. le docteur Gannet, à Paris.

Total de la dix-neuvième liste,	151
Listes précédentes,	3261
Total général, à ce jour,	3412

OUVERTURE DU MUSÉE D'ANATOMIE COMPARÉE.

Une grande œuvre vient d'être réalisée, et nous n'essaierons pas d'en diminuer l'importance. On pourrait presque dire qu'elle a été improvisée, et même il y aurait à craindre que la rapidité merveilleuse de l'exécution ne devînt une occasion de critique, si la création, telle que nous avons été appelé à la considérer, était définitive et invariable dans toutes ses parties.

Le Musée d'anatomie comparée est terminé, terminé dans son ensemble, bien entendu ; car, pour les détails, nous venons de l'insinuer, il aura à subir des rectifications, des additions et des retranchements. Mais il y aurait injustice à exiger la perfection immédiate des détails dans une fondation si compliquée et si considérable. L'essentiel était de tracer les lignes principales ; à cet égard, notre satisfaction est pleine et entière. Disons plus, il y a obligation pour nous de nous contraindre, afin que la vivacité de notre sentiment ne nuise pas à cette relation ; relation rapide, incomplète nécessairement, écrite pour nos lecteurs de demain, au moment même où nous venons de visiter le nouveau Musée.

Une pensée, digne d'être recueillie et fécondée, est née dans l'esprit d'un homme; celle d'élever à la hauteur qu'elles doivent atteindre, les études anatomiques en France.

Certes, notre pays n'a rien à envier à aucun autre sous le rapport de la graphie humaine, en ce qui touche surtout la connaissance de l'anatomie chirurgicale. Et même, à cet égard, on peut poser comme chose facile à constater qu'il s'est placé au premier rang. Mais il s'en faut beaucoup qu'il en soit ainsi pour l'anatomie physiologique. Il n'y a guère d'anatomistes de profession en France. On fait de l'anatomie pour faire de la chirurgie, et non pour approfondir les mystères des formations organiques et des fonctions. Ceci était plus vrai il y a quelque temps, mais il est facile d'y apercevoir ce qui était la vérité hier, et ce qui encore aujourd'hui n'est qu'un peu exagéré. Cette négligence, cette sorte d'abandon de l'anatomie physiologique tient à une cause bien simple. L'anatomie physiologique mène à la gloire scientifique; mais, comme position, elle ne conduit à rien. Pour relever cette partie importante des sciences naturelles, il fallait deux choses: ouvrir un temple à l'anatomie physiologique, et lui trouver des desservants; faire un Musée et des anatomistes. Le Musée est fait. On aura les anatomistes quand on voudra. Mais il faudra savoir les dédommager du sacrifice qu'on leur demandera. Les meilleurs anatomistes sont les meilleurs opérateurs, et l'on sait à quoi ces derniers peuvent prétendre en tant que position, honneurs et fortune.

Donc ça été une grande pensée que celle d'instituer une *carrière anatomique*, et nous y applaudissons de toutes nos forces.

Le Musée que nous venons de parcourir représente pour nous la moitié de la réalisation de cette pensée.

Il y a peu de nos lecteurs qui n'aient vu l'insignifiante galerie qui longe la place de l'Ecole-de-Médecine, insignifiante surtout quand on se la représente en contemplant ce qu'elle est devenue.

Un problème difficile a été résolu : on a quadruplé la capacité de cette galerie sans porter atteinte en aucune façon à l'économie générale du monument, et sans que du dehors on puisse soupçonner un tel changement. Il y avait précédemment une fenêtre pour une armoire. Les fenêtres, conservées à l'extérieur, ont été intérieurement elles-mêmes transformées en armoires. Le jour vient d'en haut. Voilà donc déjà l'espace doublé. Précédemment les armoires s'étendaient de bas en haut, et la pièce était simple verticalement ; à présent, elle est double. Une petite galerie, ayant toutefois plus de sept pieds de haut, répète la première supérieurement, et quadruple ainsi l'espace, comme nous l'avons dit. Il n'a fallu pour cela qu'évider le plafond. On monte à ce *premier étage* du Musée par un escalier tournant placé au milieu de la galerie. Celle-ci forme donc un double parallélogramme, garni d'armoires sur toutes les faces. Le parquet est utilisé pour les squelettes des grands animaux rangés dans de longues cages. Ces squelettes, pour plus d'ordre, sont représentés dans les armoires où se trouve le reste des squelettes de l'échelle zoologique, par leurs étiquettes. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'utilité de cette mesure.

La statue de Cuvier s'élèvera au fond de la pièce.

La première place, comme de raison, a été faite à l'anatomie élémentaire ou générale. On a représenté les tissus et leur texture microscopique, de même que la composition microscopique des liquides. Nous avons vu là des globules du lait qui étrangleraient le petit d'un éléphant, et des fibres nerveuses primitives de la plus belle venue. M. le docteur Mandl s'y est distingué. On lui a fait une belle place. Si les pièces sont exactes, ce que l'on doit supposer, et ce que nous ne pouvons décider après un si rapide examen, l'étude des questions les plus épineuses de l'anatomie sera facile désormais. La réputation de M. le docteur Mandl n'est pas à faire, et c'était assez de ses yeux pour l'étude des objets à figurer; mais on ne doit pas oublier qu'il a été nécessairement contrôlé par l'artiste reproducteur, M. Thibort, et que c'est là une double garantie de fidélité.

Le savant M. Burggraeve (de Gand) a fait hommage d'un grand nombre de pièces intéressantes qui figurent dans ces premières armoires.

Nous passons rapidement (et bien à regret) sur ces premières armoires, et nous arrivons à l'ostéologie.

Un grand espace a été réservé à l'anatomie humaine, et ce devait être. Cette remarque s'applique non-seulement à l'ostéologie, mais en général à tous les appareils organiques, et l'on peut dire que le Musée, suivant sa vraie destination, est un musée d'anatomie comparée au point de vue de l'anatomie de l'homme.

Il y a donc là des squelettes humains de toutes les tailles et de tous les âges.

Nous avons remarqué une belle collection de têtes des différentes races, les unes en plâtre, les autres naturelles. Parmi ces crânes se trouve celui d'un Celte, dont les os, incomplets, sont rangés sur un tableau, un peu plus loin. Nous avons assurément une grande vénération pour ces restes d'un ancêtre ; mais nous sommes forcé de déclarer qu'ils n'ont pas, quoique bien conservés, une grande valeur scientifique.

M. le doyen n'a pas voulu avoir maille à partir avec les phrénologistes, et il a donné place aux têtes naturelles ou artificielles des célébrités de Cour d'assises. La collection est complète. Bien lui en a pris; car bien des gens ne sont point complétement guéri de la phrénologie, et on eût pu lui faire un procès en règle.

Vient ensuite la squélettologie des animaux. Il y en a pour cinquante mille francs. Mais le budget n'aura pas à payer toute cette dépense, une grande partie des pièces ayant été préparées par les anatomistes de l'école, et d'autres ayant été données.

Après la charpente osseuse, si importante dans la détermination des espèces ; après l'élément passif de la locomotion, arrive l'élément actif. Les armoires destinées à la myologie suivent celles où est étalée l'ostéologie dans sa variété infinie et pourtant susceptible d'être ramenée à l'unité.

Nulle part, en Europe, la myologie n'avait encore trouvé place dans les musées d'anatomie, et nous applaudissons hautement à cette innovation.

Trois méthodes d'exhibition ont été employées pour les pièces musculaires. Les unes sont conservées dans un liquide formé d'un mélange de chlorure de sodium, de sublimé et d'alun; les autres sont moulées en plâtre ; d'autres enfin, en très grand nombre, sont naturelles et conservées par une méthode de l'invention de M. le docteur Sucquet, méthode qu'il fera connaître bientôt, et qui donne des résultats vraiment miraculeux. Jusqu'ici, les pièces anatomiques étaient plus ou moins exactes, plus ou moins bien faites. Celles-ci ont de plus l'attrait qui s'attache, par exemple, à un joli tableau. M. Sucquet a rendu l'anatomie charmante. C'était plus qu'il n'était certainement permis d'espérer. Quant à l'exactitude, c'est la nature immobilisée. Les pièces en plâtre sont dues à M. Beau. Elles sont belles et exactes. Mais il ne peut y avoir rien de remarquable à côté des pièces de M. Sucquet. Faisons cependant une réserve relativement à ces dernières. Nous en avons vu qui datent de plusieurs mois, et qui ont résisté à des vicissitudes diverses. Il y a donc lieu de penser que cette conservation est durable. Mais attendons que le temps, cet ennemi de l'immobilité de la matière qui a vécu, cet implacable ouvrier acharné à détruire son œuvre pour la recommencer toujours, comme s'il ne pouvait jamais atteindre son idéal, attendons, disons-nous, que le temps ait passé sur ces produits d'un art jusqu'alors admirable.

Quant aux pièces conservées dans les bocaux, elles sont très visibles, à raison de la limpidité du liquide, et ressortent parfaitement sur un vernis noir.

La puissante musculature de l'ours est représentée toute entière en plâtre ; et c'est chose inouïe que l'activité qu'il a fallu déployer pour obtenir cette immense pièce. L'animal était arrivé dans un très mauvais état. M. Richet a disséqué un membre, M. Deville l'autre, M. Pigné le cou, la tête et le tronc, et le lendemain le cadavre de l'ours pouvait pourrir ; on n'avait plus besoin de lui.

Arrêtons-nous un instant devant une superbe demi-tête de panthère, où brille en robuste relief le plus formidable masséter que l'on puisse imaginer.

Toute la myologie du dindon, couche par couche, a été représentée dans une série de pièces très remarquables, par MM. Carteaux et Chailloux.

La myologie des poissons et des reptiles est due en grande partie à M. Robin, jeune naturaliste plein de talent et d'habileté, que nous nous plaisons à mentionner ici, parce qu'il nous convient surtout de proclamer le mérite modeste.

Après la squelettologie et la myologie, on admire les pièces relatives au système nerveux. Des hommes qui ont le droit, de toute manière, d'émettre une opinion, ont déclaré qu'il n'y a pas dans l'Europe entière une armoire qui puisse seulement approcher de celle où sont ici reproduits les merveilleux appareils du système nerveux. Nous ne pouvons donner assez d'éloges à deux pièces naturelles de M. Sucquet, représentant le cerveau et la moelle : on n'en croit pas ses yeux. Des pièces de M. Boulard, qui a travaillé sous la direction de M. Robin, représentent l'appareil nerveux de certains poissons et crustacés. Nous l'avouons à notre honte, nous n'aurions jamais cru le homard un animal si bien doué à l'endroit du principe matériel du mouvement et de la sensibilité.

M. Jobert (de Lamballe), aussi habile à manier le scalpel qu'à diriger le bistouri, a fait hommage au Musée de ses importantes préparations du système nerveux de la torpille.

Une place toute spéciale doit être faite dans ce rapide article, comme elle lui est faite largement dans le Musée, à M. Denonvilliers, que nous nommons pour le système nerveux, et que nous aurions à renommer pour les sens, pour les lymphatiques, pour les lymphatiques surtout.

Il a donné un trifacial qui est un prodige de patience et de dextérité.

Rendons aussi, à l'occasion du système nerveux, à des anatomistes de premier ordre, hommes de portée intellectuelle autant que d'habileté manuelle, MM. Richet, Jarjavay, Deville, Sapey, etc., la justice qui leur est due pour le talent qu'ils ont déployé et le temps qu'ils ont dépensé.

Après le système nerveux sont disposés les organes des sens. Ici, en première ligne, se présentent deux tableaux de M. le professeur Hirtl (de Vienne), contenant les canaux semi-circulaires, le limaçon, et les osselets d'un grand nombre d'animaux. C'est là le produit d'une persévérance de plusieurs années, et les sacrifices pécuniaires qu'une telle collection a exigés sont considérables. Nous ne parlons pas de l'habileté, trop notoire pour qu'on y insiste. Notre reconnaissance est acquise à M. Hirtl. Toutefois, ses pièces d'anatomie comparée ne nous font pas oublier les belles préparations de M. Cloquet, lesquelles n'ont aucunement à souffrir de la comparaison.

Il en est des injections de l'œil, notamment de l'iris, par M. Denonvilliers, comme des préparations de l'ouïe de M. J. Cloquet. Elles restent à l'état de richesses, nonobstant les acquisitions nouvelles.

Nous avons noté une innovation heureuse consistant dans l'adaptation d'un microscope à demeure, dans les armoires, vis à vis les objets qui présentent de menus détails.

Avant les appareils de la vie organique, se trouvent divers animaux ouverts dans leur longueur, et montrant les rapports des organes. Ces *autopsies* nous ont paru trop nombreuses. La confection de ces pièces est d'ailleurs peu méritoire. Il est aisé de fendre en deux un lézard. On devra faire une différence radicale entre le mérite des pièces, suivant le temps qu'elles ont coûté et l'habileté qui y a été employée. Il y aurait déraison et injustice à confondre avec une de ces autopsies dont nous venons de parler, telle pièce représentant le grand sympathique, par exemple, et qui a coûté trois mois de travail.

Nous avons remarqué avec plaisir une préparation qui montre la vessie natatoire, préparation due à M. Souleyer, qui a envoyé un grand nombre d'autres objets.

Les organes de la digestion sont classés physiologiquement, en commençant par les organes masticatoires. Il nous a semblé que les mâchoires étaient trop largement représentées ; il y a un tas de maxillaires inférieurs couchés l'un sur l'autre, qui, pour être si nombreux, ne sont pas autrement instructifs.

Citons, à propos de l'appareil circulatoire, deux préparations représentant la veine-porte, l'une de M. Denonvilliers (mal placée à cause du bois de l'armoire qui la cache en partie), l'autre de M. Cohen ; une préparation remarquable des artères de l'épaule, par M. Richet ; le cœur colossal et l'aorte d'une baleine de 72 pieds, envoyés par M. Eschricht ; l'appareil circulatoire de la limace, par M. Pouchet. Nous avons vu avec regret, parmi tant de belles pièces de nos jeunes anatomistes, des préparations qui ont pu passer pour remarquables dans leur temps, et, par exemple, une pièce de Dupuytren qui rougirait, si elle en était capable, de se trouver en si bonne compagnie. Il faut au plus vite cacher celle-là et d'autres de la même espèce. Un musée n'est pas un reliquaire. D'ailleurs, la mémoire ou la gloire des donataires n'y gagne rien.

Nous ne parlerons de l'appareil des sécrétions que pour mentionner l'appareil venimeux de la vipère envoyé par le célèbre Panizza, et les foies de M. Sucquet, que nous renonçons à louer. Les mots nous manquent. On n'aurait jamais pu s'attendre à un tel succès dans la conservation. Passons sur un rein de baleine qui ne ressemble pas mal à une grappe de biscaïens.

En ce qui concerne l'appareil respiratoire, indiquons une admirable pièce de M. Sapey, représentant les bronches et les nerfs bronchiques du cheval. M. Pouchet, de Rouen, a envoyé les organes respiratoires du perroquet. L'appareil de la phonation est compris dans celui de la respiration. M. Richet a préparé, avec toute la réussite désirable, un larynx de biche, une langue et un larynx de loup, etc. On s'étonnera peut-être que la langue ait une aussi petite place dans un Musée créé au sein de la capitale du monde oratoire.

Nous voici aux confins de l'individu et de l'espèce : la génération commence. Que dire devant un si grand amas de choses rares, curieuses, surprenantes ? Toute la génération ! toute l'ovologie ! toute l'embryogénie ! quatre-vingts pièces de M. Houel ! quarante de M. Erhrmann ! des injections fines de M. Grouby ! des cotylédons par l'illustre Richard Owen ! Ici la génération des mollusques ; là-bas le développement des os, suivi pas à pas au moyen de la garence ; ailleurs l'évolution de l'œuf, jour par jour, représenté dans une série nombreuse d'admirables pièces dues au célèbre professeur Erhl, de Munich. Il faudrait une semaine pour tout voir, et un volume pour tout dire.

Nous sentons trop que nous n'avons pu dans cette espèce de steeple-chasse anatomique, auquel nous venons de faire assister nos lecteurs, rendre justice à chacun. Par exemple, nous n'avons pas nommé encore M. Maissiat, et aussi bien c'était ici peut-être qu'il fallait le nommer, en revenant sur l'ensemble, après avoir à grands traits esquissé les détails. En effet, quoiqu'il ait donné quelques pièces, c'est surtout en s'appliquant à l'ensemble avec zèle et activité, que M. Maissiat a participé à la création nouvelle. Le nom de M. Pigné est partout dans le Musée, et nous avons à cœur de faire à cet habile anatomiste la part qu'il mérite. Nous n'avons pas nommé MM. Giraldès, Demarquay, Cusco et tant d'autres... Honneur à tous ces jeunes hommes d'élite et de travail, dont le dévouement unanime a réalisé une belle et utile pensée. Ils ont bien mérité de la science, et nous espérons que la presse ne sera pas seule à leur en tenir compte.

On vient de voir quelle est la distribution générale du Musée, et ce n'est pas la peine de le résumer. L'anatomie spéciale commence par la squélettologie et les muscles, c'est à dire par l'appareil locomoteur, qui est séparé ainsi des autres appareils de la vie de relation, à laquelle il se rattache.

La presse loue ou critique au gré des événements et des hommes. Elle s'afflige quand elle a lieu de blâmer. Elle est heureuse quand elle a l'occasion d'applaudir. Nous gémissions sur notre infériorité relativement aux collections anatomiques. Cette cause d'infériorité a cessé, et nous avons atteint, du premier coup, non pas à l'égalité, qui ne saurait nous satisfaire, mais à la supériorité, qui est et doit être notre ambition en tout. Nous devons en attribuer l'honneur à qui de droit, et il ne nous en coûte pas d'exprimer notre admiration pour l'idée aussi bien que pour l'exécution. Nous savons apprécier ce qu'il a fallu de courage pour entreprendre une telle œuvre, dont les difficultés étaient immenses, et d'activité infatigables pour la mener à fin. En somme nous voyons à la fois, dans le nouveau Musée, une œuvre scientifique et un acte de patriotisme.

X....

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur.

En insérant dans la liste d'hier les adhésions de *cinquante et un* médecins et pharmaciens des Vosges, vous avez omis d'indiquer qu'ils m'avaient désigné pour les représenter au Congrès médical. C'est un honneur auquel j'attache un trop haut prix pour ne pas le revendiquer, et je vous serai fort obligé de réparer cette omission dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc.

MALGAIGNE.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 4 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 130. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

AVIS IMPORTANT. — Demain mercredi, 5 novembre, la *Gazette des Hôpitaux* paraîtra avec un supplément de quatre pages.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

PARIS, 3 NOVEMBRE 1845.

CONGRÈS MÉDICAL.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1845.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 1. — Ecoles de pharmacie. — Ecoles préparatoires. — Enseignement libre. — Discussion et votes.*

A neuf heures du matin, séance de la section de pharmacie.

Rapport de M. Boudet. Nous publierons le compte-rendu de cette séance dans le numéro de demain.

Nous nous contenterons de donner les conclusions telles qu'elles ont été adoptées.

1° L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier sera divisé en enseignement préparatoire et enseignement spécial.

L'enseignement préparatoire se composera d'un cours élémentaire de chimie et de physique, et d'un cours également élémentaire de pharmacie et d'histoire naturelle; cet enseignement sera donné dans les Ecoles préparatoires et dans les Écoles spéciales de pharmacie : ces dernières recevront le titre de Facultés de pharmacie.

2° Il sera créé une chaire de botanique dans chaque Faculté de pharmacie.

Le cours de pharmacie sera terminé par quelques leçons sur la posologie et l'action thérapeutique des médicaments.

Le cours de toxicologie comprendra un exposé des principales dispositions législatives qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie et aux expertises judiciaires.

Le cours de l'Ecole pratique sera obligatoire pour tous les élèves en pharmacie, et terminé par un examen spécial.

3° L'enseignement donné dans les Ecoles préparatoires sera absolument identique avec l'enseignement préparatoire donné dans les Facultés, et il sera confié à deux professeurs qui seront nécessairement pharmaciens.

4° Il sera annexé à chaque Faculté ou Ecole préparatoire de pharmacie un ou plusieurs amphithéâtres, ou toutes les personnes qui se destinent à l'enseignement des sciences pharmaceutiques pourront ouvrir des cours sous la garantie et avec l'autorisation du doyen de la Faculté de pharmacie.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 1. — Facultés et Ecoles. — Discussion et votes.*

Messieurs,

Votre première Commission vient, par mon organe, vous proposer la solution des questions dont l'examen lui avait été confié. Ces réponses et leurs considérants sont les résultats de la presque unanimité des opinions recueillies.

La première question porte : L'enseignement des sciences médicales est donné aujourd'hui dans des Facultés et des Ecoles préparatoires. Cette division est-elle utile ? Quels sont ses avantages ?

Si la médecine est une science extrêmement vaste, si son domaine embrasse des parties nombreuses et distinctes, si les connaissances dont elle se compose se lient, s'enchaînent, se subordonnent, il faut mettre dans leur enseignement un ordre régulier, une gradation méthodique. Les faits les plus évidents, les données les plus essentielles, les principes les plus simples et les plus positifs doivent être présentés en première ligne. Il faut donc que l'enseignement médical soit d'abord élémentaire.

La médecine a une langue qui lui est propre; les termes qu'elle emploie doivent être exactement définis; sinon on ne peut s'entendre; aucune notion première ne doit être laissée vague ou douteuse; il faut donc que les premiers instituteurs de la jeunesse médicale se trouvent rapprochés d'elle, que des rapports nombreux, un contact fréquent leur permettent de veiller avec un soin pour ainsi dire paternel à cette difficile et importante initiation.

Pour que les idées acquises soient exactes et précises, les sens doivent prêter leur concours à l'entendement. En même temps que la parole du professeur s'adresse à l'esprit, les objets dont il traite doivent parler aux sens. Il faut que ces objets soient vus, revus, touchés, examinés sous toutes leurs faces pour laisser dans la mémoire une impression profonde et durable.

L'enseignement dans les Ecoles préparatoires remplit cette triple condition. Il ouvre la carrière, initie aux premières vérités de la science, et fournit à l'éducation médicale ses bases les plus solides.

L'enseignement dans ces Ecoles doit donc être élémentaire et essentiellement pratique. C'est là en effet que les dissections peuvent être faites avec facilité, à cause du petit nombre des élèves; c'est là aussi que l'observation clinique peut avoir lieu sans encombre, sans inconvénient pour les malades par le même motif.

Si vous comparez, Messieurs, cet enseignement à celui des Facultés en général, à celui surtout de la Faculté qui sert de type, que de différences ne trouverez-vous pas! Quel professeur s'astreindrait à ne donner que des notions élémentaires, pourrait-il oublier le rang qu'il occupe? Il n'y a pas certainement deux anatomies, deux physiologies, deux pathologies, mais il y a vingt manières d'envisager et d'enseigner l'anatomie, la physiologie, la pathologie.

Les Facultés se considèrent avec raison comme chargées d'un haut enseignement; là sont présentées avec un grand talent les développements les plus étendus, les détails les plus lumineux, les vues les plus profondes, les aperçus les plus ingénieux sur les lois de l'organisme vivant, sur ses modifications diverses, sur ses altérations nombreuses, sur les ressources et la puissance de notre art; mais, des leçons si pleines d'intérêt, de quel avantage sont elles pour l'élève qui ignore jusqu'au langage de la science, pour lequel tout est également neuf, et les notions les plus vulgaires et les considérations les plus transcendantes? Il n'en recueille aucun profit, et, s'il ne veut perdre son temps, il est obligé de chercher, dans des instructions plus simples et plus intelligibles, les éléments qui lui manquent. De là, Messieurs, l'indispensable nécessité, surtout près des grandes Facultés, des cours particuliers.

Cette lacune est comblée, loin des Facultés, par les Ecoles préparatoires ou secondaires.

Telle est, Messieurs, leur nécessité, que presque partout elles sont nées spontanément et depuis fort longtemps. Lorsque la première révolution eut renversé les anciennes Facultés de médecine et les colléges de chirurgie, on vit des hommes zélés élever sur ces ruines respectables les premières bases d'un modeste enseignement. Des décrets impériaux vinrent consacrer l'existence de ces Ecoles, qui plus tard furent appelées secondaires, et qui naguère ont reçu le nom de préparatoires.

Ces Ecoles, a-t-on dit, ne servent que pour les aspirants au titre d'officier de santé. Serait-ce vrai, ce reproche ne saurait les atteindre. Le titre d'officier de santé n'est pas encore aboli; c'est un malheur. Mais puisque la loi permet, même de nos jours, aux jurys médicaux de le conférer, pourquoi trouverait-on mauvais que ces aspirants vinssent chercher dans les Ecoles préparatoires le peu d'instruction dont ils sont obligés de faire preuve?

Du reste, qu'on se rassure; les élèves destinés au doctorat sont en grande majorité dans la plupart des Ecoles préparatoires.

Ces Ecoles sont soumises dans la direction des études à des règles auxquelles les Facultés ne pourraient être assujetties.

Les leçons sont nombreuses; la succession des cours est régulièrement fixée, des interrogations sont faites chaque jour, des appels fréquents témoignent de l'exactitude ou de l'inassiduité des étudiants; à la fin de chaque année scolaire un examen général constate leurs progrès, les arrête ou leur permet d'avancer. En vertu de ces sages précautions, si elles sont religieusement observées, les élèves des Ecoles préparatoires doivent prendre des habitudes d'assiduité, de travail, d'émulation.

Ces Ecoles offrent des avantages inappréciables aux familles qui peuvent ainsi, non loin du toit paternel, essayer de la vocation de leurs enfants, et les introduire dans la carrière professionnelle, sans les perdre de vue et sans s'imposer d'onéreux sacrifices.

Pour les hôpitaux près desquels existent les Ecoles de médecine, *il y a avantage réel*, il y a utilité réciproque. Sans hôpital, point d'Ecole de médecine possible; et sans Ecole, pénurie d'élèves pour le service des malades.

Les villes, enfin, dans lesquelles les Ecoles sont établies, ne peuvent que gagner à leur possession; là où il faut enseigner il faut savoir, et pour savoir il faut apprendre sans cesse. Un enseignement même modeste oblige le professeur qui ne veut pas rester au-dessous de sa mission, à suivre les progrès et les révolutions de la science. Et qui nierait que le corps entier des médecins de la même ville ne reçoit pas une heureuse influence de ce besoin de lumières, ne subit pas les effets d'une louable émulation?

Votre Commission, vous le voyez, Messieurs, porte sur les Ecoles préparatoires un jugement favorable; elle a, en outre, consulté les opinions exprimées par les diverses Sociétés qui ont manifesté leurs vœux au Congrès: il y a eu à peu près unanimité.

— Ainsi, la Société médico-pratique de Paris, la Société médicale du Temple, les Sociétés de médecine des 4e et 9e arrondissements de cette ville, le Cercle médical de Lille, les Sociétés de médecine de Bordeaux, Besançon, d'Angers, de la Moselle, de la Loire-Inférieure, l'Association médicale de la Gironde, celle de la Haute-Garonne; la Commission médicale de Nantes, les médecins de Pontoise, de Château-Gontier, de l'arrondissement de Beauvais, de l'arrondissement de Gannat, du département de l'Allier, les médecins d'Avranches, de Castres en Albigeois, etc., etc., ont positivement demandé que l'enseignement médical fût divisé entre les Facultés et les Ecoles de médecine.

Après des manifestations aussi nombreuses, et par les motifs précédemment exposés, votre Commission vous propose de répondre que la division de l'enseignement médical entre les Facultés et les Ecoles préparatoires, est utile et avantageuse.

Deuxième question. — L'enseignement donné dans les Facultés répond-il aux besoins de la science et de l'art ? Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune des Facultés, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et pour chaque division de cet enseignement, les améliorations que l'on croit utiles?

Votre Commission ne doit pas vous dissimuler, Messieurs, l'embarras dans lequel elle s'est trouvée lorsqu'il a fallu répondre à cette question. Pouvait-elle se livrer à une enquête quelconque? Devait-elle demander et attendre des documents? Non, Messieurs; elle a senti qu'au lieu d'entrer dans des détails, il valait mieux s'en tenir à des vœux généraux, ayant pour but de combler des lacunes. Ainsi, sans autre explication, elle désire qu'à Paris soit fondée une chaire d'histoire de la médecine, et qu'à Montpellier soit fait un cours d'anatomie pathologique.

Il serait de plus avantageux que les hôpitaux de Paris consacrés au traitement de quelques maladies spéciales, tels que celui des Enfants, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés et servissent à un enseignement régulier et obligatoire.

Le troisième chef de question est ainsi conçu : Le nombre des Facultés est-il suffisant? Est-il trop considérable ? Dans le cas où il serait jugé insuffisant, dans quelles villes conviendrait-il d'en instituer de nouvelles? Dans le cas où il serait trop considérable, lesquelles supprimer ? Y aurait-il avantage à n'avoir qu'une seule Faculté ?

Votre Commission, Messieurs, repousse l'idée d'une seule Faculté. Pour arriver à ce résultat, il faudrait en venir à la cruelle nécessité de détruire. Or, nous ne voulons point détruire ; nous désirons améliorer.

D'ailleurs, à quoi servirait la destruction de deux Facultés? Augmenterait-elle le lustre de celle qui resterait? Ferait-elle que l'enseignement y fût plus régulier, plus complet? Elle ne tendrait qu'à augmenter l'encombrement des élèves et à favoriser un monopole qui aurait de graves inconvénients.

Espérerait-on obtenir l'unité de doctrine qui, dans le fait, serait désirable si la science avait dit son dernier mot? Mais où trouver cette unité? Existe-t-elle au sein de chacune des Facultés elles-mêmes? Elle est impossible. Les trois Facultés doivent rivaliser de zèle et d'émulation. Il serait beau de les voir lutter avec des armes égales; mais que la susceptibilité de quelques-unes ne s'en offense pas, il y aura toujours inégalité entre elles, parce que, selon les ressources locales, selon le nombre et l'importance des hôpitaux, l'étendue de la population, la proximité ou l'éloignement du grand foyer des lumières, des moyens d'action et de progrès seront, ou facilement obtenus pour quelques-unes, ou nécessairement refusés aux autres, quelque soit d'ailleurs le mérite des professeurs qui les composeront.

On demande si le nombre des Facultés est insuffisant. Nous pensons qu'il suffit. La création d'une Faculté nouvelle serait une œuvre d'une extrême difficulté. Si, parmi les trois Facultés aujourd'hui existantes, l'une d'elles a quelque peine à se maintenir au rang où l'ont élevée ses longs services et le talent de ses professeurs, peut-on prévoir et garantir le sort d'une fondation nouvelle? Toutefois, Messieurs, cette question ne saurait être encore définitivement résolue.

Nous passons à la quatrième question. L'enseignement donné dans les Ecoles préparatoires répond-il aux besoins de la science et de l'art? Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires et spécifier pour chacune de ces Ecoles les améliorations que l'on croit utiles.

Votre Commission n'a pas eu de documents écrits sur cette question; mais elle s'est entourée de renseignements exacts. Elle a appris avec satisfaction que plusieurs Ecoles préparatoires répondent au but de leur institution et ne laissent rien à désirer sous le rapport du matériel; mais si quel-

ques-unes ont le nécessaire, d'autres manquent de l'indispensable.

L'enseignement dans les Ecoles préparatoires doit être, avons-nous dit, essentiellement pratique; il faut donc que les dissections soient favorisées par des locaux appropriés et un nombre suffisant de cadavres; que les manipulations chimiques puissent être assez multipliées, que des laboratoires, des collections, une bibliothèque soient mis à la disposition des élèves.

Il importerait que partout l'enseignement clinique fût facilité, que les services des hôpitaux fussent en harmonie avec les exigences de l'instruction des élèves; que les cliniques d'accouchement fussent délivrées de quelques obstacles qui les rendent trop souvent stériles.

En nous occupant des améliorations dont les Ecoles préparatoires sont susceptibles, une circonstance nous a frappés. Instituées par l'Université, ces Ecoles sont cependant communales. Leur matériel, leur budget, les traitements des professeurs sont soumis au vote annuel des conseils municipaux. Cette dépendance est fâcheuse; elle donne une vie incertaine, une existence vraiment précaire à des institutions qui auraient besoin de consistance, de considération et de garanties. Pour remédier à cet état, il importerait que les Ecoles préparatoires devinssent tout à fait universitaires.

Enfin, Messieurs, votre Commission a jugé que, pour rendre l'instruction plus forte, plus solide, plus générale, et s'en assurer, chaque élève ayant pris huit inscriptions devrait subir plusieurs examens sérieux, d'où dépendrait l'obtention d'un certificat, ou mieux d'un premier grade, celui de bachelier, sans lequel il ne pourrait passer outre et prendre de nouvelles inscriptions.

La délivrance de ce titre, engageant la responsabilité des professeurs, en même temps qu'elle deviendrait la récompense de leur zèle et de leurs travaux, serait pour les élèves un frein salutaire et un juste motif d'émulation.

D'après les motifs qui précèdent, votre Commission vous propose, Messieurs, d'exprimer les vœux suivants:

L'enseignement dans les Ecoles préparatoires doit être favorisé sous le rapport pratique. Ces Ecoles doivent être mises en possession d'un matériel suffisant. Avec l'enseignement clinique doivent s'harmoniser les services des hôpitaux. Les Ecoles préparatoires doivent devenir entièrement universitaires. Elles conféreront, après examens, à leurs élèves arrivés à la huitième inscription, le titre de bachelier ou un certificat de capacité, sans lequel ceux-ci ne pourront prendre de nouvelles inscriptions.

— Ce Rapport est suivi d'une longue et intéressante discussion qui se prolonge jusqu'à sept heures du soir, nous en rendrons compte dans le numéro de demain mercredi 5 novembre.

Cette discussion a été divisée en deux parties, la discussion générale et celle des articles. Dans cette dernière, les propositions du Rapport de la Commission ont été l'objet de quelques modifications; les voici telles qu'elles ont été définitivement adoptées.

Conclusions.

I.

La division de l'enseignement des sciences médicales entre les Facultés et les Ecoles préparatoires est utile et avantageuse.

II.

Il conviendrait de créer une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine dans toutes les Facultés de médecine.

III.

Il conviendrait d'établir un cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

IV.

Il serait avantageux que les hôpitaux de Paris consacrés à quelques maladies spéciales, comme celui des Enfants, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés, et servissent à un enseignement officiel.

V.

Le nombre des Facultés actuelles est suffisant. Il n'est pas trop considérable. Il y aurait inconvénient à n'avoir qu'une Faculté.

VI.

L'enseignement dans les Écoles préparatoires doit être favorisé sous le rapport pratique.

Ces Écoles doivent être mises en possession d'un matériel suffisant.

Avec l'enseignement clinique doivent s'harmoniser les services des hôpitaux.

Les Écoles préparatoires doivent devenir entièrement universitaires.

Elles conféreront, après examen, à leurs élèves ayant pris la huitième inscription en médecine un certificat d'aptitude sans lequel ceux-ci ne pourront prendre de nouvelles inscriptions.

Sur la proposition de M. Marchal (de Calvi), un article additionnel ainsi conçu a été adopté:

Il sera manifesté le vœu qu'une Ecole préparatoire de médecine soit instituée en Corse.

ADHÉSIONS ADRESSÉES À LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingtième liste.

M. le docteur Gaultier, délégué de la Société de médecine de Seine-et-Oise.
M. Hardouin, pharmacien à Paris.
M. le docteur Houssard, à Paris.
M. le docteur Hadre, à Paris.
M. le docteur Hautreux, à St-Florent-le-Vieil. (Maine-et-Loire.)
M. le docteur Hullin, membre correspondant de plusieurs Sociétés savantes, délégué de la Vendée.
M. le docteur Joannard, à Paris.
M. le docteur James, direct. de la Soc. nat. de vaccine, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Paris.
M. le docteur Baduet, à Sèvres.
M. le docteur Jouanne, à Paris.
M. le docteur Josse, à Paris.
M. le docteur Juliette, à Paris.
M. le docteur Jauze père, à Paris.
M. le docteur Josse, à Paris.
M. Liger, médecin-vétérinaire, délégué de Versailles.
M. le docteur Leménager, à Paris.
M. Weber, rue Richelieu, 48.
M. Louvet, pharmacien à Péronne (Somme).
M. Lisle, médecin, à Paris.
M. le docteur Logerais fils, à Angers (Maine-et-Loire).
M. Lebreton, pharmacien à Angers.
M. Lapeyre, médecin, à Paris.
M. Labarthe, médecin, à Ludon (Gironde).
M. Jalade-Lafond, à Paris.
M. le docteur Leroy, pharmacien à Paris.
M. Leguey, à Paris.
M. le docteur Mallet, ancien chirurgien de marine, délégué de l'arrondissement d'Uzès.
M. le docteur Denis, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Toul.
M. Dubois, pharmacien à Villeneuve-la-Guyard (Yonne).
M. Delattre, vétérinaire à Vireux-Molhain (Ardennes).
M. le docteur Mabit, directeur de l'Ecole de Bordeaux.
M. Cogniot, pharmacien à Rouvray (Côte-d'Or).
M. Faille, médecin, à Vouziers (Ardennes).
M. le docteur Levilloin, à Lizieux (Calvados).
Association des vétérinaires du Poitou.
M. le docteur Martin-Saint-Ange, à Paris.
M. le docteur Féret, pharmacien de l'Ecole de Paris, au Havre.
M. le docteur Jouet, ex-chirurgien des armées, médecin de la douane, à Isigny (Calvados).
M. le docteur Bazin, à La Tremblade (Charente-Inférieure).
M. le docteur Bienvenu, à Bressuire (Deux-Sèvres).
M. le docteur E. Bermond, chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, professeur-suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine.
La Société de médecine du département de la Seine a nommé ses délégués MM. les docteurs
Sandras, Géry,
Prus, Aubert-Roche,
Delassiauve,
Déjà adhérents au Congrès.
M. le docteur Dumas, doyen de la Faculté des sciences, à Paris.
M. le docteur Rasse, à Saulieu (Côte-d'Or).
M. le docteur Roussel père, à Sarreguemines (Moselle).
M. le docteur Roussel fils, médecin des épidémies du 4e arrondissement de la Moselle, à Sarreguemines.
M. le docteur Cadet-Gassicourt, pharmacien à Paris.
M. Caillebaud, vétérinaire à Beychac (Gironde).
M. Gombaud, vétérinaire à Blaye.
M. Faverau, vétérinaire à Coutras.
M. Festal, vétérinaire à Saint-Philippe.
M. Festal (Philippe), vétérinaire à Sainte-Foy.
M. Bonneval, vétérinaire à Libourne.
M. Broy, vétérinaire à Guitres.
M. Bartherotte, vétérinaire à Saint-Médard, canton de Coutras.
M. Brilhouet, vétérinaire à Galgon, canton de Fronsac.
M. Boymier, pharmacien à Sainte-Foy.
M. Deynaud, vétérinaire à Gensac.
M. Allemand, vétérinaire à Libourne.
M. Marzac, vétérinaire à Sainte-Radegonde, canton de Pujols.
M. Nicolas, vétérinaire à Libourne.
M. Massat, pharmacien à Sainte-Foy.
M. Prioreau, pharmacien à Sainte-Foy.
M. Jaubert, vétérinaire à Monpeyron (Dordogne).
M. Festal (Philippe), vétérinaire à Velines.
M. E. Bernard, pharmacien à Velines.
M. Tauzia, vétérinaire à Saint-Seurin-de-Prat.
M. le docteur Raymond, à Paris.
M. Desbois, pharmacien à Orléans (Loiret).
M. le docteur Yver, à Paris.
M. le docteur Lemaire, à Paris.
M. le docteur Culmet, à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur Causard, à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur Duseuil, à Châtillon-sur-Seine.
M. Ferrand aîné, chirurgien à Châtillon-sur-Seine.
M. Miau, vétérinaire à Aisey-le-Duc, canton de Châtillon-sur-Seine.
M. Viardin, vétérinaire à Châtillon-sur-Seine.
M. le docteur D. Etève, à Lussac-le-Château, canton de Montmorillon (Vienne).
M. le docteur J.-J. Maurat, à La Trimouille, canton de Montmorillon.
M. le docteur Augry-Landonnière, à l'Isle-Jourdain, canton de Montmorillon.
M. le docteur Comte, à l'Isle-Jourdain, canton de Montmorillon.
M. le docteur Pilaneau, à Asnières, canton de Montmorillon.
M. le docteur Charpentier, à Adriers, canton de Montmorillon.
M. G. Maurat, pharmacien à l'Isle-Jourdain.
M. Belleoux-Gauvinière, pharmacien à Montmorillon.
M. le docteur Maillet, médecin de la Société philanthropique à Montmorillon.
M. Duguet, pharmacien à Montmorillon.
M. le docteur Teissier, à Avignon (Vaucluse).
M. Favier, pharmacien à Avignon.
M. Carre, pharmacien à Avignon.
M. Constantin, pharmacien à Avignon.
M. le docteur Cade, à Avignon.
M. Cassin (Hippolyte), pharmacien à Avignon.
M. le docteur Clément fils, à Avignon.
M. Canron, pharmacien à Avignon.
M. le docteur Chauffard, à Avignon.
M. le docteur Smolenski, à Avignon.
M. Saldon, pharmacien à Avignon.
M. le docteur Salomon (Léon), à Avignon.
M. Sigaud, médecin à Avignon.
M. Borelly, pharmacien à Avignon.
M. le docteur Bernardy, à Avignon.
M. Marin, médecin à Avignon.
M. le docteur Martin (J.-B.), à Avignon.
M. le docteur Martin-Moricelly, à Avignon.
M. Malarte, pharmacien à Avignon.
M. Achard, pharmacien à Avignon.
M. Luneau fils, vétérinaire à Avignon.
M. le docteur Luric (Placide), à Avignon.
M. le docteur Yraron, à Avignon.
M. Denis, médecin à Avignon.
M. le docteur Payen (A.-V.), à Avignon.
M. le docteur Roche (F.-P.), à Avignon.
M. Rouvière, pharmacien à Avignon.
M. Guibert, pharmacien à Avignon.
M. Gérard, médecin à Avignon.
M. Geoffroy, médecin en chef des aliénés à Avignon.
Société de pharmacie de Nîmes et du département du Gard.
M. le docteur Colomb, à Thorigny (Yonne).
M. le docteur Moreau, à Véron.
M. le docteur Hédiard, à Sens.
M. le docteur Brouard, à Sens.
M. Lefort, médecin à Theil.
M. Mou, médecin à Pont-sur-Yonne.
M. Mauclerc, médecin à Chéroy.
M. Perrot, médecin à Conflon, près Pont-sur-Yonne.
M. Claise, médecin à Saint-Valérien.
M. Regnault, médecin à Villeneuve-le-Guiard.
M. le docteur Monnet, à Paris.
M. le docteur Millet, à Orange (Vaucluse).
M. le docteur Meynard, à Orange.
M. le docteur Dugat Estublier, à Orange.
M. le docteur Dugat Azareth, à Orange.
M. Regniard, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e escadron du train, à Orange.
M. le docteur Ange-Bonnet, à Valréas.
M. Urdy, médecin, à Valréas.
M. Richard, pharmacien à Orange.
M. Rigaud, pharmacien à Orange.
M. Tardieu, pharmacien à Orange.
M. Béraud, pharmacien à Vaison.
M. Dufresne, pharmacien à Valréas.
M. Roure, vétérinaire à Orange.
M. Laugier, vétérinaire à Orange.
M. Marrel, vétérinaire à Valréas.
M. Imberton, vétérinaire à Bollène.
M. Vidal, vétérinaire à Lamotte.
M. Bellaudeau, D.-M. P., à Soissons (Aisne).
M. Pourcelot, D.-M. à Saint-Hippolyte près Montbéliard (Doubs).
M. Ch. Fallot, pharmacien à Montbéliard.
M. Kohler, docteur en médecine à Montbéliard.
M. Triplin, D.-M. à Bocourt, près Montbéliard.
M. Nicolas (Charles), D.-M. à Grenoble (rue Ste-Claire, n° 7).
M. Lefur, D.-M.-P. à Guémené (Morbihan).
M. Ruelle (Arsène), D.-M. à Aubenas (Ardèche).
M. Jacquin, pharmacien à Saulieu (Côte-d'Or).
M. Lourvin, D.-M., maire d'Orbec (Calvados).
M. Eissen, médecin cantonal, à Strasbourg.
M. Conraux, médecin cantonal, à Villé (Bas-Rhin).
M. Sédillot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.
M. Ségalas, chirurgien de l'hôpital de Marmande.
M. Oberlin, prof.-adjoint à l'école de pharmacie de Strasbourg.
M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.
M. le docteur A. Wachter, à Strasbourg.
M. le docteur Schaller, à Strasbourg.
M. Humann, médecin à Herlisheim.
M. Pfleger, médecin à Fegersheim.
M. le docteur Pfitzenmeyer, à Wolfisheim.
M. le docteur Roth, à Wolfisheim.
M. le docteur Schaefer, à Strasbourg.
M. Damm, médecin à Rolbsheim.
M. Bergounioux, vétérinaire à Gramat (Lot).
M. le docteur Born, à Aynac.
M. le docteur Labrunie, à Cazillac.
M. Garrigues, pharmacien à Gramat.
M. le docteur Lafon, à Gramat.
M. le docteur Magne, à Souillac.
M. le docteur Souillac, à St-Céré.
M. le docteur Garderains, à Souillac.
M. Marrouck, vétérinaire à Lacapelle-Marival.
M. Jouanaud, vétérinaire à St-Céré.
M. Darnis, vétérinaire à Gramat.
M. le docteur Mourlhon, à Autoire.
M. le docteur Lacarrière, à Lacapelle-Marival.
M. le docteur Murat, à Leyme.
M. Vayssié, pharmacien à Souillac.
M. le docteur Souladié, à Loubressac.
M. Barreau, médecin à Bretenoux.
M. le docteur Nastory, à St-Céré.
M. le docteur Pradel, à St-Céré.
M. le docteur L.-P. Barras, à Gramat.
M. le docteur Aymar, à Lacapelle-Marival.
M. Cadiergues, pharmacien à Lacapelle-Marival.
M. Jacquinot, pharmacien à Saint-Dizier (Haute-Marne).
M. le docteur Roger, à Choisy-le-Roi (Seine).
M. le docteur Tessier, à Paris.
M. Dechamps, pharmacien à Bourges (Cher).
M. Pineau, pharmacien à Bourges.
M. Gilquin, médecin à Chenoise, arrondissement de Provins (Seine-et-Marne).
M. Gateau, médecin à Villers-Saint-Georges.
M. Poey, médecin à Jouy-le-Châtel.
M. Thénard, médecin à Angers (Maine-et-Loire).
M. Chapotot, médecin à Savins (Seine-et-Marne).
M. le docteur Moveisin, à Bray.
M. le docteur Langlois, à Nangis.
M. le docteur Chobard, à Donnemarie.
M. Dubois, pharmacien à Bray.
M. Lallement, médecin-vétérinaire à Villers-Saint-Georges.
M. le docteur Roullin, à Saint-Hilaire (Manche).
M. le docteur Auger, à Mortain.
M. le docteur Bazille, à Saint-Brice.
M. le docteur Pinard, à Gers.
M. Pinel, pharmacien à Mortain.
M. Coupeau, pharmacien à Mortain.
M. Jouin, pharmacien au Tilleul.
M. le docteur Lépinay, à Saint-Pois.
M. le docteur Passais, à Barenton.
M. le docteur Ladvoué, à Saint-Hilaire.
M. Jardin, pharmacien à Sourdeval.
M. Rabé, médecin à Quelaines (Mayenne).
M. Sauvé, médecin à Villiers-Charlemagne.
M. Rivier, pharmacien des hospices, membre de la Société médicale à Château-Gontier.
M. le docteur Maurice Treille, à Paris.
M. le docteur Simon, membre de la Société médicale à Château-Gontier.
M. le docteur Tertrais, membre de la Société médical, à Château-Gontier.
M. Touchelcaume, pharmacien, membre de la Société médicale à Château-Gontier.
M. Johnson, pharmacien à Paris.
M. le docteur Ardusset, médecin de l'hôpital de Bazas (Gironde).
M. Garreau, vétérinaire à Pontgoin (Eure-et-Loir).
M. le docteur Filhols, à Paris.
M. Mathon, médecin à Châteauneuf (Eure-et-Loir).
M. Dupont, chirurgien en chef de l'hôpital de Bazas (Gironde).
M. le docteur Depons, médecin à Bazas.
M. Descazeaux, médecin à Bazas.

M. le docteur Dutilli, à Rillas.
M. le docteur Dossat, à Uzeste.
M. le docteur Dupont, à Villandraut.
M. le docteur Faugere, à Grignols.
M. le docteur Lalaurie, à Bazas.
M. le docteur Merle, à Bazas.
M. Pesquaire, pharmacien à Bazas.
M. le docteur Roumat, à Gans.
M. Touchard, pharmacien à Bazas.
M. le docteur Verdery, à Castels.
M. Proust, pharmacien, délégué de la Charente-Inférieure.
M. le docteur Ratlieau, prof. agrégé libre de la Faculté de Paris.
M. Martin (Paul), pharmacien à Paris.
M. Vauremoire, pharmacien à Nanterre.
M. Magesté, chirurgien-major de l'école royale de cavalerie, à Saumur (Maine-et-Loire).
M. Morgon, ancien aide-major de l'école de cavalerie, à Saumur.
M. Nivellet, chirurgien à Varennes-sous-Montsoreau.
M. Papin, chirurgien à Brezé.
M. Farges, vétérinaire de l'école royale de cavalerie de Saumur.
M. Fournier, chirurgien au Coudray-Macouard.
M. Bouchard, médecin des hospices civils et militaire, à Saumur.
M. Bineau, médecin des hospices civils et militaires, à Saumur.
M. le docteur Bouchard, à Doué.
M. Brière, pharmacien à Saumur.
M. le docteur Bossard, à Saumur.
M. Cormery, chirurgien à Allonnes.
M. Courtade, médecin de la maison centrale de Fontevrault.
M. le docteur Chapuis, à Saumur.
M. Desperières, chirurgien en chef des hospices civils et militaires de Saumur.
M. Daudet, médecin à Neuillé.
M. Deschamps, chirurgien à Saint-Martin de La Place.
M. Gaulay, médecin honoraire des hospices de Saumur, correspondant de l'Acad. royale de méd. de Paris, à Saumur.
M. Rivaud, pharmacien à Saomur.
M. Samson, pharmacien à Boulogne.
M. le docteur Binet, médecin de la Société de médecine de Château-Gontier (Mayenne).
M. Bauseau, médecin à Villiers-Charlemagne.
M. Bondu, médecin à Bierné.
M. Bréjoin, médecin à Craon.
M. Béziers, médecin à Ruillé.
M. Billion, médecin à Daon.
M. Cariot, médecin, membre de la Soc. méd. de Château-Gontier.
M. le docteur Gaudin, à Cuillé.
M. le docteur Guiouilles, membre de la Société médicale de Château-Gontier.
M. le docteur Huchedé, président de la Société médicale, id.
M. Homo, pharmacien, membre de la Soc. méd., id.
M. Hulm, pharmacien à Cossé-le-Vivien.
M. le docteur Jousselin, memb. de la Soc. méd. de Château-Gontiar,
M. Letourneux, médecin à Saint-Aignan.
M. Levayer, méd., memb. de la Soc. méd. de Château-Gontier.
M. le docteur de Montozou, secrét. de la Soc. méd., id.
M. Mahier, pharmacien, membre de la Soc. méd., id.
M. Manceau, pharmacien, membre de la Soc. méd., id.
M. Morton, médecin à Ballost.
M. Pasquier, vétérinaire, membre de la Soc. méd., id.
M. Queruel, pharmacien, membre de la Soc. méd., id.
M. le docteur Renauld, à St-Denis-d'Angon.
M. le docteur Rollin, à Cossé-le-Vivien.
M. le docteur Du Planty, maire de St-Ouen.
M. le docteur Vallée, délégué de l'Assoc. méd. de la Sarthe.
M. le docteur Jules Colson, délég. des méd. de l'arrond. de Beauvais.
M. le docteur Warmé, délég. des méd. de l'arrond. de Beauvais.
M. Libert, pharmacien à Paris.
M. le docteur J. Camparan, à St-Gaudens (Haute-Garonne.).
M. L. Couret, pharmacien à St-Gaudens.
M. A. Labrate, pharmacien à Salies.
M. Audibrant, médecin-dentiste à Paris.
Ecole de médecine de Clermont.
M. Jouanne, pharmacien à Ry. (Seine-Inférienre.)
M. le docteur Gadon, méd. en chef de l'hosp. de Guéret. (Creuse.)
M. le docteur Guisard, à Guéret.
M. le docteur Dugenest, à Guéret.
M. Peyrade, médecin-vétérinaire du départ. de la Creuse.
M. le docteur Fugolle, à Guéret.
M. le docteur Poissonnier, médecin de l'hospice, et membre du Jury médical, à Guéret.
M. Monnet, pharmacien à Guéret.
M. le docteur Cressant, médecin des épidémies et des prisons, membre du Jury médical, à Guéret.
M. le docteur Gallot, à Provins. (Seine-et-Marne.)
M. de Fava, medecin à Provins.
M. Chardon, médecin-vétérinaire à Provins.
M. le docteur Hublier, à Provins.
M. le docteur Michelin, à Paris.
M. Camerel, vétérinaire à Provins.
M. Brayer, pharmacien à Provins.
M. Lambert, vétérinaire au 1er carabiniers, à Provins.
M. Bellanger, pharmacien à Provins.
M. Miquet, pharmacien à Provins.
M. Ayraud, chirurgien-major au 1er carabiniers, à Provins.
M. Caillard, vétérinaire à Provins.
M. Jacquinet, médecin à Chalantre-la-Grande.
M. le docteur Bernard (Paul), à Paris, délégné des médecins de Provins.
Société médicale de Dijon.
M. le docteur Pasquier, chirurgien du roi et du prince royal, chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.
M. le docteur Hurteaux, médecin du 5e Dispensaire et de la Manufacture royale des tabacs à Paris.
M. le docteur Godard, à Beaurieux. (Aisne.)
M. le docteur Bailly, à Joigny. (Yonne)
Société de médecine de Joigny, ayant pour délégué M. Bailly.
M. le docteur Marion, à Montélimart. (Drôme.)
M. le docteur Duché, à Ouanne (Yonne), membre de l'Association du département.
M. Apparu, vétérinaire à Avranches. (Manche.)
M. le docteur Saulpic, à Vincennes.
M. le docteur Legrand, à Vincennes.
M. le docteur Kuntzli, à Paris.
M. le docteur Gorré, président de la Société médicale, chirurgien en chef de l'hospice civil et militaire de Boulogne (Pas-de-Calais).
M. le docteur Jardon, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Perrochaud aîné, secrétaire de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Ovion, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Gros, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Rouxel, médecin de l'hospice civil et militaire, et membre de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Campbell, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. le docteur Flahant, à Boulogne.
M. le docteur George Scott, à Boulogne.
M. le docteur John Scott, à Boulogne.
M. Lejeune père, médecin à Boulogne.
M. Lejeune fils, médecin à Boulogne.
M. Cookesley, médecin à Boulogne.
M. Devisme, pharmacien à Boulogne.
M. Boucher, pharmacien, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. Hamy, pharmacien, membre de la Société médicale de Boulogne.
M. Dagomet, pharmacien à Boulogne.
M. Buron, pharmacien à Boulogne.
M. Petit, pharmacien à Boulogne.
M. Geneau, pharmacien à Boulogne.
M. Pichon, pharmacien à Boulogne.
M. Potier, pharmacien à Boulogne.
M. Pourre, pharmacien à Boulogne.
M. le docteur Perrochaud (Paul), médecin de l'hospice, à Boulogne.
M. Morel-Blanchard, pharmacien à Boulogne.
M. Mathoret, médecin, membre correspondant de la Société médicale de Boulogne, à Outreau,
M. Michau, médecin au Wha, arrondissement de Boulogne.
M. Tellier, médecin à Condette, arrondissement de Boulogne.
M. Abraham, pharmacien à Boulogne.
M. Chebœuf, pharmacien à Boulogne.
M. Cazin, médecin, membre correspondant de la Société médicale de Boulogne, à Samer.
M. le docteur Dusol, membre correspondant de la Société médicale de Boulogne, à Desvres.
M. Everard, pharmacien à Boulogne.
M. Henry, pharmacien à Boulogne.
M. Grignon, médecin à Samer, arrondissement de Boulogne.
M. Lefebvre, médecin, membre correspondant de la Société médicale, à Audinghen, arrondissement de Boulogne.
M. le docteur Tillier, à Marquise, arrondissement de Bonlogne.
M. le docteur Revault, à Rennes.
(Délégué des médecins.)
M. Destouches, pharmacien à Rennes.
(Délégué des pharmaciens.)
M. le docteur Brohon, à Belleville.
M. Cuny, artiste vétérinaire, à Paris.
M. Recluz, pharmacien à Vaugirard.
M. Vautier, médecin-dentiste, à Paris.
M. Quoniam, pharmacien à Paris.
M. le docteur Tardieu, à Paris.
M. le docteur Simon, à Paris.
M. le docteur Aulet, à Paris.
M. le docteur Terrier, à Paris.
M. le docteur Roussel, à Paris.
M. le docteur Renauld, à Paris.
M. le docteur Rigaud, à Paris.
M. le docteur Reinay, à Ivry-sur-Seine.
M. Renault, médecin-vétérinaire, délégué des vétérinaires du département des Vosges.
M. le docteur Raybaud, à Milly (Seine-et-Oise).
M. Rogers, dentiste, à Paris.
M. Robiquet, pharmacien à Saint-Malo.
(Délégué des pharmaciens de cette ville.)
M. le docteur Sanson (Alphonse), agrégé de la Faculté, à Paris.
M. L. Serès, vétérinaire à Salies (Haute-Garonne).
M. le docteur Sevestre, à Paris.
M. le docteur Souchard, à Batignolles.
M. Roujon, pharmacien à Angers (Maine-et-Loire).
La Société des pharmaciens de Clermont, ayant pour délégué M. Aubergier, à Paris.
M. Séguin, pharmacien à Paris.
M. le docteur Soins, à Paris.
M. le docteur Sallé, à Paris.
M. le docteur Wertheim, à Paris.
M. le docteur Edme Guiard, à Paris.
M. le docteur Grenet, de l'Yonne.
M. O. Galès, médecin à l'Estelle (Haute-Garonne),
M. Filhol, pharmacien, délégué des pharmaciens de Toulouse.
M. le docteur Fontan-d'Izaourt, à Bagnères-de-Luchon.
(Délégué de l'arrondissement de Saint-Gaudens).
M. le docteur Baraduc, à Paris.
M. le docteur Barraud, à Passy.
M. Benoit, médecin à Bienne (Aisne).

Total de la vingtième liste,	408
Listes précédentes,	3412
Total général, à ce jour,	3820

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Chute sur le coude. Fracture de l'humérus. Considérations pratiques.

Aux numéros 2 de la salle Sainte-Therèse, 1 et 9 de la salle Saint-Côme sont couchés des enfants qui ont fait des chutes sur le coude. Cet accident est assez fréquent dans nos hôpitaux, et il ne se passe pas d'année que nous n'en recevions douze ou quinze cas. Les chutes, ou déterminent de simples contusions, ou d'autres fois produisent des fractures. Toutes les fois que nous arrivent des enfants qui ont fait des chutes sur le coude, nous examinons donc sérieusement les malades, et avec d'autant plus de soin, que souvent le diagnostic est peu facile, et qu'il reste des doutes. Il y a souvent, après une chute sur le coude, une assez grande difformité de l'articulation, difformité qui consiste en une saillie très marquée au-devant du pli du coude, et en une dépression en arrière, au niveau du tendon du triceps brachial. Dans ces cas, il y a souvent fracture siégeant un peu au-dessus de l'extrémité articulaire de l'humérus, à peu près au niveau du point de jonction de l'épiphyse avec le corps de l'os. Nous reconnaissons la fracture à la crépitation en même temps qu'à la difformité que nous venons de signaler. Cependant, ce serait se tromper que de croire qu'il y a toujours difformité appréciable dans les cas de fracture. Fréquemment cette saillie antérieure, cette dépression postérieure n'existent point. D'autres fois, la tubérosité interne et la tubérosité externe se sont déplacées; l'extrémité fracturée ayant, en quelque sorte, pivoté sur elle-même, de telle sorte que le condyle interne de l'humérus est porté en avant. Il y a alors crépitation notable lorsque l'on fait un effort pour rétablir les fragments dans la position primitive, ce que l'on peut opérer avec assez de facilité. Enfin, il peut y avoir fracture de l'épycondyle seulement.

Il nous arrive assez souvent de déterminer de la crépitation dans des cas où il y a évidemment fracture, sans que nous ayons de données positives sur la manière dont s'est opérée la fracture au niveau de l'épiphyse; fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, plus ou moins oblique; d'autres fois, fracture de l'épicondyle seulement. Ces trois variétés de fracture de l'humérus sont les plus fréquentes à la suite des chutes sur le coude. Il est quelquefois impossible au chirurgien de poser, en pareille circonstance, un diagnostic définitif, et d'affirmer de quelle nature est la fracture, surtout lorsqu'il n'y a pas de difformité. Souvent aussi la chute n'occasionne qu'une simple contusion. Sur les trois malades dont nous vous avons indiqué les lits, il en est deux qui n'ont qu'une contusion de l'articulation.

Le garçon couché au n° 1 de la salle Saint-Côme, âgé de cinq ans, nous a été amené il y a quelques jours. Nous avons constaté chez lui de la tuméfaction, une saillie à la partie antérieure de l'articulation. L'avant-bras pouvait être fléchi sur le bras; mais la présence de la saillie, dure, résistante, dont nous parlons, pouvait nous faire craindre une fracture. Les douleurs étaient très vives au moindre mouvement, mais cependant il n'était pas difficile, sauf la douleur, de faire exécuter au membre les mouvements de flexion et d'extension. Nous ne pûmes déterminer aucune crépitation. Nous pensâmes qu'il n'y avait eu, dans ce cas, que contusion. Une des raisons qui nous firent porter ce diagnostic, c'est que nous apprîmes par les parents de l'enfant qu'il avait eu, il y a plusieurs mois, une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. C'était donc à cette ancienne fracture que l'on devait rapporter la tuméfaction qu'il fut possible de constater au-devant de l'articulation.

Chez le malade du n° 9 de la même salle, nous avons également constaté qu'il n'y avait que contusion; il n'y avait que peu de tuméfaction, pas de difformité de l'articulation; les mouvements de flexion étaient assez libres, et ne déterminaient pas de crépitation. Aujourd'hui il en est de même; il n'y a que de la douleur pendant les mouvements. Dans les cas de cette espèce, où il y a contusion seulement, nous nous prononçons toujours avec beaucoup réserve, et nous n'affirmons point d'une manière positive qu'il n'y a ni fracture, ni fêlure de l'os; la fracture pourrait à la rigueur avoir eu lieu sans déplacement, et par conséquent sans signe appréciable. Nous le répétons, chez ce malade, nous pensons qu'il y a contusion sans fracture; mais nous ne saurions affirmer d'une façon très explicite qu'il n'existe aucune fêlure de l'os.

Il n'en est pas de même de la petite fille couchée au n° 2 de la salle Sainte-Thérèse. Elle a été examinée par nous à plusieurs reprises; tous les mouvements qu'on imprimait au membre étaient douloureux, surtout pendant la flexion. Lorsqu'on pressait les deux condyles, on déterminait de la douleur; en fléchissant un peu vivement le bras sur l'avant-bras, on produisait de la crépitation. Cependant il n'y avait pas de déplacement, non plus que de difformité de l'articulation.

Pour nous, qu'il y ait ou non fracture, les chutes sur le coude sont toujours une chose grave, et nous les considérons comme un accident sérieux, contre lequel il faut agir vivement. Il n'est personne qui ne sache la grande disposition des enfants aux tumeurs blanches des articulations; on sait aussi que la plupart des malades qui viennent consulter les chirurgiens pour des affections de cette espèce, prétendent qu'elles sont survenues à la suite de contusions. Il est vrai de dire qu'il en est ainsi dans quelques cas; mais nous ferons voir plus loin que l'on aurait tort de poser ceci en règle générale. Une fois le diagnostic établi, qu'il y ait ou non fracture, nous devons chercher à prévenir les accidents inflammatoires qui peuvent survenir dans l'articulation qui a été l'objet d'une violence extérieure. Nous appliquons toujours des sangsues sur l'articulation malade, en nombre proportionné à la force de la constitution du sujet; le nombre des sangsues peut être porté de dix à vingt, suivant la vigueur des individus. On joint à cette émission sanguine locale, les cataplasmes émollients et la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Lorsque les premiers jours de l'accident sont passés, que la tuméfaction a diminué d'une manière notable, nous appliquons un appareil dextriné. Dans presque tous les cas de cette nature, l'appareil inamovible est indiqué suivant nous. Lorsqu'il y a des plaies qu'il est nécessaire de voir tous les jours, qu'il y a beaucoup de gonflement de l'articulation, on devra rejeter le bandage dextriné; de même aussi, lorsqu'il y a menaces d'abcès, d'érysipèle, enfin lorsque la maladie n'est pas simple et sans complication. Il est inutile de vous dire qu'il faut d'abord appliquer sur le bras une bande sèche, en ayant soin de faire tenir au malade le bras dans la position de flexion à angle droit. Pour éviter la pression trop forte de la bande dextrinée sur le pli du coude, pour éviter aussi les plaies qui peuvent résulter de la flexion trop longtemps prolongée du membre chez les enfants gras et potelés, toujours sujets à se *couper*, on garnit avec de l'ouate le pli du coude, au-dessous de la bande sèche, par-dessus laquelle on place une bande dextrinée, à partir du poignet seulement. Si l'on omettait cette dernière précaution, le poignet deviendrait immobile; or, chez les enfants surtout, il faut éviter tout ce qui peut gêner les mouvements articulaires, à moins d'absolue nécessité. Une fois l'appareil sec, on le laissera pendant au moins quinze jours, s'il y a fracture de l'humérus.

Tel est le traitement que nous mettons en usage pour les fractures et les contusions articulaires, suite de chute sur le coude, et nous devons dire que nous n'avons jamais vu de tumeur blanche du coude se développer à la suite de contusion ou de fracture traitées de cette manière. Souvent, cependant, on nous apporte à la consultation ou dans la ville des enfants qui présentent des tumeurs blanches, que les parents disent être la suite de contusions ou de chutes. Nous pensons que l'on ne doit se prononcer sur ce point qu'avec

la plus grande prudence. Peut-être la constitution scrophuleuse de l'enfant a-t-elle été pour beaucoup dans le développement et la formation de ces tumeurs blanches? Nous sommes encore à nous demander comment, si les tumeurs blanches reconnaissaient pour cause ces violences extérieures, comment les nombreux enfants que nous soignons n'en sont point affectés lorsqu'ils sont d'une forte et robuste constitution? Le traitement que nous employons a l'avantage de nous mettre à l'abri des accidents consécutifs, tumeurs blanches, rétractions musculaires, roideur des articulations, ankylose, etc. Lorsque nous retirons les appareils, les petits malades ont habituellement, pendant quelques jours, un peu de roideur de l'articulation; mais cette roideur ne persiste pas longtemps, et, huit ou quinze jours après qu'on a enlevé la bande dextrinée, les mouvements se rétablissent, surtout si l'on a soin de faire prendre aux enfants quelques bains émollients ou gélatineux. On devra, cependant, recommander aux jeunes sujets, autant que possible, de ne point exercer trop vite et trop fortement le membre malade, dans la crainte qu'il ne survienne de fâcheuses complications.

Il vous arrivera souvent d'être appelés pour des enfants que l'on vous dira avoir fait des chutes sur le coude. Le malade souffre et jette des cris dès qu'on le touche. Vous examinez, vous ne trouvez pas de contusion, encore moins de fracture. Nous avons cru remarquer qu'il y a ici tout simplement, dans ces cas, tiraillement de l'articulation. Le plus souvent alors, si l'on questionne avec soin les parents et l'enfant lui-même, on finit par se convaincre qu'en effet il n'y a pas eu de chute. Mais, quelle que soit la manière dont le fait est arrivé, l'articulation a seulement été tiraillée.

Cet accident est très-commun chez les tout petits enfants, que l'on a enlevés par un bras, par exemple, pour leur faire franchir un ruisseau, un fossé. Le plus souvent, il suffira de mettre pendant quelques jours le bras en écharpe, d'envelopper le coude avec des compresses d'eau blanche pour obtenir la guérison complète. Au bout de quelques jours, de quelques heures même souvent, les mouvements sont complètement rétablis. Cette circonstance est assez fréquente pour que nous ayons dû vous la signaler. Elle n'est pas à comparer avec la contusion de l'articulation quant à la gravité. Cependant, nous dirons que, comme il faut toujours prendre des précautions, et puisque les tumeurs blanches sont si fréquentes chez les jeunes sujets, il pourrait se faire qu'une tumeur blanche vînt à se développer chez un enfant qui aurait eu une distension de l'articulation seulement. Aussi, souvent se trouve-t-on obligé de faire garder l'immobilité au membre pendant huit, dix, quinze jours même et plus, pour éviter les reproches que pourraient plus tard vous adresser les parents s'il survenait une altération organique de l'articulation.

Faiblesse et déviation des membres inférieurs. Bains et douches sulfureux. Guérison.

Au n° 7 de la salle Saint-Côme est couché un garçon de treize ans, qui est entré à l'hôpital, il y a environ deux mois, pour une singulière affection. Il avait les genoux cagneux; il marchait, les genoux en dedans, d'une manière tellement prononcée que les articulations se croisaient, et que l'enfant pouvait à peine se tenir debout sur ses jambes. En examinant et interrogeant cet enfant, nous avons appris qu'il n'y avait que quinze jours qu'il était dans cet état. Auparavant, il marchait comme tout le monde. Ses parents nous ont affirmé la même chose, et nous ont dit que cette affection s'était déclarée presque subitement. Quinze jours avant son admission dans nos salles, l'enfant avait eu une indigestion, et le lendemain s'était manifestée cette faiblesse des membres inférieurs. Lorsqu'on faisait étendre le malade sur son lit, on trouvait que les jambes étaient droites, sans contracture; en sorte que chez lui existait une autre disposition que celle que l'on remarque chez les enfants qui ont les genoux simplement cagneux; de plus, chez lui, la production de l'accident avait été très rapide; chez les enfants cagneux, au contraire, ce n'est que lentement que les jambes se déforment. Nous devons dire que la première pensée qui nous vint fut d'employer des moyens énergiques, des moxas, des cautères, des vésicatoires sur la colonne vertébrale, dans la région lombaire; ce malade fut montré à M. Guersant père, qui conseilla les bains sulfureux, les douches, les toniques à l'intérieur et à l'extérieur.

Sous l'influence de cette médication, et dans l'espace de quelques jours, le malade se redressa presque à vue d'œil. La jambe droite est tout à fait normale; la gauche encore un peu déviée. Devons-nous attribuer ce redressement à la nature, aux douches sulfureuses, ou à l'exercice auquel l'enfant s'est livré depuis quelque temps, exercice violent que nous avions conseillé, celui de frotter la salle? Il est incontestable que l'exercice d'une part, les bains et douches sulfureux, de l'autre, ont puissamment contribué à la guérison. Il arrive chez lui ce qui arrive chez les enfants simplement cagneux; les bains et douches avec les eaux sulfureuses, les toniques, les alcalins, les ferrugineux déterminent chez les enfants cagneux, mais beaucoup plus lentement, l'amélioration que nous avons obtenue rapidement ici. L'exercice chez les premiers produit, comme chez notre malade actuel, d'excellents effets, mais d'une manière graduée et presque insensible.

Un grand nombre de sujets sont cagneux dans leur enfance; il est rare que cette disposition vicieuse des membres persiste passé l'âge de quinze à dix-huit ans. Dans la majorité des cas, la guérison survient lorsque les sujets arrivent à l'adolescence. Cette guérison est l'effet de moyens hygiéniques agissant sur la constitution entière et nullement des moyens mécaniques contentifs, tels que bottines ou appareils orthopédiques. Les frictions avec les liniments fortifiants sur la région des lombes, l'exercice principalement des membres inférieurs, exercice violent combiné de telle sorte qu'il développe le plus possible le système musculaire, déterminent chez presque tous les sujets un redressement lent mais notable. Il faut quelquefois deux ou trois ans pour que la rectitude soit parfaite.

D'après l'observation et l'expérience des faits, nous sommes donc certain que ce redressement est en partie l'œuvre du temps. Aussi proscrivons-nous de la manière la plus péremptoire les moyens mécaniques dont nous parlions tout à l'heure, la section des ligaments externes de l'articulation fémoro-tibiale, qui a été conseillée par quelques auteurs, et que dans les premiers temps nous avons nous-même à nous reprocher d'avoir faite; opération, pour le dire en passant, souvent plus nuisible qu'utile.

Si cependant on veut et l'on croit pouvoir, dans quelques cas particuliers, mettre en usage les moyens mécaniques, il faut les employer avec beaucoup de prudence, se servir d'appareils très doux; parmi ceux qui nous ont paru pouvoir être employés avec le plus de succès, nous mentionnerons la gouttière, soit métallique, soit plutôt en cuir fort, munie à l'intérieur de peau de mouton garnie de son poil, et dans laquelle on fixe le jarret du malade. Chez les pauvres, on remplacera cet appareil par un appareil analogue beaucoup moins coûteux, formé d'une gouttière de carton garnie de linge, de coton ou de flanelle. Ce moyen peut être joint avec quelque avantage aux moyens toniques tant internes qu'externes. Dans tous les cas, on aura soin, même en faisant prendre de l'exercice aux malades, de ne point les surmener, et de ne point les faire marcher pendant trop longtemps.

Y...

SÉANCE ANNUELLE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La séance annuelle de la Faculté a eu lieu aujourd'hui 3 novembre.

Bien que souffrant encore des atteintes d'une longue et grave maladie qui depuis plusieurs années le retient éloigné de la Faculté, mais qui depuis quelques mois est heureusement en voie d'amélioration, M. Royer-Collard a prononcé le discours officiel de rentrée. Après avoir fait l'éloge ou plutôt l'analyse raisonnée, et l'appréciation des travaux anatomiques et physiologiques de Breschet, le professeur a consacré quelques paroles au souvenir de Pelletan. Nous publierons dans notre numéro de demain ce discours, qui a été à plusieurs reprises interrompu par des applaudissements unanimes.

M. Blandin a proclamé les noms des lauréats.

Prix de l'Ecole pratique.

Grand prix (médaille d'or). M. Duclos (Michel), né à Tours (Indre-et-Loire), le 15 décembre 1822.

Premier prix (médaille d'argent), M. Escalier (Eugêne-Alexis), né à Vierzonville (Cher), le 12 novembre 1821

Deuxième premier prix, M. Verneuil (Aristide), né à Paris le 29 janvier 1821.

Premier second prix, M. Montard-Martin (Eugêne), né à Paris le 18 janvier 1821.

Deuxième second prix, M. Cahen Mayor, né à Paris le 20 janvier 1823.

Mentions honorables, MM. Guibourt, Monod.

Prix des sages-femmes.

Premier prix, mademoiselle Pingeaux.
Deuxième prix, mademoiselle Coupesse.

Prix Corvisart.

Médaille d'or, M. Stuart Cooper. (Ecosse.)

Prix Montyon.

Médaille d'or, M. Delpech (Auguste-Louis-Dominique), de Paris.

PRIX FONDÉ PAR MONTYON.

Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une Médaille d'or, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les Mémoires pour le prix de 1846, ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

PRIX FONDÉ PAR CORVISART.

La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1846 la question suivante :

« Chercher, par des observations recueillies dans les cliniques médi-
» cales de la Faculté, à apprécier l'action des principales préparations
» de quinquina dans le traitement des maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1846, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MERCREDI 5 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 131. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 4 NOVEMBRE 1845.

Le temps nous a manqué pour rendre compte de la première séance du Congrès, dont nous n'avons pu publier que les rapports des premières Commissions. Encore même, dans notre précipitation, avons-nous oublié de dire que le Rapport de la section de médecine qui a si dignement ouvert cette grande session avait été fait par M. le docteur Gintrac, professeur à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, et délégué de la Société royale de médecine de la même ville.

Cette première séance, à part un peu de confusion bien inévitable dans une aussi grande assemblée, et où les mesures coercitives se bornent à des conseils confraternels, où le Bureau ne peut et ne veut faire sentir d'autre autorité qu'une autorité de direction, cette première séance, disons nous, dans la section de médecine comme dans la section de pharmacie, a été grande et belle. Un peu de bruit, quelques excentricités, un peu de désordre même ne peuvent annihiler le caractère imposant et majestueux de cette grande assemblée réunie de tous les points du royaume dans un but commun, dans de communes espérances. Est-ce que rien de semblable ne se voit dans des assemblées que l'on nomme plus augustes? Nos sessions parlementaires sont-elles donc exemptes de trouble et de tumulte? Ne raconte-t-on pas des scènes incroyables passées dans les conseils, où de vénérables évêques et cardinaux en venaient quelquefois à des arguments très *frappants?* Et pour ne pas sortir de notre famille, les séances de l'Académie de médecine sont-elles toujours dignes, calmes, mesurées, sans bruit et sans scandale?

Ne nous impressionnons donc pas trop des incidents inéinévitables et très prévus qui ont signalé la première séance. L'exubérance d'idées et de bonnes intentions qui s'est accumulée dans le corps médical par un long isolement et un long silence, avait besoin de faire explosion; l'occasion est opportune et présente, quoi d'étonnant que chacun veuille exposer les unes et faire connaître les autres? Laissez passer ce moment d'effervescence, laissez s'écouler cette lave incandescente qui brûlait nos poitrines, laissez voter ces questions premières du programme les plus ardues et les plus irritantes, et les discussions prendront une tournure plus mesurée, des allures plus rapides et amèneront des résultats plus nets.

Sans préoccupations fâcheuses, examinons donc cette première séance.

Dans la section de médecine, la Commission n° 1, chargée d'examiner les premières questions du programme relatives aux Facultés et aux Ecoles, a présenté son rapport par l'organe de M. Gintrac.

Cette première question, grave et importante, a donné lieu à un rapport très lucidement exprimé, terminé par des propositions modérées et peut-être même un peu trop craintives.

L'enseignement des Ecoles préparatoires a été approuvé et maintenu avec quelques améliorations. Pour l'enseignement des Facultés, on s'est borné à demander l'institution d'une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine, et pour la Faculté de Montpellier une chaire d'anatomie pathologique. La Commission demandait que les hôpitaux spéciaux de Paris, tels que l'hôpital des Enfants, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés pour l'enseignement régulier; M. Marchal (de Calvi) a, par un amendement très chaleureusement soutenu, fait adopter que cet enseignement serait *officiel*, expression qui sera définie sans doute quand viendra la question des médecins d'hôpitaux.

Sur cette proposition, M. Lisfranc, avec l'énergie qu'on lui connaît, avait proposé de rendre obligatoire, pour tous les chefs de service et pour les élèves, l'enseignement clinique de tous les hôpitaux. L'assemblée a paru un peu effrayée de cette proposition radicale et a rejeté l'amendement de M. Lisfranc.

Tel est le résultat le plus général de cette première discussion. Ajoutons, cependant, que M. Marchal (de Calvi), avec une insistance qui lui a porté bonheur, est parvenu à faire adopter un amendement tendant à demander la création d'une Ecole préparatoire en Corse.

Disons maintenant quelques mots sur l'effet oratoire et littéraire de cette séance. D'un avis unanime, le succès le plus grand et le plus complet a été obtenu par nos confrères des provinces. M. Gintrac a défendu son rapport avec un tact, une finesse, un goût exquis. Sûr de lui-même et parfaitement calme, il a su répondre avec mesure, habileté et esprit à l'opposition orageuse qui s'élevait de temps à autre.

M. Parchappe, de Rouen, est venu défendre une idée philosophique et élevée, et son discours était à la hauteur de son idée. L'honorable médecin de la Seine-Inférieure aurait une tendance à diviser l'enseignement en scientifique et pratique: il voudrait que les Ecoles fussent destinées les unes à faire des savants, les autres à faire des artistes. Les développements de l'orateur ont été entendus avec attention et intérêt. Peut être ont-ils manqué d'une formule suffisamment claire et pratique.

Les honneurs de la séance ont été pour M. H. Combes, professeur de l'Ecole préparatoire de Toulouse, et délégué de l'Association de prévoyance de cette ville; membre de la Commission, il est venu défendre son rapport, et il l'a fait avec bonheur et talent. Son argumentation, vive, pressante et spirituelle à la fois, a entraîné l'assemblée, qui a voté, avec quelques modifications de peu d'importance, les conclusions du rapporteur.

En pharmacie, la séance a été un peu moins orageuse, mais non moins utile et grande en résultats. M. F. Boudet a fait un excellent Rapport sur l'enseignement donné dans les Ecoles. Il l'a soutenu avec beaucoup de talent et contre des adversaires qui ont fait preuve d'habileté et d'énergie. Les conclusions du rapporteur ont été adoptées.

Voilà donc le Congrès engagé dans ses travaux sérieux et importants. Les Commissions fonctionnent avec zèle et empressement. Tout fait espérer que cette grande affaire aboutira, et que ce noble dévouement de nos confrères de province aura des résultats dignes d'eux et de nous.

La séance d'aujourd'hui n'a été ni moins animée, ni moins importante que celle d'hier. Il s'agissait de l'enseignement libre. Cette question a fort agité l'assemblée, du moins dans la première partie de la séance; car après une allocution très chaleureuse et très digne de M. Amédée Forget, l'Assemblée est revenue au calme et à la modération dont il eut été bien désirable qu'elle eût fait preuve jusqu'ici. D'après les vœux généralement exprimés, d'après le brillant accueil fait aux généreuses paroles de M. A. Forget, tout fait espérer que les travaux du Congrès seront dégagés de tous les embarras inévitables dans les premières opérations d'une aussi grande assemblée.

M. Thierry, membre du Conseil général de la Seine, chargé du Rapport de la Commission n° 2, a examiné cette grave question de l'enseignement libre avec cet esprit libéral et éclairé que l'on connaît à notre honorable confrère. Nous publions ce Rapport dans toute son étendue, et nous bornons ici nos réflexions sur cette séance, pressé que nous sommes par le temps.

Nous signalerons cependant avec plaisir une allocution pleine de raison et de verve de M. Rigal de Gaillac, qui a décidé le vote de l'assemblée.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. Serres.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 1. — Ecoles de pharmacie. — Ecoles préparatoires. — Enseignement libre. — Discussion et votes.*

M. le président ouvre la séance en donnant la parole à M. Latour, secrétaire-général du Congrès, qui lit le procès-verbal de la séance générale du 1er novembre.

Ce procès verbal est mis aux voix et adopté.

La correspondance a fourni:

1° Un Rapport de MM. les pharmaciens de Rennes;
2° Un Rapport de MM. les pharmaciens de Toulouse;
3° Un Rapport de MM. les pharmaciens de Loir-et-Cher;
4° Une Lettre de M. Ronjon;
5° Un Mémoire de M. Roturier, pharmacien à Marmande (Lot-et-Garonne);
6° Une Lettre de M. Letellier, et deux brochures portant le titre suivant: Observations des pharmaciens de Rouen sur la réorganisation de la pharmacie.

Et une réclamation de M. Pennec qui signale une erreur dans la 52e ligne de la brochure qui renferme les comptes-rendus des communications faites au Congrès médical sur l'enseignement de la pharmacie.

M. Latour donne lecture du procès-verbal des séances de la Commission n° 1.

Cette Commission, aux séances de laquelle ont assisté seize membres, a choisi pour président M. Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie, et pour secrétaire M. Félix Boudet, agrégé à l'École de pharmacie de Paris, délégué de la Société de la même ville, et des pharmaciens de Châlons-sur-Saône, Orléans et Poitiers.

Il résulte du procès-verbal adopté à l'unanimité par la Commission n° 1:

Que cette Commission a approuvé dans son entier le Rapport dont il va être donné lecture, et qui se résume en cinq propositions qui seront communiquées à l'assemblée après la lecture de ce Rapport.

Ces cinq propositions ont été adoptées à l'unanimité par la Commission n° 1.

M. Boudet, rapporteur de cette Commission, donne lecture du Rapport suivant.

Messieurs et collègues,

C'est une heureuse et noble pensée de réunir de tous les points de la France les membres de la grande famille médicale, de les appeler à délibérer en commun sur les intérêts de la science et de l'art auxquels ils ont consacré leur vie, et qui se rattachent par des liens si nombreux et si intimes aux plus grands intérêts de l'humanité.

Cette pensée, Messieurs, venait à peine de se produire, que déjà quelques hommes dévoués travaillaient avec ardeur à la réaliser, et le Congrès général, qui, il y a peu de jours encore, n'était pour certains esprits qu'une vaine chimère, est aujourd'hui un fait important et plein d'avenir.

Ainsi l'alliance de toutes les branches de l'art de guérir se trouve cimentée par ce grand acte d'union et de confraternité; ainsi toutes les ambitions, toutes les intérêts, tous les vœux spéciaux et individuels viennent se confondre généreusement dans l'intérêt général de tous les hommes qui se dévouent au soulagement des souffrances humaines, et, nous devons le proclamer hautement, dans l'intérêt plus vaste et plus élevé de l'humanité elle-même.

Car l'amour de l'humanité, Messieurs, doit être l'âme d'un Congrès médical; il doit diriger, dominer ses discussions, les vivifier de son ardeur désintéressée, et les élever à la hauteur de toutes les lumières que représente le corps médical, et de la noble mission qui lui est confiée dans ce monde.

Pour nous, Messieurs, qui sommes les représentants de la Pharmacie; pour nous, qui, dans la séance solennelle de l'ouverture du Congrès, avons admiré la cordiale union du corps médical, montrons que dans notre famille moins nombreuse règne une harmonie aussi franche, que nous n'avons qu'une seule pensée, un seul but, celui de réunir légalement nos efforts dans l'intérêt de la dignité de notre profession et du bien-être légitime de ceux qui l'exercent, sans perdre de vue un instant que l'intérêt social commande nécessairement l'intérêt particulier.

Et d'abord offrons un hommage de reconnaissance à ceux qui ont eu la pensée du Congrès, et au ministre éclairé qui a si bien compris que cette manifestation était dans l'esprit de notre époque et de nos institutions; car le moment est venu où cette pensée devait surgir avec succès, et notre sol profondément travaillé est prêt à en recevoir la féconde influence.

En effet, Messieurs, si, jusqu'en 1830, les réclamations incessantes des pharmaciens ont été infructueuses, si la loi de germinal a résisté à toutes les critiques qui en ont signalé l'insuffisance, nous devons reconnaître que, plus heureux que nos devanciers, nous n'avons pas fait depuis quinze ans de stériles efforts.

A peine le nouveau gouvernement était-il constitué que les élèves en pharmacie de Paris présentaient un mémoire au ministre de l'intérieur pour obtenir la réorganisation de notre École, et l'année suivante nos professeurs, prenant une généreuse initiative, donnaient spontanément une satisfaction éclatante à des vœux légitimes.

Doubler la durée des cours, instituer une chaire de physique, une chaire de toxicologie, une École pratique, ouvrir une bibliothèque et de vastes galeries où l'on admire aujourd'hui de magnifiques échantillons de minéralogie, de matière médicale, de produits chimiques, tout cela fut de la part de nos maîtres une œuvre volontaire, et l'éclatant témoignage d'un dévouement qui leur assure à jamais la reconnaissance des pharmaciens.

Plus tard, en 1833, tandis que l'Académie de Médecine adressait à M. Guizot le savant rapport de M. Double sur les institutions médicales, M. Cap, au nom d'une Commission émanée des sociétés de pharmacie et de prévoyance de Paris, rédigeait un travail complet sur toutes les questions relatives à l'enseignement et à l'exercice de la pharmacie.

Deux fois des projets de lois furent préparés au ministère de l'instruction publique d'après ces importants travaux, mais les vicissitudes ministérielles les arrêtèrent deux fois sur le seuil des chambres législatives.

Cependant, en 1840, une pétition rédigée par un de nos plus honorables confrères, au nom d'un très-grand nombre de pharmaciens de Paris et des départements, valut à la pharmacie la plus importante conquête qu'elle eût faite depuis la loi de germinal.

Renvoyée au ministre de l'instruction publique par la chambre des députés, cette pétition provoqua l'ordonnance du 27 septembre 1840; ordonnance mémorable qui fit entrer l'École de pharmacie dans le corps universitaire, et, en imposant aux élèves en pharmacie l'obligation du baccalauréat ès-lettres, consacra pour toujours le caractère libéral et scientifique de

notre profession. Plus tard, en 1844, grâces aux efforts réunis de l'Académie royale de médecine, de l'École de pharmacie, de la commission générale des pharmaciens de la Seine, les chambres éclairées sur les abus des brevets d'invention appliqués aux médicaments, ont enlevé au charlatanisme cette dangereuse ressource.

Tel est, Messieurs, le rapide et fidèle historique des efforts soutenus avec une infatigable persévérance par les pharmaciens pour la réforme de leurs institutions.

Tel est le tableau des précieux résultats qui ont été le fruit de ces efforts.

En examinant le caractère des dispositions nouvelles qui ont été ainsi introduites dans nos lois, on est frappé d'une considération importante et qu'il est nécessaire de faire ressortir à vos yeux; on voit que la pharmacie tend sans cesse, par l'élan d'une ambition instinctive et invincible, à s'élever davantage, à se dégager de plus en plus des formes commerciales, et à se constituer en profession libérale et savante. Et en effet la position honorable qu'elle a obtenue dans l'Université, la condition du baccalauréat ès-lettres pour les élèves, et la suppression absolue des brevets d'invention pour les remèdes, ne démontrent-ils pas que la pharmacie doit être considérée par le législateur en dehors de l'industrie et du commerce, et que son exercice réclame une législation toute spéciale, comme son caractère.

Cette considération est de la plus haute gravité, Messieurs. Elle doit avoir une influence décisive sur toute l'économie de la législation pharmaceutique, et en être en quelque sorte le principe fondamental.

Le véritable caractère de la pharmacie est en effet décidé aujourd'hui, ce n'est plus une profession incertaine, indéterminée, qui appartient tantôt au commerce et à l'industrie, tantôt à la science; la tendance scientifique l'emporte, et la force des choses a résolu la question; si la pharmacie touche au commerce, c'est sous l'empire de la nécessité d'une distribution rapide et incessante des médicaments, mais ce n'est là qu'un accident de son existence pratique, et ce serait sortir de la vérité que d'attribuer à ce fait une autre valeur.

La pharmacie ne doit donc pas rester dans cet état précaire et funeste où, livrée à la libre concurrence qui est l'essence du commerce, elle subisse cependant toutes les chances défavorables de cette position sans jouir de la liberté et des avantages qui en sont la compensation nécessaire, de telle sorte que, renfermée dans d'étroites limites, et sans armes pour la défense de ses droits, elle voie sans cesse son domaine attaqué, envahi par les progrès du charlatanisme, et les empiétements d'une foule de professions qui l'enlacent de leurs rameaux parasites et ne vivent que de sa substance.

Tel est le sens évident, incontestable, non plus seulement des manifestations et des vœux de tous les hommes qui se sont occupés des intérêts et de l'avenir de la pharmacie, mais de tous les faits accomplis depuis quinze ans dans la sphère de ses institutions.

Par cela même, Messieurs, ces faits ont une valeur immense aujourd'hui. La Commission en a été si vivement frappée qu'elle a cru devoir appeler tout d'abord vos méditations sur leurs conséquences, et vous amener à reconnaître avec elle toute l'étendue du terrain que nos réclamations laborieuses et persévérantes nous ont fait gagner depuis 1830.

Aussi, Messieurs, si au milieu des ébranlements qui sont la suite inévitable des révolutions, et suspendent toutes les réformes qui ne sont pas d'une nécessité politique, nous avons pu obtenir de pareils résultats; quelle doit être, à l'ouverture de ce Congrès, notre confiance dans le succès de nos travaux quand nous considérons que les esprits y sont depuis long-temps préparés; que les Chambres nous ont donné à diverses reprises des témoignages non équivoques d'une bienveillante intelligence de notre situation et de nos besoins; et quand nous voyons le gouvernement lui-même, dans la personne du ministre qui est à la tête de l'Université de France, provoquer en quelque sorte le suffrage universel des pharmaciens sur leurs institutions à venir, et attendre une manifestation générale et indépendante de leurs vœux, pour achever un projet de loi auquel il lui tient à cœur d'attacher son nom comme à une des œuvres les plus essentiellement utiles qui ressortent de son ministère.

Telles sont, Messieurs, les circonstances qui ont favorisé l'organisation de notre Congrès médical et qui doivent assurer à nos travaux des résultats dignes du but élevé auquel nous aspirons..., dignes de la mission que nous avons reçue de nos collègues des départements. Car, Messieurs, ce n'est pas seulement l'intérêt de la pharmacie parisienne que nous devons avoir en vue dans nos délibérations, c'est l'ensemble des intérêts de la pharmacie française.

Déplorant, en ce moment surtout, les exigences de la profession qui prive le Congrès de tant d'hommes dévoués qui lui ont envoyé leurs adhésions de tous les points de la France, et dont les lumières, l'expérience et le zèle seraient si précieux en ce moment, nous devons au moins les faire intervenir dans nos discussions par leurs travaux, et en quelque sorte assister à nos séances.

Pénétrée de ce devoir, la Commision a étudié avec le plus grand soin les nombreux matériaux envoyés à Paris sur les questions dont l'examen lui a été confié; et les vœux qu'elle aura l'honneur de soumettre à la sanction du Congrès sont moins les siens propres que l'expression la plus générale de ceux qui ont été manifestés par les adhérents du Congrès.

Les questions sur lesquelles la commission a été appelée à délibérer sont les suivantes :

L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier est donné aujourd'hui dans les Écoles de pharmacie et dans des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; cette division est-elle utile? quels sont ses avantages et ses inconvénients?

Ecoles de pharmacie. — L'enseignement donné dans les Écoles de pharmacie répond-il aux besoins de la profession?

Dans le cas de la négative, indiquer les modifications à introduire dans l'organisation de chacune des Écoles de Paris, Montpellier et Strasbourg.

Et, par exemple, est-il convenable que la botanique soit l'objet d'un enseignement spécial, ou doit-elle, comme le veut l'ordonnance du 27 septembre 1840, être confondue avec la minéralogie et la matière médicale sous la dénomination d'histoire naturelle médicale, et enseignée avec ces sciences par un seul et même professeur?

Écoles préparatoires. — L'enseignement donné dans les Écoles préparatoires répond-il aux besoins de la profession? Atteint-il le but que le gouvernement s'est proposé en les créant?

Indiquer les modifications à introduire dans le régime de ces Écoles, dans le cas où elles seraient conservées.

Enseignement libre. — Recherchez quels sont les droits des pharmaciens relativement à l'enseignement libre.

Avant d'ouvrir la discussion sur chacune de ces questions il importe de rappeler brièvement l'organisation des Écoles spéciales de pharmacie et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie telle qu'elle a été fixée par les ordonnances du 27 septembre et du 13 octobre 1840.

L'ordonnance du 27 septembre 1840, art. 9, s'exprime ainsi :

« On enseignera dans chaque École de pharmacie :

» 1re année : la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale;

» 2e année : l'histoire naturelle médicale, la matière médicale, la pharmacie proprement dite;

» 3e année : la toxicologie, et, sous le titre d'École pratique, les manipulations chimiques et pharmaceutiques.

» Il est établi d'ailleurs, par un règlement arrêté en conseil de l'instruction publique, art. 31, que chaque année l'École ouvrira un concours dans les derniers jours de mars pour l'admission des élèves à l'École pratique.

» L'objet de ce concours sera de s'assurer si les élèves ont les connaissances indispensables pour profiter de l'enseignement pratique, et d'éliminer au besoin ceux dont l'instruction aurait été trouvée insuffisante. »

L'ordonnance du 13 octobre 1840 prescrit de son côté que les objets d'enseignement dans les Écoles de médecine et de pharmacie sont :

La chimie et la pharmacie;

L'histoire naturelle médicale et la matière médicale;

L'anatomie et la physiologie, la clinique, les accouchements, la toxicologie et l'hygiène.

Les élèves qui se destinent à la pharmacie ne sont tenus de suivre que les cours de chimie, de pharmacie, d'histoire naturelle et de matière médicale, de toxicologie et d'hygiène.

Tous les ans, ajoute l'ordonnance, les élèves qui auront pris quatre ou huit inscriptions soutiendront un examen sur les matières des cours qu'ils auront dû suivre, et ceux qui auront satisfait à cet examen recevront un certificat sans lequel ils ne seront pas admis à jouir du bénéfice de leurs inscriptions.

Eh bien, si les Écoles préparatoires devaient rester sous le régime sous lequel elles sont placées aujourd'hui, la Commission, unissant ses vœux à ceux du plus grand nombre de ses collègues des départements, répondrait par un vote négatif et unanime sur la première question du programme, en demandant la suppression des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie en ce qui concerne les pharmaciens. Dans ces Écoles l'enseignement ne répond point aux besoins de la profession, il n'atteint pas le but que le gouvernement s'est proposé en les créant.

Considérons en effet que dans les Écoles préparatoires la pharmacie n'est pas l'objet d'un enseignement spécial, qu'elle est confondue avec la chimie dans un seul cours sémestriel, de telle sorte que le même professeur doit, dans l'espace de cinq mois, passer en revue la chimie et la pharmacie tout entières, et ne peut remplir cette tâche que d'une manière très-incomplète. La physique, d'ailleurs, n'y est point enseignée, à moins que le professeur de chimie et pharmacie n'ajoute à son enseignement, déjà trop onéreux, celui des éléments de cette science. Ses leçons, il est vrai, ont lieu chaque jour, et leur nombre peut s'élever à cent vingt; mais des leçons quotidiennes sont trop laborieuses pour être faites avec tout le zèle, toute la maturité nécessaires.

Ajoutons que le cours de toxicologie manque dans la plupart des Écoles, et que la botanique, déjà sacrifiée dans l'enseignement spécial, l'est également dans les Écoles préparatoires.

Enfin, les élèves qui fréquentent les Écoles préparatoires se destinent pour la plupart à l'exercice de la médecine, les professeurs, qui, d'ailleurs, sont tous docteurs en médecine, un seul excepté, se trouvent naturellement entraînés par la force des choses et le désir de satisfaire la majorité de leur auditoire, à donner à leur cours un caractère essentiellement médical, au détriment des élèves en pharmacie.

Ainsi, et c'est là le premier point que la commission a voulu établir, l'enseignement, dans les Écoles préparatoires, est insuffisant sous le rapport de la pharmacie. Second point : l'enseignement donné dans les Écoles préparatoires atteint-il le but que le gouvernement s'est proposé en les créant, celui de préparer les élèves à l'enseignement spécial, d'empêcher leur agglomération trop nombreuse dans la capitale, de les retenir près de leurs familles et d'assurer leur concours aux pharmaciens des départements pour le service de leurs officines? La commission reconnaît tous les avantages que l'institution des Écoles préparatoires pourrait offrir si elle remplissait ces conditions; mais elle n'hésite pas à dire que ces conditions ne sont pas remplies.

L'enseignement est insuffisant, nous l'avons démontré; et de plus l'existence des écoles attire et retient faiblement les officines des villes où elles sont situées, car la nécessité imposée aux élèves d'assister chaque jour à deux cours sous peine de perdre leurs inscriptions, ne leur permet ni de faire un stage instructif, ni d'assurer le service des pharmacies des départements.

Ainsi la Commission, s'associant à l'opinion de la majorité de nos collègues des départements, et en particulier au vœu unanime des quarante-huit pharmaciens de Toulouse, ville de France qui possède l'École préparatoire le plus complétement organisée et la plus suivie, déclare que l'organisation actuelle des Écoles préparatoires laisse beaucoup à désirer, mais là elle s'arrête, elle ne songe pas à demander leur suppression. La pensée qui a inspiré leur institution est excellente; et si elle a reçu une réalisation incomplète, elle répond certainement à un besoin bien senti. Ces Écoles sont nécessaires aujourd'hui; elles le deviendront davantage encore si, comme nous l'espérons, comme nous en émettons dès à présent le vœu formel, les jurys médicaux et les deux ordres de pharmaciens succombent enfin sous le poids d'une manifestation unanime du Congrès.

Admettons donc le maintien de ces Écoles, mais indiquons, comme le veut notre programme les modifications à introduire dans leur régime.

Pour bien faire comprendre les vues de la Commission, nous devons établir d'abord que le système actuel des études pharmaceutiques demande à être profondément modifié. Telle est aujourd'hui l'opinion générale des pharmaciens. Ces études en effet sont trop indépendantes, trop arbitraires, s'il est permis de parler ainsi; et il leur manque une direction méthodique, qui concilie tout à la fois les intérêts de l'enseignement dans les choses avec ceux de la pratique, avec ceux de la responsabilité des pharmaciens en exercice, et des garanties que les élèves eux-mêmes doivent offrir au public dans l'accomplissement de leurs fonctions importantes.

Pour atteindre ce but complexe, la Commission a pensé qu'il était nécessaire de partager les études pharmaceutiques en deux séries : les études préparatoires ou élémentaires et les études spéciales. De là, par une conséquence légitime, deux classes d'élèves en pharmacie,

Sur les six années que les élèves doivent consacrer à leur instruction pharmaceutique, trois seraient employées aux études préparatoires et trois autres aux études complémentaires.

Le jeune homme qui se destinerait à la pharmacie, muni de son diplôme de bachelier, devrait d'abord consacrer au stage dans une officine deux années entières au bout desquelles il suivrait pendant un an les cours élémentaires d'une École préparatoire ou d'une école spéciale, où cet enseignement serait établi comme nous allons le proposer tout à l'heure.

Il ne pourrait être admis au nombre des élèves de la classe supérieure qu'autant qu'il aurait subi d'une manière satisfaisante un examen d'une heure sur la pharmacie pratique et les objets de l'enseignement préparatoire, enseignement qui serait fixé de la manière suivante :

Un cours de physique et de chimie élémentaires, un cours de pharmacie et d'histoire naturelle élémentaire. Chacun de ces cours durerait toute l'année scolaire et serait fait par un professeur spécial et nécessairement pharmacien, chargé de faire seulement trois leçons par semaine. Le jury d'examen serait composé de deux professeurs pharmaciens auxquels s'adjoindrait un délégué d'une des Écoles spéciales de pharmacie.

Admis ainsi au nombre des élèves de 1re classe, le jeune candidat prendrait le titre de bachelier en pharmacie, et avant d'être autorisé à subir ses derniers examens pour obtenir son diplôme, il devrait consacrer une année encore au stage officinal et deux années à suivre les cours d'une École spéciale.

Ne voyez-vous pas immédiatement, Messieurs, les aventages de ces dispositions! Ainsi serait réalisé le vœu d'un grand nombre de nos confrères qui, frappés des avantages qu'une organisation de ce genre assure aux pharmaciens du nord de l'Europe, la réclament depuis long-temps pour la France. Les bacheliers en pharmacie seront nécessairement des jeunes gens instruits, et capables de représenter au besoin les pharmaciens dans leurs officines puisqu'ils offriraont au public les garanties qu'exigent réellement les fonctions qu'ils sont appelés à remplir. Au titre qu'ils auraient acquis seraient attachées certaines prérogatives; ainsi, par exemple, aux bacheliers seuls appartiendrait le droit de diriger les pharmacies dans les délais accordés aux fils, aux veuves de pharmaciens; et d'ailleurs ne pourrait-on pas rendre ce titre obligatoire pour les fonctions d'élève en pharmacie dans les hôpitaux civils et militaires, et lui donner ainsi une valeur qui le justifierait et le ferait ambitionner. D'autre part l'institution des cours préparatoires complétée, comme le propose la Commission, retiendrait une partie des élèves dans les départements pendant trois années, sans que leur instruction cessât d'être identique avec celles des élèves des écoles spéciales.

Il serait nettement stipulé en outre que, pendant toute la durée des études pharmaceutiques, chaque année compterait exclusivement pour l'enseignement théorique ou pour le stage, sans qu'une double valeur pût être attribuée à la même année, alors même qu'en réalité l'élève serait stagiaire dans une pharmacie comme lorsqu'il suivrait les cours.

En proposant pour les écoles préparatoires le nouveau plan d'organisation que nous venons de développer, à l'unique point de vue des élèves, la Commission s'est vivement préoccupée de la situation des pharmaciens professeurs dans ces écoles. Elle a considéré que pour assurer à l'enseignement préparatoire le concours d'hommes vraiment capables, il fallait exiger d'eux des garanties sérieuses et en même temps ajouter aux avantages trop bornés qui leur sont accordés aujourd'hui. Elle a cru pouvoir remplir ce double but en proposant : 1° que les professeurs ne pussent être choisis, comme les professeur-adjoints

des écoles spéciales, que parmi les licenciés ès-sciences physiques; 2° que les visites des pharmacies, comprises dans la circonscription de chaque école préparatoire, fussent faites par les professeurs de ces écoles accompagnés d'un pharmacien appartenant au département dans lequel se feraient les visites et nommé par le préfet.

Qu'il nous soit permis d'ajouter à cet exposé des vues de la Commission sur les écoles préparatoires, qu'elles ont paru trop multipliées pour avoir en elles les éléments d'activité et d'émulation qui sont la vie des écoles, et qu'au régime numérique sous lequel elles sont placées devrait succéder le régime universitaire, régime plus large et ayant plus que le premier l'intelligence des besoins de l'enseignement.

Les écoles préparatoires ainsi constituées rattacheraient, nous l'espérons, au maintien de leur existence, leurs plus ardents adversaires, et donneraient à l'enseignement de la pharmacie une base tout à fait en harmonie avec les besoins de la profession et le but éminemment judicieux que le gouvernement s'est proposé en les créant. — Continuons notre œuvre et discutons à son tour l'organisation de nos écoles spéciales. Et d'abord pour n'avoir plus à revenir sur ce sujet, établissons que dans chaque école spéciale il serait créé deux cours élémentaires tout à fait identiques avec ceux destinés aux élèves en pharmacie dans les écoles préparatoires, et que ces cours seraient particulièrement confiés aux agrégés, qui trouveraient dans cette institution une occasion d'utiliser leur zèle et de s'exercer à l'enseignement supérieur qui doit être le point de mire offert à leur légitime ambition. Quant à cet enseignement supérieur, tel qu'il est constitué aujourd'hui, il est évidemment incomplet; tous les membres de la Commission comme leurs collègues des départements s'accordent à le reconnaître; mais unanimes sur ce point, les opinions se partagent dès qu'il s'agit de combler les lacunes de cet enseignement.

Ainsi les uns réclament un cours spécial de minéralogie et de zoologie, des leçons sur la falsification des drogues, l'essai des médicaments, la législation pharmaceutique.

D'autres, se fondant sur l'importance croissante des études et des applications de l'hygiène, demandent que cette science soit professée dans les écoles spéciales de pharmacie.

D'autres enfin insistent sur les avantages que devrait offrir l'enseignement de la thérapeutique. Les pharmaciens, disent-ils, doivent connaître les propriétés thérapeutiques des médicaments, les doses auxquelles on les emploie, les effets qu'ils produisent. Ne sont-ils pas fréquemment consultés sur ces divers sujets, et appelés à compléter les instructions données par les médecins au lit du malade?

N'est-il pas aussi de leur devoir d'exercer un véritable contrôle sur chaque formule magistrale, afin d'apprécier les erreurs qui peuvent échapper aux médecins dans une rédaction rapide, et prévenir les conséquences funestes qui pourraient résulter de ces erreurs? chaque jour ils ont à faire des applications nombreuses de la thérapeutique, et nulle part cette science ne leur est enseignée; s'ils l'apprennent, c'est au hasard, elle n'est pour eux que le fruit de l'expérience.

La commission a pris en considération tous ces vœux; mais tout en reconnaissant ce qu'il y a de légitime dans chacun d'eux, elle a pensé que trop étendre l'enseignement d'une école spéciale, que le laisser sortir de ses véritables limites, c'était l'affaiblir et le dénaturer, et elle a dû réduire beaucoup les prétentions que nous venons de signaler.

Elle se borne donc à demander :

1° Que le cours de pharmacie soit terminé par quelques leçons sur la posologie et les propriétés thérapeutiques des médicaments.

2° Que le cours de toxicologie comprenne un enseignement raisonné des principales dispositions législatives qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie et aux expertises judiciaires.

Ainsi des avis divers ont été émis sur la nature et le nombre des cours nouveaux qu'il conviendrait d'ajouter au programme actuel de l'enseignement, il n'y a qu'une voix pour demander le rétablissement d'une chaire de botanique, et signaler que l'organisation des écoles pratiques telle qu'elle a été arrêtée en 1841 par le conseil-royal de l'instruction publique, doit recevoir une nouvelle extension. En vertu de cet arrêté, en effet, un certain nombre d'élèves choisis à la suite d'un concours sont seuls admis à suivre les travaux de ces écoles, tandis que les autres sont privés des avantages de cet enseignement qui n'est pas obligatoire.

Et peuvent ainsi obtenir leur diplôme de pharmacien sans avoir jamais manié un appareil ou conduit une opération chimique.

L'importance de l'enseignement pratique préoccupe d'autant plus nos pharmaciens que l'activité de nos laboratoires s'est singulièrement ralentie depuis quelques années surtout, et que la plupart d'entre eux ne peuvent plus offrir aux élèves stagiaires des occasions suffisantes de s'exercer aux manipulations chimiques et pharmaceutiques.

L'intervention des pharmaciens dans les expertises judiciaires est aussi à leurs yeux un motif de demander que des essais toxicologiques tiennent toujours une grande place dans le programme de l'École pratique.

Pour donner satisfaction à ces vœux, auxquels elle s'associe sans réserve, la Commission propose :

1° Que les cours de l'École pratique soient obligatoires pour tous les élèves en pharmacie, et suivis d'un examen spécial;

2° Que les élèves qui auront satisfait à cet examen soient admis seuls à subir leurs examens définitifs, tandis que les autres seront renvoyés à six mois, et obligés de suivre un nouveau cours de manipulation.

L'extension à donner à l'École pratique a été réclamée dans la plupart des mémoires et des manifestations qui se sont produites à l'occasion du Congrès; mais un intérêt plus grand encore se rattache au rétablissement d'une chaire de botanique dans chaque École de pharmacie; les vœux à cet égard sont exprimés de la manière la plus pressante par tous nos confrères, et la Commission les appuie de toutes ses forces.

On se demande comment un enseignement aussi essentiel que celui de la botanique a pu être supprimé dans les Écoles de pharmacie, ou au moins réduit aux étroites proportions qu'on lui a imposées en le réunissant avec celui de la minéralogie, de la zoologie et de la matière médicale dans un seul et même cours; un seul professeur peut-il suffire à tant d'enseignements divers, et n'est-il pas évident que si la botanique ne reprend pas à l'École de pharmacie une place qui lui appartient à tous égards, son étude, déjà si négligée parmi nos élèves, sera bientôt tout à fait abandonnée, et que les pharmaciens à venir ne sauront plus reconnaître les plantes qu'ils emploieront sans cesse dans les préparations, ou qu'ils doivent livrer au public.

Supprimer ou seulement affaiblir l'étude de la botanique, c'est saper la pharmacie dans ses bases, enlever à la société une garantie essentielle, et compromettre mêmes les progrès de cette science que les pharmaciens ont si souvent enrichie de leurs travaux.

A part, ces observations sur l'état actuel de l'enseignement, dans les Écoles spéciales de pharmacie, à Paris comme dans les départements, chacun se plaît à rendre un sincère hommage à la direction imprimée à ces écoles dans ces dernières années, et au dévouement éclairé des professeurs.

Hommage bien légitime et auquel s'associe de la manière la plus expresse la Commission qui a eu le bonheur de compter parmi ses membres le digne chef de l'École de pharmacie de Paris et qui l'a vu prendre à ses travaux la part la plus active, la plus indépendante et la plus utile.

Vous avez remarqué sans doute, Messieurs, que dans le système général que nous avons soumis à vos délibérations, tout s'enchaîne, que les Écoles préparatoires se rattachent aux Écoles spéciales par un enseignement identique dans les unes comme dans les autres, que les intérêts de l'exercice pharmaceutique et les garanties qu'il doit offrir ont été également pris en considération et que sans détruire aucune des institutions qui ont en leur faveur l'autorité d'un fait accompli, en les modifiant seulement, il est facile de les mettre en harmonie avec nos besoins, avec leur but et les conditions nouvelles que réclame l'esprit du temps où nous vivons.

Avant d'abandonner les graves questions que nous venons de discuter sur l'organisation de l'École de pharmacie, nous exposons un vœu, qui, déjà manifesté à plusieurs époques par les pharmaciens, peut se produire aujourd'hui avec d'autant plus de confiance que le ministère éclairé qui dirige l'instruction publique, l'a lui-même reconnu légitime.

Considérant que les Écoles de pharmacie font aujourd'hui partie de l'Université, qu'elles jouissent des mêmes droits et prérogatives que les Facultés, que les professeurs qui les composent sont docteurs, et qu'il ne manque à ces établissements que le nom de Facultés pour que toute différence disparaisse entre les premiers et les derniers venus de la grande famille universitaire, la Commission propose : que, conformément à l'article 51 du projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie adopté en 1838 par une Commission ministérielle sous la présidence de M. de Salvandy, les Écoles de pharmacie soient désignées à l'avenir sous le nom de Facultés, et puissent conférer aux élèves de première classe le titre de bachelier en pharmacie, et celui de licencié avec le diplôme de pharmacien. Le titre de docteur en pharmacie serait obtenu à la suite d'épreuves spéciales. Ainsi s'établirait dans les Écoles de pharmacie la même hiérarchie, la même organisation que dans les anciennes Facultés; ainsi leur constitution, analogue à celle qui vient d'être donnée en Espagne à des établissements semblables, se trouverait complétée et définitivement régularisée.

Il nous reste encore, Messieurs, une question à résoudre, celle de l'enseignement libre, question toute nouvelle pour la pharmacie, et dont la solution favorable peut exercer une sérieuse influence sur l'avenir de son enseignement.

Que les pharmaciens soient libres d'enseigner à leurs élèves toutes les connaissances qui se rattachent de près ou de loin à la pharmacie, personne ne le met en doute? mais outre cet enseignement qui se réalise sans cesse dans nos officines, dans nos laboratoires et l'enseignement officiel de nos Écoles, n'y a-t-il pas place pour un autre enseignement.

Si nous cherchons autour de nous une institution destinée à former les professeurs qui doivent occuper un jour les chaires de nos écoles, nous ne trouvons que celle toute récente des agrégés qui dans le cours de leurs cinq années d'exercice peuvent quelquefois, et d'une manière tout à fait éventuelle, s'exercer au professorat; mais dans les conditions où elle est placée, cette institution elle-même est elle bien faite pour fournir à l'enseignement les hommes familiarisés de bonne heure avec le grand art d'instruire la jeunesse? Non sans doute, et sous ce rapport il existe pour la Pharmacie une lacune que l'enseignement libre a comblée depuis longtemps dans les institutions médicales.

Autour des Écoles de médecine et dans leur dépendance, dans les amphithéâtres qui leur appartiennent, il existe des chaires libres, accessibles à tous. Là une jeunesse laborieuse, s'exerce librement, et à la faveur de la protection qui lui est généreusement accordée, aux difficultés de l'enseignement oral et prépare de dignes successeurs à ses maîtres.

Eh bien! Messieurs et collègues, cette institution généreuse, éminemment libérale, cette pépinière sans limites qui s'enrichit sans cesse de tous les talents dont une sage liberté favorise la manifestation et le développement, la commission la réclame pour les pharmaciens telle qu'elle existe pour les médecins, en demandant qu'il soit annexé à chaque Faculté ou École préparatoire de pharmacie des amphithéâtres où toutes les personnes qui se destineront à l'enseignement des sciences pharmaceutiques, pourront ouvrir des cours sous la garantie et avec l'autorisation du doyen de la Faculté de pharmacie.

Telles sont, Messieurs, les nombreuses considérations que la Commission m'a confié le soin de vous présenter à l'appui des cinq propositions qu'elle croit devoir soumettre à vos suffrages et que tous ses membres ont votées à l'unanimité.

Je vais avoir l'honneur de vous lire ces propositions.

(*Voir* le numéro d'hier mardi, 4 novembre.)

— M. le président ouvre la discussion.

M. Lepère établit que plusieurs des vœux émis par la Commission n° 1, forment l'objet d'une lettre qu'il avait adressée à cette Commission; il approuve les conclusions sur un grand nombre de points; il désire cependant que le temps du stage soit porté à quatre ans au lieu de trois que propose la Commission. Il approuve la création du grade de bachelier en pharmacie, et pense que les bacheliers pourraient être commissionnés par les préfets pour exercer la pharmacie dans les petites localités où il n'existe pas d'officine.

M. Chevalier propose que le pharmacien-inspecteur que la Commission propose d'adjoindre aux deux professeurs des Écoles préparatoires, pour la visite des pharmaciens, soit élu par les pharmaciens du département au lieu d'être nommé par le préfet.

Cette proposition est appuyée par un grand nombre de membres.

M. le rapporteur déclare que la Commission adhère à cette modification.

M. Hottot appuie la proposition de M. Lepère, et, au nom de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, demande quatre ans de stage; mais il n'admet pas que les bacheliers en pharmacie puissent être autorisés à exercer la pharmacie dans les petites localités comme le voudrait M. Lepère.

M. Favrot n'admet pas la série de grades proposés par la Commission : il pense que les pharmaciens doivent tous recevoir le titre de docteur.

M. Lepère appuie la proposition de la Commission; il cite les Facultés de droit, comme ayant une organisation analogue à celle qui est proposée pour les Écoles de pharmacie.

M. Filhol déclare, en réponse aux observations présentées par M. Favrot, que le projet de la Commission n'empêche pas tous les pharmaciens de devenir docteurs, mais qu'il réserve ce titre aux plus instruits; il appuie les conclusions de la Commission.

M. Émile Caperon demande que le temps de stage proposé par la Commission soit conservé; il pense que si le stage était trop prolongé, les campagnes seraient dépourvues de pharmaciens.

M. Deslouches, délégué des pharmaciens de Rennes, demande que le stage soit porté à quatre ans.

M. Abbadie fait la même demande; il pense que le temps d'études théoriques et pratiques doit être de huit ans.

Le même membre pense que la création de licenciés et de docteurs en pharmacie rétablirait les deux ordres de pharmaciens dont on demande actuellement la suppression.

M. le rapporteur déclare qu'il reconnaît l'utilité du stage pour former de bons praticiens, mais il croit que l'enseignement théorique ne doit pas être négligé; trois ans de stage lui paraissent suffisants; les élèves de notre époque, étant bacheliers, ont reçu une instruction préliminaire qui rend plus facile et plus prompte leur instruction dans les officines; d'ailleurs, il y a un an d'étude pratique dans les écoles, et c'est le stage sous une autre forme.

Le rapporteur déclare que le grade de docteur, tel qu'on propose de l'établir, serait un titre purement scientifique, qu'il n'y aurait aucune conséquence à en tirer pour l'existence des deux ordres de pharmaciens que la Commission a repoussée d'une manière formelle dans son Rapport. Si la Commission a proposé le grade de docteur, c'est parce qu'elle demande que les Écoles de pharmacie soient constituées en Facultés régulières.

M. Serres, appelé à présider la section de médecine, est remplacé par M. le vice-président Davallon, qui, en prenant place au fauteuil, prononce une courte allocution dans laquelle il exprime à l'assemblée, au nom des pharmaciens de Lyon et au sien, sa reconnaissance de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au fauteuil. — Cette allocution est accueillie par des applaudissements.

M. Buignet craint que le travail de la Commission n° 1 n'empiète sur celui de la Commission n° 2, qui doit traiter de l'ordre des études.

M. le rapporteur soutient que la Commission est restée dans les limites de ses attributions.

M. Aubergier démontre que la discussion générale s'écarte du programme.

M. le vice-président Boullay propose à l'assemblée de s'occuper immédiatement des propositions de la Commission.

M. Guibourt appuie la proposition de M. Aubergier.

M. Flon demande que le rapport de la Commission soit refondu.

M. Cap combat la création de Facultés de pharmacie en se fondant sur ce que la pharmacie n'est pas une science, mais bien une application des sciences physiques et naturelles. Il déclare que M. de Salvandy n'a pas admis la création de Facultés de pharmacie.

M. Magouty, délégué des pharmaciens de Bordeaux, demande la création d'Écoles préparatoires de pharmacie distinctes des Écoles de médecine.

La première proposition de la Commission est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

La deuxième proposition est mise en discussion.

M. Guibourt demande que le cours de l'École pratique dure

deux années. — Cette proposition est combattue par le rapporteur.

La deuxième proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

La troisième proposition est mise en discussion.

M. Aubergier en combat le second paragraphe, et propose que les visites des pharmacies soient faites par des inspecteurs accompagnés de deux ou plusieurs pharmaciens choisis dans les départements dans lesquels se fera l'inspection.

M. Dubail présente sur le même sujet une proposition qui n'est pas prise en considération.

MM. Lepère et *Paton* appuient la proposition de M. Aubergier.

M. le rapporteur la combat.

La proposition de M. Aubergier est mise aux voix et adoptée.

La deuxième partie de la proposition pe la Commission se trouvant annulée par le vote de l'assemblée, la deuxième partie est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Abadie réclame en faveur des conséquences du vote sur la proposition de M. Aubergier.

M. Flon veut qu'au diplôme de pharmacien soit attaché le titre de docteur.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Vée, Dubail, la Commission déclare qu'elle retire sa quatrième proposition.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Malard, Lebron, Favrot, Dubail et Aubergier, la quatrième proposition étant supprimée, la cinquième devient la quatrième.

Après quelques observations de M. Patou sur la garantie que l'on exigera des professeurs libres, la quatrième proposition est adoptée à l'unanimité.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 2. — Facultés et Écoles. — Discussion et vote.*

A deux heures après midi M. le président est au fauteuil, entouré des membres du bureau, et déclare la séance ouverte.

M. Amédée Latour, secrétaire-général, lit le procès-verbal de la dernière séance. Il est adopté sans réclamation.

M. le secrétaire-général présente la correspondance survenue depuis la réunion du 1er novembre. Les pièces nombreuses dont elle se compose seront analysées dans le compte-rendu général qui doit être publié après la clôture des travaux du Congrès.

L'ordre du jour appelle le rapport de la commission n° 1.

M. le professeur Gintrac, de Bordeaux, rapporteur, a la parole.

(*Voir* le numéro d'hier pour ce Rapport.)

M. le président déclare la discussion ouverte.

M. Bernard, de Château-Salins. L'orateur se plaint de ce que l'on provoque un vote immédiat et définitif sur des questions immenses; et à l'instant même, sur l'enseignement médical en France.

Il jette un regard rétrospectif sur l'état des écoles de médecine avant 1789. M. le président le rappelle à la question. Alors il se range à l'opinion de la Commission sur l'utilité des écoles prépa atoires, mais il voudrait, contrairement aux conclusions du rapport, que les cours dans les écoles fussent prolongés durant trois années; que les élèves n'y fussent admis qu'avec le diplôme de bachelier ès-lettres, et que des garanties sérieuses fussent données relativement à l'assiduité des élèves. Les mêmes garanties devraient s'étendre aux Facultés. L'orateur demande comme conclusion dernière la suppression de la Faculté de Strasbourg, qu'il désirerait voir transférer à Lyon. Il pense justifier son opinion en faisant remarquer que Strasbourg n'est plus, comme elle le fut après les conquêtes de la république et de l'empire, le centre d'une vaste agglomération de départements français.

M. Parchappe, professeur à l'École préparatoire de médecine de Rouen, rend hommage à la lucidité parfaite, à l'entente profonde de la matière qui ont présidé à l'exposé des motifs et aux conclusions du rapporteur. Il ne peut se dispenser néanmoins de formuler quelques objections.

Avant de songer à organiser l'enseignement, il eût fallu songer à organiser la profession. Le programme arrêté d'avance et un règlement devenu obligatoire, semblent interdire cet ordre de discussion plus logique que tout autre. Il demande la permission de s'arrêter un instant sur une aussi grave matière.

Y aura-t-il organisation de la profession médicale de manière à créer des *savants* d'une part, des *artistes* de l'autre? S'il s'agit d'obtenir à la fois dans le même médecin et l'homme de science et l'homme de pratique, l'orateur n'a point d'objection à faire au rapport; dans ce cas l'initiative par les écoles préparatoires est réellement utile. Quant à l'enseignement supérieur, réservé aux facultés, M. Parchappe ne le trouve point suffisant. Des chaires importantes, indispensables leur manquent encore. Au premier rang il faut compter les leçons spéciales d'hygiène publique, un plus grand développement de la médecine légale, restreinte aujourd'hui dans de trop étroites limites; il signale enfin comme de nécessité impérieuse l'enseignement de la philosophie de la médecine, c'est-à-dire l'exposition des méthodes qui dirigent l'esprit humain dans les sciences qui reposent sur l'observation, comme aussi des résultats obtenus par les médecins qui, aux divers âges de leur art, se conformèrent aux doctrines de l'époque où ils vécurent. L'examen critique des diverses méthodes de philosophie achèverait de prémunir les générations médicales contre de funestes erreurs.

Dans la deuxième hypothèse, si des nécessités découlant de considérations diverses pouvaient conduire le congrès à admettre deux éléments dans la profession médicale, l'*artiste* et le *savant*, les conclusions du rapporteur ne lui paraîtraient pas satisfaisantes, et l'enseignement devrait être autrement compris. Il faudrait instruire le praticien de manière à donner toute garantie aux individus, et puis encore élever le niveau des études dans les Facultés pour développer des aptitudes spéciales capables de donner des garanties non plus seulement aux malades, mais à la société entière, et de remplir une mission qui ne saurait rester à la charge du simple praticien.

M. Gintrac, rapporteur, répond que la Commission a dû se borner à émettre les vœux le plus immédiatement réalisables. Il n'y a de doute dans aucun esprit sur l'utilité d'une chaire de littérature médicale. Mais c'est une question de savoir si dans la pratique le professeur d'hygiène privée ne dit rien ou dit trop peu sur l'hygiène publique : si l'enseignement de la médecine légale ne comprend point textuellement les notions acquises sur la police médicale. Quant à une chaire de philosophie de la médecine, la science est à créer. Comment enseignerait-on ce qui n'existe pas encore? n'est-il pas à craindre que les élèves et les professeurs ne soient entraînés, à propos de philosophie médicale, à s'éloigner de l'objet d'un enseignement insuffisamment définitif.

M. Desavinières pense que la division de l'enseignement en écoles préparatoires et en facultés est utile. Il faut que les notions élémentaires précèdent le véritable savoir et lui servent de fondement. L'organisation actuelle répond-elle comme pratique à ce principe généralement consenti? L'auteur n'oserait pas répondre à cette question. L'affirmation, la négative lui paraissent également douteuses. Un honorable préopinant, dit-il, a parlé de créer des médecins savants et des médecins artistes, ou, pour parler plus exactement, comme il l'a fait lui-même, des praticiens. Cette distinction ne saurait être admise. Il s'agit de servir l'humanité, c'est là le but spécial de la médecine et sa noble ambition. Pour donner satisfaction à celle-ci, pour atteindre l'autre, des lacunes restent à remplir, il faut ouvrir de fortes et nombreuses cliniques. En faisant cette demande, M. Dézauvinières déclare qu'il n'entre point dans son esprit de donner appui aux doctrines qui séparent en deux camps les spécialistes et les praticiens qui cultivent l'art dans son ensemble.

On ne peut point songer à supprimer aucune des Facultés existantes, des droits noblement acquis le défendent.

S'agit-il d'en créer de nouvelles? Mais où les placer? Une expérience malheureuse a été faite dans la ville de Lyon. L'orateur pense qu'on ne doit pas risquer de nouvelles épreuves de ce genre.

Les écoles préparatoires sont utiles, mais on devrait en restreindre le nombre par la suppression de celles qui sont fréquentées par un petit nombre d'élèves.

M. Gibert se plaint de ce qu'une discussion générale sur l'ensemble des travaux du Congrès précède le rapport spécial des Commissions. Il demande et obtient la parole pour exposer quelques considérations de ce genre, et comme il commence la lecture de notes qui paraissent à l'assemblée être un discours écrit, lecture contraire au réglement, l'ordre du jour est réclamé avec insistance et il est prononcé.

M. Sanson regrette que le Congrès ne présente pas un vœu explicite sur l'organisation générale de la profession médicale. Il eût été facile, selon ses convictions, de trouver le moyen d'assurer dans toute la France le service de santé, en donnant aux médecins l'importance de fonctionnaires publics hiérarchiquement constitués, et d'en former un corps analogue à la magistrature et au clergé. Il appellerait en outre la création d'une assemblée chargée de juger en dernier ressort toutes les questions de science et de pratique médicales. Ce serait l'Académie de médecine avec des attributions plus étendues et mieux définies.

Après cette digression l'orateur entre dans le fonds des débats.

L'enseignement, dit-il, devrait se diviser en degrés, savoir :

1er *degré* : Sciences préparatoires ou accessoires à la médecine;

2e *degré* : Anatomie, physiologie, pathologie générale, médecine légale;

3e *degré* : Clinique, histoire de la médecine, hygiène publique et privée, enfin épreuves probatoires et thèse à soutenir comme dernier témoignage de savoir.

Une question du programme a paru indiquer la tendance des esprits vers l'unité de la médecine, et a motivé les propositions de M. Sanson.

Leur conséquence logique serait de faire enseigner les sciences accessoires par les écoles préparatoires;

De confier l'enseignement du deuxième degré aux Facultés de Médecine de Montpellier et de Strasbourg.

La Faculté de Paris resterait chargée des cliniques et aurait seule le droit de conférer le titre de docteur.

Ainsi s'échelonneraient l'enseignement et les titres, et on mettrait un terme à la concurrence déplorable que M. Sanson croit exister dans la facilité des réceptions.

Enfin, comme tous les professeurs, tous les médecins sont égaux en titres et sont censés l'être en valeur personnelle, tout professeur d'une école de province devrait pouvoir être appelé à remplir une chaire dans une école d'un degré plus élevé, sans avoir à subir aucune épreuve nouvelle, aucun concours.

Ici M. Sanson entame la lecture des conclusions motivées. M. le président l'invite à les déposer sur le bureau pour faire partie des documents du Congrès. On pourra en tenir compte dans l'exposé général de ses travaux.

M. le rapporteur *Gintrac* trouve que les propositions de M. Sanson sont en dehors du programme. Il n'a rien à dire au nom de la Commission dont il est l'organe. Il pense que l'assemblée doit être consultée pour savoir si elle entend qu'un rapport spécial soit fait sur cet ensemble de mesures.

Le Congrès, appelé par M. le président à se prononcer, passe à l'ordre du jour.

M. le *docteur Comet.* Si l'enseignement donné dans les Écoles préparatoires répond aux besoins de la science et de l'art, il est clair qu'il faut les conserver; si, au contraire, cet enseignement ne répond pas à ces justes besoins, et que de la discussion ressorte qu'il n'est pas possible de les mettre en état de le faire, il peut surgir de là la nécessité de supprimer ces Écoles. Or, le programme dit, dans une des questions subséquentes, à l'occasion de l'enseignement libre : l'enseignement donné par les Facultés et les Écoles est l'enseignement légal et officiel, à l'existence duquel il est interdit, et d'ailleurs impossible, de porter atteinte.

La délibération actuelle est donc sans cause et sans but, et ne saurait avoir de résultat, puisque la décision est prise d'avance, d'une manière que l'autorité a rendue irrévocable.

Ici l'orateur énumérant les avantages de l'enseignement libre, cite des professeurs actuellement au sein de nos Facultés, qui ont d'abord été professeurs libres et qui ont rendu les plus grands services.

Rappelé à la question, l'orateur ne veut pas énumérer les inconvénients des Facultés et Écoles, puisque, dit-il, l'enseignement libre supplée à leur insuffisance.

M. le *docteur J.-P. Tessier* annonce qu'il ne s'occupera que de cette seule question : *L'enseignement est-il suffisant dans les Facultés?* bien que son opinion soit, contrairement à ce qui a été dit par M. le Rapporteur, qu'il faut demander sans crainte tout ce qui est juste, légitime, pratique, et peut être utile à la science et à l'humanité, quitte à n'obtenir qu'une partie de ce qu'on aurait demandé. Il signale donc diverses lacunes existantes dans l'enseignement donné par les Facultés de médecine, et pense que l'on comblerait ces lacunes en fondant : 1° une chaire de l'histoire de la médecine; 2° une chaire de séméiotique; 3° en joignant à la chaire de médecine légale l'enseignement de l'étiologie; 4° en exigeant de tous les professeurs, excepté ceux de clinique, un programme de cours complet qu'ils seraient tenus de suivre sans s'en écarter et sans en rien omettre, tout en laissant entière leur liberté dans la manière de traiter les questions de ce programme.

M. le rapporteur *Gintrac de Bordeaux* répond que l'étiologie appartient à la pathologie générale, et ne saurait en être détachée; que, conséquemment, le changement demandé aurait plus d'inconvénients que d'avantages.

M. le *docteur Barnetche*, délégué de l'Académie de Bordeaux, répondant à l'objection de M. Comet, s'attache à démontrer qu'elle n'a rien de sérieux; dans aucun cas, il ne lui paraît possible d'admettre un seul instant, que l'autorité, jusqu'alors si bienveillante pour le corps médical, ait voulu nous leurrer d'un espoir illusoire, avec l'intention arrêtée d'avance de ne pas écouter nos demandes, si justes et si légitimes qu'elles fussent. Il croit donc que l'on doit examiner soigneusement la question, scruter à fond chaque École, en disséquer pour ainsi dire l'organisation intime, énumérer leurs insuffisances et leurs causes. Si l'on ne peut pas démontrer l'insuffisance, c'est qu'elle n'existe pas. Quant aux améliorations à introduire, il s'agit aussi de les énumérer. Or, les Écoles préparatoires profiteront avec bonheur de tous les éléments de force et de prospérité que le Congrès indiquerait, et que le gouvernement aurait la possibilité d'accorder.

M. le *docteur Charles Place*, délégué de la Société phrénologique, croit qu'il faut demander beaucoup pour obtenir quelque chose : il a trop de confiance dans l'autorité pour ne pas le faire. Il demande donc que l'on comprenne dans le haut enseignement médical 1° la psychologie et les rapports bien étudiés du physique et du moral; 2° l'aliénation mentale et son traitement professée dans les hôpitaux d'aliénés.

L'orateur demande de plus qu'on ne supprime pas le grade d'officier de santé.

M. le *Rapporteur* répond qu'il avait été question dans la Commission de la fondation d'une chaire de psychologie, mais qu'elle n'avait pas pu être énoncée nominativement dans les vœux exprimés par le rapport qui avait dû, dans sa réserve, se borner à signaler la lacune la plus essentielle à combler, sans pour cela fermer la porte à des désirs plus étendus, et qui peuvent être légitimes.

M. le *docteur Bourguignon* restreint la discussion à la question de savoir s'il y aura des Écoles secondaires. Elle est immense et domine, pour ainsi dire, tout le Congrès.

Leurs délégués les ont défendues. Ils ont dit leurs raisons, les motifs qui leur en font désirer la conservation. M. Bourguignon va énoncer ceux qui lui paraissent de nature à en faire demander la suppression. Sans rechercher quelle a pu être la cause réelle qui a fait adopter la grande mesure de la dissémination des élèves, il croit que les écoles ne renferment pas les éléments matériels d'instruction : il se demande, sans oser trancher la question, si les professeurs suppléent par leurs talents et par leur zèle à tout ce qui leur manque dans les moyens d'exécution et d'instruction matérielle. Les collections font défaut d'une manière presque absolue, et il n'est pas possible de songer à en fonder dans des établissements dont plusieurs ne comptent que peu d'élèves.

L'orateur conclut à la conservation des trois Facultés telles qu'elles existent, et demande que le Congrès décide par un vœu formel s'il y aura oui ou non des Écoles secondaires, qui, dans sa conviction personnelle, renferment tous les germes de la décadence de l'art et de la science.

M. le *professeur Landouzy*, de Reims, annonce qu'il ne dira que quelques mots contre les conclusions du rapport relatif à la conservation des trois Facultés. Nul doute que, si les Facultés pouvaient être égales, il ne fût très-favorable d'en augmenter le nombre et surtout de conserver celles qui jouissent d'une vieille illustration; mais s'il y a dix-huit

SUPPLÉMENT

chaires à Paris, quinze à Montpellier, treize à Strasbourg, les docteurs de Montpellier sont nécessairement au-dessous de ceux de Paris, et ceux de Strasbourg au-dessous de ceux de Montpellier. Effectivement, quoi qu'on en dise, les élèves refusés à Paris vont se faire recevoir à Montpellier, et ceux qui sont refusés à Montpellier vont se faire recevoir à Strasbourg. Et croit-on ramener l'égalité en créant des chaires nouvelles? Nullement! Jamais les villes de province n'offriront les ressources scientifiques qu'offre Paris; et toujours, par conséquent, la valeur du titre de docteur variera avec la valeur de l'enseignement.

L'orateur demande donc que, sans ôter à Montpellier et à Strasbourg des titres qu'il serait injuste de leur enlever, on constitue la Faculté de Paris Faculté de médecine supérieure, en accordant à elle seule le pouvoir de conférer le droit légal d'exercer

M. le docteur Vanier, du Havre, a peu de mots à dire; mais il espère trouver dans l'assemblée des sympathies qu'il croit mériter par la bonne foi de ses convictions.

On a demandé la formation de chaires nouvelles; il y souscrit de grand cœur; mais, suivant lui, cela ne suffirait pas encore: après l'enseignement vient la pratique, et M. Vanier croit fermement que l'enseignement pratique laisse énormément à désirer; qu'il est à peu près complétement illusoire dans l'état actuel des choses; que les élèves devraient être exercés à la pratique des opérations et des accouchements, sous la direction et la surveillance des professeurs. Sans cela, il seront toujours pris au dépourvu, au début de leur pratique, dans les cas graves d'hémorrhagies, d'amputations, de hernies étranglées, etc.

Il termine en concluant à la nécessité 1° d'obliger MM. les professeurs à exercer les élèves au manuel opératoire sur le vivant dans le service des hôpitaux; 2° à multiplier les moyens pour les élèves de faire eux-mêmes des accouchements et non pas d'y assister. Il ne doute pas un instant de l'empressement dévoué que mettraient les professeurs à l'accomplissement d'une aussi sainte mission.

M. le rapporteur Gintrac observe qu'il n'a point à combattre les idées de M. Vanier, puisque la Commission demande que les études soient le plus pratiques possible.

M. le docteur Combes, agrégé de la Faculté de Montpellier, professeur titulaire à l'École de Toulouse, et délégué de l'Association des médecins de cette ville: Les objections les plus sérieuses de M. le docteur Parchappe; ce sont celles qu'il importe le plus de combattre pour défendre la Commission.

La Commission a dû se restreindre à traiter les questions du programme; elle n'a pas voulu faire des médecins *artistes* et des médecins *savants*. Suivant elle, suivant l'orateur, toutes les connaissances doivent aboutir à la clinique, avoir pour but final le soulagement de l'humanité. Elle désire que l'on donne une tendance particulièrement pratique et élémentaire aux Écoles préparatoires, parce qu'il est plus facile de commencer par la pratique des choses usuelles, comme la saignée, l'application des sangsues et des ventouses, etc., etc., que par un enseignement philosophique. On a donc demandé pour la Faculté de Paris deux chaires de plus, en exprimant le vœu de voir utiliser les hôpitaux spéciaux pour l'enseignement clinique.

Quant à la Faculté de Montpellier, il y a là une vieille école, remarquable surtout par un passé presque unique, une suprématie autrefois incontestée par un présent respectable et digne à tous égards; une école qui, croyez-le bien, n'est pas sans avenir. On l'accuse ici d'avoir des tendances trop vitalistes, de rêver beaucoup, d'observer peu. La Commission a pensé que ces reproches n'étaient pas sans fondement; aussi propose-t-elle pour cette Faculté la fondation d'une chaire d'anatomie pathologique, dont l'enseignement lui a paru, celui de tous, le plus capable de porter les esprits vers l'observation.

Enfin, on a dit que Montpellier et Strasbourg avaient le monopole de la réception des mauvais élèves: l'orateur croit que toutes les Écoles ont reçu de mauvais candidats, que la proportion en est à peu près égale pour chacune d'elles, et personne n'a rien à reprocher à autrui à cet égard sans s'exposer à des récriminations qui n'ont rien d'utile.

Il se résume à demander la conservation des Facultés et des Écoles, en y joignant les chaires jugées nécessaires par la Commission.

Il voudrait de plus donner aux professeurs de province une responsabilité nouvelle, en leur accordant le droit de conférer le grade de bachelier en médecine.

Il est cinq heures et quart. La clôture de la discussion générale est prononcée.

On passe aux votes des conclusions.

Première conclusion. Elle est adoptée.

Deuxième conclusion. La Commission vous propose d'émettre le vœu qu'il soit fondé à la Faculté de Paris une chaire d'histoire philosophique de la médecine.

Un amendement généralement proposé veut qu'il y ait une chaire semblable dans chacune des trois Facultés.

M. Rigal, de Gaillac, voudrait que la chaire portât le titre de chaire d'histoire et de bibliographie de l'art de guérir, pour y comprendre virtuellement tout ce qui touche à la médecine et à la chirurgie.

La rédaction proposée par la Commission ayant la priorité, la conclusion amendée en faveur des trois Facultés est adoptée.

M. Malgaigne demande la parole pour une motion d'ordre. Il se plaint amèrement de ce que l'on a voté sans entendre les orateurs qui ont demandé la parole sur le sous-amendement et sans demander l'avis de M. le rapporteur. A l'avenir, pareille chose ne doit point se reproduire, sous peine de rendre infructueux les travaux du Congrès.

M. le docteur Clausade, de Rabastens, docteur en droit, parle dans le même sens. Il voudrait, de plus, que personne ne pût proposer un amendement sans l'avoir formulé et déposé à l'avance sur le bureau.

Cet incident n'a pas d'autre suite.

Quatrième conclusion. La Commission propose d'émettre le vœu que les hôpitaux spéciaux soient utilisés.

M. Lisfranc demande que tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient tenus de faire des leçons cliniques qui deviendraient obligatoires pour les élèves.

M. Tardieu s'oppose à l'amendement en disant que la question reviendra à propos de la liberté de l'enseignement.

M. Lisfranc insiste sur l'adoption de l'amendement.

M. le docteur Burguières, professeur agrégé, ajoute que, suivant lui, l'intention évidente de la Commission a été d'étendre le cercle de l'enseignement en créant de nouvelles chaires; mais que, pour le compléter, il serait nécessaire d'en fonder bien davantage, et qu'il faut se fier pour cela à l'enseignement libre de l'École pratique, qui est le complément de l'enseignement officiel.

M. Cornac, de l'Académie royale de médecine, pense que la proposition de M. Lisfranc n'est pas adoptable.

M. Marchal (de Calvi). La Corse fournit un grand nombre d'élèves aux hôpitaux militaires. Si les Ecoles préparatoires sont opportunes, c'est surtout dans les localités éloignées des grands centres scientifiques. La Corse est séparée du reste de la France par la mer. Si les Ecoles préparatoires sont opportunes, c'est surtout dans les localités pauvres, où plus qu'ailleurs il est nécessaire d'éviter d'onéreux sacrifices. La Corse est pauvre.

La proposition de M. Marchal est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

SECTION DE MÉDECINE. — Séance du 4 novembre.

Rapport de la Commission n° 2. — Enseignement libre.

Le procès-verbal de la séance du 3 est lu par M. Rigal.

M. Villeneuve fait observer que M. Serres a proposé l'établissement d'une Ecole préparatoire de médecine en Algérie.

M. Malgaigne n'a pas entendu faire cette proposition; il pense que la proposition n'ayant pas été généralement entendue par le Congrès, et n'ayant pas été votée, ne doit pas être mentionnée. Il demande avant tout la mise aux voix du procès-verbal.

M. Villeneuve fait observer que ceci constitue une rectification et non une addition.

M. Maisonnabe voudrait que l'on retranchât un mot qui pourrait paraître blessant à la Faculté de Montpellier.

M. Serres pense que les expressions qui peuvent échapper aux orateurs ne doivent être regardées comme offensantes pour personne.

Le procès-verbal est adopté.

La proposition de l'établissement d'une Ecole en Algérie est mise en discussion.

M. Malgaigne n'en sent nullement le besoin. La population de ce pays n'est ni assez nombreuse, ni assez instruite pour que l'utilité d'une Ecole y soit reconnue.

M. Serres demande la simple addition des mots: *et en Algérie, s'il est possible.*

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Le secrétaire-général annonce que plusieurs membres demandent que la discussion ne s'ouvre que sur les conclusions du rapport, et nullement sur le rapport lui-même.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Thierry donne lecture du Rapport de la Commission n° 2.

D'après le programme adopté par la Commission permanente, la Commission n° 2 avait à s'occuper de l'enseignement libre, et sa tache était ainsi formulée:

« L'enseignement donné par les Facultés et par les Écoles » préparatoires est l'enseignement légal et officiel, à l'existence duquel il est interdit et d'ailleurs impossible de porter » atteinte.

» Mais les prérogatives de cet enseignement officiel interdisent-elles l'enseignement libre?

» Quel est l'état de la législation sur ce point?

» Rechercher quels sont les droits, relativement à l'enseignement libre, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, » et de tout autre membre du corps médical. »

Votre Commission, tout en regrettant le peu de temps qu'elle a eu pour vous présenter un rapport, prenant en considération la gravité de la question qui lui a été soumise et les différents incidents qui sont venus successivement protéger ou détruire en France l'enseignement libre de la médecine, suivant, pour ainsi dire, les variations de la politique; votre Commission a cru qu'il était de son devoir, puisque les docteurs en médecine, d'après les ordonnances de 1830, ont le droit de concourir pour les chaires de professeurs, de vous exposer les motifs sur lesquels elle appuie son opinion, car elle trouve nécessaire de faire convertir en droit par un article de la loi sur l'organisation, une tolérance élastique qui permet à toutes les autorités de mettre des entraves à l'enseignement libre de la médecine en France.

Avant la révolution, tous les docteurs en médecine des Facultés du royaume ont eu le droit d'enseigner les différentes sciences qui se rattachent à la médecine, telles que l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, etc., etc., en se soumettant aux lois.

Le droit d'enseigner n'a jamais été contesté aux docteurs en médecine; on a toléré même son exercice parmi les élèves instruits. Dans un rapport adressé au roi en 1830, M. de Broglie, alors ministre de l'instruction publique, a sanctionné la liberté de l'enseignement.

Depuis que les Facultés existent, il s'est toujours élevé près d'elles en France, en Allemagne, en Italie, un enseignement libre, particulier, qui leur a fait une espèce de concurrence: concurrence honorable, qui tourne au profit de la science et des élèves.

Les élèves en médecine devraient être répartis entre les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, et ceux qui appartiennent à des services publics, pour se familiariser avec la pratique de la science et de l'art.

Une trop grande affluence dans un Cours de clinique nuit à l'enseignement et aux malades. La multiplicité de l'enseignement dans de justes bornes profite au malade et au médecin. Nous avons vu encore la fin de cet enseignement particulier qui a donné tant de professeurs célèbres, qui a été l'école d'où sont sortis les hommes les plus distingués dans l'enseignement officiel des Facultés. Tous les professeurs qui enseignent dans nos Écoles l'anatomie, la physiologie, la chimie, la botanique, MM. de Blainville, Marjolin, Chomel, Lallemand, Dubreuil, Cauvière, Bégin, Velpeau, Dumas, Orfila, Jules Cloquet, Magendie, et etc., ont été professeurs particuliers. C'est au milieu de cet enseignement que Bichat et Dupuytren ont pris naissance et que Broussais s'est produit. Ceux là, l'enseignement officiel peut les accepter pour ses modèles.

Déjà une génération nouvelle se présente pour recueillir leur héritage. L'enseignement de cette génération est-il aussi complet que celui de leurs aînés? Ont-ils les mêmes facilités? Nous pouvons répondre: « Non. »

L'enseignement particulier ayant moins d'influence que par le passé, l'enseignement des Facultés perdra peu à peu de son éclat. C'est donc l'avenir qu'il faut envisager; c'est pour l'avenir qu'il faut travailler. Les Facultés prenant leurs professeurs dans l'enseignement particulier, celui-ci déclinant, les professeurs des Facultés sont exposés à subir le même sort.

Deux enseignements existent en médecine: l'un public, officiel; l'autre particulier; le premier est fait au nom de l'Université dans les Facultés, l'autre est une espèce de noviciat fait par ceux qui se destinent à la carrière de l'instruction, et un moyen qui a fourni à plusieurs hommes remarquables la possibilité de continuer une carrière dont ils ont fait la gloire.

Après la révolution de 1789, des amphithéâtres particuliers furent libéralement ouverts dans le but commun de s'instruire et d'instruire les autres. Plusieurs jeunes hommes studieux, et de ce nombre étaient Bichat, Boyer, Ribes, Chaussier, s'associèrent chacun avec leurs amis, leurs compagnons d'études pour diriger et former des élèves. La plupart des travaux les plus importants en anatomie et en physiologie ont été faits dans les amphithéâtres particuliers. Les livres de Bichat et de Boyer, les recherches de Chaussier et de Ribes n'ont pas d'autre origine.

L'enseignement médical se divise en enseignement dogmatique et en enseignement pratique. L'enseignement dogmatique est facile; il ne s'agit pour le professeur que d'avoir un local et des élèves. Mais, pour l'enseignement pratique, il faut les éléments de cet enseignement, c'est-à-dire des sujets, des animaux vivants pour l'anatomie et la physiologie, des malades pour la chirurgie, des pièces d'anatomie pathologique pour les cours de médecine, des amphithéâtres où l'on puisse disséquer, faire des expériences, des hôpitaux pour y recevoir des malades, enfin des musées pour comparer entre eux les différents produits organiques, etc.

La grande difficulté de l'enseignement particulier consiste dans l'absence de locaux convenables.

Une ordonnance de police a fait fermer les amphithéâtres particuliers, à la condition que les Facultés de médecine fourniraient les moyens nécessaires à cet enseignement. Or, quand on n'appartient pas à l'enseignement officiel, il est impossible d'avoir les éléments qui servent à l'étude de l'anatomie, de la médecine opératoire et à l'anatomie pathologique. De bonne foi, un élève en médecine peut-il apprendre la science et l'exercice de sa profession en suivant strictement les cours de la Faculté? Je répondrai que c'est impossible. Pour former des élèves, il faut les classer et les exercer: comment voulez-vous qu'un professeur de Faculté qui a de nombreux élèves puisse faire toucher du doigt une préparation à chacun d'eux? Il y a des élèves, croyez-le, Messieurs, qui passent des examens et répondent convenablement au professeur sans avoir jamais vu ce qu'ils décrivent, parce qu'ils l'ont appris par un effort de mémoire, et qu'un instant après ils l'oublieront.

D'ailleurs, les cours des Facultés ne se terminent pas dans l'année, et ils sont insuffisants.

Le doyen de la Faculté de Paris et les professeurs ont bien senti cette lacune en emettant les amphithéâtres de l'Ecole pratique à la disposition des professeurs particuliers; à leur exemple, les conseils municipaux qui fournissent à l'enseignement officiel un local convenable, ne pourraient-ils pas aussi, toutes les fois qu'un nombre de docteurs en médecine suffisant s'engagerait à faire une série de cours, mettre à leur disposition une salle où ils pourraient faire leurs leçons?

Que les médecins étrangers à la ville de Paris visitent les amphithéâtres particuliers de l'École pratique, ils verront si ces lieux froids et humides ressemblent à des amphithéâtres consacrés à de hautes études. Il est urgent de former autour des Facultés de médecine du royaume, et dans les grandes villes de France, une réunion de docteurs en médecine qui feraient des cours particuliers sur les différentes branches des sciences médicales, et qui se rendraient capables de fournir un jour des professeurs aux chaires des Facultés.

Je sais que l'enseignement officiel des Facultés compte des hommes d'un haut talent que personne n'a la prétention de remplacer; mais toujours est-il que si les traditions viennent à s'éteindre, l'enseignement des Facultés, réduit à lui-même, perdra de son importance et de son éclat.

Au reste, l'opinion de votre Commission au sujet de l'enseignement libre est partagée par le plus grand nombre des Sociétés de médecine de toute la France; en effet, sur dix-neuf rapports qui ont été pris au hasard et dont l'analyse a été faite, dix-sept émettent le vœu de l'enseignement libre.

D'après ces motifs; aux questions adressées par la Commission permanente, votre Commission répond en émettant les vœux suivants, qu'elle prie le Congrès de sanctionner et

d'adresser aux autorités compétentes comme le résumé de son opinion :

1° Que tout membre appartenant légalement au corps médical en France ait le droit d'enseigner les sciences médico-chirurgicales, et que ce droit soit spécifié dans un article de la nouvelle loi ;

2° Que la liberté de l'enseignement médical soit aussi large et aussi étendue que possible, et que le Gouvernement, à Paris et dans les principales villes de France, mette un local convenable et tous les moyens matériels servant à l'enseignement pratique à la disposition de tous les membres du corps médical, et lui prête ainsi un utile concours ;

3° Que l'enseignement libre ne puisse ni ne doive porter atteinte à l'enseignement officiel, l'enseignement libre ne conférant aucun grade universitaire, soutenant seulement des opinions et des doctrines, et venant en aide à l'enseignement officiel ;

4° Qu'une nouvelle loi vienne sanctionner l'enseignement libre à la fois si utile à la science et à l'humanité, jusqu'à présent la législation ayant tellement varié à ce sujet, et l'enseignement libre ayant été tantôt conféré dans sa plus large expression, tantôt entravé de diverses manières;

5° Que quant à l'enseignement clinique fait par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, la Commission émet le vœu qu'à l'occasion de la présentation du nouveau projet de loi messieurs les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique soient invités à y faire insérer un article spécial pouvant complétement satisfaire aux besoins du libre enseignement clinique tant dans la capitale que dans les départements.

La discussion s'ouvre sur la première conclusion.

M. Dupré insiste sur l'utilité des études anatomiques. Rappelé plusieurs fois à la question par M. le président, dit que le rapport lui parait incomplet; il trouve qu'il y a moins de liberté accordée à l'anatomie qu'à tout autre branche des sciences médicales. Il veut que l'anatomie soit mentionnée dans un article spécial.

M. Thierry. La Commission abonde dans le sens des intentions de M. Dupré; mais il n'est pas nécessaire d'en faire l'objet d'un article particulier.

M. Marchal (de Calvi) a la parole contre la première proposition. Elle est, suivant lui, conçue en termes très vagues. On a dit : *Tout membre du corps médical* pourra enseigner, etc. Qu'entend-on par membre du corps médical ? Il faut être logique et clair. Un pharmacien ne peut être autorisé à professer la médecine et la chirurgie. On doit être d'autant plus sévère que l'on sera sans doute vivement critiqué. Il propose la rédaction suivante : *Tout docteur en médecine ou en chirurgie.*

M. Thierry. La commission avait proposé : *Tout docteur ou élève en médecine.* Il rappelle que MM. Lisfranc, Amussat, Rostan ont professé étant élèves, et que souvent des jeunes gens ont trouvé dans l'enseignement les moyens d'achever leurs études.

M. Lisfranc défend la rédaction du rapport.

Il lui paraît tout simple que le pharmacien ne prétendra pas à enseigner la médecine ou la chirurgie; cela n'a pas besoin d'être indiqué.

M. Vanier propose d'ajouter à l'article : *même les élèves.*

L'amendement n'est pas appuyé.

L'amendement de M. Marchal est appuyé.

M. Marchal refit son amendement ainsi conçu : *Tout docteur en médecine ou en chirurgie* aura le droit de professer les sciences médico-chirurgicales.

M. Thierry repousse l'amendement, la rédaction de la Commission laissant la porte ouverte aux élèves comme aux docteurs.

M. Marchal ne veut pas que les élèves y soient compris.

M. Lisfranc demande le droit d'enseigner pour toute personne ayant étudié la médecine et la chirurgie; il vote pour la rédaction de la Commission.

Il soutient que les élèves peuvent transmettre quelques connaissances à leurs camarades. Seuls ils peuvent montrer ces minuties anatomiques que l'on ne peut voir de loin dans les cours officiels.

La discussion est close sur ce paragraphe.

L'amendement de M. Marchal est mis aux voix et rejeté.

La rédaction de la Commission est mise aux voix et adoptée.

M. Thierry lit la deuxième conclusion.

M. Coste demande si les mots : *le corps médical*, comprendront les élèves en même temps que les médecins. Cette question ayant été déjà discutée, M. Villeneuve, vice-président, rappelle l'orateur à la question.

M. Auzias trouve l'article peu précis. Il approuve la latitude laissée par la Commission aux élèves. Mais il voudrait que l'on spécifiât en particulier les travaux pour l'anatomie. Il faudrait, dit-il, écrire dans l'article : Un local convenablement aéré, bien disposé, sera mis à la disposition des docteurs pour l'enseignement de l'anatomie, etc. Il insiste surtout sur la désignation et la description des locaux consacrés aux études anatomiques.

M. Thierry. Les professeurs particuliers n'ont pas de local suffisant. Nous demandons un local convenable avec le matériel; ces mots : le matériel, comprennent les cadavres et les animaux vivants; il est donc inutile, comme un membre l'a demandé, de prononcer dans un article le mot *cadavre.*

M. Dupré demande la réunion des amphithéâtres de l'Ecole et de Clamart sous la même direction. Les cadavres ne seraient qu'en dépôt et non la propriété de l'établissement.

M. Eytiès propose un amendement qui n'est pas appuyé, et qui tendrait à faire intervenir l'autorité du doyen de la Faculté dans l'enseignement médical.

La deuxième conclusion est adoptée comme l'a proposée la Commission.

La discussion s'ouvre sur la troisième conclusion.

Au moment où M. le docteur Marchal (de Calvi) veut proposer un amendement, des cris confus s'élèvent et l'interrompent.

M. Marchal se plaint que l'on entrave la discussion.

M. Forget invite l'assemblée à se montrer calme et unie. Le président doit seul régir l'assemblée.

M. Burguières propose de retrancher les mots : *enseignement élémentaire.*

La Commission adhère à cette rédaction.

L'article 3 est mis aux voix et adopté, modifié de cette manière.

Quatrième proposition. — *M. Leroux*, de Rennes, propose la suppression de cet article, qui lui semble former un double emploi dans la rédaction.

M. Thierry ne le pense pas. Cet article corrobore les articles précédents. Il est imposé par le programme auquel il répond, et dans lequel son absence laisserait une lacune.

M. Coste: L'article est essentiel; mais il n'est pas à sa place. Il doit être dans le cours du rapport et non dans les conclusions.

M. Gendron : Si nous faisions une loi, il y aurait peut-être redondance. Nous ne faisons qu'exprimer un vœu ; l'article n'est donc pas superflu.

Le quatrième article est mis aux voix et adopté.

Cinquième conclusion. — *M. Magne* dit que l'article est trop long ; une fois qu'il sera voté, il ne sera plus permis d'y toucher. Il faut donc le rédiger d'une manière plus concise.

M. Coste : A Paris, l'on a des hôpitaux nombreux et spéciaux ; les élèves ne sont pas tenus d'assister à telle ou telle clinique. Dans quelques hôpitaux de province, toutes les visites se font en même temps, et l'on fait l'appel nominal. Il est impossible à un élève de suivre les cliniques en même temps que les cours qui se font à la même heure. Il faut donc rayer de l'article : *et dans les provinces.*

M. Huneau. Cet article a été fait en vue des départements. Les représentants de l'enseignement, en province, sont surtout les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Ce n'est qu'une question réglementaire que l'on vient de soulever, quant à l'heure des cours. Les enseignements civil et officiel peuvent se concilier. Il conclut à l'adoption de l'article.

M. Auzias pense que l'article ne tient pas tout ce qu'il promet. S'il y a du vague dans une rédaction, il donnera au pouvoir, quand il faudra formuler un projet de loi, la facilité de ne point se conformer aux intentions du corps médical. Il veut que les services des hôpitaux soient fractionnés. (Rappel à la question.)

M. Lisfranc. On ne peut empêcher un professeur de faire la clinique à ses élèves particuliers. On doit empêcher le professeur particulier d'être tracassé par le professeur officiel.

M. Delasiauve. Il faudrait soumettre les professeurs particuliers à une formalité; ce serait de les forcer à faire un enseignement régulier, dès qu'ils auraient déclaré qu'ils veulent professer. Ceci serait dans l'intérêt des élèves.

M. Rigat. Nous demandons la liberté entière pour l'enseignement clinique. Nous ne voulons pas élever autel contre autel. La clinique est la plus haute garantie pour les malades. Le médecin environné d'élèves, sera plus attentif et par amour-propre et par humanité. On ne peut nous obliger à professer ; mais on ne peut empêcher ceux qui le voudront, de faire partager aux élèves le fruit de leur expérience.

Amendement proposé par M. Clausade :

« Le Congrès émet le vœu que l'enseignement clinique soit obligatoire dans tous les services de tous les hôpitaux. »

M. Thierry. Ceci est contraire à la liberté ; et puis, on peut être bon praticien et peu éloquent. Nous voulons seulement que tout médecin puisse, s'il le veut, faire une clinique, sans pouvoir être empêché par les directeurs ou autres agents de l'autorité. (L'amendement est retiré.)

L'amendement suivant est proposé par un membre :

« Il est entendu que dans l'enseignement libre, les professeurs auront le droit de faire les autopsies de tous les sujets qui succomberont dans leurs services. »

M. Thierry. Il est impossible d'imposer l'autopsie à toutes les familles. Cette disposition pourrait causer quelquefois des scandales qu'il faut éviter. (L'amendement est rejeté.)

Le cinquième article est mis aux voix et adopté.

M. Delasiauve. Il reste un doute, c'est celui-ci: Qu'est-ce que le corps médical? Légalement, il n'y en a pas. Il faudrait qu'un article additionnel spécifiât ce que l'on entend par là. (Non appuyé).

Avant de lever la séance, *M. Serres* prononce avec émotion les paroles suivantes, qui sont vivement applaudies :

Messieurs,

Lorsque, de toutes les parties de la France, les médecins sont accourus à l'appel qui leur a été fait, dans l'intérêt de la société et du corps médical, c'est qu'ils étaient bien décidés à de grands sacrifices pour la satisfaction de ce double intérêt. Nos séances sont agitées, et elles doivent l'être. Sachons-nous résigner à cette agitation qui, vous le voyez, n'est pas stérile, et tenons-nous en garde contre le découragement. D'ailleurs, Messieurs, toutes les assemblées françaises sont agitées, et elles sont agitées parce qu'elles sont libres. Nous marchons vers le but; encore quelques jours de persévérance, et nous l'avons atteint.

La séance est levée à cinq heures.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-unième liste.

M. le docteur Bordet, à Paris.
M. B. Bezins, pharmacien à Saint-Gaudens (Haute-Garonne).
M. Delavalade, pharmacien à Paris.
M. Dusaussey, médecin à Ingouville.
(Délégué de l'arrondissement du Havre.)
M. le docteur Delmas, à Saint-Mandé,
M. Dugié, médecin-dentiste, à Paris.
M. le docteur Decap (R.), à Saint-Gaudens (Haute-Garonne).
M. Duran (E), médecin à Salies.
M. J. Pegot-Ogier, pharmacien à Saint-Gaudens
M. Pointis, médecin à Salies.
M. G. Puiségur, vétérinaire à Salies.
M. le docteur Touche, délégué du Havre.
M. le docteur Ancelme-Jamet, à Loudun.
M. le docteur Ortiguer, à Chevreuse (Seine-et-Oise).
M. le docteur Tourdes, professeur à la Faculté de Strasbourg.
(Délégué de la Société de médecine de cette ville.)
M. Noirot, pharmacien à Paris.
La Société vétérinaire du Poitou.
M. le docteur Remy, à Paris.
M. le docteur Alie, président et délégué du Comité de Lure.
M. le docteur Charles Place, secrétaire-général de la Société phrénologique, et délégué de cette Société, médecin d'un dispensaire, à Paris.
M. le docteur Carteaux, à Paris.
M. le docteur Etoc-Demor, médecin en chef de l'Asile des aliénés, membre correspondant de l'Académie de médecine, au Mans.
M. Jacquinot, pharmacien à Saint-Dizier (Haute-Marne).
M. Friével, vétérinaire de l'arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne).
M. Facon, médecin, membre du Cercle médical de Cambrai.
M. Banse, médecin, id.
M. Ruelle, médecin, id.
M. Hardy, médecin, id.
M. Cambrei, médecin, id.
M. E. Delporte, médecin, id.
M. Chantreuil, médecin, id.
M. Delcroix, médecin, id.
M. Cambas, médecin, id.
M. Feniez, médecin, id.
M. Lourigueres, médecin, id.
M. Debeaumont, médecin, id.
M. Lengelet, médecin, id.
M. Magingue, médecin, id.
M. Dazin, médecin, id.
M. Delbarre, médecin, id.
M. Brunelle, médecin, id.
M. Carré jeune, pharmacien-voyageur.
M. Beycelance, médecin à Saupignet.
M. Dénoix, médecin à Beleymas près Bergerac.
M. Gouyon, médecin à Rampieux.
M. Joas Laroque, médecin près Bergerac.
M. Guiraud, pharmacien à Issigeac.
M. Bissey, pharmacien à Paris.
M. le docteur Mamr, délégué de l'Association de Maine-et-Loire.
M. le docteur Durand Fardel, médecin de l'hôpital de Châtillon-sur-Loing (Loiret).
M. le docteur Lécuyer, à Dormans (Marne).
M. Poitevin, pharmacien à Mayamet (Tarn).
M. Houyvet, pharmacien à Paris.
M. le docteur Junod, à Paris.
M. le docteur Péronneau de Besson, à Paris.
M. Hamelin aîné, pharmacien à Saint-Hilaire (Manche).
M. Boursin, pharmacien à Mortain.
M. Hamelin jeune, à Saint-Hilaire.
M. le docteur Taborel, à Juvigny.
M. le docteur Lemonnier, à Mortain.
M. le docteur Herbert, à Mortain.
M. le docteur La Houssaye à Mortain.
M. le docteur Le Verdays, à Mortain.
M. Auvray, pharmacien à Saint Hilaire.
M. Véron, pharmacien à Saint-Hilaires.
M. le docteur Haguais, pharmacien à Saint-Pois.
M. le docteur Vignes.
M. le docteur Deberin.
M. le docteur Laffont-Raymond.
M. le docteur Estivenet.
M. le docteur Delage.
M. le docteur Teillier.
M. le docteur Jacquard, à Paris.
M. le docteur Bonis, à Paris.
Société médicale d'émulation.
M. le docteur Arthaud, méd. de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.
M. le docteur Barrier, chirurg. en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, ancien président de la Soc. méd. d'émulat. de Lyon.
M. le docteur Bonchacourt, chir. en chef désigné de la Charité, professeur à l'Ecole prépar. de méd. et de pharm. de Lyon.
M. le docteur Brun, médecin-adjoint des prisons de Lyon, membre de la Soc. méd. d'émulation.
M. le docteur Chapeau, membre corresp. de l'Acad. royale de médecine, ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, médecin aux rapports.
M. le docteur Garin, membre de la Soc. médic. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Gérin, idem.
M. le docteur Gromier, méd. de l'Hôtel-Dieu, vice-présid. de la Soc. méd. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Lavirotte, membre de la Soc. méd. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Lacour, secrét.-adjoint de la Soc. méd. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Leriche, méd. du Dispensaire, memb. de la Soc. méd. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Passot, médecin du Bureau de bienfaisance, membre de la Soc. méd. d'émulation de Lyon.
M. le docteur Plassard, memb. de la Soc. méd. d'émul. de Lyon.
M. le docteur Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu, secrétaire de la Soc. méd. d'émulat. de Lyon.
M. Guillermond, pharmacien à Lyon, membre de la Soc. de pharmacie et de la Soc. méd. d'émulat. de Lyon.
M. Eléouet, secrét. perpét. de la Soc. vét. de Morlaix (Finistère).
M. Kersian, vice-président de la Soc. vét. de Morlaix, délégué de cette Société.
M. Pellé, vice-secrétaire, à Launion.
M. le docteur Lozach, membre de la Société.
M. Hamon aîné, méd.-vét. à Lamballe.
M. Hamon jeune, vét. à St-Brieuc.
M. Grosset, vétérinaire à Loudéac.
M. Legoff, vétérinaire à La Roche.
M. Berthier, vétérinaire à Lamballe.
M. Pierre, vétérinaire à St-Brieuc.
M. Arnoud, vétérinaire à Morlaix.
M. Teveux, vétérinaire à Bourboloy.
M. Rolland, vétérinaire à St-Pol-de-Léon.
M. Dornesme, présid. de la Société vétér. de Morlaix.
M. le docteur Duché de Vanne (Yonne.)
M. le docteur A. Ménard, à Lunel.
M. le docteur Marc.-Ant. Ménard, à Lunel.
M. le docteur Bonnaure de Lablachère, à Soyeuse.
M. le docteur Serre, professeur à Montpellier.
M. le docteur R. Broussonnet, professeur agrégé à Montpellier.
M. le docteur Cazalis, à Montpellier.
M. le docteur V. Bourguet, chirurg. en chef des hosp. à Béziers.
M. C. Ménard, pharmacien, à Lunel.
M. le docteur Fave, à Montpellier.
M. le docteur Lordat, professeur à Montpellier.
M. le docteur Kühnholtz, prof. agr. (délégué), à Montpellier.
M. le docteur Anglada, à Montpellier.
M. le docteur Hubert-Rodrigues, à Montpellier.
M. le docteur Vailhé, à Montpellier.
M. Pons, méd.-vétérinaire à Montpellier.
M. Chambert, id., à Montpellier.
M. Gay, prof. agr. à l'Ecole de pharm., à Montpellier.
M. Siviende, chirurg.-major de la marine, à St-Martin de Londres.
M. Lutrand, pharmacien à Montpellier.
M. le docteur Carles, à Montpellier.
M. Sanguinède, pharmacien, à Montpellier
M. Gingibre, pharmacien, à Montpellier.
M. Joly, pharmacien à Montpellier.
M. le docteur Chrestien, prof.-agrégé, à Montpellier.
M. le docteur Gazel, à Montpellier.
M. le docteur Lafosse, prof. agrégé, à Montpellier.
M. Sérane jeune, pharmacien à Montpellier.
M. Vergnes, id., à Montpellier.
M. docteur H. Parlier, prof. agrégé, à Montpellier.
M. le docteur Blondin, à Frontignan.
M. le docteur Dumarc, à Montpellier.
M. le docteur Aubenas, à Valreal.
M. le docteur Ducel, à Montpellier.
M. le docteur Numa-Moyne, prof. adj. d'accouchement à la Maternité de Dijon, membre de la Soc. médic.
M. le docteur Obry, à Nesle. (Somme.)
M. le docteur Pajot, à Paris.
M. le docteur Ad. Perin, à Roncy. (Aisne.)
M. Michel, pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luxeuil (Haute-Saône).
M. Housard, médecin-vétérinaire à Luxeuil.
M. le docteur Pierrey, à Luxeuil.
M. Mathieu, médecin à La Charité (Nièvre).
M. Moutonnet, médecin-vétérinaire à Paris.
M. Mopinot, médecin de l'hôpital de Fismes (Marne).
M. Charles Marmont, chirurgien-dentiste à Paris.
M. le docteur Tegart, de l'établissement de Willam-Rogers, médecin-dentiste, rue Saint-Honoré 290, à Paris.
M. Papillon, pharmacien, délégué de la ville et de l'arrondissement de Rouen.
M. Dupuis, pharmacien, délégué de la ville et de l'arrondissement de Rouen.
M. le docteur Lombard, à Paris.

M. le docteur Bousquet, à Amplepuis (Rhône).
M. le docteur Lemarchand, à Paris.
M. le docteur Maunoury, délégué de l'arrondissement de Chartres (Eure-et-Loire), correspondant de l'Académie.
M. le docteur Raquin, à Paris.
M. le docteur de Marcillac, à Aurillac (Caotal).
M. Penant, médecin de l'hospice civil de Vervins et des épidémies de l'arrondissement etc., à Vervins (Aisne).
M. Bonastre, pharmacien à Paris.
M. Defer, pharmacien à Paris.
M. Fleury, pharmacien à Longjumeau, délégué de l'arrondissement de Corbeil.
M. St-Jean, pharmacien à Paris.
M. le docteur Cook, à Paris.
M. le docteur Chambron fils, à Puiseaux (Loiret).
M. le docteur Rienbeault, à Paris.
M. le docteur Subervie, à Paris.
M. le docteur Billard, à Paris.
M. le docteur Delaste, à Paris.
M. le docteur Baudrimont, à Paris.
M. le docteur Boitelle, à Laon (Aisne).
M. le docteur Koreff, conseiller supérieur de régence de S. M. le roi de Prusse, à Paris.
M. le docteur Roux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de plusieurs autres Académies, secrétaire perpétuel de la Société de statistique de Marseille, et secrétaire-général de la quatorzième cession du Congrès scientifique de France.
M. le docteur Vidal de Capris, délégué du comité médical des Bouches-du-Rhône.
M. le docteur Revert, à Marseille, membre du comité médical des Bouches-du-Rhône.
M. le docteur Bouchon, à Paris.
M. le docteur Fougaux, au Merlerault (Orne).
M. le docteur Cluseau-Lanauve, à Neuvic, arrondissement de Ribérac (Dordogne).
M. le docteur Lelièvre, à Melun-sur-Seine (Cher).
M. le docteur Despeyraux, à Marmande (Lot-et-Garonne).
M. le docteur Dambesse, médecin à Plomion près Vervins (Aine).
M. Boudier pharmacien à Montmorency.
M. le docteur Piéchaud, à Alzac, canton de Contras (Gironde).
M. le docteur Chauvin, aux Essarts (Vendée).
M. le docteur Daniel Lacombe, aux Essarts.
M. Poisson, pharmacien aux Essarts.
M. Surville, pharmacien à Sainte-Hermine.
M. le docteur Burbarin, à Fontenoy.
M. Changé, pharmacien à Fontenoy.
M. Gazil, pharmacien à Fontenoy.
M. Biré, pharmacien à Fontenoy.
M. Vincent, pharmacien à Fontenoy.
M. Rivet, médecin à Fontenoy.
M. Dutemps, médecin à Fontenoy.
M. Goiin, médecin au Longon.
M. le docteur Babin, à Fontenoy.
M. le docteur Lenepveu, à La Châtaigneraye.
M. le docteur Sabouraud, à La Châtaigneraye.
M. le docteur Bouillaud, à La Châtaigneraye.
M. le docteur Jeanneau, à Mouilleron-en-Pareds.
M. le docteur Zeliswinski, à Vouvans.
M. le docteur Moris, à Saint-Pierre-du-Chemin.
M. Ingrand, pharmacien à La Châtaigneraye.
M. le docteur Péroteau, au Lucs.
M. le docteur Duplessis, à Belleville.
M. le docteur Thibault, à Fontenoy.
M. Foucard, pharmacien à Bourbon-Vendée.
M. Mailland, médecin à Fontenoy.
M. le docteur Buvion, à Mouilleron-en-Pareds.
M. Clisson, médecin à l'Ile d'Yen.
M. le docteur Bonis, à Paris.
M. le docteur Ollivier, à Bruyères-le-Châtel (Seine-et-Oise).
M. le docteur Michel, pharmacien à Toulon (Var).
M. le docteur Percyra, à Orléans (Loiret)
M. Perrot, médecin-vétérinaire, délégué du département du Cher.
M. le docteur à Coutances (Manche).
M. le docteur J. Philippe, membre de la Société médicale de l'Yonne, médecin de l'hospice de Chablis à Chablis.
M. le docteur Adorn de Tscharner, ancien chirurgien principal aux armées, commandeur et chevalier de plusieurs ordres, à Paris.
M. le docteur Vidal (de Cassis), délégué du Comité médical des Bouches-du-Rhône. (Déjà nommé.)
M. le docteur Maurel, à Vitry. (Seine.)
M. le docteur Koreff, à Paris.
M. Coudun, pharm. à Boulogne. (Seine.)
M. le docteur Jacquart, à Paris.
M. le docteur Robin, à St-Etienne.
M. le docteur Soviche, à St-Etienee.
M. le docteur Bongraud, à St-Etienne.
M. le docteur Jozaud, à St-Etienne.
M. le docteur Maurice, à St-Etienne.
M. le docteur Pinjon, à St-Etienne.
M. le docteur Rimaud, à St-Etienne.
M. le docteur Blancsobé, à St-Etienne.
M. le docteur Pitiot, à St-Etienne.
M. le docteur Michalowski, à St-Etienne.
M. le docteur Dayral, à St-Etienne.
M. Suë, pharmacien à St-Etienne.
M. le docteur Assegond, à Niort (Deux-Sèvres).
M. le docteur Croizet, médecin des prisons de Surgeres, correspondant de la Société médicale de La Rochelle (Charente-Inférieure).
M. le docteur Mille, à Aix.
M. le docteur Bourquet, à Aix.
M. le docteur Goyrand, à Aix.
M. le docteur Garcin, pharm. à Aix.
M. Laborie, pharm. à Aix.
M. Garnier, pharm. à Aix.
M. Delaporte, vétérinaire à Aix.
M. Bougon, vétérinaire à Aix.
M. Bourgarel, pharmacien en chef de l'hôpital d'Aix.

Total de la vingt et unième liste,	246
Listes précédentes,	3820
Total général, à ce jour,	4066

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Discours de M. Hippolyte Royer-Collard.

Messieurs,

J'ai sollicité l'honneur de venir aujourd'hui devant vous rendre à la mémoire de M. Breschet un dernier et public hommage. Pendant plus de vingt années je n'ai cessé de marcher, pour ainsi dire, à ses côtés. C'est lui qui le premier m'a ouvert les portes de la science. Plus tard, il a dirigé mes travaux, soutenu mes efforts; et si parfois, à travers tant de ténèbres qui nous environnent, j'ai cru saisir quelques-unes de ces traces lumineuses qui conduisent à la vérité, je l'ai dû surtout, j'aime à le dire, à ses précieux conseils, à sa généreuse et constante amitié. Comment donc aurais-je abandonné après la mort celui qui m'avait été si bienveillant durant sa vie? En même temps que nous vous servons de guides dans vos études, il nous est imposé aussi de vous enseigner, par notre exemple, ce respect pour les maîtres qui est comme le principe de toute éducation honnête et libérale. Aussi n'ai-je point hésité. Séparé de vous depuis longtemps par une cruelle maladie, qui n'a pas été la plus grande de mes douleurs, j'ai voulu, une fois du moins dans cette triste année, me sentir au milieu de cette Ecole, dont les professeurs et les élèves m'avaient donné des marques si touchantes d'intérêt et d'affection. J'ai rassemblé ce qui me restait de forces, et, confiant dans votre indulgence, je vous ai apporté ces paroles, que j'eusse désiré meilleures, mais que vous accueillerez encore, je l'espère, comme une dernière preuve de mon zèle et de ma sincère reconnaissance.

Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, une notice biographique ou un éloge académique: tel n'est point, en effet, le but que nous nous proposons dans ces sortes de discours. Pour nous, la vie d'un professeur est dans ses œuvres: nous y cherchons, non point des développements oratoires ou la matière d'un panégyrique, mais des exemples, des leçons et le résumé de son enseignement.

Je ne m'arrêterai donc point sur les premières années de la carrière scientifique de M. Breschet. Ses débuts ont ressemblé à ceux de la plupart de ses contemporains. A cette époque, la France sortait d'une crise terrible qui avait remué le pays de fond en comble; on avait vu sans étonnement l'autorité, les biens, la gloire elle-même passer tour à tour dans des mains nouvelles; les individus, comme la nation, avaient appris le secret de leurs forces, et tant de merveilleux succès avaient exalté tous les courages et légitimé toutes les ambitions. De là ce mouvement impétueux et universel qui poussait à la fois dans les voies les plus diverses une jeunesse pleine d'ardeur et de confiance. Enfants de ces hommes qui ont changé la face du monde, et dont les meilleurs nous abandonnent, ne perdons jamais de vue leurs nobles traces: plusieurs sans doute avaient reçu du ciel les dons heureux d'une intelligence supérieure; mais combien d'entre eux ont illustré leurs noms et utilement servi l'humanité, qui sont arrivés à ce résultat par leur seul travail, grâce aux seuls efforts d'une volonté ferme et persévérante!

M. Breschet eut pour premier maître, à l'hôpital de la Charité, celui qui fut le maître de tous, l'illustre Boyer. Il nous a été donné de voir encore cette grande lumière, qui avait si longtemps éclairé la science; nous avons pu admirer, dans ses derniers jours, cet esprit si net et si sûr, ce savoir si profond et si solide. Mais quel ne devait pas être l'intérêt qui s'attachait à ses doctes leçons, alors que le professeur, dans sa pleine et entière maturité, rassemblant autour de lui l'élite de nos écoles, semblait, à lui seul, le représentant et comme la tradition vivante de la vieille Académie de chirurgie à peine éteinte!

Au nom de Boyer, M. Breschet associait dans sa gratitude celui de Leclerc, dont il avait été l'élève à l'hôpital Saint-Antoine; nous aussi, professeur de cette Faculté, nous nous honorons de compter parmi nos prédécesseurs cet homme distingué, savant anatomiste, chirurgien habile, praticien consommé, et dont la mort malheureuse fut encore un témoignage de son dévouement pour la science. M. Breschet termina enfin ses études sous la direction de M. Dupuytren, qui, dès lors, fut pour lui non-seulement un maître, mais un ami.

J'arrive promptement aux travaux de notre collègue les plus dignes d'occuper votre attention. Telle est, d'abord, la thèse, composée de quatre mémoires différents, qu'il soutint en 1819, lorsqu'il fut nommé au concours chef des travaux anatomiques. Le premier de ces mémoires, sur les veines du rachis, est un travail d'une haute importance. Cette portion du système veineux avait été décrite, pour la première fois, d'une manière succincte, par M. Chaussier, dans ses tables synoptiques, puis, minutieusement et avec détails, par M. Dupuytren, dans ses cours particuliers d'anatomie; mais il restait à faire un travail complet sur cette matière, et ce fut l'œuvre de M. Breschet. Après avoir déterminé les conditions dans lesquelles l'injection doit être pratiquée, il fit voir, au moyen d'injections multiples habilement exécutées, les veines dorsi-spinales et médulli-spinales de M. Dupuytren, ainsi que les grandes veines méningo-rachidiennes; il exposa surtout, ce qu'on ignorait avant lui, le procédé général de la circulation veineuse du rachis, comment le sang, versé par les veines dorsi-spinales, basi-vertébrales, médulli-spinales et par les plexus rachidiens, est repris continuellement par d'autres veines placées à la même hauteur dans les régions lombaire et dorsale, et est reporté ensuite dans les veines lombaires et intercostales.

A dater de cette époque, les faits mis au jour par M. Breschet, demeurèrent acquis à la science, et consignés désormais dans tous les ouvrages d'anatomie.

Dans un second mémoire intitulé: *Recherches historiques et expérimentales sur le cal,* il compara la cicatrisation des os à celle des parties molles, donna la théorie la plus généralement adoptée sur le mode de formation du cal, et démontra avec exactitude la part que prenait à cette opération le périoste et la membrane médullaire. Sans doute les idées qu'il développa à cette occasion furent empruntées en grande partie aux travaux de Duhamel, de Bichat et de Dupuytren; mais les anatomistes de nos jours n'ont pas moins profité des travaux de M. Breschet, lorsqu'ils ont voulu approfondir de nouveau cette question, si intimement liée au grand problème du mécanisme profond de la nutrition des organes.

Les considérations et observations anatomiques et pathologiques sur la hernie fémorale ou mérocèle, doivent être signalées parmi les meilleurs ouvrages de M. Breschet. En 1626, Riolan et Paul Barbette; en 1685 Nicolas Seguin; plus tard, Arnault, Chopart et Desault, avaient traité de la hernie fémorale; Callisen avait indiqué les sacs multiloculaires qui s'y rencontrent; M. Breschet décrivit le premier avec soin et exactitude les différentes lames aponévrotiques qui constituent les enveloppes de cette hernie, ainsi que le ligament de Gimbernat, tant étudié depuis par les chirurgiens. Il fit connaître les anomalies qui résultent de la double origine sur un tronc commun de l'artère épigastrique et l'artère obturatrice.

Enfin, dans la quatrième partie de sa thèse, M. Breschet traita de la dessiccation et des autres moyens de conservation des pièces anatomiques. Il indiqua par quels procédés les voyageurs, à la suite d'excursions dans des contrées éloignées, peuvent rapporter des collections d'histoire naturelle.

En 1826, M. Breschet fonda, sous le titre de *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, un recueil spécialement consacré à la publication de mémoires originaux sur les différentes parties de la science médicale. Lui-même inséra dans ce recueil plusieurs travaux intéressants. Je citerai particulièrement la description d'une anastomose entre le nerf trifacial, le pharyngo glossien et le trisplanchnique.

Il fit voir que des filets anastomotiques du grand sympathique avaient des rapports avec les nerfs et les ganglions cervicaux, et allaient se terminer sur la gouttière basilaire en communiquant avec les nerfs qui naissent de la moelle allongée.

Divers mémoires sur les anévrismes contiennent aussi d'excellentes observations; par exemple, les recherches sur l'anévrisme faux consécutif du cœur; maladie qui n'avait point été décrite jusqu'alors par les nosographes; et siégeant le plus ordinairement au sommet de cet organe; de même, le mémoire sur les anévrismes, publié en octobre 1832, dans lequel M. Breschet, exposant les différents accidents qui peuvent résulter des lésions vasculaires connues sous le nom d'anévrisme variqueux, détermine le mode spécial d'opération qui doit être pratiqué dans chacun de ces cas particuliers.

Dans un autre volume du Répertoire, à propos d'un travail de M. le professeur Lallemand sur les tumeurs sanguines des os, M. Breschet rapporte un grand nombre d'observations empruntées aux auteurs sur des tumeurs sanguines qui lui paraissent être des anévrismes des artères des os; et, après une savante dissertation, il arrive aux conclusions suivantes:

Les artères des os peuvent offrir des états anévrismatiques, semblables, par leur nature et par les symptômes qu'ils occasionnent, aux anévrismes des parties molles; cette maladie, décrite pour la première fois par M. Breschet, diffère de toutes les autres affections du tissu osseux et des tumeurs fongueuses du périoste, ainsi que des tumeurs sanguines accidentelles, et doit être principalement traitée par la ligature.

Les travaux de M. Breschet sur les anévrismes avaient été précédés de sa célèbre traduction de l'ouvrage d'Hogdson sur les maladies des artères et des veines. Les notes précieuses dont il enrichit cet ouvrage en firent sans contredit le principal mérite. « C'est là que se trouve, je rapporte ici les propres expressions de M. Andral, la première description générale qui ait été faite en France de l'inflammation des veines, » de cette maladie dont l'étude devait occuper, quelques années plus tard, une place si importante dans les théories et dans la pratique de la médecine.

Je ne saurais passer sous silence le procédé opératoire conseillé par M. Breschet pour la guérison du varicocèle. A ce sujet, je me permettrai une observation. S'il est vrai, et cela est vrai, comme l'a dit le grand physiologiste John Hunter, que la médecine opératoire ne soit « qu'un argument contre l'art de guérir, et un aveu tacite de son insuffisance, » si, par conséquent, la médecine ne doit armer sa main de l'instrument chirurgical que dans les cas désespérés, et où les autres ressources sont impuissantes, il suit de là cette rigoureuse conséquence, qu'une opération qui peut causer la mort, ne doit jamais être pratiquée lorsque la maladie ne compromet point par elle-même la vie du malade. Le remède ne doit pas être plus mortel que le mal, telle est la règle absolue et invariable qui domine toute la chirurgie. Appuyé sur ce grand principe, je n'hésiterai point à rejeter le mode d'opération conseillé par M. Breschet. Le varicocèle, sans doute, est une affection pénible; cependant elle n'expose point les jours de celui qui en est atteint. L'opération de M. Breschet, quoique préférable à toutes les autres, donne lieu parfois à des accidents funestes, et particulièrement à des phlébites promptement mortelles. Sachons donc gré au chirurgien de son invention, mais laissons vivre le malade, et gardons-nous d'approuver un moyen dont les dangers sont reconnus, et malheureusement attestés par l'expérience.

Le temps et l'espace me manqueraient ici, Messieurs, pour vous présenter une analyse, même rapide et incomplète, des publications de notre collègue relatives à l'embryologie. Vous savez combien elles ont eu de retentissement dans le monde savant. A l'époque où elles parurent, elles eurent le double avantage de mettre en lumière des faits encore inconnus, et d'attirer l'attention des physiologistes sur ce mystérieux et inépuisable problème de l'organogénie. Depuis lors, plusieurs de ces faits ont été mieux observés; des opinions nouvelles ont été substituées à celles de M. Breschet. Il lui reste, toutefois, cet honneur d'avoir donné par son exemple l'impulsion aux travaux même qui ont fait vieillir les siens, d'avoir fait preuve dans ses recherches, non-seulement d'une rare sagacité, mais d'une intelligence merveilleuse des grandes lois qui président à la formation des organes; d'avoir rattaché à l'étude de ces lentes et difficiles questions celle de la théorie générale des monstruosités, principalement dans son beau travail sur l'*ectopie du cœur;* enfin d'avoir montré, dans ces divers mémoires, combien l'anatomie comparée pouvait être profitable à l'anatomie et à la physiologie humaines.

C'est encore l'anatomie comparée, ingénieusement appliquée à la science médicale, qui a fait le principal mérite du grand ouvrage de M. Breschet sur l'oreille interne. Là il a démontré l'existence dans l'oreille de l'homme d'une poudre qu'il a rapprochée des concrétions solides qui se rencontrent dans celle des poissons; il a donné une excellente description du labyrinthe membraneux, et des divers plexus nerveux de l'organe auditif.

Mentionnons encore le mémoire présenté en 1834 à l'Académie des sciences, et qui a pour titre: Histoire anatomique et physiologique d'un organe de nature vasculaire découvert dans les cétacés, suivie de quelques considérations sur la respiration de ces animaux et des amphibies.

Le mémoire sur la peau, auquel M. Breschet avait consacré tant de veilles, est un de ceux où il a mis le plus d'esprit et de talent; mais il faut convenir qu'il renferme un grand nombre d'allégations que l'observation n'a point confirmées. Toutefois, l'existence des glandes sudoripares et des vaisseaux sudorifères, ainsi que le mode de terminaison des anses nerveuses dans le tissu cutané, tel que l'a décrit M. Breschet, sont aujourd'hui des faits admis par les meilleurs anatomistes; M. Muller, de Berlin, s'est rangé, sous ce rapport, à l'opinion du savant français.

Je fatiguerais votre attention, Messieurs, si je m'arrêtais encore sur une foule d'autres mémoires de M. Breschet, qui seraient dignes, néanmoins, d'être soumis à notre analyse; qu'il me suffise de vous les rappeler. Ce sont, entre autres, ses Recherches sur le cancer, sur la mélanose, sur la rage, sur la matière colorante du placenta de quelques animaux, sur la grossesse extra-utérine; les expériences qu'il a faites en commun avec MM. Milne Edwards et Vavasseur sur le rôle du nerf pneumo-gastrique dans la digestion, avec M. Milne Edwards sur l'exhalation pulmonaire; enfin, le remarquable mémoire qu'il a composé avec M. Becquerel sur la température des différentes parties du corps de l'homme et des animaux. Je m'arrête.

Arrivons maintenant, il en est temps, à des considérations plus générales. Si nous envisageons ces ouvrages, non plus isolément et en eux-mêmes, mais dans leur ensemble, nous verrons qu'ils se distinguent par un caractère propre, et qu'en comparant sous ce rapport M. Breschet avec la plupart de ses contemporains, on est conduit à lui faire, en quelque sorte, une place à part dans l'histoire scientifique de son époque. Quel qu'ait été tour à tour le sujet divers de ses recherches anatomiques, pathologiques ou chirurgicales, toujours il a travaillé sous l'inspiration d'idées physiologiques vivement empreintes dans son esprit. Toujours il s'est proposé ce but, et il a obtenu ce résultat, de mettre en rapport les différentes parties de la médecine entre elles au moyen de la physiologie, qui en est le lien commun et nécessaire; de telle sorte que chacune d'elles se prêtant mutuellement secours et assistance, il n'est plus aucune vérité partielle, aucune découverte de détail qui n'éclaire à l'instant même d'une vive lumière les autres parties de la science, et la science tout entière. En 1721, Montesquieu, après avoir présenté à l'Académie de Bordeaux, dont il était membre, quelques observations d'anatomie et de physiologie qu'il avait faites dans ses moments de loisir, terminait son discours par ces paroles: « Il ne faut pas avoir beaucoup d'esprit pour avoir vu le Panthéon, le Colisée, des pyramides; il n'en faut pas davantage pour voir un ciron dans le microscope, ou une étoile par le moyen des grandes lunettes; et c'est en cela que la physique est si admirable; grands génies, esprits étroits, gens médiocres, tout y joue son personnage. Celui qui ne saura pas faire un système comme Newton, fera une observation avec laquelle il mettra à la torture ce grand philosophe; cependant Newton sera toujours Newton, c'est-à-dire le successeur de Descartes, et l'autre est un homme commun, un vil artiste qui a vu une fois, et n'a peut-être jamais pensé. »

Nous ne nous offenserons pas, Messieurs, de la dureté de ces expression que Montesquieu s'appliquait modestement à lui-même dans cette circonstance; mais tâchons d'en faire sagement notre profit. Il y a plusieurs sortes d'anatomie. Qu'un laborieux investigateur, sans

cesse courbé sur le cadavre, poursuive le scalpel à la main, les détours et les anastomoses d'un filet nerveux; qu'il découvre des communications inconnues entre des organes éloignés; qu'il apprenne aux savants quelque manière de disséquer le cerveau, il pourra, comme dit Montesquieu, mettre à la torture les plus grands philosophes, et pourtant n'être qu'une manœuvre, un vil artiste, qui a vu une fois et n'a jamais pensé. Mais si, au lieu d'étudier les rapports topographiques d'un nerf, il étudie la structure intime de la matière nerveuse; si, au lieu de trouver un canal de jonction entre deux viscères, il trouve dans leur composition moléculaire la raison prochaine de leurs opérations physiologiques; s'il établit. par des rapprochements multipliés, par des comparaisons ingénieuses, l'analogie qui existe entre les formes fondamentales et les actions diverses des substances organiques; s'il arrive enfin à déduire, de cette connaissance profonde des éléments, les lois générales des masses, et à extraire ainsi la synthèse de l'analyse, devra-t-on l'appeler encore de ces mêmes noms, et le manœuvre ne sera-t-il point aussi dans ce cas un penseur habile et intelligent?

C'est ce qu'a fait M. Breschet lorsqu'il a cherché, dans l'anatomie de texture, par exemple, au milieu des conditions les plus diverses de la santé et de la maladie, les formes dernières des parties vivantes. Son anatomie, alors, n'est plus seulement son propre but à elle-même; elle est, en même temps, de la physiologie; car, à cette extrémité de la science, on ne peut plus séparer l'action de la forme, la structure de l'instrument; et de plus, la généralité ressortant à chaque pas de la spécialité, l'observation enfante la doctrine, et l'énonciation des faits les plus élémentaires équivaut nécessairement à l'explication des lois les plus complexes.

Il en est de même de l'étude des développements primitifs de l'homme et des animaux, c'est-à-dire de l'embryologie telle que M. Breschet l'a conçue et exécutée.

Cette étude n'eût-elle d'autre objet que de nous faire connaître certaines conditions spéciales de la structure propre aux êtres vivaces, certes elle serait bien digne, à elle seule, d'occuper au plus haut degré toute l'attention des médecins et des naturalistes. Mais, ici encore, l'anatomiste est sans cesse, et comme malgré lui, autre chose qu'un simple descripteur d'organes; il a sous les yeux, non plus seulement des formes fixes et permanentes, mais des formes sans cesse modifiées et renouvelées. Obligé de suivre la nature pas à pas dans cette évolution, dans ce déroulement progressif de l'être, il ne reste pas en place, il marche avec elle; il note successivement l'apparition des diverses fonctions, leur jeu varié, leurs métamorphoses; en exposant des phénomènes, il raconte une histoire, la plus vive, la plus animée, la plus attachante de toutes les histoires, dans laquelle tout s'enchaîne, où chaque événement contient en lui et prédit en quelque sorte celui qui va suivre, et où se meut visiblement. à travers mille accidents divers, l'*idée nécessaire*, comme dit un célèbre philosophe, qui constitue la vie, et anime le corps organique dans toutes ses parties. Combien de vues neuves et fécondes sont sorties depuis quelques années de ces recherches embryologiques! Quel nouveau jour s'est répandu sur un grand nombre de questions intéressantes! Rappelons ici cette belle doctrine sur les monstruosités, dont on a quelque peu abusé peut-être, mais qui n'en est pas moins vraie, et qui, proposée d'abord par Blumenbach, largement développée depuis par M. Geoffroy Saint-Hilaire et par M. Breschet, est devenue enfin, entre les mains de M. Isidore Geoffroy Saint Hilaire, le sujet d'un remarquable ouvrage. N'est-ce pas encore la dissection de l'œuf du poulet qui nous a fourni les renseignements les plus précieux sur le mode de formation des vaisseaux et des membranes, sur l'ostéogénie, sur l'organisation des tissus accidentels et des produits morbides de toute espèce? Que de révélations importantes pour la pratique des accouchements, pour l'hygiène, et surtout pour la médecine légale! Aucune de ces idées n'a échappé à la sagacité de M. Breschet, et personne plus que lui n'a contribué à les populariser parmi nous par ses livres et son enseignement.

Nous ne lui devons pas moins, Messieurs, pour le zèle ardent et éclairé qu'il a constamment apporté dans l'étude de l'anatomie comparée. C'est, en France, nous pouvons le dire avec orgueil, qu'a pris naissance cette grande et belle science, dont les admirables progrès ont été une des principales gloires de notre époque. Les étrangers eux-mêmes nous rendent cet honorable témoignage. J'emprunte ici les propres paroles de M. J.-Fréd. Meckel: « C'est surtout, dit-il, l'immortel Vicq-d'Azir qui a ouvert la route, en comparant la même partie dans les divers animaux; les différentes régions dans le même corps, et surtout les membres dans le même animal. » L'élan une fois donné, tout le monde suivit; ce n'est point ici le lieu d'écrire une histoire, contentons-nous de citer les noms les plus célèbres: en France, MM. Cuvier, Daubenton, de Lamarck, Geoffroy-St-Hilaire, Duméril, de Blainville, Milne Edwards; en Angleterre, MM. John Hunter, Everard Home, Bauer, Owen; en Allemagne, Treviranus, Gœthe, Blumenbach, MM. Carus, Oken, Rudolphi, Meckel, Tiedemann et tant d'autres, dont l'existence même était à peu près ignorée de nous il y a vingt-cinq ans. A cette époque cependant, l'anatomie comparée était devenue au delà du Rhin populaire et universelle. On comptait, dans les Universités allemandes, presque autant de naturalistes que de médecins, tandis qu'elle était, chez nous, reléguée encore et renfermée dans l'étroite enceinte de la Faculté des sciences et du Muséum. Parmi les médecins, M. Breschet se trouvait alors presque le seul qui possédât une connaissance exacte de ce qui se faisait à l'étranger. Le premier il importa dans notre pays ces grands travaux de l'Allemagne savante, et les doctrines physiologiques qui en étaient la conséquence.

Non-seulement il a traduit ou fait traduire un grand nombre d'ouvrages, non-seulement il a produit au grand jour de nos Ecoles, couvert de son nom et protégé de son autorité, des opinions que leur seule origine eût rendues suspectes; mais, chose remarquable! il a su mettre de l'invention jusque dans l'érudition elle-même. Jamais il n'a touché au travail d'autrui sans le développer et l'agrandir; les pensées qu'il a empruntées au dehors, il les a converties en sa propre pensée; et dans un temps où les accusations de plagiat sont si fréquentes, aucune réclamation ne s'est élevée contre cet écrivain, dont les moindres publications ont été lues dans toute l'Europe.

Ce n'est pas, croyez-le bien, rendre à la société un médiocre service, que de faire cesser ainsi l'isolement qui existait entre les divers pays, et de les voir dans les mêmes vues scientifiques. Rien ne se perd, sans doute, quoi qu'il arrive, et l'humanité peut attendre; mais la vie des hommes est courte, et leur temps se consume dans la poursuite pénible et fatigante des choses qui sont devenues vulgaires à cent lieues de leur patrie. Combien donc ne devons-nous pas nous réjouir pour le présent et nous féliciter pour l'avenir, en le voyant maintenant marcher de concert, se communiquer leurs découvertes, et s'enrichir mutuellement par un échange continuel des produits de leurs intelligences! Les hommes sont faits pour vivre ensemble; les peuples ont besoin les uns des autres; des motifs tout spéciaux poussent chacun d'eux dans des directions différentes; et comme c'est la même mine qu'ils exploitent en sens divers, il faut que tous ces efforts partiels soient connus et compris sans cesse dans tous les points où se fait le travail, afin que les succès de chacun appartiennent à tous, et que dans toutes les parties du corps social circule, comme le sang, la vérité conquise, qui en est l'aliment et la vie. Je n'hésite point à le déclarer, Messieurs, nous serions injustes envers M. Breschet, si nous ne lui savions un gré infini de l'application qu'il a mise sans cesse à nous initier aux secrets de la science étrangère.

Vous le voyez donc, quels qu'aient été les travaux de notre collègue, et par quelque côté qu'on les veuille considérer, il est impossible de n'y point remarquer, ainsi que je le disais plus haut, un caractère distinct, et comme un cachet qui leur est propre. D'autres ont été plus que lui professeurs, chirurgiens, même anatomistes; nul autant que lui n'a été ce qu'on peut appeler un savant. Il en a eu l'état et, de plus, les goûts et les mœurs. Son esprit fin et délié, son enjouement aimable, ses connaissances littéraires eussent fait de lui naturellement un homme recherché dans le monde, et lui eussent assuré sans peine ces succès de la pratique médicale qui donnent la fortune; mais jamais de tels soucis n'arrivèrent jusqu'à lui. Au milieu de cette convoitise universelle, de cette insatiable avidité qui fait de toutes choses une honteuse spéculation, M. Breschet est resté constamment désintéressé; aux bénéfices mêmes de sa profession, il a préféré la simplicité d'une vie modeste, les douceurs de la famille, et cette joie suprême que procure aux âmes d'élite la recherche patiente et souvent heureuse de la vérité. Aussi a-t-il joui pleinement du premier de tous les biens, de cette considération qui est le prix d'une vie honorable, et, selon la belle expression de Cicéron, la couronne de la vieillesse. Son nom était connu, répété avec éloges dans l'Europe savante tout entière.

Ses opinions étaient citées avec l'autorité qui s'attache aux ouvrages dont la valeur n'est plus contestée. Lors de son dernier voyage en Italie, sur le seul bruit de son arrivée, M. le professeur Panizza quitta sur-le-champ Pavie, et fit soixante lieues pour se trouver sur son passage. Au Congrès scientifique de Stuttgardt, lorsque M. Breschet fut annoncé, toute l'assemblée se leva; on courut au-devant de lui, et l'un des membres du Congrès le serra dans ses bras en l'appelant son cher ami: « Je vous embrasse tendrement, lui repondit Breschet, mon cher ami que je ne connais pas. » Enfin, on a pu dire justement de lui, et je me plais à le redire ici, qu'il représentait la science étrangère en France, et la science française à l'étranger. Non content de s'être acquis de si nobles droits au repos, M. Breschet poursuivait ses travaux avec une activité et une passion toujours renaissantes. Il avait entrepris depuis quelques années une série de recherches anatomiques et physiologiques sur le larynx de l'homme et des animaux; c'était pour lui comme une œuvre de prédilection. à laquelle il voulait consacrer tous ses efforts, lorsque tout à coup il fut atteint d'une maladie imprévue, et comme frappé de la foudre au milieu de sa course. Il lui fallut tout abandonner pour ne songer qu'au triste soin de sa santé. Soins superflus! Vaines espérances par lesquelles on cherche encore à tromper ceux qui vont mourir. Lui-même n'espérait plus; il se sentait gravement blessé, et tandis qu'au fond de son âme il disait adieu à tout ce qu'il aimait, ses dernières pensées se reportaient encore sur son travail subitement interrompu. Eh! Messieurs, qu'est-ce, en effet, que la vie, et par où mérite-t-elle tant qu'on la regrette, si ce n'est par les jouissances de l'esprit et les affections du cœur? Combien il est pénible de se dire, au moment de tout quitter, qu'on n'a pas fait tout qu'on pouvait faire, qu'on a laissé dormir dans le silence des facultés qu'on avait reçues, et des forces qu'on eût employées facilement à de meilleurs usages! Heureux, de moins celui qui, comme notre collègue, peut alors regarder la vie en face, et se rendre ce témoignage, qu'il a été utile à ses semblables, que la science gardera à tout jamais le souvenir de ses services.

Messieurs, j'aurais voulu, dans ce discours, ajouter à l'éloge de notre savant et si regrettable collègue, celui d'un autre professeur de cette Ecole, M. Pelletan, que la mort a également frappé dans le cours de cette année. Depuis quelque temps il s'était retiré de nous; mais son souvenir était toujours présent dans cette Faculté. Son rare talent, son esprit si vif et si facile, ses connaissances variées, et j'ajouterai les qualités du cœur qui le rendaient aimable à tous ses collègues mériteraient sans doute d'être rappelées dans cette enceinte. Mais, Messieurs, en vous entretenant principalement aujourd'hui des travaux de M. Breschet, et des titres qu'il s'est acquis à notre reconnaissance, j'ai eu particulièrement à cœur de vous faire comprendre quel prix vous devez mettre à ces hautes études, trop négligées de nos jours, qui ont essentiellement pour but le progrès de la science et de la philosophie médicale. J'ai voulu que ce discours fût pour vous une exhortation et un enseignement plus encore qu'un hommage rendu à la mémoire de ceux qui ne sont plus. Avant le talent, avant l'esprit, j'ai désiré vous faire honorer et estimer l'amour de la science. Sachez-le, en effet, ceux-là seulement, sachez-le, se font un grand nom sur la terre et sont destinés à vivre dans la mémoire des hommes, qui travaillent avec leur esprit et dans l'intérêt de l'intelligence humaine. La médecine est le plus utile des arts sans doute; mais elle est aussi la plus élevée des sciences, et c'est là surtout qu'est la dignité de ceux qui la cultivent.

Jeunes élèves qui m'écoutez, c'est à vous que je m'adresse. On gémit, on se désespère de l'abaissement dans lequel est tombée, dit-on, la profession médicale; on demande à grands cris de la considération pour les médecins; on implore des lois protectrices. Mais la considération, ne l'oubliez pas, ne s'accorde plus de nos jours qu'aux individus. Elle ne s'écrit point dans les lois, elle ne se décrète point par ordonnance. Si vous voulez être considérés, montrez-vous dignes de la vocation que vous avez acceptée. Et comment vous en montrer dignes, si ce n'est en prenant d'abord au sérieux les études qui doivent vous placer au-dessus des autres hommes. Grâces au ciel, vous avez entre les mains tous les moyens d'instruction qui peuvent vous rendre votre tâche douce et facile. Vos professeurs ne vous ont point été imposés par la faveur; ils se dévouent avec ardeur à la mission qu'ils tiennent du pays et de leur talent. Des Facultés rivales de la nôtre vous offrent à l'envie les ressources accessoires de l'enseignement le plus abondant et le plus varié. De toutes parts vous sont ouverts les amphithéâtres, les laboratoires, les bibliothèques, les cliniques; et voilà qu'au sein même de cette Faculté, à la voix de son chef, vient de s'élever, par enchantement, un nouveau musée, que dis-je? une chaire nouvelle, dont l'inauguration commence, en quelque sorte, une révolution dans l'enseignement de cette Faculté. Nous entrons enfin dans la science. Il vous appartient maintenant, Messieurs les élèves, de seconder ce grand mouvement par vos efforts. Votre pays, qui a tout fait pour vous, et qui a tant besoin de votre aide, a le droit de compter sur vous; nous lui répondons de vous, Messieurs, vous ne manquerez point à ses espérances.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 132. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

AVIS IMPORTANT. — Le Journal paraîtra demain vendredi, 7 novembre.

Sommaire.

PARIS, 5 NOVEMBRE 1845.

La séance d'aujourd'hui a répondu à toutes les espérances qu'a fait naître la réunion du Congrès. Nous conserverons un long souvenir de cette belle et sérieuse discussion, où toutes les idées pour lesquelles nous avons si souvent combattu viennent d'obtenir une éclatante et majestueuse sanction.

L'assemblée se composait aujourd'hui des trois sections réunies; c'est dire qu'elle était extrêmement nombreuse. Il s'agissait de la question de la nomination des professeurs, du mode qu'il convient d'employer pour cette nomination; de savoir si les fonctions du professorat sont à vie ou à temps; à quelle époque on fixerait le temps de la retraite; enfin, il s'agissait de la position des agrégés.

M. Gaultier de Claubry, rapporteur de la Commission n° 3, a présenté un travail où les principes libéraux, généralement exprimés dans les vœux du corps médical, ont trouvé un digne et vaillant interprète. Le concours pour toutes les places de professeurs a été admis à une immense et imposante majorité; la retraite des professeurs a été fixée à soixante-cinq ans; la position des agrégés a été largement améliorée; enfin tout ce que nous avons demandé depuis vingt ans, le Congrès l'a voulu avec nous, le demande avec nous, et cela d'une voix presque unanime.

Un grand nombre d'orateurs se sont fait entendre. M. Barnetche et M. Burguet, de Bordeaux, ont réclamé pour les concours des Ecoles secondaires, les mêmes garanties que le Congrès venait d'admettre pour le concours des Facultés; et l'assemblée, convaincue par leur parole chaleureuse et quelquefois éloquente, leur a donné satisfaction.

Les agrégés ont trouvé d'ardents défenseurs dans MM. Maisonnabe et Delasiauve. Leurs amendements fort importants ont entraîné l'assemblée, qui a voté une organisation nouvelle et fort étendue de cette institution utile.

Remarquons avec plaisir que la séance d'aujourd'hui a été parfaite d'ordre et de mesure. Ainsi s'évanouissent tous les jours les fâcheux pronostics de quelques malveillants et malintentionnés.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

SECTIONS DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE RÉUNIES.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1845.

Professeurs. — Agrégés.

M. Serres prononce quelques paroles profondément senties; il remercie les membres du Congrès de l'avoir porté à la présidence. Il propose de voter des remercîments à la Commission permanente.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

M. le secrétaire-général donne lecture des dispositions réglementaires suivantes.

Le Bureau du Congrès médical, profondément convaincu que l'immense majorité de l'assemblée désire l'ordre et la dignité de nos séances, bien persuadé que toutes les mesures qui tendront vers ce but obtiendront son assentiment, et que la régularité de nos discussions n'a peut-être été troublée que par un désir légitime mais exagéré d'ordre et de célérité;

Ce Bureau a l'honneur de rappeler au Congrès que les décisions suivantes ont été précédemment prises et arrêtées soit par le règlement, soit par l'assemblée elle-même, et il invite le Congrès avec une vive instance à vouloir bien s'y conformer:

1° Les discussions sur l'ensemble du Rapport sont interdites; la discussion ne peut porter que sur les propositions et conclusions du Rapport

2° La discussion sur les conclusions sera ouverte immédiatement après leur lecture, qui aura lieu successivement l'une après l'autre.

3° Les orateurs doivent s'inscrire, et indiquer s'ils désirent parler pour ou contre la conclusion en discussion.

4° Aucun amendement ne pourra être proposé, si auparavant il n'a pas été remis au bureau écrit et formulé.

5° Le président lira cet amendement, et demandera s'il est appuyé: dans ce cas, il invitera son auteur à venir le développer à la tribune. S'il n'est pas appuyé, M. le président passera à un autre amendement s'il en a été déposé, ou à la proposition de la Commission, dans le cas contraire.

La parole est accordée à M. Gaultier de Claubry pour la lecture du rapport et des conclusions.

La Commission n° 3, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, composée de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, avait pour mission de:

Rechercher quel est le meilleur mode de nomination des *professeurs*, et si l'institution des *agrégés* ne serait pas susceptible d'amélioration.

Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître brièvement le résultat des délibérations longues et consciencieuses auxquelles la Commission s'est livrée dans les trois séances consécutives que vous lui avez assignées à cette fin. Notre travail sera naturellement partagé en deux divisions principales: ce qui regarde les *professeurs*; ce qui a trait aux *agrégés*.

Des Professeurs. Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs?

Vous le savez tous, Messieurs; le mode de nomination des professeurs dans les Facultés de médecine en particulier, a beaucoup varié depuis cinquante ans: nomination directe par l'autorité supérieure; nomination après présentation d'une liste de candidats, nomination par élection directe des corps enseignants, nomination par voie de concours.

Il ne faut pas vous le taire, Messieurs; il y a des inconvénients dans chacun de ces modes. Qu'y a-t-il de parfait dans les institutions humaines? Mais quelques modes sont incontestablement plus vicieux que d'autres. Le moins imparfait, celui qui présente moins d'inconvénients, qui offre plus de garanties en tout genre, est celui auquel il conviendra de s'arrêter.

Or, Messieurs, la nomination directe par l'autorité supérieure est le plus mauvais de tous les modes. Il ne faut pas se le dissimuler, sans prétendre aucunement incriminer les intentions de personne; les ministres sont des hommes comme les autres; ils se laissent influencer dans les choix qu'ils font par les mêmes motifs qui entraînent la détermination des autres hommes. Ces motifs sont toujours, soit l'estime particulière qu'ils portent à la personne qu'actuellement et par cette raison ils jugent la plus digne, soit trop souvent des influences de tout genre auxquels ils ne peuvent se soustraire, et qui ne valent pas mieux les unes que les autres. Votre Commission, à l'unanimité, a donc écarté ce mode, et elle le dit même pour la nomination aux chaires de nouvelle création. Si ces chaires ne sont pas, dans la pensée de l'autorité, une faveur spéciale qu'elle veut faire à quelque protégé qui n'arriverait pas autrement, pourquoi risquer de faire un mauvais choix pour les remplir, s'il est des modes meilleurs pour y pourvoir?

La nomination sur liste de présentation ne vaut pas mieux, et ne présente pas de moindres inconvénients. On ne peut se le dissimuler, les listes sont une véritable tromperie. Le premier candidat qui y figure est bien celui que les présenteurs préfèrent et qu'ils désirent voir nommer; les noms suivants sont, ou bien ceux de candidats sérieux, ou des noms de remplissage pour forcer la main de l'autorité qui doit faire un choix, en lui présentant un seul nom qui soit digne de ses suffrages. Dans le premier cas, il est incontestable que ces candidats, tout sérieux qu'ils soient, n'ont pas obtenu les suffrages de la majorité, puisque le premier rang leur a échappé; dans la seconde supposition, songez que l'autorité peut légalement choisir le second, le dernier même sur la liste, et dans ce cas, quel professeur aura-t-elle donné? Votre Commission a, en conséquence, également écarté ce mode de nomination.

Il est un autre mode de nomination sur des listes de présentation qu'on demanda à la fois au corps enseignant et à quelque autre corporation, quelquefois scientifique, comme l'Académie royale des sciences, mais aussi quelquefois administrative, comme le Conseil royal de l'Université. Ainsi, ce n'est pas exclusivement au corps enseignant, qui connaît ses besoins, qu'on s'adresse, et l'on a vu l'autorité, usant du droit légal dont elle était investie, choisir un professeur dans la liste qu'elle avait elle même confectionnée par les mains du Conseil royal. D'un autre côté, si, comme on l'a vu, les deux corporations, qu'elles se soient concertées ou non, présentent chacune le même candidat, distinction sans doute honorable pour celui-ci, que devient le libre arbitre de l'autorité? Le choix ne lui est-il pas imposé? Votre Commission a encore écarté ce mode de nomination.

Nomination directe par les Facultés. — La nomination directe par les corps enseignants est un mode moins défectueux peut-être. On peut difficilement se persuader, en effet, qu'un corps enseignant, gardien vigilant de son honneur, veuille admettre librement dans son sein un sujet qui en sera décidément indigne. Mais, Messieurs, l'esprit de parti, les jalousies individuelles, les misères du cœur humain, peuvent porter un corps enseignant à écarter, par une opposition systématique, le sujet le plus digne d'égards, avec lequel il aura à craindre la comparaison, dont il redoutera la concurrence, dont il craindra d'avoir à supporter un jour le joug pesant. Il est de la prudence de garantir les hommes contre leur propre faiblesse. — D'ailleurs, il ne faut pas se le dissimuler, parce que les faits l'ont prouvé, l'homme honorable sous une foule de rapports, qui aura obtenu les suffrages d'une Faculté, dans laquelle il comptait autant d'amis que de juges, pourra fort bien ne pas posséder à un degré éminent toutes les qualités qui sont indispensables pour le professorat, et l'expérience n'a que trop souvent démontré que les savants illustres, que les corps enseignants se sont empressés d'appeler dans leur sein, étaient loin de répondre aux besoins de l'enseignement, ne justifieraient pas, comme professeurs, la haute idée que leurs brillants travaux, leurs succès dans la pratique, avaient fait concevoir d'eux. Ce sont ces considérations qui ont déterminé votre Commission à vous proposer d'écouter encore ce mode de nomination de professeurs.

Nomination par la voie du concours. — ... Reste donc le concours, et nous nous empressons de vous dire que votre Commission a été unanime pour vous proposer de solliciter vivement et de la manière la plus formelle la conservation du mode de nomination des professeurs pour les corps enseignants qui en sont déjà en possession, et de l'étendre immédiatement à ceux dont les nominations se sont faites jusqu'à présent suivant d'autres modes; et dans cette détermination, votre Commission n'a pas été retenue par quelques considérations qu'elle n'ignore pas avoir été présentées contre les Concours; comme celle-ci que des hommes hauts placés, qui ont fait leurs preuves, et que l'estime publique regarde comme dignes de figurer parmi les professeurs d'une Faculté, ne voudront pas s'exposer aux chances toujours incertaines d'une lutte avec des jeunes gens, devant des juges dont plusieurs ont bien pu être leurs élèves, et venir compromettre par des épreuves faibles, par quelque échec sérieux, leur réputation jusque là si bien établie.

Messieurs, si ces hommes honorables sont réellement d'un mérite supérieur, et s'ils possèdent en même temps les qualités qui constituent le professeur, la palme leur est assurée; ils peuvent entrer avec sécurité dans la lice. Avec un mérite égal, dont il leur sera aisé de faire preuve dans les exercices du concours actuel, ils apporteront leurs titres antérieurs, dont l'appréciation équitable leur assurera un appoint qui les rendra victorieux de leurs compétiteurs. D'ailleurs, Messieurs, il ne s'agit pas de réglementer seulement pour l'état présent des individus, mais bien d'établir des règles pour l'avenir; et si, dans le moment actuel, il était vrai que le concours écartât quelques hommes vraiment supérieurs, on peut dire avec assurance que, plus le temps marchera, et moins il se trouvera d'hommes de mérite capables d'être professeurs publics, qui ne seront pas façonnés aux luttes du concours.

— L'abondance des matières nous oblige de renvoyer à demain la suite du rapport; en voici les conclusions:

1° La nomination des professeurs dans les Facultés de médecine, les Ecoles spéciales de pharmacie et les Ecoles vétérinaires, aura lieu par la voie du concours public.

2° Le jury pour les Facultés et pour les Ecoles de pharmacie, sera composé, à Paris, de professeurs et de membres de l'Académie royale de médecine; ceux-ci y entrant dans la proportion d'un tiers, les uns et les autres étant pris dans des séries déterminées à l'avance d'une manière invariable.

3° Pour les Facultés et les Ecoles spéciales du reste du royaume, le jury sera composé dans la même proportion de membres de ces corps enseignants et de juges choisis au scrutin secret par les Facultés et les Ecoles entières parmi les membres des Sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistantes et à défaut de ces Sociétés, parmi les médecins et parmi les pharmaciens établis dans la ville.

4° Pour les Ecoles vétérinaires, le jury se composera de quatre professeurs de l'Ecole vétérinaire et de l'Ecole de médecine, et de quatre juges tirés au sort sur une liste dressée par le préfet, parmi les vétérinaires non-professeurs et de dix pour les départements.

5° Les fonctions des professeurs seront désormais temporaires, et cesseront à l'âge de soixante-cinq ans. — Les professeurs seront nommés professeurs honoraires et participeront aux conseils, délibérations et travaux administratifs des Facultés et Ecoles spéciales.

Ils jouiront de l'intégralité de leur traitement jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite.

Il sera demandé que les limites pour la retraite soient abaissées de trente ans à vingt ans.

6° Dans les écoles préparatoires, la nomination des professeurs aura lieu par la voie du concours devant un jury composé de professeurs et d'agrégés des Facultés de médecine et des Ecoles de pharmacies dont les Ecoles secondaires relèvent.

7° L'institution des agrégés doit être maintenue telle qu'elle existe en ce moment.

8° Il n'y a pas de motifs pour changer la dénomination qu'ils portent.

9° La nomination des agrégés continuera à avoir lieu par le concours, conformément aux dispositions en vigueur.

10° Il sera demandé que les agrégés jouissent à l'avenir d'un traitement fixe, outre leurs droits de présence aux examens.

11° S'il est arrêté qu'il y aura des examens à la fin de chaque année, il sera demandé que les agrégés composent le jury d'examen sous la présidence d'un professeur.

La discussion s'ouvre sur la première conclusion.

1° La nomination des professeurs dans les Facultés de médecine, les Ecoles spéciales de pharmacie et les Ecoles vétérinaires, aura lieu par le concours public.

M. Tournié, de Besançon. On a inexactement reproduit les opinions de la Société de médecine de Besançon, et non pas seulement sur cette question. Une fois ceci posé, l'orateur entre dans la discussion de la proposition actuelle. Il admet que nul ne doit être nommé professeur s'il n'a fait des preuves de mérite Mais il combat l'opinion du rapporteur, en ce sens que s'il est convenable de tenir compte d'un concours préalable par exemple il est possible cependant que quelques hommes de talent se trouvent éloignés forcément du concours par des cir-

constances indépendantes de leur volonté. Il voudrait que les nominations eussent lieu par un mode combiné. Il voudrait que l'on pût choisir parmi les professeurs particuliers ; de plus, que pour les hommes qui n'occupent pas ces degrés inférieurs de l'enseignement, il y eût une agrégation d'hommes choisis dans laquelle on pourrait puiser des professeurs. Il faudrait que, d'après certaines proportions, on choisît dans chaque classe un certain nombre de professeurs. Par exemple, sur dix places vacantes, on devrait être forcé de prendre un nombre parmi les professeurs particuliers, un autre nombre parmi les hommes ayant des titres scientifiques autres que le professorat ; les listes de présentation seraient formées par l'Académie, la Faculté, etc.

M. le rapporteur fait observer que l'on tient actuellement compte de tous les titres antérieurs, ouvrages, cours, concours, etc. Le principe existe, mais le rapport demande de plus le concours.

M. Burguet, de Bordeaux, au nom de la Société de médecine de Bordeaux, combat le concours, qui a l'inconvénient de n'admettre que des jeunes gens rompus à l'exercice des concours. L'expérience et l'âge, si nécessaires au professorat leur manquent. Le concours subit de grandes influences, celle de la presse, par exemple, et la presse peut empêcher quelques juges d'être équitables. Le concours éloigne ceux qui ont l'âge et l'expérience. Bichat et Broussais n'eussent pas exposé leur réputation dans les chances d'un concours. La difficulté principale est la composition du jury. Les juges sont des hommes comme les autres, ils peuvent être influencés. D'après toutes ces raisons, la Société de Bordeaux demande l'abolition du concours pour les places supérieures. Pour les places inférieures, le concours est bon : il développe l'émulation, et force les concurrents à faire des études sérieuses. L'orateur rapporte que dans les temps anciens, des Facultés étaient célèbres, qui ne sont plus rien depuis l'institution du concours. Ce qu'il faudrait, c'est l'élection directe par les corps enseignants.

M. Delasiauve croit que la question est jugée en faveur du concours. Parmi les hommes arrivés par le concours à Paris, il en est qui sont des plus savants et des plus distingués. On ne se plaint généralement que d'une chose, c'est que ce n'est pas toujours le plus digne qui est nommé ; mais cette raison ne doit pas le faire rejeter.

M. Souberbielle fait observer qu'il y a plus de soixante ans, frère Côme avait déjà proposé le concours pour les places de chirurgien de l'Hôtel-Dieu, auxquelles on était nommé par ancienneté ; mode qui avait le désavantage d'écarter souvent des hommes de jeunesse, de talent et d'avenir. (Les paroles du doyen de la chirurgie française sont accueillies par de vifs applaudissements, et M. le président le remercie au nom du Congrès d'avoir bien voulu lui apporter le fruit de sa longue expérience.)

M. Hamont, au nom de la Société de médecine vétérinaire et comparée, approuve complétement la première conclusion ; mais il pense qu'il y a lieu de faire quelques observations. On a signalé des inconvénients au concours, mais on n'a pas indiqué le moyen d'éviter ces inconvénients. Le concours donne l'avantage aux jeunes gens qui n'ont pas d'expérience. Nous proposons de déclarer que les titres antérieurs seront pris en large considération, et que quatre ans d'exercice au moins seront exigés pour être admis au professorat, dans la médecine vétérinaire.

M. Lavergne propose de compter pour beaucoup les titres antérieurs ; de les mettre sur la même ligne que les épreuves du concours même. Il voudrait que l'on étendît à toutes les Facultés les quatre années d'exercice qu'exige M. Hamont.

M. Combes (de Toulouse), délégué de l'arrondissement de Castres. On vient de proposer le concours d'une manière trop absolue. Le concours est une conquête de nos institutions libérales. Mais tel qu'il est, fait-il arriver les plus dignes au sommet de la hiérarchie médicale ? Non. Il faut que le professeur soit fort en théorie et en pratique. Or, le concours favorise la jeunesse, les connaissances théoriques seulement. On favorisera le triomphe de la pratique, en tenant grand compte des titres antérieurs. Établissez le concours pour tous les degrés de la hiérarchie médicale, et non pas seulement pour les degrés inférieurs, et vous aurez levé une des difficultés. Mais de plus, nous demandons que, comme dans l'armée, il y ait des places données à l'ancienneté, les professeurs ainsi nommés étant choisis parmi les agrégés nommés au concours.

Puis il peut y avoir des circonstances où le gouvernement doit pouvoir nommer certains hommes à certaines chaires spéciales ; Esquirol, par exemple, eût mérité d'être nommé à une chaire d'aliénation mentale, et sa nomination n'eût trouvé que des approbateurs. Nous proposons donc l'élection au concours pour les degrés inférieurs, l'élection au choix dans les degrés supérieurs.

M. Desavinières est opposé au concours. Il cite Broussais, Breschet, qui n'eussent pas affronté le concours, ou qui eussent échoué si l'on n'eût par obéi au vœu général, en ne tenant pas seulement compte des épreuves actuelles.

M. Ricord pense que la question ne doit pas être prise d'une manière absolue. Lorsque l'autorité croira devoir créer une chaire pour une science spéciale, pour une branche des connaissances médicales, il serait fâcheux qu'un médecin instruit et muni d'une longue expérience fût obligé de descendre dans l'arène pour se mesurer avec ses élèves d'hier. Puis, qu'arrivera-t-il quelquefois ? C'est que par une des mille chances du concours, cet homme instruit, au faîte de la réputation, peut échouer, et alors il est perdu ; tous inconvénients qui disparaissent si, toutes les fois que l'autorité créera une chaire, elle peut faire la première nomination. Il serait encore possible de faire faire cette nomination à une seule chaire, par une réunion générale des médecins de la ville où elle serait créée. Une élection faite par une réunion générale de médecins ne serait pas plus difficile que celle d'un député.

Le secrétaire-général donne lecture de plusieurs amendements de MM. Favrot et Dubail, qui ne sont point appuyés.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté.

L'amendement proposé par M. Ricord est ainsi conçu :

« Le concours tel qu'il est pour les chaires établies ; l'élection par le plus grand nombre pour les chaires nouvelles, ou le concours entre des candidats déjà désignés par une élection préalable. »

L'amendement de M. Ricord est mis aux voix et rejeté.

M. Combes propose l'amendement suivant qui est également rejeté.

« Il propose le concours pour tous les degrés inférieurs de la hiérarchie médicale, y compris les agrégés et les professeurs des Écoles préparatoires ; mais on conservera la nomination directe pour les chaires des Facultés qui existent déjà ou que l'on voudrait créer à l'un de ces établissements. »

M. Boudet présente l'amendement suivant, qui est appuyé par la Commission.

« Les professeurs de pharmacie, soit dans les Écoles spéciales, soit dans les Écoles préparatoires, seront nommés par la voie du concours, mais seulement parmi les praticiens qui auront cinq ans d'exercice soit comme pharmaciens des hôpitaux, soit comme pharmaciens ayant officine ouverte.

M. Boudet soutient son amendement. La pharmacie ne peut être enseignée que par des praticiens. Il faut donc qu'il y ait des professeurs titulaires pour les pharmaciens, mais des professeurs praticiens, et où auraient-ils eu la pratique si ce n'est dans les officines ou les hôpitaux ?

M. Leroux, de Rennes, pense que l'on doit rayer ces mots : *cinq années d'exercice comme pharmaciens ayant une officine*, car la fortune de certains hommes ne leur permettra pas de remplir cette condition.

M. Abbadie conçoit les scrupules de M. Leroux. Mais, dit-il, depuis le vote d'hier, qui a décidé que les élèves n'auraient que quatre ans de pharmacie et deux ans d'inscription, la question a changé. Quatre ans d'exercice dans une officine de province ne suffiront pas pour l'instruction des élèves. Je vote pour l'amendement de M. Boudet.

M. Serres propose ces mots : *Cinq ans de diplôme.*

L'amendement ainsi modifié est adopté.

L'amendement de M. Hamont est mis aux voix et adopté. Le voici :

« Pour la médecine vétérinaire : condition d'admission à la candidature pour le professorat ; quatre années d'exercice ; une part très large aux titres scientifiques. »

La discussion s'ouvre sur la deuxième conclusion.

2° Le jury pour les Facultés et pour les Écoles de pharmacie, sera composé, à Paris, de professeurs et de membres de l'Académie royale de médecine, ceux-ci y entrant dans la proportion d'un tiers ; les uns et les autres étant pris dans des séries déterminées à l'avance d'une manière invariable.

M. Delasiauve propose de composer autrement le jury. Il voudrait que l'on prît partie dans l'École, partie dans les médecins des hôpitaux, dans l'Académie de médecine et dans les praticiens de la ville. Si les membres de l'Académie de médecine sont choisis dans des séries déterminées à l'avance, des influences étrangères peuvent agir sur eux.

M. le rapporteur défend la rédaction de la Commission.

Lecture est donnée d'un grand nombre d'amendements qui ne sont point appuyés.

M. Thirial demande l'adjonction de membres de la Faculté des sciences pour quelques chaires de chimie et de physique, par exemple.

M. Gaultier de Claubry déclare que ceci ne constitue qu'une omission involontaire, qui sera réparée.

M. Delasiauve propose l'amendement suivant, qui est mis aux voix et adopté.

« Qu'un certain nombre de médecins pris parmi les praticiens de la ville, soient adjoints au jury pour la nomination des professeurs. »

M. Gaultier demande que le nombre des médecins ainsi adjoints soit égal à celui des membres de l'Académie. (Adopté.)

M. Rigal fait observer qu'il serait peu convenable qu'un docteur reçu de la veille fût admis à juger un de ses professeurs. Il faudrait fixer un âge au-dessous duquel on ne pût faire partie de ces jurys ; il faudrait cinq ans d'exercice. (Appuyé.)

L'amendement est mis aux voix et adopté.

La discussion s'ouvre sur la troisième conclusion.

3° Pour les Facultés de médecine et les Écoles spéciales de pharmacie du reste du royaume, le jury sera composé dans la même proportion, de membres de ces corps enseignants, et de juges choisis au scrutin secret par les Facultés et les Écoles entières, parmi les membres de Sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistantes, et, à défaut de ces Sociétés, parmi les médecins et les pharmaciens établis dans la ville.

M. le rapporteur fait observer que l'article précédemment adopté doit entraîner une modification de cette conclusion, modification qui sera faite.

Il demande que l'on spécifie dans l'article : que le jury sera nécessairement en nombre *impair*, pour éviter le double vote du président.

Cet amendement est adopté.

La discussion s'ouvre sur la quatrième conclusion :

4° Pour les écoles vétérinaires, le jury se composera de quatre professeurs de l'École vétérinaire et de l'École de médecine et de quatre juges tirés au sort sur une liste dressée par le préfet, parmi les vétérinaires non professeurs.

M. Leblanc propose que les vétérinaires nommés par le préfet aient au moins cinq ans de pratique.

L'article et l'amendement sont adoptés.

Cinquième proposition. — « Les fonctions des professeurs seront désormais temporaires, et cesseront à l'âge de 65 ans. A cet âge, les professeurs seront nommés honoraires, et participeront aux conseils, délibérations, travaux administratifs des Facultés et Écoles secondaires, sans prendre part aux concours et aux examens. Ils jouiront de l'intégrité de leur traitement jusqu'à l'âge de 70 ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite. Il sera demandé que les limites, pour la retraite, soient abaissées de 30 à 20 ans.

M. Forget, de Strasbourg, croit que le principe doit admettre quelques exceptions. Dans l'armée, à certain âge, les officiers ont droit à la retraite, mais l'autorité peut prolonger de quelques années la carrière des officiers. Il voudrait que l'autorité eût le droit de prolonger les fonctions professorales à soixante-dix ans.

M. Dubail fait observer que la non-prolongation de certains professeurs serait une insulte pour eux. Il voudrait au contraire que, si l'intelligence d'un professeur subissait un affaiblissement marqué, il fût remplacé.

M. le rapporteur fait observer que cette circonstance est prévue par les règlements. M. Dubail retire sa proposition.

M. Magne demande que les professeurs honoraires soient admis à être juges des concours malgré leur retraite.

M. le rapporteur dit, au nom de la Commission, adhérer à l'amendement qui est adopté. L'article de la Commission sera modifié en ce sens.

L'amendement de M. Forget est mis aux voix et rejeté.

Sixième conclusion. — « Dans les Écoles secondaires, la nomination des professeurs aura lieu par voie de concours devant un jury composé de professeurs et d'agrégés des Facultés de médecine et des Écoles de pharmacie, dont les écoles secondaires relèvent. »

M. Barnetche. A quel titre veut-on faire relever les Écoles secondaires des Facultés ? Nous voulons nous en dissocier. C'est un véritable servage dont on doit nous affranchir. Les Facultés ne doivent point absorber et en quelque sorte chercher à dévorer les Écoles secondaires.

M. Tournier pense que le concours doit avoir lieu en dehors de l'endroit où existe l'École secondaire. Il doit avoir lieu devant une des trois Facultés, celle qui sera la plus proche. Quant au concours en lui-même, il ne sera profitable pour les Écoles secondaires que lorsqu'on aura amélioré la situation de ces écoles.

M. Provost, délégué de l'École de Rennes, voudrait que le concours fût élargi. Les professeurs des Écoles secondaires devraient être élus par les professeurs de l'École, plus un nombre égal de praticiens de la ville ayant cinq années d'exercice.

Un amendement de M. Huneau, ainsi conçu, est mis aux voix et adopté.

« Appliquer purement et simplement aux Écoles secondaires de médecine, tous les principes et le mécanisme admis pour les concours du professorat dans les Facultés. »

D'après la proposition de M. Moure, de Bordeaux, on ajoute à cet article le suivant :

« Ainsi, les nominations auront lieu par des juges pris, un tiers parmi les professeurs de l'École préparatoire, un tiers parmi les membres des Sociétés ou Académies de médecine existant dans la ville, et un tiers parmi les praticiens de cette même ville, après cinq années d'exercice. »

Septième conclusion. — « L'institution des agrégés doit être maintenue telle qu'elle existe en ce moment.

M. Maisonnabe propose un amendement qui consisterait à affecter un agrégé à chacune des chaires existant dans les Facultés, sans que le choix de l'agrégé remplaçant un professeur absent soit attribué au doyen, et donne quelques explications sur l'état actuel des agrégés. (Rejeté.)

M. Delasiauve. La question qui s'agite présentement est capitale. Il s'agit de fixer le sort des agrégés. Le premier, j'ai proposé de leur affecter des appointements fixes et plus considérables. Mais il faut aussi leur attribuer des fonctions actives qui leur donnent une influence directe sur l'instruction des élèves.

Un amendement rédigé dans ce sens est mis aux voix et adopté à l'unanimité après une vive discussion, à laquelle prennent part plusieurs membres dont les noms ne nous parviennent pas.

Huitième conclusion. — S'il est arrêté qu'il y aura des examens à la fin de chaque année, il sera demandé que les agrégés composent le jury d'examen sous la présidence d'un professeur.

Renvoyé, sur la proposition de M. Malgaigue, à la Commission des examens.

Séance levée à six heures.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. BOULLAY, vice-président.

SECTION DE PHARMACIE.—*Élèves.*

M. Scheuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est mis aux voix et adopté.

M. Buignet a la parole, comme rapporteur de la Commission n° 2. Après un court préambule, cet honorable membre s'exprime ainsi :

Messieurs et collègues,

La première question que nous avions à traiter était celle-ci :

1° Des élèves : Quelles conditions préalables, quelles garanties d'aptitude devrait-on exiger des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la pharmacie ? Serait-il utile de rendre obligatoire pour eux, comme on l'a fait pour les élèves en médecine, l'obtention du diplôme de bachelier ès-sciences ?

Comme première garantie d'aptitude, Messieurs, la loi actuelle exige des jeunes gens qui se destinent à la pharmacie, le grade de bachelier ès-lettres. Loin de réclamer contre une mesure nouvelle dont l'utilité et l'importance sont aujourd'hui senties de tout le monde, nous demandons au contraire qu'elle soit très-sévèrement maintenue. Les craintes qui s'étaient d'abord élevées de toutes parts se sont bientôt dissipées. Sans doute il y a moins d'élèves dans nos officines, sans doute les Écoles sont moins fréquentées qu'elles ne l'étaient il y a quelques années, mais elles le sont par des élèves de choix. Ceux qui se présentent aujourd'hui pour subir les examens de nos Écoles, savent montrer aux professeurs les avantages qu'on avait droit d'attendre de cette nouvelle mesure, et chaque jour par la force comme par l'étendue de leurs connaissances, ils viennent lui donner la plus éclatante approbation.

La Commission pense donc qu'il faut maintenir le grade de bachelier ès-lettres.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, le pharmacien doit s'efforcer de relever dans l'opinion publique sa dignité et l'importance de ses fonctions, et, pour y parvenir, il doit mettre en œuvre tous les moyens d'action dont il dispose. Une circonstance qui s'accorde parfaitement avec les vues de la Commission à cet égard, c'est que la plupart de nos confrères de province ont émis le vœu qu'on ajoutât encore aux conditions d'aptitude exigées des élèves, et qu'en outre du diplôme de bachelier ès-lettres qu'on leur demande aujourd'hui, on voulût bien rendre obligatoire pour eux celui de bachelier ès-sciences.

Les matières qui font partie du baccalauréat ès-sciences, sont, à l'exception près des mathématiques, celles que le pharmacien est tenu de connaître. Ce ne peut donc être de la part de l'élève qu'un petit sacrifice d'études pour acquérir ces connaissances mathématiques, que nos règlements ne l'obligent pas de connaître. Mais est-ce un mal, après tout, que de l'y obliger ? Soit qu'il s'occupe de la pratique de son art, soit qu'il l'étudie dans les Écoles, le pharmacien ne saurait faire un pas dans les sciences sans une connaissance un peu étendue des mathématiques. Sans elles il est impossible qu'il se livre avec fruit à l'étude des sciences physiques dont elles sont l'auxiliaire obligé, et ce serait en vain qu'on chercherait à en dépouiller celles qui lui sont si utiles et qu'il a tant besoin de connaître.

Telles sont sans doute les raisons qui ont rendu le baccalauréat ès-sciences obligatoire pour les jeunes gens qui se destinent à la médecine, et nous ne voyons pas qu'il doive en être autrement pour ceux qui se destinent à la pharmacie. Il y a plus, les sciences qui font l'objet de cet examen sont poussées plus loin dans nos Écoles qu'elles ne le sont dans les Facultés de médecine. Nos élèves ayant à embrasser des connaissances moins étendues, possèdent en général beaucoup mieux celles qui font le bachelier ès-sciences. En un mot, Messieurs, entre le pharmacien et le bachelier ès-sciences il n'y a qu'un pas. Ce pas est franchi aujourd'hui par les élèves en médecine, il peut être franchi plus facilement par les élèves de pharmacie ; nous ne voyons aucune raison sérieuse qui doive les arrêter.

Peut-être objectera-t-on cependant que cette mesure, qui rend plus difficile les abords de la pharmacie française, tend à en éloigner des hommes capables qui l'eussent exercée avec honneur et succès. — Peut-être pensera-t-on qu'en ajoutant à la sévérité des conditions requises, nous allons réduire encore le nombre, déjà très-restreint, de ceux qui se destinent à notre profession. — Ce serait, Messieurs, un préjugé déplorable et qu'il importe de détruire. Nous sommes dans un temps où le savoir n'est plus un obstacle pour personne. Nous ne pensons pas qu'un peu plus de sévérité dans les conditions requises détourne jamais d'une profession libérale, les hommes capables qui voudront bien l'embrasser, et plus celle-ci offrira de chances de considération et de bien-être pour l'avenir, plus au contraire on trouvera d'hommes désireux de l'exercer dignement.

C'est à ces divers titres que la Commission demande qu'on rende obligatoire le diplôme de bachelier ès-sciences.

Nous arrivons, Messieurs, à une autre question très-importante. Le programme nous demande :

Si les règlements actuels concernant l'ordre des études ; la manière dont elles sont suivies et la preuve qu'elles ont été suivies, sont suffisants et efficaces ; et dans le cas de la néga-

tive, il nous demande d'indiquer des dispositions nouvelles.

La loi de germinal an XI impose une obligation d'une pratique de huit années consécutives dans les officines, ou seulement trois années de pratique et trois années de cours dans une école spéciale. Cette obligation facultative ne nous paraît pas heureuse, et ne suffit pas, tant s'en faut, pour tout ce qu'on demande au pharmacien. Quelque long que soit un stage de huit années, il est impossible à l'élève incessamment détourné par les exigences de sa position d'acquérir les connaissances qui lui sont indispensables. La durée de cette espèce de noviciat doit être nécessairement en rapport avec les grades à obtenir, et les études pratiques comme les études théoriques doivent avoir un minimum de temps dont il faudra que l'élève justifie avant le premier examen.

La Commission avait d'abord pensé que la durée totale des études pharmaceutiques devait être fixée à six années au moins, et qu'elle devait être divisée en deux périodes, l'une de quatre ans, consacrée au stage officinal; l'autre de deux années, que l'élève passerait dans les Ecoles. Mais, à cause des dispositions adoptées par un vote de la journée d'hier, et pour concilier ses vues avec celles de la première Commission, elle demande que la durée des études soit portée à sept années, dont quatre pour le stage officinal, la cinquième pour acquérir les études préparatoires, et les deux autres pour acquérir les études complémentaires ou spéciales.

Nous insistons, Messieurs, sur quatre années de stage dans une officine, et peut être même trouvera-t-on que c'est peu, si l'on songe à la pratique sévère que l'élève est tenu d'acquérir. Mais nous avons pensé qu'en exigeant des jeunes gens le diplôme de bachelier ès-lettres, nous les forcions à un travail préalable qui a toujours pour effet de développer leur intelligence. Ils deviennent par là plus habiles à saisir les secrets de nos opérations manuelles, et peuvent, en moins de temps qu'on ne l'a fait jusqu'ici, posséder cette multiplicité de détails que comporte la pharmacie pratique.

Nous demandons, en outre, que l'élève ne puisse pas intervertir l'ordre de ses études, de manière à commencer à son gré par les unes ou par les autres. Nous regardons comme nécessaire qu'il commence par le stage officinal, et ce n'est pas sans raison. Dans toutes les sciences d'observation en général, et dans la pharmacie en particulier, la connaissance des faits doit toujours précéder leur explication. L'étude des sciences physiques, fort abstraite en elle-même, trouve un nouvel attrait dans les applications qu'on en peut faire, et on peut même dire que l'enseignement théorique n'aurait aucun résultat, si chaque principe ne trouvait un point d'appui dans le souvenir des faits qui lui servent de texte et de fondement.

Dans l'opinion de la Commission, la durée du stage pratique serait marquée par un examen d'épreuve auquel serait soumis l'élève au bout de deux ans, devant une Commission déléguée à cet effet, pour justifier de ses connaissances dans la manipulation pharmaceutique et dans la désignation des substances simples et composées appliquées à l'art de guérir. Cet examen aurait ce double avantage, que, pour les pharmaciens, il remplacerait avec avantage les renseignements toujours vagues et incomplets qu'ils reçoivent sur leurs élèves, et, pour ceux-ci, ce serait une marque distinctive, une dignité qui viendrait ajouter à leur considération propre.

Une fois que l'élève aurait accompli dans une officine un stage de quatre années, légalement constaté, il serait admis à la seconde période des études pharmaceutiques, à la fréquentation des cours dans les Facultés ou les Ecoles préparatoires. C'est là qu'il s'occuperait d'acquérir les connaissances théoriques qui se rattachent à son art, et qu'il compléterait la somme d'instruction qui lui est nécessaire pour obtenir la permission d'exercer.

Un des vices de la loi actuelle est de ne pas rendre obligatoire la présence des élèves aux cours des Ecoles. L'inscription qu'on exige d'eux est une formalité purement illusoire et inefficace. Il ne suffit pas d'imposer la condition de suivre les cours, il faut encore s'assurer qu'ils sont suivis exactement et avec fruit. Il faut que cette obligation vienne en aide au travail et aux efforts de l'élève. Et d'ailleurs, Messieurs, la vue d'un auditoire nombreux anime les professeurs, en même temps qu'elle excite l'émulation des élèves. Rendre obligatoire la présence au cours, c'est donc prendre une mesure qui tourne au profit des uns et des autres. Votre Commission a pensé qu'il serait convenable qu'au commencement de chaque leçon on fît un appel nominal de tous les élèves en cours d'études, et que ceux-ci vinssent à la fin de chacune d'elles inscrire leur nom sur une feuille de présence. Par cette double mesure on serait assuré non-seulement que les élèves seraient venus aux cours des Ecoles, mais même qu'ils y seraient restés jusqu'à la fin.

Une institution qui s'est fixée tout nouvellement dans nos Ecoles, et dont les bons effets ont été vivement sentie, est l'institution des Ecoles pratiques. Pour ne pas rompre complétement avec les premières études, que nous regardons comme indispensables, nous voudrions que tous les élèves participassent au bénéfice de cette institution. Le règlement actuel la rend facultative; nous voudrions qu'une disposition nouvelle la rendît obligatoire. Nous n'insisterons pas d'ailleurs sur cette mesure, qui a été demandée hier par la première Commission, et accordée par un vote unanime.

La troisième question que nous avions à traiter était celle-ci : Ecoles : examiner si, au point de vue de l'intérêt public et de la force des études théoriques, il y aurait avantage à placer les élèves en pharmacie dans les mêmes conditions que ceux de quelques Ecoles spéciales du gouvernement, telles que les Ecoles de marine, polytechnique et autres?

La Commission pense qu'une semblable institution présenterait, en effet, des avantages incontestables; et ceux qui en résulteraient pour la sécurité des familles sont beaucoup trop précieux pour que la Commission n'y ait pas eu égard. Le gouvernement, en effet, ouvre les Colléges royaux, les Ecoles des sciences, celle des arts et métiers à nos enfants, et il abandonne à eux-mêmes ou aux chances du hasard ceux qui se vouent aux nobles professions médicales, qui devraient être, au contraire, le partage exclusif des hommes dont une éducation a façonné l'esprit aux plus hautes conceptions, et le cœur aux sentiments les plus généreux. Quoi qu'il en soit, si nous regardons une semblable institution comme bonne en principe, nous ne pensons pas qu'il soit opportun de la réclamer. Interner les élèves n'est pas en harmonie avec nos mœurs et nos habitudes actuelles. Et d'ailleurs un des principaux avantages qu'on pourrait en attendre, ce serait de forcer les élèves à assister aux cours, et vous avez vu que nous y sommes arrivés par une autre voie. Ainsi, nous ne repoussons pas l'idée d'une Ecole spéciale de pharmacie du gouvernement, et nous émettons même le vœu qu'on puisse en admettre le principe.

Nous arrivons enfin, Messieurs, à la question la plus délicate, à celle des réceptions des élèves.

Il s'agit de rechercher si le mode actuellement suivi pour les examens offre des garanties suffisantes,

Et s'il n'est pas juste de penser que chacun des deux premiers examens s'applique à des sujets trop nombreux et trop vastes, tandis que les deux derniers sont beaucoup trop restreints dans leur objet, et sont loin de compléter convenablement les épreuves.

Si la question se bornait là, la réponse serait facile. Il n'est personne d'entre vous qui ne pense avec ta Commission que la manière dont se font les examens aujourd'hui est tout à fait incomplète et insuffisante. Mais il s'agit d'introduire un ordre nouveau, et c'est là, Messieurs, la grande difficulté. Toutefois qu'on renverse un ordre établi, il faut savoir se mettre en garde contre l'attrait d'innovations séduisantes, mais dangereuses. La Commission s'est pénétrée de ce grand principe : sobre de modifications, convaincue en cela que le meilleur moyen d'obtenir n'est pas de demander beaucoup, mais de demander à propos.

Elle voudrait qu'à l'avenir les examens fussent répartis de la manière suivante :

Premier examen. — Histoire naturelle, botanique et matière médicale.

Deuxième examen. — Sciences physiques. — Physique, chimie.

Troisième examen. — Sciences d'application. — Pharmacie, toxicologie.

Le 1er examen roulerait sur les sciences naturelles;

Le 2e sur les sciences physiques;

Et le 3e sur les sciences d'application.

Enfin, Messieurs, et comme épreuve définitive, l'élève aurait à soutenir, en 4e examen, une thèse inaugurale sur un sujet tiré au sort, ou choisi par lui.

Cette thèse, qui couronnerait toutes les épreuves, s'ajouterait avec avantage à la synthèse qui est exigée de nos jours. Qu'est-ce, en effet, que cette synthèse, sinon une copie servile de quelques pages du Codex? Ce que veut ici la Commission, ce que désirent tous les pharmaciens, dont nous avons pu recueillir les vœux, c'est une dissertation inaugurale, méditée à loisir, écrite avec soin, et qui témoigne à la fois de la capacité littéraire et de l'instruction spéciale du candidat.

Pour faire accorder ces quatre examens avec les dispositions adoptées par le vote d'hier, la Commission désire qu'ils confèrent les grades et prérogatives suivants :

Le 1er examen sur l'histoire naturelle, donnerait le grade de bachelier en pharmacie.

Les 2e et 3e examens sur les sciences physiques et les sciences appliquées, donneraient le grade de licencié en pharmacie, mais sans aucune prérogative.

Enfin, la dissertation et la thèse auraient pour objet de conférer le grade de docteur en pharmacie, et les docteurs en pharmacie seuls auraient le droit d'exercer.

Un dernier vœu formé par la Commission, serait qu'on fixât la durée de l'examen. Elle a pensé que pour que les professeurs pussent se former une opinion bien précise sur les capacités du candidat, la durée du temps pendant lequel celui-ci serait interrogé serait comprise entre 1 heure et demie pour le minimum et 2 heures pour le maximum.

Elle désirerait, en outre, que les examens fussent faits par les professeurs des spécialités qui en font l'objet, et que ainsi les professeurs d'histoire naturelle interrogeassent pour le premier examen, et les professeurs de sciences physiques pour le second.

Je ne vous arrêterai pas long-temps, Messieurs, sur la cinquième et dernière question que la Commission avait à résoudre. Cette question est ainsi conçue :

Des jurys d'examen : est-il sans inconvénient que les examens soient faits exclusivement par les professeurs?

Est-il convenable qu'une nouvelle organisation des jurys d'examen soit réclamée?

Pour répondre à cette question, la Commission pense que la loi de germinal an XI, relative à l'intervention des professeurs de la Faculté de médecine dans nos examens, ne peut plus, ne doit plus être maintenue. Les écoles de pharmacie font partie de l'Université depuis 1840, nous demandons aujourd'hui qu'elles soient érigées en Facultés, il nous semble alors qu'elles doivent se suffire pour juger des capacités de leurs élèves. Nous demandons donc qu'on supprime l'intervention des deux professeurs de la Faculté de médecine, et qu'on les remplace par deux professeurs tirés de la Faculté de pharmacie.

Pour rendre vos discussions et vos délibérations plus faciles, elle a cru devoir faire, à l'exemple de la Commission n° 1, un résumé succinct des vœu qu'elle a émis et que vous venez d'entendre, et vous le présenter sous forme de propositions.

1° Le baccalauréat ès-lettres sera maintenu; l'élève sera tenu de présenter son diplôme avant de commencer ses études pharmaceutiques.

2° L'obtention du diplôme de bachelier ès-ciences sera obligatoire et devra précéder la deuxième épreuve des examens.

3° La durée des études pharmaceutiques sera de sept années, divisées en quatre années de stage officinal, une année de cours élémentaire et deux années de cours complémentaires.

4° Les élèves qui suivront leurs cours seront tenus de répondre à un appel nominal au commencement du cours et de signer une feuille de présence à la fin.

5° La Commission admet le principe d'une École spéciale du gouvernement pour la pharmacie; mais elle n'en reconnaît pas l'opportunité actuelle.

6° Les épreuves qu'auront à subir les candidats seront au nombre de cinq, quatre examens et une thèse. Ils seront ainsi répartis : 1° histoire naturelle, botanique et matière médicale; 2° physique et chimie; 3° pharmacie et toxicologie; 4° examens pratiques; 5° thèse inaugurale.

Le premier examen conférera le titre de bachelier en pharmacie.

Le troisième examen donnera le titre de licencié mais sans autorisation d'exercice.

Enfin la thèse, qui ne pourra être soutenue qu'à vingt-cinq ans, conférera le titre de docteur en pharmacie et le droit d'exercer.

7° Proposition.

Les jurys d'examen se composeront de quatre professeurs, un agrégé de la Faculté de pharmacie, auxquels s'adjoindront cinq pharmaciens exerçants, ayant voix délibérative seulement.

Les professeurs de la Faculté de médecine n'interviendront plus dans les examens en pharmacie.

La lecture de ce Rapport est accueillie avec une grande faveur par l'assemblée.

La discussion générale est ouverte.

M. Chevalier (d'Amiens), délégué de l'arrondissement, soutient que la Commission n° 1 avait mieux fixé les conditions d'études, en demandant trois ans de stage dans les officines et trois ans d'études dans les Ecoles.

M. Dubail appuie la proposition de la Commission relativement à la durée du stage; mais il voudrait que les élèves fussent internes pendant un an dans les Ecoles préparatoires, sans que le stage fût interrompu par une année d'études.

M. Dorvault approuve que la Commission réclame pour les élèves en pharmacie le grade de bachelier ès-sciences.

Il fait quelques observations sur les conditions réglementaires auxquelles pourraient être soumis les élèves pendant leur stage.

M. Boudet prend la parole pour rappeler que la Commission permanente, en publiant son programme, n'a eu pour but que d'établir les bases des travaux du Congrès sans leur imposer aucune limite; que toutes les propositions faites en dehors du programme peuvent être prises en considération, mais que ces propositions devraient être adressées aux Commissions, et non pas jetées incidemment au milieu des discussions du Congrès.

Dans les Commissions, en effet, elles peuvent être l'objet d'un examen attentif, tandis que dans les séances de section elles ne sauraient être approfondies.

M. Dorvault croit utile de faire intervenir les pharmaciens exerçant dans les jurys d'examens; il trouve dans cette intervention une garantie précieuse pour la force des études pratiques.

M. Alph. Garnier demande l'on passe immédiatement à la discussion des propositions de la Commission.

Cette proposition étant adoptée, on passe à la discussion de la proposition n° 1.

Après une très courte discussion à laquelle prennent part MM. Garnier et Chevalier (d'Amiens), la proposition n° 1 est adoptée à l'unanimité.

M. Cap a la parole sur la proposition n° 2. Il ne pense pas que l'on doive exiger des élèves en pharmacie le grade de bachelier ès-science; et dans le cas où on l'admettrait, le temps des études dans les Ecoles devrait être réduit à deux années.

M. Abbadie pense que le baccalauréat ès-sciences éloignereit la plupart des jeunes gens de la profession de pharmacien.

M. Flon parle dans le même sens.

M. Favrot soutient les propositions de la Commission.

M. Guibourt combat l'exigence du grade de bachelier ès-sciences; demander ce titre, c'est imposer une condition superflue, surtout si l'on considère que le candidat doit être bachelier ès-lettres et bachelier en pharmacie.

M. Dubail appuie l'opinion de M. Guibourg.

M. Puyère est d'avis que ce grade soit exigé, non point parce qu'on l'exige des élèves en médecine, mais parce que les connaissances nécessaires pour être bachelier ès-sciences sont une véritable initiation à l'enseignement des Ecoles spéciales.

M. Buguet, rapporteur, ajoute à ces considérations que le grade de bachelier ès-sciences est une garantie d'études mathématiques suffisantes.

M. Boudet pense qu'il serait impossible d'exiger le grade de bachelier ès-sciences en même temps que ceux de bachelier, licencié et docteur en pharmacie. Cependant, ajoute-t-il, il votera pour la proposition de la Commission, afin que dans le cas où l'érection des Ecoles de pharmacie en Facultés ne serait pas accordée, les pharmaciens eussent au moins obtenu l'avantage du baccalauréat ès-sciences.

M. Alph. Garnier demande que l'on ajoute à la proposition n° 2, que le baccalauréat ès-sciences ne sera exigible qu'en 1850.

La proposition n° 2 est mise aux voix avec l'amendement de M. Alph. Garnier.

Elle est adoptée.

M. Lepère prend la parole sur la proposition n° 3.

Il demande que les élèves en pharmacie puissent être admis à subir leurs examens et obtenir leur diplôme de pharmacien, à la condition de fournir les diplômes de bachelier ès-lettres, ès-sciences, et d'un certificat de sept années de stage.

M. Abbadie demande que les élèves soient astreints à suivre un cours élémentaire après deux ans de stage.

M. Flon se rattache à la proposition de la Commission d'exiger quatre ans de stage.

Il insiste sur l'importance du stage pour former de bons praticiens; il fait remarquer d'ailleurs que l'enseignement libre qui a été adopté à la dernière séance offre aux élèves de nouveaux moyens d'instruction.

M. Guibourt fait observer qu'en exigeant des élèves le baccalauréat ès-science et quatre ans de stage, on mettrait les élèves dans l'impossibilité d'obtenir leur diplôme avant vingt-six ans, tandis qu'il est admis par tout le monde, et conforme à l'usage actuellement en vigueur, qu'un pharmacien puisse être reçu à vingt-quatre ans.

M. le président fait observer que le partage des études pharmaceutiques en trois années de stage et trois années de cours, est en rapport avec le système adopté dans les projets du gouvernement.

M. Alph. Garnier insiste pour que le stage soit fixé à quatre ans; c'est le seul moyen d'assurer aux pharmaciens les avantages d'un séjour prolongé des élèves dans les officines.

On doit aussi tenir compte des sacrifices qu'imposent aux familles les études théoriques.

Il propose, en conséquence, de réduire à deux ans le temps de ces études.

M. Soubeiran démontre que l'amendement de M. Garnier est en contradiction avec tout ce qui a été établi.

Dès qu'on réclame le titre de docteur, il faut que ce titre soit justifié par des études approfondies.

Deux années seulement ne sauraient remplir ce but.

Il est d'avis que trois ans de stage et trois ans d'études sont les conditions les plus convenables.

M. le rapporteur fait observer que l'assemblée ayant voté hier l'organisation des Ecoles préparatoires, et ayant fixé à un an la durée de ces études, si elle adoptait aujourd'hui que la durée des études théoriques fût seulement de deux ans, il faudrait que pendant la seconde année de ces études les élèves étudiassent la chimie et la physique générale, la botanique, la pharmacie, la toxicologie, etc., et consacrassent encore leur temps à un cours de manipulation.

La proposition de la Commission, amendée par M. Garnier, est adoptée.

M. le président consulte l'assemblée sur la proposition incidente de M. Lecère. Elle passe outre.

Propos. 4. — On passe à la quatrième proposition, qui est adoptée sans discussion.

Propos. 5. — Quant à la cinquième proposition, M. Garnier dit que cette proposition n'ayant rien de formel, elle ne doit pas être l'objet d'un vote. La Commission consent à la retirer.

Propos. 5. — On passe à la proposition sixième, devenue la cinquième.

M. Garnier demande qu'on intervertisse l'ordre des examens proposé par la Commission. L'examen sur la pharmacie serait le premier.

M. Soubeiran fait observer qu'il est important que les examens sur les sciences proprement dites précèdent les examens sur les sciences d'application. Il soutient la proposition de la Commission.

La proposition n° 5 est mise aux voix et adoptée.

On passe à la sixième proposition.

M. Cap rappelle que dans le rapport qu'il a fait en 1834 au nom des Sociétés de pharmacie et de prévoyance, on avait admis l'adjonction des pharmaciens exerçants aux professeurs dans les jurys d'examen.

M. Soubeiran parle en faveur de cette adjonction. Il établit d'ailleurs que dans les jurys ainsi composés, les pharmaciens exerçants devraient siéger à titre de jurés et non d'interrogateurs.

Il propose que les jurys soient formés de quatre professeurs, un agrégé et cinq pharmaciens exerçant.

M. Garnier propose que les pharmaciens soient choisis par la voie du sort.

M. Delagincorais appuie cette proposition. La Commission s'y rallie.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. Caventou.

M. Capuron lait un rapport sur un travail de M. le docteur Lechaptois (de Bolbec), intitulé : Entéro-hystérocèle et relatif à un cas de déchirure avec renversement complet de l'utérus.

Il s'agit d'une femme qui après la perte de son mari éprouva une suppression des menstrues. Elle néglige une légère hernie vaginale qui fait des progrès et cause de grands changements dans la cavité abdominale, d'où résultent des douleurs, des spasmes, des contractions musculaires, etc. M. Lechaptois, appelé trouve la masse intestinale qui est flottante sur les genoux de la malade, et qui est sortie par la matrice déchirée et renversée. Il nettoie aussitôt l'intestin, le réduit dans l'enceinte abdominale et l'y maintient. Mais après cette réduction, la malade, quoique dans un état désespéré, va mieux le lendemain, et après trois mois de convalescence et de guérison presque complète, elle est atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succombe. Point d'autopsie, les parents s'y étant opposés.

Le rapporteur fait plusieurs remarques sur cette observation. Il en cite une autre qui ressemble beaucoup à celle-là.

Conclusions. — Adresser une lettre de remercîments à l'auteur, et inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. — Adopté.

— *M. Landouzy* met sous les yeux de l'Académie une production anormale de la langue, ayant toutes les apparences d'un appendice pileux. Il s'agit d'un médecin qui, après une pleurésie aiguë, fut pris d'une récidive de la même maladie, à laquelle il succomba. Vers les derniers temps de sa vie on fut frappé, en examinant sa langue, de la trouver noire et comme recouverte d'une forêt de poils, ou du moins d'une production analogue à des poils. Il était presque incessamment occupé à les arracher ou à les enlever avec des pinces, ou en raclant avec un couteau.

M. Landouzy, ayant fait des recherches à cette occasion, n'a trouvé que deux observations du même genre, l'une rapportée par Meckel, l'autre consignée dans les ouvrages de Portal.

Il donne à cette production le nom de production piliforme, sans préjuger sa nature et uniquement à cause de sa ressemblance avec des poils; il pense que ce sont des productions de l'épithélium analogues aux productions épidermiques.

M. Delens. — Depuis plusieurs années j'ai entre les mains des poils qui ont été recueillis sur la langue d'un malade que j'ai vu avec notre collègue M. Mélier. C'est une production épidermique qui recouvre les papilles de la langue.

M. Piorry. — Je demande la parole.

M. le président. — Je crois qu'au lieu d'engager immédiatement une discussion sur cette communication, il serait plus convenable de renvoyer la note de M. Landouzy à une commission pour en faire l'objet d'un rapport verbal et d'ajourner la discussion à cette époque.

M. Velpeau pour une motion d'ordre. — On doit agir à l'égard d'un correspondant comme à l'égard d'un membre titulaire; il y aurait inconvenance à faire autrement. Je demande que la discussion continue.

M. le président. — En ce cas, j'accorde la parole à M. Piorry.

M. Piorry. — Je n'ai pas suffisamment vu les pièces pour me prononcer sur la nature de la production dont il s'agit. Je me bornerai donc simplement à une réflexion sur ce sujet : c'est que, ainsi que je l'ai exprimé il y a longtemps dans le Dictionnaire des sciences médicales, les papilles de la langue sont extrêmement serrées les unes contre les autres et se terminent en petites pointes très aiguës. Or, je crois que la salive, se desséchant couche par couche sur l'extrémité de ces petites papilles, peut à la longue finir par constituer ces petits prolongements qui ont l'apparence de poils.

M. Blandin voudrait qu'on examinât ces productions à la loupe ou au microscope. Il doute que ce soient des poils; il penche plutôt à penser comme M. Delens, que c'est une production de l'épithélium.

M. Bégin. — Eu égard à la grande analogie de cette production avec les poils, je crois qu'il importe d'en faire un examen attentif, sans quoi l'on ne saura jamais sur quoi on discute. Je demande qu'on renvoie la pièce à une commission.

M. Landouzy. — Je me suis empressé de dire en commençant que je ne croyais pas que cette production fût constituée par de véritables poils; je l'ai appelée pilitorme uniquement par analogie. J'ai prié M. Donné de l'examiner au microscope, et il m'a dit n'y avoir point reconnu la texture des poils.

M. le président. — M. Landouzy consentant à ce qu'une commission soit nommée, je prierai MM. Blandin, Piorry et Delens d'examiner cette pièce et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission du prix Civieux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 novembre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Edmond Lemaître, médecin à Rabodanges, adresse un travail intitulé : Nouvelles recherches sur le mode d'action des médicaments dans le traitement des plaies, des ulcères, dartres, cancers, et de toutes les maladies externes, ainsi que des écoulements de toute nature, et en particulier sur l'emploi du nitrate de plomb comme agent de désinfection et de cicatrisation dans un grand nombre de ces affections.

L'auteur s'est demandé d'abord si c'est sur les solides ou sur les fluides qu'agissent les agents chimiques qu'on emploie dans le traitement des maladies externes.

Pour arriver à ce but, et résoudre cette importante question, il a cru devoir préalablement faire des expériences sur les différents principes qui constituent le sang, le sérum, la fibrine et la matière colorante. Il a examiné attentivement ce qui se passe à la surface d'une plaie qui parcourt régulièrement ses périodes de cicatrisation. Il a étudié également ce qui s'y passe quand on la couvre de topiques propres à favoriser la formation de la cicatrice. Enfin, il a étudié l'action des médicaments dont les propriétés sont généralement reconnues dans la pratique médicale, ainsi que l'action de ceux qui produisent des effets contraires; c'est-à-dire qui loin de favoriser la cicatrisation, semblent au contraire s'y opposer.

Les recherches et les expériences de M. Lemaître l'ont conduit à cette conclusion, que c'est l'albumine du sérum du sang qui joue le principal rôle dans les maladies internes et externes; que c'est elle seule, qui s'organise pour former les cicatrices et toutes les transformations de tissus; que c'est elle enfin qui se décompose dans la formation du pus.

C'est sur elle qu'agissent les acides et les alcalis, ainsi que les sels à base métallique ou à réaction acide. C'est en la liquéfiant ou en la coagulant qu'on obtient la guérison dans la plupart des maladies, et que l'on prévient ou qu'on arrête la putréfaction et l'infection des surfaces ulcérées, et lorsqu'on n'agit pas sur l'albumine, on ne doit se proposer d'autre but que d'exciter ou de calmer le système nerveux pour régulariser les actions vitales.

L'auteur examine successivement l'action des acides minéraux, des sels à base métallique sur l'albumine; la coagulation de l'albumine par la chaleur et par l'alcool; le mécanisme de la cicatrisation des plaies, des ulcères et des affections catarrhales; le mode d'action des agents chimiques dans le traitement des écoulements et ulcères, la formation du pus et de la putréfaction à la surface des plaies, etc.

Quant à la désinfection des plaies par l'application du nitrate de plomb, l'auteur la considère comme un moyen capable de rendre les plus éminents services.

Ce sel n'est pas le seul qui jouisse de la propriété d'arrêter la putréfaction. Tous ceux qui précipitent l'albumine jouissent de cet avantage à un plus ou moins haut degré, tels que les nitrates d'argent, de mercure, de zinc, de fer, les sels à base d'albumine, l'acétate de plomb; mais il a sur tous les autres l'avantage de décomposer les chlorures et les sulfates, et de précipiter l'albumine sans irriter les plaies. Il est d'autant plus précieux qu'il peut être employé à l'état liquide et à l'état solide. A l'état liquide, en dissolution concentrée entre 15 et 25°, et à l'état solide en le fondant et en le coulant dans une lingotière comme le nitrate d'argent, et l'employant en crayon dans un grand nombre de circonstances.

— *M. Guyon* en oie une note sur le goître et le crétinisme en Algérie. Le goître s'observe de temps à autre en Algérie, à Bougie, à Constantine et dans quelques autres points que nous occupons dans le voisinage des montagnes, mais seulement sur des indigènes provenant de ces montagnes.

Tout porte à croire que le goître est connu dans la grande montagne de l'intérieur, mais ces montagnes nous sont encore inconnues.

De toutes nos positions algériennes, il n'en est qu'une seule, Blidah, qui soit en puissance de produire le goître. Comme tous les pays goîtreux, celui-ci se fait remarquer par le pittoresque de sa position comme par l'abondance et la vigueur de la végétation.

Les habitants de Blidah ont généralement le cou épais, empâté, la thyroïde développée. Ce sont surtout les femmes qui offrent cette disposition morbide. Des goîtres bien développés et assez nombreux, eu égard au chiffre de la population, s'observent à Blidah.

Je ne sache pas que des crétins y soient jamais nés; mais, comme dans toutes les localités goîtreuses non en puissance de produire le crétinisme, on y rencontre bon nombre d'idiots.

Un seul crétin jusqu'à ce jour a été vu par nous en Algérie; il se présenta à Bougie en 1839.

— M. le docteur *Parchappe*, de Rouen, adresse pour le concours de physiologie expérimentale un mémoire accompagné de planches sur la structure et les mouvements du cœur.

— *M. Pétrequin*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, envoie pour le concours Montyon l'exposé d'une méthode qu'il emploie pour guérir certains anévrismes sans opération, à l'aide de la galvanopuncture.

— *M. Frédéric Moullet* a remis un Mémoire intitulé : Des êtres en général et de l'être organique en particulier, considéré sous le rapport de ses fonctions physiologiques. C'est un travail presque tout métaphysique et qui n'est pas susceptible d'analyse.

— Enfin, *MM. Chauffard*, d'Avignon, et *Sédillot*, de Strasbourg, adressent la liste de leurs titres à l'appui de leur candidature pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine et chirurgie.

Hier, à quatre heures, l'Académie royale de médecine s'est formée en *comité secret*. Cette séance a été entièrement consacrée à la discussion du Rapport de M. Falret, relatif aux ouvrages envoyés au concours ouvert, il y a deux ans, sur le traitement des maladies produites par la sur-excitation nerveuse.

Les conclusions de la Commission, qui mettait en première ligne les numéros 11 et 17, et en deuxième ligne les numéros 5 et 2, ayant été adoptées, le président a rompu les enveloppes sous lesquelles étaient cachés les noms des compétiteurs, a proclamé les résultats suivants :

Prix : Consistant en une médaille d'or de la valeur de 1,200 fr.

Ex æquo. M. H. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, etc., auteur du mémoire n° 11.

— M. Brachet, chevalier de la Legion d'Honneur, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc., auteur du mémoire n° 17.

Première mention honorable.

M. le docteur Emile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

Deuxième mention honorable.

M. le docteur de Renzi, de l'Université de Naples.

Un fait très remarquable dans cette circonstance, c'est que M. le docteur Landouzy a déjà obtenu précédemment deux médailles d'or au concours Montyon, et que c'est la deuxième fois que l'obtient M. le docteur Brachet, si connu déjà par ses importants travaux sur le système nerveux ganglionnaire.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

VENDREDI 7 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 133. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 4. — Elèves.*

La séance est ouverte à deux heures et demie.

Le procès-verbal de la séance du 4 novembre est lu par le secrétaire.

M. Garnier fait observer qu'il y a à Alger une Ecole de médecine à laquelle sont admis les élèves civils.

Un Membre affirme, contrairement à l'assertion de M. Garnier, que l'Ecole d'Alger n'existe plus.

M. Maisonnabe revient, à l'occasion du procès-verbal, sur la nécessité de définir les mots : *Corps médical.*

Le procès-verbal est adopté.

— *Le secrétaire général* donne lecture d'une lettre de M. Malgaigne, relative à la permutation des chaires dans les Facultés. (Renvoyée à la Commission n° 3, pour être examinée en séance générale.)

— La parole est à M. Caussé pour la lecture du Rapport de la Commission n° 4.

Messieurs,

La Commission n° 4 s'est réunie les jours indiqué. Elle a nommé pour président M. Mélier, pour son vice-président, M. Philippe, et m'a confié la mission honorable de présenter et soutenir ses opinions sur les questions proposées devant le Congrès médical.

Permettez-donc, Messieurs, à son organe, de vous soumettre quelques principes que vous devez considérer comme un exposé des motifs qui ont entraîné notre manière de voir. Je serai précis autant qu'il me sera possible : car le temps me manque pour vous offrir tous les développements que vous pourriez désirer. Allons droit au but, et faisons en sorte que les vœux que nous allons exprimer soient utiles et réalisables.

Accordez-moi, Messieurs, une bienveillante attention.

Les questions que la Commission avait à résoudre sont les suivantes :

1° Quelles garanties d'aptitude faut-il demander aux élèves qui se destinent à l'étude de la médecine ?

2° Rechercher si les règlements actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies, et la preuve qu'elles ont été suivies sont suffisantes et efficaces.

3° Dans le cas de la négative, indiquer une organisation nouvelle.

4° Examiner la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine, avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement.

5° Indiquer un mode efficace, d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux.

La première question est de la plus haute importance ; elle a pour but l'avenir des générations médicales, et à ce titre elle mérite toute notre sollicitude. Aussi la Commission l'a-t-elle prise en sérieuse considération. Elle a émis le vœu que l'élève qui voudrait étudier l'art de guérir, fût pourvu, avant toute inscription, des deux diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences physiques.

En exigeant du jeune étudiant ces connaissances préliminaires, elle a voulu qu'il fût capable d'interpréter et de bien comprendre les dogmes de la médecine ; car il importe à la société, ainsi qu'à la science, de ne point confier, autant que faire se pourra, à des mains inhabiles les armes dangereuses de la thérapeutiques. Les moyens proposés par votre Commission ont encore un autre but : elle a voulu déblayer ainsi les avenues du temple de la médecine. Il n'y aura que ceux qui se sentiront dignes et capables qui demanderont à entrer dans le sanctuaire. Sans doute, dans le temps où nous vivons, il faut rendre toutes les carrières accessibles au fils de l'artisan, comme à celui de l'homme riche ; mais, avant tout, il faut que l'un comme l'autre donnent des garanties à l'art par des études préparatoires qui les rendent aptes à parcourir la carrière médicale.

Ainsi donc, sur la première question, votre Commission émet le vœu : que les deux diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences physiques soient obtenus par l'élève en médecine préalablement à la première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole préparatoire.

La seconde question présente trois points à considérer :

1° L'ordre des études ;

2° La manière dont elles sont suivies ;

3° La preuve qu'elles ont été suivies.

La Commission a été unanimement d'avis que pour faire de bonnes études médicales et complètes, il fallait en prolonger la durée. Elle a pensé qu'une période de cinq années était nécessaire, alors surtout que l'élève sera désormais soumis à d'autres exigences par suite des nouvelles chaires qui ont été créées.

Quant à l'ordre des études, voici ce qu'elle vous propose dans le tableau suivant.

Le 1er examen comprenait l'anatomie et la physiologie ;

Le 2e, la pathologie interne et externe ;

Le 3e, la chimie, la physique, la pharmacie, la pharmacologie, l'histoire naturelle ;

Le 4e, l'hygiène, la matière médicale, la thérapeutique, la médecine légale et la toxicologie.

Le 5e, les accouchements, la médecine opératoire et la pathologie spéciale.

Le 6e, la clinique interne et externe et la pathologie générale.

La Commission a pensé qu'il devait y avoir un déplacement dans l'ordre des examens ; par cette raison, que vous approuverez sans doute, que l'élève venant de subir l'examen pour obtenir le diplôme de bachelier ès-sciences, ne devait pas de suite recommencer ses études, et qu'il était plus convenable qu'il abordât immédiatement l'étude de l'anatomie et de la physiologie, qui, il faut le dire, ne sont pas assez longuement étudiées dans les Facultés, ainsi que l'a reconnu votre Commission. L'étude du cadavre, comme aussi celle de l'homme vivant, sont la base de toute bonne éducation médicale ; elles en sont le pivot, et à ce titre on doit lui consacrer un temps suffisant.

Quant au second point, savoir la manière dont les études sont suivies, voici, Messieurs, l'opinion de votre Commission. Il est des élèves studieux, et pour qui les règlements sont inutiles ; mais il en est d'autres qu'il faut obliger et forcer en quelque sorte à suivre les cours et les cliniques de leurs professeurs. Sans cela ils prennent, comme on l'a vu assez souvent, leurs inscriptions, et font ensuite d'assez longues absences, ou ne paraissent même pas du tout dans les Facultés ; c'est contre ces fâcheuses dispositions qu'il faut prendre des mesures réglementaires, pour les mettre dans l'impossibilité de suivre une pareille voie ; car si au jour de leurs examens les professeurs sont indulgents, ils feront bien malgré eux des docteurs qui souvent n'auront pas assisté une seule fois à leurs leçons.

La Commission a cherché quelles mesures elle pourrait employer pour empêcher ces déplorables abus : elle a pensé qu'on devait classer les élèves par année, et les obliger à suivre les cours qui leur seraient indiqués.

Quant à la preuve que ces cours ont été suivis, l'appel nominal est bon en lui-même, mais impraticable dans les Facultés, où il y a de nombreux élèves ; l'expérience en a fait justice. Aussi, nous ne le proposons pas.

Nous le restreignons seulement aux Ecoles secondaires, où il est réellement applicable par suite du nombre peu considérable des élèves, qui sont presque tous connus du professeur.

Quel moyen cependant vous proposerons-nous pour établir la preuve que les études ont été suivies dans les Facultés ? Le voici, Messieurs, tel que votre Commission l'a formulé. Elle veut que dans les Facultés, l'élève inscrive son nom sur un registre *ad hoc* une fois par semaine.

On a dit, Messieurs, que des faux-privés pourraient être commis. Nous en sommes convenu ; mais si ce cas se présentait, il faudrait que l'élève coupable, s'il était connu, et il le serait, fût puni d'abord par la perte de quatre inscriptions pour la première fois, et par son expulsion de l'Ecole à la seconde.

Il existe un autre moyen d'assurer les études, et celui-ci a réuni les suffrages unanimes de la Commission.

Nous émettons le vœu que les élèves, tant dans les Facultés que dans les Ecoles préparatoires, ne puissent passer d'une année à l'autre qu'après avoir soutenu un examen probatoire et gratuit comme garantie de leur assiduité aux divers cours de l'année et de leur capacité. Ceux qui ne satisferaient pas à cette épreuve pourraient être ajournés à trois mois et à six mois.

Cette mesure permettrait de revenir à l'ancien mode des examens, que le candidat soutenait à la fin de ses études.

Voici la réponse que nous faisons à l'ensemble de la deuxième question.

Deuxième question. — Il serait bon de régler les examens d'après l'ordre établi ; de diviser les élèves par année, et les obliger à suivre les cours indiqués ; de voter l'appel nominal pour les Ecoles secondaires ; l'inscription sur un registre *ad hoc*, du nom des élèves une fois par semaine dans les Facultés, et surtout la mesure des examens probatoires annuels.

Troisième question. — La troisième question, examiner la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques Ecoles spéciales du gouvernement, a paru à votre commission et à l'unanimité d'une difficile réalisation, sinon d'une impossibilité absolue. Quels bâtiments ne faudrait-il pas pour caserner, passez-moi l'expression, les nombreux élèves en médecine qui sont appelés dans les Facultés, et en particulier dans celle de Paris ? Comment les soumettre à un régime uniforme ? Comment leur faire suivre les différentes cliniques disséminées dans la ville ? Comment, enfin, les lier par un règlement obligatoire, eux qui n'ont souvent d'autre but en étudiant la médecine que de s'engager dans une profession parfaitement indépendante.

Quatrième question. — La Commission s'est enfin occupée d'indiquer un mode efficace d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux. Elle a senti toute l'importance de cette question. C'est par la clinique faite au lit du malade que se forment les véritables praticiens ; c'est dans la fréquentation de ces asiles consacrés libéralement à toutes les infirmités humaines que le médecin se forme au diagnostic et apprend l'art de guérir, en voyant l'application journalière d'une thérapeutique rationnelle. Aussi tous les grands médecins recommandent-ils la fréquentation des hôpitaux. C'est là le véritable livre que nous devons tous interroger ; c'est là que se brisent les systèmes enfantés dans le silence du cabinet. La nature nous y rappelle souvent au véritable sentier de l'observation. Heureux ceux que le prisme de leurs opinions n'aveugle pas assez au point de méconnaître ses salutaires avis.

La Commission propose le moyen suivant, qu'elle soumet à votre sanction, et qu'elle a adopté à l'unanimité.

Elle émet le vœu qu'à dater de la deuxième année, les élèves seront répartis par services entre les différentes cliniques de la Faculté ; et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique, sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques. De cette manière, les élèves seraient contraints à fréquenter les hôpitaux et, par un roulement bien entendu, pourraient apprécier les qualités diverses qui, soit dans le manuel opératoire, soit dans la médecine pratique, distinguent les professeurs de ces cliniques. Si ce mode était applicable à Paris, il le serait encore davantage dans les autres Facultés, ainsi que vous pouvez vous en convaincre.

Pour étendre et justifier les études pratiques, la Commission émet le vœu que chaque élève soit tenu à faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins.

1° Obtention des deux diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences physiques, par l'élève en médecine, préalablement à toute première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole préparatoire.

2° *Pour l'ordre des études :*

- 1° Anatomie et physiologie ;
- 2° Pathologie interne et externe ;
- 3° Chimie, physique, histoire naturelle, dans leur application immédiate à la médecine, pharmacie et pharmacologie.
- 4° Hygiène, matière médicale, thérapeutique, médecine légale et toxicologie.
- 5° Accouchements, médecine opératoire, spécialités ;
- 6° Clinique interne et externe, pathologie générale, histoire générale de la médecine, et thèse.

3° Diviser les élèves par années, et les obliger à suivre des cours indiqués.

4° L'appel nominal dans les Ecoles secondaires.

5° L'inscription du nom des élèves sur un registre *ad hoc* dans les Facultés une fois par semaine.

6° Examens probatoires et gratuits de fin d'année pour tous les élèves.

7° L'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques Ecoles spéciales du gouvernement, a paru à votre Commission d'une impossibilité absolue dans l'état actuel des choses.

8° A dater de la deuxième année, les élèves seront répartis par séries entre les différentes cliniques de la Faculté ; et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique, sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques.

9° Enfin le dernier vœu de la Commission est que chaque élève soit tenu de faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins à Paris, et un an dans les Ecoles préparatoires.

Vingt-deux amendements ont été proposés.

M. Rigat demande que pour éviter toute confusion, les amendements soient présentés au Bureau au fur et à mesure de la lecture des conclusions. (Adopté.)

La discussion s'ouvre sur la première conclusion.

Première conclusion. — L'obtention des deux diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences physiques pour l'élève en médecine préalablement à la première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole préparatoire.

M. Laussedat, de l'Allier, commence par rendre hommage aux soins et aux travaux de la Commission, quoiqu'il n'en partage pas toujours l'avis. Il pense que l'on ne doit pas exiger de diplôme de bachelier ès-sciences des élèves en médecine. Il y a double emploi avec les études médicales. Il y a superfétation. Pour le baccalauréat ès-sciences, on demande les mathématiques, arithmétique et géométrie élémentaire.

Les mêmes connaissances sont exigées pour le baccalauréat ès-lettres. En médecine, on exige la chimie, la physique et l'histoire naturelle que l'on demande aux bacheliers ès-sciences. S'il constitue une entrave et un impôt, ce diplôme du baccalauréat ès-sciences, nous devons le supprimer. L'élève ne subit qu'un examen de médecine opératoire, un d'accouchements, et il en subira deux de mathématiques, deux de chimie. C'est un abus qu'il faut réprimer. L'orateur serait plus disposé à demander que l'on exigeât des élèves en médecine la connaissance du dessin Mais il conclut à ce que l'on exige seulement le diplôme de bachelier ès-lettres.

Le rapporteur cherche à prouver que la Commission a voulu rendre la tâche de l'élève plus facile, en ne lui demandant plus tard que l'application des sciences qu'il aura apprises pour le baccalauréat ès-sciences.

M. Langlebert croit que le baccalauréat ès-lettres est insuffisant pour les sciences physiques et mathématiques. Il voudrait que l'on rendît même plus sévères les épreuves du baccalauréat ès-sciences. Les con-

naissances chimiques sont de la pus haute importance, et c'est su elles qu'il faut insister principalement tout d'abord. Il propose un amendement en ce sens.

M. Tardieu propose de retrancher les mots : préalablement à la première inscription.

Il demande sur ce point le *statu quo*. Ce serait faire perdre un an à l'élève qui se destine à la médecine. Il est à peu près impossible de passer les deux examens de baccalauréat pendant le cours de la même année.

M. le rapporteur fait observer que si l'élève échoue à son examen de baccalauréat ès-sciences, il perdra une année, ce qui n'arrivera point par suite du projet de la Commission.

M. Boitel (de Caen) s'élève, comme M. Laussedat, contre le baccalauréat ès-sciences, qui n'est qu'une entrave et une superfétation. Les examens de baccalauréat ès-lettres sont devenus beaucoup plus difficiles; ils paraissent à l'orateur suffire pour les garanties que l'on attend des médecins.

M. Combes. On a voté les Ecoles préparatoires. La conclusion actuelle annule les Ecoles préparatoires, et les tue. On a dit qu'il faut relever la dignité de l'art; soit. Mais quelles sont les conditions dans lesquelles se trouvent les élèves? Ils sortent des colléges, et là existent des chaires de physique et de chimie; par conséquent, des garanties insuffisantes d'une bonne éducation scientifique. Dans le baccalauréat ès-lettres, on exige les mathématiques à un haut degré, et suffisamment pour les études médicales. Vous exigez que les élèves soient bacheliers ès-sciences, et sachent la chimie et la physique. Que feront donc les Ecoles préparatoires si vous leur envoyez des élèves tout instruits et n'ayant plus besoin de suivre nos cours de chimie et de physique.

Je conclus, dit-il, que l'on n'exige que le baccalauréat ès-lettres pour les élèves des Ecoles préparatoires, mesure qui diminuera le nombre des élèves sans tuer complétement les Ecoles préparatoires.

L'amendement de M. Laussedat étant appuyé, est mis aux voix et rejeté. Le voici.

« L'élève, pour être admis dans une Ecole ou dans une Faculté de médecine. devra présenter seulement le diplôme de bachelier ès-lettres. »

M. Forget, de Paris, rappelle que le baccalauréat ès-sciences est souvent une entrave pour les élèves des Ecoles préparatoires. Il vote contre l'article de la Commission.

M. Rigal. Une assemblée telle que la nôtre peut rendre des arrêts, mais ne peut se déjuger. Vous avez voté des Ecoles préparatoires; qu'allez-vous faire aujourd'hui? Entraînés par le désir de maintenir notre dignité, vous allez mettre un obstacle à la porte des Ecoles de médecine et empêcher les élèves en grand nombre d'y entrer. Par le baccalauréat ès-sciences tout d'abord, vous tuez les Ecoles préparatoires.

L'amendement de M. Forget est mis aux voix.

« Le grade de bachelier ès lettres sera exigible pour prendre la première inscription dans les Ecoles préparatoires.

» Le grade de bachelier ès-sciences sera exigible pour prendre la première inscription dans les Facultés de médecine. » (Adopté.)

M. Rigal. Il semble, d'après quelques explications, que l'assemblée ait été surprise. Il est évident que l'on tue, avec cet article, les Facultés au profit des écoles préparatoires, chez lesquelles vont se réfugier tous les élèves.

M. Tardieu propose de supprimer seulement de l'article de la Commission, les mots : *avant la première inscription*. C'est le *statu quo* purement et simplement.

L'amendement de M. Tardieu est mis aux voix et adopté. Le voici:

« Pour les Facultés, bachelier ès-lettres avant la 1re inscription, bachelier ès-sciences avant la cinquième. »

La discussion s'ouvre sur la 2e conclusion.

Deuxième conclusion. Ordre des études :

1° Anatomie et physiologie; 2° pathologie interne et externe; 3° chimie physique, histoire naturelle, dans leurs applications immédiates à la médecine, pharmacie et pharmacologie; 4° hygiène, matière médicale et thérapeutique, médecine légale et toxicologie; 4° accouchements, médecine opératoire et spécialités; 6° clinique interne et externe, pathologie générale, thèse.

M. Forget, de Strasbourg, demande la suppression de l'article qui n'est que réglementaire. (Adoptée à l'unanimité.)

La discussion s'ouvre sur la troisième conclusion.

Troisième conclusion. Diviser les élèves par années, et les obliger à suivre les cours indiqués.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée sans aucune discussion.

Les trois conclusions suivantes sont mises aux voix sans aucune discussion.

Quatrième conclusion. L'appel nominal dans les Ecoles secondaires. (Adoptée.)

Cinquième conclusion. L'inscription du nom des élèves sur un registre *ad hoc*, dans les Facultés une fois par semaine. (Rejetée.)

Sixième conclusion. Examen probatoire de fin d'année pour tous les élèves. (Adoptée.)

La discussion s'ouvre sur la septième conclusion.

7° L'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement, a paru à la Commission d'une impossibilité absolue dans l'état actuel des choses.

M. Camille Bernard voudrait que les élèves fussent séquestrés dans des locaux qui seraient surveillés par le gouvernement. Il rappelle les dangers qui entourent la jeunesse. (Interrompu par de vives interpellations.)

L'orateur se borne à demander l'internat facultatif, si l'on refuse l'internat obligatoire.

M. Vannier (du Havre) appuie l'internat facultatif, qui aurait pour avantages d'enlever aux séductions qui les entourent, quelques élèves dont on aurait peine à se rendre maître sans cette mesure. Il demande donc en conséquence le casernement des élèves dans des locaux voisins des hôpitaux.

M. Sanson (Alphonse) rappelle que par expérience il a prouvé la possibilité du casernement des élèves. Parmi les quatre-vingts élèves qui étaient à la seconde année dans l'Ecole préparatoire qu'il avait ouverte, quarante y étaient venus spontanément. Mais il leur faut une plus grande liberté que dans les Ecoles du gouvernement, même l'Ecole polytechnique. Puis il faudrait que le gouvernement mît des collections et des bibliothèques à la disposition de ces établissements. Il n'est besoin que d'une seule chose, c'est l'autorisation du gouvernement. L'orateur se résume en disant qu'il demande liberté tout entière pour les élèves, de rester isolés ou de se réunir dans des établissements privés.

M. Serres voudrait que l'on ne tînt pas les élèves en suspicion. Il s'en trouve chaque jour entouré, et toujours il les a vus dignes et convenables.

M. Delasiauve. Je suis malheureusement l'auteur du mot casernement des élèves; ce mot, qui a été mal interprété, je le retire, car mon intention n'est pas d'assimiler les élèves à des soldats. Mais je voudrais l'habitation des élèves dans les hôpitaux.

Il est donné lecture d'un amendement de M. Bernard, qui est appuyé et mis aux voix.

« Le Congrès exprime le vœu que le gouvernement ouvre des établissements destinés à l'internat facultatif des élèves. » (Adopté.)

La discussion s'ouvre sur la huitième conclusion.

Huitième conclusion. — A dater de la deuxième année les élèves seront répartis par séries entre les différentes cliniques de la Faculté, et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques.

M. Lisfranc. Cet article restreindrait singulièrement la liberté de l'enseignement. Il est évident que les mots *pourront autoriser* implique aussi la possibilité du refus de cette autorisation. Il ne faut pas que ce refus soit possible. Tout le monde sait que depuis un an on a demandé des élèves pour les services dans les hôpitaux. Ces élèves peuvent choisir les services qu'ils veulent suivre. Par cet article, vous soumettez les élèves à l'autocratie du chef d'une école rivale de l'enseignement particulier.

L'amendement de M. Lisfranc consiste à substituer à ces mots *pourront être autorisés*, ceux-ci : *pourront sans autorisation suivre les cours*, etc.

M. Lisfranc ajoute qu'il est bien convenu que les élèves feront acte de présence et d'assiduité à ces cours particuliers.

M. Burguières demande la suppression complète de l'article, les certificats des médecins des hôpitaux suffisant actuellement pour les besoins de l'enseignement.

La suppression demandée par M. Burguières est mise aux voix et adoptée.

La discussion s'ouvre sur la 9e conclusion.

Neuvième conclusion. Enfin chaque élève sera tenu de faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins, à Paris, et un an dans les Ecoles préparatoires.

— *M. Tournier* propose un amendement qui n'est pas appuyé.

M. Magne propose un amendement qui est appuyé par M. Cazeaux, et qui tendrait à prolonger la durée du service de 6 mois à un an.

M. Lisfranc voudrait qu'après réception, le médecin fût mis à l'épreuve dans les hôpitaux. Il rappelle l'utilité des études cliniques, sans lesquelles il n'est pas de véritable praticien.

L'amendement de M. Magne est mis aux voix et adopté.

« Les élèves feront un service actif dont la durée sera de deux ans au moins. »

D'après une proposition additionnelle de la Commission, formulée par M. le rapporteur, le temps des études médicales sera dorénavant fixé à cinq ans au lieu de quatre. (Adopté).

Un membre propose que le prix des inscriptions soit abaissé (non appuyé), la question devant être examinée dans la séance de demain.

La séance est levée à cinq heures.

Fin du rapport de M. Gaulthier. — Professeurs. Agrégés.

(*V.* le n° précédent.)

Votre Commission n'a pas dû examiner une autre objection, qu'on a soulevée timidement, savoir, que ces hommes honorables au sort desquels on semble prendre un si vif intérêt ne possèdent peut-être pas toutes les qualités d'élocution facile, de clarté d'expression, de netteté d'exposition, d'aplomb enfin que le professorat public rend indispensables. Ce serait, en effet, reconnaître explicitement que ces honorables praticiens ne sont réellement pas capables d'être pourvus d'une chaire publique.

Enfin, objectera-t-on peut-être, le concours ne donne pas la garantie absolue que le plus digne sera toujours nommé. Eh! Messieurs, les autres modes de nomination la donnent encore moins cette garantie, et il est indubitable que, par le concours, on n'aura jamais un professeur sans aucune capacité, sans aptitude pour le professorat. Si, par un malheur qui arrivera rarement, on n'a pas toujours le plus digne, on aura au moins toujours un homme parfaitement en état de transmettre ses idées et d'exposer méthodiquement l'état de la science.

Aussi, Messieurs, le concours public est-il le mode que vingt-huit Sociétés savantes et un grand nombre de médecins de la plus haute distinction, dont plusieurs sont professeurs dans des Facultés ou des Ecoles secondaires, réclament avec force contre deux Sociétés de Paris, qui préfèrent l'élection par l'autorité; et votre Commission, se réunissant à l'unanimité à une aussi imposante majorité, vous propose de demander avec instance et énergie; le *concours* pour la nomination aux diverses chaires qui deviendront à l'avenir vacantes dans les Facultés de médecine, les Ecoles secondaires et les Ecoles vétérinaires. Que se soit un des articles de la loi qui sera présentée prochainement aux Chambres, afin que cette mesure, une fois revêtue de la sanction législative, ne puisse plus être suspendue ou abrogée par un ministre tout-puissant, encore moins par le chef du Conseil royal, au profit du népotisme et de la médiocrité.

Le concours est donc le mode auquel nous venons vous proposer de donner une adhésion entière. Mais, pour qu'il procure tous les avantages qu'on en attend, il est d'une immense importance de bien constituer le *Jury* qui est chargé de faire la nomination, sous peine de voir le concours devenir illusoire et présenter à son tour la plupart des inconvénients graves qui vous détermineront sans doute à écarter les autres modes, il faut qu'il offre toutes les garanties désirables de lumière, d'indépendance dans les juges.

Formation du Jury. A cet égard, de toutes parts il s'est élevé une opinion fortement appuyée, tendant à faire prendre ce qu'on n'a pas craint d'appeler des garanties contre les tendances des corps enseignants. Sans aller jusqu'à réduire ces derniers au rôle secondaire d'examinateurs devant un Jury étranger aux Facultés, aux Ecoles, et qui seul jugerait en dernier ressort, on s'est généralement accordé à demander qu'à l'instar de ce qui se passe depuis quelques années pour la Faculté de médecine de Paris, on formât un Jury mixte, où les juges étrangers fussent dans une proportion que les uns ont demandée double, les autres égale au nombre des professeurs juges. Votre Commission a mûrement étudié cette question et pesé les raisons qu'on a fait valoir dans les divers systèmes; voici à quoi elle s'est arrêtée.

Le Jury doit être mixte, c'est-à-dire composé de professeurs et de juges pris en dehors des Facultés et Ecoles. — Les juges que ces dernières fourniront devront être, comme cela se pratique pour la Faculté de Paris, les titulaires de chaires diverses invariablement désignées à l'avance, selon qu'il s'agira de pourvoir à la vacance de telle autre chaire. Dès lors, rien n'est laissé à l'arbitraire. Si le nombre des juges que les chaires désignées fournissent est jugé insuffisant, le corps enseignant choisit un ou plusieurs juges au plus, par la voie du sort, parmi les titulaires dont les chaires ont des rapports déterminés avec la chaire vacante. Dans tout cela, comme vous le voyez, point de place à l'intrigue, à l'opposition systématique à l'égard d'un candidat. Les juges sont légalement désignés à l'avance, avant même que la chaire ait été déclarée vacante.

Quant aux juges à prendre en dehors de la Faculté, voici ce qui se passe à Paris pour la Faculté de médecine, et que nous vous proposons de maintenir pour cette Faculté, et d'appliquer à l'Ecole de Pharmacie. L'Académie royale de médecine, par suite d'une ordonnance rendue sur l'avis même de cette Compagnie, charge certaines des sections qui la composent, et qui, comme les chaires correspondantes de la Faculté, sont désignées à l'avance par une disposition permanente, de choisir dans leur sein ou dans toute l'Académie un nombre déterminé de juges et de suppléants, qui s'adjoignent aux professeurs-juges pour composer le Jury du concours. Ce choix des sections de l'Académie se fait au scrutin secret et individuel, à la majorité absolue des suffrages.

Pour l'Ecole de pharmacie, outre les juges fournis par les corps eux-mêmes, les autres juges seront demandés aux sections de chimie et de physique médicale, de pharmacie et de médecine légale de l'Académie royale de médecine, à la condition expresse que ces juges seront ou auront été des pharmaciens légalement reçus.

Dans les Facultés de médecine et les Ecoles de pharmacie autres que celles de Paris, outre les juges-professeurs qui seront fournis par ces corps eux-mêmes, les juges du dehors seront choisis par les Facultés ou les Ecoles tout entières, au scrutin secret et individuel, parmi les membres des Sociétés savantes reconnues et existant dans la ville où se trouve la Faculté ou l'Ecole, antérieurement à l'époque à laquelle est devenue vacante la chaire dont le titulaire est à nommer. A défaut de Sociétés médicales ou pharmaceutiques, le choix sera fait parmi les médecins et les pharmaciens établis dans la ville.

Quant à la *proportion* à établir entre les juges des corps enseignants et les juges du dehors, bien que quelques corporations médicales et quelques personnes en particulier aient demandé que cette proportion fût de la moitié et même des deux tiers en faveur des juges pris en dehors des Facultés et Ecoles, la Commission, s'étant rendu un compte exact des résultats des divers Jurys mixtes qui ont été formés pour la Faculté de Paris depuis plusieurs années, vous propose à l'unanimité de fixer cette proportion au *tiers* seulement, attendu qu'il est d'expérience que les juges-professeurs ne sont pas unanimes dans leur choix, et que si, par un motif quelconque, leur majorité faisait fausse route, la minorité trouverait infailliblement dans les juges de l'Académie le moyen de prévenir une erreur ou une faute. On peut même avancer avec certitude que, depuis que l'Académie royale de médecine concourt aux jugements, c'est elle qui a fait ou amené les nominations. A cette occasion, votre Commission émet le vœu formel que toujours, au moment de prononcer le jugement, les juges se trouvent en *nombre impair*, par l'adjonction immédiate d'un des suppléants, afin qu'en cas de partage des voix le président du concours n'ait pas le désagrément de faire usage d'un suffrage prépondérant, ce qui a toujours quelque chose de désobligeant pour le candidat qui se voit éliminé ainsi à découvert, puisque, dans le cas de partage égal des suffrages, le président est obligé de déclarer à haute voix pour quel candidat il a voté.

Pour la nomination dans les Écoles vétérinaires, la Commission s'étant éclairé des lumières des vétérinaires qu'elle comptait parmi ses membres, et aussi des renseignements spéciaux qu'elle s'est procurée auprès de la section de médecine vétérinaire qui existe dans le Congrès, votre Commission, dis-je, vous propose un jury composé de huit membres sous la présidence de l'Inspecteur général de ces Ecoles, et, à son défaut, du directeur de l'Ecole où le concours aura lieu. Quatre de ces membres seraient choisis par le Ministère parmi les professeurs de l'Ecole vétérinaire et de la Faculté ou Ecole de médecine de la même ville. Les quatre autres membres seraient désignés par le sort, à Paris, sur une liste de quinze vétérinaires non professeurs, et pour les autres départements sur une liste de dix, et ces listes seraient formées par MM. les préfets des départements respectifs, qui seraient invités à y faire entrer toutes les notabilités vétérinaires de ces départements et des corps en garnison dans la localité.

Une question grave s'est présentée ensuite à votre Commission, qui y a consacré toutes son attention et ne s'est prononcée qu'après une mûre délibération. Il s'agissait, en effet, de décider si les fonctions du professorat ne doivent avoir d'autre terme que celui de la vie même du professeur.

Fonctions des professeurs *temporaires*. — Messieurs, loin de l'esprit de votre Commission, loin du vôtre également, de prononcer durement le désobligeant *solve senes centum*. Les hommes savants qui ont mûri dans les veilles et les travaux de la science, et blanchi dans les fatigues du professorat, où beaucoup d'entre eux ont altéré leur santé, et qui, par une réputation justement méritée comme professeurs, comme juges dans les questions les plus ardues de la science, font l'honneur et la gloire de l'Ecole qui les possède à la tête de son enseignement; ces hommes que tant de génération d'étudiants se sont heureusement accoutumées à environner de leurs respects, à écouter avec une juste confiance; ces hommes, disons-nous, une Faculté ne peut consentir sans peine, sans des regrets amers, à s'en voir privée. Il en est même dont l'autorité semble s'accroître avec les années. Qui de nous n'aime à recueillis les avis, les décisions des anciens professeurs de clinique, des vieux professeurs de médecine légale? Il n'y a, en quelque sorte, pas d'âge pour les titulaires de semblables chaires.

Cependant, Messieurs, personne ne peut se le dissimuler, avec les années on devient moins capable de supporter les fatigues de l'enseignement. On aimerait à prendre quelque repos, on se sent tout disposé à s'en donner au détriment des

devoirs de la chaire qu'on occupe. Surtout, il arrive un âge où les facultés les plus brillantes d'un professeur jettent moins d'éclat; où ce dernier ne se soutient plus à la hauteur à laquelle il s'était jadis placé, et où si long-temps il s'était maintenue. Il arrive un âge où, si l'on y prêtait une oreille attentive, on entendrait sonner l'heure de la retraite.

Ce sont ces deux ordres de considérations contraires qui ont fait admettre par votre Commission, en cela d'accord avec un grand nombre de Sociétés savantes qui ont répondu à votre programme, — que les *fonctions du professorat public devront désormais être temporaires.*

Mais quel terme fixer au professorat? Deux systèmes se trouvaient en présence, et des motifs plausibles semblaient pouvoir également les appuyer. — Fixer la durée absolue du professorat. — Établir l'âge où le professorat cessera.

Adopterait-on une durée invariable, vingt, vingt-cinq ou trente ans? Mais la position des professeurs ne serait point égale pour tous, relativement à l'aptitude à remplir leurs fonctions jusqu'au terme fixé. S'il arrivait exceptionnellement qu'un médecin, qu'un pharmacien entrât fort jeune, à trente ans, par exemple, dans le professorat, il pourrait fort bien être très-capable encore de professer après trente ans d'exercice, à soixante ans d'âge. Mais s'il n'était avancé qu'à quarante-cinq ans, et, à plus forte raison à cinquante, il resterait donc professeur jusqu'à soixante-dix ans, jusqu'à quatre-vingts, c'est-à-dire jusqu'au delà des forces et du possible des hommes les mieux partagés de la nature.

D'ailleurs, si l'un arrivait à trente ans et que l'autre n'arrivât qu'à quarante-cinq, soyez bien persuadés, Messieurs, qu'à l'âge de soixante ans, le second, qui n'aura eu que quinze ans de professorat, sera aussi fatigué par les travaux de l'enseignement que le premier qui s'y sera livré pendant trente ans. Ce n'est donc pas dans la durée même du temps du professorat qu'il faut chercher la limite qu'il semble convenable de fixer à la carrière du professeur; mais bien dans l'âge même de ce dernier, à quelque époque qu'il soit parvenu à une chaire publique.

Ici, Messieurs, votre Commission, toute pénétrée qu'elle était de la justesse des considérations que j'ai eu l'honneur de vous présenter en son nom, sur l'aptitude réelle que conservent exceptionnellement quelques hommes favorisés de la nature, votre Commission, dis-je, s'appuyant sur l'opinion unanime de tous ceux qui ont répondu à la question, a arrêté qu'elle vous proposerait de fixer les limites de l'âge des professeurs à *soixante-cinq ans.*

Mais, Messieurs, en se privant à regret des services d'honorables professeurs, ne convient-il pas d'assurer à ceux-ci une position digne d'eux, digne de leurs services passés, digne de ceux qu'ils peuvent encore rendre?

Ici encore, il y a eu unanimité pour demander que les professeurs qui cesseront leurs fonctions à soixante-cinq ans jouiront de l'intégralité de leur traitement jusqu'à l'âge de soixante dix ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite; qu'ils conservent le titre de professeurs honoraires des Facultés auxquelles ils appartiennent; qu'ils continuent à siéger dans les Assemblées, à avoir voix délibérative dans toutes les affaires administratives et relatives au perfectionnement de l'enseignement, sans toutefois faire partie des jurys de concours ou d'examens.

Organe des vœux de tous les corps savants qui ont envoyé leur adhésion écrite ou leurs représentants parmi vous, votre Commission forme ici le vœu que vous sollicitiez de l'Administration supérieure, toutes les mesures qui pourront tendre à améliorer la condition de retraite des professeurs: — que *l'époque*, fixée par la retraite, *soit abaissée de trente ans à vingt ans.* En effet, Messieurs, dans les bureaux de l'administration, un jeune homme, à peine âgé de vingt ans, peut entrer dans la carrière des emplois, sans aucune préparation bien importante, et parcourant sans grande fatigue la modeste voie qui lui est tracée, parvenir avant soixante ans au terme fixé pour sa retraite qui lui est liquidée au maximum. Mais, quand à trente-cinq ans, et plutôt encore à quarante, à quarante-cinq, un médecin deviendra professeur, que d'années de sa vie n'a-t-il pas dû consacrer aux plus sérieuses études aux travaux les plus appliquants, que de dépenses n'a-t-il pas dû faire? Et dans cet état des choses, lorsque pour lui arrivera l'âge des infirmités, où, si l'on adopte la disposition que nous vous avons proposée précédemment, quand il devra descendre de sa chaire à soixante-cinq ans, les règlements administratifs ne lui assigneront-ils un traitement de retraite qu'autant qu'il aura trente ans de service?

Il est donc de toute justice que le terme de la retraite soit abaissé à vingt ans, — que, quel qu'ait été le temps pendant lequel le professorat aura eu lieu, une retraite proportionnelle soit accordée, — que l'administration supérieure soit instamment priée d'aviser au moyen d'élever le chiffre du traitement de retraite; ce à quoi on arriverait en partie par l'augmentation du montant de la retenue exercée sur les appointements au profit du fond de retraite.

Avant de terminer sa mission relativement à ce qui concerne les *professeurs*, votre Commission, Messieurs, mettant à profit l'omnipotence dont vous l'avez investie, a formulé un vœu qu'elle m'a chargé de vous faire connaître, à savoir que, dans la loi à intervenir sur la médecine et la pharmacie, il soit établi que les Facultés et les Écoles de pharmacie détermineront chaque année la durée respective des divers cours qui se font dans leur sein.

Écoles secondaires. — Passons aux *Écoles préparatoires.* — Votre Commission, s'abstenant de reproduire les motifs qui ont déterminé son vote, vous propose d'arrêter en principe que les nominations se feront *dans les Écoles préparatoires* de médecine *par la voie du concours*, ce qui aura pour avantage de rappeler dans leurs provinces, de fixer auprès de leurs familles, en leur fournissant un faible mais honorable commencement de position médicale, beaucoup de jeunes gens laborieux et instruits, que l'envie de se produire, de se faire une position qui si souvent leur échappe cependant, retient à Paris, contre leurs premières intentions, contre le vœu de leurs familles, contres leurs intérêts propres, bien entendu.

Le concours est également le mode de nomination que nous vous proposons pour les Écoles préparatoires de pharmacie.

Dans l'un comme dans l'autre cas, pour soustraire les juges et les concurrents aux inconvénients graves des petites rivalités, des influences trop restreintes des localités, et uniquement dans ce but, il est à désirer que le concours ait lieu dans la Faculté de médecine ou l'École spéciale de pharmacie dans le ressort de laquelle se trouvera placée l'École préparatoire. Le jury sera composé, comme par le passé, de professeurs et d'agrégés desdites Facultés de médecine et Écoles spéciales de pharmacie.

Il nous reste à examiner une dernière question.

« L'institution actuelle des *agrégés* n'est-elle pas susceptible d'améliorations utiles? »

Nous serons court.

L'institution actuelle des agrégés doit être maintenue.

Parmi les jeunes gens d'instruction et de mérite, il n'est personne qui, plus tôt ou plus tard ne devienne agrégé. Plus le temps marchera, et plus il est certain que des corps des agrégés seuls sortiront les professeurs.

Les agrégés doivent être nommés par la voie des concours, conformément à ce qui a lieu dans l'état actuel des choses.

Il n'y a pas de motif suffisant pour changer le titre d'agrégé en celui de professeur-suppléant. Les professeurs-suppléants des autres Facultés sont nommés à vie, sont chargés d'un enseignement spécial, sans devenir de droit professeurs en remplacement des professeurs de certaines chaires, qui s'appellent professeurs-titulaires. Mais la Commission émet le vœu que les agrégés obtiennent un traitement fixe, indépendamment de ce qui leur revient pour leurs droits de présence aux examens.

Un dernier vœu tout dans l'intérêt de l'institution des agrégés est qu'à la fin de chaque année scolaire, si, comme on semble disposé à l'établir, les élèves sont soumis à passer des examens qui fassent connaître s'ils ont étudié les matières de l'enseignement et s'ils sont instruits, les agrégés soient chargés de ces examens. Il y aura une question subsidiaire à examiner, savoir s'il convient oui ou non que la présidence soit décernée à un professeur.

Tel est, Messieurs, le rapport que votre Commission mixte m'a chargé de vous présenter sur la série de questions que vous aviez renvoyée à son examen. Voici le résumé des opinions auxquelles elle s'est arrêtée à l'unanimité, et qu'elle vous propose de sanctionner par votre vœu.

SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — *Présidence de M.* HAMONT.

Séance du 2 novembre. — *Discours du président.* — *Questions.*

La section de médecine vétérinaire, conformément aux dispositions arrêtées par le Congrès, s'est réunie le 2 novembre 1845, rue Duphot, 10, salle A, afin de déterminer les heures de ses réunions et l'ordre de ses travaux.

M. Hamont, vice-président du Congrès, et président de l'assemblée, adresse l'allocution suivante:

Messieurs et Collègues,

Porté au fauteuil de la vice-présidence par vos nombreux suffrages, permettez-moi, Messieurs, de joindre quelques paroles aux paroles éloquentes que nous avons entendues hier dans une assemblée imposante et par le nombre et par ses lumières.

Un écrivain a dit quelque part: « Jetez une idée dans l'espace: si elle est utile, elle prendra racine. »

Pensée profonde dont vous avez pu déjà apprécier toute la justesse.

L'idée d'un Congrès médical fut jetée dans l'espace, et il faut, Messieurs, que le sol ait été bien préparé, et surtout bien favorable, puisque dans un temps très-court elle y jeta de profondes racines et poussa une tige vigoureuse.

Faisons en sorte que la plante dont la culture nous est confiée produise tous les fruits que nous en attendons.

Je ne sais, Messieurs, si tous nous avons bien compris la mission qui nous est confiée aujourd'hui. Votre Commission spéciale, composée de MM. Leblanc, Collignon et de moi, a tout fait pour vous tenir au courant du mouvement qui s'est manifesté dans la capitale; elle s'est identifiée avec les autres sections de manière à former un tout compacte et homogène.

La médecine vétérinaire, plus que sa sœur aînée la médecine humaine, et plus que la pharmacie, avait besoin pour fonctionner largement de secouer le joug qui pèse depuis trop long-temps sur elle.

Pour nous, ce n'est point une modification dans les lois que nous demandons, ce n'est point la répression de quelques abus que nous sollicitons: il s'agit, disons-le, d'une organisation entière et sans laquelle nous ne pouvons rendre au pays les services que le pays réclame de nous.

Eh bien! Messieurs, cette organisation devenue aujourd'hui si urgente, que tous nous désirons si ardemment, nous sera donnée si nous savons la formuler, si nous savons la demander.

Sur ce premier point, n'ayons aucune appréhension; il ne peut y avoir aucun doute à élever. De toutes les parties de la France nous avons reçu les lumières que nous sollicitions. Les Sociétés vétérinaires nous ont envoyé leurs délégués. Il ne s'agit donc plus maintenant que de rassembler les matériaux, de discuter ensemble ce qui est discutable afin de présenter au Gouvernement un vœu qui soit l'expression réelle des besoins de notre corporation.

Vous, Messieurs, qui vivez au milieu de ces populations agricoles si laborieuses, dites nous ce que nous y sommes, quelle est notre influence, quelles sont nos fonctions. Indiquez-nous les réformes et les améliorations que vous croyez utiles pour accroître notre influence et augmenter la teneur de nos services.

N'oublions pas, Messieurs, que le vétérinaire n'est pas seulement appelé pour combattre les maladies des animaux domestiques. Un mandat plus large lui est imposé: celui d'améliorer et de perfectionner les animaux domestiques.

J'appelle toute votre attention sur cette partie de nos attributions. Vous en comprenez l'immense portée.

Dans les études auxquelles nous allons nous livrer, nous devons un examen attentif à la position de nos confrères de l'armée.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, combien tout est précaire variable, indéterminé dans les règlements qui les concernent malgré la protection dont nous honore l'illustre maréchal Ministre de la guerre.

Que les vétérinaires militaires présents à cette réunion veuillent bien se constituer les représentants de leurs collègues, qu'ils fassent connaître au Congrès les souffrances d'un corps évidemment utile, mais que des abus entourent, serrent et conspirent pour en prévenir le développement.

Si l'exercice de la médecine vétérinaire est encore dans ce moment entouré d'entraves, nous pouvons hardiment annoncer que nous touchons au moment de les voir tomber.

Brisons avec le passé, et que le char de notre médecine roule enfin sur un chemin dégagé d'obstacles.

Tout est préparé, Messieurs, pour le succès de cette , tous les concours vous sont assurés.

« J'accepte, nous a dit M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, j'accepte cette manifestation dont vous êtes les représentants, Quand le Gouvernement s'occupe sans désemparer d'améliorer l'état de notre agriculture, les lumières de MM. les vétérinaires nous sont indispensables. Je vous promets donc d'accorder une attention sérieuse au travail qui me sera présenté par le Congrès médical. »

Ainsi, Messieurs, vous tous qui avez si généreusement répondu à l'appel de votre conseil, vous qui avez sacrifié vos intérêts pour unir vos efforts aux nôtres, veuillez recevoir ici tous nos remercîments. Soyez convaincus que ni vos démarches, ni vos sacrifices ne demeurent stériles.

En retournant dans vos résidences, vous direz à vos commettants que notre profession a pris une place honorable dans la grande profession médicale et que ses intérêts sont désormais confondus avec ceux de la médecine en général.

Un mot encore, et je termine. Vous avez pu apprécier, Messieurs, dans cette grave circonstance l'utilité des Sociétés vétérinaires. Sans elles, en effet, comment aurions-nous pu vous communiquer nos projets? comment vous soumettre nos travaux?

L'isolement est tout ce qu'il y a de plus dangereux pour nous, c'est un ennemi que nous ne devons cesser de combattre jusqu'à ce qu'il soit totalement anéanti.

Mais notre œuvre ne serait point complète si les Sociétés ne se rattachaient par des liens solides à ces centres d'action, comme au rouage principal d'une machine destinée à donner le mouvement à toutes les parties de l'édifice.

Rallions-nous, Messieurs, et ne cessons de prêcher la concorde, la confraternité si nécessaires à la réalisation de nos vœux.

Dans la discussion des questions qui vont être soumises à notre examen, soyons dignes, soyons calmes, Messieurs; montrons au Gouvernement et au pays que les délégués de la grande famille vétérinaire ont compris les intérêts généraux de la Société et la dignité de notre belle profession.

Ce discours est accueilli par de vifs applaudissements.

La Société, cherchant à se conformer à l'esprit du règlement, examine quelle sera la valeur de ses actes vis-à-vis du Congrès médical; s'ils seront considérés comme officiels et définitifs ou simplement comme le travail d'une Commission.

Après un mûr examen, l'assemblée reconnaît qu'elle a pour mission d'étudier les questions du programme, d'examiner les différents travaux qui ont été expédiés à la Commission permanente par les Sociétés vétérinaires de France, de leur donner des solutions motivées, mais que ces solutions ne devront être considérées comme officielles et l'expression d'un vœu définitif, qu'aux réunions de la section à l'Hôtel-de-Ville dans les séances désignées par le règlement.

L'assemblée, après avoir décidé qu'elle se réunira tous les jours de deux à cinq heures du soir, rue Duphot, n° 10, salle A, passe immédiatement à l'examen des premières questions. du programme.

« L'enseignement de la médecine vétérinaire est donné » aujourd'hui dans trois écoles. Ce nombre est-il trop considérable? Est-il insuffisant?

» Dans le premier cas, quelle est celle des écoles qu'il » faudrait supprimer?

« Dans le second cas, où conviendrait-il d'en établir » d'autres? »

L'assemblée n'a abordé qu'en hésitant cette question délicate qui touche à des intérêts nombreux et divers, et qui se relie à tant d'autres questions. Cependant, ne préjugeant rien des vœux qu'elle pourra émettre plus loin, et se tenant à la lettre précise de la question, elle a été amenée à reconnaître que les trois écoles existantes peuvent être conservées; tout en reconnaissant cependant que l'enseignement complet de la médecine vétérinaire peut être donné dans une seule école à un nombre suffisant d'élèves pour desservir le pays. Mais il ne lui appartenait pas peut-être d'examiner la question de convenance sur le placement d'une école dans tel ou tel département

Quatorze des Sociétés vétérinaires ou Commissions médicales qui ont envoyé des r pports au Congrès, ont traité la même question. Huit l'ont résolue dans le même sens que la section: ce sont la Société médicale de l'Allier, la Commission vétérinaire de La Flèche, celle de Bergerac, l'Association vé-

térinaire du Poitou, les Sociétés vétérinaires du Gard. du Finistère et des Côtes-du-Nord, la Société vétérinaire et comparée de la Seine.

En conséquence, la section de médecine vétérinaire exprime le vœu que les trois Ecoles soient maintenues, à la condition toutefois que l'enseignement sera complet dans chacune d'elle.

« L'enseignement, tel qu'il est établi aujourd'hui, ré» pond-il aux besoins de la science, de l'art, et aux be« soins du pays ? »

« Dans le cas de la négative, indiquer les modifications né» cessaires et les améliorations qu'on croit utiles. »

« Avant 1825, les Ecoles vétérinaires portaient aussi la » qualification d'Ecoles d'économie rurale; serait-il conve» nable de leur rendre cette qualification ? »

Sur le premier paragraphe de la question, l'assemblée, comprenant toute l'étendue et toute l'importance de la mission qui doit être confiée aux vétérinaires, a reconnu que l'enseignement, tel qu'il est établi aujourd'hui, ne répond pas aux besoins de la science, de l'art et du pays.

Neuf Sociétés vétérinaires se sont prononcées dans le même sens.

En conséquence, l'assemblé décide que de nombreuses améliorations doivent être apportées dans l'enseignement.

Dans l'examen du second paragraphe, l'assemblée, ayant toujours en vue l'intérêt général, fut bientôt unanime sur la nature des nouveaux éléments d'instruction à fournir aux élèves. Elle reconnut qu'il était indispensable que les élèves suivissent un cours d'agriculture et d'économie rurale, un cours *sérieux* d'hygiène et d'éducation des animaux domestiques, un cours d'équitation, enfin un cours de dessin. Elle reconnut aussi que les études théoriques étaient insignifiantes si l'on ne rassemblait pas autour des élèves tous les éléments des démonstrations pratiques. Elle considéra donc comme indispensable l'adjonction aux Ecoles vétérinaires d'une assez grande étendue de terrain pour y faire de la culture perfectionnée, d'y avoir un haras, un troupeau de moutons et quelques types et modèles de l'espèce bovine.

L'assemblée eut ensuite à examiner si la plupart de ces compléments d'études devaient se trouver dans les Ecoles mêmes ou en dehors, c'est-à-dire dans des Ecoles d'application. Après de longs débats, il fut généralement admis que toutes ces annexes devaient, dans l'instant même de l'instruction, être renfermées dans le sein des Ecoles.

Les Sociétés vétérinaires du Gard, de l'Ouest, du Poitou, du Finistère et des Côtes-du-Nord, de l'Allier, la Société de médecine vétérinaire et comparée de la Seine, les Commissions médicales de Bourg et de Lille votent à peu près dans les mêmes termes.

Enfin, sur le troisième paragraphe de la question, l'Assemblée émet le vœu, et en cela elle est encore cette fois d'accord avec la plupart des Sociétés vétérinaires, que l'autorité veuille bien restituer aux Ecoles vétérinaires la qualification d'Ecoles d'économie rurale.

CLINIQUE.

Avec le complément d'organisation que réclament les besoins de la science et les besoins du pays, il devient évident que les Ecoles vétérinaires doivent contenir un assez grand nombre d'animaux malades appartenant aux diverses espèces. L'assemblée devait donc diriger son attention sur les moyens de fournir aux hôpitaux des Ecoles et le nombre et la variété des sujets pour les études chimiques. Consultant à cet effet les documents fournis par les Sociétés vétérinaires, elle émet le vœu que les espèces ovines et bovines soient reçues gratis dans les hôpitaux.

Après cette question importante, il s'en présentait une autre, celle de savoir si la clinique doit être dirigée par un seul professeur. L'assemblée, considérant que les élèves qui suivent la clinique d'un seul professeur ne connaissent qu'une doctrine, n'adoptent qu'une seule manière de voir, une seule manière d'agir, et sont privés des avantages des comparaisons, pense que la clinique doit être faite par plusieurs professeurs, en abandonnant à l'administration des Ecoles le soin de leur répartir les fonctions.

Neuf Sociétés vétérinaires demandent que la clinique, dans les Ecoles vétérinaires, soit faites par plusieurs professeurs.

En conséquence, l'Assemblée émet le vœu que dans chaque Ecole il y ait deux professeurs de clinique.

SECTION DE PHARMACIE. — Présidence de M. BOULLAY.

Séance du 6 novembre (neuf heures.—*Deux ordres de pharmaciens.*

M. A. Latour (de Trie), délégué des pharmaciens des Hautes-Pyrénées, a la parole comme rapporteur de la Commission n° 4. Cet honorable membre s'exprime ainsi :

Messieurs et chers collègues,

Votre quatrième Commission a fait son travail. Deux questions lui ont été soumises.

La première, ainsi formulée : *Deux ordres de pharmaciens.* Deux ordres de pharmaciens existent; ceux que reçoivent les Ecoles, ceux que reçoivent les jurys. Est-il utile de les maintenir ?

La seconde ainsi conçue : *Des jurys médicaux.* L'opinion s'est depuis longtemps prononcée contre l'institution des jurys; cependant quelques personnes semblent craindre que leur suppression ne diminue outre mesure le nombre de pharmacies en dehors des villes, et que les populations rurales ne soient plus, dès lors, suffisamment pourvues de ces établissements.

Cette question est grave : on doit rechercher si ces craintes sont fondées, et par quels moyens on pourrait concilier les avantages d'un exercice éclairé de la pharmacie avec la nécessité de ne pas trop restreindre le nombre des pharmaciens.

La Commission ne s'est point dissimulée combien ces deux questions sont sérieuses, puisqu'en même temps qu'elles embrassent à la fois l'intérêt privé du pharmacien et l'intérêt général, elles interviennent dans l'institution des jurys médicaux au point de vue de leur suppression. Elle vient, par ma voix, vous transmettre le résultat de ses méditations.

La loi du 21 germinal an XI ne crée pas en principe deux ordres de pharmaciens; mais elle les établit en fait, puisqu'elle soumet le pharmacien reçu par les jurys médicaux à restreindre dans son département l'exercice de ses fonctions. De là ressort, dans l'opinion publique, une grande disproportion pour le mérite entre les praticiens reçus par les jurys médicaux et ceux reçus par les Ecoles spéciales; ces derniers tenant de la même loi le droit de pratiquer leur art dans tout le royaume.

Et d'abord, est-il possible de conserver deux ordres de pharmaciens? Si nous l'admettons, il faudra nécessairement admettre aussi que les uns posséderont une instruction variée, un savoir étendu, une expérience puisée dans l'expérience des temps passés, et que les autres n'auront qu'une instruction bornée, un savoir médiocre, et peu de connaissances pratiques.

Dans ce cas, les premiers, doués d'une intelligence supérieure, destinés par leurs talents aux découvertes brillantes, aux succès des sciences et des arts, seront appelés à exercer dans les grands centres de population.

C'est là qu'ils voudront s'établir, là où ils trouveront considération, confiance, fortune. Les seconds, moins protégés par des dispositions naturelles, fait en raison de leur infériorité pour la petite ville ou pour les communes rurales, seront obligés d'y couler une existence obscure, ne pouvant éspérer qu'un lucre borné.

Certes un pareil état de choses, en même temps qu'il est un contre-sens, répugne à l'humanité et aux convenances sociales.

D'ailleurs on ne peut concevoir qu'une institution quelconque divise l'espèce humaine en deux catégories, dont l'une aurait les bénéfices du savoir, et l'autre les dangers de la médiocrité. Il en serait cependant ainsi en conservant une semblable distinction. Or, nous le demandons, ne serait-ce pas porter l'atteinte la plus grave au bien-être public, en laissant entre les mains d'hommes au-dessous de leur titre l'un des plus chers intérêts de la Société, le soulagement des misères humaines? Si un pharmacien est capable d'exercer sa profession dans une localité, pourquoi ne serait-il pas apte à la pratiquer dans une autre? Y a-t-il deux ordres de santé, deux ordres de vie? L'existence du peuple laborieux des campagnes doit-elle offrir moins de sollicitude que l'existence du peuple des villes? Il serait à désirer au contraire que dans les campagnes le pharmacien fut plus instruit. Seul presque toujours des hommes qui ont reçu une éducation libérale, éloigné du contact des lumières de la cité, n'ayant pas la ressource des cabinets d'histoire naturelle, des bibliothèques publiques, il doit trouver dans ses propres connaissances tout ce qui est nécessaire aux besoins particuliers et généraux. Seul représentant des sciences physiques et naturelles dans les petites localités, il est appelé à en faire de fréquentes applications Veut-on connaître la composition d'une eau minérale, provoquer l'assainissement des établissements publics? c'est au pharmacien qu'on s'adresse. Veut-on s'assurer de la pureté du produit des arts? on fait encore un appel à son savoir. Enfin on ne peut se passer de ses talents, soit pour les recherches des substances vénéneuses, soit pour toutes les questions juridiques dans lesquelles le magistrat doit être guidé et éclairé par le chimiste ou par le naturaliste.

Pour remplir de si vastes obligations, il importe que le pharmacien ait fait des études longues et solides, que partout il soit dans sa propre valeur, c'est-à-dire que partout il soit l'homme des sciences; et si l'on ne peut exiger qu'il sache tout il faut du moins qu'il ait été mis à même de tout apprendre; car à l'époque présente, qui porte l'empreinte des lumières et d'une civilisation avancée, la société a droit de réclamer du pharmacien une instruction pour ainsi dire complète; et il est bien évident qu'on ne pourra obtenir toutes ces garanties d'intelligence que par l'unité de l'enseignement.

Au surplus, en tolérant deux ordres de pharmaciens, on laisse nécessairement la porte ouverte au charlatanisme. Les pharmaciens de l'ordre secondaire, manquant de cette première éducation bien faite qui donne des gages de probité, se livreront aux combinaisons mercantiles, et mettront la science aux enchères pour mieux spéculer sur la crédulité publique. Et en admettant encore que, malgré leur position précaire, ils obeissent aux sentiments d'une conscience honnête, le public aurait toujours à redouter des connaissances incomplètes comme étant une source continuelle des plus graves erreurs, tandis que les hommes éclairés, instruits, resteront toujours à la hauteur de leur profession, garderont le rang qui appartient à leur caractere, et ne s'écarteront jamais des devoirs tracés par l'honneur.

Enfin, par l'enseignement à deux degrés, on constituerait légalement le demi-savoir, on autoriserait juridiquement l'inexpérience et les médiocrités. Cette pensée est trop opposée à la raison, a la justice, à la morale et aux intérêts de la société pour s'y arrêter un instant.

Il est donc certain que les plus hautes considérations d ordre public viennent justifier et fortifier l'idée d'un seul ordre de pharmaciens.

Toutefois, pour arriver à ce but désiré, il importe d'obtenir l'abolition des jurys médicaux.

Cette institution est frappée d'un anathème général. De tous côtés s'élèvent des plaintes, des réclamations pour la condamner. La somme des abus dont elle a été la cause est sans nul doute le témoignage le plus imposant à invoquer contre elle.

Le jury médical est composé de médecins et de pharmaciens exerçants dans le département où il s'assemble. Il est appelé à examiner des candidats qui doivent s'établir là où ils sont établis eux-mêmes. On conçoit de suite combien est fausse la position des jurés pharmaciens; combien est compromis leur caractère d'impartialité, et combien ils peuvent et doivent être détournés de tous les devoirs que leur impose leur mission, alors qu'ils se trouvent nécessairement placés sous l'influence soit de sympathies ou d'affections locales, soit de sentiments de jalousie, parfois d'inimitiés particulières, et enfin de la crainte d'une concurrence préjudiciable.

Les examens, il est vrai, sont, aux termes de la loi, les mêmes dans les jurys que dans les Ecoles. Ils sont en même nombre et roulent sur le même sujet. Mais, sous plusieurs rapports, ils sont bien différents; et il est facile de démontrer que le mode des réceptions des jurys est inférieur à celui suivi dans les Ecoles, et ne présente pas des garanties suffisantes.

En effet, les médecins, auxquels on peut joindre le président, professeur d'une Faculté de médecine, n'ont en pharmaceutique que des notions très vagues. N'ayant pas été à même d'approfondir nos sciences, ils ne peuvent avoir d'elles qu'une idée médicale en quelque sorte. Ils viennent donc avec un savoir secondaire juger des études spéciales. Les pharmaciens eux-mêmes, qui sont les juges les plus compétents, sont encore au-dessous de leur mandat. La plupart éloignés des grandes agglomérations de la population où se concentrent les lumières et les progrès, ou bien distraits par des occupations pratiques des études théoriques, ils ne prennent point la peine de suivre la marche rapide des sciences, et sont ainsi peu propres à constater l'aptitude et le savoir des candidats.

Aussi l'indulgence dans les examens, ces mêmes examens faits dans un très court espace de temps, quelquefois les uns après les autres; la déplorable facilité d'obtenir d'un patron bienveillant des certificats de complaisance; le peu de sévérité dans les épreuves, disent assez haut que les réceptions dans les jurys sont peu probantes, et qu'elles déposent trop souvent entre des mains inhabiles le droit de manipuler à volonté et de distribuer les médicaments les plus actifs.

En présence de ces faits, tout le monde devra sentir et reconnaître la supériorité des réceptions faites par les Ecoles. L'habitude d'enseignement des professeurs, leur instruction étendue et toujours progressive, la rigueur des conditions exigées, l'authenticité des examens, ne laissent aucun doute sur la valeur du titre accordé, lequel représente infailliblement les qualités intellectuelles et morales indispensables au bon pharmacien.

De toutes ces considérations découle nécessairement la suppression de deux ordres de pharmaciens et des jurys médicaux. Mais cette suppression une fois posée en principe, n'est-il pas à craindre qu'elle ne diminue outre mesure le nombre des phamaciens en dehors des villes, et que les populations rurales ne soient plus suffisamment pourvues de ces établissements.

La Commission a compris la haute portée de cette question nouvelle. Aussi a-t-elle discuté avec soin les observations qui ont été faites, et qu'elle a cru devoir vous soumettre,

D'abord, un membre a pensé que les pharmaciens reçus par les facultés, entourés de toutes les garanties d'une instruction solide, ne rechercheraient que les grandes cités et ne voudraient pas s'isoler dans les populations étroites; que, dès lors, les communes rurales manqueraient de praticiens. Sous l'influence de cette crainte, il a proposé la création de *pharmaciens cantonaux* dans tous les lieux où le besoin se ferait sentir, distants au moins de 10 kilomètres de toute officine ouverte. Pris parmi les pharmaciens du département, et nommés sur présentation du conseil de discipline par l'autorité administrative supérieure, ils seraient tenus de fournir les médicaments aux pauvres de la cummune, d'après un tarif analogue à celui des dispensaires. Ils recevraient une rétribution à titre de dédommagement proportionnel.

Cette institution aurait non-seulement l'avantage d'assurer le service des médicaments dans la campagne, mais encore celui bien plus grand d'arrêter les envahissements des professions voisines sur les droits et les attributions du pharmacien.

En opposition à l'opinion exprimée, on a répondu avec vérité qu'il était d'autant moins à craindre que la population rurale serait dépourvue de pharmaciens, que dans le demi-siècle qui vient de s'écouler le nombre des officines s'était accru dans des proportions immenses, et qu'aujourd'hui on en trouvait dans les plus petites localités. Que d'ailleurs ce serait retomber dans les vices déjà condamnés des deux ordres de pharmaciens en créant des pharmaciens cantonaux, attendu que ces derniers, en raison de leur titre donné par l'autorité supérieure, paraîtraient devoir inspirer plus de confiance, offrir plus de garanties de savoir et de pratique, et par là pourraient occasionner à leurs confrères des préjudices réels; que ce serait produire dans l'opinion publique, toujours facile à s'abuser, une distinction tout à fait arbitraire et qui ferait peser sur le pharmacien une pénible comparaison. Qu'enfin ce serait porter atteinte à la dignité et aux sentiments de philanthropie du pharmacien en le soumettant à la condition d'une rétribution ou d'une subvention lorsqu'il s'agit de porter du secours à l'infortune ou à l'indigence, subvention qui viendrait en outre compromettre, dans beaucoup d'occasions, sa liberté d'action et de conscience.

Ces craintes sont d'autant plus illusoires, a-t-on ajouté, qu'en forçant les médecins, les officiers de santé, les vétérinaires, les maisons religieuses et de charité de rester dans les limites de leurs fonctions, en les empêchant de vendre et distribuer même à pur don des médicaments sous quelque prétexte que ce soit, et en appliquant à la vente de ces médicaments une peine proportionnée à la gravité du délit, les pharmaciens iront, sans nul doute, s'établir dans les cummunes rurales où le bien-être matériel ne leur manquera pas, quand, sur ce terrain, ils n'auront plus à lutter contre une concurrence étrangère toujours dangereuse alors qu'elle met la confiance au rabais, et qu'alors on satisfera aux besoins réels de la société qu'exigent une répartition égale des praticiens éclairés.

Ces opinions diverses ayant été mûrement réfléchies, la Commission, considérant que dans un siècle où le problème de la vie sociale se résout presque exclusivement par les intérêts matériels, les activités intellectuelles tendent à se porter indistinctement dans tous les lieux où elles peuvent rencontrer la satisfaction de ces intérêts; qu'ainsi les pharmaciens instruits, voyant leur profession honorée soit dans les villes, soit dans les campagnes, assurés de trouver dans la nouvelle loi une protection nécessaire et suffisante contre les empiétements et le cumul des professions, pourront se promettre partout non-seulement de la considération, mais un lucre convenable, et que, dans cette circonstance, ils ne balanceront pas un instant de porter leur profession dans les plus petits centres de la population;

Est convaincue que la suppression des jurys médicaux ne peut d'aucune manière diminuer le nombre des pharmaciens en dehors des villes, que le service des médicaments ne manquera jamais dans les communes rurales, et qu'il n'y a ni opportunité, ni utilité à admettre la création des pharmaciens cantonaux.

En conséquence, la Commission, aux sentiments de laquelle s'est rallié le rapporteur. l'auteur de la proposition agitée, ayant adopté le rapport à l'unanimité, présente votre délibération les propositions suivantes :

1° Il ne pourra y avoir dans tout le royaume qu'un seul ordre de pharmaciens;

2° Les jurys médicaux créés par la loi du 21 germinal an XI seront supprimés.

Ces conclusions ont paru à la Commission d'autant plus fondées, qu'elles sont fortifiées par l'unanimité, pour ainsi dire, des vœux manifestés dans tous les documents adressés à la Commission permenente du Congrès par nos confrères des départements.

C'est par erreur que dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, nous avons annoncé que le malade qui portait des productions piliformes sur la langue avait succombé. Les deux malades dont M. Landouzy a donné l'observation, ont parfaitement guéri après une longue convalescence.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 134. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 7 NOVEMBRE 1845.

L'intérêt, l'ardeur, l'animation du Congrès, loin de décroître et de faiblir, prennent tous les jours une vivacité plus grande. C'est merveilleux de voir avec quelle intrépidité cette assemblée nombreuse brave les séances de trois à quatre heures, avec quel courage elle soutient ces longues et sérieuses discussions où s'agitent les problèmes les plus élevées de nos institutions. L'auditoire le plus imposant assiste avec la plus grande assiduité aux séances. Professeurs, académiciens, praticiens célèbres, toute la famille médicale vient se réunir et se confondre sur ces banquettes confraternelles dans une cordiale et toute nouvelle égalité. Cette assemblée, tantôt calme et attentive, tantôt grondante et orageuse, mais toujours admirable de bon sens et de justice, présente un spectacle véritablement saisissant de grandeur et d'intérêt. Nous manquerions à un de nos devoirs si, dès aujourd'hui, nous ne signalions à la reconnaissance du Corps médical le dévouement et le zèle exrêmes de notre respectable Président, M. Serres.

Nous avons entendu désirer plus de fermeté, plus de décision, plus de rapidité dans la succession des votes, un peu plus de despotisme enfin. Les qualités opposées que M. Serres développe dans sa présidence peuvent être justifiées aussi par d'excellentes raisons. Une urbanité de formes exquises, un respect profond pour toutes les opinions, les appels libéraux à la souveraineté de l'assemblée, une lenteur prudente qui donne à tous les votes le temps de se produire avec connaissance de cause, un langage toujours digne et élevé, sans emportement et sans colère; un soin religieux de rappeler sans cesse à l'assemblée la nature, le but et la portée du vote qu'elle va manifester, certes voilà des qualités que l'on peut mettre en balance avec celles qui résulteraient d'un peu plus d'énergie. Ce qui est positif, c'est que M. Serres est toujours favorablement écouté, que ses allocutions sont vivement approuvées, et que c'est une question de savoir si, dans une assemblée française et libre; si, dans un Congrès où l'égalité confraternelle est le premier principe et le premier devoir, une autorité despotique réussirait mieux que les formes courtoises et polies. Pour notre compte, nous n'oserions pas la trancher, et, à tout prendre, les travaux du Congrès marchant, et marchant très-bien, les résultats quotidiens que l'on en espérait étant obtenus, nous voterions de préférence pour les moyens employés par M. Serres.

Avant d'arriver aux séances d'hier et d'aujourd'hui, disons un mot d'un incident soulevé par M. Ricord dans la séance précédente. Cet incident a mis dans tout son jour la libéralité et l'esprit de justice qui dominent le Congrès. Certes, jamais orateur ne se présentait avec plus de faveur devant l'assemblée que M. Ricord, médecin auquel ses contemporains ont rendu une éclatante justice, confrère aimé de tous. Eh bien! M. Ricord venait demander une exception, un privilége, M. Ricord a été battu. Il devait l'être. Cet honorable confrère sollicitait en faveur d'un mauvais principe et d'une mauvaise application; il demandait l'exception du concours pour les chaires de nouvelle création, et cela par les motifs tout à fait spécieux par lesquels de tout temps on a combattu l'institution du concours en général. C'est avec peine que nous avons vu M. Ricord à la tribune soutenir des principes qui ont indisposé l'assemblée. Lui, qu'aucune éventualité du concours ne devait trouver timide, qui, dans aucune circonstance, ne pourrait avoir à redouter les épreuves d'une lutte libre et publique, lui homme de concours, à qui il doit sa position et sa fortune scientifique, n'aurait pas dû se faire le patron de ces idées surannées et aristocratiques qui ne vont plus à notre temps et à nos mœurs.

Enfin, contrairement au désir exprimé par la Commission, qui n'exigeait que six mois d'exercice actif dans les hôpitaux, le Congrès a émis le vœu que le temps de ce service fut porté à deux ans.

Dans la séance d'aujourd'hui, il s'agissait de la question des examens et des réceptions. Un grand principe, une innovation d'une importance capitale a été votée à une majorité si grande, qu'on peut dire avec vérité que le Congrès a été unanime. Il s'agit de la question des jurys mixtes d'examens. La Commission dont M. Malgaigne a été le rapporteur éloquent a proposé, et l'assemblée a adopté, que les jurys pour la thèse au doctorat fussent composés en nombre égal d'examinateurs pris dans le sein de la Faculté et dans le sein du corps médical où siégent les Facultés.

Cette discussion a été brillante et sérieuse. Le rapport de M. Malgaigne a été vivement attaqué par de jeunes athlètes, M. A. Tardieu, M. Burguières, M. Marchal, qui ont développé dans cette séance un talent très remarquable de discussion et de parole. Si leur cause eût pu être gagnée par le talent, elle l'eût été sans doute; mais à notre sens, M. Malgaigne avait pour lui le talent et la raison, et la victoire a été complète.

Une autre proposition a été adoptée aussi à une grande majorité, c'est celle qui introduit un nouvel examen sur l'histoire et la philosophie médicales. Ce vote était légitime et logique. Puisqu'on a créé un nouvel enseignement, il fallait des preuves que cet enseignement était suivi.

Demain samedi, à deux heures, le Rapport si important et si grave de la Commission n° 6, sur les deux ordres de médecins et les médecins cantonaux. C'est à M. le professeur Piorry qu'a été confiée la mission difficile de rapporter cette question. Qu'il nous soit permis de dire au Congrès que c'est dans cette circonstance qu'il doit donner la mesure de sa libéralité en respectant toutes les opinions, en leur permettant un libre et complet développement, en agissant de manière, en un mot, que son vote ait toute la gravité, tout le calme, toute la solennité nécessaires à cette grande réunion.

Un bruit qui paraît assez certain circulait dans l'assemblee, et y a produit une vive sensation; on a dit que M. le ministre de l'instruction publique doit assister à la séance de demain. Certes, si ce bruit se réalise, ce que nous désirons, nous verrons là un triomphe des idées habiles et modérées qui ont prévalu dans l'organisation du Congrès. Nous aurions bien voulu que M. le ministre assistât à la discussion d'aujourd'hui. Il aurait pris assurément une haute idée de cette assemblée, qui, animée des idées les plus libérales et les mieux intentionnées, sait s'arrêter néanmoins aux limites du possible et du réalisable. Quoi qu'il en soit, cette présence du ministre ne peut donner qu'une grande importance au Congrès, et nous invitons tous les adhérents à y assister avec ce bon esprit dont ils ont fait preuve jusqu'ici.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 5.* Examens. Réceptions.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance est faite par un des secrétaires.

M. Leroux, de Rennes, tout en rendant justice à l'exactitude des procès-verbaux, pense que l'on doit cependant donner plus d'extension à la reproduction de l'avis de la minorité. Il fait observer qu'il avait demandé la liberté pour tous les élèves indistinctement.

M. Langlebert dit qu'il avait déposé un amendement sur le bureau, amendement dont il n'a pas été donné lecture. Il réclame contre le peu d'ordre qui a eu lieu jusqu'à présent dans la lecture des amendements. Il demande, en conséquence, que les amendements soient numérotés.

M. le secrétaire général fait observer que dans toute assemblée délibérante on tient compte, non point du numéro d'ordre de l'article, mais de la largeur de l'amendement, le plus large primant les autres.

M. Cherest fait remarquer que, d'après le procès-verbal, il semblerait que l'article de M. Forget est détruit par l'amendement de M. Tardieu.

M. le secrétaire soutient la rédaction du procès-verbal, qui est exact. C'est une confusion qui s'est introduite dans la discussion et non dans la rédaction. L'article de M. Tardieu constitue un sous-amendement à la proposition de M. Forget.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance, qui comprend : une lettre de M. Szokalski, relative à la translation des restes de Bichat, dont il voudrait que le Congrès fît l'objet d'une manifestation publique et officielle. M. le secrétaire-général annonce que depuis l'organisation du Congrès la Commission permanente et le bureau se sont occupés de cette mesure, et que dans peu de jours il sera donné communication à l'assemblée de la décision qui aura été prise.

La parole est donnée à M. Malgaigne, rapporteur de la Commission n° 5, qui donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

La Commission qui m'a fait l'honneur de me nommer son rapporteur, avait à s'occuper des examens et des réceptions. Questions graves et importantes qui servent de complément à celles que vous avez déjà jugées, et qui sont comme l'introduction obligée de celles qui restent à juger encore. Jusqu'à présent, en effet, vous avez réglé les bases, les formes, la durée de l'enseignement; vous avez pourvu à l'éducation des élèves : aujourd'hui ces élèves, déjà en quelque façon sortis des bancs, se présentent sur le seuil, frappent à la porte de la profession; et vous avez à voir à quelles conditions vous les jugerez dignes d'y entrer.

Rappelons d'abord en peu de mots quel est l'état actuel des choses. Il y a cinq examens, savoir : le premier, sur les sciences accessoires, qui doit être soutenu après la quatrième inscription et avant la cinquième; le deuxième, sur l'anatomie et la physiologie, placé après la douzième inscription et avant la treizième; — les trois derniers, embrassant les autres parties de l'art, sont renvoyés après la seizième inscription. Le jury, pour chaque examen, se compose de deux professeurs et d'un agrégé. Dans trois de ces examens, il y a trois candidats, interrogés chacun trois quarts d'heure; pour les deux autres, le troisième et le cinquième, deux candidats seulement, interrogés chacun une heure. Enfin à la thèse, le candidat reste seul devant ses juges, au nombre de quatre, savoir, deux professeurs et deux agrégés, qui l'argumentent tour à tour dans l'espace d'une heure.

Les choses établies de la sorte, votre Commission avait à rechercher si elles offrent des garanties suffisantes, et tout d'abord la question capitale à débattre était celle-ci :

Y a-t-il des inconvénients à ce que les examens probatoires soient faits exclusivement par les professeurs?

Votre Commission, Messieurs, n'a pas voulu accepter la question absolument dans ces termes. Elle aurait craint de laisser entrer dans ces délibérations quoi que ce fût de personnel contre les hommes si justement honorés qui sont à la tête de l'enseignement médical; et nous sommes prêts à reconnaître que dans leur position ils font tout ce qu'il leur est possible de faire. Que pleine et entière justice leur soit rendue, votre Commission a été unanime à cet égard. La question qu'elle a voulu traiter et qu'elle m'a chargé de vous présenter, est une question de principe; est il juste, est-il convenable que le corps médical presque tout entier soit exclu du droit de contrôle et de suffrage dans les admissions des nouveaux membres qui vont entrer dans cette grande famille, et qu'on lui adjoigne chaque jour de nouveaux confrères auxquels on aura conféré sans son avis ce beau titre de confraternité? Ou, pour reproduire en la retournant, la question du programme

Y a-t-il des inconvénients à ce que les examens probatoires soient faits par des représentants du corps médical réunis aux professeurs?

Il faut bien le dire, Messieurs, bien que la destruction des anciennes Facultés, avec leurs abus et leurs priviviléges, ait été acceptée par des acclamations unanimes; il est resté dans la génération actuelle un souvenir et comme un regret de ce qu'elles avaient de beau et de louable : l'union, la force, la dignité. Alors les actes probatoires ne se passaient pas obscurément dans un tête-à-tête entre trois candidats et trois juges; la Faculté tout entière, professeurs et docteurs, c'est-à-dire presque tout le corps médical de la cité, assistait à l'examen, qui devenait ainsi une véritable solennité; chacun avait le droit d'interroger, chacun avait le droit de suffrage; et le nouvel élu se parait à bon droit du titre de confrère, librement déféré par tous ses pairs.

Ces choses ne se peuvent plus revoir, Messieurs; nos institutions médicales sont fondées sur d'autres bases; et une corporation étroite et jalouse, comme était l'ancienne Faculté, qui ne compta jamais deux cents membres, ne saurait se comparer à la Faculté, actuelle qui compte ses docteurs par milliers. Mais, sans convoquer tout le corps médical aux actes probatoires, ne pouvait-on l'y faire participer par délégués, et rendre du moins aux réceptions une partie de leur solennité perdue?

En recherchant qu'ils avaient été à cet égard les vœux de ceux qui nous ont précédés, nous voyons que dès 1806 l'adjonction de juges étrangers aux Facultés avait été demandée; que cette demande fut reproduite jusqu'en 1811; qu'en 1817 le professeur Boyer la formulait lui-même; et enfin, en nous rapprochant de notre époque, la Commission des médecins de Paris en 1828, l'Académie de médecine en 1833, l'Association de prévoyance des médecins de Paris en 1834, ont été unanimes pour la renouveler. Parmi les documents adressés au Congrès, et ce qu'on pourrait appeler nos cahiers, un grand nombre des Sociétés ou Associations médicales répètent encore le même vœu, et une telle persistance est tout d'abord de nature à faire une profonde impression.

On fait valoir, d'ailleurs, en faveur de cette innovation des raisons qui ne sont pas de peu de poids. Il ne faudrait pas, si une doctrine exclusive quelconque venait à prévaloir dans un Corps enseignant, que le professeur fût en quelque sorte juge et partie, et qu'un élève fût obligé d'abandonner ses convicsions peut-être pour ne pas se trouver en lutte avec son examinateur. Et que si le candidat, trop docile encore à la parole du maître, se laissait dériver vers des théories par trop systématiques, n'y aurait-il pas un réel avantage pour lui à rencontrer de bonne heure des contradicteurs propres à le remettre sur le droit chemin, dans des juges exempts de préoccupations théoriques, et à qui la pratique a révélé la vanité des systèmes? La composition plus variée du jury garantit également d'un autre écueil; des interrogateurs qui sont toujours les mêmes, ne tardent pas à se faire une habitude des mêmes interrogations; et ce cercle habituel une fois connu, l'élève n'étudie plus l'examen, il étudie l'examinateur. On rappelle aussi que quelques juges d'une autre époque étaient tombés dans ce travers facile de s'écouter eux-mêmes avant d'écouter les élèves, et d'allonger si bien les demandes qu'il ne restait plus de temps pour les réponses. Enfin, même de nos jours, malgré des améliorations que tout le monde se plaît à reconnaître, tout le monde convient également qu'il y a encore bien des examens trop peu sévères, bien des réceptions trop indulgentes; et l'on espère, en introduisant un nouvel élément dans le jury, lui rendre plus de fermeté et de vigueur. Ainsi, l'intérêt des candidats d'une part, l'intérêt des bonnes et fortes études de l'autre, enfin l'intérêt même du corps enseignant, qui se trouverait ainsi déchargé en partie d'une lourde responsabilité, telles sont les raisons qui militent en faveur de l'innovation proposée. Et pourquoi n'ajouterait-on pas qu'en amenant des rapports plus fréquents entre les professeurs, parfois trop enclins à sacrifier aux théories, et les praticiens parfois trop oublieux des doctrines et trop insoucieux des progrès de l'art, il n'y aurait pas bénéfice pour tous, ces tendances opposées se balançant et se corrigeant l'une par l'autre? Pressée par tous ces motifs, Messieurs, votre Commission n'a pas hésité à décider en principe, par un vote presque unanime, qu'il serait désirable de pouvoir composer le jury de professeurs et de praticiens.

Mais pour que les meilleurs principes portent leurs fruits, il faut qu'ils soient réalisables; il faut que leur application n'entraîne pas des inconvénients égaux, ou peut-être supérieurs à leurs avantages; il faut surtout que des essais prématurés, en bouleversant de fond en comble une institution dont, après tout, l'on n'a pas eu trop à se plaindre, ne viennent pas compromettre par leurs fâcheuses conséquences l'institution nouvelle qui donne de si légitimes espérances pour l'avenir.

Or, et dès qu'il s'est agi de passer à la question d'application, les meilleurs esprits se sont trouvés divisés; et vous ne serez pas surpris, Messieurs, que votre Commission se soit trouvée profondément divisée elle-même. En effet, le principe admis, jusqu'où l'étendra-t-on de prime abord? Le concours des praticiens sera-t-il réclamé pour tous les examens, ou pour quelques-uns, ou seulement pour la thèse? Les nouveaux examinateurs interrogeront-ils comme les autres; ou bien,

personnages muets durant l'examen, seront-ils réduits au droit de suffrage? En quel nombre se fera l'adjonction ? Ces fonctions seront-elles rétribuées ou non? Les absents seront-ils condamnés à une amende ?

(L'abondance des matières nous oblige de renvoyer au prochain numéro la fin du Rapport de M. Malgaigne, dont voici les conclusions.)

Conclusions. — 1° Pour l'argumentation de la thèse, le jury sera composé en nombre égal : 1° d'examinateurs nommés par la Faculté; 2° d'examinateurs pris en dehors de la Faculté.

2° Cette deuxième partie du jury sera nommée par le collége médical de la ville où siégera la Faculté.

3° Le Congrès, tout en reconnaissant les améliorations apportées dans le mode suivi pour les examens, émet le vœu qu'ils soient rendus de plus en plus pratiques.

4° Le Congrès exprime le vœu qu'après l'examen clinique et avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales.

Ce rapport, écouté par l'assemblée avec une attention des plus soutenue et des plus favorable à l'orateur, est accueilli par de vifs applaudissements.

La discussion s'ouvre sur la première conclusion.

« Pour l'argumentation de la thèse, le jury sera composé en nombre égal : 1° d'examinateurs nommés par la Faculté; 2° d'examinateurs pris en dehors de la Faculté. »

M. Landouzy pense que, toute spécieuse que paraît la proposition, elle est inadmissible ; la présence des praticiens de la ville est impossible. En Belgique, nous a dit dernièrement M. Ferrus, cette mesure existe ; mais l'organisation du corps médical n'est pas la même en Belgique qu'en France. En Belgique il n'y a qu'une seule Faculté, et les médecins sont rétribués en raison de la distance qu'ils ont parcourue. Puis, les médecins de la ville ne sont pas toujours capables de faire un examen. On a objecté la solennité des actes dans les temps anciens ; mais à la présence des docteurs, la solennité ne pourrait rien gagner aujourd'hui. Enfin, nous le répétons, si les professeurs sont quelquefois *enfoncés* par les élèves dans la discussion, que n'arriverait-il pas aux praticiens de la ville? L'orateur demande le *statu quo*.

M. Forget, de Strasbourg, appuie la rédaction de la Commission. Autant il serait opposé à l'admission des docteurs dans les examens, autant il approuve l'adjonction des médecins, qui pourraient en quelque sorte contrôler, à la dissertation inaugurale, la réception officielle du candidat et son admission au nombre des docteurs en médecine.

M. Maisonabe. La Commission a proposé que dans la désignation du jury il y eût moitié professeurs de la Faculté, moitié médecins de la ville. Qu'arrivera-t-il s'il y a partage de voix? Evidemment il y a ici une lacune qu'il faudrait combler.

M. Tardieu combat le principe posé par la Commission. Il voudrait que les docteurs assistassent à la discussion de la thèse sans participer à l'interrogation; ils n'auraient que le droit de voter conjointement avec les professeurs. Il croit que l'on ne peut regarder comme mauvais le mode actuel d'examen. Il ajoute que les praticiens de la ville ne seraient pas compétents pour interroger les élèves. Au contraire, il y aurait avantage à avoir des médecins qui assisteraient, témoins muets, à ces épreuves.

M. Malgaigne. On vient de dire que nous avions abaissé l'enseignement. C'est une assertion sans preuves. Qui est-ce qui serait abaissé, sinon les médecins qui resteraient muets, et que l'on ne jugerait pas capables de faire un examen ? Il est plus facile de faire que de subir un examen. On nous a dit que les élèves n'étaient pas partisans de cette mesure ; mais nous n'avons pas à consulter les élèves. On a dit encore que les médecins se fatigueraient. Non, Messieurs, car les juges seraient souvent renouvelés.

Enfin, on nous a soutenu que les juges du dehors seraient incompétents ; nous ne le croyons pas. Des juges élus par leurs pairs ne seraient pas capables d'examiner une thèse? Et qu'est-ce donc alors que le corps médical de France et de Paris? Il n'y a que 26 professeurs à l'Ecole ; il y aurait à Paris, bien évidemment, plus de 50 médecins capables de faire un examen convenablement.

M. Burguières. La voie que suit le Congrès est mauvaise, et l'orateur voudrait ne pas voir l'asssemblée s'y engager inconsidérément. Ce que veut la Commission, c'est introduire les médecins du dehors dans les examens, en commençant par la thèse. Vous serez juges des concours pour nommer des profes seurs. Une fois ces professeurs nommés par vous, ils sont magistrats investis de votre confiance; vous n'avez pas à contrôler leurs actes.

Le défaut des examens qui se font maintenant, c'est trop de facilité peut-être à recevoir les élèves. Cet inconvénient existera de même avec les juges de la ville. Il y en a encore quelques autres; certains juges, vient d'insinuer habilement le rapporteur, font toujours les mêmes questions; d'autres font les questions et les réponses. Mais vous pouvez remédier à cet inconvénient en tirant les questions au sort.

(Ce discours est vivement interrompu à plusieurs reprises par les interpellations de l'assemblée.)

M. Ferrus vient protester, au nom du corps médical, contre l'intention soupçonneuse que l'on suppose à la Commission.

Il examine brièvement les abus qui existent maintenant dans le mode de réception des élèves, et vote pour l'article de la Commission : ce qui se fait en Belgique peut se faire en France.

(La clôture est demandée de toutes parts).

M. Marchal (de Calvi). Je suis formellement opposé à l'immixtion des médecins étrangers à l'enseignement dans les affaires de l'enseignement. On a dit que quelques examinateurs (quelques examinateurs !) répètent complaisamment les mêmes questions. Cela a pu arriver. Je ne sais. Mais, d'après ce que j'ai vu, les interrogations sont très variées, et, en ce qui touche la Faculté de Paris, la seule dont je sois fondé à parler, l'assertion du rapporteur tombe devant le fait. On a avancé que certains examinateurs s'écoutaient beaucoup trop, et que la réponse était absorbée par la question. Je suis préoccupé d'une autre crainte. Je crains que les examinateurs étrangers n'écoutent trop les élèves. L'assemblée est impatiente de voter, et je passe sur quelques autres observations que j'avais à présenter. S'il y a, Messieurs, un principe fortement établi dans notre société politique et administrative, c'est que nul ne doit être revêtu de fonctions qui n'ait fourni la preuve de son aptitude à les remplir. Or, un docteur en médecine a été reconnu apte à traiter des malades : il n'a pas fait preuve d'aptitude à interroger et à enseigner.

M. Fleury, agrégé, regrette d'avoir à combattre l'opinion de la Commission.... qui est l'expression des principes libéraux et démocratiques de l'assemblée. Mais cette opinion est une utopie; elle est inexécutable. Si vous voulez des jurys de médecins de la ville, formulez la manière dont seront nommés les jurys.

(Voix nombreuses : La clôture ! Aux voix ! aux voix !)

M. Thirial. Si les praticiens de la ville sont bons pour nommer des professeurs, ils seront bons pour nommer des docteurs.

L'amendement de M. Landouzy n'est pas appuyé.

Lors de l'argumentation de la thèse, sept docteurs en médecine assisteront le jury d'examen exclusivement composé de membres du corps enseignant.

L'amendement de M. Tardieu est mis aux voix et rejeté.

L'amendement de M. Bérigny est également mis aux voix et rejeté. Le voici :

Je demande au nom de la Commission de l'arrondissement de Versailles, dont je suis l'un des délégués, qu'on adjoigne aux examinateurs pour les examens, trois praticiens qui n'auraient que *voix consultative.* Leur nomination serait faite comme celle proposée par la Commission.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté à une immense majorité.

La discussion s'ouvre sur la deuxième conclusion.

« Cette deuxième partie du jury sera nommée par le collége médical de la ville ou siégera la Faculté. » Adopté sans discussion.

Troisième conclusion. — Le Congrès, tout en reconnaissant les améliorations apportées dans le mode suivi pour les examens, émet le vœu qu'ils soient rendus de plus en plus pratiques.

M. Duchamp voudrait que les professeurs ne puissent faire toujours les mêmes questions, questionner sur leurs travaux seulement, et lit l'amendement suivant, qui n'est pas appuyé.

« Les questions sur lesquelles devront porter leurs examens seront tirées au sort, comme cela se pratique pour les examens du baccalauréat ès-lettres. »

M. Ferrus approuve complétement l'article de la Commission. Appeler les médecins de la ville, c'est rendre les examens plus pratiques; les deux conclusions se complètent l'une par l'autre.

M. Maisonnabe. Il y a contradiction entre les dispositions de la loi actuelle, qui admet les docteurs en médecine et en chirurgie. Ne serait-il pas convenable de supprimer cette distinction, ou de rendre les épreuves de médecine et de chirurgie obligatoires pour les deux espèces de docteurs.

M. le docteur Béclère propose l'amendement suivant, qui n'est pas appuyé.

« 1° Le mode actuellement suivi pour les examens n'offre pas les garanties suffisantes.

» 2° L'ancien mode de passer les examens après avoir pris la seizième inscription devrait être remis en usage. De cette manière, le jeune docteur ne s'en irait pas dans son pays après avoir presque complétement oublié l'anatomie et la physiologie, qui sont la base de la chirurgie et de toute théorie médicale. »

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté.

Quatrième conclusion. — « Le Congrès exprime le vœu qu'après l'examen clinique, et avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales. »

M. Amussat propose l'amendement suivant, qui n'est pas appuyé :

« A l'avenir, le cinquième examen comprendra toutes les matières exigées actuellement ; on y ajoutera les opérations sur les animaux vivants. »

M. Forget, de Strasbourg, ne pense pas qu'il y ait lieu d'introduire l'histoire et la philosophie médicales dans un examen spécial. Ces deux sections des branches médicales seront comprises dans un des autres examens.

M. Magne propose l'amendement suivant :

« L'examen nouveau proposé entraînant de nouveaux frais pour les élèves, je demande que le sixième examen ne soit pas adopté, et que l'histoire et la philosophie de la médecine soient réunies à l'examen de pathologie. »

M. Malgaigne fait observer qu'il ne s'agit pas de s'occuper de l'augmentation des frais d'études. La Commission ne veut pas augmenter les dépenses des familles. On a dit que les élèves ne seraient pas assez forts sur ces matières parce que les professeurs ne seraient peut-être point assez forts eux-mêmes pour les enseigner. Eh bien! la création de ces chaires et de ces examens aura pour avantage d'instruire les professeurs de ce qu'ils ignorent. Avant la thèse, vous examinez à la cinquième épreuve la capacité pratique du candidat. Avec l'examen que nous proposons, on s'assurera que le médecin a l'intelligence de son art.

L'amendement de M. Magne est mis aux voix et rejeté.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le président. Messieurs, nous avons terminé une des parties les plus importantes de nos travaux. Dans notre séance de demain, nous aurons à examiner une question capitale, celle qui est relative aux deux ordres de médecins. De l'importance même de la question, cette séance tirera une solennité plus grande encore, à laquelle contribuera de plus en plus l'attitude calme, convenable, imposante même que vous avez eue jusqu'ici.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SECTION DE PHARMACIE. — Présidence de M. BOULLAY.

Séance du 6 novembre (neuf heures).—*Deux ordres de pharmaciens.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

La parole est donnée à M. Latour (de Tric), rapporteur de la Commission n° 4. (*Voir* le numéro d'hier.)

Le rapporteur, à la suite de cette lecture, prononce quelques paroles pour exprimer au nom de ses confrères du département des Hautes-Pyrénées, toute leur sympathie pour les travaux du Congrès.

Les conclusions du Rapport sont :

1° Il ne pourra y avoir dans tout le royaume qu'un seul ordre de pharmaciens ;

2° Les jurys médicaux créés par la loi du 21 germinal an XI, seront supprimés.

La discussion est ouverte sur la première proposition.

M. Robiquet, délégué de l'arrondissement de Saint-Malo, pense qu'il serait difficile d'établir des pharmaciens cantonaux. Il demande que les pharmaciens des départements soient reçus gratuitement, et que les frais de réception dans les Ecoles spéciales soient élevés à 2,000 fr.

M. F. Boudet établit que la question des deux ordres de pharmaciens est très importante, et qu'à elle se rattachent les intérêts les plus pressants de l'exercice de la pharmacie. C'est surtout comme représentant des pharmaciens de plusieurs villes et arrondissements de la province, qu'il a cru devoir prendre la parole à cette occasion ; c'est aussi comme membre de la Commission permanente qu'il a voulu réparer une omission dans le programme des questions, celle des pharmaciens cantonaux. M. F. Boudet ajoute que pendant l'audience qu'il a donnée à la Commission permanente, M. le ministre de l'Instruction publique a particulièrement appelé l'attention des médecins et pharmaciens sur la question des deux ordres de praticiens, et a manifesté les craintes les plus sérieuses de voir la proportion des médecins et des pharmaciens se réduire beaucoup au-dessous des besoins du service, si l'on supprimait le second ordre. Ce ne serait donc rien, ajoute M. Boudet, de voter la suppression des deux ordres; il faut absolument trouver un moyen de remplacer ce qu'on veut détruire, et de garantir le service de la pharmacie dans les petites localités aussi bien que dans les grands centres de population. Or, s'il est démontré que les pharmaciens, revêtus de tous les titres exigés d'eux, n'iront pas spontanément se fixer dans les bourgs et dans les villages où ils ne trouveraient aucun moyen de s'assurer une existence convenable, il est de toute évidence qu'il faudra suppléer à l'insuffisance des pharmaciens en autorisant les médecins, les établissements de charité, les épiciers même, etc., etc., à fournir des médicaments, car il n'y a aucune considération qui puisse dominer celle des besoins du service ; le gouvernement, tuteur des intérêts de tous, doit s'assurer également partout de la nécessité de la création des pharmaciens cantonaux ; c'est une institution qui doit garantir les pharmaciens de province contre tous les empiétements dont ils ont à se plaindre. Il n'y a pas à craindre que le titre de pharmacien cantonal devienne un privilége contraire aux intérêts des pharmaciens qui n'en sont pas revêtus, puisqu'il sera essentiellement temporaire et ne sera conféré que dans les localités où aucun pharmacien ne voudrait s'établir sans cet avantage. Les conseils généraux voteront certainement des fonds pour les pharmaciens cantonaux, et on ne peut supposer qu'ils en créent au delà des besoins bien constatés des localités. L'esprit d'économie qui les dirige est une sauvegarde contre l'abus.

M. F. Boudet termine en lisant la proposition suivante:

« Il sera institué des pharmaciens cantonaux partout où leur présence sera jugée nécessaire pour assurer le service de la pharmacie.

» Les pharmaciens cantonaux seront nommés par le conseil général du département, sur une liste de présentation dressée par la Chambre des pharmaciens du département.

» Il sera accordé à chaque pharmacien cantonal une subvention suffisante pour le déterminer à s'établir dans les localités désignées, et lui assurer une existence digne de ses services Cette subvention sera votée tous les dix ans par le conseil-général, qui pourra la réduire ou la supprimer dès qu'il sera constaté qu'elle n'est plus nécessaire.

» En conséquence de ces dispositions, la préparation, le dépôt et la vente des médicaments est interdite, sans aucune exception, à toute personne autre que les pharmaciens légalement reçus et ayant officine ouverte. »

M. Garnier combat la proposition de M. F. Boudet. Il cherche à démontrer qu'il n'est pas à craindre que le nombre des pharmacies éprouve une réduction immédiate ; d'ailleurs en ce moment le nombre est beaucoup trop considérable, et le service de la pharmacie est assuré à peu près partout. L'institution des pharmaciens cantonaux n'est donc pas nécessaire, et le droit accordé aux médecins de vendre des médicaments peut être supprimé d'une manière absolue.

M. Vée vient appuyer la proposition de M. F. Boudet, et, autant en son nom que pour soutenir le mandat qui lui a été confié par les pharmaciens de Marseille, il pense que les pharmaciens, soit qu'ils prennent le nom de docteurs, soit qu'ils conservent celui de pharmaciens, se trouvant désormais soumis à des conditions très onéreuses, ne consentiront pas à s'éloigner des grandes villes, à moins qu'on ne leur offrît un avantage en compensation des sacrifices qu'ils seraient obligés de faire. Le pharmacien ne doit pas être considéré comme un commerçant, il ne peut jouir de la liberté illimitée qui appartient à cette position; et s'il doit de plus en plus s'élever au rang de fonctionnaire public, on ne saurait trop se hâter de le faire entrer dans cette voie, où l'institution des pharmaciens cantonaux est un premier pas. D'ailleurs, c'est le seul moyen d'assurer les bienfaits des dispensaires aux communes rurales.

M. Chevalier, d'Amiens, prétend qu'on s'occupe trop des besoins de la campagne.

M. Dubail présente quelques considérations à l'appui de la proposition de M. F. Boudet. Il fait observer que depuis l'époque où le grade de bachelier ès-lettres a été exigé, les fournitures de médicaments par les médecins dans les campagnes sont devenues beaucoup plus importantes ; d'où il conclut que, les pharmaciens n'étant pas en rapport avec les besoins des populations, les médecins ont dû y suppléer.

M. le rapporteur déclare qu'après s'être attaché d'abord à la proposition de M. F. Boudet, il se trouve obligé de se prononcer contre elle; il pense que du moment où il sera interdit d'une manière absolue à tout autre qu'aux pharmaciens de vendre des médicaments, les pharmaciens s'établiront en nombre suffisant dans les petites localités.

M. Fihol appuie la proposition. Il n'y a, dit-il, aucun danger à l'adopter en principe; car si elle ne trouvait pas d'application, elle ne serait pas réalisée. Il ne doute pas qu'elle ne soit tout à fait nécessaire soit à l'égard des besoins du service, soit à l'égard du droit exclusif qu'il faut maintenir au pharmacien de vendre des médicaments.

M. Dalpiaz prétend qu'instituer des pharmaciens cantonaux, ce serait rétablir les deux ordres ; il vaudrait mieux réduire le prix des réceptions.

M. Garnier pense que la subvention offerte au pharmacien cantonal ne ne sera jamais suffisante, quel que soit le nombre des pharmaciens, pour le décider à aller se fixer dans les communes rurales.

M. Lebrou soutient qu'il est nécessaire d'autoriser le médecin de campagne à fournir des médicaments, mais avec des restrictions.

M. Boudet, sans insister sur cette dernière objection, fait observer qu'il est deux considérations qui doivent surtout déterminer à voter l'institution des pharmaciens cantonaux. La première, c'est la nécessité de faire rentrer la pharmacie dans l'exercice exclusif de tous ses droits, en enlevant au médecin tout prétexte d'être autorisé à vendre des médicaments ; la seconde, c'est que le gouvernement ne paraît pas disposé à admettre qu'il soit possible de supprimer les deux ordres de pharmaciens : que pour obtenir cette mesure si importante, il faut lui signaler une institution qui la rende praticable et sans danger. Il espère que la suppression des deux ordres, réclamée aussi bien dans la section de médecine que dans la section de pharmacie, et appuyée sur l'institution des médecins et des pharmaciens cantonaux, établira d'une manière définitive et tout à fait régulière les rapports des deux professions.

La proposition est adoptée à l'unanimité *moins une voix.*

On passe à la seconde proposition.

M. Schaeuffele, délégué des départements du Haut et du Bas-Rhin, présente le plan d'une organisation nouvelle destinée à remplacer les jurys médicaux dans leurs attributions relatives à l'exercice et à la police de la pharmacie.

M. Labelonye présente quelques observations dans le même sens.

M. le président fait observer que cette proposition doit se rattacher à une autre série de questions.

L'assemblée vote à l'unanimité la suppression des jurys médicaux.

Séance du 7 novembre. — *Rapport de M. Miahle. — Codex. — Tarif légal. — Expertises judiciaires.*

Messieurs,

Organe de la commission n° 5 de la section de pharmacie, je viens en son nom vous lire son rapport sur les trois questions qu'elle avait été appelée à résoudre, et qui étaient conçues en ces termes :

Première question, relative au Codex :

« Le dernier Codex a été publié en 1836, n'a-t-il pas » cessé d'être en rapport avec l'état de la pharmacie, et ne » serait-il pas nécessaire qu'il fût revisé pendant le cours de » l'année 1846? »

Seconde question, relative au tarif légal :

« Un tarif légal des médicaments serait-il utile et possible » sous l'empire de l'organisation actuelle de la pharmacie? »

Troisième question, relative aux expertises judiciaires :

« Y aurait-il lieu de réclamer quelques modifications aux » conditions fixées par la loi en faveur des pharmaciens char» gés d'expertises judiciaires? »

1° CODEX. Dix années nous séparent à peine du jour où des savants illustres, rassemblant leurs lumières en un faisceau commun, revisaient avec le soin le plus scrupuleux un livre éminemment utile, le plus utile peut-être de tous les livres que l'art de guérir ait en son pouvoir : le Codex pharmaceutique, ou Formulaire légal. Eh bien! Messieurs, ce peu de temps a suffi pour faire naître dans cette œuvre capitale des lacunes immenses et qu'il faut se hâter de combler. C'est que depuis dix ans les conquêtes de la matière médicale ont été nombreuses; c'est que depuis dix ans un grand nom-

bre de recherches de chimie appliquée à la médecine sont venues reculer les bornes de la thérapeutique, de cette belle et utile science que le génie de Broussais avait un instant ébranlée, mais qui se relève aujourd'hui plus florissante que jamais; c'est enfin que durant l'espace de ces dix dernières années une multitude d'expériences ayant rapport à l'absorption et à l'action des aliments, des médicaments et des poisons, ont été publiées tant en France qu'à l'étranger : expériences destinées à jeter un jour tout nouveau sur le mode d'action des agents modificateurs de l'économie vivante, et dont plusieurs d'entre elles ont déjà conduit à des résultats aussi curieux pour le physiologiste qu'intéressants pour le médecin.

Ne soyons donc nullement étonnés de voir qu'un ouvrage qui, par la nature même des sujets dont il s'occupe, est destiné à vieillir promptement, ait promptement vieilli, et gardons-nous de déverser le blâme sur les hommes éminents qui l'ont composé; reconnaissons, au contraire, que la rédaction d'un Codex légal est une œuvre hérissée de mille difficultés, et que celui de 1836, sans être un livre parfait, ne méritait cependant pas, à l'époque de sa publication, toutes les critiques dont il fut l'objet.

Toutefois, Messieurs, il est hors de doute que le Codex de 1836 n'est plus à la hauteur des exigences du moment, et partant qu'il y a urgence à ce qu'il soit revisé et même entièrement refondu.

Ceci posé, ne vous attendez pas, Messieurs, à ce que la Commission soit en état de vous faire connaître tous les points qui devront servir de base à cet édifice médico-pharmaceutique, ni qu'il lui soit possible de vous exprimer nettement l'esprit général qui devra présider à sa rédaction; trop peu de temps lui a été donné pour qu'il lui ait été possible d'arriver à des conclusions d'une importance aussi majeure.

Néanmoins la Commission s'est occupée avec zèle de la mission délicate et difficile qui lui avait été confiée. Après avoir abordé la question de savoir s'il y avait ou non opportunité à ce que le Codex de 1836 fût revisé, et après s'être prononcée unanimement pour l'affirmative, elle s'est demandé si la rédaction de la nouvelle pharmacopée française serait faite en français ou en latin. Ici les opinions ont été partagées : la majorité s'est fortement prononcée pour la langue latine, prétextant surtout que cette langue est plus scientifique, plus généralement connue des pharmaciens étrangers à notre royaume; elle s'appuyait également sur ce point, qu'une rédaction latine aurait pour effet de rendre moins aisé l'empiétement de certains professeurs sur le domaine de la pharmacie; et, pour arriver à ce but, elle a conclu à ce que toute reproduction textuelle de cette édition en langue française fût sévèrement interdite.

Mais, Messieurs, tel n'était pas l'avis de la minorité de votre Commission. A ses yeux, la rédaction française était seule en rapport avec notre civilisation actuelle; elle pensait, comme les rédacteurs du Codex de 1836, qu'un ouvrage classique, particulièrement destiné à la France, devant être consulté à tous les instants du jour, devait être aisément compris; qu'il ne saurait être trop clair, et que, puisque l'immense majorité des médecins de notre pays écrivent leurs prescriptions en français, il n'y avait aucune raison de se créer la nécessité d'une traduction franco-latine incessante. Toutefois, pour faciliter l'exécution de quelques ordonnances latines que le pharmacien est appelé à préparer, la minorité de votre Commission proposait de placer en tête du Codex français deux tables alphabétiques, contenant l'une le nom français des médicaments simples et composés et en regard la dénomination latine, et l'autre contenant en premier le nom latin et en regard la dénomination française.

Quoi qu'il en soit, le Code pharmaceutique étant une œuvre incontestablement scientifique, et la science étant, comme chacun le sait, l'œuvre du temps et l'œuvre de tous, la Commission a pensé que sa rédaction devait être entourée du plus grand nombre de lumières possible, et, à cet effet, elle a décidé qu'elle devait être confiée à une Commission permanente, séante à Paris, et composée d'un nombre égal de professeurs de l'École de pharmacie, de professeurs de l'École de médecine, de professeurs de l'École vétérinaire et de pharmaciens exerçants.

Et afin que le nouveau Codex put refléter autant que possible l'état actuel de la thérapeutique en France, votre Commission a décidé qu'il était convenable d'établir dans chaque département des sous-Commissions, ayant pour mission de transmettre leur idées et leurs documents, sur ce sujet, à des Écoles qui leurs seraient désignées : Écoles qui, à leur tour, seraient appelées à contrôler ces matériaux, à les juger et à en faire ensuite parvenir le résumé à la Commission générale.

Votre Commission pense que le Codex pharmaceutique doit être revisé et même entièrement refondu tous les dix ans, et pour suivre plus efficacement les progrès de la science, elle croit qu'il est indispensable qu'un appendice ou fascicule lui soit annexé d'année en année, afin de le compléter. Est-il besoin d'ajouter qu'une semblable publication aura infailliblement pour effet de rendre les nouvelles éditions on ne peut plus aisées à mettre au jour?

La Commission a posé en principe que les nombres désignant des quantités de substance doivent être uniquement exprimés en grammes d'après le système décimal, mais réduit à sa plus simple expression. Elle a décidé que pour simplifier la nomenclature des poids employés on se contenterait de passer du kilogramme au gramme pour les nombres supérieurs, et du gramme au centigramme, ou au besoin au milligramme, pour les nombres inférieurs, et que l'on cesserait d'employer les fractions hecto, déca, déci; ces dénominations pouvant amener la confusion dans le langage écrit ou parlé et être la source d'erreurs funestes.

Il est enfin, Messieurs, quelques autres points relatifs à la question de la révision du Codex qui ont attiré spécialement notre attention, mais qu'il est inutile de relater ici; ils trouveront leur place naturelle dans le cadre des conclusions finales que nous allons avoir bientôt à soumettre à votre appréciation.

2° TARIF LÉGAL.

La question relative au tarif légal simple et juste en principe offre, Messieurs, de grandes difficultés dans son application, aussi la grande majorité de la Commission a-t-elle été d'avis que l'établissement d'un tarif légal dans l'état actuel de la pharmacie en France était une œuvre impraticable.

Toutes les difficultés seraient levées (et sur ce point les opinions ont été unanimes) si la limitation des pharmacies venait à avoir lieu; alors non-seulement un tarif légal serait possible, il serait même indispensable.

La Commission pense du reste que ce tarif serait également praticable si tous les nouveaux titres scientifiques demandés par le Congrès médical venaient à être sanctionnés; attendu que, en ce cas, le nombre des pharmacies arriverait tout naturellement à une limitation équivalente à la limitation demandée.

Mais, dans l'état de choses qui nous régit actuellement, il convient d'avouer que si, en fait, l'usage d'un tarif légal n'est pas absolument impossible, la mise en pratique en est au moins extrêmement difficile, tant à Paris qu'en province; peut-être même ne serait-il possible qu'à la condition que l'on établirait des tarifs spéciaux pour les diverses localités auxquelles ils seraient destinés.

Ce peut de mots suffit pour démontrer que l'établissement d'un tarif légal est une question grave et pour l'entière solution de laquelle la Commission déclare n'avoir pas eu un assez grand nombre de documents pour arriver à des conclusions suffisamment motivées.

3° EXPERTISES JUDICIAIRES.

La question des expertises judiciaires relatives aux pharmacies est d'un intérêt bien minime auprès des deux questions qui précèdent, aussi serons-nous bref en ce qui la concerne.

Suivant nous, les rétributions judiciaires accordées aux pharmaciens doivent être égales à celles des médecins; et la loi qui les régit l'une et l'autre mérite très-certainement d'être revisée, attendu que assez souvent le prix des vacations, surtout alors qu'il y a déplacement, est insuffisant pour couvrir même les dépenses de première nécessité : ce qui ne devrait pas être sous un gouvernement comme le nôtre.

La Commission pense que les pharmaciens appelés par les circonstances à donner des soins à des blessés pris sur la voie publique, devraient être tenus de dresser un procès-verbal de l'accident survenu concurremment avec le médecin appelé à ce sujet, et que les médicaments par eux fournis en cette circonstance devraient leur être remboursés par l'État.

M. Mialhe, rapporteur de la Commission n° 5, termine son Rapport par la lecture d'un certain nombre de conclusions, qui, après avoir été modifiées, se sont réduites aux propositions suivantes :

1° Révision immédiate du Codex.

2° La rédaction du Codex sera confiée à une Commission permanente qui siégera à Paris, et sera composée en nombre égal de professeurs de l'École de pharmacie, de médecine, de médecine-vétérinaire et de pharmaciens exerçants.

3° Il sera nommé dans chaque département une sous-commission qui se mettra en rapport avec la Commission permanente de Paris.

4° Révision, réimpression du Codex tous les dix ans.

5° Publication annuelle d'un Appendice ou Fascicule.

6° Insertion dans le Codex des formules relatives à la médecine-vétérinaire.

7° La possession du Codex sera obligatoire pour tous les pharmaciens.

8° Un tarif légal est utile, possible, nécessaire, dans l'état actuel de la pharmacie en France.

9° Les pharmaciens appelés à faire des expertises judiciaires devront être convenablement indemnisés et considérés à l'avenir comme experts et non comme de simples témoins.

SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Présidence de M. HAMONT.

Séance des 3 et 4 novembre 1845. — *Professeurs. — Enseignement libre.*

QUALIFICATION. — *M. Leblanc* propose de mettre à l'ordre du jour une question qui n'existe pas dans le programme; c'est celle de la qualification des vétérinaires. M. Leblanc trouve des inconvénients graves dont l'emploi synonymique des expressions de *vétérinaires*, d'*artistes vétérinaires*, de *médecins vétérinaires*, expressions, dit-il, qui désignent des hommes égaux en mérite et en instruction, mais qui, distribuées au hasard dans les annuaires et mêmes dans les listes officielles publiées par l'autorité, établissent aux yeux du monde des différences injustes.

Cette proposition est prise en sérieuse considération, et après une discussion attentive l'assemblée décide que, dans l'intérêt de la justice, et aussi pour que la confiance publique ne soit pas trompée, il sera formulé le vœu que toutes les personnes exerçant légalement la médecine des animaux portent désormais une seule et même qualification, celle de médecins-vétérinaires.

INSTRUCTION DES ÉLÈVES MILITAIRES. — Cette question se rattache à la question de l'enseignement en général, l'assemblée lui donne les mêmes solutions. Seulement elle manifeste le désir que l'on mette à la disposition des élèves militaires, tous les compléments d'instruction spéciale que peut fournir le voisinage des régiments de cavalerie.

DURÉE DES ÉTUDES. — L'assemblée, tenant compte du complément d'instruction qu'elle désire introduire dans les écoles vétérinaires, émet le vœu que la durée des études soit désormais de cinq ans.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *M. Collignon*, bien persuadé qu'une loi protégera bientôt d'une manière efficace l'exercice de la médecine vétérinaire, et à la condition des réformes que l'assemblée a déjà formulées, propose de demander une liberté entière pour l'enseignement en dehors des Écoles, en conservant bien entendu à celles-ci le droit exclusif de conférer des titres après cinq années de séjour dans leur sein. Il fonde sa proposition : 1° sur la nécessité de répandre, dans les villes et les campagnes, les utiles enseignements sur l'hippologie et sur l'hygiène et l'éducation de tous les animaux domestiques, enseignements qui auront été puisés dans les Écoles plus largement organisées; 2° sur les avantages que présenteront des cours publics, en préparant d'habiles professeurs.

Cette proposition est combattue par MM. Prétot et Kersean, dans la crainte que cet enseignement ne devienne une nouvelle pépinière d'empirisme.

L'assemblée vote pour l'enseignement libre aux conditions exposées par M. Collignon.

Décret de 1813. — Maréchaux experts. — L'assemblée vote par acclamation l'abrogation de la partie du décret de 1813 qui autorise les médecins-vétérinaires de départements et d'arrondissement à délivrer des certificats de capacité.

Nomination des Professeurs. — Cette question, qui intéresse à un si haut degré l'avenir de l'enseignement, a été le sujet d'une discussion sérieuse.

L'assemblée, après avoir examiné les différents modes de nomination des professeurs qui ont été employés jusqu'à ce jour dans les différentes Facultés et Écoles, après avoir signalé les inconvénients qui s'attachent à chacun d'eux, a dû rechercher quel était celui de ces modes qui offrait le plus de garanties.

La discussion a été surtout éclairée par MM. Crépin, Villate et Leblanc.

Le concours a été prononcé à l'unanimité. Les Sociétés vétérinaires du Finistère et des Côtes-du-Nord, de Château-Gonthier, de Bourg, le Cercle médical de Lille, la Société médicale de Toulouse, la Société de médecine vétérinaire et comparée de la Seine se sont prononcés également pour le concours.

Le concours étant reconnu comme le meilleur mode de nomination des professeurs, l'assemblée s'est préoccupée des garanties que devaient offrir les candidats à ces fonctions si honorables, et dont on n'a pas toujours compris et l'étendue et l'importance.

MM. Crepin, Leblanc et Collignon, faisant ressortir combien il importe que, dans les Écoles vétérinaires surtout, l'instruction soit dirigée dans des voies plus pratiques, signalent les graves inconvénients qui résultent pour l'avenir des élèves de l'état actuel des choses qui donne dans les concours, aux jeunes vétérinaires sortant des bancs riches sans doute de brillantes théories, mais fort peu versés dans la pratique, un avantage marqué sur des confrères peut-être plus aptes à remplir la difficile mission de l'enseignement vétérinaire. En conséquence, ils proposent que dorénavant nul ne puisse arriver au professorat s'il n'a exercé pendant quatre ans la médecine des animaux.

Cette proposition est accueillie avec empressement. M. Lenck d'accord sur le principe, demande cependant une exception pour les chefs de service.

M. Collignon combat vivement l'amendement de M. Lenck, se fondant sur ce que la plupart des chefs de service cessent d'être vétérinaires, après quelques années d'exercice, pour devenir chimistes, anatomistes, etc. Il ajoute qu'en faisant une exception en leur faveur on s'éloignerait du but que l'on veut atteindre, c'est-à-dire diriger l'enseignement dans des voies plus pratiques.

La proposition de M. Lenck est rejetée.

L'assemblée, consultée sur l'article additionnel proposé par MM. Crepin, Leblanc et Collignon, l'adopte à une grande majorité et, après avoir pris connaissance des documents envoyés par les Sociétés vétérinaires de France, émet le vœu que nul ne puisse se présenter comme candidat à la place de professeur dans une École vétérinaire s'il n'a justifié de quatre années d'exercice de la médecine des animaux.

M. Hamont demande que dans les concours il soit fait une large part aux titres scientifiques. — Adopté.

Professeurs-suppléants. — M. Wautherin demande que par un article additionnel l'assemblée vote sur la création de professeurs-suppléants pour seconder les professeurs titulaires qui ne professent guère que le dogme. Les professeurs-suppléants appliqueront les principes, guideront les élèves, feront des examens, suppléeront les professeurs malades, dirigeront, en un mot, tous les travaux. — Adopté.

M. Collignon considérant : 1° que les fonctions de chefs de service sont peu en rapport avec le titre de vétérinaire; 2° que ces fonctions peuvent être remplies avec le même zèle et les mêmes avantages par des élèves répétiteurs, comme cela existait autrefois; 3° que les études spéciales auxquelles livrent tout leur temps ces jeunes vétérinaires déjà éprouvés par un concours, les détournent, sans profit pour la médecine vétérinaire, des études générales dans lesquelles ils n'auraient pas manqué de se distinguer, propose de voter la suppression des chefs de service, et leur remplacement par des élèves répétiteurs, dont on limitera autant que possible la durée des fonctions.

Cet article additionnel est adopté.

Durée du professorat. — Dans la solution de cette question, l'Assemblée avait à respecter, d'une part, les services rendus dans la difficile carrière du professorat; d'autre part, elle ne devait pas négliger l'intérêt de l'enseignement.

Pour satisfaire à ces deux exigences presque contraires, M. Hamont propose de décider que les fonctions des professeurs soient temporaires et cessent à soixante-cinq ans; mais qu'à cet âge les professeurs devenus honoraires participent encore aux conseils administratifs des Écoles. — Adopté.

JURYS. — Sur la proposition de M. Villate, la question des Jurys pour le concours des professeurs est mise à l'ordre du jour, parce que cette question est connexe aux trois bran-

ches de la médecine, et qu'elle fait le sujet d'un examen spécial dans une Commission mixte.

L'Assemblée, après avoir entendu la lecture du rapport de MM. Crepin, Kersean et Tassy; après avoir discuté plusieurs propositions, adopte les solutions suivantes, qui sont celles du rapport :

1° Des médecins vétérinaires étrangers aux Ecoles doivent incontestablement faire partie des Jurys pour les concours;

2° Les professeurs des Ecoles doivent toujours être en minorité dans ces Jurys;

3° Ces Jurys seront composés de huit membres, sous la présidence de l'inspecteur général des Ecoles vétérinaires, ou, à son défaut, du directeur de l'Ecole où le concours aura lieu;

4° Quatre de ces membres, au choix du ministère, seront pris parmi les professeurs de l'Ecole vétérinaire et les professeurs de la Faculté ou Ecole de médecine de la ville où le concours aura lieu;

5° Les quatre autres membres seront désignés par le sort, pour le département de la Seine sur une liste de quinze vétérinaires non professeurs, et pour les autres départements sur une liste de dix;

6° Cette liste sera établie par les préfets, qui y feront entrer toutes les notabilités vétérinaires du département et des corps en garnison dans la localité.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-deuxième liste.

M. le docteur Maichain, délégué des médecins du département des Deux-Sèvres.
M. le docteur Sers, à Castres (Tarn).
M. le docteur Solaville, à Paris.
M. le docteur Taisseire, de Saint-Marc, à Paris.
M. le docteur Bonvallet.
M. le docteur Andrevetan, à Paris.
M. Bédu, médecin, possédant deux diplômes, ex-premier chirurgien aux hôpitaux civils du Quesnoy, médecin et sociétaire honoraire de la Société des fabricants et ouvriers en limes de Paris, accoucheur, à Paris.
M. Fauvel, médecin du bureau central des hôpitaux, à Paris.
M. Martin, pharmacien à Paris.
M. le docteur Charmasson, de Puylaval, à Paris.
M. Fleury, pharmacien à Paris.
M. Glouahec, médecin à Guidel, arrondissement de Lorient (Morbihan).
M. Allemand, médecin-vétérinaire à Lambesc (Bouches-du-Rhône).
M. André, médecin-vétérinaire à Gardanne.
M. le docteur Bonamy, à Nantes (Loire-Inférieure).
M. le docteur Fleurquin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Soissons (Aisne).
M. le docteur de Monès, à Lavernose par Muret (Haute-Garonne).
MM. les docteurs Grosjean, Jabin et Tassij, délégués de la Société médicale d'accouchement.
M. le docteur Guérin, délégué des médecins du département du Cher.
M. le docteur Dufour, de Villefranche, à Paris.
M. le docteur Davas, à Paris.
M. Reboule, pharmacien.
M. Marrel, vétérinaire à Valréas (Vaucluse).
M. Imberton, vétérinaire à Bollène.
M. Vidal, vétérinaire à La Motte.
M. Roure, vétérinaire à Orange.
M. Laugier, vétérinaire à Orange.
M. le docteur Monge, chirurgien en chef de l'hôpital, médecin du bureau de bienfaisance à Tarascon-sur-Rhône.
M. Montet, vétérinaire à Tarascon-sur-Rhône.
M. Camus, vétérinaire à Tarascon-sur-Rhône.
M. Riffard, pharmacien à Tarascon-sur-Rhône.
M. Legrip, pharmacien à Chambon (Creuse).
M. le docteur Auguste Serre (d'Uzès), chevalier de la Légion-d'Honneur, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc., à Alais (Gard).
M. Giraudeau, pharmacien à Paris.
M. Bussac, pharmacien à Belleville.
M. Thouret, médecin à Airaines (Somme).
M. le docteur Martin de Gimard, à Paris.
M. le docteur Lucas Championnière, à Paris.
M. le docteur Dumas, à Paris.
M. le docteur Chérubin, à Guise (Aisne).
M. le docteur Lesage, président de la Société de médecine de Niort (Deux-Sèvres).
M. le docteur David, vice-président, id.
M. le docteur Teillenx, secrétaire, id.
M. le docteur Chébron, vice-secrétaire, id.
M. le docteur Gauné, trésorier, id.
M. le docteur Guillemeau, à Niort.
M. le docteur Fontan, à Niort.
M. le docteur Ducroq, à Niort.
M. le docteur Bazive, à Niort.
M. le docteur de Meschinet, à Niort.
M. le docteur Jubin, à Niort.
M. le docteur Ginestel, à Niort.
M. le docteur La Montagne, à Rohan-Frontenay.
M. le docteur Roubier, à St-Maixent.
M. le docteur Bonenfans, à St-Georges-de-Rex.
M. le docteur Tillé, à Augé.
M. le docteur Housseau, à Mauzé.
M. le docteur Horisset, à Mauzé.
M. le docteur Palustre, à Prahecq.
M. le docteur Rondeau, à Saint-Maixent.
M. le docteur Morillon, à Coulonges.
M. le docteur Chaigneau, à Rohon-Frontenay.
M. le docteur Brillonneau, à Châtillon.
M. le docteur Guillon, à Thenezay.
M. le docteur Barbette, à Niort.
M. le docteur Primault, à Champdeniers.
M. le docteur Métayer, à Brioux.
M. le docteur Plassiart, à Coulonges.
M. le docteur Gibault, à Termanteuil.
M. le docteur Le Dain, à Parthenay.
M. le docteur Sanzeau, à Saint-Maixent.
M. le docteur Albert, à Parthenay.
M. le docteur Pautrol, à Limalonges.
M. le docteur Andoin, à Beauvoir.
M. le docteur Dumoutier, à Saint-Maixent.
M. le docteur Fribault, à Airvault.
M. le docteur Malapert, à Sanzé-Vaussais.
M. le docteur Dussouil, à Melle.
M. le docteur Bonneau, à Breloux.
M. le docteur Guionnet, à La Mothe-Saint-Héray.
M. le docteur Gaillard, à Parthenay.
M. le docteur Chollet, à Parthenay.
M. le docteur Planteoigne, à Chef-Boutonne.
M. le docteur Chabot, à Saint-Romans.
M. le docteur Amiot, à Verrines.
M. le docteur Puche, médecin à l'hôpital du Midi.
M. le docteur Blachier fils, médecin de la marine, à Saintt-Servan (Ille-et-Vilaine).
M. le docteur Cormao, à St-Servan.
M. le docteur De La Cour, à Dol.
M. le docteur De La Mése, à Combourg.
M. le docteur Génée, à St-Servan.
M. le docteur de Krollus, méd. des prisons, chir. de la garde nationale, agent de la Commission de santé de l'arrondissement de St-Malo.
M. le docteur Lhoste, chirurgien ordinaire des hospices de Saint-Malo, à Saint-Servan.
M. le docteur Martel, à Saint-Malo.
La Société de médecine de Nancy. M. Le Roy-d'Etiolles, délégué.

Total de la vingt-deuxième liste,	97
Listes précédentes,	4066
Total général, à ce jour,	4163

NOUVELLES.

— Le docteur qui a lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 28 octobre, un Mémoire sur la *gangrène périodique*, est M. le docteur Chomet.

Dîner des Ecoles préparatoires. — Le dîner aura lieu aujourd'hui 8 novembre. Le rendez-vous de MM. les professeurs des Ecoles est fixé à six heures précises, rue Duphot, *salon de conversation*.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

DIMANCHE 9 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 135. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 8 NOVEMBRE 1845.

Comme on l'avait annoncé, M. le ministre de l'instruction publique a assisté à la séance d'aujourd'hui. M. Orfila et M. Donné l'avaient précédé de quelques minutes dans la tribune qui lui avait été réservée. L'assistance était extrêmement nombreuse. Il s'agissait, on le sait, de la question capitale du Congrès, des deux ordres de médecins. Le rapport sur cette question a été présenté par M. Piorry. L'honorable professeur s'est acquitté de cette tâche importante avec un plein succès. Toutes les objections ont été combattues par M. Piorry avec une force de raison et un ensemble de preuves qu'il était impossible de combattre. Aussi, disons-le, la cause des officiers de santé n'a pas été plaidée et le vote de cette immense assemblée a été unanime; car deux voix à peine ont vainement protesté contre cette imposante manifestation.

L'heure avancée ne nous permet d'entrer dans aucun détail sur cette belle séance; nous y reviendrons certainement; ne fût-ce que pour signaler le magnifique succès oratoire obtenu par M. Malgaigne, qui a quitté la tribune aux applaudissements unanimes de l'assemblée.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 6.* Les deux ordres de médecins. — Médecins cantonaux.

La séance est ouverte à deux heures et demie. L'assemblée est des plus nombreuses, et l'on y remarque beaucoup de célébrités médicales et chirurgicales, tant de Paris que de la province, attirées par l'importance et l'intérêt des questions qui doivent être discutées aujourd'hui. M. le doyen de la Faculté de médecine est présent dès l'ouverture de la séance, ainsi que M. le ministre de l'instruction publique.

La lecture du procès-verbal de la précédente séance est faite par un des secrétaires particuliers.

M. Magne demande que l'on rectifie l'une des conclusions du rapport de M. Malgaigne, portant : *les examens seront rendus plus pratiques*, au lieu de *rendus de plus en plus pratiques*. La première rédaction semblerait faire croire que les examens actuels ne sont point pratiques.

Cette rectification sera faite.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le secrétaire-général propose, au nom du bureau, la nomination de la Commission suivante, pour s'occuper de la translation des restes de Bichat.

Les membres du bureau sont :

MM. Bouillaud.
Thierry, membre du Conseil général.
Vée, maire du 5e arrondissement.
Larrey.
Coste.
Caventou, président de l'Académie de médecine.
Malgaigne.
Battaille.
Miquel.
Blatin.
MM. les délégués des adhérents du département de l'Ain présents à Paris.

La nomination de cette Commission est mise aux voix et adoptée.

La parole est donnée à M. Piorry, rapporteur de la Commission n° 6 (1re section).

Messieurs,

Une des questions humanitaires les plus graves que le Congrès médical ait été appelé à discuter, est celle qui se rapporte aux deux ordres de médecins.

La santé du pauvre, l'équitable répartition que doit l'État aux populations, l'honneur et la dignité de la profession médicale, l'indispensable nécessité de tenir compte des droits acquis et de trouver des garanties pour l'avenir, tout dans un tel sujet est grave, important et exige une discussion approfondie.

La Commission n° 6 s'y est livrée avec sévérité et conscience, c'est le fruit de ses délibérations que l'un de ses Rapporteurs a l'honneur de vous soumettre.

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) qui a institué les officiers de santé, a été promulguée dans un temps où nos armées triomphantes avaient projeté sur tout ce qui en dépendait un certain reflet de la considération dont elles étaient entourées. De là sans doute la dénomination d'officier de santé appliquée aux personnes qui exerçaient l'art de guérir. Ce nom étrange, si peu en harmonie avec nos institutions civiles et constitutionnelles, resta dans la loi qui institua l'Université et les Facultés, comme un souvenir de ce qui avait été et comme une sorte de liaison entre la grande époque révolutionnaire et l'organisation nouvelle.

Plus tard, l'usage fit à peu près renoncer dans la pratique à cette dénomination bizarre, de sorte que les expressions Médecin ou Chirurgien la remplacèrent, et cette source de confusion entre les officiers de santé et les docteurs en médecine, produisit trop souvent des méprises fâcheuses pour le public tout en portant une atteinte réelle aux droits des médecins dont les études avaient été plus complètes et plus régulières.

Le titre d'officier de santé, ainsi que l'a remarqué un des membres de la Commission, est usurpé dans l'état actuel de la société par des charlatans sans droits aucuns et qui, avec l'autorisation des maires des communes, vont sur la voie publique colporter des médicaments inutiles ou dangereux.

La loi sur les officiers de santé les subordonne pour la curation des cas graves et pour les grandes opérations aux Docteurs en médecine, mais dans la pratique, rien de semblable n'a lieu et ne peut avoir lieu, car telle affection légère en apparence est grave en réalité; il est impossible de classer d'une manière absolue la léthalité des diverses maladies et les opérations les plus graves, les plus utiles ou les plus difficiles, telles que les ligatures d'artères, l'incision du sac herniaire et des anneaux, la bronchotomie, etc., etc., qui doivent être pratiquées immédiatement. Leur nécessité est assez urgente pour ne pas donner le temps d'attendre l'aide ou les conseils d'un confrère plus expérimenté; de là vient que cette première précaution, prise par le législateur, est inexécutée et inexécutable dans la pratique.

On veut que l'officier de santé habite les campagnes, et c'est là, loin de tout autre secours, qu'il faut le plus souvent que les opérations graves soient promptement pratiquées.

Dans une ville, un praticien de second ordre trouve, dans les cas difficiles, un médecin, un chirurgien ou un accoucheur plus instruit qui vient l'aider de son utile concours, de sorte que la médiocrité trouve ici la supériorité pour la diriger; l'officier de santé ne trouve pas, dans une campagne reculée, d'hommes habiles qui puissent rectifier ses erreurs, dissiper ses doutes et donner ce degré d'énergie que ne comporte pas l'hésitation.

Il faut donc que le médecin des villages ait des connaissances très-générales et certes les examens que les officiers de santé subissent ne sont pas suffisants pour les contraindre à les acquérir.

La loi interdit aux officiers de santé de pratiquer des opérations graves sans le secours d'un docteur en médecine, mais voyez où cela conduit en pratique :

Si un homme se trouve dans l'un des cas d'opération urgente, où tout retard peut causer la mort (la bronchotomie, les ligatures d'artères, le débridement des hernies), l'officier de santé se trouve dans cette alternative : ou de manquer à son devoir et à sa conscience en n'agissant pas, ou de ne pas se conformer à la loi et de s'exposer à des poursuites s'il pratique une opération.

Les officiers de santé n'ont le droit d'exercer la médecine et de pratiquer la chirurgie que dans la circonscription d'un département. On voit tel de ces praticiens poursuivi et condamné pour avoir soigné des malades dans une commune limitrophe de la frontière du département qu'il habite. Étrange pensée du législateur, qui a cru sans doute qu'un médecin pouvait être habile à soigner l'habitant d'une certaine contrée, tandis qu'il ne le serait plus s'il s'agissait du malade qui réside dans un village voisin dont le sol, la disposition, le climat seraient identiquement les mêmes! ou qui a pu croire qu'un chirurgien placé sur la limite d'un département pourrait hésiter à donner des soins à un homme frappé d'une blessure grave et qui habiterait par delà cette limite?

De telles dispositions législatives, qui seules séparent les droits des deux classes de médecins, ne sont donc ni conformes à la raison, ni compatibles avec nos mœurs, ni consacrées par la pratique. Ainsi la dénomination d'officier de santé doit tomber comme doivent être rayés aussi les articles des lois par lesquelles on a cherché à limiter leurs droits. Bien plus les études préliminaires exigées des officiers de santé ne sont pas suffisantes pour qu'ils tiennent, comme médecins, le rang qu'ils doivent occuper dans la société; les examens auxquels ils sont soumis ne donnent en rien les garanties désirables pour l'humanité.

Certes, il en est parmi eux un très-grand nombre qui réunissent à une bonne éducation première des talents de premier ordre, et il serait à désirer que bien des docteurs eussent leur instruction pratique; mais ce sont là d'honorables exceptions dont la loi ne doit tenir compte.

Ce ne sont pas les individualités, mais bien les masses que le législateur judicieux doit envisager, et il ne peut se former d'opinions sur les masses qu'en s'enquérant auprès des hommes spéciaux des épreuves scientifiques par lesquelles sont passés ceux qui composent ces agglomérations d'hommes.

Le faible degré d'instruction exigé des officiers de santé est dans l'état actuel des choses un malheur pour l'humanité, une chose déplorable pour la science, un motif de déconsidération soit pour la profession, soit pour les docteurs en médecine, confondus si souvent par le public sous le nom de médecin avec des personnes qui n'ont ni les mêmes titres ni les mêmes droits.

Quand on changerait la dénomination d'officiers de santé contre celle de licencié, on ne remédierait en rien aux graves inconvénients qui viennent d'être signalés, car ces inconvénients tiennent à l'institution elle-même, et non pas aux termes adoptés. Quand on exigerait pour une seconde classe de médecins appelés licenciés ou autrement des études plus fortes, mais cependant moins fortes que celles imposées aux docteurs, ce serait un degré de moins dans le mal, mais ce serait toujours le mal.

Quand on voudrait, ainsi que la proposition en a été faite, que les études fussent les mêmes pour les deux classes de médecins, moins l'examen de bachelier ès-sciences et une diminution dans les droits universitaires, pour la seconde catégorie, ce serait presque confondre les deux classes dont il s'agit, et les personnes qui composeraient le deuxième ordre ne pourraient être soumises aux mesures restrictives qui ont été établies contre les officiers de santé.

Ils n'iraient pas plus que les docteurs se fixer dans les campagnes, ou, disons mieux, ils se feraient recevoir docteurs.

Il faut en effet, pour être apte à exercer notre profession, savoir assez de chimie, de physique et de mathématiques pour subir un examen de baccalauréat ès-sciences.

Les frais universitaires ne sont pas enfin assez élevés pour empêcher les médecins de prendre un degré supérieur. On n'aurait donc encore que des docteurs, et l'on ne trouverait pas d'homme qui, à égalité d'instruction, consentît à avoir moins de droits et moins de considération.

Il est impossible sans doute que tous les médecins aient le même degré de savoir; mais la loi ne peut exiger qu'une chose, c'est que les épreuves soient égales pour tous et qu'elles offrent à la société toutes les garanties désirables. On l'a dit et répété avec raison, et on ne peut le trop redire encore : les hommes sont partout les mêmes; la médecine est partout aussi difficile à apprendre et à pratiquer.

Il faut donc que les médecins soient partout soumis par la législation aux mêmes épreuves de capacité. Ce serait un étrange anachronisme, ce serait une atteinte grave à notre système d'égalité, ce serait mentir à nos institutions et ne pas se ressouvenir que le pauvre éloigné des villes a les mêmes droits que l'habitant des cités; que d'admettre pour lui des médecins de second ordre comme suffisants, tandis que ceux de premier ordre seraient consacrés au traitement des habitants des villes.

Ce n'est pas que des personnes honorables n'aient considéré cette proposition comme une utopie non réalisable, comme une phraséologie philosophique, et qu'elles aient nié, sinon la vérité, du moins la possibilité d'application de l'idée précédente; mais nous ne pouvons partager leur avis. *En toute loi, en toute chose d'administration, il faut partir des principes; quand un principe est vrai, si l'on ne peut l'appliquer, c'est que ceux qui n'en trouvent pas les moyens ne sont pas à la hauteur de l'application. Ne voyons les difficultés qu'après avoir connu les vérités et les possibilités; les obstacles se lèveront ensuite à l'aide de la réflexion, de l'action et de la persévérance.*

Ce n'est pas que les législateurs qui ont institué les officiers de santé n'aient eu de fortes raisons à faire valoir en faveur de l'établissement de cette classe de médecins. Actuellement encore des hommes essentiellement pratiques dans la science gouvernementale sont frappés de l'état d'abandon où la suppression des officiers de santé pourrait laisser la médecine des campagnes.

De respectables scrupules se sont élevés, de hautes intelligences ont été émues à la pensée que le pauvre des chaumières serait abandonné par le médecin élevé en capacité comme en grade, et que le charlatanisme viendrait à décimer la population et à enlever à l'indigent le denier de la veuve et de l'orphelin.

Votre commission n° 6 a été elle-même ébranlée par ces pensées; c'est après mûre réflexion, c'est après délibération approfondie qu'elle a formulé son opinion; et il est de son devoir de vous soumettre les raisons que nos honorables adversaires ont fait valoir en faveur de l'institution des officiers de santé.

Les officiers de santé, a-t-on dit, son loin d'être aussi faibles comme praticiens qu'on a bien voulu le prétendre; ils ont souvent obtenu et mérité la confiance de familles honorables. Ce n'est pas le titre qui fait l'homme capable; s'ils ont en général peu de connaissances dans les sciences accessoires, ils sont souvent d'excellents cliniciens. La réponse est ici dee

plus faciles : un grand nombre d'officiers de santé sont fort instruits, et les membres de la Commission se plaisent à en citer qui certes méritent le titre de docteur. Mais, encore une fois, on ne peut se dissimuler que la majorité d'entre eux ne possèdent pas les connaissances que la société a le droit d'en attendre. Les exemples d'ignorance qu'ils ont fréquemment donnés ne sont que trop nombreux et trop connus. La confiance des plus hautes familles se donne parfois à des gens qui n'ont aucun titre pour exercer, et l'on sait trop que bien souvent les personnes même les plus éclairées sont de la plus haute absurdité lorsqu'il s'agit de choisir un médecin. Ce n'est pas du savoir dont elles s'occupent, mais elles se laissent diriger dans leur aveugle confiance par les circonstances les plus frivoles.

Dans l'*état actuel* de l'enseignement médical les connaissances qu'on est convenu d'appeler sciences accessoires, sont des *études fondamentales* sans lesquelles il est impossible d'être médecin instruit.

Une grande partie de la population médicale, a-t-on ajouté, est constituée par des officiers de santé. En supposant qu'un relevé statistique publié sur ce sujet soit exact, ce dont il est permis de douter (1), leur nombre serait par rapport à celui des docteurs dans les proportions de 4 sur 9, et il y aurait plus de 8,000 officiers de santé ; mais on ne songe pas à détruire des droits acquis ; on ne peut en rien toucher à ce qui existe que pour améliorer, que pour ouvrir une porte plus large au doctorat. En agir autrement serait illégal et surtout injuste, ce qui est pis encore. Que les examens cliniques sur la médecine et sur la chirurgie pratiques, dont les juges seraient en partie des professeurs de Facultés et des professeurs d'Écoles préparatoires, donnent la possibilité de devenir docteurs à ceux qui se croiront assez instruits pour les subir, voilà ce que l'on pourrait proposer ; mais que ceux qui n'auraient pas assez de confiance en eux-mêmes pour soutenir des épreuves nouvelles restent avec les droits et les ressources que des lois antérieures leur ont donné. Point d'effet rétroactif dans les actes de 1845, mais portes largement ouvertes au progrès et à l'instruction.

Si vous n'avez plus d'officiers de santé, ajoute-t-on encore, vous aurez à leur place des charlatans sans titres, des vendeurs de remèdes secrets, des rebouteurs maladroits et ignorants qui exploiteront les populations. Mais ne les avez-vous pas déjà même avec l'existence des docteurs et des officiers de santé ? Ne font-ils pas sous le nom de bateleur, de berger, de sorcier, de jugeur une dangereuse concurrence à l'honnête praticien de campagne ? N'empoisonnent-ils pas nos villes de leurs drogues impures ? Ne s'introduisent-ils pas dans les palais même en présence de ce qu'il y a dans la science de plus grand, de plus honnête ou de plus honorable ?

Que la loi sur l'organisation de la médecine les atteigne, ce n'est certainement pas la destruction pour l'avenir du titre d'officier de santé qui en augmentera la proportion.

Le nombre des docteurs en médecine, dit-on, a diminué en neuf années, de 1835 à 1843 ; ce sont les officiers de santé reçus qui ont comblé cette lacune. Il est très-vrai que depuis peu d'années le nombre des réceptions dans les Facultés décroît. On trouvera les indications des chiffres de ce décroissement dans l'Almanach général de médecine pour 1845. Mais n'est-il pas évident que si les officiers de santé n'étaient pas si nombreux, que si la profession était plus honorée et plus lucrative, il se ferait plus de médecins et qu'alors l'équilibre se rétablirait ? Juger de ce qui aurait lieu si les institutions étaient bonnes par ce que l'on voit alors qu'elles sont mauvaises, est procéder sans logique et sans discernement.

D'ailleurs, dans un grand nombre de localités, loin de diminuer, le nombre des docteurs augmente ; ainsi, dans les arrondissements de Laon, Saint-Quentin, Soissons, Château-Thierry et Vervins (département de l'Aisne), il n'y avait, suivant M. Mouret, que 45 docteurs en médecine ; tandis qu'en 1845, on en compte 79 dans les mêmes contrées.

Les officiers de santé, dit-on, consentent à habiter les campagnes. Leur degré d'éducation et d'instruction, leur peu d'habitude de l'aisance, leur permettent de vivre de peu, de s'accommoder de la société de gens grossiers : ce que ne supporterait pas le docteur en médecine, qui a passé une partie de sa vie dans les Écoles des villes. Mais on n'a pas bien pesé la valeur de ces raisons. on vit aussi bien et mieux dans les campagnes que dans les villes ; le juge de paix, le curé, le notaire, le maire, les propriétaires du pays valent bien autant que les sociétés des grandes villes. Les communes rurales, dotées de l'instruction primaire, s'améliorent sensiblement sous le rapport de l'instruction, et il s'y trouve fréquemment des gens dont la société est loin d'être désagréable.

Quand il n'y aura pas pour le médecin la fâcheuse concurrence de l'homme inhabile, à coup sûr le canton ou la commune seront fréquemment pour lui un séjour plus que supportable. Honorez-le, évitez-lui la misère, soyez reconnaissant de ses peines et de ses soins, et vous aurez dans les campagnes l'homme instruit et laborieux. L'un des membres de votre Commission, qui depuis est parvenu à une position que lui a donnée le travail, parcourait en 1816 le département de la Vienne et cherchait à se fixer dans une commune ; pauvre qu'il était, il vit l'officier de santé du pays en vogue et en honneur ; il revint à Paris, et son heureuse carrière, couronnée de succès, fut celle des concours et de l'enseignement.

Sur 664 médecins pris dans six départements dont le hasard a décidé du choix (le Nord, la Meuse, le Lot-et-Garonne, le Bas-Rhin, la Côte-d'Or, la Loire-Inférieure), on trouve 483 officiers de santé et seulement 181 docteurs. Il en est à peu près de même dans quelques autres départements dont les officiers de santé habitent les campagnes : les docteurs restent dans les villes ; donc, s'il n'y avait plus d'officiers de santé, dit-on, les campagnes seraient privées de médecins. Il y a même moins de docteurs proportionnellement dans les cantons que dans les villes, et c'est particulièrement dans les pays où la richesse territoriale est faible que le petit nombre des docteurs dans les villages est plus sensible. Chose bien triste, c'est dans les pays pauvres, dans les lieux où les épidémies sont plus fréquentes, que le nombre des officiers de santé, par rapport aux médecins, est plus considérable. Certes, il y a du vrai dans ce qui précède ; mais, encore une fois, s'il n'y avait pas tant d'officiers de santé dans les campagnes, il s'y fixerait plus de docteurs, et ensuite ce qui est vrai de certains départements n'est pas exact pour d'autres. Si l'on prend des relevés statistiques publiés, et le plus en faveur possible des officiers de santé, ils ne sont pas, dit-on, en rapport avec les relevés ministériels, on trouve que dans le Finistère, où la richesse est représentée par 2 francs 49 centimes d'impôt territorial pour chaque homme, il y a un médecin pour 4,431 habitants, et que le nombre des docteurs est de 88 par rapport aux 42 officiers de santé qui y sont établis.

Dans le Morbihan, où l'impôt est de 3 fr. 28 c. par personne, et où il y a seulement 1 médecin sur 5,274 habitants, il s'y rencontre 43 docteurs et 41 officiers de santé.

La Haute Loire, la Loire, l'Isère, donnent aussi un plus grand nombre de docteurs que d'officiers de santé. Tout au contraire, la Seine-Inférieure, où l'impôt territorial s'élève, par personne, à 6 fr. 55 c., compte, sur 389 médecins, 195 officiers de santé, et 194 docteurs. Dans le Nord, département fort riche, sur 530 médecins, le chiffre des officiers de santé s'élève à 312. Dans l'arrondissement de Pontoise (Seine-et-Oise), arrondissement fort riche, sur 43 praticiens, l'on compte 27 officiers de santé et 16 docteurs seulement. Des cantons riches, tels que Luzarches, n'ont pour médecins que des officiers de santé.

Dans l'Yonne, où l'impôt territorial est de 4 fr. 89 c., il y a 135 officiers de santé et 77 docteurs. Ainsi, les officiers de santé recherchent tout aussi bien que les docteurs les pays riches, et l'on voit que des pays pauvres, tels que le département de la Lozère, sur 59 médecins, possèdent 44 docteurs et 15 officiers de santé.

Les parties les plus pauvres du département du Tarn, sont, d'après M. Lavergne, délégué des médecins de ce même département, encombrés de docteurs en médecine.

Dans les cantons des Côtes-du-Nord, arrondissement de St Brieuc, il existe un grand nombre de docteurs en médecine. (Communication de M. le docteur Rault, délégué de St-Brieuc.)

Croire que les ressources dans les campagnes, sont, pour les médecins, moins grandes que dans les villes, est une erreur.

D'après les recherches auxquelles se sont livrés les membres de la Commission, d'après les rapports des délégués des associations départementales, ce sont plutôt les communes et les cantons ruraux que les villes, qui font vivre les médecins, tandis que dans les cités, le modique prix de la visite leur suffit à peine pour exister, les petits voyages dans les communes leur donnent de l'aisance.

Tel médecin d'un canton se fait 3, 4, 5, 6 et même 8,000 francs de clientèle, et tel médecin de Paris ne gagne pas le quart de ses dépenses annuelles. Et ceci n'est pas une exception ni un fait isolé ! Non. Les médecins des campagnes vivent honorablement, et font quelquefois fortune pendant que le plus grand nombre des médecins de Paris ne se soutiennent qu'avec une peine extrême. C'est là ce qu'il faut dire, ce qu'il faut prouver par des chiffres, c'est ce qui peut empêcher une centralisation trop grande de médecins instruits.

Le meilleur moyen de répandre ceux-ci dans les campagnes, c'est de détruire l'institution des officiers de santé.

Mais ce n'est pas seulement dans les intérêts de l'humanité, dans celui des docteurs, qu'il faut abolir l'institution des médecins de seconde classe ; c'est même dans celui de ces praticiens eux-mêmes. Quoi de plus affligeant pour les hommes instruits qui en font partie, quoi de plus humiliant pour eux que le degré infime où la législation actuelle les a placés ? Ils sentent si bien ce que leur position a de pénible, qu'un très-grand nombre d'entre eux demande la suppression des deux ordres de médecins. C'est ce qui résulte des rapports de MM. Remy, d'Auxerre ; Rault, de Saint-Brieux ; Morisse, d'Yvetot ; Cornilleau, de la Sarthe ; Genet, de Chartres ; Mance, d'Angers ; Mouret, de Laon ; Lavergne, de l'association du Tarn ; Fontaine, de l'Eure ; Bodinier, des Côtes-du-Nord ; Benoist, officier de santé, délégué de l'Aisne ; Olivier, de Seine-et-Oise.

« Ce que désirent en majorité les officiers de santé, c'est » qu'on leur donne les moyens et des possibilités d'améliorer leur position ; c'est que des examens pratiques leur » permettent d'obtenir le titre honorable de docteur en médecine. »

D'après les renseignements fournis par plusieurs membres de la commission n° 6, on voit que les communes des départements les plus pauvres ont un très-grand nombre de docteurs en médecine établis, c'est ce qu'a vu M. le docteur Dufour, pour les environs de Brest ; M. le docteur Lavergne, pour l'association du Tarn.

Dans une infinité de pays où il existe assez de docteurs, les officiers de santé abondent encore et leur font une concurrence qui, malheureusement, n'est pas une rivalité de talents et d'émulation, mais qui, le plus souvent, a pour moyens l'avilissement du taux des honoraires et le dénigrement dont la déconsidération est le résultat. Cette plaie de la société médicale, la médisance sous toutes les formes, se reproduit encore ici plus qu'ailleurs, et cette maxime admirable du Christ : *Aimez-vous les uns les autres* qui, mise en pratique, serait la sauvegarde de notre profession, est remplacée trop souvent, entre les médecins des petites localités surtout, par cette pensée antisociale : *Faites-vous le plus de mal possible.*

Les pauvres des grandes villes ont en général pour médecins ceux qui sont les plus estimés ou que le concours a portés aux hôpitaux. Presque dans toutes les cités, des docteurs en médecine au moins sont appelés à faire le service des hôpitaux ou même des bureaux de charité. Comment donc admettrait-on en principe que le pauvre des campagnes eût pour se soigner des médecins de second ordre ?

On a dit que les officiers de santé étaient aux docteurs en médecine ce que les avocats sont aux docteurs en droit ; la comparaison n'a rien de juste. Le docteur en droit n'a qu'un titre scientifique plus élevé que celui du licencié, mais dans la pratique les droits de l'un et de l'autre sont les mêmes.

Quand pour les médecins d'hôpitaux on a reconnu les nombreux inconvénients à les classer en titulaires et en adjoints ou suppléants, pourquoi voudrait-on dans la pratique civile établir une différence marquée entre deux catégories de médecins ?

On a souvent reproché aux Facultés trop d'indulgence dans les examens ; peut-être a-t-on exagéré de beaucoup ce blâme. On est actuellement, à Paris au moins, plus sévère que par le passé.

Mais voici ce qui arrive : tel étudiant, refusé comme docteur, est bientôt reçu comme officier de santé, et n'en exerce pas moins la médecine.

Si les élèves des Facultés sont forcés de s'instruire davantage, ne leur donnez pas pour rivaux, alors qu'ils seront reçus docteurs, des gens pour lesquels on a été souvent d'une indulgence extrême.

Veut-on donner aux professeurs le droit d'être sévères, qu'on fasse donc qu'il n'y ait pas de médecins de second ordre.

L'insuffisance des connaissances exigées des officiers de santé est surtout palpable alors qu'il s'agit d'hygiène publique et de médecine légale : les rapports qu'ils adressent sont trop souvent fort différents de ce qu'ils devraient être, et cependant la vie des accusés, l'honneur des familles se trouvent trop souvent compromis par l'impéritie ou par l'ignorance d'un premier rapporteur médico-légal.

C'est en tenant compte des faits établis dans la discussion précédente, c'est après avoir pesé les argumentations contradictoires, que votre commission n° 6, composée de vingt-six membres, a voté à l'unanimité, moins une voix, qu'il n'était point utile d'établir deux ordres de médecins, et qu'elle a répondu à la première question qui lui était posée, de la manière suivante :

« Il n'y a pas d'inconvénients réels à renoncer à avoir deux » ordres de médecins, il y a utilité publique à n'en recevoir » que d'un seul ordre. »

La commission n° 6 a voulu entrer ensuite dans la discussion des questions suivantes, ainsi posées :

En supposant qu'il fût dangereux de supprimer les réceptions à deux degrés, quelles conditions nouvelles d'aptitude et d'exercice faudrait-il imposer au degré inférieur ?

Dans quelles Écoles et par quels juges les médecins du degré inférieur devraient-ils être reçus ?

Quelle dénomination conviendrait-il de leur donner ?

La Commission n° 6 a compris tout d'abord que le vote qu'elle venait d'établir sur la première question, rendait inutile toute délibération sur celles qui les suivaient. En effet, si l'on juge que l'établissement de deux ordres de médecins est inutile et dangereux sous tous les rapports, il devient tout à fait superflu de rechercher quelles seraient les conditions dans lesquelles il faudrait placer un second ordre de praticiens dont presque unanimement on ne veut pas. Toutefois dans la crainte de paraître vouloir *scinder* et éteindre en quelque sorte la discussion, quelques membres désiraient qu'on agitât les autres questions ; d'autres demandaient qu'on exposât positivement qu'à aucun prix on n'adoptait l'idée d'une seconde classe de médecins et qu'ensuite on délibérât sur les questions proposées.

L'intention de ces membres était de ne pas rester en arrière de notre mission, s'il arrivait, contre toute croyance, que le Gouvernement se prononçât décidément en faveur des deux classes de médecins. La majorité, disons mieux, vingt-cinq membres sur vingt six, craignant que la discussion dans laquelle on entrerait ôtât de la force au vote négatif par lequel on avait répondu à la première question, décida l'adoption de la proposition qui termine ce rapport.

D'après la forme négative et absolue dont a été résolue la question, la Commission n° 6 décide qu'il n'y a en aucune façon lieu de délibérer sur les trois questions qui la suivent.

Ici, Messieurs, se termine la tâche de l'un des Rapporteurs de votre Commission n° 6, et bientôt vous allez entendre un second rapport, qui indiquera les moyens d'assurer aux pauvres habitants des communes les soins éclairés de médecins instruits.

La Commission n° 6 a l'honneur de proposer au Congrès médical d'émettre les vœux suivants :

1° Que dans la loi destinée à organiser la médecine et son exercice en France, on ne reçoive aussitôt après sa promulgation qu'un seul ordre de médecins, c'est-à-dire que des docteurs en médecine ;

2° Qu'une disposition transitoire de la loi à intervenir autorise les officiers de santé reçus et ayant exercé durant cinq années, à se présenter devant une Faculté pour obtenir, après des examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, le titre de docteur.

Le Rapport de M. Piorry, interrompu à plusieurs reprises par des signes manifestes d'approbation générale, est accueilli par de vifs et chaleureux applaudissements.

La discussion s'ouvre sur la première conclusion.

M. Tournier (de Besançon). Les conclusions du Rapport sont-elles d'accord avec les principes de liberté que vous avez consacrés. Tout

(1) Il paraît que le nombre des médecins, en France, loin d'être seulement de 19,000, serait, d'après les relevés ministériels. de 28,514. (Communication de M. le dr Remy, d'Auxerre.)

le monde est d'accord sur la suppression des officiers de santé. Mais entre cette suppression et l'établissement d'un seul ordre de médecins, n'y a-t-il rien? Vous exigez des examens d'histoire de la médecide, de philosophie médicale, aurez-vous assez de médecins? Vous êtes arrivés au doctorat par des degrés qui ne seront plus les mêmes pour ceux qui viendront après vous. Tout le monde pourrait-il arriver au doctorat maintenant? Non, ni par la fortune, ni par l'intelligence. Ne pouvez-vous pas faire abstraction pour certains médecins de ces connaissances de luxe? Faites des médecins praticiens, supprimez les connaissances médico-légales, par exemple, pour le deuxième ordre de médecins. (Interruption vive.) Au doctorat vous réserverez des priviléges.... (Voix nombreuses : Pas de priviléges! Des droits.)

M. Serres. Il n'y a, Monsieur, qu'une seule pratique dans la médecine.

M. Tournier. Je conclus en proposant des licenciés en médecine avec quatre ans d'études et quatre examens. (Vive agitation.)

M. Malgaigne. L'orateur commence par déclarer qu'il prend la parole au nom du corps médical tout entier du département des Vosges, département, comparativement, qui compte un grand nombre de hameaux, un très petit nombre de villes, et compte cependant, contrairement aux opinions précédemment énoncées, sur 120 médecins, 80 docteurs, 40 officiers de santé. Ce corps médical, officiers de santé et docteurs, demande à l'unanimité la suppression des officiers de santé. Je ne m'occuperai pas, dit M. Malgaigne, de toutes les questions qui ont été présentées, soutenues et développées avec tant de talent par M. le rapporteur de la Commission; je me contenterai de présenter quelques observations brèves sur quelques-uns des points les plus importants.

Ceux qui gouvernent veulent le bien du pauvre tout autant que le bien du riche; ils ne sont arrêtés, nous disent ils, que par les difficultés dans les moyens d'exécution quant à la mesure que nous réclamons. Eh bien! Messieurs, ces difficultés n'existent pas. Deux grandes objections se présentent contre la proposition. Et d'abord, le corps médical de France se compose presque pour moitié d'officiers de santé; si on les supprime, il y aura trop peu de médecins en France. Dût le corps médical en entier ne pas se ressentir de cette perte d'un grand nombre de ses membres, n'est-il pas à craindre que les campagnes ne viennent à souffrir de cette suppression, parce que des docteurs ne voudront pas aller exercer là où vivent à peine et végètent les officiers de santé? Voilà deux objections capitales; il n'y en a pas d'autres.

Il y a maintenant en France 19,000 médecins et 10,006 officiers de santé; il y a quinze ans il y avait 18,000 médecins. Dans ces quinze années, il n'y a eu environ que 1,000 ou 1,100 docteurs de plus proportion qui n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population. Les réceptions ont été si nombreuses, que relativement au nombre des habitants celui des docteurs devrait être de 22 ou 23,000. Ces chiffres sont le résultat de statistique de M. le docteur Lucas Championnière. D'après les rapports qu'il a établis entre le nombre des réceptions et le nombre des décès annuels, il est conduit à se demander si bientôt il n'y aura pas trop peu de médecins en France. Je crois que les chiffres ne sont pas exacts, et qu'on n'a pas tenu compte des doubles réceptions des officiers de santé qui se font recevoir docteurs.

Il s'agit de savoir si, le corps médical de France se composant de 19,000 médecins, il peut y avoir assez de réceptions dans les Facultés pour les besoins du pays; s'il y aura un assez grand nombre de familles assez riches pour remplir la lacune à laquelle donnera lieu la suppression des officiers de santé. Généralement, on peut prendre les médecins comme représentant la classe moyenne de la société. La mortalité moyenne, en France, est de 1/40, prise sur tous les âges; dans le premier âge, elle est moins considérable que plus tard. (Une voix : c'est une erreur.) On me dit que c'est une erreur. Je vais prouver mon dire. Dans l'enfance, il ne meurt que 1/51 par an; la mortalité, parmi les médecins, c'est à dire dans l'âge moyen de la vie, est de 1 sur 31. Mais je prends le chiffre dans toute sa rigueur, et j'admets qu'il faille 650 réceptions par an pour combler les vides. Or, il ne se fait pas 650 réceptions par an en France, y compris même les officiers de santé. Eh bien, Messieurs, je soutiens, sans avoir besoin de débattre cette opinion devant vous plus au long, qu'il y a trop de médecins en France. Le public le sait, les familles savent apprécier très bien quelles sont les professions qui peuvent donner de l'avenir à leurs enfants; elles reconnaissent, comme nous, que le corps médical est trop nombreux. Une fois admis, ceci, et c'est une chose désormais bien reconnue, qu'il y a trop de médecins, qui osera nous dire qu'il y a besoin de combler les vides au fur et à mesure de ces extinctions.

Voici le grand argument qu'on nous oppose, on nous dit : la généralité des familles est trop pauvre, et il ne pourra s'en trouver assez dont les ressources seront en état de faire face aux frais de réception qu'exige le doctorat. S'il est vrai qu'à une époque qui n'est pas éloignée de nous, il y ait eu plus de 600 docteurs reçus, et il y en a eu 634 en 1837, 38 et 39 pourquoi ce chiffre, qui a diminué depuis lors, ne reviendrait-il pas? Il reviendra, soyez en sûr, dès que la profession ne sera plus encombrée, dès que les rapports seront tels entre le chiffre de la population et le nombre des docteurs, qu'il y ait à vivre pour tous.

On est venu vous dire que l'admission au doctorat est hérissée de trop de difficultés : que signifie cette objection? Voulez-vous donc, sous prétexte de besoins qui n'existent pas, recevoir des médecins ignorants? Voilà démontrée la possibilité d'avoir, s'il le fallait, 650 réceptions par an, et nous soutenons que ce nombre n'est pas nécessaire. Que l'on n'objecte plus maintenant cette prétendue pauvreté des familles; offrez un bel avenir à ceux qui se destinent à la médecine, et les moyens se retrouveront encore, et vous aurez, n'en doutez pas, plus de médecins qu'ils ne vous en faudra.

On vous a dit, Messieurs, et ceci est très grave, que les officiers de santé font la médecine des campagnes, qu'ils vont là où ne vont point les docteurs. Voulez-vous savoir ce que font les officiers de santé? Je vais vous le dire, et cela sans chercher autre part que dans mon département, département pauvre et notoirement reconnu comme tel : je vais vous dire ce qu'ils ont fait et où ils ont été.

Il y avait en 1833, dans le département des Vosges, 128 médecins, dont 57 docteurs et 71 officiers de santé. Or, dans les chefs-lieux de canton, il y avait 46 docteurs auxquels faisaient concurrence 41 officiers de santé; dans les hameaux, vous n'aviez plus que 30 officiers de santé. Ne venez donc pas nous dire que l'officier de santé est le médecin des campagnes, le médecin du pauvre exclusivement? Depuis 1833 (je vais vous donner le chiffre de cette année 1845) le nombre des docteurs a augmenté : nous avons dans les chefs-lieux de canton 64 docteurs 16 officiers de santé; dans les communes les plus pauvres, le nombre des docteurs a augmenté de 11 à 16; celui des officiers de santé a diminué de 30 à 24.

Cette raison suffira-t-elle pour vous prouver que l'habitation des campagnes ne répugne pas au docteur autant qu'on veut bien vous le dire, et que les officiers de santé aiment autant leur bien-être que les docteurs en médecine. Mais, nous dit-on, dans certaines localités dont les habitants sont peu nombreux, il y a un officier de santé, et il n'y a point de docteur. Et qu'y a-t-il là d'étonnant? Pour le public, il n'y a point de différence réelle, matérielle, entre le docteur et l'officier de santé; le premier arrivé a donc la clientèle de toute la localité. Eh bien! là où un officier de santé est établi et où il n'y a place que pour un médecin, pourquoi voulez-vous qu'un docteur aille s'y établir; pourquoi irait-il, et qu'y ferait-il? Voilà ce que m'ont chargé de vous dire les médecins du département des Vosges. Admettons un instant que les officiers de santé n'existent pas, là où il y avait place pour un officier de santé, il y aura place pour un docteur; le docteur y trouvera de quoi vivre, comme le faisait l'officier de santé.

Non, Messieurs, les officiers de santé ne recherchent pas tant les campagnes qu'on veut bien vous le dire. Ils aiment leurs aises tout autant que les autres, et la preuve. Combien croyez-vous qu'il y ait d'officiers de santé dans le département de la Seine? Il y en a 209. Croyez-vous qu'ils aillent voir les pauvres? Seraient-ce eux par hasard qui feraient le service des bureaux de charité? Non pas. Les médecins des bureaux de charité sont tous docteurs, et les officiers de santé font à ceux qui sont reçus docteurs en médecine une concurrence d'autant plus illégale, qu'elle n'a jamais lieu que pour la partie aisée de la clientèle. Il y a dans quelques hameaux de France des endroits qui n'ont jamais eu ni docteur, ni officier de santé; ce sont les pays qui sont trop pauvres, pour que les ressources des habitants leur permettent de payer le médecin.

Dans ces endroits, Messieurs, n'en déplaise à ceux qui soutiennent la philanthropie et la charité des officiers de santé, jamais un officier de santé n'est allé s'y établir. Encore un mot, et je termine. Il y a un autre obstacle plus sérieux qui s'oppose à ce que les campagnes soient suffisamment peuplées de médecins. Ce qui empêche les docteurs d'aller dans les villages, c'est une concurrence bien plus illégale, bien plus inique, plus dangereuse, et je le dis franchement, plus immorale.

Je ne veux pas vous parler des sorciers, des bergers, des rebouteurs, des bateleurs de place publique; je veux croire qu'ils existent, on vous l'a dit. Je veux signaler ici la plaie la plus honteuse et la plus scandaleuse de la médecine des campagnes; je veux parler des membres du clergé. (Applaudissements unanimes.) C'est là une des plaies vives et dégoûtantes qui font saigner le cœur des habitants de la province. Le clergé, qui ne sait nulle part, et qui n'a jamais su se tenir à sa place, fait au médecin la plus indigne concurrence. Vous ne me croirez pas quand je vous dirai qu'il y a dans le département des Vosges, des curés qui appliquent des pessaires et qui font des accouchements. (Hilarité, applaudissements, vive agitation.)

M. le secrétaire-général me fait observer que tous les cahiers qui nous sont venus de province sont unanimes sur ce point. Ajoutez que les praticiens n'osent pas réclamer contre d'aussi scandaleux abus. A la moindre plainte qu'ils oseraient faire contre le clergé, la paroisse leur est fermée, et vous savez quel est dans les provinces la conséquence d'une pareille mesure. Ajoutez enfin autre chose, c'est que pour vous, médecins, pour vous la pierre angulaire de cette société qui ne sait pas se passer de vous un instant, pour vous et pour vous seuls la magistrature semble avoir oublié son mandat. Je le dis tout haut et ne crains pas de contradicteurs : quand il s'agit de médecins, la magistrature en France ne fait pas son devoir.

Je réclame la suppression des officiers de santé.

M. Malgaigne regagne sa place au milieu des applaudissements unanimes et des acclamations universelles.

M. Villeneuve, de Marseille, est opposé à la conclusion. Cependant la Société de Marseille a voté la suppression des officiers de santé; mais elle n'a pas entendu dire les deux ordres de médecins. Les campagnes s'émeuvent (Non! non!) Ne devez-vous pas formuler des vœux qui assurent la tranquillité des campagnes? Nous ne voulons pas de ces demi-médecins que nous avions jusqu'ici, nous voulons des hommes qui aient fait des études sérieuses dans les hôpitaux. En supprimant deux ordres de médecins, vous votez l'abandon des campagnes, Je demande l'institution de licenciés en médecine assimilables à l'ordre des avocats. Puis vous n'avez pas pensé à l'éventualité d'une guerre. ... (La voix de l'orateur est couverte par les interpellations.)

L'orateur conclut en demandant l'établissement de médecins qui seraient dispensés des études d'histoire et de philosophie médicales.

M. Vidal (de Cassis). J'ai l'honneur de représenter le Comité médical du département des Bouches-du-Rhône. Il a résolu à l'unanimité la suppression du second ordre de médecins. J'ai défendu cette résolution dans le sein de la sixième Commission; je la défendrais encore dans cette enceinte, si déjà deux orateurs éloquents n'avaient convaincu l'assemblée.

M. Huneau prononce quelques paroles qui sont étouffées par les cris : Aux voix! aux voix!

M. Rigal. La Commission a pensé que quelques-uns de ses membres devaient venir défendre les conclusions; nous y adhérons tous. M. Huneau a parlé des médecins militaires. Pour nous tous, la famille médicale est une, et vous savez qu'il y a nécessité, aux élèves, pour obtenir les grades supérieurs dans la médecine militaire, de présenter le diplôme de docteur en médecine. Rappelez-vous aussi que les Ecoles préparatoires ne sont instituées que pour commencer l'instruction des élèves, et leur délivrer des certificats nécessaires pour prendre des inscriptions dans les Facultés.

On donne lecture d'un amendement de M. Coste, qui n'est pas appuyé.

« Dans le cas où le gouvernement croirait ne pouvoir se rendre au vœu du Congrès, de n'admettre qu'un ordre de médecins, nous demandons l'*abolition* des jurys médicaux et du mode actuel de faire des officiers de santé.

» Il faudrait exiger des médecins du deuxième degré quatre années d'études.

» Seulement le titre de bachelier ès-lettres.

» On diminuerait leurs frais de réception.

» Enfin, on les obligerait à se fixer dans des villes au-dessous d'une population déterminée; par exemple, 2,000 âmes. »

M. Clausade fait observer que c'est une modification et non pas un amendement que l'article de M. Coste; que par conséquent il convient de voter sur la conclusion de la Commission préalablement.

L'article 1er de la Commission est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins trois voix.

L'article 2 de la Commission est lu par le rapporteur.

M. Varnel (de Beauvais) demande que les frais de réception soient diminués pour les officiers de santé qui voudront se faire recevoir docteurs en médecine.

M. Récuyer. J'engage le Congrès à ne pas se déjuger.

M. Piorry pense qu'il n'y a pas opposition entre la première et la deuxième proposition. Une loi n'a pas d'effet rétroactif; il faut tenir compte des droits acquis.

La clôture! la clôture!

M. Ferrus demande la parole. Je crois devoir combattre la proposition. La pratique médicale en France n'est pas ce qu'elle devrait être; il faut y apporter des réformes. Je ne veux pas deux ordres de médecins; mais l'état de la pratique en France n'est pas aussi déplorable qu'on l'a dit. Parmi les officiers de santé, il en est qui exercent avec dignité, avec savoir. Je trouve dans les propositions de la Commission deux choses disparates. Ne donnez pas à la loi des effets rétroactifs....

Nous apprenons que l'honorable M. Ferrus et quelques autres membres avaient cru entendre à la lecture de cette conclusion, que les officiers de santé seraient *forcés* de se faire recevoir docteurs. La proposition aurait eu ainsi un effet rétroactif.

M. Rigal. C'est au nom de la Commission que je viens défendre la rédaction. Deux questions sont soulevées; une d'avenir, elle est votée, et le gouvernement saura vous entendre; pour le présent, les docteurs veulent s'adjoindre ceux des officiers de santé qui en seront dignes, et nous avons voulu ouvrir la porte aussi large que possible. Nous avons demandé que le titre d'officier de santé fût suffisant sans inscriptions pour se présenter aux examens; nous n'avons pas voulu que l'on pût *tourner* la Faculté; nous avons voulu que cinq ans d'exercice fussent nécessaires pour que certains officiers de santé pussent se présenter ainsi aux examens.

M. Piorry revient sur ceci que l'on ne veut point d'effet rétroactif de la loi, mais seulement ouvrir la porte aussi large que possible.

On donne lecture de plusieurs amendements, qui ne sont pas appuyés.

La 2e conclusion du rapporteur est adoptée.

La parole est donnée à M. Requin pour lire le rapport de la Commission n° 6 (2e section). (*Voir* au numéro prochain pour le rapport de M. Requin.

Première conclusion. — La création de médecins cantonaux n'est pas nécessaire pour assurer le service de santé des campagnes, elle porterait une atteinte grave aux droits du corps médical.

M. Forget. Depuis longtemps des médecins cantonaux existent dans le département du Bas-Rhin; jamais la moindre réclamation ne s'est élevée contre eux. On a dit que tous les médecins pourraient les suppléer. Je le souhaite; je crains que non. On a dit que ce serait ouvrir une porte à l'intrigue, à la corruption; non, car ils sont nommés au concours; on dit que tout médecin pourra prescrire des médicaments. Mais vous aurez des dépenses énormes. Les médecins cantonaux ont un formulaire dont ils ne peuvent s'écarter sans des motifs sérieux. Jamais personne ne s'est plaint de cette administration, et elle a rendu tant de services que dans beaucoup de localités on cherche à en instituer.

M. Choisy. La mortalité des pauvres est énorme; je pense que l'article de la Commission ne répondrait pas aux besoins de la classe pauvre. Je conclus à l'institution des médecins cantonaux.

M. Laussedat. Il ne faut pas créer des places pour les individus, mais des places pour les besoins du corps social. Si nous demandons des réformes, c'est pour satisfaire à ces besoins. Je demande que l'on nomme des médecins communaux. Il y a des communes éloignées des centres de population qui n'ont pas de médecins. Les médecins communaux combleraient ce vide.

Voici comment est conçu l'amendement de M. Laussedat, de l'Allier, qui est appuyé :

Il propose la création de médecins communaux et pas cantonaux; il se fonde pour appuyer son opinion, sur ce fait, qu'il n'est pas ou peu de chef-lieux de canton qui n'aient un ou plusieurs médecins; mais que certaines communes éloignées des centres de population ne reçoivent que difficilement les secours de l'art. C'est pour elles surtout que l'institution est indispensable; il faut créer des fonctions pour satisfaire aux besoins de la société, et non des places qui puissent devenir ou des sinécures, ou des sujets de concurrence en quelque sorte officielle. Nous sommes assemblés pour défendre les intérêts du corps médical, mais aussi, et avant tout, les intérêts du corps social.

Quant à la nomination de ces médecins communaux, elle serait le produit de l'élection; élection qui appartiendrait au jury médical modifié par la prochaine loi.

Ces médecins seraient indemnisés sur le budget de la commune ou de plusieurs communes, et sur le budget du département. Leur nomination aurait lieu sur la demande des communes.

M. Pellarin soutient que la médecine des pauvres est impossible sans l'institution des médecins cantonaux. Il vote cette institution, qui lui paraît nécessaire.

M. Rigal. On ne fait pas de loi, a dit M. Forget, avec de la sensibilité. Mais on ne guérit pas non plus les malades avec de la sensibilité, mais avec des médicaments. Ce qui manque aux pauvres c'est le secours matériel. Ce que veut la commission, c'est laisser aux médecins la spontanéité de leur philanthropie.

M. Requin fait observer que la Commission ne veut pas empêcher les communes de payer un médecin; mais elle ne veut pas que ce soit érigé en principe. Il ne faut pas créer une légion de fonctionnaires publics, et mettre aux mains du gouvernement un nouveau moyen de corruption. (Applaudissements.)

On lit un amendement de M. Cazeaux qui est appuyé, et que voici.

« Vu les services rendus par les médecins cantonaux dans certaines localités, le Congrès émet le vœu que le gouvernement sollicite des Conseils municipaux l'établissement de médecins cantonaux partout où dans leur opinion le besoin s'en fera sentir. »

M. Cazeaux. Les médecins cantonaux rendent des services; pourquoi les proscrire complétement. Nous ne les demandons pas partout, mais seulement là où le besoin s'en fera sentir.

L'amendement est mis aux voix et rejeté.

La première proposition est mise aux voix et adoptée.

La discussion s'ouvre sur les 2e, 3e et 4e conclusions proposées par M. Rigal au nom de la Commission.

2° Il sera créé des dispensaires ruraux.

3° Le service médical sera fait dans ces dispensaires par tous les praticiens de la circonscription librement appelés par les malades pauvres.

4° Les pauvres de la campagne qui auront des maladies impossibles à traiter à domicile, seront adressés à un hôpital du département, et là traités aux frais du budget départemental.

Une assez vive discussion s'engage sur ces conclusions, qui rentrent dans les attributions d'une autre Commission.

M. le secrétaire-général propose l'ordre du jour et le renvoi à la commission chargée des dispensaires.

L'ordre du jour est mis aux voix et prononcé.

La séance est levée à six heures.

Séance du 7 novembre. — *Rapport de la Commission n° 5. — Examens. — Réceptions.*

Fin du rapport de M. Malgaigne. (Suite du n° précédent.)

Il y a eu une question, Messieurs, sur laquelle nous sommes rapidement tombés d'accord; celle de la thèse. Ici l'adjonction était plus pressante que pour les premiers examens; car pour ceux-ci, l'élève est encore élève; et l'on peut à toute force le laisser aux mains de ses professeurs; tandis qu'à la thèse, les professeurs n'ont plus rien à lui apprendre; il les quitte en quelque sorte, en portant ses regards ailleurs; il demande à entrer dans le corps médical; et le corps médical a tout intérêt à connaître, à juger le nouveau membre avant de lui ouvrir ses rangs. Avec l'adjonction, cet acte de la thèse, aujourd'hui le plus insignifiant de tous, reprendra le rang et l'éclat qui lui appartient; le candidat, en face d'un aréopage agrandi, sentira le besoin de se fortifier davantage; les thèses en seront meilleures; et d'ailleurs ne sera-ce pas quelque chose d'heureux pour un jeune médecin, à son début, de trouver cette occasion de se faire connaître et apprécier par ses confrères, chose aujourd'hui si difficile et qui exige tant de travail et de temps. Ainsi, quant à la thèse, votre Commission n'a vu dans cette mesure que des avantages sans mélange, et elle vous propose formellement l'adjonction des praticiens.

En quel nombre devront-ils entrer dans le jury? Nous n'avons pas voulu qu'ils fussent en nombre supérieur aux membres de la Faculté; car nous rejetons toute idée de défiance envers ces derniers; nous ne revendiquons qu'un droit légitime. Nous n'avons pas voulu qu'ils fussent en nombre inférieur; il fallait que des deux éléments l'un ne fût pas assez fort pour opprimer l'autre. L'égalité nous a paru satisfaire aux droits et aux intérêts de tous.

Par ce même motif, nous vous proposerons de décider que vos représentants auront comme les professeurs le double droit d'interrogation et de vote; toute espèce d'infériorité ne nous a paru ni juste, ni convenable.

Mais lorsque de la thèse on remonte aux premiers examens, alors les avantages décroissent, et les inconvénients augmentent. Disons

même tout de suite que pour les sciences accessoires, la chimie, la physique, la botanique, votre Commission s'est trouvée aussi bien d'accord que pour la thèse, quoique dans un autre sens; et elle n'a pas hésité à reconnaître qu'il valait mieux laisser cet examen aux Facultés. La discussion s'est trouvée ainsi réduite aux quatre derniers examens actuels, ou à ceux qui pourraient les remplacer à l'avenir.

Vous avez entendu, Messieurs, les raisons qui militent en faveur de l'adjonction : voici celles qu'on a fait valoir contre. Elles sont de deux sortes : matérielles et morales.

La première se tire de la difficulté, de l'impossibité peut-être, dans le nouveau système, d'assurer le service des examens. Je m'explique.

Il y a à Paris 800 élèves, et plus d'un millier d'actes probatoires par année. Le service du jury est assuré par les vingt-six professeurs d'une part, et les vingt-quatre agrégés de l'autre. Afin d'éviter les absences, et aussi afin d'éviter les retards, tout agrégé qui dépasse le quart d'heure de grâce encourt une amende de 30 fr. Cette pénible tâche des examens rapporte environ 800 fr. à chaque agrégé, 200 fr. par trimestre; naturellement, plus on leur adjoindra de collaborateurs, plus les émoluments baisseront. Ils seront bien moindres encore pour les praticiens de la ville, qui ne sauraient accepter un service aussi actif que celui des agrégés; et dès lors, qui garantira contre les retards et les absences? Or à la fin de l'année surtout, une absence fait manquer un acte; et un acte manqué renvoie un malheureux candidat à l'année suivante, et entraîne une perte de temps et d'argent dont les familles supportent avec douleur le poids inattendu.

On a bien dit que les praticiens choisis par leurs confrères se trouveraient assez flattés d'un tel honneur pour accepter avec empressement les charges correspondantes; qu'ils ne demanderaient pas même d'émoluments, et qu'il n'y aurait pas lieu de leur appliquer les amendes. Tout en reconnaissant ce qu'il y a de vrai dans ces assertions, il faut cependant avouer aussi que les hommes sont hommes; que ces examens multipliés jusqu'à deux, trois et quatre chaque jour, constituent le labeur le plus ingrat et le plus fastidieux qu'on puisse imaginer; que les praticiens ont des nécessités de profession qui les commandent, et que si des agrégés payés à 200 fr. par trimestre, malgré l'amende énorme qui les menace, ont quelquefois des empêchements plus puissants encore que cette amende, il n'est pas possible de répondre de l'assiduité, de la ponctualité constante et absolue de praticiens occupés, et que rien ne dédommagerait des plus belles heures de leur journée perdue.

Mais les considérations les plus fortes, et qu'on a surtout fait valoir, se tirent du danger de livrer à l'instant et sans essai préalable, les examens les plus importants à des interrogateurs peu expérimentés. Quels sont parmi les médecins voués depuis un certain temps à la pratique, ceux qui oseraient entreprendre un candidat sur les détails minutieux de l'anatomie, de la physiologie, de la matière médicale, de la médecine légale? Même pour les parties de l'art les plus rapprochées de la pratique, la pathologie interne et externe, il y a un talent d'interroger qui n'est pas donné à tous, et qui ne s'acquiert que par l'expérience. On ne s'improvise pas professeur; on ne s'improvise guère mieux interrogateur. Les hommes les plus compétents en pareille matière savent bien, et les élèves l'apprennent quelquefois à leurs dépens, combien c'est un art difficile de poser nettement une question, de la faire pénétrer dans l'esprit du candidat, de le ramener quand il s'égare; de faire dans les réponses douteuses la part de l'ignorance et celle de la timidité. Si des professeurs même, vieillis sous le harnais, laissent quelquefois à désirer sous ce rapport, que sera-ce de nouveaux venus, brusquement investis d'une fonction qu'ils n'ont jamais exercée? Enfin, même pour les examens cliniques, où leur introduction semblerait particulièrement avantageuse, n'est-il pas à craindre qu'ils argumentent parfois à armes inégales contre des candidats d'élite, rompus aux plus délicates applications de la mensuration, du stéthoscope, du plessimètre? C'est là ce qui fait briller un élève, et ce n'est pas là ce qui distingue le plus un praticien; l'art de démêler et de saisir les indications fugitives, le tact médical, comme on dit, voilà ce qui est le fruit d'une longue expérience, et sur quoi le candidat, attendu surtout le peu de temps accordé pour l'examen au lit du malade, pourra être le plus difficilement jugé.

Et après tout, que reproche-t-on au système actuel? Quelques erreurs, une indulgence parfois trop grande; choses qui ne tiennent pas aux institutions, mais aux hommes. Certains professeurs ont leur système; chaque praticien ne caresse-t-il pas aussi un peu le sien. Il est des juges trop indulgents; les nouveaux juges seront-ils tous constamment sévères? Les sollicitations qui prennent d'assaut le cabinet du professeur ne s'arrêteront pas devant la porte du praticien.

Je viens, Messieurs, de vous exposer le pour et le contre; il y a de bonnes raisons des deux côtés : des deux côtés il y en a de faibles. Ce qui a particulièrement frappé la majorité de votre Commission, c'est le péril d'une révolution prématurée. elle a pensé que l'innovation, appliquée à la thèse, montrerait bien vite ce qu'on peut légitimement en espérer ou en craindre; en un mot, elle a voulu une expérience préliminaire, qui elle-même lui a paru sans danger. Ainsi donc, reunie sur la question de principe, divisée sur l'application, elle a rejeté les adjonctions pour tous les examens autres que la thèse; mais seulement pour cause d'inopportunité actuelle, et faisant toutes réserves pour l'avenir.

Maintenant, Messieurs, pour l'adjonction à la thèse, comment sera organisée cette portion du jury prise en dehors du corps enseignant officiel? La question nous a paru facile à résoudre. Vous aurez prochainement à voter sur l'organisation d'association médicales, et, quel que soit le nom que vous leur donnerez, elles embrasseront toujours nécessairement le corps médical de la cité; elles auront leur conseil ou leur bureau pour les représenter; nous avons la ferme confiance que le Congrès dotera enfin notre profession de cette grande et forte institution si impatiemment attendue. Ce sera donc le Collége médical de Paris qui nommera lui-même ses représentants, et ainsi à Montpellier, ainsi à Strasbourg. Ce principe une fois posé, le reste est purement réglementaire.

C'est ainsi, Messieurs, que votre Commission a débattu et résolu la plus difficile sans doute des questions dont elle avait été chargée; cependant, en laissant les examens aux professeurs et aux agrégés pouvait-elle dire avec sécurité que le mode actuellement suivi offre des garanties suffisantes? A part quelques imperfections de détail que l'expérience corrige de jour en jour, nous devons dire que depuis la création des Facultés nouvelles jamais les examens n'ont été mieux disposés pour s'assurer de la capacité des élèves. Il y a déjà trois épreuves essentiellement pratiques : la préparation anatomique, les opérations sur le cadavre et les épreuves cliniques. Nous espérons que l'on ne s'arrêtera pas dans cette voie, et que, dans les examens de chimie, de toxicologie, d'accouchement, on arrivera à faire exécuter aux candidats des préparations, des expériences, des manœuvres : la Commission vous proposera même d'émettre un vœu formel à cet égard.

Il y a quelques améliorations purement réglementaires, qui ne méritent pas sans doute qu'on les soumette au vote du Congrès; mais que la Commission a jugé utile de consigner brièvement dans ce rapport. Dans l'examen clinique, le candidat est obligé de faire une composition écrite en latin sur une question de pathologie. Le choix du latin, en cette circonstance, nous a paru malheureux; le choix de la question plus malheureux encore; et il serait à désirer que, conformément à ce qui se passe dans les concours du Bureau central, cette composition fût remplacée par une consultation écrite en français sur l'un des malades soumis à l'exploration de l'élève.

Nous voudrions cependant réserver une petite place au latin, dans l'examen sur la matière médicale et la posologie. Il est souvent bien important qu'une formule demeure secrète pour le malade, et ne soit point écrite dans la langue usuelle. Les candidats auraient donc à tracer quelques formules en latin.

Enfin, Messieurs, en même temps que nous desirons tous donner aux examens une couleur de plus en plus pratique, il nous a paru essentiel de réserver un dernier examen sur les questions générales, aujourd'hui trop oubliées dans nos écoles. Le Congrès nous avait tracé la voie à cet égard; nous ne faisons que compléter une des décisions qu'il a déjà prises. Vous avez voté l'établissement d'une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine, et vous n'avez pas voulu qu'elle fût un ornement inutile. Par les raisons qui ont déterminé le Congrès, et qu'il serait superflu de reproduire, nous vous proposons d'exprimer le vœu qu'avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales.

En résumé, voici les conclusions que la Commission a l'honneur de vous proposer. (*Voir* le numéro précédent.)

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-troisième liste.

M. le docteur Martin, à Saint-Malo.
M. le docteur Bourbier, méd. en chef de l'Hôtel-Dieu de St-Quentin. (Manche.)
M. le docteur Lefranc, chirurgien de id.
M. le docteur Demonchaux, médecin de id.
M. Dubois, médecin à St-Quentin.
M. Rigaux, méd., chirurg.-adj. de l'Hôtel-Dieu de St-Quentin.
M. le docteur Casenave, à Bordeaux.
M. le docteur Gruby, à Paris.
M. le docteur Populus, à Pont-sur-Yonne.
M. le docteur Bureaud Riofrey, à Paris.
M. le docteur Felix, à l'Isle. (Vaucluse.)
M. le docteur Leblon, à Orleans. (Loiret.)
M. le docteur Bouillet, au Donjon (Allier).
M. le docteur Michelet, à Pons (Charente-Inférieure).
M. Bertefort, pharmacien à Pons.
M. Drouet, pharmacien à Pons.
M. le docteur Farnaulon, à Pons.
M. le docteur Ardouin, à Pons.
M. Bourquin, médecin à Pérignac.
Société vétérinaire des départements du Calvados et de la Manche.
M. Jardain, médecin à Paris.
M. Hattute, chirurg.-dentiste de l'état-major général de la 1re division militaire, à Paris.
M. Lagasquie, pharmacien à Paris.
M. Maurissard, médecin à Illiers (Eure-et-Loir).
M. le docteur Roi, à Cancale (Ille-et-Vilaine).
M. Brion, médecin à Pleurtuis.
M. Chifolian, médecin à St Pierre-de-Plesguen.
M. Coudray, médecin à St-Malo.
M. Desjoués, médecin à St Briac.
M. Ernoux, médecin à St-Broladre.
M. Fauquet, médecin à St-Enogat.
M. Fournerie, médecin à St-Meloir.
M. Lafont, médecin à Châteauneuf.
M. Lepault, médecin à St-Malo.
M. Pontry, médecin à Pleurtuis.
M. Tasset, médecin à St-Père.
M. Troissart, médecin à St-Malo.
M. Vitel, médecin à St-Enogat.
M. Robiou, médecin à St-Domineuc.
M. Barbot, pharmacien à St-Servan.
M. Bertrand, pharmacien à St-Servan.
M. Besnou, pharmacien à St Malo.
M. Decosse, pharmacien à St-Malo.
M. Demy, pharmacien à St-Servan.
M. Denaual, pharmacien à St-Malo.
M. Gerail, pharmacien à St-Malo.
M. Jamin, pharmacien à Combourg.
M. Robiquet, membre du jury médical du département, à St-Malo, délégué des pharmaciens.
M. Latouche, pharmacien à St-Servan.
M. le docteur Vidal, membre correspondant de l'Académie, ex-médecin des hôpitaux civils de Bayonne et de Saint-Esprit.
M. le docteur Delissalda, chirurgien en chef de l'hôpital civil.
M. le docteur Samanos, médecin de l'hôpital civil.
M. le docteur Clérisse, médecin de l'hôpital civil.
M. Cazabat, officier de santé, chirurgien adjoint de l'hôpital civil.
M. le docteur Pascal, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Saint-Esprit.
M. le docteur Lafont, à Saint-Esprit.
M. le docteur Darricau, à Saint-Esprit.
M. le docteur Duclare, à Saint Esprit.
M. le docteur Lasserre, à Saint Esprit.
M. le docteur Affre, à Biarritz.
M. Verlinder, officier de santé, ex-chirurgien-major, à Biarritz.
M. Gasquet, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Lalagade, à Albi (Tarn).
M. Cauvier, chirurgien-major à Albi.
M. Rollinger, aide-major à Albi.
M. le docteur Belloc, à Réalmont.
M. Durand, pharmacien à Valence (Drôme).

Total de la vingt troisième liste,	67
Listes précédentes,	4163
Total général, à ce jour,	4130

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. Jobert (de Lamballe).

Un nouveau cas de paralysie des muscles grands dentelés.

Dans un des numéros du mois dernier (voir le n° 102), la *Gazette des Hôpitaux* a publié un huitième cas de paralysie du muscle grand dentelé qui avait été recueilli dans le service de M. Jobert. Aujourd'hui nous allons rapporter une nouvelle observation que nous devons à l'obligeance de ce même chirurgien. Il s'agit cette fois d'une paralysie localisée aux deux muscles grands dentelés.

Le nommé Cousinet, cordier, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 27 avril. Ce malade présente une saillie anormale des deux omoplates, accompagnée de difficulté dans les mouvements des bras. Son état de cordier exige des efforts violents et fréquemment répétés; les bras élevés verticalement au-dessus de la tête exercent des tractions de haut en bas pour peigner et façonner le chanvre, et ce travail le fatiguait beaucoup.

Il y a six mois, les mouvements du bras droit devinrent tellement difficiles que ce malade, pour élever sa main, était obligé de soulever le coude avec la main du côté opposé. Bientôt les deux épaules se déformèrent et une difficulté notable des mouvements s'étendit aux deux bras; ce fut alors que le malade, obligé de cesser tout travail, demeura dans un véritable état d'infirmité pendant les quatre derniers mois qui précédèrent son entré à l'hôpital où il se présenta dans l'état suivant :

Les deux omoplates sont rélevées en ailes, leurs bords vertébraux sont détachés du thorax, leurs angles inférieurs soulevés forment sous la peau une saillie des plus difformes et sont en même temps rapprochés de la ligne médiane. Les épaules sont affaissées et tombent au-dessous de leur niveau habituel. Les doigts, facilement enfoncés au-dessous des omoplates, ne rencontrent aucune tumeur.

Cette difformité n'est point congéniale, elle n'a que six mois de date, et, à partir du moment de son apparition, les membres supérieurs ont perdu peu à peu la liberté de leurs mouvements.

Si l'on presse sur les omoplates de manière à les pousser en avant et en dehors, comme pour les remettre dans leur position normale, on fait disparaître la saillie qu'elles forment. Les mouvements des épaules sont conservés, le malade peut les porter en avant, les renverser en arrière, et de la sorte effacer en partie ou augmenter la difformité. Quant aux mouvements des bras, on constate que le bras peut être porté dans l'abduction jusqu'à ce qu'il forme un angle à peu près droit avec le tronc, mais qu'il ne peut dépasser cette limite. Si l'on engage le malade à porter sa main sur sa tête, il commence par fléchir l'avant-bras, applique la main sur sa nuque, et, y prenant un point d'appui avec l'extrémité des doigts, il les élève graduellement sur la partie postérieure de la tête. Ce n'est qu'ainsi qu'il parvient à porter sa main jusqu'au sinciput. Lorsqu'il abandonne cette position, le bras retombe brusquement le long du tronc.

On n'observe aucune lésion de la sensibilité, aucune paralysie des muscles des membres thoraciques; les avant-bras sont fléchis et étendus sans difficulté. Le membre, dans la position verticale, supporte des poids considérables, mais perd toute sa force dès qu'il vient à être placé dans une abduction même légère.

M. Jobert prescrit des frictions sur les régions postérieures et latérales du thorax avec une flanelle imprégnée d'un liniment volatil. Des vésicatoires volants sont ensuite appliqués successivement et de chaque côté le long du bord vertébral des omoplates, au-dessous du creux axillaire et sur la paroi antérieure de l'aisselle.

Le 19 mai on applique un cautère actuel sur la paroi antérieure de l'aisselle du côté droit seulement, mais le malade s'agite et l'on ne peut continuer l'opération. Le lendemain on brûle cinq moxas sur la paroi antérieure de l'aisselle du côté gauche.

Le 28 mai, on applique trois moxas en arrière, le long du bord spiral de chaque omoplate.

Les eschares ainsi formées sont profondes; elles laissent des plaies qui suppurent et sont complétement cicatrisées le 15 juillet. A cette époque, les omoplates sont un peu moins éloignées du thorax, et cependant les mouvements sont aussi imparfaits qu'ils l'étaient il y a trois mois.

On revient aux vésicatoires volants : on en applique deux de chaque côté, l'un en avant, l'autre en arrière de l'épaule.

Le 6 août, deux aiguilles à acupuncture sont enfoncées, l'une obliquement sous le scapulum du côté droit, l'autre en avant du moignon de l'épaule, et servent à établir un courant électrique à travers les parties malades au moyen d'une pile de Volta. Le patient éprouve de violentes secousses et pousse des cris; la douleur cesse avec la cause qui la produit.

Malgré toute cette série de médicaments variés, on ne constate aucune amélioration notable.

— Cette observation, malgré l'opiniâtreté du mal et sa résistance aux remèdes variés et énergiques mis en usage pour les combattre, est néanmoins remarquable à plus d'un titre.

Sous le rapport de l'étiologie, cette affection paraît due au tiraillement des nerfs thoraciques postérieurs, à une cause plutôt traumatique que rhumatismale, et mérite d'être rapprochée de deux faits semblables déjà connus, dont l'un fut observé par M. Velpeau et l'autre par M. Jobert.

Quant à la gravité de cette affection, cette observation ne nous montre que trop l'exactitude du pronostic fâcheux que porte M. Jobert, quand la lésion est due à un tiraillement intense ou prolongé des filets nerveux et qu'elle est de date ancienne. En effet, nous avons vu que le malade fut obligé de cesser tout travail, et demeura dans un véritable état d'infirmité pendant les quatre derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Aussi, ne doit-on pas être surpris de voir la paralysie des muscles grands dentelés résister à toute médication.

Notons, toutefois, que le remède par excellence, dans ces sortes de paralysies locales, n'a pu être employé chez ce malade, nous voulons parler du cautère actuel.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 136. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 10 NOVEMBRE 1845.

Revenons un instant sur cette remarquable et si intéressante séance de samedi dernier dans laquelle, avec une unanimité imposante, la suppression du titre d'officier de santé a été votée. Cette séance emprunte un plus haut degré d'intérêt encore de la présence de M. le ministre de l'instruction publique, de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et de M. l'inspecteur des Ecoles de médecine. Ce n'est pas une vaine et louangeuse formule que nous voulons emprunter, c'est un fait grave et sérieux que nous voulons signaler, à savoir le témoignage que pourront rendre, dans les Conseils de l'état, les hauts personnages présents à cette séance, sur l'opinion du Congrès médical en faveur de la suppression du grade d'officier de santé.

En effet, une croyance a pris cours dans le monde médical; partout on dit que de hautes protections sont assurées à l'institution des officiers de santé, ou du moins, que, dans des régions fort élevées, l'institution d'un degré inférieur à celui de docteur en médecine est reconnue utile, légitime, indispensable. Nous comprenons, nous approuvons la préoccupation de M. le ministre en face des dissidences profondes que la question a soulevées ailleurs que dans le monde médical. Si nous sommes bien informés, dans la visite que la Commission permanente du Congrès eut l'honneur de lui faire, M. de Salvandy laissa percer tout ce que sa haute raison et la rectitude de son esprit lui faisaient apercevoir de la seule solution possible de cette question. Les principes, le droit, la logique, l'équité, la morale, se trouvaient dans un plateau de la balance; quelques motifs qui fussent dans l'autre, toujours est-il que ces motifs ont été victorieusement et admirablement combattus dans la discussion de samedi dernier. Nous ne savons, pour notre compte, rien de raisonnable et de plausible à opposer à l'argumentation si nette et si vigoureuse de M. le rapporteur de la Commission, au discours si énergique et si éloquent de M. Malgaigne, au vote si imposant et si significatif de la grande assemblée qui siége à l'Hôtel-de-Ville.

Disons-le, néanmoins; la question était complexe, et nous avons à exprimer un vif regret que la Commission et le Congrès ne l'aient pas envisagée sous toutes ses faces et sous toutes les éventualités de sa reproduction. Le Congrès a été unanime pour la suppression de l'institution *actuelle* des officiers de santé. Mais, entre ce qui existe aujourd'hui et des améliorations que l'on pourrait proposer dans l'avenir, n'y avait-il donc rien à dire des projets plus ou moins connus sur certaines modifications proposées, celle des licenciés, par exemple? On nous répondra que le vœu émis par la Commission et par le congrès est fort clair; qu'en adoptant que, pour l'avenir, il ne pouvait y avoir d'autre titre que celui de docteur en médecine, le Congrès a implicitement repoussé toute tentative du second ordre.

Nous reconnaissons la puissance de cet argument, nous approuvons sans réserve le vote prononcé; mais, ce que nous aurions voulu, c'est que la discussion sur ce point eût été plus complète, disons le mot un peu plus libre; c'est que les honorables professeurs des Ecoles secondaires présents au Congrès, et qui voulaient soutenir l'institution des licenciés, eussent été écoutés, et qu'on ne laissât à personne le prétexte de dire: La question a été jugée sans avoir été plaidée. Nous sommes intimement convaincus que pas un seul argument n'eût pu ébranler les convictions de cette grande assemblée; mais nous regrettons que ces arguments ne se soient pas produits, qu'ils n'aient pas pu se produire, et qu'ainsi on ait laissé à cette institution des licenciés hautement et chaudement patronée, une sorte de fissure par où peut-être elle pourra passer pour arriver aux chambres. Une discussion aussi sérieuse que celle qui a eu lieu pour les officiers de santé eût très probablement entraîné toutes les convictions et empêché peut-être une sorte de résurrection que nous ne sommes pas les seuls à craindre.

Nous devons le reconnaître, cependant, l'effet produit par la séance de samedi a été profond et immense. Cette grande assemblée se levant comme un seul homme après le magnifique discours de M. Malgaigne, en présence des plus grands dignitaires de l'Etat, offrait un spectacle d'une solennité rare et vraiment imposante. M. le ministre, fort attentif au vote, en a paru frappé, et rien, non rien ne peut nous faire supposer que ce vœu si légitime du Congrès ne soit pas écouté.

La Commission n° 6, vu l'importance des questions qui lui étaient soumises, s'était scindée en deux parties, ou plutôt avait nommé deux rapporteurs. A M. Piorry était tombé la tache des deux ordres de médecins, à M. Requin revenait celle des médecins cantonnaux. Par les motifs puissants qui ont été très-habilement mis en œuvre par M. le Rapporteur, la Commission a conclu au rejet de l'institution des médecins cantonnaux, et le Congrès, après une discussion étendue, a pensé comme la Commission. M. le professeur Forget, malgré sa parole éloquente et convaincue, a été impuissant à ramener l'assemblée à son opinion, et le Congrès, suivant en cela la pensée exprimée au début de la session par son secrétaire-général, a décidé qu'il fallait laisser à l'honorable profession du médecin toute la spontanéité de ses actions humanitaires et charitables.

La Commission n° 7 avait à s'occuper de la question délicate des honoraires. Un sentiment auquel tout médecin honorable applaudira, a porté l'assemblée à voter un ordre du jour pur et simple sur la première partie de la question qui était relative aux rapports du médecin avec le public, sur le chapitre des honoraires. Cette détermination de l'assemblée a été surtout provoquée par un discours de M. le docteur Clausade, délégué de Castres et de Toulouse, dans lequel cet honorable confrère a montré un talent d'exposition et de discussion des plus remarquables.

La question des honoraires, en tant qu'ils sont relatifs aux rapports des médecins avec l'administration et la justice, a été résolue de telle sorte que les intérêts de la société et ceux du médecin ont trouvé satisfaction réciproque.

Ainsi donc, ce Congrès que quelques esprits timides ou malveillants annonçaient ne devoir jamais aboutir qu'à la confusion ou au désordre, ce Congrès fonctionne avec un ensemble, un zèle, une harmonie admirables. La présence de M. le Ministre de l'instruction publique lui a donné une sorte de consécration. On annonce comme certain que vendredi prochain, jour où M. le Secrétaire-général fera son rapport d'ensemble, M. de Salvandy doit assister officiellement au Congrès et y prendre la parole. Il se propose, dit-on, de recevoir des mains de M. le président l'expression des vœux du Congrès. Cette détermination honorerait à la fois le ministre et le Congrès, et nous serions heureux de la voir se réaliser.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 7. Honoraires.*

(Nous avions omis de mentionner dans le compte-rendu de la séance du 8 novembre quelques paroles prononcées par M. Souberbielle, paroles que nous retablissons d'après le procès-verbal de M. le secrétaire.

M. Souberbielle. J'appuie vivement les conclusions de la Commission relativement à la suppression des officiers de santé. Ce qui se passe, à ma connaissance, dans le département des Basses-Pyrénées, me fait une loi de vous demander la suppression des officiers de santé, et de n'admettre à l'avenir qu'un seul ordre de médecins.

C'est également par erreur qu'on avait imprimé pour l'un des orateurs le nom de *Pellarat*. C'est M. le docteur Pellarin qui a pris la parole pour demander l'institution des médecins cantonaux.)

— Lecture du procès-verbal de la précédente séance est faite par M. Rigal, secrétaire particulier.

M. Fontan. Hier, dans une noble et chaleureuse improvisation, M. Malgaigne s'est laissé emporter à des allégations que je dois repousser contre un ordre pour lequel je professe la plus profonde vénération, le clergé. Je demande formellement que l'on supprime du procès-verbal toute la partie du discours de l'honorable orateur relative à cet ordre, auquel nous devons le respect et la considération.

Voix nombreuses. Non! non!

Un Membre. Les paroles de M. Malgaigne sont acquises à la publicité; on n'a le droit d'en rien retrancher.

M. Rigal. Personne ne peut faire, pas même l'orateur, que les paroles qui ont été prononcées dans cette enceinte n'aient été prononcées. Le procès-verbal doit être la reproduction exacte et fidèle de nos séances, et pas autre chose. Délégués par l'assemblée, nous devons, en remplissant consciencieusement notre mission, lui faire passer sous les yeux les opinions et, quand nous le pouvons même, les paroles des orateurs qui ont paru devant elle. Nous n'avions pas le droit de retrancher un seul mot du discours de M. Malgaigne, nous ne l'avons pas fait. (Très bien!)

M. Villeneuve, de Marseille, réclame contre un paragraphe dans lequel on le donnerait comme délégué de la Société de médecine. C'est une erreur. C'est M. Fabre qui est délégué de cette Société; il ne l'est, lui, que de l'Ecole préparatoire.

M. Duchamp voudrait que l'on introduisit dans le procès-verbal une interprétation d'un article relatif aux officiers de santé. (Rappel à la question.)

M. Huneau voudrait, malgré les observations qui ont été faites par M. le secrétaire, que l'on retranchât ce qui est relatif au clergé. (Interruptions. Non! non!)

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

M. Malgaigne demande la parole pour un fait personnel.

Messieurs, c'est sur un fait que j'ai avancé dans la séance d'hier et que l'on vient à l'instant de prier l'assemblée de rayer du procès-verbal officiel du Congrès, que je viens prendre la parole. Je dois quelques explications au Congrès sur ce fait, que je soutiens, que je pourrai prouver. Et d'abord, s'il y a eu quelque inconvenance commise, ce n'est point le Congrès qui doit en être responsable, c'est l'orateur seul qui aurait prononcé des paroles blâmables que l'on serait en droit d'accuser. Je soutiens qu'en disant ce que j'ai dit hier, je n'ai rien exprimé qui puisse être réputé inconvenant. Tout autant que les honorables orateurs qui viennent de me précéder à cette tribune, je respecte le corps du clergé en général. Mais je me plains, nous nous plaignons tous que quelques membres du clergé abusent de l'espèce de privilége que leur donne leur position dans la société pour empiéter sur les droits de la profession médicale, pour exercer illégalement la médecine et la chirurgie. (Très bien!) On a dit que les faits étaient faux et inexacts: je veux, Messieurs, que tout le corps médical de France soit édifié sur les abus que je vous ai signalés. J'en ai la preuve; et hier, au moment même où je quittais cette tribune, de nombreux confrères m'ont entouré, Messieurs, m'ont offert de signaler des illégalités pareilles et d'appuyer par des faits la vérité des assertions que j'avais avancées; tous m'ont offert des lettres justificatives, ayant rapport à ces empiétements du clergé sur l'exercice de la médecine. M. le secrétaire général, j'ai eu l'honneur de vous le dire, m'a fait observer que tous les cahiers venus de la province contenaient des faits analogues.

Je demande que la Commission chargée de l'examen des questions relatives à l'exercice illégal de la médecine soit saisie de ces documents, et en fasse l'objet d'un examen spécial. (Applaudissements.)

M. Huneau. Entre la question posée d'une manière aussi absolue, aussi erronée que l'a fait M. Malgaigne, et la question telle qu'elle devrait être posée, il y a une grande distinction à faire. Moi aussi, délégué du département de Maine-et Loire, je connais des faits semblables à ceux qu'a rapportés M. Malgaigne, mais est-ce à dire qu'il faille inculper le clergé tout entier? (L'ordre du jour! l'ordre du jour!)

L'ordre du jour est mis aux voix et prononcé à une grande majorité.

La parole est à M. Dechambre, rapporteur de la Commission numéro 7.

Messieurs,

La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe ne peut, comme toutes les autres, que remercier la Commission permanente de la peine qu'elle a prise de déterminer elle-même les objets de nos délibérations. En ce qui concerne les honoraires particulièrement, elle sait que de divers points de la France des vœux avaient été exprimés, des questions avaient été posées, et elle comprend le scrupule qui a porté la Commission permanente à ne taire aucune des réclamations qui arrivaient jusqu'à elle. Cependant, votre Commission ne veut pas le dissimuler, si elle eût été maîtresse de son programme, elle n'y eût pas introduit les trois premières questions qui lui ont été soumises, et qui sont ainsi conçues:

» L'arbitraire qui règne actuellement sur les honoraires dus aux médecins est-il compatible avec la dignité de l'art?

« Quels seraient les avantages d'une fixation légale à cet égard?

» D'après quel mode, et sur quelles proportions établir cette fixation? »

Messieurs, si quelque chose pouvait compromettre la dignité de la profession, ce serait de livrer à tous les hasards, à toutes les vivacités imprudentes d'une discussion publique, une question de cette nature. Ce serait le spectacle d'une assemblée de médecins, d'hommes qui ont été de tout temps et qui sont encore, Dieu merci, des missionnaires de charité, imposant d'avance ceux qui pourraient avoir besoin de leurs services, et rapetissant eux-mêmes le caractère élevé de leur mission, en la faisant descendre au niveau d'un tarif légal. Ce qui pourrait nous attirer la déconsidération, ce serait précisément la cessation de cet arbitraire qui permet au médecin, suivant les temps, suivant les lieux, suivant la nature et le degré des services rendus, suivant mille autres circonstances, d'abaisser ou d'élever le prix de ses soins, et d'entretenir ainsi cet heureux équilibre qui assure, de la part du riche, une rétribution honorable, et ne pèse jamais sur le pauvre. Cet équilibre, la loi ne le donnera jamais; il a sa règle dans les délicatesses de la conscience. Ne permettons à personne, pas même à la loi, de pénétrer dans ce sanctuaire de nos sentiments intimes, de peur que la loi ne puisse être accusée quelquefois de les glacer par son froid contact.

Voilà, Messieurs, l'impression qui s'est manifestée immédiatement au sein de la Commission. Telle a été même la décision et la vivacité de ses convictions, qu'elle m'a chargé d'émettre devant vous le vœu formel que, sur cette première partie de la question des honoraires, il soit procédé au vote sans discussion; et, dans le cas où ce vœu ne serait pas entendu, votre rapporteur vous prie, par anticipation, de l'excuser s'il lui arrivait de se refuser à suivre la discussion dans des voies où la dignité médicale lui paraîtrait en péril. Mais cette disposition d'esprit de vos commissaires doit-elle les dispenser d'entrer dans l'examen des questions qui leur ont été soumises? En agissant ainsi, ils pourraient être accusés de manquer à la mission qu'ils ont reçue de vous, et leur silence serait d'autant moins justifié qu'un examen réfléchi n'a fait qu'assurer plus solidement la conviction qui était tout de suite et spontanément entrée dans leur conscience.

Et d'abord, qu'entend-on par un taux légal d'honoraires? Sera-ce un taux fixe, uniforme, obligatoire pour les clients

sous peine d'action judiciaire, obligatoire pour les médecins eux-mêmes sous peine de déconsidération aux yeux de leurs confrères ? A quelque chiffre que vous vous arrêtiez, ce taux sera toujours trop bas et trop élevé tout à la fois : trop bas pour le riche, trop élevé pour le pauvre ; et beaucoup de personnes, qui aujourd'hui peuvent honorablement et sans trop de gêne se procurer les secours de l'art dans leurs foyers, au milieu de leur famille et de leurs habitudes, se trouveraient dans l'alternative injuste et cruelle ou de faire des sacrifices au dessus de leurs forces, ou de recourir aux établissements de charité.

Le taux des honoraires restant uniforme, sera-t-il facultatif, et simplement écrit dans la loi pour le cas de contestation judiciaire ? Alors il dépendra du médecin, toutes les fois qu'il ne pourra s'élever au-dessus de ce taux, de ne pas descendre au-dessous ; il lui suffira pour cela de provoquer la contestation. Et, Messieurs, quelque certitude que nous ayons du peu de danger d'une pareille arme entre des mains plus habituées à donner qu'à prendre de force, nous ne voudrions pas, pour l'honneur de la profession, qu'on pût seulement dire que vous en disposez. Enfin le taux des honoraires restant obligatoire, sera-t-il établi sur des bases variables ? Comprenez dans quelle série de difficultés nous nous engageons. Etablirez-vous un maximum et un minimum ? ou bien seulement un minimum, laissant le reste à la discrétion des praticiens ? Dans tous les cas, nous vous le répétons, votre minimum sera toujours pour le pauvre une sorte de tyrannie. Ajoutez que croyant gagner à cette innovation, vous pourriez y perdre ; bien des gens se rattacheraient au minimum qui, dans l'état actuel des choses, rétribuent plus généreusement nos soins. Soumettrez-vous les clients, comme on l'a proposé, à un tarif proportionnel, basé sur l'assiette des impôts ? Mais les impôts sont une règle bien infidèle pour apprécier la fortune des particuliers, et tel rentier millionnaire pourrait, votre tarif à la main, vous rétribuer plus maigrement que tel commerçant qui, sous l'apparence de la prospérité, flécbit sous le poids des charges publiques.

Quelle que soit d'ailleurs la base sur laquelle on veuille fonder le tarif, il est certain qu'elle devra subir encore des modifications en rapport avec les localités. Les immeubles n'ont pas partout la même valeur, ne donnent pas partout le même produit. Le numéraire lui même n'a pas partout la même valeur réelle ; et ce sont encore là autant de sources de difficultés insurmontables. Ne vous y engagez pas, Messieurs ; la Commission vous en adjure ! Vous y échoueriez probablement, et vous y laisseriez quelque chose de cette autorité morale qui assure partout au médecin respect et considération.

Néanmoins, la sollicitude de votre Commission pour la liberté du médecin et du client, ne l'empêche pas de reconnaître que certains médecins font à leurs confrères une concurrence blâmable en abaissant le prix de leurs soins au-dessous des habitudes et des nécessités locales, pour le rehausser graduellement quand cet artifice leur a attiré une clientèle suffisante. Mais la Commission ne pouvait s'occuper de ces abus et d'autres analogues, sans sortir de ses attributions, et elle ne peut que les signaler à l'attention de la Commission n° 9, chargée de la question des conseils de discipline.

Messieurs, la quatrième question qui nous a été soumise est celle-ci : « Les honoraires fixés par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire, sont-ils en proportion de la peine et du dérangement que cette réquisition occasionne ? »

Vous connaissez les dispositions de la loi à cet égard ; vous connaissez sa parcimonie. Vous savez aussi que les vacations ne sont payées que sur un bordereau qui passe par le procureur du roi, le juge de paix, le commissaire de police, la Cour des Comptes et le receveur. Eh bien, qu'est-il besoin de discuter ?

Quel est celui d'entre nous qui, en dehors d'une réquisition judiciaire, s'il agissait, par exemple, dans le libre exercice de son art, voulût parcourir sept kilomètres pour un franc cinquante centimes, ou séjourner loin de ses affaires pendant un jour entier pour deux francs ? N'en voit-on pas beaucoup qui, leurs visites et leurs rapports faits, répugnent, pour une misérable vacation, à s'engager dans les interminables formalités qu'elle entraîne ? Nous sommes presque honteux d'avoir à vous entretenir de ces détails intimes ; mais si votre délicatesse souffre de les entendre exposer, elle doit souffrir bien autrement de les subir, et c'est dans l'espérance que vos manifestations en pourront amener la suppression, que nous en déroulons le tableau devant vous. Nous ne sommes plus ici en présence des malades ; nous sommes en présence de la loi, d'une loi qui lèse directement, matériellement nos intérêts, et c'est un devoir pour nous, vos délégués, d'en signaler les vices au bon vouloir du gouvernement.

Ainsi donc, et en ne considérant que la peine et le dérangement qu'entraînent les réquisitions judiciaires, les honoraires attachés à ces réquisitions sont d'une insuffisance manifeste. Ce point de vue est le seul, nous le faisons remarquer sans nous en plaindre, qui ait préoccupé le législateur. Mais nous, médecins, qui savons ce que pèse la responsabilité des expertises médico-légales, qui savons ce que coûtent à la juste susceptibilité de l'expert les débats contradictoires de l'audience et les atteintes qui y sont trop souvent portées à la dignité de la science et du savant, on ne s'étonnera pas que, de ce nouveau point de vue, la position qui nous est faite nous apparaisse plus mesquine encore et plus dérisoire. Sans doute une rémunération plus élevée n'ajoutera rien à la considération ni à l'autorité du médecin expert ; mais il n'en est pas moins vrai que le principe de la responsabilité compte partout dans l'appréciaiton des avantages à faire aux positions rétribuées.

Devons-nous déterminer tout de suite en chiffres les modifications que nous voudrions voir introduire dans la loi ? Un membre de la Commission était de cet avis ; mais les autres ont pensé que cette loi était trop complexe pour nous permettre de la refondre tout entière dans un projet, et qu'il valait mieux, si l'autorité admettait notre principe, lui laisser le soin de l'application.

Ici, Messieurs, se place une proposition qui a été portée à la Commission par deux de ses membres, au nom de deux associations médicales, et que vos commissaires, à l'unanimité, m'ont chargé de présenter au Congrès. Il arrive souvent qu'un médecin, appelé en cette qualité auprès d'un tribunal, non pas pour y déposer purement et simplement des faits de la cause, mais pour y apprécier les faits qui ressortissent à sa profession, est cependant assimilé à un témoin ordinaire et rétribué comme tel. Cette assimilation est injuste. Dès qu'il y a appréciation des faits, il n'y a pas seulement témoignage, il y a une vérible expertise. En conséquence, la Commission demande qu'il soit inscrit dans la loi que tout médecin appelé en justice, à l'occasion des faits qu'il doit apprécier comme médecin, soit toujours considéré comme expert et en ait tous les avantages.

Nous arrivons aux cinquième et sixième questions du programme : nous les rapprochons à dessein parce qu'elles offrent, comme vous le verrez, plus d'un point de contact.

Cinquième question, — « L'article 2272 du Code civil, qui fixe à un an la prescription pour les honoraires des médecins, est il fondé en équité et en morale ? »

Sixième question. — « L'article 2101 du Code civil, qui déclare privilégiés les frais de la dernière maladie, est-il applicable aux cas où le malade a guéri ou seulement aux cas où il y a succession ouverte ? »

Il faut d'abord vous rappeler, Messieurs, que l'article 2272, qui établit pour les honoraires des médecins la prescription annale, est complété par l'article 2274, qui dispose que « la prescription a lieu quoiqu'il y ait eu continuation de services. » Vous voyez de suite la conséquence de cette disposition si elle était rigoureusement appliquée. C'est qu'il y aurait souvent impossibilité morale, sinon matérielle, à ce que le médecin pût recevoir la totalité des honoraires qui lui seraient dus. Supposez qu'il entreprenne le traitement d'une affection chronique au commencement d'une année, par exemple, et que le traitement se prolonge jusqu'au milieu de l'année suivante. Au moment où ses services, pour parler comme l'article en discussion, viennent à cesser, la prescription court déjà de six mois, en sorte qu'il se trouve dans la position singulière que voici : Si, sentant l'année s'écouler et la prescription prête à l'atteindre, il demande un règlement de compte, on lui répond que le traitement n'est pas terminé, et l'on se blesse de son procédé. S'il attend la fin du traitement, la loi lui répond par une prescription pour un tiers de ses honoraires.

Maintenant, c'est une question de savoir si l'article 2272, ainsi entendu et appliqué, ne peut pas rendre illusoire, en plus d'un cas, le privilége accordé par l'article 2101. Nous reviendrons plus loin sur la question du programme qui concerne ce dernier article : mais dès à présent veuillez vous rappeler sa disposition principale : « Les créances privilégiées sur » la généralité des meubles, sont celles ci-après exprimées, et » s'exercent dans l'ordre suivant ; 1° les frais de justice ; » 2° les frais funéraires ; 3° les frais quelconques de la der- » nière maladie, concurrement entre ceux à qui ils sont dus, » etc., etc. » Or, la difficulté est celle-ci : Une succession étant ouverte, si la dernière maladie a duré deux ou trois ans, les héritiers ne pourront-ils pas, armés de l'article 2272, ne payer que les soins de la dernière année ? Cette thèse a été soutenue par un membre honoraire et appuyée par quelques membres titulaires de votre commission. Mais la majorité a pensé que l'article 2101 emporte l'article 2272, c'est-à-dire que le privilége qu'il crée s'applique, dans la pensée du législateur, à la dernière maladie tout entière, quelle qu'ait été sa durée.

Nous sommes heureux de vous dire, Messieurs, hue, dans la pratique, la magistrature consulte l'esprit plus que la lettre de ces articles ; qu'elle ne consent pas à détruire le privilége par la prescription, et que la prescription, pour la plupart de ces membres, ne commence à courir qu'après la cessation du traitement. Mais il serait peut-être à propos de puiser dans ces interprétations bienveillantes des magistrats, un motif de demander un texte plus précis qui les consacre législativement.

Abordons à présent, chacune en particulier, les deux dernières questions du programme.

Relativement à la prescription annale, une faible minorité a demandé le *statu quo*, se fondant principalement sur cette considération, que c'est une nécessité de la loi de n'accorder qu'une prescription courte à ceux qu'elle dote d'un privilége, et que les fournisseurs de subsistances au détail, spécifiés par l'article 2101, ne sont privilégiés que pour les derniers six mois de fourniture. Mais la majorité a fortement combattu cette manière de voir. Elle a fait remarquer que, sans le moindre esprit d'illibéralisme, le corps médical pouvait repousser toute assimilation avec le corps des marchands. Le marchand peut, sans inconvénient pour lui, refuser sa marchandise à crédit ou présenter sa facture à des termes rapprochés. Au contraire, le médecin ne se hasarde qu'à de longs intervalles ou dans les cas extrêmes, à réclamer le prix de ses soins, et par une sorte d'aveu tacite du caractère exceptionnel de sa créance, cette démarche de sa part semble étrange au client. C'est donc en vain que la seconde partie de l'article 2274 du Code civil suspend le cours de la prescription du jour où il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée.

De fait, dans l'immense majorité des cas, principalement dans les grandes villes où règne une politesse raffinée, la citation judiciaire, la cédule, l'arrêté de compte, ne sont et ne peuvent être que des exceptions ; exceptions d'autant plus rares qu'elles devraient, dans beaucoup de cas, pour être efficaces, suivre immédiatement, et même parfois, comme je l'ai dit, précéder la convalescence. L'insuffisance de la protection accordée aux médecins frappe surtout quand on rapproche l'article qui les régit de celui qui est relatif aux avoués. Aux termes de l'article 2273, l'action des avoués se prescrit par deux ans, à compter du jugement des procès ou de la conciliation des parties ; et à l'égard des affaires non terminées, ils ont cinq ans pour former la demande de leurs frais et salaires.

Voilà certes, une large garantie dont la négligence seule pourrait ne pas profiter, et pourtant ce n'est pas tout ; les avoués, en cette circonstance, ont encore sur les médecins l'avantage d'avoir en main des pièces qu'ils peuvent, sans exciter de récriminations, ne livrer que contre payement intégral de leurs honoraires.

Pour remédier à cet état de choses, la majorité de votre commission a donc été d'avis de demander l'extension de la prescription. Elle avait d'abord pensé qu'un moyen simple d'atteindre ce but serait de rayer les médecins de l'article relatif à la prescription annale, et qu'ainsi ils rentreraient de fait dans le droit commun de la prescription quinquennale, stipulée par l'article 2277. Mais elle a craint ensuite que cette proposition ne rencontrât dans la législation actuelle quelque interprétation imprévue qui n'aurait pas atteint son but, ou le lui aurait fait dépasser ; et, pour exprimer plus catégoriquement ses intentions, elle a résolu de demander en termes exprès la prescription quinquennale.

Messieurs, la dernière question du programme a jeté tout d'abord dans les débats de la Commission une certaine confusion ; et ce n'est pas sans peine que nous sommes parvenus à en deviner le sens. On nous demande si le privilége attaché par l'article 2101 aux frais de dernière maladie est applicable aux cas où le malade a survécu, ou seulement à ceux où il y a succession ouverte. On pose donc seulement deux alternatives, celle de la survivance du malade et celle de l'ouverture de la succession. Or, dans ce dernier cas, quand un certain nombre de créanciers peuvent se présenter simultanément et pour des objets divers, on comprend à merveille que, pour une raison ou pour une autre, la loi établisse des catégories et protége spécialement telle ou telle créance. Mais demander cette protection pour le cas où le malade guérit, sans plus d'explication, voilà ce qui n'est plus aussi intelligible. Qui dit privilége, dit préférence ; la préférence suppose plusieurs contendants, et le fait de la guérison du malade n'implique rien de tout cela.

Il faut donc qu'en posant la question, l'on ait eu en vue, sans l'exprimer, la possibilité d'un concours de créanciers. Quoi qu'il en soit, la Commission s'est emparée de cette idée ; et, craignant, avec quelques jurisconsultes, que les expressions, *dernière maladie*, ne s'appliquasssent exclusivement à la maladie qui a entraîné la mort, et qu'ainsi le privilége consacré par ces articles ne concernât que les cas d'ouverture de succession, elle a été d'avis qu'ici encore il y avait lieu de modifier, ou plutôt de compléter la législation existante. La pensée cachée sous le privilége n'a rien que de très honorable pour la profession. Le législateur a compris que le caractère sacré du médecin lui imposait l'obligation morale de porter les secours de son art partout où ils lui étaient demandés ; il a vu qu'il n'y manquait jamais, et il a voulu lui en tenir compte. Mais à cet égard, la loi ne sera complétement quitte envers lui, elle ne sera complétement d'accord avec ses propres intentions, que le jour où elle protégera la créance du médecin dans tous les cas où elle se présenterait concurremment avec des créances d'une autre nature.

En conséquence de toutes ces considérations, la Commission est d'avis :

1° Qu'il n'y a pas lieu d'apporter de modifications légales aux usages existants aujourd'hui relativement aux honoraires des médecins ;

2° Qu'il y a lieu de demander une augmentation notable des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire ;

3° Que dans tous les cas où le médecin sera requis ou appelé par la justice pour un acte quelconque de sa profession, il soit toujours considéré comme expert ;

4° Que la prescription, fixée à un an par l'article 2272 du Code civil, soit portée à cinq ans ;

5° Que le privilége consacré par l'article 2101 du Code civil, concernant les frais quelconques de dernière maladie, soit étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

Première conclusion. Il n'y a pas lieu d'apporter de modifications légales aux usages existants aujourd'hui relativement aux honoraires des médecins.

M. le docteur *Hoffmann* demande la parole contre la première conclusion.

M. le rapporteur rappelle à l'assemblée qu'il vient de demander au nom de la Commission tout entière que par respect pour la dignité du corps médical, les conclusions du rapport soient votées sans discussion. Cette proposition équivalant en quelque sorte à la clôture qu'il est d'usage de mettre aux voix, préalablement à toute autre proposition, dès qu'elle est appuyée, il pense que M. le président doit donner la priorité à cette décision de la Commission, et la mettre aux voix.

Cette proposition est le signal d'une vive agitation dans l'assemblée ; M. le président essaie en vain de se faire entendre.

M. Rigal (de Gaillac). La Commission a eu l'honneur de proposer à l'assemblée, à cause de la dignité du corps médical tout entier, de voter sans discussion les trois premiers paragraphes de ses conclusions. (Appuyé ! appuyé !) Le bureau ne comprend pas une pareille agitation pour une question qui, après tout, se réduit à une question de vote. Ceux des membres de l'assemblée qui appuieront la proposition de la Commission voteront pour cette proposition ; ceux qui lui sont opposés voteront contre.

M. le président met aux voix la proposition suivante : « Doit-on passer à la discussion des conclusions, ou doit-on passer au vote sans entrer dans la discussion ?

Après deux épreuves déclarées douteuses, le bureau décide que la discussion est ouverte sur la première conclusion.

M. Hoffmann pense que la dignité du corps médical que l'on vient

de mettre en question, ne saurait en rien souffrir de cette discussion. Nous parlons ici en famille, dit l'orateur; si nos paroles devaient sortir de cette enceinte, je serais le premier à réclamer le vote immédiat. Je crois qu'il est un moyen efficace d'assurer la satisfaction de tous les médecins, et la rétribution des justes honoraires qui leur sont dus pour les soins qu'ils donnent chaque jour aux malades qui les réclament. Je suis persuadé qu'il est un plan d'organisation facile, et que l'on arrivera aisément à un résultat tel, que tous les médecins de France puissent désormais vivre honorablement du fruit de leurs travaux, subvenir aux dépenses qu'entraîne leur famille, et pourvoir à l'éducation de leurs enfants; toutes choses qui n'ont pas lieu maintenant. C'est par l'association générale des individus de toutes les classes inférieures que l'on obtiendra ce résultat. Il y a à Paris seulement dix-huit cents sociétés d'ouvriers ou autres qui, moyennant une très faible cotisation individuelle, parviennent à former chacune des sommes assez considérables pour rétribuer les médecins qui sont chargés de leur donner des soins pendant leurs maladies, et pour payer les médicaments nécessaires. Ne serait-il pas possible d'établir une sorte d'association universelle divisée en corps de métiers, qui au moyen d'une faible rétribution individuelle constitueraient une masse destinée à rétribuer les médecins de ces Sociétés, et serait plus que suffisante.....

Une voix. C'est la société sanitaire à 22 fr. par an!

M. Hoffmann. Ne serait-il pas possible de demander au gouvernement d'établir une association qui permette aux médecins de retirer de leurs travaux une rétribution suffisante. (Hilarité générale). L'orateur entre dans des calculs où nous ne pouvons le suivre, et à l'aide desquels il établit que l'on pourrait, de cette manière, arriver à constituer un revenu annuel de 60 millions consacrés aux honoraires des médecins.

M. Barnetche, de Bordeaux. Hier, Messieurs, vous avez fait acte de dévouement; vous vous êtes montrés sous votre vrai jour, en offrant vos soins aux pauvres, soit dans les villes, soit dans les campagnes, et cela sans vouloir voter l'établissement de ces médecins cantonaux que quelques-uns de nos collègues vous proposaient, médecins cantonaux rétribués par le gouvernement. Hier, vous avez voté sous l'inspiration d'une généreuse et noble pensée. Qu'allez-vous faire aujourd'hui, si vous continuez encore un seul instant cette discussion? Vous allez évidemment anéantir et les dispositions matérielles, et la valeur morale de votre vote d'hier. Que si vous ne voulez pas arrêter ici la discussion, deux mots seulement. On vient de vous dire qu'il y avait un moyen de faire payer suffisamment les médecins, de produire une somme annuelle de 60 millions destinés à rétribuer les soins qu'ils donnent aux malades, et cela au moyen de Sociétés, d'Associations de métiers ou de classes, d'abonnements. J'en parle sciemment, Messieurs; partout où ces Associations existent, elles sont la plaie de la médecine. Trouvez moyen de les supprimer, d'empêcher ces traitements au rabais, vous rendrez à la profession médicale un minent service; vous lui restituerez la considération dont elle doit être entourée; vous donnerez au praticien le moyen de vivre honorablement et dans un état de fortune satisfaisant. Je dois hautement, au nom de nos confrères des départements surtout, stigmatiser ces réunions qui dégradent et avilissent le médecin dans un but d'économie trop facile à comprendre et à démontrer, qui facilitent entre des médecins que leur intérêt moral et matériel devrait réunir une concurrence peu convenable et nuisible au corps médical tout entier. Les médecins de ces sociétés font de la médecine au rabais! Faire des visites à cinq sous, Messieurs, j'aime mieux, moi, les faire pour rien! (Très bien! Très bien!)

Je suis homme de dévouement, en même temps que je veux trouver dans la médecine un moyen de vivre honorablement. Je veux la dignité du corps médical tout entier, des petits comme des grands. On vient de vous proposer de tarifer le prix de nos visites! Outre que les fortunes ne sont pas égales, tant s'en faut, prétendez-vous tarifer l'intelligence? Est-ce une chose qui se pèse, se mesure et se mette au roulage? Tariferez-vous des Broussais et des Dupuytren? Rappelez-vous, Messieurs, les solides et justes raisonnements de M. le rapporteur. On ne peut établir un tarif, n'est-ce pas, sans partir d'une base. Où est-elle, cette base? Où la prendrez-vous? Suivant quel mode prétendrez-vous procéder? Le tarif légal est impossible; fût-il possible, il serait immoral; il porterait la plus grave atteinte à l'intelligence, ce sublime apanage de l'humanité. Je conclus, en deux mots, à ce qu'il ne soit jamais question de salaire dans une réunion comme celle-ci. (Vive approbation.)

M. Desrivières. La médecine est un sacerdoce, on vient de vous le dire. Oui, Messieurs, plus que personne je partage cette opinion. Mais le médecin est un homme libre, et, en sa qualité d'homme libre, il a droit à son salaire. Pourquoi le lui contester?

Voix nombreuses: On ne le conteste pas.

M. Coste. Le mot salaire est inconvenant. Retirez-le.

M. Desrivières. Les malades placent leur confiance dans un praticien de la ville, je parle d'un simple praticien; ils lui confient le soin de leur santé; ils l'appellent près d'eux à toute heure, et, lorsque le médecin vient réclamer le prix de ses soins, la juste récompense de ses fatigues, on les lui refuse. Prétend-il recourir aux voies légales? il ne trouve dans le juge aucun appui. Comme vous l'a dit hier un de nos collègues dans une éloquente improvisation, la magistrature est sourde à son appel.... Je ne veux pas, Messieurs, que l'on tarife le prix des visites, quel que soit le médecin, quelle que soit la position de fortune du malade. Ce serait injuste, ce serait impossible. Mais je voudrais que le médecin fût adjuré sur sa conscience de faire le montant de ses honoraires suivant la gravité de la maladie qu'il aurait eu à soigner; je voudrais qu'il fût le maître d'apprécier librement et justement l'importance du cas qui s'est présenté à lui, l'importance du service qu'il a rendu. Je voudrais qu'il n'eût pour juge que sa conscience.

M. le docteur Clausade, de Gaillac. J'aurais voulu, pour la dignité du corps médical, que la question qui s'agite ici devant vous ne fût point discutée. J'aurais voulu que, vous conformant aux vœux exprimés d'une manière si convenable par M. le rapporteur de la Commission, vous n'eussiez pas permis la discussion sur un sujet aussi délicat. Je dis, pour la dignité du corps médical, c'est manquer de dignité que de discuter une question d'argent dans une assemblée comme la nôtre; et que faisons-nous ici, sinon discuter une question d'argent? (Marques générales d'adhésion.)

Cependant, Messieurs, vous avez voulu la discussion; je discuterai donc, et brièvement. Je me bornerai à vous présenter quelques faits. On vous a dit que les honoraires des médecins devaient être taxés. Votre rapporteur d'abord, quelques-uns des orateurs qui m'ont précédé à cette tribune vous ont suffisamment prouvé que cette prétention était inadmissible, qu'une telle mesure serait inexécutable. Mais on est venu soulever aussi la question de l'association, l'une des plus brûlantes de ce moment, et l'on vous a dit que par elle, et par elle seule, vous pourriez arriver au résultat que nous demandons tous, à la juste rétribution des honoraires des médecins. Je suis le délégué d'une Société nombreuse composée de quatre-vingt-trois médecins, qui s'est élevée avec force contre ces sortes d'associations, et qui m'a chargé de défendre son opinion devant vous.

A Toulouse, les membres des diverses professions sont réunis en corporations, en associations; les tailleurs, les forgerons, les menuisiers, etc., forment des Sociétés.

Je ne vous citerai qu'un exemple. Les membres d'une de ces Sociétés sont au nombre de mille, et sont constitués en corporation. Ils ont formé, à l'aide d'une cotisation d'un franc par individu, une masse de mille francs, puis ils ont été trouver un médecin et lui ont proposé cette somme de mille francs par an, à la condition de s'engager à soigner tous ceux des membres de la Société qui, malades pendant le courant de l'année, réclameraient ses secours, et de leur faire autant de visites que besoin serait. Un jeune médecin s'est trouvé qui, n'ayant pas encore une clientèle fort étendue, n'étant pas non plus dans une position de fortune très brillante, et réfléchissant en outre qu'il serait probablement exposé à voir chaque année sans rétribution un certain nombre de ces ouvriers malades, a accepté les conditions de l'Association pour la somme de mille francs par an.

A peine avait-il commencé ce service, qu'un autre médecin de Toulouse vint trouver le chef de la corporation, et lui proposa de remplir les devoirs imposés à son confrère, de soigner assidûment à domicile les membres malades de la corporation pour la moitié de la somme qui avait été attribuée au premier médecin, pour cinq cents francs, dix sous par homme chaque année. (Rires, exclamations. Ecoutez! écoutez!)

Vous avez voulu de la discussion, Messieurs, en voici. Je vous prie de m'accorder un moment encore d'attention et de bienveillance.

A peine ces nouvelles conditions étaient-elles acceptées, qu'un troisième docteur (interruptions, hilarité)... Ce n'est point un roman que je fais, c'est de l'histoire; c'est un fait que je vous raconte et dont je pourrais vous donner la preuve authentique. Je reprends. A peine ces conditions étaient-elles acceptées, qu'un troisième docteur s'est présenté au président de l'Association; et, celui-là, ce n'est plus un tout jeune homme au début de sa carrière, embarrassé peut-être de ses moyens d'existence, c'est un homme déjà connu, déjà *posé*, déjà en possession d'une clientèle, et d'une fortune honorable... Je ne le nommerai pas. Ce troisième confrère proposa à l'Association de voir les sociétaires malades pour la somme de deux cent cinquante francs par an seulement, cinq sous par an pour chaque individu! C'était, je n'en doute pas, philanthropie pure, et sentiment admirable d'humanité. (Rire général.)

Au récit de pareils scandales, Messieurs, le corps médical de Toulouse s'est ému. Les quatre-vingt-trois médecins de la ville se sont réunis pour former une association et ils se sont dit: Si l'on pouvait supposer que nous nous réunissons pour aviser aux moyens de nous faire payer de nos malades, nous perdrions de notre considération, nous compromettrions notre dignité.... Car c'est ainsi, Messieurs, que nous entendons la dignité en province. (Applaudissements.) Mais nous avons dit: Les médecins de Toulouse forment une association dont le but est de secourir leurs confrères pauvres, ou les veuves et les orphelins de médecins de Toulouse morts dans une position précaire et sans ressources suffisantes. Je dois vous dire en passant, et ceci n'est point déplacé, je pense, que dès la première séance la question fut agitée de savoir si les officiers de santé seraient admis à faire partie de l'Association, et que, mus par la même pensée qui vous a dicté votre vote d'hier, le plus grand nombre des médecins de Toulouse n'ont point voulu les admettre dans l'Association générale. Par suite de la discussion qui s'éleva à ce sujet, seize médecins se retirèrent; mais il en resta 67, et, sur 83, ce chiffre vous paraîtra encore assez imposant.

Le premier acte de la société nouvelle fut de nommer une commission de dix membres, dont j'eus l'honneur d'être nommé rapporteur, et qui fut chargée de présenter un rapport et de tracer un règlement définitif. D'après l'avis de mes collègues, j'avais introduit dans le règlement un article portant que tout membre de la Société qui voudrait devenir le médecin d'une association, d'une corporation comme celle dont je vous ai parlé, serait obligé de le déclarer à la commission des dix, et ne pourrait accepter ces fonctions sans l'assentiment de la commission. Eh bien, Messieurs, cet article, qui ne devait pas faire partie du règlement officiel et public, cet article, qui devait rester secret et n'engager que moralement les membres de la Société de médecine de Toulouse, cet article fut rejeté; et cependant nous étions entre nous tout à fait, nous ne discutions pas comme ici sous les yeux du public, qui sait et qui saura tout ce qui se passe dans cette enceinte. Faites bien attention que je ne parle point ici pour moi; que je suis tout à fait en dehors de la question; je n'exerce pas. Mais, bien que je ne me livre pas à la pratique de la médecine, les médecins de Gaillac m'ont délégué avec confiance, persuadés qu'entre mes mains seraient sauvegardés les intérêts généraux de la profession médicale. J'ai dû venir remplir mon mandat devant vous, Messieurs, les questions d'honoraires sont des questions trop brûlantes; je vous adjure de voter à l'unanimité que vous passez à l'ordre du jour.

La brillante improvisation de l'orateur est suivie des applaudissements de l'assemblée.

M. le président met aux voix la clôture de la discussion, qui est prononcée à l'unanimité moins deux voix, puis l'article de la Commission, qui est également adopté.

Les quatre conclusions suivantes que voici sont votées, et sans interruption, à l'unanimité.

Deuxième conclusion. — Il y a lieu de demander une augmentation notable des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire.

Troisième conclusion. — Dans tous les cas où le médecin sera requis ou appelé par la justice pour un acte quelconque de la profession, il sera toujours considéré comme expert.

Quatrième conclusion. — La prescription, fixée à un an par l'article 2272 du Code civil, sera fixée à cinq ans.

Cinquième conclusion. — Le privilége consacré par l'article 2101 du Code civil, concernant les frais quelconques de dernière maladie, sera étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

La séance est levée à trois heures et demie.

Séance du 10 novembre (9 heures du matin). — *Rapport de la Commission n° 8. — Responsabilité. — Secret.*

Lecture du procès-verbal de la précédente séance est faite par un des secrétaires particuliers.

M. Fuillan. Dans notre contrée, les juges de paix invoqués par les médecins ont toujours mérité nos éloges, et je demande la suppression du paragraphe relatif aux juges de paix.

M. Gendron appuie par la citation d'un fait une expression de blâme un peu sévère peut-être de M. Hoffman, relative aux juges de paix.

Après une courte discussion, il est décidé que les mots, *la plupart des juges de paix* seront substitués à ceux-ci: *les juges de paix*.

La parole est donnée à M. Bayle, rapporteur de la Commission n° 8 (1re section).

Voici les conclusions de ce Rapport, que nous reproduirons plus tard.

Première conclusion. — Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétents. Dans tous les cas, les articles 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1382, 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause, s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

Deuxième conclusion. — Le jury médical sera nommé par un corps médical légalement constitué.

Troisième conclusion. — Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère.

— *M. Godart*, au nom de la Commission n° 8 (2e section), lit un second Rapport dont voici les conclusions:

Le Congrès émet le vœu:

Que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvénients résultant, pour le médecin, des prescriptions de l'article 56 du Code civil.

— La parole est à M. Claussade pour un rapport sur une question incidente qui vient d'être présentée à la Commission. Voici la conclusion.

Le Congrès général émet le vœu:

Qu'un médecin qui refuse son concours au ministère public hors le cas d'urgence, en appuyant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne peut pas être poursuivi devant les tribunaux.

(Nous donnerons dans notre prochain numéro une analyse aussi fidèle que possible du remarquable rapport improvisé par M. Clausade avec autant de clarté que d'élégance.)

La discussion est ouverte sur la première conclusion.

Première conclusion. — Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétents. Dans tous les cas, les articles 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1382 et 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

M. Coste, de Bordeaux, demande que l'on supprime le mot de *jury médical*, qui n'a point encore été défini.

M. Forget fait observer que le mot collége médical, proposé par M. Malgaigne, ayant été adopté provisoirement, le mot jury médical doit être adopté de même, sauf rectification ultérieure et plus ample définition.

La première proposition est adoptée à l'unanimité, ainsi que la suivante, sans discussion.

Deuxième conclusion. Le jury médical sera nommé par un corps médical légalement constitué.

La discussion est ouverte sur la troisième conclusion.

Troisième conclusion. Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère.

M. Mame (d'Angers). Il est un cas que n'a point prévu le Rapport, et sur lequel nous devons présenter quelques observations. Je suppose, et cela peut arriver, qu'un médecin soit appelé près d'un malade et qu'il découvre qu'une des personnes qui entourent le malade, soit parent, soit ami, empoisonne chaque jour et lentement le malade, que doit-il faire? C'est là un secret qu'il apprend dans l'exercice de sa profession et par le moyen des connaissances qu'il possède. Doit-il dénoncer le crime à la justice afin d'empêcher la mort du malade? Je pense que dans un cas de cette nature il doit dénoncer à la justice, et le crime qui se commet et l'auteur du crime lui-même.

M. Barth, membre de la Commission. Au moment où notre Commission a commencé ses opérations, j'étais de l'avis de notre honorable confrère, et je pensais aussi que la dénonciation dans un cas pareil était un devoir pour le médecin. Depuis que je me suis éclairé par la discussion, mon opinion a complétement changé. Je suis d'avis que dans aucun cas le médecin ne doit dénoncer un crime, même quand il croit en avoir la certitude. Ce qui a modifié aussi mes convictions, c'est que je me suis trouvé dans un cas semblable à celui que vient de signaler M. Mame (d'Angers).

J'ai eu des soupçons sur un parent d'un malade auquel je donnais des soins. Ces soupçons, j'avais dû les formuler, mais avec la prudence et la réserve les plus absolues, sans désigner personne nominativement, et en me bornant à recommander la surveillance. Bien m'en a pris de ma prudence; car il n'y avait pas de crime, partant, pas de coupable. Si nous admettons la dénonciation une fois, où nous arrêterons-nous? Qui pourra fixer les limites où doit s'arrêter le devoir du médecin sur une pente aussi glissante? Messieurs, ne faisons jamais du médecin un dénonciateur, quel que soit le cas qui se présente à lui. La justice est là, qui doit veiller. La police a pour mandat de veiller au salut des citoyens; c'est à elle qu'appartient la recherche des crimes. Nous ne lui devons, pour cela, ni notre appui, ni notre concours.

M. Auzias. Un de nos jeunes confrères fut appelé chez une jeune personne hystérique; il fut obligé de rester près de la malade toute la journée, et ne put se rendre au poste de la garde nationale, où il devait être présent. Traduit devant le Conseil de discipline, il fut condamné pour ne vouloir point dire où il avait été retenu pendant ses heures de présence obligée au poste, et ne pouvoir fournir des preuves de la validité de ses motifs. C'est là un cas où la non-obligation au secret lui eût évité cette punition. L'orateur conclut à la suppression du service de la garde nationale pour les médecins. (Hilarité générale. Rappel à la question.)

M. Vannier, du Havre, présente quelques considérations après lesquelles la mise aux voix de l'article est réclamée par une grande partie de l'assemblée.

M. Vasseur présente l'amendement suivant:

« Dans aucun cas le médecin n'est forcé de révéler. » (Appuyé.)

M. le rapporteur fait ressortir la différence qui existe entre l'amendement de M. Vasseur et la conclusion de la Commission, qui rend le secret toujours obligatoire pour le médecin.

M. Pellarin appuie l'amendement proposé. Il y aurait, suivant lui, de graves inconvénients à rendre toujours le secret obligatoire au médecin. La conscience seule du médecin doit être juge d'une pareille question.

M. Barth paraît de nouveau à la tribune pour appuyer l'article de la Commission, qui empêche le médecin de faire aucune révélation, même d'un crime surpris par lui comme médecin et dans l'exercice de sa profession.

M. Burguet, de Bordeaux, pense que l'on ne s'attache pas assez à distinguer l'homme du médecin. S'agit-il du malade que soigne l'homme de l'art, il ne doit rien révéler; le silence est son devoir. Mais s'agit-il de choses en dehors du malade, il doit parler. Il est impossible que le médecin reste muet en voyant empoisonner devant lui le malade auquel il donne ses soins.

M. Clausade, de Gaillac. La Commission a voulu qu'il fût clairement et nettement posé en principe que le médecin ne peut être obligé de révéler ce qu'il apprend dans l'exercice de sa profession, crime ou non. Un crime a été commis, c'est un malheur; le médecin l'apprend comme médecin, il doit se taire. Je vais plus loin. Un crime va se commettre; le médecin l'apprend par les connaissances que lui donnent ses études, par une de ces mille circonstances qui tiennent à sa profession, il n'est pas maître de ce secret, il doit se taire encore, il n'a pas le droit d'empêcher ce crime d'être commis, en dénonçant le coupable à la justice. Nous avons ici le même privilége que le prêtre. Notre privilége est plus large encore, car le prêtre ne sait que ce qu'on lui confie; le médecin sait de plus ce qu'il découvre par ses connaissances. La loi actuelle dit, article 378, Code pénal: Le médecin qui aura révélé un secret à lui confié, *hors les cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur*, sera puni, etc. Mais l'article qui spécifiait ces cas de dénonciation obligée n'existe plus, la loi ne prévoit pas ces cas où le médecin doit se porter dénonciateur.

L'orateur conclut en disant qu'il demande l'adoption de la conclusion de la Commission. Dût la loi, dit-il, me forcer à révéler, moi je ne révélerais jamais. (Applaudissements.)

M. Le Roy-d'Etiolles déclare se rallier à la rédaction de l'amendement, qui laisse la conscience du médecin juge de la question du secret.

M. Delasiauve appuie l'amendement de M. Vasseur au nom de la Société de médecine de Paris, dont il est délégué. On a parlé du serment d'Hippocrate; mais ce n'est pas tout de citer le serment d'Hip-

pocrate, il faut le comprendre et l'interpréter ; il ne s'agit pas de le prendre à la lettre sans aucun raisonnement.

M. le rapporteur fait observer de nouveau que l'amendement de M. Vasseur cesse de rendre le serment obligatoire pour les médecins; ceci est de la plus hante importance, et cette disposition est tout à fait contraire au vœu de la Commission.

L'amendement de M. Vasseur est mis aux voix et adopté avec cette rédaction :

« Dans aucun cas, le médecin ne pourra être obligé à révéler un secret. »

M. Clausade demande qu'il soit bien entendu que l'on n'a nullement voulu par cet amendement demander la suppression de l'article de la loi actuelle, qui oblige le médecin au secret dans certaines circonstances. (Très bien.) En conséquence il propose, au nom de la Commission dont il fait partie, d'ajouter à la suite de l'article de M. Vasseur, le paragraphe snivant :

« Le Congrès déclare qu'il est bien entendu que si le médecin ne peut pas être obligé à la révélation du secret, il n'en reste pas moins tenu à l'obligation du secret telle qu'elle lui est imposée par la loi existante. »

T. Thirial. Il y a un droit et un devoir. Vous avez voté le droit. Votez le devoir. (La clôture, demandée par plusieurs voix, est mise aux voix et rejetée.)

M. Morel-Lavallée. On a proposé de décider que le secret est obligatoire. Vous avez voté un amendement qui laisse la révélation facultative. Vous devez vous en remettre à la conscience du médecin pour la détermination des cas où il croira devoir manquer à ce que lui commande la loi.

M. Clausade. Je m'abuse étrangement si mon amendement détruit votre vote ; mais il ne le détruit pas. Voici l'article de la loi :

Art. 378 du Code pénal : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et sages-femmes, et toutes les autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 fr. »

Je viens de vous dire tout à l'heure que ces mots : *hors les cas où la loi les oblige* étaient supprimés de fait, puisque la loi maiotenant est muette, et ne parle point des cas où la révélation est obligatoire. Je pense que le Congrès a bien entendu exprimer que le médecin n'est jamais obligé de révéler, et qu'en outre il est souvent, comme le veut l'article actuel de la loi, forcément tenu de garder le secret à lui confié pendant l'exercice de sa profession. (Oui ! oui !) Il faudrait que cela fût spécifié par une disposition additionnelle particulière.

M. Rigal. Nous sommes tous d'accord, et je crois que nous disputons sur les mots. Nous ne sommes pas obligés à révéler : ceci vient d'être voté ; mais nous restons juges des cas où nous devons révéler. C'est la conscience qui est seule notre guide.

M. Gendron propose un amendement qui aurait pour but de laisser le médecin juge des cas où il croira pouvoir révéler les secrets.

La Commission propose de conserver l'article actuel de la loi, en ajoutant seulement les mots suivants : « et dans aucun cas le médecin ne pourra être obligé à la révélation.

L'article, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

M. le rapporteur de la section n° 2, donne lecture des articles 55 et 56 du Code civil, et de l'article 246 du Code pénal, relatifs aux déclarations de naissance, puis de la conclusion de la Commission ainsi conçue :

Le Congrès émet le vœu : que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvénients résultant pour le médecin des prescriptions de l'article 56 du Code civil.

M. Desrivières donne, à titre de renseignement, communication d'un fait dans lequel il a dû faire la déclaration d'une naissance, sans pouvoir donner le nom de la mère.

M. le rapporteur fait remarquer que ce n'est pas ici la question. Souvent le médecin ne peut savoir s'il y a ou non un père légal, et alors il ne sait s'il doit ou non faire déclaration d'une naissance. C'est simplement pour éviter le doute dans lequel reste souvent le médecin, qui ne peut, lorsqu'il fait un accouchement, se faire représenter l'acte de mariage des parents, non plus que les forcer à déclarer s'ils sont ou non légitiment mariés; que la Commission réclame une modification dans la législation actuelle, mais sans fixer cette modification.

Une vive discussion s'engage sur la position de la question, que nous croyons n'être pas suffisamment comprise par un grand nombre des membres de l'assemblée.

M. Claussade, de Gaillac, prend la parole pour rétablir la queslion ; il résume la discussion, pose de nouveau nettement le point qu'il s'agit de discuter, et demande à l'assemblée, suffisamment édifiée, de prononcer la clôture de la discussion et de passer au vote.

La clôture est prononcée à l'unanimité, et l'article adopté,

La discussion est ouverte sur la proposition de M. Clausade, rapporteur de la 3e section de la Commission n° 8. La voici.

« Le Congrès général émet le vœu qu'un médecin qui refuse son concours au ministère public, hors le cas d'urgence, en basant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne puisse être poursuivi devant les tribunaux. »

La Commission propose, sur la proposition de M. Combe, d'ajouter, hors les cas d'urgence *ou de flagrant délit.*

L'article est adopté.

Séance levée à midi et demi.

Séance du 10 novembre (4 heures du soir).

La séance de ce soir, 10 novembre, section de médecine, a été consacrée à la discussion des questions relatives à l'exercice illégal de la médecine, aux médecins étrangers, et aux conseils de discipline.

Nous ne donnons aujourd'hui que les couclusions de la Commission, telles qu'elles ont été adoptées.

Exercice illégal. — 1° Les attributions confiées par les diplômes relatifs aux differentes parties de l'art de guérir seront également spécifiées dans la loi et énoncées dans les diplômes.

L'exercice illégal de la médecine sera parfaitement défini dans la loi. Une pénalité plus efficace et plus énergique y sera introduite.

2° L'exercice illégal de la médecine doit il être justiciable des Cours d'assises au lieu de l'être des tribunaux de police correctionnelle ? La Commission n'a pas pensé qu'il y eût lieu de changer sur ce point la juridiction actuelle.

3° Le traitement des malades, dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être considéré comme un exercice illégal ?

La Commission a déclaré que, dans ce cas, il y a exercice illégal avec complicité du médecin.

Conseils de discipline. — 1° Un collége médical sera créé dans chaque arrondissement, et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement.

2° Chaque collége médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un Conseil médical.

3° Le Conseil aura pour mission : d'une part, de soutenir les droits du corps médical et de ses membres; d'autre part, de maintenir la dignité professionnelle.

4° Le Conseil aura le pouvoir de prononcer, suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires : 1° L'admonition; 2° la réprimande; 3° la censure; 4° la radiation temporaire du tableau du collége; 5° la radiation absolue, qui sera également déterminée par les peines afflictives et infamantes pour les délits autres que les délits politiques.

5° Les colléges médicaux seront chargés de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la médecine, et de réclamer les poursuites.

6° Les Conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires, les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

7° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant celui du chef-lieu du département. L'appel d'une décision rendue par le Conseil du chef lieu du département sera porté devant le Conseil de l'arrondissement le plus éloigné.

Médecins étrangers. — La commission avait proposé cet acticle :

» Les médecins reçus docteurs dans une faculté étrangère ne seront admis à exercer la médecine en France qu'à la condition de se faire recevoir docteurs devant l'une des trois Facultés de France. Ils obtiendront ce titre en subissant deux épreuves d'une heure chacune, et soutenant une thèse. »

A cette décision, MM. Malgaigne et Laussedat ont proposé de substituer l'amendement suivant :

» Que tout médecin étranger, pour exercer en France, soit obligé d'obtenir le titre de docteur, et en conséquence de passer ses six examens et sa thèse devant une Faculté française. »

A cette proposition a succédé une vive agitation. La discussion la plus animée, et à laquelle ont pris part un grand nombre d'orateurs, a été suivie de la mise aux voix de l'amendement de MM. Malgaigne et Laussedat, comme étant le plus large et devant avoir la priorité.

D'après l'opinion du bureau tout entier, qui comptait même plusieurs membres d'une opinion différente, l'amendement avait été adopté, lorsque quelques membres de la Commission ont déclaré protester et se retirer, l'épreuve leur ayant paru douteuse. Qu'il nous soit permis de dire que la susceptibilité de la Commission nous a semblé peut-être exagérée, l'usage n'étant point qu'une Commission se retire parce qu'une proposition qu'elle présente est rejetée.

Quoi qu'il en soit, M. le président, d'après l'avis du bureau et de la Commission réunis, a décidé que le vote serait annulé, malgré l'adoption reconnue par le bureau d'une voix unanime, et que dans la séance du 12, avant tout autre discussion, la proposition et l'amendement seraient de nouveau mis aux voix. Nous ne saurions trop recommander à nos confrères de se rendre avec la plus grande exactitude à la séance de demain, mercredi 12, à deux heures précises, pour voter sur cette importante et capitale question relative à l'exercice de la médecine par les médecins étrangers.

NOUVELLES.

Par décision de la Faculté de médecine de Paris du 6 novembre, M. le docteur Sucquet a été nommé préparateur du Musée d'anatomie de l'Ecole. Cette nomination a été faite à l'unanimité.

— MM. Hyrtl, professeur de médecine à Vienne ; Maissiat, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Thibert, docteur en médecine à Paris, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) No. 137. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 12 NOVEMBRE 1845.

Le Congrès va terminer ses travaux d'une manière solennelle et pieuse.

Dimanche 16 courant, à dix heures du matin, les restes mortels de Bichat, enlevés de la tombe modeste qu'ils occupent dans l'ancien cimetière Sainte-Catherine, seront transportés à Notre-Dame, où un service solennel sera célébré. Après le service, le cortége, composé des membres du Congrès, des Académies et Sociétés savantes, des Facultés de médecine et des sciences, du Collége de France, du Muséum d'histoire naturelle, etc., et des élèves des Ecoles, se transportera, par les quais et les boulevards, au cimetière de l'Est, où la munificence du Conseil municipal a accordé gratuitement un terrain pour le tombeau de Bichat.

Nous donnerons, dans notre prochain numéro, le programme de cette imposante cérémonie, qui ne pouvait pas clore plus dignement les importants et brillants travaux du Congrès.

Voici la composition de la Commission pour la translation des restes de Bichat :

Les Membres du Bureau ;

MM. Roux, Pariset, Bouillaud, Thierry, Vée, H. Larrey, Moizin, Devilliers, Robinet, Caventou, Cornac, Miquel, Bataille, Blatin, Caffe, Coste, Latil et Béroud, délégués du département de l'Ain.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

Séance du 10 novembre (4 heures du soir).

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission no 9, 1re section. Exercice illégal de la médecine. — Médecins étrangers — Conseils de discipline. — Limitation du nombre des médecins.*

Lecture du procès-verbal de la dernière séance est donnée par un des secrétaires particuliers.

M. le docteur Cerise a la parole pour lire le rapport de la Commission no 9, 1re section.

Messieurs,

La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe dans cette enceinte avait à remplir une tâche laborieuse, difficile. Les vœux qu'elle a été appelée à formuler devant vous soulèvent les questions les plus délicates qui puissent s'agiter dans un corps médical. Ces vœux, je vous les rapporte, et, je me hâte de le dire, ce sont des vœux de répression énergique et efficace contre les personnes qui exercent illégalement la médecine, des vœux de patronage et de moralisation disciplinaire de la grande famille médicale, enfin des vœux de réforme dans la législation qui régit les médecins munis de diplômes étrangers. Ces trois vœux s'enchaînent logiquement, car tous reposent sur le même principe; garantir les plus précieux intérêts de la société, car tous ont le même but; garantir l'avenir moral, intellectuel et matériel de la profession médicale. Cet enchaînement logique a été remarqué par la Commission dont je suis l'interprète ; la conviction intime de cette solidarité s'est fait jour dans toutes ses délibérations ; elle a présidé à tous les débats qui ont eu lieu dans ses séances longues et multipliées. Réunissant dans son sein un grand nombre de délégués des associations médicales des départements, elle n'a point délibéré sous l'empire des préoccupations d'un intérêt local, d'un intérêt limité ; ses décisions doivent être regardées comme l'expression libre, spontanée, non seulement de la Commission elle-même, mais encore des nombreuses associations médicales qui y ont été représentées.

Premier ordre de questions. — Exercice illégal.

La pénalité infligée à l'exercice illégal de la médecine est-elle en rapport avec la gravité du délit?

Non, a répondu unanimement la Commission no 9. La pénalité, en cas d'exercice illégal de la médecine, est insuffisante; elle est insuffisante non-seulement parce qu'elle fait défaut à l'égard de certains cas prévus d'une manière générale, mais encore parce que l'application de celle qui est inscrite dans la loi rencontre souvent d'invincibles obstacles. Si ces imperfections graves n'existaient pas, les magistrats chargés de veiller à l'exécution des lois, qui ont l'œil ouvert sur tous les délits et sur tous les crimes, ne répondraient point comme ils le font aux sollicitations officieuses de vos associations les plus fortement constituées par ces désolantes paroles : « Il n'y a pas lieu à poursuivre. » Le mal existe pourtant, on l'avoue, on le reconnaît; le moyen de ne pas le reconnaître sur les murs des villes et des hameaux, sur les arbres qui bordent les routes, sur de monstrueuses et indécentes affiches il étale sa hideuse nudité ! Dans les journaux politiques, judiciaires, industriels, il reçoit, moyennant salaire, une large, brillante et souvent majestueuse hospitalité ! Nous objectera-t-on après cela qu'il serait nécessaire, pour découvrir le mal, de pénétrer dans l'intérieur des foyers domestiques, de faire des enquêtes sur les habitudes professionnelles plus ou moins clandestines des individus qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine? Non ; personne ne se cache dans l'ombre, les échoppes sont ouvertes, la place publique est le théâtre du délit. S'il est surtout répandu dans les campagnes, il faut dire aussi qu'il est l'objet d'étranges prédilections dans les rangs élevés de la société. Si le magistrat reste silencieux, c'est que l'exercice illégal de la médecine est resté indéfini dans la loi, c'est qu'il ne se sent point armé, c'est que, fidèle avant tout aux maximes de notre droit, il laisse tristement subsister le mal plutôt que de l'atteindre en commettant un acte arbitraire. Souvent aussi il renonce à des poursuites inutiles. Il existe un article 32, du 21 germinal an XI, dans lequel il est formellement interdit aux pharmaciens de livrer, de débiter des préparations médicinales ou composées quelconques, que d'après la prescription d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé, et nulle sanction pénale n'est prononcée contre le délinquant.

Voilà pour la pénalité en défaut : voici maintenant pour la pénalité insuffisante. Au titre VI, de la loi relative à l'exercice de la médecine, du 19 vent. an XI, des dispositions pénales prescrivent aux commissaires du gouvernement de dénoncer aux tribunaux tous les délits relatifs à l'exercice illégal de la médecine; elles élèvent à mille francs l'amende à laquelle peuvent être condamnés ceux qui usurpent le titre et exercent la profession de docteur, et à cinq cents francs l'amende à laquelle peuvent être condamnés ceux qui se qualifient officiers de santé et traitent des malades en cette qualité. Remarquez bien l'insuffisance de ces dispositions pénales. D'une part, elles atteignent le délinquant, moins pour avoir exercé illégalement la médecine, que pour avoir usurpé un titre. D'une autre part, elles laissent le *minimum* de la peine à l'appréciation du tribunal.

De là ces deux inconvénients : l'exercice illégal sans usurpation de titre peut rester impuni, ou si, par suite d'une interprétation plus large de la loi, la condamnation a lieu, elle peut se borner à un franc d'amende. Oui, Messieurs, l'individu qui usurpe à la fois le titre et les fonctions de médecin, peut, après plusieurs années de scandaleuse sécurité, être condamné à un franc d'amende. La Commission no 9 a dû enregistrer des faits de ce genre. La Commission no 10 vous en fera probablement connaître un très grand nombre. Une pareille peine, c'est l'impunité se présentant sous une forme tellement grave que le silence des procureurs du roi, en maintenant une impunité moins solennelle, doit être considéré comme une sage et prudente réserve. En présence d'une telle situation, on serait tenté de se demander si l'exercice de la médecine n'est point de droit naturel ; on est tenté de se demander si le diplôme de docteur a un caractère sérieux aux yeux de l'opinion publique. Il ne faut pas se le dissimuler, il y a dans cet abandon des droits et des intérêts des médecins quelque chose de sinistre qui semble mettre en contestation plus que leurs droits, plus que leurs intérêts, c'est-à-dire leur rang dans la société, leur dignité et leur considération. C'est surtout le rang qui appartient au corps médical, c'est sa dignité, c'est sa considération que la Commission entend maintenir et défendre en déclarant que la pénalité, infligée actuellement à l'exercice illégal de la médecine, n'est point en rapport avec la partie du délit. Elle émet le vœu formel :

Conclusions. 1o Que les attributions conférées par les diplômes relatifs aux différentes parties de l'art de guérir, soient exactement spécifiées dans la loi.

2o Que l'exercice illégal de la médecine soit parfaitement défini dans la loi, et,

3o Qu'une pénalité plus efficace, plus énergique, y soit introduite.

Question. L'exercice illégal de la médecine doit-il être justiciable des cours d'assises, au lieu de l'être des tribunaux de police correctionnelle ?

Réponse. La commission n'a point pensé qu'il y eût lieu à changer la juridiction actuelle, qui est commune à tous les délits.

Question. Le traitement des malades dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être considéré comme un exercice illégal de la médecine ?

Réponse. La Commission a déclaré que dans ce cas il y a exercice illégal avec complicité d'un médecin.

Deuxième ordre de questions. — Conseils de discipline.

Quels seraient les avantages, quels seraient les inconvénients des conseils de discipline? Quelle organisation, quelles attributions leur donner?

On nous demande quels seraient les avantages, quels seraient les inconvénients des conseils de discipline. A cette question, la Commission croit devoir répondre, et elle le fait unanimement, en invoquant résolument le principe de la nécessité. L'institution de conseils médicaux servant d'intermédiaire entre le corps médical et la société, entre le corps médical et chacun de ses membres, ayant à la fois des fonctions de protection et de moralisation, une telle institution n'est pas seulement utile, elle est indispensable. Quant aux inconvénients, s'il en existe, la Commission pense qu'il faut s'en rapporter à l'expérience, à cette grande leçon des temps que nos successeurs sauront écouter. Des professions libérales ont des institutions analogues fonctionnant paisiblement depuis longtemps, et elles ne s'en plaignent point. Pourquoi les médecins feraient-ils exception à la règle? Craint-on que les membres du Conseil médical d'un arrondissement ne trouvassent sur leur oreiller ni repos, ni sommeil? Aperçoit-on dans les profondeurs où se meuvent les passions médicales des orages prêts à gronder et à éclater sur toutes les institutions dont le nom seul semblerait une atteinte portée à la liberté professionnelle de chacun?

La Commission no 9 ne partage point ces inquiétudes, qui résument à peu près tous les arguments que nous avons entendu élever contre l'institution des conseils médicaux. La Commission sait d'ailleurs que la grande majorité du corps médical ne croit point mettre en péril sa liberté professionnelle en émettant le vœu qu'un système de patronage et de moralisation disciplinaire, basé sur l'élection, soit organisé parmi les médecins.

La Commission no 9 a dû se poser plusieurs questions. Elle s'est demandé d'abord si, en dehors du corps médical, en présence de la société à laquelle il rend tous les jours de si grands, de si pénibles services, ses intérêts les plus chers, les plus précieux, ceux qui touchent à l'honneur, à la dignité de la profession, sont sauvegardés en son nom, s'ils y sont maintenus, défendus, protégés. A cette question, elle a répondu *non;* le corps médical est parqué dans son isolement; il n'a point d'action au dehors pour y faire entendre la réclamation de ses droits; il est, en un mot, sans organe légal auprès de la société qui l'entoure, et qui, abusant de ce silence forcé, le traite comme s'il n'existait point. De là cette impunité scandaleuse de l'exercice illégal de la médecine dont nous vous parlions tout à l'heure; de là cet accueil public et avoué qui se fait aux plus ignobles représentants du charlatanisme ; de là cette singulière et effrayante doctrine de la responsabilité médicale, qui a prévalu dans plusieurs tribunaux. De là cette parcimonie, cette mesquine et étroite discussion d'honoraires qu'on vous fait subir en récompense de vos douloureux travaux.

La Commission no 9 s'est ensuite demandé si tout était pour le mieux dans les choses qui concernent l'honorabilité médicale. Elle n'a pas trouvé qu'il en fût ainsi. Les faits qu'elle a entendus, et qui ne sauraient être reproduits ici, sont, dans leur généralité, suffisamment connus. Le charlatanisme légal n'a rien à redouter. Plus heureux que le charlatanisme illégal, il ne s'expose point à être poursuivi pour usurpation de titre et de fonctions; il est en pleine possession de tous les hommages, de ceux dont l'exercice illégal est trop généralement l'objet, et de ceux qui sont dus au titre universitaire élevé dont il est revêtu; et tandis que le médecin honnête, consciencieux, zélé, se voit exposé à un délaissement général, lui, le charlatan légal, heureux, content, entouré d'amis, de joyeux convives, promène insolemment ses regards sur une foule qui l'enrichit et qu'il méprise. Voulez-vous troubler la joie de cet homme si fier, si satisfait, et qui ne cesse de vous craindre que parce que vous êtes impuissants contre lui, annoncez lui la création de conseils médicaux légalement et fortement organisés, et vous le verrez pâlir, s'agiter inquiet, préoccupé, soucieux. Le rapporteur de la Commission no 9 a déjà été mis dans l'occasion de voir ce merveilleux effet d'une création disciplinaire qui n'existe encore que dans nos pensées. Eh bien, si tout n'est pas pour le mieux dans les choses qui concernent l'honorabilité médicale, si, à côté de ces grossières et publiques infractions auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, il se commet aussi de ces fautes, de ces abus qui n'ont point de nom dans le langage, qui sont néanmoins parfaitement saisis par le sens intime de chacun, et qui touchent par mille points à l'honneur, à la dignité et au respect de soi-même; si, en un mot, tout ce que vous savez, vous tous comme les membres de la Commission, est exact, reconnu, incontestable, il y a donc quelque chose à faire. Ce quelque chose doit être recherché, trouvé, proposé et exécuté, sinon ce quelque chose n'est rien. Remarquez-le bien, Messieurs, dans ce qui concerne les intérêts du corps médical, tout s'enchaîne, tout se lie étroitement. Si vous voulez un système de répression au dehors, sachez vouloir un système de moralisa-

tion au dedans ; ne vous exposez pas à ce qu'on vous dise que le charlatanisme illégal n'est poursuivi par vos vœux que pour faire au charlatanisme légal la part plus grande, plus belle.

D'ailleurs, vous avez un désir général, universel, celui de réhabiliter, tranchons le mot, la profession médicale profondément menacée, plus menacée que jamais, dans la considération qui lui est due ; eh bien, si vous avez ce désir, ne reculez point devant le moyen de le réaliser sûrement, simplement.

Il y a donc quelque chose à faire. Ce quelque chose, le ferez-vous en maintenant l'isolement actuel, l'anarchie actuelle? Cela est impossible. Le laisserez-vous faire à l'administration? Redoutez l'institution de comités supérieurs de police médicale qu'elle pourrait vous imposer. Le demanderez-vous à une association libre? Elle ne pourra protéger et moraliser que ceux qui consentiront à en faire partie. Qu'est-ce qu'une association libre? C'est l'organisation d'une confrérie qui se recrute de membres volontaires, et qui se gouverne elle-même en se conformant aux lois qui régissent la matière. Une semblable association peut bien créer un conseil médical ; mais l'institution de ce conseil non consacrée par une loi, sera sans action sur l'administration, il ne pourra donc point servir d'intermédiaire officiel entre le corps médical et la société ; il ne pourra pas davantage servir d'intermédiaire entre le corps médical et l'un de ses membres ; car celui-ci pourra par un refus ou par une démission, ne point appartenir à l'association et par conséquent ne point en accepter le patronage disciplinaire. La tentative de l'association libre sera honorable, mais son effet sera nul. La Commission a purement pesé toutes ces considérations ; bien plus, dans la pensée que la Commission n° 12, chargée de la question d'organisation des associations, pourrait avoir des vues autres que les nôtres, nous avons été admis dans son sein, et il a été convenu entre nous que dans le cas où le principe de l'association libre triompherait dans la Commission n° 12, ce principe ne s'appliquerait qu'à l'association considérée dans ses rapports avec la science et la bienfaisance, et que pour le moment au moins elle se rallierait, quant à l'organisation des colléges et des conseils médicaux, au système général de la Commission n° 9.

Quel est ce système? Le voici résumé en quelques propositions :

1° Il sera créé un collége médical dans chaque arrondissement ;

2° Ce collége médical comprendra tous les médecins revêtus d'un titre légal ayant rempli toutes les conditions exigées par la loi, et qui auront élu domicile dans l'arrondissement. Ces médecins seront inscrits d'office dans le tableau du collége qui doit être renouvelé tous les ans ;

3° Chaque collége médical d'arrondissement nommera annuellement son conseil médical à la majorité absolue des membres inscrits sur le tableau et par voie de scrutin ;

4° Tous les membres du collége médical ayant cinq ans de résidence dans un arrondissement, pourront faire partie du conseil médical. Toutefois, le nombre des officiers de santé ne pourra point s'élever au-dessus du tiers. Le nombre des membres de ce conseil ne sera pas supérieur à celui de 9, ni inférieur à celui de 5.

Les conseils médicaux seront chargés

1. De signaler au procureur du roi tous les individus exerçant illégalement la médecine, et d'en presser la poursuite ;

2. D'adresser aux autorités administratives et judiciaires toutes les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres, en tant que médecin ;

3. De veiller à ce que tous les médecins domiciliés dans un arrondissement soient inscrits sur le tableau du collége médical de cet arrondissement ;

4. D'appliquer les peines disciplinaires à tous les individus exerçant légalement la médecine dans l'arrondissement qui auraient commis des actes tendant à porter atteintes à l'honneur et à la considération du corps médical.

Ces peines disciplinaires seraient :

1° L'*admonition*, qui est un simple avis paternel donné à huis clos, tenu secret. Elle peut avoir lieu par une simple lettre à l'inculpé.

2° La *réprimande* qu'un membre du conseil, assisté de deux collègues, adresse de vive voix avec injonction de s'amender ;

3° La *censure* prononcée en plein conseil par le président, et avec défense expresse de récidiver, sous peine de la radiation temporaire du tableau du collége ;

4° La *radiation* temporaire qui est officiellement annoncée à l'autorité administrative de l'arrondissement ;

5° La radiation définitive, dans les cas seulement où un membre du collége aurait été condamné à une peine afflictive et infamante.

Les deux dernières peines disciplinaires ne pourront être prononcées que par tous les membres du conseil réuni.

Appel. — Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant le conseil médical du chef-lieu du département, et tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical du chef-lieu du département sera porté au conseil médical de l'arrondissement le plus éloigné.

Le conseil médical doit se réunir tous les trois mois. Le président peut dans l'intervalle, s'il le juge nécessaire, le convoquer extraordinairement.

Tel est, Messieurs, le système général de patronage et de moralisation disciplinaire que la Commission a adopté à l'unanimité. Le principe qui le domine, vous le voyez, c'est l'inscription d'office de tout médecin revêtu d'un titre légal sur le tableau d'un collége médical d'arrondissement. Adoptez cette base, et tout l'édifice s'élèvera sans difficulté, sans effort ; rien de simple comme le mécanisme appelé à fonctionner. Dans ce système, le corps médical a un moyen d'action officielle sur la société ; dans ce système, il a un moyen d'action légale et disciplinaire sur tout ses membres. Chacun est placé sous les yeux de tous, et tous sont placés sous les yeux de chacun. La nécessité de se voir et de délibérer en commun engendrera des habitudes de confraternité que l'isolement plus que toute autre cause tend à affaiblir. Les conseils médicaux, composés d'hommes choisis par les colléges, rendront leur tâche plus aisée en pratiquant avec une confraternelle bienveillance la mission honorable et pénible qui leur sera confiée. Ils sauront d'ailleurs qu'on pourra appeler de leurs décisions disciplinaires, et que, par conséquent, la plus grande sagesse doit régner dans leur délibération. Quant aux peines disciplinaires, elles sont graduées comme les infractions contre lesquelles elles sont prononcées. Il est des infractions si graves, si honteuses, si habituelles, si retentissantes, que l'on ne trouvera point trop sévères la censure et la radiation temporaire.

Si la Commission n° 9 avait été chargée de la vaste question de l'organisation du corps médical en France, elle aurait relié le système général qu'elle vient vous soumettre à un système de corporation plus vaste, plus complet ; mais elle n'a pas reçu cette mission, et elle s'en félicite ; car sa tâche était assez grande, assez difficile. Toutefois, les bases proposées peuvent aisément servir à une organisation plus générale, conçue dans l'intérêt de l'hygiène publique, de la science et de la noble destinée du corps médical. Peut-être un jour cette grande pensée se réalisera-t-elle! Quant à nous, nous croyons que tout l'avenir de la médecine en France repose sur la solution de cette question :

Y aura-t-il ou n'y aura-t-il point des Conseils médicaux, élus dans le corps médical tout entier, chargés de le représenter auprès de la société pour faire valoir ses droits, et auprès de chacun de ses membres pour faire triompher son honneur?

Troisième ordre de questions. — Médecins étrangers.

Quelles conditions nouvelles faudrait-il imposer aux médecins étrangers qui veulent jouir du droit d'exercice en France?

L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI est ainsi conçu :

« Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire français. »

En présence de la disposition formelle de la loi qui régit depuis quarante-deux ans la médecine en France, la Commission n° 9 n'a pu considérer comme exerçant illégalement la médecine les médecins étrangers qui, étant munis d'un diplôme authentique délivré par une université étrangère, ont obtenu du gouvernement français l'autorisation mentionnée dans la loi. Mais de puisantes raisons ont été émises à l'appui d'une réforme radicale à apporter dans cette partie de la législation médicale. Le droit d'exercer la médecine touchant aux plus précieux intérêts de la société, des garanties spéciales, sérieuses et solennelles doivent être exigées. Or, le gouvernement, quelles que soient les lumières dont il s'entoure avant d'accorder l'autorisation demandée, est nécessairement incompétent ; les Ecoles de médecine du royaume doivent intervenir : ainsi le veut le droit commun. A l'époque où la loi dont il s'agit fut rendue, la France comptait de vastes pays étrangers au nombre de ses départements. Elle pouvait, elle devait peut-être alors respecter les titres délivrés avant la conquête par les anciennes universités de ces pays ; de même qu'elle respecte les diplômes délivrés par ces universités sous la domination française, alors même que le destin des batailles les a rendues à leur nationalité. Mais les situations mixtes, conséquences immédiates de toutes ces vicissitudes, sont aujourd'hui à peu près épuisées, et après trente années de paix le gouvernement peut aisément déposer une prérogative qui ne s'explique par aucun de ses besoins, et qui est en opposition formelle avec le droit qui régit la nation. D'ailleurs, des abus nombreux se glissent à l'ombre de cette disposition de la loi. A Paris, à Boulogne, en Algérie, dans plusieurs départements limitrophes, des étrangers, ou des Français se disant reçus à l'étranger, exercent la médecine en vertu de simples arrêtés ministériels et quelquefois sans aucun titre.

La Commission a donc émis le vœu formel que l'article de la loi du 19 ventose an XI fût abrogé.

Mais quelles conditions nouvelles faut-il imposer aux médecins étrangers ou reçus à l'étranger?

Pour résoudre cette question, il fallait recourir à quelques principes généraux.

On a invoqué le principe de la réciprocité ; la Commission l'a rejeté. Le droit d'exercer la médecine ne peut être assimilé à un tarif de douane ou à un droit civil ordinaire. D'ailleurs, le principe de la réciprocité est inapplicable quand il s'agit de pays étrangers où le texte et l'exécution de la loi varient au gré des gouvernements. De nombreux traités eussent été nécessaires, et l'idée de pareils traités n'a pu se présenter à l'esprit d'aucun des membres de la Commission.

On a invoqué le principe de la distinction des universités, en accordant aux diplômes émanés de celles qui jouissent d'une haute estime et qu'on pourrait mentionner dans la loi, des égards qu'on refuserait à d'autres. Ce principe a été écarté par la Commission, qui n'a pas cru devoir appeler dans une loi qui doit être définitive et organique, des éléments qui peuvent varier et qui sont d'une appréciation difficile.

On a invoqué le principe de l'hospitalité qui dans tous les temps, et particulièrement à notre époque, a été donnée aux étrangers victimes, dans leurs pays, de leurs sympathies pour les institutions françaises. En d'autres termes, on a demandé que les médecins étrangers réfugiés politiques fussent soumis à des conditions plus favorables que les autres. La Commission, émue un instant par l'expression généreuse de ce vœu, n'a pas cru devoir s'y rallier ; elle n'a pas pensé que le patriotisme et le malheur fussent des titres suffisants à l'exercice d'un droit qui, dans l'intérêt de la société, réclame sans exception les plus grandes garanties de moralité, de savoir et de capacité.

La Commission a donc émis le vœu qu'une disposition égale pour tous les médecins reçus à l'étranger fût formellement introduite dans la loi, et que cette disposition prescrivît le nombre et la forme des actes probatoires nécessaires pour accorder l'autorisation demandée.

Le nombre et la forme de ces actes probatoires ont été l'objet d'une discussion approfondie. Quelques membres demandaient que le droit d'exercer la médecine ne fût accordé à un médecin reçu docteur dans une université étrangère, qu'après deux épreuves cliniques et celle de la thèse ; d'autres membres demandaient que ce droit ne lui fût conféré qu'après l'épreuve du cinquième examen et de la thèse. Il va sans dire que les auteurs de ces deux propositions n'entendaient point, par ces épreuves, conférer en même temps que le droit d'exercice, le grade de docteur d'une des Facultés du royaume. Cependant, dans l'intérêt de cette unité que tous désirent introduire dans la législation médicale, plusieurs membres émirent le vœu que le médecin étranger ou reçu à l'étranger ne fût autorisé à exercer la médecine en France qu'à la condition d'y conquérir le grade de docteur. Ce vœu a prévalu dans la Commission ; mais la question n'était pas pour cela résolue.

Les actes probatoires doivent-ils être les mêmes pour les docteurs étrangers déjà avancés dans la carrière, que pour les jeunes élèves qui sortent des colléges nationaux? Ces actes probatoires doivent-ils être moins nombreux, mais plus prolongés, plus sévères, plus solennels? Ces deux opinions ont été émises et développées dans la Commission ; c'est la seconde opinion qui a été adoptée. Les considérations qui ont amené cette décision sont fondés sur les égards de confiance, de fraternité et d'estime que doivent se témoigner mutuellement les Facultés des principales nations de l'Europe, sur l'âge présumé des candidats, sur le respect des traditions hospitalières qui sont une des gloires de la France. Dans tous les cas, ainsi que vous allez le voir, l'intérêt de la société et l'honneur du corps médical seront entièrement sauvegardés.

La Commission formule ses vœux dans les conclusions suivantes :

1. Les médecins reçus dans une Faculté étrangère, ne pourront être admis à exercer la médecine en France qu'à la condition d'y acquérir le titre de docteur dans une des Facultés du royaume.

2. Les médecins reçus à l'étranger ne seront admis à subir les actes probatoires qui doivent leur conférer le grade de docteur, qu'à la condition :

1° De déposer le diplôme authentique, témoignant qu'ils ont obtenu dans une Faculté étrangère le grade universitaire le plus élevé ;

2° Une attestation authentique témoignant de trois années d'exercice de la médecine dans leur pays ;

3° Un certificat également authentique qui témoigne de leur moralité.

3. Les actes probatoires exigés des médecins reçus docteurs dans une Faculté étrangère consisteront en une thèse et deux épreuves, subies isolément pour chaque candidat, ayant chacune une durée d'une heure. Ces épreuves seront l'équivalent de toutes celles exigées des nationaux et embrasseront sous deux chefs distincts l'ensemble des études médicales, théoriques et pratiques ;

4. Les médecins étrangers, reçus docteurs en France, ne rempliront aucune fonction publique rétribuée s'ils ne sont nationalisés français.

Quatrième ordre de questions. — Limitation.

La limitation du nombre des médecins peut-elle être admise en principe?

La Commission a décidé que le principe d'une limitation quelconque, dans l'exercice d'une profession libérale, était en opposition absolue avec nos mœurs et nos institutions. Elle a émis cette pensée que, en médecine surtout, le meilleur principe de limitation consiste dans la rigueur progressive des épreuves à subir.

Exercice illégal de la médecine. — La première conclusion est adoptée sans discussion, telle qu'elle a été présentée par la Commission, ainsi que la suivante.

M. le rapporteur déclare, au nom de la Commission tout entière, que cette conclusion avait pour principal objet d'atteindre les médecins qui prêtent leur nom et leur appui à des manœuvres de ce genre.

M. Beau. Ainsi, d'un trait de plume, vous rayez le magnétisme! Ainsi, à vos yeux, tous ceux qui exercent le magnétisme et s'en servent pour s'éclairer quant au siége, à la nature, au traitement des maladies, sont des charlatans! Je crois que dans l'état actuel de la science, l'assemblée, pas plus que le corps médical, n'est en mesure de prononcer sur une pareille question.

M. le rapporteur. Il ne s'agit pas de savoir si le somnambulisme existe ou non. Il s'agit seulement de décider si une personne non revêtue d'un diplôme peut exercer la médecine. Voilà tout. (Aux voix.)

La rédaction de la Commission est adoptée à l'unanimité moins une voix.

Conseils de discipline. — *M. le rapporteur.* Nous avons dû résumer en quatre propositions les conclusions de notre rapport, qui eussent été trop étendues pour être facilement discutées et votées par le Congrès. Les voici :

Première conclusion. Un collége médical sera créé dans chaque arrondissement, il comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement.

M. Petit (de Corbeil) déclare s'opposer à toute création de conseil de discipline. Mais il voudrait proposer un plan plus vaste d'organisation, une association forcée des médecins des arrondissements. (Interruption.)

M. Bernard (d'Apt). Nous voulons la moralisation sans servitude. L'établissement des conseils de discipline serait attentoire à la liberté des médecins.

M. Pellarin demande à rectifier un fait au nom de la Commission

n° 12. On lui fait observer qu'il ne peut prendre la parole au nom d'une Commission entière.

M. Huneau voudrait que l'on eût substitué l'expression de *conseils médicaux* à celle de *conseils de discipline*. La proposition de la Commission n'est pas aussi large que celle que voudraient voir adopter les Sociétés des départements. Nous demandons que le Conseil médical soit autrement institué qu'on ne nous le propose ici, qu'il soit le résultat de l'élection des médecins de l'arrondissement dans le chef-lieu du déoartement.

M. le rapporteur. On a proposé dans la Commission l'association libre. Mais on l'a rejetée, car elle ne répond pas aux besoins du corps médical, qui n'aurait plus de prise sur ceux qui ne feraient pas partie de l'association. Pour nous, les conseils médicaux ne sont autre chose que des conseils de disciplinc ; mais ils pourraient plus tard aussi répondre aux besoins de la santé publique dans des cas d'épidémie. Nous rapprochons les membres du corps médical les uns des autres, nous facilitons la formation des conseils médicaux en ne voulant pas que les élections aient lieu autre part que dans les arrondissements.

M. Bernard, de Château-Salins, fait remarquer que le nombre des arrondissements est trop considérable en France et, dans chaque arrondissement, le nombre des médecins trop peu considérable pour que l'on puisse procéder de cette manière. Il y a des arrondissements où il n'est que de sept ou huit. Qu'est-ce qu'un collége médical composé de sept ou huit médecins seulement ? Ne serait-il pas mieux d'établir dans les arrondissements des délégués qui fussent chargés de faire des rapports sur les infractions et les inexactitudes ? Un tribunal de cassation serait à Paris, qui serait chargé de reviser toutes les décisions des conseils d'arrondissement de France.

M. Rigal. J'avais été chargé de soutenir que les conseils de discipline devaient se produire d'eux-mêmes. Je dis qu'il importe que les médecins se connaissent entre eux, aient le plus de rapports qu'il est possible les uns avec les autres. Je conclus pour les conseils de discipline par arrondissements.

L'article de la Commission est adopté sans modification.

M. Place propose que les arrondissements qui ne réuniront pas 50 médecins soient réunis à l'arrondissement voisin.

M. le rapporteur. Cette qnestion est réglementaire. Nous n'avons pas à nous en occuper maintenant.

Deuxième conclusion. — Chaque collége médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un conseil médical composé de cinq ou neuf membres.

M. Place croit que c'est ici le lieu de mettre son amendement, et s'appuie sur des paroles prononcées dans une séance précédente par M. Malgaigne.

M. Malgaigne fait observer qu'il n'a pas parlé d'arrondissements, mais de cantons. Il désire que l'ou retranche la fixation du nombre des membres, fixation qui lui semble purement réglementaire. Il ne s'agit ici que de grands principes, c'est en diminuer l'importance que de s'occuper de questions de détsils.

L'article de la Commission est adopté après la suppression des mots : composé de cinq ou neuf membres.

Troisième conclusion. — Le Conseil aura pour mission, d'une part, de soutenir les droits du corps médical et de ses membres ; et d'autre part, de maintenir la dignité professionnelle.

Adopté sans discussion.

Quatrième conclusion. — Le Conseil aura ponvoir de prononcer, suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires : 1° L'admonition ; 2° la réprimande ; 3° la censure ; 4° la radiation temporaire du tableau du Collége médical ; 5° la radiation absolue déterminée par les peines afflictives on infamantes.

M. Place trouve que l'ensemble de répression ne doit pas être voté sans que l'on ait défini les délits qui seraient jugés dignes de telle ou telle peine. Il ne faut pas que ces peines soient remises à la discrétion des Conseils. Le fait seul d'être traduit devant eux serait nuisible à la réputation d'un médecin.

M. le rapporteur. Le Conseil médicsl n'est pas un tribunal correctionnel ; c'est un tribunal d'honneur. Nous avons admis un article qui fait taire les susceptibilités, et qui doit dissiper toutes les craintes que l'on aurait lieu de concevoir sur l'abus que pourraient faire les conseils médicaux de leur autorité. Nous permettons, nous provoquons, en cas de suspicion, l'appel d'un arrondissement à un autre.

M. Bernard, d'Apt. Vous vous laissez enchatner !

La clôture de la discussion est mise anx voix et prononcée.

M. Mercier demande qu'il soit ajouté, après ces mots : les peines afflictives ou infamantes, ceux-ci : appliquées pour tout autre délits que les délits politiques.

L'article de la Commission ainsi modifié est mis aux voix et adopté.

L'assemblé adopte à l'unanimité, et sans discussion, les trois conclusions suivantes, proposées par la Commission.

Cinquième conclusion. — Les Conseils médicaux seront chargés de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la médecine, et d'en réclamer la poursuite.

Sixième conclusion. — Les Conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et jndiciaires toutes les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

Septième conclusion. — Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant le Conseil médical du chef-lieu du département, et tout appel d'uné décision disciplinaire rendue par le Conseil médical du chef-lieu du département sera porté su Conseil médical de l'arrondissement le plus éloigné.

Médecins étrangers. — La Commission a proposé plusieurs conclusions qui peuvent se résumer dans la proposition suivante dont M. le rspporteur donne lecture.

« Les médecins reçus docteurs dans une Faculté étrangère ne seront admis à exercer la médecine en France, qu'à la condition d'être reçus docteurs en médecine devant une des trois Facultés ; le diplôme lenr sera délivré après qu'ils auront subi d'une manière satisfaisante deux épreuves d'une heure chacune, et soutenu une thèse sur un sujet quelconque des connaissances médicales. »

M. Burguières fait observer que la Commission a considéré avec juste raison qu'il y avait des abus dans les permissions qui avaient été données jusqu'à présent aux médecius étrangers d'exercer en France. L'article qu'il propose aujourd'hui aurait pour résultat inévitable de permettre une surprise que l'on doit empêcher. Il ne faut pas que l'on puisse, en vertu de cet article, entrer dans les Facultés françaises par une porte de derrière. Que va-t-il arriver, si la conclusion de la Commission est adoptée ? C'est que ceux qui ne se sentiront pas capables de subir les épreuves sévères que l'on demande actuellement dans nos Facultés iront se faire recevoir docteurs dans des universités étrangères, et l'on sait avec quelle facilité se délivrent ou plutôt se vendent les diplômes de doctcurs dans quelques-unes de ces Facultés. Une fois munis de ce diplôme, ils reviendront en France, subiront les deux épreuves dont on vous parle, et se trouveront les égaux en droits de ceux qui auront péniblement pendant cinq années entières suivi les cours et passé les examens devant les Facultés françaises. Malgré l'extrême et souvent déplorable facilité avec laquelle le gouvernement accorde aujourd'hui la permission d'exercer la médecine, sans examen, à tous les médecins étrangers qui la lui demandent, il y a cependant nombre de ces étrangers qui pratiquent dans les villes de France sans avoir même cette autorisation. Il y a des villes, Boulogne-sur-Mer par exemple, où le procureur du roi refuse de poursuivre ces médecins exerçant sans autorisation, parce que, dit-il, ce serait diminuer le nombre des étrangers qui affluent dans cette ville, et ruiner la localité.

L'orateur lit et développe la proposition suivante :

« Le Congrès émet le vœu que l'autorisation de pratiquer la médecine en France soit donnée aux médecins étrangers qui en feront la demande, et qui produiront un diplôme du grade le plus élevé de l'université dans laquelle ils auront été reçus.

» Il sera exigé d'eux, de plus, deux épreuves ou examens dans lesquels ils devront prouver des connaissances médicales suffisantes. »

L'orateur fait bien remarquer, et il insiste sur ce point, qu'en leur accordant le droit d'exercer la médecine en France, il n'en fait point des docteurs, comme le propose la Commission ; il ne prétend leur accorder que le droit de faire la médecine, et pas autre chose.

M. le rapporteur dit que la Commission avait prévu depuis longtemps les observations et la proposition de M Bruguières. Mais elle avait pensée que ce qu'il fallait seulement, c'était exiger du praticien étranger des preuves de savoir et de capacité. Elle voulait que les épreuves qui leur seraient imposées fussent sérieuses, sévères, et elle pensait que deux épreuves d'une heure chacune, roulant sur toutes les branches de l'enseignement médical, scraient une plus solide garantie que les cinq examens que l'on fait subir aux élèves en médecine. (Vives réclamations) Elle a pensé que l'on devait des égards aux familles étrangères, sinon aux nations. On a dit que dans certaines universités les diplômes s'achètent. Mais avant d'accorder l'autorisation de snbir les épreuves que propose la Commission, le gouvernement prendrait nécessairement des renseignements sur la manière dont a pu être acquis et obtenu le diplôme du médecin étranger. Quoi ! un docteur reçu dans une université célèbre étrangère, reçu depuis longues années, et depuis longtemps exerçant la médecine, se présentera pour se faire recevoir dans une faculté française, et il lui faudra se remettre sur les bancs, et passer par la filière des cinq examens exigés des élèves ? Ne lui sera-t-il tenu aucun compte de ses années de pratique, des services qu'il aura rendus à l'humanité ? La Commission réclame des épreuves sérieuses, des garanties de savoir et d'intelligence. Il est plus facile de sortir avec des connaissances très médiocres de l'épreuve de vos cinq examens, que de deux épreuves d'une heure chacune, sérieusement faites et sérieusement subies. (Interruptions et réclamations sur tous les bancs.)

M. Goré (de Boulogne). La ville de Boulogne possède vingt et un médecins anglais et dix-sept médecins français seulement. De ces vingt et un médecins étrangers, six seulement ont le droit d'exercer la médecine en France, quatre par ordonnances royales, deux en vertu du titre d'officiers de santé qu'ils ont obtenu. Reste donc quinze médecins exerçant illégalement la médecine dans la ville que j'habite. Vous voyez, Messieurs, que j'ai des raisons sérieuses d'exiger qu'il y ait des mesures fortes et énergiques prises contre les médecins étrangers. L'intérêt des médecins français est mis en cause. Pendant longtemps nous avons souffert en silence. Puis lorsqu'enfin nous avons été fatigués de ces intrus, lorsque nous avons voulu les déférer à la justice, savez-vous ce que l'on nous a répondu ? Les juges nous ont dit que les médecins anglais n'exerçant la médecine que parmi leurs compatriotes, il n'y avait pas lieu de prononcer de condamnation. On les a renvoyés de la plainte.

Je me range à la rédaction de la Commission. On devra exiger deux examens forts et sérieux, dont la plupart de ces messieurs ne pourront pas se tirer. Je les connais. (Hilarité.) Je doute que sur les quinze médecins anglais dont je vous parle, deux seulement osent affronter ces épreuves. Je conclus à l'adoption de l'article de la Commission.

M. Laussedat. Nous ne devons pas souffrir an milieu de nous de ces savants de contrebande que nous rencontrons à chaque pas. Je demande que les médecins étrangers adressent d'abord à l'autorité une demande officielle de passer leurs examens, et que cette demande soit accompagnée de la production du titre qu'ils ont obtenu dans leur pays. Puis, une fois cette permission obtenue, qu'ils reçoivent l'ordre de passer leurs examens devant le seul jury compétent, devant les professeurs des Facultés, et que ces examens soient les mêmes que nous avons subis et que subissent les élèves nationaux. (Très bien !) Comment a fait, Messieurs, l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine qui se trouvait dans ces conditions, M. Dumas ? Ne s'est-il point fait recevoir docteur en passant les cinq examens de rigueur ?

M. Laussedat dépose sur le bureau un amendement rédigé en ce sens.

M. Marchal (de Calvi) déclare se rallier à l'amendement de M. Bruguières. Il pense que les deux examens et la thèse exigés par la Commission doivent conférer aux médecins étrangers le droit d'exercer la médecine en France et non point le titre de docteur. C'était, du reste, comme cela qu'il avait compris la proposition de la Commission, dont il est un des membres.

M. Sucquet fait remarquer qu'en Algérie un grand nombre de médecins étrangers se sont fixés, qui ne pourraient venir sans grand dommage pour eux se faire recevoir docteurs en France. Il voudrait qu'un jury composé de médecins et de chirurgiens militaires put leur conférer un grade équivalent à celui d'officier de santé et qui leur permtt d'exercer en Algérie.

M. Serres. Le but du Congrès médical est de forcer les Facultés étrangères de se mettre au niveau, pour la science, des Facultés françaises.

M. Malgaigne. Avant que le Congrès se réunit, j'avais été pris, je l'avoue, par ces grands mots que l'on fait sonner à votre oreille de générosité, d'hospitalité ; ces beaux et nobles sentiments dont la France est si fière et se fait honneur, je les approuvais aussi tout le premier. A ce moment, j'aurais applaudis aux conclusions de la Commission. Mais, Messieurs, mes convictions ont complétement changé, depuis que j'ai été témoin de tout ce que vous avez fait. Quel a été le but du Congrès médical ? Vous avez voulu relever la dignité de la profession médicale en France. Vous avez voulu donner à la population toutes les garanties qu'elle n'avait pas et qu'elle était en droit d'exiger. Vous avez voulu deux examens préparatoires avant que l'élève commençât l'étude de la médecine. Vous avez voulu six examens et une thèse ; vous avez voté cinq années d'études ; vous avez tout sacrifié à la dignité médicale et aux intérêts de la population. Vous avez fait le sacrifice d'une partie de votre indépendance et de votre liberté ; on est venu vous dire : Vous vous rivez à une chatne inflexible. Vous avez répondu : Nous nous immolons à l'intérêt général. Vous avez aliéné votre liberté pour rendre votre dignité plus grande. (Très bien !)

Et puis maintenant, on viendra vous dire, des étrangers auront le droit de vous demander à exercer la médecine sans subir les mêmes épreuves que vous. Ils viendront faire sur vos concitoyens l'expérience de leurs méthodes et de leurs médicaments ; ils auront le droit de siéger dans vos conseils médicaux ; ils pourront être appelés à devenir vos juges, et vous ne leur demanderez pas la moitié, que dis-je ? la quatrième partie seulement des sacrifices que vous demandez aux nationaux ! On vous a dit : Mais un homme illustre, reçu depuis longtemps docteur dans son pays, dans une université étrangère, auteur de travaux remarquables ; je vous en citerai un, Gall était dans ce cas ; on vous a dit : cet homme de génie ne pourra décemment se soumettre à toutes les épreuves que vous exigez des élèves. Mais on vous a déjà répondu à cette objection : Nous avons vu l'un des plus grands chimistes de l'Europe descendre de sa chaire de doyen de la Faculté des sciences pour venir subir devant la Faculté de médecine les cinq examens et la thèse ; on vous a dit son nom : c'est M. Dumas. Ce qu'il a fait, d'autres le feront encore.

Je propose qu'il ne soit pas dérogé à cette magnifique décision du Congrès : qu'il n'y aura plus qu'un seul ordre de médecins en France. Vous pouvez leur faire remise du stage de cinq années, leur faire remise des inscriptions, mais c'est là une affaire de règlement. Il faut qu'ils soient obligés de faire preuve d'une science égale à celle qu'on exige de vos élèves. J'ai donc l'honneur de vous proposer l'amendement suivsnt :

« Que tout médecin étranger, pour exercer en France, soit obligé d'obtenir le titre de docteur, et, en conséquence, de passer ses six examens et sa thèse devant une Faculté du royaume. » (Oui ! oui ! Vive agitation.)

M. Magne. Vous déshonorez la Frsnce ! (Hilarité générale.)

L'amendement de M. Malgaigne est mis aux voix le premier comme étant le plus large, c'est à-dire le plus éloigné des conclusions de la Commission.

Cet amendement est adopté,

A la suite du vote, M. le rapporteur et quelques membres de la Commission déclarent pretester et se retirer.

M. Rigal, de Gaillac, secrétaire particulier, déclare au nom du Bureau qu'il n'y a pas le moindre doute sur le résultat définitif ; quant à moi, dit-il, je ne saurais être suspect de partialité, csr j'ai voté contre l'amendement, et cependant ma conviction est que le vote n'est pas douteux.

M. le président déclare la séance suspendue pendant un quart d'heure.

Au bout de ce temps, M. le président prend la parole pour annoncer que la Commission et le Bureau réunis, sur les réclamations de la Commission et d'une partie de l'assemblée, ont résolu d'annuler le vote et de le renvoyer au commencement de ta prochaine réunion de la section de médecine.

Séance levée à huit heures et demie du soir.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1845.

SECTIONS DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — *Lecture du Rapport de la Commission mixte n° 10, composée de médecins, de pharmaciens et de médecins-vétérinaires. — Abus et délits. — Annonces. — Spécialités. — Remèdes secrets. — Compérage médical. — Cumul des professions médicales. — Empiétement des professions voisines. — Etablissements de charité.*

Lecture du procès-verbal est faite par nn des secrétaires particuliers.

Le procès-verbal est mis anx voix et adopté.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Malgaigne, qui propose un article relatif au professorat, ainsi conçu :

« Toute permutation de chaires est interdite. Cette interdiction ne s'étend pas toutefois aux divers professeurs attachés aux chaires de clinique du même ordre dans la même Faculté, et qui conservent la liberté de changer d'hôpital. »

M. Gaultier de Claubry pensa que cette disposition est implicitement contenue dans l'article qui exige le concours pour toutes les chaires.

M. Forget, de Strasbourg, trouve inconvenant de mettre les professeurs en dehors de la loi commune. Il demande la permutation pour des chaires du même nom dans des Facultés différentes. Il faut, suivant lui, que les professeurs soient autorisés à changer de chaires comme les employés des administrations peuvent changer de résideoce. Il pense que l'on envisage les Facultés sous un point de vue trop rétréci ; il n'y a qu'une seule et même Faculté en France. Elle est divisée en trois sections ; mais il n'y a pas trois Facultés différentes.

M. Malgaigne. J'avais présenté cette proposition comme devant être adoptée à l'unanimité. On vous propose maintenant de permettre le passage d'une Faculté dans une autre. Ce serait une énorme injustice.

Lorsqu'une place est vacante à la Faculté de Strasbourg, un concours s'ouvre à la Faculté de Strasbourg ; et, disons-le, pas un médecin de Paris ne se présente pour y concourir. Au dernier concours, du moins, il en fut ainsi. Si vous admettez l'amendement, que va-t-il arriver ? C'est que toutes les fois qu'une place sera vacante à Paris, elle sera demandée par un professeur de Strasbourg, qui aura le droit de permuter. Il faudrait tout simplement décider que dorénavant on passera par les Facultés de province pour arriver à Paris. Il faudra faire queue à la porte de la Faculté de Strasbourg pour avoir l'espérance d'arriver professeur à Paris. Le Concours, Messieurs, est ouvert à tout le monde ; que chacun s'y présente. Vous voulez être professeur à Paris, venez lutter avec nous et contre nous, avec les mêmes chances et les mêmes difficultés. Mais c'est que le concours est plus difficile à Paris qu'à Strasbourg ; et cela est si vrai qu'il y a deux ou trois ans à peine, Strasbourg a été obligé de demander deux professeurs à la Faculté de Paris.

M. Forget. Je repousse de toutes mes forces et de toute mon indignation les distinctions outrageuses que l'on veut établir entre les Facultés de province et celle de Paris. J'ai été nommé agrégé à Paris, puis je me suis présenté à Strasbourg, où j'ai été nommé. Est-ce que je ne vaux pas, Messieurs, un professeur de Paris ? (Pas de question personnelle !) Les professeurs de province sont arrivés, comme ceux de Paris, psr le concours. On vient de vous dire que le professeur de Strasbourg peut venir à Paris disputer une chaire vacante. Mais il peut arriver aussi qu'un professeur de Paris veuille permuter de sa chaire de Paris à celle de Strasbourg, et alors le soumettrez-vous à un nouveau concours. (Voix nombreuses : Cela n'arrivera jamais !) Je ne regarde pas comme un avancement d'arriver à Paris. Si un homme qui a vieilli dans l'enseignement demande à venir à Paris dans une chaire devenue vacante, voulez-vous donc qu'il vienne compromettre sa toge devant des juges ses égaux, concourir avec des jeunes gens reçus depuis quelques mois ? Je demande formellement qu'un professeur puisse passer d'une Faculté dans une autre, comme un contrôleur des contributions change d'arrondissement. (Murmures.)

M. Rigal. Ce que craint l'assemblée, ce que nous craignons tous, c'est de voir une porte de derrière s'ouvrir pour entrer dans une Faculté autre que celle pour laquelle on a concouru. Je citerai un fait. Une chaire de clinique chirurgicale était vacante à la Faculté de Paris. Delpech, qui voulait venir à Paris, se proposait de concourir pour l'obtenir. Il voulait venir sur un plus grand théâtre. Il me disait : Je ne veux point abaisser la Faculté de Montpellier devant celle de Paris, et c'est moi seul que je prétends compromettre. Sur ces entrefaites, un professeur de Paris demanda à permuter sa chaire contre celle vacante, et l'obtint. Delpech ne vint point à Paris. Si le principe de la permutation n'eût pas été permis, Delpech aurait probablement réussi à Paris, et il ne serait pas tombé sous le plomb d'un assassin.

M. Soubeyran pense que l'on doit s'attacher au principe. On demande le concours, c'est pour faire arriver le plus digne. Il ne faut pas que le concours devant une Faculté puisse faire obtenir une chaire dans une autre Faculté. Celui qui obtient une chaire vacante et mise au concours, obtient cette chaire et pas une autre. On a objecté la marche suivie dans l'administration. Il n'y a pas parité. L'administration est une et peut disposer deux places à son gré. Si tous les concours avaient lieu devant le Faculté de Paris avec les mêmes chances et difficultés pour tous, ce principe des permutations pourrait être admis. Celui qui n'est pas parti du même point, ne peut exiger les mêmes avantages. On ne concourt pas dans toutes les Facultés avec des concurrents de même force. La partie n'est pas égale. Il est impossible d'admettre qu'à Strasbourg les concours soient aussi forts qu'à Paris.

L'amendement de M. Forget est celui-ci : Les permutations seront permises de chaire à chaire de même nom dans les trois facultés comme dans chaque faculté. (Rejeté.)

La proposition de M. Malgaigne est adoptée.

La parole est à M. Alph. Garnier, pharmacien, rapporteur de la Commission n° 10, pour lire le Rapport sur la répression des abus et délits, de l'annonce sur les spécialités, les remèdes secrets, etc.

Voici les conclusions :

Première conclusion. Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures, ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public

L'arrivée d'un médecin dans une localité ;

L'adresse d'un médecin ou traitement médical ;

Le débit ou la vente d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite, sous peine d'une amende de 100 fr. à 1,000 fr.

En cas de récidive, le délinquant encourra le maximum de l'amende, et en outre un emprisonnement de cinq à vingt jours.

2° Définition légale des médicaments.

Sera considéré comme médicament et comme préparation ou composition médicamenteuse ou pharmaceutique, toute substance simple ou préparation et composition quelconque annoncée, débitée ou vendue comme jouissant de propriétés médicinales.

3° Les épiciers, droguistes, herboristes, et toutes personnes autres que les pharmaciens légalement reçus, ne pourront fabriquer, débiter, distribuer, vendre, tenir en dépôt ou exposer en vente, aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune aux doses médicinales.

4° Il n'est fait d'exception aux articles précédents, relatifs à la vente des médicaments, que pour les plantes médicinales indigènes dont la vente est ou sera permise aux herboristes (actuellement reçus), et pour les substances ou compositions comprises dans l'état nominatif ci-annexé. Ces substances ou compositions, bien que comprises dans le Codex, pourront être vendues par d'autres que par les pharmaciens, mais sans qu'il puisse en être fait aucun mélange destiné à servir de médicaments, et en se conformant d'ailleurs, lorsque ces substances seront vénéneuses, aux règlements sur la vente des poisons.

5° Ne pourront les hôpitaux civils et militaires et pareillement les communautés religieuses avoir de pharmacie que pour leur usage particulier et intérieur, ces hôpitaux ou communautés ne pourront vendre ni débiter ou distribuer même gratuitement aucun médicament simple ni composé.

6° Aucun pharmacien ne pourra tenir plus d'une officine ouverte.

Les pharmaciens ne pourront faire, dans les mêmes lieux où se trouve établie leur officine, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

7° Le cumul ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

8° Néanmoins, les médecins ou officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte sont autorisés à porter à leurs malades, à une distance d'un myriamètre au moins d'un pharmacien établi, et sans pouvoir les vendre, les médicaments les plus indispensables. — Ils pourraient donc avoir chez eux un dépôt de ces médicaments, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

9° Compérage médical et asssociations illégales.

Toute association publique ou privée entre un médecin, chirurgien ou officier de santé et un pharmacien est interdite.

Tout fait de collusion ou de compérage médical, soit entre médecins et pharmaciens, soit entre les uns ou les autres et des personnes étrangères à l'art de guérir, est également prohibé.

La discussion est ouverte sur la première conclusion.

M. Clausade, délégué de Gaillac, dit que l'association des médecins de Toulouse, dont il est le secrétaire et non le représentant, a longtemps discuté cette question. Elle a exclu de son sein les médecins qui faisaient des annonces. Mais sur des observations qui lui ont paru judicieuses, l'orateur a cru devoir demander une restriction ; il voudrait que l'on exceptât les journaux purement scientifiques. L'orateur fait remarquer que le public ne lisant point les journaux scientifiques, le charlatanisme se trouve ainsi tué ; et que sans la modification qu'il propose, on sera exposé à voir sous les coups de la loi les articles scientifiques les plus dignes et les plus innocents. En conséquence, il propose l'amendement suivant, qui n'est pas adopté.

« Les annonces ou réclames dans les journaux scientifiques sont exceptées des défenses ci-dessus. »

M. le docteur Ameuille propose l'amendement suivant, qui est également rejeté.

« Ne sera pas considéré comme annonce : le compte-rendu d'une observation médicale ou de la découverte d'un médicament ; parce qu'il est bien entendu que ce compte-rendu ne peut se renouveler comme le ferait l'annonce. »

M. le docteur Treuille, de Paris, propose l'amendement suivant, qui n'est pas appuyé :

« Ne sera pas considérée comme annonce l'étude thérapeutique d'un médicament. » (Hilarité.)

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté.

La *deuxième conclusion* est adoptée sans discussion.

Troisième conclusion. — *M. Dupuy*, de Rouen. Je crois que l'autorisation accordée aux droguistes est trop *laxe*. Je dis qu'il serait bon d'adopter, pour les droguistes, ce que l'on a fait pour les herboristes, les empêcher de vendre des plantes toxiques. On a dit qu'ils ne pourraient vendre au poids médicinal. Mais il faudrait définir le poids médicinal.

M. le rapporteur croit que l'orateur n'est pas dans la question ; il donne une nouvelle lecture de l'article de la Commission, et fait remarquer que l'article ne mentionne que la vente des médicaments aux doses médicinales.

M. Dupuy. Dose ou poids médicinal, pour moi c'est la même chose. Je demande la définition de ces mots. Je propose, comme mesure opportune, la définition du poids médicinal.

« On considérera comme poids médicinal, trente fois la dose thérapeutique du médicament. »

M. Guibourt. Anciennement il était utile de définir le poids médicinal, car vous aviez deux espèces de poids. Vous n'avez plus qu'un poids ; le mot poids ou dose médicinale s'entend des doses usitées en médecine. Il faut rester dans des termes généraux.

M. Hamont demande si les vétérinaires sont compris dans la question. Il avait été arrêté, par les pharmaciens et les vétérinaires, que la question serait examinée par le gouvernement sur des documents adressés par les deux ordres de praticiens. L'orateur demande la nomination d'une commission mixte.

M. le secrétaire général fait remarquer que la Commission mixte a été composée en même nombre de pharmaciens et de vétérinaires. Si les vétérinaires ne sont point venus aux séances, ce n'est pas la faute du Bureau.

M. Hamont. Cette question a été présentée à l'Académie de médecine, qui a décidé en faveur des vétérinaires. L'orateur observe que la question n'a pas été posée aux vétérinaires, et qu'il y a lieu d'y revenir. Pourquoi n'a-t-on pas parlé des abus concernant la médecine vétérinaire ?

M. le rapporteur. C'est parce que les vétérinaires faisant partie de la Commission n'en ont pas dit un seul mot.

D'après les observations de M. Hamont, il reste convenu que les vétérinaires conserveront le droit de présenter séparément au gouvernement l'expression d'un vœu relatif à l'exercice de leur profession.

M. Lachaise propose l'amendement suivant :

« Ne pourront ni vendre, *ni donner*. »

M. le rapporteur. L'article de la Commission a prévu cela ; car il dit distribuer. Au surplus, la Commission adhère à l'amendement ; on mettra dans l'article : *distribuer même gratuitement.* (Appuyé !)

Le premier paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le second paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Quatrième conclusion. — *M. Forget*, de Strasbourg. Je demande la suppression des herboristes. Vous n'avez voulu qu'un ordre de médecins, je vois trois ordres de pharmaciens.

M. Belin fait observer que cette suppression a déjà été votée par la section de pharmacie.

M. Boullay. La Commission n° 8 a compris les herboristes dans son rapport, et le Congrès a voté leur suppression ; mais il a fallu prévoir le cas où le ministre ne ferait pas droit à ce vœu.

M. Forget retire son amendement.

M. Vée. La Commision a proposé de distinguer par un tableau officiel les substances vénéneuses. Je propose de décider que cette disposition est réglementaire.

M. Platon-Vallée demande qu'après ces mots : plantes indigènes, on ajoute : non vénéneuses.

La Commission adhère à l'amendement. L'article ainsi modifié est adopté.

Cinquième conclusion. Un membre demande la suppression des mots « hôpitaux militaires. »

M. Guersant. On a demandé la suppression des mots : hôpitaux militaires. A Rochefort il existe des abus, et l'on délivre des médicaments gratuitement à un grand nombre de familles, qui ne sont ni celles de marins, ni celles de militaires.

M. Clerc, médecin militaire, repousse avec force les accusations qu'il croit avoir été dirigées contre les médecins et pharmaciens militaires.

(Voix nombreuses : On ne les a pas accusés. Aux voix !)

M. Boullay. On n'a pas accusé les médecins militaires. Je demande que tout ce qui a été dit sur ce sujet soit retiré. (Oui, oui !)

M. Barnetche (de Bordeaux) voudrait que les sœurs des Bureaux de bienfaisance ne pussent préparer leurs médicaments, mais fussent obligées de les tirer des pharmacies. (Appuyé.)

Sur la proposition de M. Clerc, il est décidé que l'on remplacera les mots : « hôpitaux civils et militaires, » par les mots : « les hôpitaux. »

Lecture est donnée d'un amendement de M. Quelquejeu, ainsi conçu : « Dans les établissements non pourvus de pharmacien, la préparation et la fourniture des médicaments sera faite par les pharmaciens de la localité. »

M. Soubeiran pense que ceci rentre dans les attributions de la Commission n° 11, et qu'il n'y a pas lieu de s'en occuper.

M. Boudet défend l'amendement. Il s'agit, dit-il, de vaincre l'opiniâtreté des congrégations religieuses. J'en appelle au Congrès médical tout entier. Il ne faut pas que la question soit renvoyée seulement devant la section de pharmacie. (Applaudissements.)

M. Rigal fait observer qu'il s'agit d'un système tout nouveau ; que renvoyer à une autre question, c'est ajourner la discussion. Le temps nous presse ; il faut marcher. L'orateur consent à l'adoption de l'amendement, qui est mis aux voix et adopté.

En conséquence, la Commission rectifie de la manière suivante l'article tout entier, qui est adopté avec la rédaction suivante :

» Les hôpitaux, établissements administratifs, maisons de charité et autres établissements, ne pourront avoir de pharmacie intérieure pour leur besoin, qu'à la condition de confier la préparation des médicaments à un pharmacien, et sans pouvoir jamais vendre, débiter, ni distribuer au dehors, même gratuitement, aucun médicament.

» Dans lesdits établissements non pourvus de pharmacie, la préparation et fourniture des médicaments sera faite par les pharmaciens de la localité. »

Conclusions. — Relativement aux remèdes secrets, les dispositions de la loi du 18 août 1810 continueront à recevoir leur application.

M. Gaubert combat les conclusions de la Commission ; il s'élève contre les honteuses spéculations auxquelles ont donné lieu les remèdes secrets jusqu'à présent ; mais, suivant lui, les conclusions ne sauraient remédier au désordre. On parle de faire exécuter la loi de 1810 ; mais elle est insuffisante, puisque depuis trente-cinq ans elle n'a pas permis de réprimer les abus. On parle d'acheter les remèdes secrets qui seraient reconnus utiles, mais on en a acheté quelques-uns ; et depuis qu'ils sont dans le domaine public, ils ne guérissent plus.

Après avoir donné à la thèse qu'il soutient des développements dans lesquels nous ne le suivrons pas, l'orateur formule l'amendement suivant :

« Tout pharmacien a le droit de préparer et de vendre un médicament dont il connaît seul la formule (vive interruption) : 1° si le médicament a été reconnu utile par une Commission spéciale ; 2° si le médicament est prescrit par un médecin. «

Une voix : C'est du compérage !

M. Boullay soutient la rédaction de la Commission. Un pharmacien ne peut avoir que deux buts : ou de travailler pour la gloire, pour arriver à l'Institut, par exemple, ou de faire sa fortune. Dans le premier cas, il doit publier sa formule ; dans le second, le gouvernement doit l'acheter si elle est bonne.

M. Dubail. Nous ne voulons pas de la fortune aux dépens de la santé et de la vie des hommes. Nous pourrions faire notre fortune avec des remèdes secrets, nous ne le voulons pas. Avant l'intérêt particulier, l'intérêt général. (Applaudissements.)

MM. Boudet et *Soubeyran* réclament, au nom de la considération du corps pharmaceutique, contre les paroles de M. Gaubert.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté.

Cinquième conclusion. — *M. Soubeyran* voudrait que l'on mît dans la loi ces mots : dans le local de la pharmacie ; car on ne peut vouloir empêcher un pharmacien de présider, dans la ville où est établie son officine, à une fabrique ou une manufacture de produits chimiques, par exemple.

M. le rapporteur fait observer que l'article de la Commission n'est autre chose que la reproduction de la disposition de la loi de germinal.

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

Huitième conclusion. — L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

M. Cousin demande la suppression de l'article de la Commission, et vote pour que la même personne puisse exercer à la fois les deux professions.

L'article de la Commission est adopté.

Neuvième conclusion. — *M. Coste* voudrait, au contraire, que non-seulement le médecin ne pût pas vendre de médicaments, mais qu'il lui fût même interdit d'en porter à ses malades, dans les cas prévus par un des articles dont la Commission a donné lecture.

M. Dupuy parle dans le même sens.

M. le rapporteur fait observer que la Commission a dû concilier les intérêts du corps médical et ceux des pharmaciens. Il y a des cas de nécessité absolue où le médecin doit être autorisé à porter avec lui des médicaments.

M. Huneau fait remarquer que l'on doit songer non pas seulement aux praticiens, mais aussi aux malades qui sont souvent tellement éloignés des pharmaciens, qu'il pourrait y avoir danger de mort à attendre que l'on allât chercher des médicaments.

M. Rigal. Deux intérêts sont en présence ; les justes intérêts de la pharmacie, et les intérêts bien plus sacrés *peut-être* de l'humanité.

Je déclare la médecine impossible dans les campagnes, non pas seulement dans les campagnes, mais pour tout le monde, si le médecin ne peut pas donner immédiatement au malade ce dont il a besoin. Voilà une proposition qui, je crois, sauvegardera tous les intérêts. Nous demandons le maintien de la loi existante jusqu'à l'établissement et la constatation de l'établissement légal d'une pharmacie dans un rayon de 4 kilomètres carrés.

La proposition de M. Rigal, avec la substitution de 8 kilomètres au chiffre de 4, est adoptée.

Dixième conclusion. — Compérage médical.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté sans discussion.

Onzième et dernière conclusion. — Tout fait de collusion ou de compérage médical, soit entre les médecins et les pharmaciens, soit entre les précédents et les personnes étrangères à l'art de guérir, est également prohibé et puni par la loi.

M. le président. D'aussi nobles principes ne sont pas de nature à être discutés dans cette enceinte. La dignité de la profession médicale ne saurait être mise en discussion. Je mets aux voix la proposition de la Commission. (Adopté à l'unanimité.)

M. le docteur [illegible] propose un article additionnel ainsi conçu :

« Les pharmaciens ne peuvent vendre de médicaments sans ordonnance de médecin. »

M. Vée craint que l'auteur de la proposition n'ait pas compris toute la portée de sa demande. Le pharmacien ne peut prescrire de médicaments ; mais il est impossible que le pharmacien soit obligé d'avoir une nouvelle ordonnance toutes les fois qu'il sera nécessaire au malade de se procurer certaines substances innocentes.

L'article additionnel est rejeté.

Dans la séance d'aujourd'hui 12 novembre, et après une discussion à laquelle ont pris part avec talent M. Malgaigne d'une part, M. Clausade, au nom de la Commission, de l'autre, le Congrès a adopté, à une immense majorité, pour les médecins étrangers, l'amendement proposé par M. Malgaigne ; et à l'unanimité, un article additionnel de M. Marchal (de Calvi), conçu en ces termes :

» Les réfugiés politiques seront dispensés des frais d'examens, d'impression de thèse, et de diplôme.

Correspondance.

Le défaut d'espace nous a empêché de publier plus tôt la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de développer dans votre journal un amendement que j'ai présenté hier au Congrès, à l'occasion de la troisième proposition du Rapport de la Commission n° 5, qui demande que les examens soient rendus *plus pratiques*.

Cet amendement était ainsi conçu :

« A l'avenir on ajoutera aux épreuves du 5ᵉ examen, les opérations » sur les animaux vivants. »

Dans une des premières séances du Congrès, on a insisté avec raison sur la nécessité de faire opérer les internes des hôpitaux pour avoir de bons chirurgiens ; mais comme tous les candidats au doctorat ne peuvent pas être internes, il en résulterait que même en faisant opérer tous les internes, on n'aurait encore qu'un trop petit nombre de chirurgiens.

D'ailleurs, à notre époque, dans la pratique d'urgence, la distinction entre le médecin et le chirurgien ne doit plus être admise ; on peut exercer exclusivement la médecine ou la chirurgie, mais il faut être apte à pratiquer l'une et l'autre au besoin. Un *médecin* qu'on requiert pour arrêter une hémorrhagie, ne peut décliner la responsabilité en disant de s'adresser au *chirurgien*.

Or, pour que tous les médecins puissent être en mesure de pratiquer la médecine ou la chirurgie, il faut exiger des examens pratiques probatoires, et que les épreuves du 5ᵉ examen soient exigibles pour tous les candidats et non pas facultatives ; c'est-à-dire que l'examen ne soit pas différent pour le candidat au doctorat en médecine et en chirurgie ; en un mot, il faut supprimer cette distinction.

Pour former des praticiens à la hauteur de leur mission, nous avons la ressource précieuse des opérations sur les animaux vivants ; c'est la transition toute naturelle entre les opérations sur le cadavre et les opérations sur l'homme.

J'espère que cette proposition si importante, étant mieux comprise, mieux appréciée, sera bientôt adoptée, car elle forme le complément indispensable des études chirurgicales.

Sans doute, cette proposition d'un examen probatoire sur les animaux vivants, soulève tout naturellement la question de l'enseignement de cette nouvelle partie de la science ; mais nous y avons pensé et pourvu dans la 2ᵉ Commission, dont j'avais l'honneur d'être membre, puisque nous avons demandé que l'autorité mît à la disposition des professeurs d'anatomie et de chirurgie expérimentale un local et les objets indispensables.

En résumé, d'après les considérations que je viens d'exposer, et que j'aurais désiré développer devant le Congrès, j'espère que la nécessité des vivisections sera appréciée à sa juste valeur, et que désormais on ne pourra plus obtenir un diplôme de docteur en médecine qu'après avoir fait ses preuves sur ce sujet au 5ᵉ examen, comme on le fait déjà au 3ᵉ pour les opérations sur le cadavre.

Agréez, etc. AMUSSAT.

Paris, 8 novembre 1845.

NOUVELLES.

M. le docteur Clausade nous prie de faire observer que c'est par erreur qu'il a été désigné comme délégué de Castres et de Toulouse ; il n'est délégué que du corps médical de Gaillac, conjointement avec M. le docteur Rigal.

— Le 15 novembre, M. EDOUARD ROBIN commencera, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, n° 90, un nouveau Cours de chimie théorique et pratique, un Cours de physique expérimentale et un Cours d'histoire naturelle. Le Cours de chimie aura lieu à une heure, celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures.

— M. le docteur Colombat, de l'Isère, dont la méthode de traiter le bégaiement, sans opération, a été couronnée par l'Académie des sciences, a repris ses cours d'orthophonie, à l'usage des bègues, qu'une longue maladie l'avait forcé de suspendre.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 138. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

SÉANCE GÉNÉRALE DU 14 NOVEMBRE 1845.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

La séance est ouverte à midi et demi.

Lecture est donnée par un des secrétaires particuliers, M. Labarraque, du procès-verbal de la dernière séance générale.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

A une heure un quart, le bureau, composé du président et des vice-présidents des trois sections, se rend au-devant de M. le Ministre de l'instruction publique.

A une heure et demie, la séance est reprise. M. le Ministre prend place au bureau.

M. Malgaigne prend la parole au nom de la Commission pour la translation des restes de Bichat, et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Le 22 juillet 1802, Marie-François-Xavier Bichat s'éteignit douloureusement avant d'avoir accompli sa trente et unième année, léguant une gloire immortelle à son pays, et ne laissant pas à ses héritiers de quoi lui acheter une tombe. Au premier bruit de cette mort, toute la médecine française fut émue ; cinq cents élèves accompagnèrent le corps de leur maître à sa dernière demeure ; des voix éloquentes révélèrent au monde savant la grandeur de la perte qu'il venait de faire ; et le premier Consul, frappé de ce deuil public, fit sceller une table de marbre dans le vestibule de l'Hôtel-Dieu, pour en perpétuer la mémoire. Puis bientôt, triste condition des choses humaines, les préoccupations de chaque jour effaçant celles de la veille, les regrets firent place à l'oubli ; tandis que l'esprit de Bichat planait sur nos Ecoles, et inspirait tous leurs travaux, ses restes mortels gisaient sans honneur dans cette humble sépulture, dont le souvenir même eût risqué de se perdre, si elle n'avait été précieusement conservée par les soins pieux de quelques amis.

Mais si les nations ont leurs jours d'ingratitude et d'oubli, elles ont aussi leur jour de justice et de reconnaissance. Déjà le ciseau d'un sculpteur illustre a placé l'image de Bichat au Fronton du Panthéon de nos grands hommes ; déjà des statues et des monuments se sont élevés en son honneur sur sa terre natale ; et si Paris, qui l'a vu briller et mourir, est jusqu'à présent resté en arrière, peut être la mémoire de Bichat aura-t-elle à s'en applaudir ; peut-être faut-il admirer ici les justes desseins de la Providence, qui n'a pas voulu pour lui d'un cortége ordinaire, et qui réservait à ces nobles reliques l'honneur inouï d'être escortées par les représentants de toute la médecine de France, réunis pour la première fois.

Le corps de Bichat avait été inhumé dans le cimetière Sainte-Catherine, dans un petit coin de terre acheté par Girault son ami et son collégue à l'Hôtel-Dieu. Aucun signe, aucune inscription n'en marquaient la place ; mais ainsi que nous l'avons dit déjà, quelques disciples dévoués, au premier rang desquels il faut citer M. Devilliers, aujourd'hui membre de l'Académie royale de médecine, veillaient avec une constante sollicitude à ce qu'elle ne fût point confondue parmi les autres tombes. Pour la mieux garantir contre un pareil malheur, M. Pariset y avait fait placer à ses frais une modeste pierre, sur laquelle se lisait cette inscription :

A MARIE-FRANÇOIS-XAVIER BICHAT,
LA SOCIÉTÉ D'INSTRUCTION MÉDICALE.

Les choses demeurèrent ainsi durant trente années ; et le cimetière Sainte-Catherine ayant été supprimé, un autre péril vint alarmer les amis de Bichat ; que deviendraient ses tristes restes chassés de leur dernière demeure ? En 1831, M. Devilliers déposa sur le bureau de l'Académie royale de médecine une Note tendant à provoquer une souscription pour lui élever un monument ; cette proposition n'eut pas de suite. Cependant les années s'écoulaient ; le cimetière supprimé devait être bientôt affecté à une destination nouvelle. Notre confrère, M. Thierry, membre du Conseil général de la Seine, noblement secondé par M. Arago, demanda au Conseil général une concession perpétuelle au cimetière de l'Est pour y déposer les restes de Bichat ; et cette concession fut votée le 6 février 1844. Alors d'autres sollicitudes se firent jour ; le Conseil général des hôpitaux, ayant fait élever près du cimetière Sainte-Catherine l'amphithéâtre d'anatomie, pensa que les restes de Bichat ne pouvaient être mieux placés que près de cet établissement immense, et que ce voisinage parlerait fortement à l'esprit des élèves instruits à révérer ce grand nom. Une ordonnance royale du 8 novembre 1844 approuva ce projet ; le plan du monument fut dressé, mais ne reçut heureusement aucun commencement d'exécution ; et c'est dans cet état de choses qu'une proposition adressée au Congrès médical par notre honorable confrère M. Blatin, a d'abord saisi tous les esprits avides de rendre à Bichat un hommage éclatant et solennel.

La Commission que vous avez nommée, Messieurs, a d'abord eu à décider s'il convenait de s'en tenir au projet du Conseil général des hôpitaux, et d'élever la tombe de Bichat en face de l'amphithéâtre d'anatomie. Quelque séduisant que ce projet eût paru au premier abord, il nous a semblé, Messieurs, qu'il tendait à amoindrir, si j'ose ainsi parler, la grande et juste renommée de Bichat, et à le montrer seulement comme anatomiste. Or, sans méconnaître les brillantes découvertes anatomiques de l'auteur de l'Anatomie générale, nous avons pensé que son génie avait bien mieux servi encore d'autres branches tout aussi importantes de la science médicale ; qu'un tel homme appartenait à la médecine tout entière, et qu'il était plus convenable de fixer sa sépulture dans le cimetière où depuis longtemps cette capitale a coutume de réserver une place d'honneur à ses premières célébrités.

Cette décision prise à l'unanimité, il fallait pourvoir aux moyens d'exécution. Le temps pressait ; les obstacles à vaincre étaient nombreux ; la Commission s'y est dévouée tout entière. Et ici, Messieurs, c'est pour nous un devoir et un plaisir de dire au Congrès médical avec quelle faveur sa résolution a été partout accueillie ; quelles sympathies et quel concours actif et bienveillant à la fois nous avons trouvé dans les autorités civiles et religieuses ; en un mot, d'offrir ici l'hommage public et éclatant de notre gratitude à Monseigneur l'archevêque de Paris, à M. le ministre de l'intérieur, à M. le préfet de police et à M. le préfet de la Seine. Dimanche prochain, à midi, les restes de Bichat recevront les bénédictions religieuses dans l'église métropolitaine, dans la cathédrale Notre-Dame de Paris ; de là le convoi commençant sa marche suivra la ligne des quais jusqu'au Louvre, la rue Saint-Honoré jusqu'à la place Vendôme, puis la rue de la Paix, et enfin jusqu'au cimetière du Père-Lachaise, toute la ligne des boulevards. Nous avons adressé, au nom du Congrès, des invitations à toutes les autorités qui nous ont aidés dans ce grand acte de justice nationale, à MM. les préfets de police et de la Seine, au Conseil municipal et au Conseil des hôpitaux ; aux maires des arrondissements que le convoi doit parcourir ; à toutes nos grandes institutions scientifiques et médicales, l'Académie royale des sciences, l'Académie royale de médecine, le collége de France, la Faculté des sciences, la Faculté de médecine, l'Ecole de pharmacie et l'Ecole d'Alfort ; puis toutes les autres Sociétés savantes de Paris, ayant à leur tête, dans cette circonstance, la Société médicale d'émulation, qui s'enorgueillit d'avoir eu Bichat pour fondateur ; puis le Conseil de santé des armées et les chefs des hôpitaux militaires, puis les praticiens de Paris et ceux de la province présents à Paris ; puis, afin que l'hommage parte à la fois des rangs les plus élevés et les plus humbles, cette nombreuse cohorte des étudiants, l'espoir et déjà l'honneur de la famille médicale, élèves en médecine de notre Faculté, élèves en pharmacie, élèves en médecine vétérinaire, élèves des hôpitaux d'instruction militaire et de la marine ; nous voulons, nous désirons, nous espérons un concours universel, afin que cette population de Paris, si facile à enthousiasmer pour toutes nos gloires, soit frappée d'étonnement à la vue de ce convoi immense, et que, lorsqu'elle en demandera l'objet, on puisse lui répondre : C'est la médecine française tout entière qui rend ce dernier hommage à l'un de ses héros et de ses martyrs.

Voilà, Messieurs, ce que votre Commission a fait en votre nom, sûre que vous l'approuveriez par avance. Et maintenant, Messieurs, lorsque les reliques de Bichat reposent enfin dans cette dernière et éternelle demeure, tout sera-t-il fini pour lui et pour nous ? Cette tombe restera-t-elle veuve de son monument et de sa statue ? Non ; nous en avons la ferme assurance ; vous compléterez ce que vous aurez commencé ; et sur ce point, nous pouvons nous en fier à nous-mêmes. Mais peut-être est-il un autre vœu que votre Commission voudrait exprimer, et qui est déjà dans tous vos cœurs. Dans ce musée ouvert par la munificence d'un roi sage et généreux à toutes les gloires de la France, les sciences, et la médecine surtout, auraient peut être le droit de réclamer quelques places. Je n'en dirai pas davantage, Messieurs, espérons que cette attente ne sera pas déçue. Si la France a vaincu souvent les autres peuples par la force de ses armes, elle a surtout conquis leurs sympathies en les éclairant au feu de son intelligence. Or, parmi ces instituteurs des nations, si les médecins de France ont toujours tenu une place honorable, Bichat mérite, sans contestation, l'un des premiers rangs, et l'on ne saurait trouver de gloire plus éclatante et plus pure à présenter au respect et à l'admiration de la postérité.

M. Malgaigne regagne sa place au milieu des applaudissements unanimes.

— La parole est à *M. Amédée Latour*, secrétaire-général, pour la lecture du rapport d'ensemble.

Messieurs,

Dans le mois de mai dernier, un praticien pauvre et obscur osa jeter parmi vous une idée dont la réalisation parut d'abord gigantesque et impossible ; elle se présentait hérissée de difficulté d'autant plus rudes, que sa naissance était plus humbles, qu'elle paraissait au grand jour de la publicité, totalement dépourvue de ce qui commande l'examen et l'attention, c'est-à-dire l'éclat du talent, la puissance de la position, l'autorité de l'âge.

Cependant, et par un bonheur inouï, cette idée, née dans des conditions si infimes, rencontra partout un sympathique accueil ; ce fut merveille de voir combien elle trouva protection dans son époque si critique de la première enfance. Peu à peu, et comme ces enfants de race plébéienne qui poussent au souffle du bon Dieu, cette idée grandit, grossit, et devint enfin ce que vous l'avez faite, Messieurs, un acte grave, sérieux, imposant, plein de conséquences fécondes, d'un admirable effet pour le présent, d'une incontestable utilité pour l'avenir. D'un admirable effet pour le présent ! Messieurs, jamais il ne fut donné au corps médical de mettre ainsi en relief toute sa puissance, toute sa grandeur, toute sa virtualité. Je dis que le corps médical français vient de faire un pas immense vers la conquête de ce que les hommes, soit dans leur individualité, soit collectivement, ambitionnent par-dessus toutes choses, l'estime et le respect de la société ; je dis que le drame saisissant d'intérêt et d'animation qui vient de se dérouler dans cette enceinte doit laisser un profond et durable souvenir, qu'il doit être surtout un admirable exemple, un magnifique encouragement !

Que l'on dise à une des classes de la société les plus élevées par leur instruction et leurs lumières : « Vous allez vous » réunir au nombre de mille personnes, vous viendrez de » tous les coins de la France, et le jour dit, à heure fixe, » vous commencerez un immense travail d'examen, de dis» cussion, d'organisation nouvelle qui embrasse depuis les » profondeurs les plus obscures de votre institution jusqu'aux » détails les plus pratiques de l'application particulière, où » vous agiterez pour leur donner solution les questions les » plus élevées d'enseignement, les questions les plus brû» lantes d'exercice, où vous poserez vous-mêmes la limite de » vos droits et de vos devoirs, et cela sans vous connaître » les uns les autres, et cela en vous imposant d'énormes sa» crifices de temps et d'argent, en abandonnant vos foyers » domestiques, vos affections, vos affaires, et cela au milieu » d'intérêts divers et opposés, et cela, Messieurs, en quinze » jours, quinze jours seulement ! pour agiter et résoudre ces » difficiles et nombreux problèmes. »

Que l'on fasse une proposition semblable à la magistrature, au clergé, au barreau, à l'industrie, au commerce, aux diverses sections de l'administration publique, et qu'on nous dise ici, de bonne foi, si quelqu'une de ces corporations accepterait l'immense programme qui vous a été soumis ; que l'on nous dise si l'instigateur d'une pareille idée ne passerait pas pour un rêveur et stérile utopiste ?

Eh bien ! Messieurs, cet immense travail vous l'avez fait et bien fait ; veuillez me dire en ce moment si celui qui a eu confiance en vos lumières et en votre dévouement n'était qu'un rêveur et stérile utopiste ?

Oui, Messieurs, pour le présent, le grand acte que vous venez d'accomplir pose le corps médical en face de la société française au même niveau d'intelligence, de talent, d'abnégation volontaire et de véritable libéralisme que telle autre profession que ce puisse être. C'est ce que je vais démontrer irrévocablement, en déroulant devant vous le tableau d'ensemble des vastes et nombreuses opérations auxquelles vous venez de vous livrer.

Les travaux qui vous ont été attribués étaient de deux genres : travaux de Commissions, travaux de séances.

Les premiers, nous avions eu l'honneur de vous le dire au début, nous paraissaient d'une suprême importance ; vous-mêmes les avez appréciés ainsi, et ces travaux de Commissions ont été partout exécutés avec un ensemble et un zèle auxquels il ne m'est pas possible de rendre un suffisant hommage. En quelques séances, les Commissions instituées ont pu discuter, poser les bases de leurs rapports, et vous lire en assemblée les travaux remarquables qui ont servi de direction à vos nombreuses et brillantes discussions. Et veuillez le remarquer, Messieurs, il s'agissait des plus graves et des plus hautes questions qui puissent être soumises à vos délibérations ; vos Commissions n'avaient que quelques jours pour se livrer à leur étude, et les rapporteurs que quelques heures pour coordonner leurs matériaux et rédiger leurs idées. Cependant tous ces rapports presque improvisés vous ont apparu comme

le résultat d'un travail longuement médité, tant ils étaient substantiels dans le fond, et littérairement présentés dans la forme. C'est là un admirable témoignage de la haute valeur intellectuelle de notre famille médicale, qui vient de résoudre un problème réputé impossible à plusieurs bons esprits qui m'écoutent! Aujourd'hui que ce grand ensemble se présente à nos yeux, oui, je comprends qu'on l'ait cru impossible; mais que faut-il dire quand on le voit exécuté? Je ne ferai aucune mention particulière de ces travaux, car ils méritent tous le même éloge. La plupart des propositions émises dans les rapports ont été sanctionnées par vos votes, et dans l'immense proportion des cas vos Commissions n'ont fait que devancer les vœux que vous vouliez émettre.

Cela devait être, Messieurs, car dans l'institution de ces Commissions qui avait suscité quelques ombrages, une idée avait prévalu, celle d'y faire représenter tous les éléments divers ou opposés, qui pouvaient être en présence, mais de telle façon, qu'ils se pondérassent les uns les autres, qu'ils se neutralisassent dans une pensée commune: le bien général. — Ainsi, et pour ne citer qu'un exemple, quand il s'agit d'apprécier la valeur et l'importance de l'enseignement donné dans les Facultés et dans les Ecoles, la Commission fut instituée de manière que tous les intérêts soulevés par ces questions y eurent des organes. Les Facultés, par des représentants de Paris, de Montpellier et de Strasbourg; les Écoles, par un très-grand nombre de leurs membres, les hommes désintéressés par un plus grand nombre encore.

C'est, Messieurs, je ne crains pas de le dire, à cette sorte d'équilibre imprimé aux éléments divers des Commissions, que vous avez dû cette concordance, cette harmonie entre les vœux exprimés dans cette enceinte et ceux qui vous venaient du sein des Commissions. Du reste, et chacun de vous a pu s'en convaincre, les portes des Commissions ont été libéralement ouvertes à tous ceux de Messieurs les délégués, à tous ceux d'entre vous qui avaient des vœux particuliers à émettre, des opinions à soutenir, des conseils à donner, des idées à faire prévaloir. Ainsi, et dès leur naissance, ont pu être dissipées certaines préventions fâcheuses, qui avaient préoccupé quelques esprits.

Voilà, Messieurs, ce que vous avez fait dans vos vingt-quatre commissions; travail immense, sérieux et approfondi qui a nécessité soixante douze séances officielles, et un plus grand nombre peut-être en dehors du programme; car presque toutes les Commissions se sont réunies chez un de leurs membres en dehors des jours et des heures qui leur avaient été fixées. MM. les délégués des départements ont montré un zèle extrême pour les travaux des Commissions: c'est là surtout, et loin de l'émotion que suscite cette tribune, dans leurs discussions confraternelles, qu'ils sont venus montrer tout ce qu'il y a de bon sens, de vérité et de juste appréciation des choses dans ces esprits calmes et réfléchis; c'est là que le Congrès tout entier, par l'organe de leurs rapporteurs, a pu sentir l'influence de leurs lumières, et ce tact pratique des choses et des hommes qui constitue le caractère essentiel de vos décisions.

Grâces leur soient ici publiquement rendues, à ces hommes simples et modestes qui n'ont accepté de vos travaux que la partie la plus ingrate, la plus laborieuse, mais non pas la moins utile. Dans ce même sentiment de reconnaissance vous devez unir, Messieurs, un très-grand nombre de nos confrères de Paris; les plus élevés comme les plus humbles sont venus porter leur contingent de lumières et de bonnes intentions aux Commissions instituées, et partout ce vaste ensemble a pu fonctionner avec ordre, sans embarras, arriver à temps, à heure fixe, et donner ainsi à vos brillants débats une base et une direction. Ce résultat, Messieurs est des plus remarquables, et le Congrès pourra rendre peut-être cet immense service d'offrir un exemple aux Commissions académiques ou administratives, dont la lenteur est devenue proverbiale. (Rire général.)

Les travaux des Commissions ont été puissamment aidés par les travaux individuels ou collectifs qui nous sont arrivés de tous les côtés de la France.

Ces travaux, Messieurs, à l'heure actuelle, dépassent le chiffre de trois cents, et il en arrive encore tous les jours; de sorte qu'après vérification faite, il est de la plus exacte vérité de dire que le Congrès médical, soit par les adhésions reçues, soit par les vœux émis dans ses travaux écrits, est la représentation la plus générale est la plus complète de notre grande famille médicale.

Je ne voudrais pas donner à vos travaux des proportions plus ambitieuses qu'il ne faut; mais je ne peux m'empêcher de comparer, sur une échelle restreinte, ce grand mouvement auquel vous venez de prendre part au grand mouvement politique et social de 89. Vous êtes, dans notre ordre de choses, les députés des provinces, des bailliages et des sénéchaussées; vous êtes venus portant à la main les *cahiers* de vos commettants, et vous avez loyalement et vaillamment combattu pour leurs droits.

Le dépouillement complet de ces cahiers n'a pu être fait à temps, et le Congrès a été privé de connaître l'expression totale des vœux de nos confrères des départements.

Cependant votre secrétaire général doit vous dire qu'il en a lu la plus grande partie, et que, sauf un point dont il sera question tout à l'heure, il est heureux de vous apprendre que les votes du Congrès sont en harmonie parfaite avec l'immense majorité des désirs exprimés par ces cahiers.

Une mesure reste à prendre sur ces travaux importants; c'est à la Commission qui sera chargée de poursuivre les actes du Congrès, et que vous nommerez demain, qu'il appartiendra d'indiquer l'usage le plus honorable et le plus utile qui pourra être fait de ces cahiers. En tout état de cause, je crois que vous m'approuverez, Messieurs, si j'en fais imprimer le catalogue détaillé dans le volume destiné à renfermer tous les actes du Congrès, et dont un exemplaire devra être gratuitement remis à chacun des adhérents.

Quittons les paisibles et laborieux salons où vos commissions ont élaboré de si grandes choses, et pénétrons dans cette enceinte plus retentissante, où après de brillants débats vous les avez consacrés.

Votre premier acte a été la constitution du Bureau, Membre et organe de ce Bureau, il ne m'appartiendrait pas de vous dire si vos choix presque unanimes ont répondu à vos légitimes exigences. Mais, Messieurs, permettez-moi de me dépouiller un instant de l'insigne honneur dont vous m'avez revêtu; ce n'est plus votre secrétaire général, mais un simple adhérent, qui, sûr de produire en vos âmes une reconnaissante et sympathique vibration, vient vous proposer une acclamation unanime de gratitude envers notre digne président. (Applaudissements et acclamations unanimes.)

Je ne pourrais rien dire de plus éloquent que ce que je viens d'entendre. Si le zèle inépuisable de notre président n'a mis qu'à de rares épreuves celui de nos vice-présidents pour la section de médecine, vous avez vu, Messieurs, que leur utile concours ne nous a jamais fait défaut, et que vous avez trouvé en eux la même urbanité de formes, la même dignité, le même sentiment profond de vos droits, si bien appréciés dans le fauteuil de la présidence. Dans les autres sections, MM. les vice-présidents ont rempli leur mission à la satisfaction générale. Vous avez apprécié, Messieurs, le talent et l'exactitude dont vos secrétaires des séances ont fait preuve dans leurs procès-verbaux; ces fonctions, très-laborieuses et fort pénibles, ont été admirablement remplies, et plusieurs fois vous avez avec justice témoigné votre satisfaction à cet égard. MM. les secrétaires de la section de médecine me chargent de vous dire, Messieurs, qu'ils ont été très-fructueusement aidés dans leurs travaux par la collaboration toute spontanée et officieuse de l'un de nos honorables confrères, M. le docteur Vinchon, de Paris.

Je n'oublierai pas, Messieurs, notre honorable trésorier, dont la tâche laborieuse a été si dignement remplie; vous viendrez demain approuver ses actes, applaudir à ses efforts.

Enfin, Messieurs, le lundi 3 novembre, vous commençâtes vos travaux des séances, et c'est un résumé succinct de ces travaux, c'est surtout l'ensemble des vœux que vous avez émis que je suis chargé de vous présenter aujourd'hui.

Je dois comprendre dans cet aperçu les travaux des trois sections qui composent le Congrès; je vais commencer par la section de médecine.

Les premières questions que vous eûtes à résoudre étaient relatives aux Facultés et aux Écoles. Il s'agissait d'abord de vous prononcer sur l'utilité de la division de l'enseignement des sciences médicales dans les Facultés et les Écoles préparatoires. Cette question vivement controversée dans La Presse et ailleurs, se présentait au Congrès dans des circonstances opportunes, car elle rencontrait ici toutes les opinions diverses qu'elle avait fait naître. Eh bien, il faut le dire, l'institution des Écoles préparatoires si chaudement combattue ailleurs, n'a trouvé ici que des adversaires un peu timides; elle y a rencontré au contraire de très-chauds partisans, des défenseurs éloquents et habiles dont le Congrès, à une immense majorité, a sanctionné les principes, et le premier vœu que vous avez émis est celui ci:

La division de l'enseignement des sciences médicales entre les Facultés et les Écoles préparatoires est utile et avantageuse.

L'enseignement dans les Facultés, répond-il aux besoins de la science et de l'art? Par urbanité, sans doute, vous n'avez pas voulu directement répondre à cette question; mais votre réponse, tout indirectement polie qu'elle soit, n'en est pas moins explicite; et, en demandant une chaire d'histoire et de philosophie médicale pour les trois Facultés, un cours d'anatomie pathologique, spécialement pour Montpellier, vous avez dit, aussi courtoisement que possible, que l'enseignement des Facultés ne répondait pas entièrement aux besoins de la science et de l'art. Leçon pleine de sens, de goût et d'esprit donnée par le Congrès à la Faculté de Paris, auquel elle a dit: Elevez-vous vers les hautes études d'histoire et de philosophie; à Montpellier, daignez descendre de vos hauteurs spéculatives vers les réalités de l'art. De plus, vous avez demandé que quelques hôpitaux, consacrés à des maladies spéciales, fussent utilisés et servissent à un enseignement officiel.

On vous avait demandé, Messieurs, si le nombre actuel des Facultés est suffisant, s'il est trop considérable, s'il n'y aurait avantage à n'avoir qu'une seule Faculté. Vous avez répondu que les Facultés existantes étaient suffisantes, qu'il n'y aurait aucun avantage à en créer de nouvelles, qu'il y aurait de grands inconvénients à n'en laisser subsister qu'une seule. Ici, Messieurs, je dois dire que cette dernière question du programme a beaucoup susceptibilisé, je devrais dire beaucoup scandalisé la respectable et célèbre École de Montpellier. D'une part, une des gloires actuelles de cette Faculté, un professeur, qui a reçu dans ce Congrès et par une bouche éloquente le légitime hommage dû à son talent et à son caractère, M. le professeur Lordat fit l'honneur d'adresser à la Commission permanente un travail dont la conclusion était celle-ci: « Je ne peux faire partie d'une assemblée où l'on met en question la nécessité de plusieurs Facultés de médecine. » D'un autre côté, M. le docteur Kuhholtz, bibliothécaire de la Faculté de Montpellier, a eu la bonté de me prévenir que cette malencontreuse question avait singulièrement refroidi le zèle de nos confrères de Montpellier pour le Congrès, et que c'était avec de grands efforts qu'il avait pu réunir trente ou trente-quatre adhésions, encore même ces adhésions sont-elles restrictives.

J'avoue, Messieurs, que je n'ai pas très-bien compris ni ces restrictions ni cette susceptibilité.

Le programme de la Commission devait être, et c'était son but avoué, la représentation impartiale de toutes les opinions qui divisaient les esprits sur l'organisation médicale. Il est vrai, personne ne le niera, qu'il existe une opinion qui voudrait assimiler l'étude de la médecine à l'étude de plusieurs autres sciences qui n'ont qu'un seul enseignement, qu'une seule école. Je ne dis pas que cette opinion soit juste et raisonnable, je dis qu'elle existe et qu'à ce droit elle devait figurer dans le programme. Eh! Messieurs, à ce compte qui de vous n'eût été blessé, offusqué par une ou plusieurs de ces questions? Vous avez craint, dites-vous, que la solution de cette question fût en opposition avec vos principes et vos convictions, mais raison de plus pour venir nous apporter le concours de vos lumières et de votre talent. A l'heure qu'il est, je l'espère, l'École de Montpellier doit être complétement rassurée sur cette question du programme, qui a reçu de vous la seule solution pratique et raisonnable.

On vous demandait, Messieurs, si l'enseignement des Écoles préparatoires répondait aux besoins de la science et de l'art. Avec la même courtoisie que pour les Facultés, vous avez demandé que cet enseignement fût favorisé sous le rapport pratique; que ces Écoles fussent mises en possession d'un matériel suffisant, que l'enseignement clinique s'harmonisât avec le service des hôpitaux. Vous avez demandé surtout, chose importante et grave pour l'avenir de ces Écoles, qu'elles fussent soustraites au patronage, au caprice des autorités locales, en devenant entièrement universitaires. Vous avez demandé qu'après examen elles conférassent à leurs élèves ayant pris la huitième inscription en médecine un certificat d'aptitude sans lequel ceux-ci ne pourraient prendre de nouvelles inscriptions. Enfin, cédant à de généreuse initiatives, vous avez demandé la création d'une École préparatoire pour la Corse et d'une autre pour l'Algérie.

Vint ensuite la question de l'enseignement libre. Je ne rappellerai pas les débats animés que cette question souleva parmi nous, je dirai seulement que si à l'occasion des Écoles préparatoires vous voulûtes prouver que vous étiez les fils de cette université qui nous a tous faits ce que nous sommes, que si des clameurs intéressées ne vous ont rien fait perdre de vos sentiments de pieuse reconnaissance envers l'Université, vous voulûtes prouver aussi que vous teniez aux antiques prérogatives que confère le diplôme, celles d'exercer et d'enseigner, et vous avez émis les vœux suivants:

1° Que tout membre appartenant légalement au corps médical en France ait le droit d'enseigner les sciences médico-chirurgicales, et que ce droit soit spécifié dans un article de la nouvelle loi;

2° Que la liberté de l'enseignement médical soit aussi large et aussi étendue que possible, et que le Gouvernement, à Paris et dans les principales villes de France, mette un local convenable et tous les moyens matériels servant à l'enseignement pratique à la disposition de tous les membres du corps médical, et lui prête ainsi un utile concours;

3° Que l'enseignement libre ne puisse ni ne doive porter atteinte à l'enseignement officiel, l'enseignement libre ne conférant aucun grade universitaire, soutenant seulement des opinions et des doctrines, et venant en aide à l'enseignement officiel;

4° Qu'une nouvelle loi vienne sanctionner l'enseignement libre à la fois si utile à la science et à l'humanité, jusqu'à présent la législation ayant tellement varié à ce sujet, et l'enseignement libre ayant été tantôt conféré dans sa plus large expression, tantôt entravé de diverses manières;

5° Que quant à l'enseignement clinique fait par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, la Commission émet le vœu qu'à l'occasion de la présentation du nouveau projet de loi, messieurs les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique soient invités à y faire insérer un article spécial pouvant complétement satisfaire aux besoins du libre enseignement clinique tant dans la capitale que dans les départements.

La troisième Commission avait à vous entretenir des questions relatives à la nomination des professeurs, à la durée de leurs fonctions, enfin de l'institution des agrégés.

Messieurs, le grand principe du concours a triomphé devant vous, a triomphé d'une manière éclatante. Ce n'est pas qu'il n'ait rencontré dans cette enceinte de fort habiles adversaires; mais leurs efforts ont été infructueux, et le bon sens, la raison, la conscience publique ont voté avec vous.

Vous avez voulu 1° que la nomination des professeurs dans les Facultés de médecine, les Écoles spéciales de pharmacie et les Écoles vétérinaires, ait lieu par la voie du concours public.

2° Qu'à ce concours, en ce qui concerne les professeurs de pharmacie, soit dans les Écoles spéciales, soit dans les Écoles préparatoires, ne puissent se présenter que les pharmaciens ayant au moins cinq ans de diplôme.

3° Que quatre années d'exercice soient demandées aux concurrents qui se présentent aux chaires des Écoles vétérinaires, et qu'une part très-large soit donnée dans la nomination aux titres scientifiques antérieurs.

4° Que le jury pour les Facultés et pour les Écoles de pharmacie, soit composé à Paris, de professeurs, de membres de l'Académie royale de médecine, de membres de la Faculté des sciences pour les chaires de physique et de chimie, enfin de nombre de médecins pris parmi les praticiens de la ville, et ayant au moins cinq ans d'exercice, et en nombre égal à celui des membres de l'Académie de médecine.

5° Que pour les Facultés de médecine et les Écoles spéciales de pharmacie du reste du royaume, le jury soit composé de membres de ces corps enseignants, de membres de sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistantes, et d'un nombre égal de médecins et de pharmaciens ayant cinq ans d'exercice.

6° Que ces jurys soient en nombre impair.

7° Que pour les Écoles vétérinaires, le jury soit composé de quatre professeurs de l'École vétérinaire et de l'École de

médecine, et de quatre juges tirés au sort sur une liste dressée par le préfet, parmi les vétérinaires non-professeurs ayant au moins cinq ans de pratique.

8° Que les fonctions des professeurs soient désormais temporaires, et cessent à l'âge de 65 ans. Qu'à cet âge ils soient nommés honoraires, et qu'ils participent aux conseils, délibérations, concours, travaux administratifs des Facultés et Ecoles secondaires, mais sans prendre part aux examens. Qu'ils jouissent de l'intégrité de leur traitement jusqu'à l'âge de 70 ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite; qu'il soit demandé que les limites pour la retraite soient abaissées de 30 à 20 ans.

9° Qu'on applique purement et simplement aux Écoles secondaires de médecine, tous les principes et le mécanisme admis pour les concours du professorat dans les Facultés; c'est à dire que les nominations aient lieu par des juges pris, un tiers parmi les professeurs de l'École préparatoire, un tiers parmi les Sociétés ou Académies de médecine existantes dans la ville, et un tiers parmi les praticiens de cette même ville, après cinq années d'exercice.

10° Que l'institution des agrégés soit maintenue telle qu'elle existe en ce moment, si ce n'est que des appointements plus considérables leur soient alloués et qu'on leur attribue des fonctions actives qui leur donnent une influence directe sur l'instruction des élèves.

11° Enfin, Messieurs, sur cette importante question des professeurs, vous avez voulu que toute permutation de chaire fût désormais interdite, si ce n'est pour les chaires de clinique de même nom et dans la même Faculté, qui puissent permettre au professeur de changer d'hôpital.

Les conditions d'aptitude qu'il faut demander aux élèves qui se destinent à l'étude de la médecine vous occupèrent ensuite.

Vous n'avez demandé aucun changement sur ce point. C'est le *statu quo* pur et simple que vous avez adopté.

Vous avez demandé qu'on divise les élèves par années et qu'on les oblige à suivre les cours indiqués; que l'appel nominal soit fait dans les écoles secondaires; qu'un examen probatoire de fin d'année ait lieu pour tous les élèves; que le gouvernement ouvre des établissements destinés à l'internat facultatif des élèves; que les élèves fassent un service actif dans les hôpitaux, dont la durée soit d'un an au moins; enfin que la durée des études médicales soit dorénavant fixée à cinq ans au lieu de quatre.

Sur la question épineuse des examens et des réceptions, vous avez demandé, Messieurs, une innovation grave et qui doit être regardée comme un des actes les plus considérables du Congrès. Il s'agit de l'introduction de médecins étrangers aux corps enseignants dans les examens probatoires. Vous en avez consacré le principe, bien plus, vous en avez demandé l'application; mais avec cet esprit de haute sagesse et de modération qui caractérise tous vos actes, avec cette prudente réserve à laquelle on rendra justice, Messieurs, soyez-en sûrs, sachant bien que c'est une expérience que vous demandez, et que toute expérience en si grave matière doit procéder avec mesure et retenue, vous n'avez demandé cette adjonction immédiate que pour la soutenance de la thèse où vous voulez que le jury soit composé en nombre égal, 1. d'examinateurs nommés par la Faculté, 2. d'examinateurs pris en dehors de la Faculté.

D'après vos vœux, cette deuxième partie du jury devra être nommée par le Collége médical de la ville où siégera la Faculté.

Tout en reconnaissant les améliorations apportées dans le mode suivi pour les examens, vous avez émis le vœu qu'ils soient rendus de plus en plus pratiques.

Enfin, Messieurs, et pour enchaîner logiquement votre vote précédent sur l'institution d'une chaire d histoire et de philosophie médicale à la question des examens, vous avez demandé un sixième examen qui prendra sa place entre l'examen clinique et la thèse, sur cette partie de l'enseignement qu'à bon droit vous jugeriez stérile si vous n'exigiez pas les preuves qu'il a été suivi.

Ici, Messieurs de la section de médecine, se termine la première partie de la tâche qui vous avait été imposée; mission grave et sérieuse que vous avez remplie avec zèle, dévouement, modération et prudence. Si ces vœux si sages et si profondément empreints du sentiment de l'utilité publique sont écoutés, voici en résumé ce que la manifestation du Congrès aura produit:

Institution d'une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine;

Cours d'anatomie pathologique à la Faculté de Montpellier;

Hôpitaux spéciaux utilisés pour un enseignement officiel;

Enseignement plus pratique dans les Écoles secondaires;

Ces Écoles secondaires entièrement rentrées sous la direction universitaire;

Création d'Écoles secondaires en Corse et en Algérie;

Liberté de l'enseignement médical spécifié dans la loi et favorisé par tous les moyens matériels possibles;

Principe du concours admis sans restrictions, avec des garanties plus grandes et l'adjonction de praticiens étrangers au aux corps enseignants dans les jurys;

Fonctions des professeurs temporaires;

Amélioration dans l'institution des agrégés;

Preuves plus grandes exigées des élèves qui suivent les cours;

Cinq années d'études;

Service actif de tous les élèves dans les hôpitaux;

Adjonction des praticiens à la soutenance de la thèse;

Examens plus pratiques;

Sixième examen sur l'histoire et la philosophie médicales.

Certes, Messieurs, voilà de grandes et nobles choses, et qui n'abandonnent pas cependant le terrain de l'application pratique et réalisable. Sans doute la réalisation de ces vœux élèverait la considération et la dignité médicales; mais aussi la société tout entière n'y trouverait-elle pas son compte? Et les garanties nouvelles que nous demandons ne tourneraient-elles pas à son avantage? Ainsi, Messieurs, sur cette partie de nos travaux comme sur la dernière, se vérifient ces belles paroles prononcées dès l'inauguration de ce Congrès par notre digne président: *L'utilité publique est ici seule en cause.*

Passons maintenant à la seconde partie de nos travaux, c'est-à-dire aux solutions que vous avez données aux questions d'exercice.

En entrant dans cette seconde partie de vos travaux, vous avez rencontré la question capitale du programme, celle dont la solution doit avoir la plus grande influence sur les destinées de notre profession et à l'examen de laquelle vous avez apporté une ardente et religieuse attention: il s'agit des deux ordres de médecins.

C'est un fait important et grave et qu'il faut signaler, savoir que l'institution actuelle des officiers de santé n'a pas trouvé au Congrès médical un seul défenseur. Si dans quelques esprits, il peut y avoir dissidence sur le principe de deux ordres de médecins, il n'y en a pas eu ici sur l'application actuelle de ce principe: l'ordre de choses qui nous régit à cet égard a été vivement, unanimement repoussé, et il est bien permis de croire qu'une satisfaction tardive, mais aujourd'hui indispensable, vous sera enfin donnée.

Mais, messieurs, les questions qui vous étaient soumises étaient complexes; l'institution des officiers de santé reconnue vicieuse et absurde, est-il possible d'améliorer le principe? ce principe doit-il être conservé dans l'intérêt des populations des campagnes? et n'y a-t-il autre chose à faire qu'à le modifier plus ou moins profondément? Cette opinion a trouvé ici, Messieurs, des partisans sincères et convaincus dont les efforts néanmoins furent impuissants contre vos convictions aussi sincères. Vous avez voté, non-seulement la suppression des officiers de santé, mais encore vous avez décidé qu'en principe, comme en application, l'institution de praticiens à deux degrés était illégitime et dangereuse. C'est l'opinion très-explicite que vous avez émise dans le vœu suivant qu'il est bon de rappeler.

Que dans la loi destinée à organiser la médecine et son exercice en France, on ne reçoive aussitôt après sa promulgation qu'un seul ordre de médecins, c'est-à-dire que des docteurs en médecine.

Qu'une disposition transitoire de la loi à intervenir autorise les officiers de santé reçus et ayant exercé durant cinq années, à se présenter devant une Faculté pour obtenir, après des examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, le titre de docteur.

Dans cette même séance, messieurs, et mus par des considérations très-graves, vous avez décidé que la création de médecins cantonaux n'est pas nécessaire pour assurer le service de santé des campagnes, et qu'elle porterait une atteinte grave aux droits du corps médical.

Ici, mon devoir de secrétaire général est de vous dire que ce vote du Congrès est en opposition avec la grande majorité des vœux émis dans les cahiers. Les provinces sont à peu près unanimes pour demander cette institution. Le Congrès l'a repoussée. Ce conflit est fâcheux sans doute, mais je devais le signaler; heureusement il est le seul.

La question des honoraires, délicate toujours, délicate surtout dans une grande assemblée comme la nôtre, vous fournit l'occasion de manifester tout ce qu'il y a de véritable dignité, d'abnégation et de désintéressement dans le corps médical. Vous avez décidé que du malade au médecin, il n'y a pas lieu d'apporter des modifications légales aux usages existants aujourd'hui relativement aux honoraires. Résolution digne de votre générosité, des principes charitables sur lesquels repose notre profession humanitaire et qu'un vote unanime et presque spontané vint consacrer d'une manière solennelle.

Mais si la générosité de vos intentions s'est si noblement manifestée à l'égard de vos relations du monde, vous n'aviez pas les mêmes motifs de ne pas vous montrer un peu plus exigeants envers la loi qui a été pour nous si parcimonieuse, et vous lui avez demandé une augmentation notable des honoraires attribués p r la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire; que dans tous les cas où le médecin sera requis ou appelé par la justice pour un acte quelconque de sa profession, il soit toujours considéré comme expert; que la prescription fixée à un an par l'article 2272 du Code civil, soit portée à cinq ans; que le privilége consacré par l'article 2101 du Code civil, concernant les frais quelconques de dernière maladie, soit étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

Les graves questions de la responsabilité médicale et du secret ont reçu de vous des solutions en harmonie avec les vœux unanimes du corps médical. Sur le premier point vous avez dit:

Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétents. Dans tous les cas, les articles 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1382 et 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

Vous avez voulu que dans aucun cas le médecin ne put être forcé à révéler;

Vous avez demandé que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvénients résultant pour le médecin des prescriptions de l'article 56 du Code civil, relativement à certaines déclarations de naissance;

Vous avez demandé que le médecin qui refuse son concours au ministère public, hors le cas d'urgence ou de flagrant délit, en basant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne puisse être poursuivi devant les tribunaux.

L'exercice illégal de la médecine vous a longuement et sérieusement occupé. Vous avez demandé sur ce point:

Que les attributions confiées par les diplômes relatifs aux différentes parties de l'art de guérir, seront également spécifiées dans la loi et énoncées dans les diplômes;

Que cet exercice illégal soit parfaitement défini dans la loi;

Qu'une pénalité plus efficace et plus énergique y soit introduite;

Que le traitement des malades, dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, soit considéré comme un exercice illégal avec complicité du médecin.

Vous avez voté, Messieurs, le grand principe des conseils de discipline, auxquels vous voudriez substituer la dénomination plus confraternelle de conseils ou de colléges médicaux.

Vous leur avez donné une institution, un but, des moyens d'action, des garanties de justice et d'impartialité qu'il serait trop long de rappeler ici; car il faut que j'abrége.

Vous avez demandé pour les médecins étrangers les mêmes garanties de savoir et de moralité qui sont exigées de nos concitoyens; et à côté de ce grand acte, qui a si vivement impressionné votre assemblée, vous avez voulu pieusement et généreusement que les réfugiés fussent exemptés des frais d'étude et de réception.

La limitation du nombre des médecins ne vous a paru ni juste ni possible, et vous avez voulu que la profession médicale restât une profession libérale par excellence.

La question connexe des abus et délits a été l'occasion d'un examen approfondi. J'ai là sous les yeux les onze conclusions que vous avez adoptées, mais dont la lecture serait peut-être un peu trop étendue.

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION MIXTE N° 10.

1re. *Annonces médicales.* — Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public:

L'arrivée d'un médecin dans une localité;

L'adresse d'un médecin;

Un traitement médical particulier;

Le débit ou la vente d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite. (Peine grave.)

2e. *Définition légale du médicament.* — Seront considérés comme remèdes ou médicaments toutes substances simples, toutes préparations ou compositions quelconques qui seront annoncées, débitées, vendues ou distribuées comme jouissant de propriétés médicinales.

3e. *Vente des médicaments.* — Les épiciers, droguistes, herboristes et toutes personnes autres que les pharmaciens, ne pourront fabriquer, vendre, exposer en vente, ni distribuer même gratuitement, aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal.

4e. — Il n'est fait d'exception aux articles précédents que pour les plantes médicinales indigènes non vénéneuses, dont la vente pourra être permise aux herboristes, et pour un certain nombre de substances ou compositions qui, bien que comprises dans le Codex, et d'après l'état nominatif qui en sera dressé, pourront être vendues par tous autres que les pharmaciens.

A l'avenir, il ne sera délivré aucun certificat d'herboriste.

5e. *Etablissements de charité et communautés religieuses.* — Les hôpitaux et autres établissements administratifs, les communautés religieuses ne pourront avoir de pharmacie que pour leur usage particulier et intérieur.

Ces établissements et communautés ne pourront administrer, vendre, débiter, ni distribuer au dehors, même gratuitement, aucuns médicaments simples ou composés.

6e. *Remèdes secrets.* — Les dispositions du décret du 18 août 1810, relatifs aux remèdes secrets, seront introduites dans la loi nouvelle, et recevront, à l'avenir, leur pleine et entière exécution.

7e. *Cumul de deux officines.* — Aucun pharmacien ne pourra tenir plus d'une officine ouverte.

Les pharmaciens ne pourront faire, dans les mêmes lieux ou officines, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues et médicaments.

8e. *Cumul des professions.* — L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdite.

9e *Officiers de santé.* — Les officiers de santé établis dans les bourgs, communes et villages distants de huit kilomètres de toute officine ouverte, pourront fournir des médicaments aux malades près desquels ils seront appelés, quand le domicile de ces malades se trouvera en dehors de cette circonscription.

Ce droit cessera lors de l'établissement et de la constatation légale d'une pharmacie dans cette circonscription.

10e *Compérage médical.* — Toute association publique et privée entre un médecin et un pharmacien est interdite. (Peine grave.)

11e Tous faits de collusion ou de compérage médical, soit entre les médecins et pharmaciens, soit entre les précédents et des personnes étrangères à l'art de guérir, sont également sévèrement prohibés. (Peine grave.)

Des questions nombreuses et diverses vous ont occupés dans votre avant-dernière séance.

Vous avez d'abord émis le vœu que chaque année les Facultés et Écoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner par voie de concours, parmi les élèves ayant deux ans d'études, un certain nombre de lauréats qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés;

Que le gouvernement s'occupe de créer auprès des éta-

blissements thermaux, fréquentés par un grand nombre d'indigents, des hôpitaux ou des établissements destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité; qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigents des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux du département ou de l'arrondissement lorsqu'ils ne pourront recevoir chez eux les soins convenables;

Que le gouvernement prenne les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passe-ports d'indigence et qui tombent malades en voyage soient reçus dans tous les hôpitaux où ils se présenteront.

Vous avez émis le vœu :

Qu'il fut créé pour les chefs-lieux de canton et les communes rurales, comme pour les populations plus importantes, des dispensaires chargés de fournir aux indigents les secours de la médecine et de la pharmacie, et dont les médecins seraient appelés en outre à constater les naissances et les décès dans les petites populations;

Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux et autres établissements de ce genre fissent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs, avec voix consultative;

Que chaque année les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance fussent appelés à se réunir dans leurs localités respectives pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes et sur les améliorations à obtenir dans ces établissements;

Que ces rapports fussent adressés en double expédition, l'un à l'administration de son ressort, l'autre au ministre de l'intérieur pour le département de la Seine, et aux préfets pour les départements.

Vous avez adopté ensuite ce vœu, que tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient nommés par le concours, qu'ils soient nommés pour quinze ans, dont cinq comme adjoints, et dix comme titulaires, qu'après l'expiration de leur temps, les médecins et chirurgiens des hôpitaux aient le titre d'*honoraires* et la faculté de reconcourir, que les services confiés à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassent pas, en général, 60 lits.

Quant à l'organisation du service des eaux minérales, vous avez adopté, Messieurs, les propositions suivantes, à savoir : que les médecins des eaux minérales fussent nommés par voie de concours, qu'ils fussent organisés en corps hiérarchique, qu'un avancement régulier leur permît de diriger successivement des établissements de différente nature, et d'une importance croissante; que leurs attributions fussent précises, qu'il fût créé une commission supérieure et permanente des eaux minérales.

Vous avez émis le vœu :

Que le concours fût étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui, et appliqué partout où il sera reconnu applicable; que les nominations auxquelles le concours ne paraîtra pas devoir être applicable, eusseut lieu autant que possible par une élection convenablement instituée; que dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité, il fût tenu compte des titres acquis par les candidats, soit par des succès antérieurs dans les concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissements de bienfaisance. Veillant également aux intérêts de vos frères de l'armée; tout en reconnaissant les améliorations qui, depuis quelques années ont été apportées à la position des officiers de santé militaires et à l'enseignement des hôpitaux militaires d'instruction, vous avez émis le vœu que les lacunes existantes encore à cet égard fussent comblées le plutôt possibles; et prenant surtout en grande considération l'importance des services rendus par les officiers de santé militaires, vous avez recommandé à la sollicitude du gouvernement, la nécessité d'une loi qui établit d'une manière plus honorable et plus large, leurs prérogatives et leur rang, qui ne sont pas en harmonie avec les privilèges des autres corps de l'armée et avec l'importance de leurs fonctions et des services qu'ils rendent. Relativement aux sages-femmes, vous avez, messieurs, adopté les conclusions suivantes : « Nulle ne pourra être élève sage-femme, si elle ne justifie d'une instruction primaire suffisante, et d'une moralité reconnue; la durée des études sera de deux années au moins, et ces études devront être surtout pratiques. »

Les sages-femmes reçues dans les Facultés, dans les Ecoles préparatoires ou par une Commission médicale dans les villes où existe une maternité recevant un nombre de femmes suffisant, auront à subir deux examens : l'un sur la théorie, l'autre sur la pratique des accouchements.

Les sages-femmes ne pourront faire aucune opération sérieuse ni donner des soins médicaux. Elles ne pourront pratiquer que les opérations telles que la saignée et la vaccination.

Enfin, Messieurs, le Congrès, inauguré par une pensée de concorde, s'est terminé hier par une pensée d'union. La grande question des Associations a clos vos débats, et vous avez adopté les vœux suivants :

Qu'il soit formé des Associations médicales libres partout où ce sera possible, dans le double but du perfectionnement de la science et d'institutions de prévoyance;

Que ces associations, formées dans les chefs lieux d'arrondissement, se rallient dans les chefs-lieux de département et se centralisent à Paris;

Que la Commission qui sera instituée en vertu de l'art. 13 du règlement soit chargée d'organiser l'Association médicale de France.

Permettez maintenant, Messieurs, que je résume en quelques mots les vœux que vous avez émis sur cette partie du programme.

S'ils sont écoutés, notre profession y gagnera.

La suppression complète et radicale d'un deuxième ordre de médecins;

Une fixation plus en harmonie avec nos services des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire;

La prescription quinquennale pour nos honoraires;

Des privilèges mieux définis sur les frais de dernière maladie;

L'effrayant fantôme de la responsabilité médicale fuyant à la clarté d'une interprétation logique et morale;

L'obligation du secret abandonné à la seule conscience;

L'exercice illégal défini et plus sévèrement puni;

Les abus et délits dans l'exercice de l'art devenus presque impossibles par une pénalité sévère;

L'institution de conseils médicaux chargés de veiller à la dignité, à la moralité de l'art;

L'institution des sages-femmes mise à la hauteur des besoins sociaux, relevée en instruction et en considération;

Les fonctions des médecins des hôpitaux devenues temporaires;

Le concours plus largement introduit dans les places rétribuées ou honorifiques que les médecins peuvent remplir;

Enfin le grand principe de l'association proclamé dans cette enceinte et livré à une organisation immédiate.

Voilà, Messieurs, si dans le peu de temps qui m'a été donné pour coordonner vos actes j'ai été complet, voilà ce que vous venez de faire. Il m'a paru que la simple énonciation de vos vœux pouvait se passer de tout emprunt oratoire. Il m'a paru que rien ne pouvait être plus éloquent que ces propositions empreintes de bon sens, de haute raison, de maturité et de modération. On avait craint, pourquoi le cacherais-je, qu'abandonnant le terrain de la pratique possible, le Congrès ne s'égarât dans le vaste champ des hypothèses et des spéculations. Ces craintes étaient illégitimes, elles se sont évanouies devant votre haute sagesse. Oui, je dois le proclamer ici, vos résolutions ont profondément surpris les adversaires du Congrès et je peux le dire, parce que ma certitude est complète sur ce point, bien des regrets à cette heure se sont manifestés de l'indifférence ou du dédain par lesquels on l'avait accueilli :

Pour vous, Messieurs, qui avez si vaillamment pris part à ces grandes luttes, vous, confrères et collègues des départements à qui nous ne saurions assez dignement exprimer notre reconnaissance, vous, confrères et collègues de Paris qui nous avez prêté un concours si dévoué, croyez-le bien tous, Messieurs, nous garderons un durable souvenir de cette imposante réunion, de ces débats éloquents et animés, de cette tribune où de magnifiques talents la plupart inconnus de nous sont venus brillamment se révéler. Oui, ce souvenir sera durable, et quand une loi protectrice de nos devoirs et de nos droits, une loi qui soit l'expression franche et sincère des vœux que vous venez d'émettre aura été sanctionnée par les pouvoirs législateurs, chacun de nous se rappelant ses efforts et son zèle, se rappelant ce beau Congrès de 1845, pourra se dire avec un légitime orgueil : j'étais là!

Cet avenir, Messieurs, est-il encore loin de nous? et comme ces voyageurs du désert sommes-nous condamnés à marcher incessamment vers un trompeur et fuyant mirage?

Monsieur le ministre,

Le Congrès médical vous offre par ma voix son expression de vive gratitude pour la bienveillante protection que vous lui avez accordée. En venant au milieu de nous, vous êtes assuré d'être reçu avec le respect et la déférence que nous devons à votre position, mais surtout avec le sentiment de reconnaissance dû au ministre libéral et éclairé dont les généreuses intentions en faveur de nos intérêts moraux et matériels nous sont connues. Nous avons institué ce Congrès, précisément en vue de ces intentions, précisément parce que nous savions bien que l'expression de nos vœux, de nos besoins, de nos espérances, ne pouvait rencontrer pour se produire une occasion plus opportune. Cette expression, vous venez de l'entendre, Monsieur le ministre; la visite que vous nous faites l'honneur de nous rendre est considérée par le Congrès comme un acte grave et sérieux dont il apprécie la valeur et l'importance. Il sait bien que vous n'êtes pas venu vous asseoir au milieu de nous sans y être incité par la bienveillante résolution de nous être propice.

Vous voyez devant vous une assemblée d'hommes graves, intelligents, bien intentionnés, de braves gens, qui, unanimes sur leurs devoirs, n'ont discuté que sur leurs droits; qui se sont tous imposé d'énormes sacrifices pour élever la dignité de notre belle profession, pour y trouver la compensation légitime due à leurs labeurs et à leur science. Vous ne pouvez pas vouloir que ces sacrifices soient stériles, et veuillez me permettre, Monsieur le ministre, d'être en cette occasion, bien imprévue pour moi, l'interprète de notre grande famille médicale en vous disant aujourd'hui qu'elle espère et qu'elle attend.

Messieurs,

Mon dernier mot doit être pour vous, qui m'avez revêtu d'un honneur dont je suis encore à cette heure profondément ému. Je n'ai pu l'accepter que comme témoignage de vos remerciments pour ce qu'il m'a été donné de faire en cette grave et solennelle circonstance. Ce souvenir sera sans contredit le plus glorieux de ma vie; il soutiendra mon courage, comme il soutient en ce moment mes forces épuisées.

— M. le ministre de l'instruction publique :

Messieurs?

Je suis venu entendre et recevoir les vœux du Congrès, parce que le Congrès a été un fait nouveau et considérable, que ce fait nouveau a réussi, que ce fait considérable n'a produit que des résultats utiles pour la société, honorables pour le corps médical. C'est pour constater ces résultats que je suis au milieu de vous. C'est un hommage que je rendrai en votre nom à nos institutions, qu'un corps aussi nombreux que le vôtre, qui s'étend sur tous les points du territoire, qui touche à tous les intérêts de la société ait pu s'assembler, délibérer sur ses intérêts, et que celui des membres du gouvernement du roi qui a la garde de vos intérêts et de votre dignité ait compris qu'il vous devait à vous, qu'il se devait à lui-même de ne pas laisser passer une assemblée pareille sans se trouver au milieu de vous. Un gouvernement tel que le nôtre s'appuie sur tous les intérêts sociaux, il doit les entendre, se concerter avec eux, répondre à leurs vœux, et, s'il se trouvait en dissentiment avec eux, il devrait avant tout leur dire et leur faire comprendre que c'est par des raisons légitimes, par des raisons qui seraient acceptées de tous.

Permettez-moi de le remarquer : c'est un rare honneur pour notre temps qu'une assemblée comme celle-ci se soit réunie, ait délibéré et produit des résultats empreints de sagesse. Nous avons passé par bien des épreuves; vous pouvez remonter dans vos souvenirs, vous ne trouverez pas une époque où il eût été possible; vous ne trouverez pas un gouvernement qui n'en eût pris ombrage, pas un jour où le gouvernement et le pays ait pu, comme aujourd'hui, se rencontrer pour traiter librement des intérêts communs (applaud.). Je le dis à l'honneur des institutions de notre pays et d'une direction générale qui nous a donné le calme des esprits, et je dirai des passions qui permettent à nos intérêts légitimes de se replier sur eux-mêmes, d'exprimer leurs besoins, d'en délibérer et d'arriver à des résultats qui, à un jour prochain, j'espère, puissent paraître devant les pouvoirs publics et recevoir leur sanction.

Messieurs, le Congrès a déjà produit des résultats réels; je me fais un devoir et un honneur de le constater. J'avais remarqué, dans ce qui m'est arrivé de vos premières délibérations, une préoccupation honorable et généreuse des intérêts de votre considération, et j'avais vu, dans ces débats, des opinions qui m'avaient semblé en contradiction avec l'état actuel de la société. Votre réunion m'a prouvé que j'avais raison. Vous vous préoccupez de votre considération. J'ai entendu faire des parallèles qui sont démentis par l'histoire. Veuillez vous rendre compte de ce qu'était le corps médical quand Louis XIV naissait, que Gui Patin florissait, que Descartes brillait de toutes ses lumières; alors, le médecin était confondu avec l'astrologue; je ne puis dire avec qui l'on confondait le chirurgien, car un pareil état existe encore dans quelques-uns des Etats civilisés qui vous entourent.

Vous ne pouvez douter, Messieurs, de la considération dont jouit une profession qui donne autant de garanties que la vôtre. Il n'y a que vous qui, avant de comparaître devant la société, avant de lui apporter vos secours et le fruit de vos pénibles travaux, ayez demandé trois sanctions : l'une aux Lettres, l'autre aux Sciences, la troisième à la Faculté devant laquelle vous terminez vos études. Tous les autres services de l'Etat se contentent à moins. Vous aviez tort de douter du rang que vous occupiez dans la société française de 1830. Ce rang, d'ailleurs, vous l'aviez acquis par les services que vous rendez chaque jour. J'ajoute avec sincérité, il sera encore mieux mérité à l'avenir par ce que vous avez été dans cette grave conjoncture. Vous avez délibéré avec maturité et en même temps avec promptitude; en peu de temps vous avez pu parvenir à des résolutions décisives, et sans tenir compte de ces vivacités de paroles qui tiennent à l'inexpérience des discussions publiques qui, quand on les a éprouvées longtemps, apprennent que la modération est un élément de force et d'autorité; vous avez eu cette rare sagesse des assemblées nombreuses de vous renfermer dans les limites que vous vous étiez tracées, de vous borner à des discussions relatives à vos intérêts et de présenter des solutions souvent discutables, permettez-moi de le dire, sur lesquelles le gouvernement du roi se réserve de discuter, mais qui toutes méritent qu'on les pèse et qui toutes ont acquis une autorité de plus du poids de vos suffrages. (Applaudissements.)

Messieurs, un autre résultat obtenu déjà, c'est d'avoir constaté, plus peut-être que vous ne le saviez vous-mêmes, que des améliorations nombreuses sont désirables; il y a dans l'état présent des choses, des garanties nombreuses, des satisfactions réelles, des progrès continus, un ensemble d'instruction dont vous vous êtes montrés satisfaits, car la généralité de vos vœux consiste à les étendre et à les affermir.

Le souvenir de 89 était rappelé tout à l'heure devant vous. Il y a une grande différence entre cette assemblée et celles dont le souvenir, n'eût-ce été que par le nombre et par les lumières, a dû se présenter à l'habile et éloquent interprète qui a pris la parole en votre nom. C'est que lorsque nos pères se rassemblaient ainsi, c'était pour détruire, et les premiers de nos votes ont eu pour premier résultat de consolider, d'affermir.

Une de nos Facultés, une de celles qui a brillé du plus vif éclat entre toutes les autres, et qui, par ses connaissances héréditaires et traditionnelles, est digne des plus grands honneurs, cette Faculté s'est inquiétée de voir l'existence des Facultés actuelles mise en question. Vous avez répondu à la dignité de sa sollicitude par un vote décisif. La première expression de votre pensée a consacré les trois facultés dont s'honore la France; vous avez eu raison.

Si la Faculté de Montpellier, par exemple, par des circonstances qui ne tiennent point à elle, mais qui tiennent au déplacement de toute chose dans notre patrie, à cette centralisation contre laquelle le devoir de notre ministère est de lutter, tandis que les autres ministères s'y attachent davantage, si par suite de ce fait immense qui ne tient à aucun homme, mais qui tient aux institutions, la Faculté de Montpellier ne semble pas projeter aujourd'hui d'aussi vives lumières, croyez qu'il est utile qu'il y ait un corps médical auquel on adresse ce reproche d'être spéculatif. Mon intérêt

de grand-maître de l'Université est de favoriser ces tendances diverses. Il naît de là, de ces oppositions, de ces contrastes, des luttes qui font briller de plus vives lumières. A Paris, la pratique est plus savante ; à Montpellier, la théorie est plus pratique ; et, ce que je dis de Montpellier, je le dirai de Strasbourg si je n'avais eu soin, par une expression générale, de faire entendre que j'appliquais à ces deux Facultés la même pensée, la même estime. Je n'insiste que pour marquer le caractère du Congrès et expliquer l'empressement que j'ai mis à venir parmi vous.

Parmi les vœux que vous avez exprimé, il en est qui ne ressortissent pas à mon département ; tels sont ceux qui concernent l'exercice illégal de la médecine, les répressions dont cet exercice illégal peut être l'objet, les lacunes qui existent dans notre législation sous ce rapport ; peut-être les Conseils de médecine, ou du moins ce n'est que partiellement que mon autorité et par conséquent ma responsabilité s'étendent sur cet ordre d'institution Je puis dire qu'il n'y a pas un de vos vœux que je n'aie vu passer avec une satisfaction personnelle et publique, car je puis dire qu'ils sont tous d'anciennes connaissances pour moi, que tous ont été agités, produits, défendus, favorablement accueillis dans une Commission que je m'honorerai toujours d'avoir présidé, et qui avait mis au jour un travail dans lequel l'Université avait marqué sa sollicitude pour les intérêts médicaux, dans lequel elle l'avait montré d'autant mieux qu'elle était éclairée par un esprit dont la vigilance égale les lumières, dont la vigilance est de toutes les heures.

Ces vœux, Messieurs, ceux sur lesquels mon action est directe et personnelle, sont de deux natures. Il en est que je puis à l'instant convertir en actes de la puissance publique. D'autres doivent avoir la sanction du gouvernement du roi ; ceux-là, je ne puis que les porter dans les conseils de la couronne, et ensuite m'appliquer à faire prévaloir devant les trois pouvoirs législatifs ceux que le Gouvernement considérera comme l'expression des intérêts du corps médical et de la société. Parmi les premiers se rencontrent, par exemple, et vœu que vous exprimez pour l'extension de quelques branches dans nos Facultés. Ce vœu, je me fais un devoir de l'accueillir avec d'autant plus d'empressement, que j'y vois un hommage rendu par vous à ces grands corps. Les Facultés n'ont pas enseigné l'histoire et la philosophie de la médecine, et elles ont regretté autant que vous de ne pouvoir le faire ; et si ces hommes qui sont l'honneur de la science en France et en Europe, si ces hommes avaient détourné leur enseignement du but vers lequel il devait être dirigé pour s'occuper de matières qui n'y étaient pas comprises, l'Université les aurait fait rentrer dans la voie dont ils se seraient écartés. L'enseignement, Messieurs, n'appartient pas au professeur ; il doit se renfermer dans le cadre qui lui est imposé. Que diriez-vous si le professeur d'anatomie, de chimie, de physique, allait entrer dans les vues spéculatives et générales, dans ces souvenirs historiques indispensables au médecin, il est vrai ; car on ne sait la science que quand on sait par où elle a passé, mais inutiles et déplacées dans les premiers temps d'un enseignement élémentaire ? Ces chaires n'existaient pas, Messieurs ; elles seront proposées dans le budget que dans quelques semaines je dois déposer sur le bureau des Chambres.

Vous avez exprimé un vœu relatif à une des branches des corps enseignants, à l'agrégation. Ce vœu, je l'approuve : et sous ce rapport il m'est facile de m'expliquer devant le Congrès ; car le jour où le roi remit en mes mains le portefeuille de l'Instruction publique, les agrégés se rappelant mes dispositions à leur égard, et les dispositions que je leur avais témoignées lors de ma première administration, m'exprimèrent les vœux mêmes qui viennent de sortir du Congrès.

Et d'accord en cela avec le Conseil de l'Université, je répondis aux agrégés qu'un budget ne serait pas présenté sans que justice fût rendue à leurs travaux et à leurs services. Vous voulez de plus que dans le nouvel ordre d'examens, une part plus large soit faite aux agrégés. Cette pensée est depuis longtemps arrêtée dans le Conseil de l'Université.

Vous avez traité une question grave et délicate à l'égard du corps enseignant, à l'égard de ces professeurs qui, appesantis par l'âge, fatigués peut-être par l'exercice même de leurs fonctions, perpétuent un enseignement consacré par une longue expérience, par une longue autorité. Il y a là matière à méditation et j'ai vu que vous aviez eu l'intention de faire passer dans la loi de l'enseignement une partie des dispositions auxquelles l'État s'est arrêté pour les plus illustres de ses défenseurs. Apparemment, puisque la loi l'a voulu, ce régime était bon pour l'armée. Je ne l'appliquerai point au corps enseignant. Je n'admettrai point qu'il doive y avoir une époque avancée de la vie, où précisément parce que les forces s'épuisent, que le front se couvre de cheveux blancs, que le moment est arrivé de suspendre les travaux ; je n'admettrai pas qu'à cette époque on doive passer d'une position restreinte à une position plus restreinte encore. J'aviserai à ce que tous ces intérêts soient ménagés ; que l'on concilie le respect dû à la vieillesse avec les égards dus à l'instruction des jeunes gens ; que l'enseignement puisse être suspendu pour ces doyens de la science, sans que les ressources leur manquent, sans que l'on réduise encore plus l'honorable modicité de fortune dont ils jouissent. (Applaudissements.)

Les écoles préparatoires vous ont occupés. Dans cette sagesse qui a plané sur vos travaux, vous avez pensé qu'elles devaient être maintenues ; vous vous êtes prononcés pour le fait existant ; vous lui avez donné la consécration de vos suffrages.

Un vœu a été exprimé, que les écoles de pharmacie fussent plus directement attachées à l'Université ; qu'elles passassent tout entières sous son autorité ; qu'elles ne relevassent que d'elle. Vous avez eu raison ; la dignité de l'enseignement médical y est intéressée. Je me propose, Messieurs, de demander immédiatement aux Chambres les moyens de pourvoir, ne fût-ce que partiellement, aux vœux exprimés par le Congrès ; je dis partiellement, parce qu'il faut dans toutes les choses de la politique procéder avec mesure, parce que le chiffre qui doit être proposé pour ces améliorations tout entières est tellement considérable, qu'il serait peut-être de la sagesse des ministres d'accepter des tempéraments pour les mieux assurer (Applaudissements.) Mais j'aurai soin que ces mesures, prises dans l'intérêt de l'enseignement, de la science, tournent au profit de la science.

Sous un autre rapport, je ne restituerai pas aux villes leurs sacrifices ; il faut qu'ils aient une autre portée, qu'ils concourent toujours à l'exécution d'une même pensée, qu'ils s'appliquent au matériel de vos Écoles, qui vous a paru avec raison incomplet, et dont le développement est indispensable au but que nous voulons atteindre. Nous devons offrir des garanties à la science en même temps qu'aux familles. Nous devons prendre des mesures telles, que l'on ne puisse craindre de voir se restreindre la population médicale au delà de ce qu'exigent les besoins du pays et les nécessités de la santé publique.

Messieurs, de grandes questions générales ont été produites et devaient l'être. Je vais les caractériser en peu de mots. Vous avez traité la question de l'enseignement libre, celle de la réduction du corps médical à une seule classe, la question du concours, la question de l'immixtion au corps des facultés de juges pris en dehors des facultés. Messieurs, ces questions méritaient votre examen, et seules elles auraient justifié les délibérations du Congrès. Sur ces questions, le gouvernement du roi se rendra compte de ce que demande le corps médical, de ce qu'exigent ses besoins.

Le corps médical a un triple caractère ; c'est ce qui a fait sa force si uation. C'est une profession à la fois utile non-seulement à tous les intérêts essentiels, mais à toutes les sollicitudes intimes de la famille et de la société. C'est une science qui se rattache à toutes les sciences indispensables et au profit de laquelle tournent tous les progrès. C'est enfin un ministère, une mission de charité, comme on l'a dit dans cette enceinte, et cette mission relève votre caractère. Oui, vous êtes les missionnaires de la charité. De même que partout où il se trouve des douleurs morales, il faut qu'il y ait un prêtre pour les consoler, partout où il se montre une douleur physique, il faut qu'il y ait un médecin pour la guérir (très-bien). C'est là une préoccupation qui sera présentée au gouvernement du roi dans toutes ses conséquences. Je vous dirai seulement une chose, c'est que ces questions controversées qui ont mis les esprits les plus puissants en présence, ces questions seront mûries, pesées, avant d'être débattues devant les pouvoirs publics, avec un poids de plus dans la balance, celui des vœux que vous avez exprimés et de la manière dont vous les avez exprimés.

Il est un vœu que je n'oublierai pas : c'est celui de voir nos Écoles préparatoires faire comme nos armées, passer les mers, aller chercher ces terres si nouvellement françaises que vous avez raison de revendiquer. Si c'est par la guerre qu'elles ont été conquises, c'est par la civilisation qu'elles doivent être conservées. (Applaudissements.)

Vous voyez déjà, comme j'espère la voir bientôt, l'Algérie passer à l'état de province française. J'aspire au jour où ses Écoles pourront être universitairement constituées, où elle aura ses recteurs de l'Académie, où son Collége sera Collége royal, où elle aura une Faculté des lettres, où une École préparatoire de médecine viendra en aide aux officiers de santé de nos armées, qui soignent les blessures de nos soldats sur le champ de bataille ; donnera aux populations ces exemples de bienveillance, de dévouement et de charité qui nous font des conquêtes plus sûres que celles de nos soldats. Il y a de grandes raisons pour que nous nous hâtions de réaliser ce vœu du Congrès. La race arabe n'est accessible que par la religion et la médecine : la religion nous sépare, la médecine nous rapprochera. (Applaudissements.)

On sait quelle importance ce peuple attache sous ses tentes à ces forces de la vie qui sont tout pour lui, qui sont sa richesse, ses moyens de négoce, de combat, et par cela même quelle importance il attache aux paroles savantes qu'il pense devoir les lui rendre ; on sait quel respect il porte au médecin qui a prouvé que sa science n'est pas vaine, qu'elle repose sur une expérience positive, sur des moyens sûrs. Les médecins sont les missionnaires de conquêtes pour la France, de civilisation bien plus encore. Nous verrons l'École d'Alger suivie par les médecins et les élèves Arabes qui portent sous la tente de leurs compatriotes les trésors qu'ils auront puisés chez vous. Vous aurez servi à la fois la science et le pays.

Messieurs, vous allez retourner dans les départements que vous avez quittés en si grand nombre pour y discuter les intérêts communs, dites à ceux qui vous ont délégué que le gouvernement du roi veille sur tous les intérêts, qu'il s'occupe des besoins de la société, qu'il cherche à les comprendre, et fait, quand il le peut, tous ses efforts pour les satisfaire. Vous n'avez pas exprimé un vœu qui n'ait été entendu, qui ne soit accueilli et ne soit bientôt exaucé, s'il ne se trouve pas en présence d'intérêts de même nature, mais plus grands encore que les nôtres.

Messieurs, il été parlé au commencement de cette séance d'une solennité digne de vous ; j'éprouve un regret profond, c'est que d'autres devoirs ne me permettent pas de me réunir à vous et de réclamer le droit de conduire le deuil du savant illustre auquel vous allez rendre un noble et magnifique hommage. Que cette occasion me soit donnée de vous dire qu'un autre de vos vœux est déjà satisfait. Il n'est pas vrai de penser que les galeries de Versailles portent écrits sur leur fronton ces mots : *A toutes les gloires de la France*, sans que les vôtres y soient rassemblées aussi. En ce moment même la toile et le marbre travaillent pour les galeries de Versailles à faire revivre une collection de vos grands hommes dont j'ai donné la liste au prince illustre qui veille avec sollicitude sur tous les intérêts du pays. Assurément les traits de Bichat y revivront ; vous pouvez aller avec sécurité dans ces galeries, vous n'y trouverez pas seulement l'image des guerriers qui ont agrandi la France ou qui l'ont défendue ; vous y trouverez encore les images de vos ancêtres, de ceux qui l'ont honorée par la science, qui ont été vos devanciers, qui seront vos modèles, et qui trouvent parmi vous un si grand nombre d'imitateurs. (Applaudissements, acclamations unanimes et réitérées.)

M. le docteur Clausade, délégué de Gaillac, propose à l'assemblée, au nom des délégués des départements, le vote de la proposition suivante :

Je propose de voter :

Des remercîments à M. le ministre de l'instruction publique, pour la haute bienveillance qu'il a bien voulu témoigner au Congrès.

A M. le président et au Bureau tout entier pour les labeurs auxquels tous les membres qui le composent se sont livrés afin de diriger des discussions toujours importantes et quelquefois orageuses, et de rédiger des procès-verbaux devenus la partie la plus précieuse de nos archives.

A la Commission permanente pour les soins qu'elle a dû se donner pour constituer notre réunion, et particulièrement à M. le docteur Amédée Latour. Il a su développer l'idée de notre Congrès, après avoir été un des premiers à la concevoir, et par des travaux constants, pénibles et sans précédents, il est arrivé à organiser cette assemblée qui, belle par ses résultats actuels, le sera aussi pour l'avenir qu'elle promet à la profession médicale. (Bravos, applaudissements prolongés.)

M. le président se lève, et dit n'avoir rien à ajouter au témoignage que vient de manifester l'assemblée par ses unanimes acclamations.

M. le ministre. Je m'aperçois, Messieurs, que je suis resté un instant de trop dans le sein du Congrès. De tous les noms de ceux auxquels on vient de vous proposer de voter des remercîments, je n'ai à vous proposer que d'en effacer un, celui du ministre de l'Instruction publique ; il ne mérite pas vos remercîments, car il n'a fait que son devoir. (Applaudissements. Acclamations.)

Séance du 12 novembre (2 à 5 heures).

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 11. — Questions diverses. — Sages-femmes.*

Nous avons omis de reproduire dans le compte-rendu de la séance d'hier un amendement de M. le docteur Mérier, délégué de la Société de médecine de Blois, et médecin en chef de l'Asile des aliénés de la même ville, membre de la Commission chargée d'examiner la question des médecins étrangers. M. Mérier voulait que deux épreuves fussent suffisantes à un médecin étranger muni du diplôme d'une université étrangère, non pas pour être reçu docteur français, mais pour exercer la médecine en France

Au commencement de la séance d'aujourd'hui, l'assemblée est des plus nombreuses. Presque tous les membres de la section de médecine sont présents, attirés par l'importance de la question qui a été mise à l'ordre du jour, et par l'intérêt que ne peut manquer d'offrir la discussion de l'amendement de MM. Malgaigne et Laussedat.

Lecture du procès-verbal est faite par un des sécretaires particuliers.

Quelques orateurs se plaignent de l'inexactitude du procès-verbal, dans lequel on n'a pas mentionné ce fait, que le rapporteur de la Commission n° 9, M. Cerise, a déclaré se retirer et protester, à la fin de la dernière séance.

M. le président déclare qu'il n'a ni dû, ni voulu entendre la déclaration de la Commission, qui n'est nullement dans les habitudes des assemblées délibérantes.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le rapporteur de la Commission pour les médecins étrangers, établit une question préalable qui se réduit à ceci : Les médecins étrangers doivent-ils être, oui ou non, reçus docteurs en France, pour exercer la médecine en France?

Proposition. — Tout médecin étranger reçu docteur dans une faculté étrangère, ne pourra exercer la médecine en France sans être reçu docteur devant une faculté française.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité sans discussion et sons modification.

Deuxième proposition. — 1° Tout médecin reçu docteur dans une université étrangère devra, pour être admis à subir les actes probatoires qui doivent lui conférer le titre de docteur :

1. Déposer un diplôme authentique, témoignant qu'il a obtenu, dans une faculté universitaire, le grade le plus élevé ;

2. Une attestation authentique témoignant de trois années d'exercice de la médecine dans son pays ;

3. Un certificat également authentique qui témoigne de sa moralité.

2° Les actes probatoires exigés des médecins reçus docteurs dans un faculté étrangère, consisteront dans une thèse et deux épreuves individuelles ayant chacune une durée d'une heure. Ces épreuves seront l'équivalent de toutes celles exigées des nationaux, et embrasseront, sous deux chefs distincts, l'ensemble des études médicales théoriques et pratiques.

La parole est à M. Malgaigne pour développer son amendement.

M. Malgaigne. Messieurs, membre de la majorité d'avant-hier, qui a voté pour que l'on exigeât des docteurs étrangers six épreuves, comme on les exige des nationaux, je réclame tout le calme qui convient à une majorité convaincue, sûre d'elle-même. Et d'abord, la Commission a dit, par l'organe de son rapporteur, qu'elle allait nous concéder quelque chose : il importe bien de savoir ce qu'elle veut nous concéder ; car il est évident que si elle nous accorde tout ce que nous lui demandons, il est inutile de continuer la discussion.

M. le rapporteur déclare que la Commission s'en tient aux conclusions qui viennent d'être lues par lui.

M. Malgaigne. La question est donc nettement tranchée. La Commission demande le droit exceptionnel pour les étrangers, nous demandons le droit commun. Pour demander le droit exceptionnel, la Commission a dû avoir des motifs graves ; et j'ai cherché pendant longtemps à les débrouiller dans les considérations, un peu nébuleuses peut-être, dont elle a fait précéder cette discussion Il s'agissait de saisir ces motifs ; je crois y être parvenu, non sans difficulté.

Il y a une première raison qui, évidemment, réduirait toutes les nôtres à néant, c'est celle-ci : que les deux examens que propose la Commission seraient l'équivalent des six examens que nous réclamons. Est-ce une question de forme, d'amour-propre, Messieurs ? s'agit-il de savoir si nous voulons tous au fond la même chose ? Si la Commission ne demande que ce que nous demandons, pourquoi veut-

elle ces examens exceptionnels qui, en somme, ne seraient, dit-elle, que la reproduction des nôtres?

On nous dit, Messieurs, si vous demandez six examens, ce ne sont plus des garanties que vous voulez, ce sont des entraves que vous apportez... Ah! vous vouliez donc nous surprendre en disant que l'on interrogerait ces docteurs étrangers sur toutes les parties de la médecine? (Applaudissements.) On nous propose des équivalents, et quand, abondant dans l'esprit de la Commission, nous les demandons, ces équivalents, on nous répond : Vous ne les aurez pas!

Laissons donc de côté cette fantasmagorie de deux examens qui en vaudraient six, la Commission vient de vous avouer que les docteurs étrangers ne seraient pas capables de les passer. Ce sont des entraves, dites-vous! Un praticien étranger est dans une belle position dans son pays; il est entouré d'estime et de considération; il a des cheveux blancs.... et vous lui demanderez de venir s'asseoir sur les bancs et de passer de nouveau ses six examens. Il y a deux sortes de médecins étrangers, Messieurs. Il y en a d'abord qui sont véritablement savants et instruits, qui jouissent d'une réputation reconnue et méritée, qui valent les médecins français, en un mot. Laissons ceux là. Nos six examens ne les effraieront pas. Mais est-ce là la majorité? Permettez-moi de vous apporter une autorité dont vous ne déclinerez pas la compétence.

Le doyen de la Faculté de médecine nous déclarait dernièrement, et tout haut, que pour la majorité des médecins étrangers, on ne peut se faire une idée de l'ignorance de ceux qui demandent l'autorisation d'exercer en France; qu'il en est 95 sur 100 qui seraient tout à fait incapables de passer un examen sérieux.

On vous a dit que les universités étrangères valaient les nôtres, et l'on vous a parlé de l'Angleterre! En Angleterre, il n'y a pas de Facultés: Il y a des Ecoles particulières, et ces Ecoles font trois sortes de médecins. D'abord les *physicians*, grade qui répond à notre grade de docteurs en médecine, ce sont les hommes véritablement instruits et savants. Puis viennent les chirurgiens (*surgeons*), nos officiers de santé; puis enfin ceux que l'on appelle les apothicaires, que je ne saurais mieux comparer qu'aux *barbiers* du XVIIIe siècle. Eh bien! ces hommes, ces barbiers viendront chez vous vous demander d'être assimilés à vos docteurs! Cela n'est pas possible.

Voulez-vous que je vous parle des universités d'Allemagne, et que je vous dise comment se font recevoir les docteurs allemands? Il y a en Allemagne une grande quantité d'universités. Il y en a quelques-unes qui valent quelque chose; il y en a beaucoup plus qui n'ont pas la moindre valeur, qui ne valent pas la dernière de nos Ecoles secondaires. Elles se soutiennent par la rétribution qu'elles reçoivent des élèves qui suivent leurs cours, et souvent elles sont obligées de recourir aux expédients. Un jour, il est arrivé qu'une Université bien connue, l'Université de Giessen, a pris un grand parti, celui d'offrir des diplômes pour cinquante livres sterling. L'Université de Wurtzbourg a cessé d'exister tant ses diplômes étaient tombés en discrédit; en effet, dans les dernières années, les docteurs qu'elle recevait n'avaient permission d'exercer, vu leur ignorance, que dans certaines banlieues, dans quelques petites localités. Il y en a encore une que je dois vous signaler, celle de Marbourg. Celle-là, Messieurs, fait mieux que les précédentes; elle expédie les diplômes par le roulage ou par la poste; elle les expédie à qui veut, à des femmes même, et nous avons vu tous madame Boivin se parant d'un diplôme de l'Université de Marbourg, elle qui n'avait jamais été subir aucun examen devant la Faculté de Marbourg.

On vous a dit encore, Messieurs, que l'on exigerait des certificats de moralité, et d'autres certificats constatant que les médecins auraient exercé pendant trois ans au moins dans leur pays. Il y a quelques jours à peine que vous vous êtes prononcés à une immense majorité contre les jurys médicaux, à cause des certificats d'études, certificats le plus souvent de complaisance, délivrés par des docteurs français. Vraiment, je m'étonnerais si, rejetant comme insuffisants les certificats des médecins français, vous admettiez comme suffisants les certificats des médecins étrangers.

On dit que vous ferez une enquête; qu'est-ce que veut dire, je vous prie, ce mot d'enquête? Vous parlez de certificats de moralité venant des extrémités de l'Europe; mais c'est une plaisanterie, et je n'y crois pas. Comment pourriez-vous contrôler des signatures qui vous viendraient de Suède ou de Norvége? Ainsi, vous n'avez pas de garantie d'instruction, vous n'en avez pas plus pour la moralité; vous n'avez pas le moyen de savoir si vos docteurs étrangers ne sont pas de honteux fugitifs expulsés de leur pays. Je viens de vous dire, et je vous le répète, que ces docteurs ignorants, d'après l'aveu même du doyen de la Faculté de Paris, forment les 95/100 de ceux qui se présentent pour exercer en France. Il ne s'agit donc pas ici de ces grandes lumières qui viendraient reluire dans les Facultés françaises; je vous dirai plus: c'est au nom d'un grand nombre de ces médecins étrangers eux mêmes que je viens vous prier d'exiger d'eux le droit commun.

Mais, cependant, prenez garde, il y a un grand danger, et j'entends parler du droit de réciprocité; vous êtes sévères pour les médecins étrangers, les étrangers seront sévères pour les médecins français. Je n'affaiblis pas l'objection; mais, Messieurs, on vous a toujours trompés, on vous trompe encore par ces grands mots et ces grandes phrases. Je vais vous dire ce qu'il en est de cette prétendue réciprocité. Cette réciprocité n'existe nulle part. En fait de réciprocité, la France a toujours été au-devant des autres nations. Les Brésiliens acceptent vos docteurs, et vous n'acceptez pas les docteurs brésiliens? Je le crois bien, il n'y a pas de Faculté au Brésil. On nous a dit la même chose pour les Egyptiens, et à cet argument nous faisons la même réponse. Voici un fait.

Les Russes devraient, avec reconnaissance, accepter nos docteurs. Eh bien! il y a quelques années, un médecin attaché à l'ambassade française à Saint-Pétersbourg, voulut se faire recevoir dans cette ville, et il fut obligé de subir quatorze examens! (Interruption.) Laissez donc ces grands mots de générosité, de réciprocité; il y a quelque chose qui les prime tous, c'est l'intérêt de la santé publique.

On vous dit : les voyageurs qui passent en France n'y passeront plus. Rassurez-vous, nous n'avons pas cette absurdité, et d'ailleurs nous avons des colléges médicaux auxquels nous nous en rapportons complétement. On en appelle à la générosité française. Combien votre droit commun est mesquin! nous dit-on. qu'est-ce que vous représentez ici? Un vil intérêt! C'est une vile question de gros sous.... On n'osera pas venir présenter la question dans cette enceinte, sous un pareil point de vue; mais elle n'en est pas moins blessante pour un grand nombre de praticiens des campagnes qui courent nuit et jour dans la chaumière du pauvre comme dans la maison du riche.

Et d'ailleurs, quand nous parlerions ici d'intérêt professionnel; pourquoi nous sommes-nous réunis ici, si ce n'est parce que la profession souffre? Elle souffre dans sa dignité et dans sa considération; elle souffre dans ses misères du foyer domestique, dans ses intérêts matériels. Je porte les regards autour de moi, je vois toutes les professions s'occuper de leurs intérêts; pourquoi ne pas nous en occuper aussi? Un professeur distingué de Strasbourg, M. Forget, représente ici cent médecins du Bas-Rhin, qui voient leurs foyers assiégés tous les jours par cinquante médicastres venus de l'autre côté du Rhin. Que vous demandent ces cent médecins du Bas-Rhin? Ils vous demandent aide et protection contre cette nouvelle invasion des barbares; et notez bien que je ne suis pas aussi sévère qu'on veut bien le dire contre les médecins étrangers. Des nationaux on exige cinq examens, une thèse et deux examens préparatoires. Nous ne demandons pas pour les médecins étrangers ces deux examens préparatoires, nous les favorisons à nos dépens.

On parle des réfugiés politiques. Qu'ils aient nos vœux, qu'ils aient nos secours; mais ne leur donnons pas la vie de nos concitoyens. Voilà la question bien fixée, ne la déplaçons pas.

En résumé, voici ce que vous avez à voter : on vous propose de faire deux espèces de docteurs; des docteurs à six examens et une thèse, et des docteurs à deux examens seulement. Vous allez faire une nouvelle espèce d'officiers de santé. Vous avez détruit à tout jamais les officiers de santé, et vous voulez faire des officiers de santé étrangers! Et puis ils viendront faire partie de vos conseils et de vos colléges médicaux; car vous n'avez pas oublié que l'inscription dans les colléges médicaux n'est pas facultative. Tous les médecins sont forcés d'y être inscrits; ces étrangers siégeront parmi vous, voteront avec vous, et pourront même quelquefois devenir vos juges. Prenez garde, Messieurs, vous avez extirpé le charlatanisme français, vous allez le remplacer par le charlatanisme étranger. Un mot encore sur les réfugiés politiques. Ceux qui ont le plus notre affection, nos sympathies, les Polonais, ne les avons-nous pas vus, tous docteurs des universités de Pologne, descendre de nouveau sur les bancs des Facultés françaises et se faire recevoir docteur, selon les formes prescrites? Une autre considération; qu'un réfugié politique vous arrive d'un petit canton d'Italie, croyez-vous qu'on lui délivrera le certificat de moralité que vous exigerez de lui? On s'en gardera bien; et de votre certificat de trois ans d'exercice il en sera de même.

La question est donc entre le droit exceptionnel et le droit commun. Le droit exceptionnel doit toujours être suspect, en un mot, même aux réfugiés politiques. Nous voulons bien donner nos vœux, nos sympathies; nous voulons qu'ils passent leurs examens sans bourse délier; nous voulons qu'ils ne meurent pas de faim en France; mais nous voulons aussi qu'ils présentent des garanties suffisantes. Ce que nous voulons, c'est la santé du peuple et la dignité de notre profession.

M. Malgaigne regagne sa place au milieu des applaudissements unanimes.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour répondre à l'orateur.

M. Clausadc, tout en reconnaissant l'importance de la question de principe qui s'agite en ce moment, croit qu'on a beaucoup exagéré le peu de garantie que présentaient les Facultés étrangères. Longtemps il a voyagé soit en Allemagne, soit en Suède, etc., et il peut affirmer que plusieurs des Facultés de ce pays sont loin de mériter la réprobation dont elles sont l'objet. On a commencé par dire que dans le système de la commission on pourrait donner le titre de docteur à des individus qui n'ont, dans leur pays, qu'un titre tout à fait illusoire.

L'orateur se récrie contre l'intention prêtée à la Commission, puisqu'elle a posé en principe que dans l'intérêt de l'unité de la grande famille médicale, on exigerait d'eux qu'ils prissent le grade de docteur en France. Il reconnaît qu'il est des universités où il suffit de déployer des connaissances des plus minimes pour obtenir le grade de docteur; mais en admettant ce point comme démontré, ne faudra-t-il pas qu'ils justifient en outre de trois ans d'exercice?

Et si les réfugiés politiques sont dans l'impuissance d'en justifier, comme on l'a dit, pour passer deux examens et la thèse, cette possibilité existera-t-elle davantage quand ils seront tenus de passer les six que vous voulez leur imposer? Au point de vue scientifique, tout le monde est d'accord; s'il ne s'agissait que du titre de docteur sans droit d'exercice, peut-être serait on moins difficile; et la preuve, c'est que dans nos autres facultés, on ne demande aux candidats que de passer l'examen du grade qui suit celui qu'il avait obtenu dans son pays. Ainsi, le licencié allemand est admis tout d'abord à passer un examen de docteur.

L'orateur insiste sur ce point, qu'en réalité les épreuves sont exactement les mêmes, et que la garantie des deux examens de la Commission équivaut tout au moins à celle des six proposés par l'amendement. De plus, il rappelle que le Congrès a demandé l'adjonction de praticiens de la ville dans les jurys d'examen, et que cette innovation est une de celles qui présentent, à l'égard des étrangers, la plus imposante garantie.

M. le président relit l'amendement de MM. Malgaigne et Lausse-dat. Il est ainsi conçu :

« Tout médecin étranger, pour exercer en France, sera obligé d'obtenir le titre de docteur, et, en conséquence, de passer les six examens et la thèse devant une Faculté française. »

L'amendement est mis aux voix et adopté à une très grande majorité.

M. Marchal (de Calvi) propose d'ajouter à cet article la disposition suivante :

« Une exception sera admise en faveur des réfugiés politiques, que l'on ne soumettra qu'à deux examens pratiques pour s'assurer de leur capacité à exercer la médecine. » (Rejeté.)

Le même orateur présente un second amendement conçu en ces termes :

« Les réfugiés politiques seront dispensés des frais d'examen, d'impression de thèse et de diplôme. » (Adopté à l'unanimité.)

Limitation du nombre des médecins. — La Commission ne pense pas que le principe de la limitation des médecins soit en harmonie avec nos institutions et nos mœurs; elle a émis le vœu qu'elle s'opérât par la rigueur progressive des épreuves.

M. Letellier voudrait que l'autorité donnât aux jeunes médecins des garanties d'avenir. Il cherche à réfuter l'objection tirée de la liberté des professions libérales, qui n'est autre que la liberté de mourir de faim. (Murmures.)

La proposition de la Commission est mise aux voix et adoptée.

La parole est à M. *Gerdy* jeune, rapporteur de la Commission n° 11.

Première conclusion. — Que chaque année les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner par voie de concours, parmi les élèves ayant deux ans d'étude, un certain nombre de lauréats qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés.

M. Fontan combat la proposition comme incomplète et trop limitée; il propose l'amendement suivant :

« Les bourses devraient être aussi données, au début des études médicales, aux élèves qui se seraient distingués dans leurs études littéraires et scientifiques. »

M. Béclère manifeste le vœu que ces bourses ne soient accordées qu'à des jeunes gens pauvres.

M. le rapporteur pense qu'en demandant trop on risque de ne rien obtenir.

La proposition de la Commission est adoptée.

Deuxième conclusion. — Que le gouvernement s'occupe de créer, auprès des établissements thermaux fréquentés par un grand nombre d'indigents, des hôpitaux ou des établissements destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité. (Adoptée sans discussion, ainsi que les deux suivantes.)

Troisième conclusion. — Qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigents des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux de l'arrondissement ou du département, lorsqu'ils ne pourraient recevoir chez eux les soins convenables.

Quatrième conclusion. — Qu'il prenne également les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passe-ports d'indigents et qui tombent malades en voyage soient reçus dans les hôpitaux où ils se présenteront.

Cinquième conclusion. — Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé, pour les chefs-lieu de canton et les communes rurales *comme pour les populations plus importantes*, des dispensaires chargés de fournir aux indigents les secours de la médecine et de la pharmacie, et dont les médecins seraient en outre appelés à constater les naissances et les décès dans les petites populations.

M. Hullin reconnaît comme tout le monde la nécessité de dispensaires dans les campagnes; mais, pour lui, la difficulté est de les créer et de les alimenter.

Il dépose sur le bureau une note à l'appui de ses convictions, dans laquelle il développe les moyens d'arriver à ce but désiré de tous.

M. Rigal (de Gaillac) craint que M. le rapporteur, par le vague de ses expressions, n'ait, à propos des dispensaires, impliqué la question des médecins chargés spécialement du service. Il rappelle, au nom de la sixième Commission, la décision suivante prise dans son sein : « Le service médical sera fait dans les dispensaires par les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres. » L'orateur demande que cette disposition soit nettement spécifiée dans la décision de la Commission.

M. Baude repousse la distribution des médicaments faite sur l'ordre de tous les médecins. Ce serait détruire un contraste nécessaire; la mesure est inapplicable dans les grandes villes, et surtout à Paris. Le médecin du bureau de bienfaisance doit être comptable des ordonnances qu'il signe. Le système a été essayé à Alger, et a amené des résultats fâcheux.

M. Rigal signale, dans la proposition, le retour aux médecins cantonaux; question jugée par le Congrès. Il maintient l'appel libre de tous les praticiens par les pauvres malades.

M. le rapporteur rappelle que le Congrès n'a pas repoussé d'une manière absolue, et partout, l'institution des médecins cantonaux. La Commission a entendu ne pas engager l'administration; elle a considéré, comme antilibéral, le fait de donner à tous les médecins l'autorité qu'on réclame pour eux, et elle a admis qu'on pourrait nommer un ou plusieurs médecins, suivant le besoin.

M. Rigal déclare que de ces réflexions sur cette question, il résulte pour lui que l'exception doit être le médecin afférant au dispensaire, le médecin cantonal, et que la règle doit être la liberté pour le corps médical de suivre la spontanéité de son dévouement.

M. le rapporteur craint qu'en exigeant que tous les médecins soient de droit médecins des dispensaires, on ne compromette le succès d'une mesure utile en elle-même pour les pauvres.

M. Letellier réclame l'égalité pour tous; et puisqu'on a reconnu la nécessité de l'inscription obligatoire pour les villes comme pour les campagnes, la conséquence de ce principe est que chacun doit être appelé à faire à son tour le service des pauvres.

L'amendement de M. Rigal, ainsi conçu, est mis aux voix et adopté;

« Le service médical sera fait dans ces dispensaires, par tous les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres. »

Sixième conclusion. — Qu'au sortir des hôpitaux, les convalescents soient confiés, lorsqu'ils le désireront, aux soins d'un médecin appartenant aux établissements de secours, qui les visitera et leur fera donner les secours nécessaires. (Adopté sans discussion.)

Septième conclusion. — Que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux et autres établissements de bienfaisance fassent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs avec voix consultative.

M. Morel-Lavallée propose que l'on ajoute les mots : « Les médecins honoraires de ces établissements auront voix délibérative. »

Sur la proposition de M. Coste, on ajoute : « Des hôpitaux et autres établissements. »

L'article ainsi modifié est adopté.

Huitième conclusion. — Que chaque année les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance, soient appelés à se réunir dans leurs localités respectives pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes, et les améliorations à obtenir dans ces établissements; que ces rapports soient adressés en double expédition, l'un à l'administration qu'ils concernent, l'autre au ministre de l'intérieur, pour le département de la Seine, et aux préfets pour les autres départements.

Adopté sans discussion.

Neuvième conclusion. — Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient pas soumis à des réélections successives, comme cela se pratique à Paris, mais que leurs fonctions se prolongent de droit jusqu'à l'époque fixée pour la retraite.

M. Tessereau exprime le vœu que les médecins des hôpitaux ne soient pas nommés pour toute leur vie, mais seulement pour dix ans, quatre ans comme adjoints et six ans comme titulaires.

M. le président fait remarquer que la Commission n'a pas préjugé le temps que passeraient les médecins dans les hôpitaux. Sur cette observation, l'article de la Commission est adopté.

M. Tessereau revient sur sa proposition, et propose l'article additionnel suivant :

« Les médecins des hôpitaux seront nommés pour dix ans seulement; ils feront le service comme médecins-adjoints pendant quatre ans, et pendant six ans comme titulaires. »

M. Tardieu trouve cette conclusion dangereuse en ce sens qu'elle ne laisserait pas aux médecins le temps d'accomplir de grands travaux.

D'après la proposition de M. Fontan, la disposition suivante est adoptée :

« Les médecins des hôpitaux seront nommés pour quinze ans, cinq ans en qualité d'adjoints, dix ans en qualité de titulaires. »

La séance est levée à sept heures un quart.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. DAVALLON.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 5. — Codex. — Tarif légal. — Expertises judiciaires.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté après quelques légères modifications demandées par MM. Vée et Robiquet (de St-Malo).

M. Boudet, secrétaire-général, propose que les questions diverses non comprises dans le programme, soient renvoyées à la Commission n° 11, sous le titre de Questions diverses, et que tout ce qui a rapport à la police de la pharmacie, soit ajouté au programme de la Commission n° 12.

Cette proposition est adoptée.

M. Miahle, rapporteur de la commission n° 5, a la parole. (*Voir* le n° du 8 novembre.)

La discussion générale est ouverte sur la première proposition, qui est adoptée à l'unanimité après quelques observations présentées par MM. Dubail et Dorvault.

On passe à la seconde proposition. La Commission ayant proposé que le Codex fût rédigé en latin, M. Vée combat cette proposition en se réunissant à la minorité de la Commission. Les avantages prétendus du latin pour la propagation du Codex à l'étranger, ne sauraient être soutenus. Il ne faut pas non plus, ajoute l'orateur, craindre de livrer cet ouvrage en français, au public; il y a de grands inconvénients d'ailleurs à reproduire en latin tous les mots qui sont du domaine de la science; on s'exposerait ainsi au ridicule. Il vote contre la proposition.

M. Abbadie appuie la proposition de la Commission.

« Rédiger le Codex en latin, c'est justifier les exigences littéraires à l'égard des élèves; c'est éviter que ce livre puisse tomber entre les mains des herboristes et de tous ceux qui empiètent sur la pharmacie. »

M. Dupuis, délégué de Rouen, partage l'opinion de M. Vée par les mêmes raisons de ce dernier, en faisant remarquer que tous les Codex étrangers sont reproduits en langues nationales.

M. Garnier (Victor) appuie l'opinion de M. Vée. Il ne comprend les exigences littéraires actuelles qu'autant qu'elles ont pour but de donner aux élèves des connaissances générales et variées. Il ne croit pas que par la rédaction du Codex en latin on arriverait à la suppression des abus.

M. Fumouse vote contre la proposition de la Commission.

M. Flon, en votant pour la proposition, rappelle que c'est plutôt à cause de questions relatives à l'impression de l'ouvrage, que le dernier Codex a été rédigé en français, que par tout autre motif.

M. Durozier voudrait que le Codex fût un symbole scientifique; c'est principalement pour ce motif qu'il vote pour la rédaction en latin.

M. Chapart combat la proposition de la Commission.

M. Recluz prend la parole pour l'appuyer. Il cherche à établir que la langue française n'est pas aussi répandue qu'on a bien voulu le prétendre; un grand nombre de savants étrangers l'ignorent. Il en conclut que le Codex doit être rédigé en langue latine, qui est la langue universelle.

M. Thieullen combat la proposition de la Commission.

MM. Saucon (de la Charente-Inférieure), *Aubergier* et *Fichol*, parlent dans le même sens.

M. Garnier (Victor) fait observer qu'on reçoit encore un grand nombre de formules écrites en latin dans les pharmacies, et vote pour la proposition.

La proposition de la Commission est mise aux voix et rejetée.

On passe à la proposition suivante, devenue la proposition n° 2. Elle est mise aux voix et adoptée.

Après quelques observations de MM. Dubail, Schaeuffele et Recluz, la proposition de la Commission, modifiée par M Boudet, est adoptée.

Sur les observations de MM. F. Boudet et Buignet, plusieurs propositions formulées par la Commission sont supprimées comme indiquant des détails qui seraient beaucoup mieux placés dans le rapport que dans les conclusions. Le rapporteur est prié de faire rentrer ces détails dans le rapport lui-même.

Les trois propositions suivantes sont supprimées en vertu des mêmes considérations, et renvoyées au rapport.

On passe successivement à la quatrième, à la cinquième et à la sixième, qui sont successivement adoptées.

La Commission avait proposé que le Codex fût obligatoire pour tout le corps medical.

M. Buignet et *M. le rapporteur* défendent la proposition de la Commission.

M. Bourdet fait observer que, s'il s'agit de la possession du Codex, on ne saurait la rendre obligatoire pour les médecins et que, prétendre les astreindre à formuler conformément au Codex, c'est porter atteinte à leur omnipotence, qui leur donne le droit de modifier, dans leurs prescriptions, les formules du Codex elles-mêmes.

MM. Latour et Dubail parlent dans le même sens.

M. Dubail demande que la proposition de la Commission soit remplacée par celle-ci : La possession du Codex sera obligatoire pour tous les pharmaciens.

Cette proposition est adoptée.

M. Martin (Alexandre) remet à M. le président la proposition suivante : Le Codex contiendra seulement les formules des préparations dont la vente appartiendra exclusivement aux pharmaciens.

M. Dupuis, délégué de Rouen, démontre que cette proposition se trouve indiquée dans le Mémoire imprimé des pharmaciens de Rouen.

M. Guibourt soutient qu'il est des préparations, telles que les sirops de groseilles, de cerises, l'eau de fleur d'oranger, dont la vente ne peut être interdite à d'autres qu'à des pharmaciens, et dont la préparation doit cependant être réglée par le Codex en ce qui concerne les pharmaciens.

M. Vée s'associe à l'opinion de M. Guibourt; mais il pense que la proposition de M. Martin, qu'il trouve bonne en elle-même, ne se rapporte pas à l'objet de la discussion actuelle.

M. Magonty, de Bordeaux, entre dans quelques considérations relatives à la définition du mot médicament. Il se rattache à l'opinion de M. Martin, en demandant qu'on établisse une délimitation exacte entre les produits dont la vente doit être exclusivement réservée aux pharmaciens.

M. Dubail insiste sur les considérations déjà présentées par M. Vée.

L'ajournement de la proposition de M. Martin est prononcé.

Deux nouvelles propositions suivantes de la Commission sont supprimées.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le tarif légal.

M. Latour, de Trie, demande qu'on établisse un tarif différent pour chaque localité, en raison des circonstances différentes dans lesquelles les pharmaciens se trouvent placés.

M. Accault combat le tarif légal. Le médicament, dit-il, étant une marchandise, ne saurait être soumis à un tarif. Il serait impossible, d'ailleurs, d'empêcher qu'il fût éludé.

M. Favrot combat l'opinion du préopinant. Le médicament ne pouvant être livré que sur la prescription d'un médecin, ne peut être considéré comme une marchandise et doit être soumis à un tarif.

M. Vée soutient que la création d'un tarif légal est conforme à la dignité et à l'intérêt général de la pharmacie. Cette création peut offrir de grandes difficultés; mais déjà l'expérience, faite dans plusieurs départements, tels que ceux du Haut-Rhin et de la Marne, prouve que ces difficultés ne sont pas insurmontables. Sans doute, il imposera quelques sacrifices individuels, mais les pharmaciens en ont eu déjà beaucoup à faire. A propos de l'organisation nouvelle de l'enseignement doivent-ils reculer lorsqu'il s'agit de l'organisation autrement importante de l'exercice de la profession? Un tarif légal peut être défavorable à certaines classes de la société, mais ne peut-on pas établir un tarif réduit pour les pauvres? Le tarif légal affranchit le pharmacien de toute discussion avec le public au sujet des prix, et c'est là un immense avantage pour la dignité du pharmacien.

M. Guibourt exprime une opinion contraire à celle de M. Vée. Il conçoit un seul Codex pour toute la France, mais il ne comprend pas un tarif unique; il en faudrait un pour chaque arrondissement et même pour chaque quartier dans une grande ville. L'Ecole de pharmacie et le ministre du commerce se sont prononcés contre cette institution.

M. Hauduc n'admettrait le tarif qu'autant que la limitation des officines serait établie. Le tarif légal n'empêcherait pas la vente au rabais.

M. Saucon, délégué par 60 pharmaciens de la Charente-Inférieure, déclare que le tarif est la base de toutes les réformes relatives à l'exercice de la pharmacie.

M. Malard dit quelques mots dans le même sens.

M. Vée propose de déclarer que le tarif légal est possible et nécessaire avec les institutions nouvelles que le pharmacien est sur le point d'obtenir.

M. Boudet lit alors la proposition de la Commission qui détermine dans quelles conditions le tarif légal est possible.

La Commission établit en effet qu'un tarif légal sera possible et utile lorsque le nombre des pharmaciens sera limité, et que les réceptions des pharmaciens auront lieu sous l'empire des nouvelles exigences scientifiques demandées par le Congrès médical.

M. Vée, revenant alors sur sa première proposition, demande le tarif sans condition dans les termes suivants :

« Un tarif est utile, possible et nécessaire dans l'état actuel de la pharmacie en France. »

Cette proposition est adoptée par une grande majorité.

La discussion est ouverte sur les expertises judiciaires. Les quatre propositions présentées par la Commission étant écartées, M. Latour présente la proposition suivante :

« Un pharmacien sera attaché au parquet près la cour d'assises dans chaque département. Il sera revêtu du titre de pharmacien légiste et recevra un traitement en rapport avec le service qu'il sera appelé à rendre. Il sera nommé par les pharmaciens des départements réunis et pris parmi eux. »

Cette proposition n'étant pas prise en considération, M. Dubail présente la proposition suivante :

« Les pharmaciens appelés à faire des expertises judiciaires devront être suffisamment indemnisés et considérés à l'avenir comme experts et non comme témoins. »

Cette proposition est adoptée.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. BOULLAY, vice-président.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 6. — Responsabilité. — Vente des poisons.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

La correspondance se compose d'une lettre de M. Genet, délégué des Deux Sèvres, qui propose quelques additions au Codex.

M. le président invite M. Genet à adresser ses observations à la Commission n° 6.

La parole est à M. Accault, rapporteur de la Commission n° 6.

Messieurs,

Nommé rapporteur par la sixième Commission, je viens présenter à votre appréciation, à vos lumières le fruit de ses études sur les deux importantes questions qui ont fait l'objet de son examen, et vous soumettre des conclusions qui devront résumer son travail.

Au premier abord, ces questions paraissent simples et faciles; mais une étude plus approfondie démontre bientôt que leur solution pratique n'est pas sans offrir quelques difficultés : nous avons fait appel aux personnes qui les avaient précédemment examinées, et nous sommes heureux de pouvoir leur rendre cette justice qu'elles se sont constamment empressées de nous prêter leur bienveillant concours.

Messieurs, je ne m'égarerai point dans un brillant exorde toujours facile à étendre, si on se laisse dominer par le caprice de l'imagination. Je n'abuserai pas de vos moments; j'entre de suite en matière.

La première question que nous avons à examiner est celle-ci :

La responsabilité du pharmacien est-elle convenablement déterminée?

Les conditions auxquelles elle est soumise sont elles équitables?

Votre Commission, Messieurs, n'hésite pas à répondre : Non. Cette responsabilité n'est ni convenablement, ni équitablement déterminée. En effet, une foule de circonstances ne doivent-elles pas diminuer son caractère trop absolu, est-il juste que la loi nous tienne dans un état continuel de suspicion, après avoir exigé de nous tant et de si fortes garanties? Est-il logique, que cette même loi, qui nous force à des absences pour cause de service public, et cela pour un laps de temps quelquefois assez prolongé, fasse peser uniquement sur nous la responsabilité d'erreurs commises dans nos officines, pendant ces absences indépendantes de notre propre volonté, évidemment, non, Messieurs; et, à cet égard, vous partagerez l'opinion de votre Commission. La loi ne devrait-elle pas, dans ce cas exceptionnel, il est vrai, faire peser toute la responsabilité sur ceux qu'elle nous adjoint pour nous aider dans l'exercice de notre profession?

Et cependant, Messieurs, dans l'état actuel des choses, le pharmacien, vous le savez, est seul moralement, correctionnellement et civilement responsable des accidents qui arrivent chez lui, soit par son fait, soit par celui de ses élèves; il est temps qu'une pareille législation ait un terme, ou soit au moins modifiée. Nous ne serons pas taxés d'exigence, je l'espère, en demandant à rentrer dans le droit commun. Nous n'avons pas la prétention de croire que la Société doive rester entièrement désarmée en présence d'un préjudice grave que nous lui aurions causé, mais nous désirons que la responsabilité du pharmacien, dans le cas où il n'aurait pas à réclamer pour un cas d'absence légalement forcé, soit équitablement partagée entre l'élève qui aura commis le délit et le pharmacien, le premier étant déclaré correctionnellement responsable et tous deux partageant solidairement la responsabilité envers la partie civile.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous présenter les propositions suivantes pour répondre aux questions ci-dessus posées :

1° Les pharmaciens ne seront pas correctionnellement responsables des erreurs qui seront commises dans leurs officines, lorsqu'elles proviendront du fait de leurs élèves ou tous autres, ils n'encourront qu'une solidarité quant à la responsabilité civile.

2° Lorsque le délit aura été commis en leur absence pour un service public imposé par la loi, ils ne seront soumis à aucune espèce de responsabilité.

La seconde question qui nous a occupés est celle qui a rapport à la vente des poisons; elle est ainsi conçue :

Les règlements relatifs à la vente des poisons, considérée soit dans le ressort de la pharmacie, soit en dehors de cette profession, ont-ils besoin d'être revisés? De quelles modifications sont-ils susceptibles?

C'est ici surtout, Messieurs, que la Commission, préoccupée de la gravité de la question qui lui était soumise, a dû appeler à elles toutes les lumières dont elle pouvait s'éclairer, en effet, Messieurs, elle ne concerne pas seulement le corps pharmaceutique, mais elle se lie en quelque sorte aux intérêts d'autres professions. A elle se rattachent les plus grands intérêts de la société, qui ne doit pas rester sans garantie en présence des crimes nombreux qui viennent journellement l'épouvanter. Il faut en effet que ces attentats deviennent de plus en plus difficiles, de plus en plus rares sinon impossibles. Dans ses investigations, votre Commission s'est principalement proposée d'atteindre ce but, et tout d'abord elle a émis en principe que le pharmacien seul offrait assez de garantie pour préparer, vendre et débiter les substances ou préparations vénéneuses, exclusivement employées en médecine. Elle a également adopté à l'unanimité ce second principe : que quant aux substances ou préparations vénéneuses employées concurremment en médecine et dans les arts, nul, le pharmacien excepté, ne pourrait en posséder, exposer en vente ou débiter, s'il faisait commerce de substances alimentaires ou de boissons. La Commission ne croit pas qu'il soit utile de faire ressortir devant une assemblée aussi compétente les inconvénients qui pourraient résulter si les substances vénéneuses venaient à être confondues par ignorance ou par incurie avec des produits alimentaires.

En étudiant la législation sur la vente des poisons employés dans l'art de guérir, nous avons eu à examiner une disposition particulière de la loi de germinal an XI, je veux parler de l'article relatif à l'armoire aux poison, dont la clef doit exclusivement rester entre les mains du pharmacien, votre Commission avait cru devoir vous proposer la suppression de cette disposition de la loi et beaucoup d'arguments très-rationnels venaient à l'appui de cette opinion; cependant, après mûre délibération, la majorité s'est prononcée pour qu'elle soit maintenue. Un des principaux motifs qui l'ont décidée dans cette circonstance c'est l'observation que l'élève étant obligé d'aller tout exprès y chercher une substance vénéneuse pour l'exécution d'une formule ou d'une ordonnance, est par cela même prévenu de la nature du médicament qu'il va employer; il serait toutefois à désirer que la loi permît que la clef de cette armoire pût être laissée à la disposition de l'élève que nous avons appelé à partager notre responsabilité. Puisque nous avons parlé de cette armoire aux poisons que nous voulons conserver, nous émettons le vœu que son exécution puisse être rendue praticable. Il serait nécessaire pour cela de faire une révision complète des substances ou médicaments qui doivent être rangés dans la catégorie des poisons, car réellement, si le pharmacien était forcé de tenir sous clef toutes les substances considérées comme telles dans certain tarif que MM. Chevalier et Thieulen ont mis entre les mains des pharmaciens pour régulariser la vente dans leur officine des produits vénéneux, avec la meilleure volonté il serait difficile de ne pas enfreindre le texte de la loi. Ces messieurs ont fait figurer sur leur liste diverses plantes, telles que la laitue vireuse, le narcisse des prés, le nénuphar et d'autres substances dans lesquelles le principe vénéneux s'il n'est pas contesté n'est pas non plus très redoutable. Pour arriver à faire un tarif plus rationnel, nous pensons que la première Commission choisie pour la rédaction d'un nouveau Codex devra établir la liste des poisons que les pharmaciens devront renfermer dans une armoire particulière.

En examinant ensuite ce qui serait utile et praticable quant aux formalités à imposer pour la vente des poisons employés à certains usages domestiques ou consacrés aux besoins de l'industrie et de l'agriculture, nous pensons que le projet réglementaire que nous allons présenter atteindrait d'autant mieux le but désiré qu'il tendrait à diminuer la responsabilité du vendeur en même temps qu'il offrirait l'avantage de guider la justice dans les recherches d'un coupable.

Il consisterait à exiger des personnes voulant se procurer des substances toxiques un certificat délivré par un maire, un adjoint ou un commissaire de police. Le certificat serait détaché d'un registre à souche portant un numéro d'ordre, le nom et la demeure du demandeur; il serait également tenu chez les vendeurs, pharmaciens ou autres personnes autorisées, un registre sur lequel serait inscrit le même numéro d'ordre ainsi que le nom de la personne à qui le poison aurait été délivré. Ces certificats seraient remis aux inspecteurs lors des visites auxquelles sont soumis les pharmaciens, qui en recevraient une décharge en récépissé sur le registre lui-même. Le nombre des poisons dont la délivrance devra nécessiter cette espèce de formalité devra être aussi restreint que possible. La Commission pense qu'on pourrait y comprendre seulement les sels arsenicaux y compris le cobalt et le sublimé corrosif.

Tout en proposant ce moyen d'investigation qui pourrait faciliter les recherches de la justice, la Commission émet le vœu formel que le pharmacien, pour la vente des poisons, ne voie assujetti à aucune formalité qui ne soit également imposée aux autres professions auxquelles la vente de ces mêmes substances serait accordée.

Pour se résumer et pour vous présenter les conclusions de cette seconde partie de son travail, la Commission à l'honneur de vous soumettre la proposition que voici :

Les pharmaciens ayant officine ouverte ont et auront seuls le droit de préparer, vendre et débiter les substances ou préparations vénéneuses exclusivement employées en pharmacie.

Les conclusions du Rapport sont résumées en deux propositions.

La discussion générale est ouverte sur la première.

M. Latour (de Trie) la combat. Il considère que l'élève en pharmacie doit être assimilé à un mineur, et qu'il ne saurait être à juste titre soumis aux rigueurs de la loi pour des faits de responsabilité personnelle; qu'admettre les dispositions proposées par la Commission, ce serait interdire aux pères de famille la pensée de faire suivre la carrière pharmaceutique à leurs enfants.

M. Abbadie soutient le principe de la proposition de la Commission, tout en admettant les observations de M. Latour (de Trie). Il propose un amendement ainsi conçu :

« Toute responsabilité cessera pour le pharmacien lorsqu'il aura été

obligé de quitter sa pharmacie pour un service public, pour cause de maladie ou d'absence légitimement motivée, et qu'il se sera fait remplacer par un élève ayant au moins trois années de stage en pharmacie. Dans ce cas, l'élève encourra la responsabilité entière de ses actes.

M. Abbadie démontre que la responsabilité ne peut pas être imposée à un élève avant qu'il ait une instruction suffisante. Il insiste d'un autre côté sur les absences imposées aux pharmaciens par les lois du jury et de la garde nationale. Il cite à l'appui de sa proposition, l'existence dans les pharmacies allemandes de deux classes d'élèves, dont les plus avancés ont subi un examen, à la suite duquel ils partagent la responsabilité avec le pharmacien.

M. Dupuis, délégué de Rouen, demande que l'élève soit responsable après deux ans de stage seulement.

MM. Mialhe et *Treuilte* combattent cette dernière opinion.

M. Abbadie se rattache à l opinion de M. Dupuy.

M. Paton insiste pour que les élèves subissent un examen avant d'etre responsables.

M. Boudet établit que le stage pouvant être plus ou moins instructif, suivant l'importance de l'officine dans laquelle l'élève aura été admis, il est de toute nécessité d'ajouter à la durée du stage la garantie d'un examen. Il rappelle que, comme rapporteur de la Commission n° 1, il avait proposé que la durée des études fût partagée en deux séries dont la première, comprenant deux années de stage et une année d'études préparatoires, serait terminée par un examen à la suite duquel le candidat recevrait le titre de bachelier en pharmacie, et deviendrait responsable. Il propose, en résumant les diverses observations dont l'amendement de M. Abbadie a été l'objet de la part de MM. Vée, Latour (de Trie) et Paton, de s'arrêter à la rédaction suivante :

« Toute responsabilité cessera pour le pharmacien lorsqu'il aura été obligé de quitter sa pharmacie pour un service public, pour cause de maladie ou d'absence légitimement motivée, et qu'il se sera fait remplacer par un élève ayant au moins deux années de stage en pharmacie, et ayant subi devant la Chambre des pharmaciens de son département un examen à la suite duquel il recevra le titre de bachelier en pharmacie. »

Cet amendement, ainsi formulé, est adopté à l'unanimité, et remplace la première proposition de la Commission.

M. Saucon dépose un amendement relatif à la responsabilité des médecins dans le cas où la rédaction de leurs formules aurait été la cause d'accidents graves.

M. Schaeuffele fait remarquer que dans les deux départements du Haut et du Bas-Rhin, il a été convenu généralement entre les pharmaciens et les médecins, que ceux-ci souligneraient dans leurs formules la dose des médicaments énergiques, quand elle serait en dehors de l'usage habituel. Cette mesure offrirait de nouvelles garanties si elle était partout adoptée.

MM. Boudet et *Labetonye* insistent sur les avantages de la disposition indiquée par M. Schaeuffele.

M. Davallon, délégué des pharmaciens de Lyon, dépose, en l'appuyant de quelques observations, la proposition suivante :

« Les pharmaciens ou leurs élèves ne seront, dans aucun cas, responsables des accidents qui pourraient provenir des erreurs commises par les médecins dans la rédaction de leurs formules. »

Cette proposition, qui se rattache à celle de M. Saucon, est adoptée.

On passe à la seconde proposition de la Commission.

Cette proposition est ainsi conçue :

« Les pharmaciens légalement reçus auront seuls le droit de fabriquer, vendre et débiter les substances ou préparations vénéneuses exclusivement employés en médecine. »

M. Dubail pense que la proposition n'ajoute rien à ce qui existe. Il entre dans quelques détails au sujet de la vente des poisons par des personnes étrangères à la pharmacie.

MM. Paton et *Abbadie* reviennent sur quelques circonstances indiquées dans le Rapport de la Commission n° 6, et relatives au même objet

M. Lebret (de Saint-Quentin) ajoute quelques détails.

M. Vée, considérant que l'assemblée ne doit s'occuper que de dispositions relatives à l'exercice de la pharmacie, propose l'ordre du jour, qui est adopté.

SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

Séance du 6 novembre 1845. — Présidence de M. HAMONT.

La séance est ouverte à deux heures.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Jurys d'examen des Elèves pour l'obtention des diplômes. — Cette question peut se traduire en ces termes : A qui appartient-il de nommer des vétérinaires ? Les professeurs des Ecoles doivent-ils rester en possession exclusive de ce privilége, et la corporation ne doit-elle être pour rien dans la nomination de ses membres ?

L'assemblée, prenant en considération les exigences des examens et les droits de la corporation, admet en principe que les examinateurs doivent être pris et parmi les professeurs et parmi les vétérinaires exerçants, de manière que ces derniers soient toujours en majorité.

M. Crépin demande que les jurys d'examen pour les vétérinaires soient composés de la même manière que les jurys pour les concours.

M. Villate, considérant que les médecins sont peu aptes à juger les élèves sur les questions spéciales de l'art vétérinaire, demande que le projet de M. Crépin soit modifié dans ce sens.

M. Prétôt, préoccupé de l'influence que pourrait exercer sur la timidité des élèves, l'absence d'une partie des professeurs qu'ils ont l'habitude de voir, demande que les jurys, composés dans les proportions que vient de préciser l'assemblée, soient cependant plus nombreux, afin que tous les professeurs puissent en faire partie.

M. Crépin pense que les médecins peuvent très bien juger les élèves vétérinaires sur toutes les questions médicales et que, s'il y a exception pour quelques questions spéciales, ils sont encore aptes à juger de l'habileté, de l'aplomb avec lesquels l'élève parle ou exécute. Il demande donc que les médecins fassent partie de ces jurys ; c'est un moyen d'entretenir cette fusion salutaire qui tend aujourd'hui à s'établir entre les deux branches du corps médical.

M. Wautherin ne partage pas complétement l'opinion de M. Crépin, mais désire que les professeurs soient en minorité.

L'assemblée émet le vœu que les jurys d'examen pour le diplôme de médecin-vétérinaire soient composés comme les jurys pour les concours des professeurs.

Elèves. — Aptitude. — En présence des améliorations et des réformes que l'on demande pour la médecine vétérinaire, l'assemblée examine si les garanties d'aptitude demandées aujourd'hui aux élèves sont suffisantes, et si les connaissances premières que comportent le titre de bachelier ès-lettres ne sont pas aussi indispensables pour les études de la médecine des animaux, qu'elles le sont pour la médecine humaine et pour la pharmacie.

L'assemblée, unanime sur l'insuffisance des garanties d'aptitude demandées aujourd'hui aux élèves vétérinaires, unanime aussi sur la nécessité d'exiger pour la médecine des animaux les mêmes études premières que pour la médecine humaine, entre dans de longs débats pour décider à quelle époque on pourra, sans ruiner des espérances légitimées par les règlements actuels, exiger de tous les élèves vétérinaires le titre de bachelier.

MM. Lecellier, Prétôt, Morand-Valois, Leblanc, Kersean et *Collignon*, prenant en considération que l'assemblée doit surtout se préoccuper de ce qui est bien, de ce qui doit avoir une salutaire influence sur l'avenir de la médecine des animaux, sans trop tenir compte de quelques intérêts particuliers, demandent que le titre de bachelier soit exigé le plus tôt possible. Ils ne pensent pas que cette mesure ait une grande influence sur le nombre des élèves qui se présentent chaque année aux Ecoles, et, dans tous les cas, ils croient que cette influence ne serait pas de longue durée. Cette mesure, nécessitée par les difficultés des études médicales, est très importante à leurs yeux pour relever la médecine des animaux.

M. Berger, délégué de Versailles, ne croit pas le moment arrivé pour exiger des élèves vétérinaires le titre de bachelier ès-lettres. Il pense qu'il suffit de demander aujourd'hui la preuve d'une bonne troisième.

M. Crépin partage l'avis de M. Berger, et s'étonne que l'on attache tant d'importance au titre de bachelier pour les élèves vétérinaires, lorsque ce titre n'est pas une condition pour entrer à l'Ecole polytechnique.

M. Villate. Les élèves de l'Ecole polytechnique, dont les études sont surtout dirigées vers les sciences mathématiques, ont moins besoin des études humanitaires que les médecins. M. Villate vote cependant pour que le titre de bachelier ne soit exigible que dans trois ans.

L'assemblée, avant de se prononcer, consulte les travaux des Sociétés vétérinaires. Le plus grand nombre demandent également le titre de bachelier.

Après plusieurs amendements proposés et rejetés, l'assemblée émet le vœu que le titre de bachelier soit exigible en 1848.

Maréchalerie. — La pratique de la maréchalerie, qui est exigée aujourd'hui des élèves comme condition d'admission, éloigne des Ecoles une foule de jeunes gens distingués.

La section, considérant que cette partie est professée *in extenso* dans les Ecoles, trouve superflu d'imposer cette condition aux aspirants.

Les Sociétés vétérinaires de l'Ouest, de l'Allier, du Poitou, du Gard, du Finistère et des Côtes-du-Nord ; les Commissions vétérinaires de Mantes, d'Yvetot et de Bolbec, de La Réole, de Versailles ; la Société de médecine vétérinaire et comparée de la Seine, et quelques autres dont les travaux ne nous étaient pas parvenus au moment de la rédaction de ce rapport, partagent la même opinion.

Cette condition de la connaissance pratique de la maréchalerie a été aussi, jusqu'à présent, imposée à tout candidat au professorat dans les Ecoles vétérinaires. L'assemblée, bien convaincue que cette condition peut éloigner du concours des hommes éminemment instruits, émet le vœu que cette épreuve soit également rayée des conditions des concours.

Exercice. — « Le défaut de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire, ayant donné lieu aux plus grands abus, indiquer les moyens de les faire cesser.

» Tout homme non-porteur d'un diplôme obtenu dans l'une des Ecoles, peut-il prendre ostensiblement la qualification de vétérinaire et exercer la médecine des animaux ?

Au nom des efforts et des sacrifices que l'administration supérieure a faits pour créer les Ecoles vétérinaires ; au nom des populations rurales trompées par le charlatanisme ; au nom aussi des sacrifices et des dépenses que nécessitent les études vétérinaires, l'assemblée demande qu'une loi vienne bientôt protéger l'exercice de la médecine des animaux ; et que, dans cette loi, il soit bien stipulé que nul ne pourra désormais prendre ostensiblement le titre de médecin vétérinaire, et exercer la médecine et la chirurgie des animaux ou toutes les spécialités qui s'y rattachent, s'il n'est porteur d'un diplôme obtenu dans une des Ecoles ;

Qu'enfin la qualification d'expert, que prennent les maréchaux, et qui trompe le public, soit rigoureusement défendue.

Une objection a été faite sur ce dernier paragraphe et, comme elle peut se reproduire, le procès-verbal doit en faire mention.

« On a dit qu'aucune loi ne pouvait empêcher un propriétaire de traiter lui-même ses animaux, car c'est son bien ; il peut en disposer comme bon lui semble. »

Cette objection n'a pas paru sérieuse à l'assemblée. Il est évident qu'un propriétaire peut disposer de ses animaux ; mais comme tous les animaux domestiques font partie des richesses et des ressources du pays, le propriétaire ne peut en disposer que dans un but qui profite à tous, soit en faisant commerce, soit en utilisant leurs travaux, soit enfin en les livrant à la boucherie. Serait-ce en user dans un but utile que de les laisser périr par incurie ou de les tuer par un abus inconsidéré des médicaments ? Serait-ce en user dans un but qui profiterait à tous que de leur laisser contracter des maladies contagieuses et communiquer ces maladies aux animaux voisins ?

La section croit donc qu'une loi peut et doit défendre à tout individu non diplômé l'exercice de la médecine vétérinaire, même sur ses propres animaux.

Vétérinaires de départements, d'arrondissements et de cantons. — L'assemblée émet le vœu que dans chacune de ces localités il soit nommé un vétérinaire rétribué, qui aura pour mission d'éclairer l'autorité sur les mesures à prendre dans le cas d'épizootie, et qui, dans cette circonstance, devra se transporter, sur un mandat de l'autorité, dans les écuries ou étables où la maladie se sera déjà montrée.

L'assemblée décide que la nomination de ces vétérinaires appartient au gouvernement éclairé d'un Conseil vétérinaire placé près de lui, et dont la formation et les fonctions seront déterminées plus loin ; que cette nomination ne pourra dans tous les cas avoir lieu qu'après une présentation hiérarchique des maires, sous-préfets et préfets.

La séance est levée à cinq heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 139. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 17 NOVEMBRE 1845.

FUNÉRAILLES DE BICHAT.

Nous avons assisté hier à une grande et belle cérémonie. La France médicale tout entière par les représentants des départements et de Paris, a transporté vers leur demeure nouvelle les dépouilles mortelles de notre grand Bichat. La cérémonie a été digne du savant célèbre dont on glorifiait la mémoire, digne du Congrès médical de France, qui a voulu couronner ses travaux par une éclatante et pieuse manifestation.

Depuis quarante-trois ans, les restes mortels de Bichat reposaient dans l'ancien cimetière Sainte-Catherine, qui est devenu une propriété particulière. Depuis longtemps des voix généreuses s'étaient élevées pour demander que ces précieuses reliques fussent préservées de l'ignominie de la fosse commune. La municipalité de la ville de Paris avait accordé, il y a un an, un terrain au cimetière de l'Est; une ordonnance royale avait été rendue, qui accordait le transport de ces dépouilles; mais depuis, d'autres vœux s'étaient fait entendre, auxquels on avait donné satisfaction, et une seconde ordonnance royale, annulant la première, avait prescrit que les restes de Bichat seraient déposés sous un monument élevé dans le jardin de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris.

C'est dans cet état que la Commission nommée par le Congrès pour donner suite à l'honorable initiative prise par M, le docteur Blatin, trouva les choses.

Il a fallu tout le zèle et tout le dévouement de cette Commission; il a fallu que tout, dans ce Congrès mémorable, se ressentît de la fiévreuse ardeur dont il a fait preuve en toutes choses, pour que, dans le court espace de temps qui restait, tous les obstacles résultant du conflit des deux ordonnances royales fussent levés, pour que tout fût prêt à jour et à heure, pour que la cérémonie fût ce qu'elle a été, et ce que nous devons la faire connaître.

Il s'agissait d'abord de procéder à l'exhumation des restes de Bichat. Pour procéder à cette opération, les membres de la Commission s'étaient rendus au cimetière Sainte-Catherine, à huit heures du matin, et les travaux commencèrent immédiatement. Vers dix heures et demie, le squelette de Bichat, dans un état inespéré de conservation, fut découvert. La tête dont depuis quarante ans M. Roux était dépositaire, fut remise par lui, avec les indications d'identité qui ne laissent aucun doute; le tout fut placé dans un cercueil de chêne, après procès-verbal préalable dressé en présence de M. le commissaire de police délégué par M. le préfet, du frère et des neveux de Bichat, et signé par tous les membres de la Commission.

Le cercueil, placé sur le char funéraire, fut immédiatement apporté dans l'église Notre-Dame, où la Commission l'accompagna, Il était alors un peu plus de midi.

La vaste métropole pouvait à peine contenir la foule immense qui y avait été réunie. Le Congrès tout entier avait pris place dans la nef; un catafalque richement illuminé et décoré s'élevait au milieu. Autour de lui prirent place les parents de Bichat, le Bureau du Congrès, la Commission, un grand nombre de personnages de distinction, tels que M. de Rambuteau, préfet de la Seine; M. Dupin aîné, procureur-général près la Cour de cassation; plusieurs membres du Conseil général des hospices, du Conseil supérieur des armées, les officiers de santé militaires en costume, les délégués des départements, M. Orfila et quelques professeurs de la Faculté parmi lesquels nous avons remarqué M. Bouillaud et M. Piorry, quelques membres de l'Institut et de l'Académie de médecine. Les élèves de nos Ecoles, en nombre considérable, remplissaient les parties latérales.

Le service religieux commença, grave et solennel; la Commission avait demandé pour Bichat les mêmes chants qui furent exécutés pour les funérailles de M. le duc d'Orléans, et ces majestueux accords de la mélopée grégorienne, soutenus par des masses chorales imposantes, sont d'un admirable et prodigieux effet sous les voûtes profondes de la vaste métropole.

Vers deux heures, la cérémonie religieuse étant terminée, le cortége commença à se dérouler. En tête, douze tambours voilés, un corps de musique militaire très obligeamment mis à la disposition de la Commission par M. le lieutenant-général commandant la division de Paris, la voiture du clergé, le char couvert de fleurs, de guirlandes de laurier et d'immortelles; les six coins du poêle étaient tenus par M. Serres, président du Congrès; M. Rigal de Gaillac, représentant les délégués des départements; M. Caventou, président de l'Académie de médecine; M. le professeur Roux, membre de la Commission; M. le docteur Gillette, président de la Société médicale d'émulation fondée par Bichat; M. le docteur Beau, comme délégué du département de l'Ain.

Venaient ensuite la famille de Bichat, les vice-présidents, le secrétaire général et les secrétaires du Congrès, les membres de la Commission, les délégués des départements, les membres des académies et corps enseignants, le Congrès, les élèves et une foule de savants, d'artistes et de citoyens, qui confondent dans un hommage commun toutes nos gloires nationales.

Le cortége, parti de Notre-Dame, a parcouru les quais, la place du Louvre, la place des Victoires, la rue Montmartre, les boulevards jusqu'auprès de la Bastille. Un soleil radieux éclairait cette pieuse cérémonie, qui, à cause de la fête du dimanche, a trouvé partout, sur son passage, une foule étonnée de cet hommage rendu par la famille médicale à une de ses gloires quarante trois ans après sa mort.

Le cortége est arrivé vers quatre heures au cimetière de l'Est. Le cercueil fut déposé sur la pelouse, en haut de la montagne, en face de la chapelle; un cercle immense se forma autour de lui, et les discours suivants furent prononcés.

Discours de M. Serres.

Messieurs et très chers Confrères,

Après quarante-deux ans de repos, nous venons retirer cette noble poussière de la demeure obscure où l'avait déposée la piété religieuse de ses disciples. Le Panthéon de l'Est la réclame, la France médicale tout entière l'accompagne.

Ce n'est ni à un puissant de la terre, ni à un illustre guerrier que s'adresse cet hommage éclatant. C'est à Bichat, médecin modeste de l'Hôtel-Dieu, dont le génie offrit un appui tutélaire à l'humanité souffrante, et auquel après un demi-siècle de méditation, l'humanité vient offrir une couronne de reconnaissance.

Sans le concours du Congrès médical de France, nulle voix n'eût été assez puissante, Bichat, pour te faire parvenir ses accents! Puissent mes faibles paroles s'élever jusqu'à toi! Puissent-elles être entendues des Desault, des Corvisart, des Laënnec, des Dupuytren, des Béclard, des Portal, des Broussais, des Meckel, des A. Cooper, des Larrey, des Breschet qui t'entourent et se pressent autour de toi dans ce moment si solennel!

Ils te diront, ces illustres émules, avec quel enthousiasme la médecine francaise reçut et adopta les principes nouveaux et féconds que ton génie venait de lui dévoiler! Pour la première fois et par une action spontanée et unique dans les annales de la science, l'école se tut devant toi. Elle déposa ses armes rouillées dont elle reconnut l'impuissance. Elle fit taire sa maxime d'esclave, *Ipse dixit*, « le maître l'a dit, » avec laquelle elle cherche toujours et partout à imposer silence à la vérité et à la raison.

La liberté de la pensée fut conquise pour toujours à la médecine, et pour toujours elle assura sa marche en s'appuyant, selon tes préceptes et ton exemple, sur l'anatomie et la physiologie. Au nom de l'humanité, Bichat, la médecine de France te félicite et te remercie de cette conquête.

L'esprit vivifie la science, avait dit notre grand maître Hippocrate il y a déjà trois mille ans. Platon l'enseigna à Aristote; Galien l'apprit aux médecins de l'ancienne Rome; Harvey, Sydenham et Boerrhaave aux écoles étonnées du dix-septième siècle.

C'est à l'ombre de cette haute philosophie qui soumet la matière à l'intelligence, que se sont élevées toutes les sciences naturelles, et que toutes se sont pressées autour de la médecine, leur mère commune, pour lui apporter le fruit de leurs veilles et de leurs efforts! Pensée sublime et profonde de vérité que le Congrès médical a accueillie de ses acclamations unanimes, quand, sympathisant à ses travaux, notre ministre de l'instruction publique l'a proclamée à notre tribune.

C'est par là, Bichat, c'est par la consécration de cette haute philosophie médicale que tu fermas dignement le dix-huitième siècle, et que tu ouvris avec tant d'éclat le dix-neuvième! C'est elle qui entoure tes écrits d'une auréole d'immortalité! C'est elle qui porte la lumière dans nos routes quelquefois si ténébreuses, c'est elle, enfin, qui au lit des malades éclaire et fortifie nos consciences!

Tu étais avec nous, au milieu de nous, Bichat, quand aux accents d'une voix éloquente les mille voix du Congrès prononcèrent le vœu de la création d'une chaire de philosophie médicale dans nos Facultés. Ce cri de la conscience du premier Concile médical de France, est la plus éloquente de ses manifestations, toutes empreintes de cet esprit de sagesse et de force que la volonté des masses imprime à ses délibérations. Sa dernière t'appartenait, Bichat! Seule, cette grande et imposante solennité pouvait clore dignement un Congrès qui avait inscrit sur son portique ces paroles qui trouveront de l'écho dans les cœurs de tous les médecins du monde:

Avant d'être confrères, nous sommes tous frères.

En nous séparant, Messieurs et très chers Confrères, recevez ces adieux de votre président.

Médecins, vous êtes l'élite de la génération présente, ainsi que vous l'a dit avec tant d'éloquence, avec tant de dignité, un ministre éminent. Avant d'être revêtus de votre sacerdoce, seuls en France vous donnez à la société la garantie des lettres, seuls vous donnez à la société la garantie des sciences. Lettres et sciences, voilà votre entrée dans le monde; voilà les symboles du rang que vous y occupez.

Délégués des départements, portez à nos confrères l'impression si profonde et si majestueuse de nos séances et de nos délibérations. Portez à nos Confrères des départements l'expression des sentiments qui aujourd'hui encore nous animent autour de la tombe d'une des premières illustrations scientifiques du dix-neuvième siècle!

Discours de M. Gillette.

Messieurs,

Si, après la voix imposante que vous venez d'entendre, j'ose prendre la parole, c'est comme interprète de la Société d'émulation de Paris, qui doit à Bichat, son fondateur, un hommage solennel.

Il y a cinquante ans de nobles jeunes gens, nobles par la pensée, par leur amour pour la science, par leur dévouement à l'humanité, voulurent fonder une Société où ils pussent s'éclairer mutuellement, s'encourager et s'aider dans leurs travaux, s'animer, dans la recherche du vrai, d'une louable rivalité. A leur tête étaient Bichat et Larrey, tous deux destinées à une grande renommée, mais que le sort allait séparer. Celui-ci, au milieu des guerres les plus terribles, devait prolonger sa carrière; il devait vivre pour donner à la chirurgie un glorieux modèle, pour mériter l'estime du grand homme qui connut le secret des faiblesses de tant d'autres. Celui-là usé par les veilles, consumé par le feu même de son génie, tombait bientôt dans toute la force de l'âge, mais aussi au champ d'honneur, sur les marches mêmes de l'hôpital où il consacrait sa vie aux pauvres malades.

Les voilà réunis de nouveau dans cette terre hospitalière, et par vos soins religieux, et par la reconnaissance de la ville de Paris.

C'est une sainte pensée, Messieurs, que celle qui rassemble ici ce nombreux concours d'hommes honorables accourus de nos villes et de nos campagnes. Après tant de travaux accomplis en si peu de temps, après ce mémorable dénombrement des forces médicales de la France, vous avez voulu que vos adieux se fissent autour d'une tombe; car la présence des tombeaux évoque toujours dans le cœur de l'homme de graves, de généreux sentiments. Et qui méritait mieux vos hommages que cet homme chez lequel, dit un de ses contemporains, les plus aimables qualités morales relevaient encore l'éclat du mérite? Vous honorez l'écrivain de génie qui embrassa la médecine dans son vaste ensemble, qui sut imprimer à l'observation une direction précise, et lui faire une large part, mais sans vouloir réduire l'esprit humain à l'esclavage des sens; vous honorez aussi la franchise et la candeur de l'honnête homme, la sincérité du savant, la générosité et le dévouement du professeur, la constante sollicitude du praticien envers ses malades, la confiance et l'attachement du médecin envers ses confrères.

La mort après tant d'années a perdu tout ce qu'elle a d'amertume et de douleurs; elle n'a détruit que ce qu'il y a de moins regrettable, même chez l'homme supérieur. Que l'âme donc qui animait ces dépouilles se lève radieuse, car il est arrivé pour elle un grand jour. Qu'elle se réjouisse; ses désirs commencent à s'accomplir. Grâce à ce qu'ont semé nos pères, la récolte commence. Voici que les études anatomiques dont Bichat agrandit le domaine offrent aux générations actuelles des trésors qu'il n'eût osé espérer; voici que l'esprit d'association dont il ne put faire qu'un timide essai, s'étend et domine; il pénètre chacun de nous, et entraîne jusqu'aux indifférents; nous avons compris enfin qu'il fait l'honneur et la force du corps médical.

Discours de M. Rigal (de Gaillac).

Messieurs,

Les émotions profondes n'ont point d'impatience... Vous écouterez encore. La province médicale a eu sa place marquée auprès des restes de Bichat; elle est fière de cet honneur et vous en remercie par mon organe.

Une chose frappe par-dessus toutes dans la carrière si courte et si féconde à la fois du grand homme auquel nous rendons en ce moment de pieux devoirs, je veux parler de l'infatigable activité de Bichat. Il produisait sans cesse, et répandait sans mesure les trésors de son génie. Jamais il n'attendit au lendemain pour décrire un fait découvert par son scalpel, pour donner par l'écriture un corps à sa pensée, fût-elle enveloppée encore dans les nuages d'une conception première. Il remplit ainsi religieusement sa mission d'initiateur: il régla au jour le jour ses comptes avec la postérité, et, quand il tomba martyr de son dévouement, le modeste Bichat avait le droit de s'écrier comme le poète antique: *Non omnis moriar!* Il y a là, Messieurs, un grand exemple, une salutaire leçon. Que chacun de nous, dans sa sphère d'activité, dans la mesure des forces qui lui furent départies, paye son tribut de labeur utile. Maîtres, praticiens, élèves d'une extrémité de la France à l'autre, travaillons tous avec ardeur, avec persévérance, avec bonne foi! Dans la construction d'un édifice, l'ouvrier qui cherche des matériaux solides, les découvre, et les apporte, a sa valeur comme l'architecte habile à élever jusqu'aux nues de majestueuses coupoles. La Providence suscitera un jour l'homme dont la main puissante doit poser chaque chose à sa place, féconder tous les efforts et réaliser enfin pour la médecine cette grande loi du progrès: UNITÉ DANS LA VARIÉTÉ.

Nous hâtons aujourd'hui la venue de ce messie de la science et de l'art. D'immenses mais généreuses ambitions s'éveillent déjà aux échos de ces magiques paroles: A BICHAT L'HUMANITÉ RECONNAISSANTE!

Discours de M. Souberbielle.

Messieurs,

C'était une pensée riche d'avenir que celle qui vous a réunis, les travaux du Congrès l'ont prouvé et l'acte solennel par lequel il clôt sa session donne la mesure des sentiments de dignité, de justice, de noblesse qui l'ont dirigé.

Permettez, Messieurs, permettez à un contemporain de Bichat de remercier la génération présente au nom de la génération passée.

La solennité d'aujourd'hui me rappelle les regrets dont j'ai été témoin il y a quarante ans, et je suis heureux d'avoir assez vécu pour assister au tardif mais légitime hommage rendu à notre célèbre compatriote.

Le pieux devoir que vous remplissez aujourd'hui vous honore, Messieurs, comme il honore notre temps et notre pays; en appréciant, comme vous le faites en ce moment, ses gloires passées, vous donnez à la France la garantie que vous aussi lui fournirez votre part de gloire dans l'avenir.

Discours de M. Tournié, délégué des médecins de Besançon.

Messieurs,

Représentant de la Société de médecine de Besançon, qui par son organisation toute spéciale doit résumer la Franche-Comté médicale, il était de mon devoir de réclamer l'insigne honneur de jeter une fleur sur la tombe du grand homme qu'a vu naître l'ancienne Franche-Comté. Un grand homme, Messieurs, appartient au monde entier; néanmoins vous ne vous étonnerez pas qu'une part de la gloire qui environne son berceau soit revendiquée en cet instant solennel avec un noble et légitime orgueil.

Nota. Nous publierons dans le prochain numéro le discours prononcé par M. Roux.

Ainsi s'est terminée cette fête pieuse, ainsi s'est terminé le Congrès médical de France, laissant après lui le souvenir des grandes choses qu'il a su accomplir, le souvenir de cet acte de reconnaissance bien légitimement dû à cette grande lumière dont un demi-siècle n'a pu ternir l'éclat.

Disons-le néanmoins, pour donner à cette cérémonie tout l'éclat, toute la solennité qu'elle aurait dû avoir, le Congrès ne pouvait pas tout faire. Les Académies, la Faculté, les autres corps enseignants n'ont pas voulu *officiellement* être représentés à ce cortége ; chose triste à signaler ; cette Faculté de médecine de Paris, dont la gloire moderne remonte à Bichat, cette Faculté a montré la plus grande indifférence quand il s'est agi de la cérémonie du 16 novembre.

C'est avec la plus vive peine que nous avons à signaler ce fait, que nous livrons sans autres commentaires aux réflexions de nos lecteurs.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Commission n° 11. — Questions diverses. — Sages-femmes.*

Lecture du procès-verbal est faite par un de MM. les secrétaires particuliers. Il est adopté.

La discussion continue sur le rapport de la Commission n° 11.

La dernière proposition adoptée hier était relative à la fixation du temps de service dans les hôpitaux, en qualité de médecin ou de chirurgien, à 15 ans.

M. Fauvel propose l'amendement suivant :

« Cette disposition n'est pas applicable aux villes où siégent les Facultés on Ecoles préparatoires, et en particulier à Paris. »

M. Fauvel fait observer que les médecins étant soumis à un roulement dans les hôpitaux de Paris, et changeant par ordre d'ancienneté, il en résulterait qu'à Paris, chaque médecin serait réduit à n'être plus que six mois dans chaque hôpital. Il arriverait de là que les médecins ne seraient dans les hôpitaux du centre que pendant un an ou deux, et ce serait trop pen.

L'amendement est soutenu par M. Duchamp. (Aux voix ! aux voix !)

M. Coste demande le *statu quo* pour ce qui a été voté hier, et il demande la division pour ce qui est relatif à Paris.

M. Tessereau pense qu'il est de l'intérêt général que les médecins ne fassent que passer dans les hôpitaux, et rentrent ensuite dans la pratique civile. Il voudrait qu'il ne fût plns permis à un médecin d'hôpital de rester dans un établissement spécial, ce qui lui donne le moyen d'accaparer ainsi toute la clientèle d'une spécialité.

Interruptions : Ce sont des questions personnelles ! des questions d'argent !

M. Malgaigne ne voudrait pas que l'on supposât qu'il vient parler ici parce qu'il est médecin d'hôpital, et qu'il s'agit d'une cause où il est intéressé. Une loi ne pouvant avoir d'effet rétroactif, il est tout à fait indépendant. Mais voici ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris. On est nommé au concours médecin du Bureau central ; après cinq ans de stage, on passe dans un hôpital excentrique, soit Bicêtre. Et, dit l'orateur, je puis vous en parler sciemment, j'y ai été deux ans ; pendant ces deux années, j'ai été obligé d'abandonner mon établissement à Paris pour loger dans l'hospice même de Bicêtre. Je ne crains pas de dire que j'ai été très favorisé en n'y restant que deux ans. En sortant de Bicêtre, je suis allé dans un hôpital maudit de tous les médecins et chirurgiens de Paris, parce que, fermé aux élèves, il enlève aux praticiens tout moyen de faire des cours cliniques, je parle de l'hôpital de Lourcine. Je le dis comme je le pense, si j'avais dû y rester encore dix ans, j'aurais certainement préféré donner ma démission. Par un hasard providentiel je n'y suis encore resté que deux ans ; de là j'ai été dirigé sur Saint-Antoine, où je suis aussi resté deux ans, et depuis six mois à peine je suis à Saint-Louis, qui sans être beaucoup plus rapproché, est cependant plus fréquenté par les élèves. Je puis dire que la fortune m'a grandement favorisé en me permettant de ne passer que six ans dans les trois hôpitaux que je viens de vous citer, et d'arriver au bout de onze ans à faire un service à Saint-Louis. Ne trouvez-vous pas que ce serait une grande injustice qu'un homme qui aurait passé quinze ans de sa vie dans les hôpitaux excentriques, fût renvoyé au moment même où il serait sur le point d'arriver aux hôpitaux du centre? Savez-vous ce que vous allez faire? Vous allez donner aux membres du Conseil des hôpitaux, qui ne sont déjà pas très bien disposés en faveur des médecins, le moyen de renvoyer un médecin au moment même où il commencera à se créer par quinze ans d'études une position supportable. Je respecte les membres de ce Conseil ; mais je crains qu'ils n'acceptent de vos décisions que ce qui leur conviendra. Dans toutes les carrières où les places sont données à la faveur, on jouit du privilége de l'avancement, par droit d'ancienneté. Proposez, dans ces carrières, de renvoyer au bout de quinze ans de services ceux qui ont passé par tous les grades inférieurs, pour les remplacer par de nouveaux venus, et vous verrez quelles réclamations vous soulèverez et quelles accusations d'injustice. Eh bien ! aux médecins d'hôpitaux qui ont conquis leurs places au concours, à la pointe de l'épée, après quinze années du plus pénible service, vous leur ouvrirez libéralement la porte..... pour les renvoyer ! et vous appellerez cela de la justice ! Je ne veux pas vous faire déjuger vos décisions ; mais je ne voudrais pas qu'un médecin nommé par concours fût jugé par vous, non pas tout à fait égal à un homme de bureau, mais aussi inférieur que vous allez le rendre. (Très bien !)

M. Leroux, de Rennes, voudrait que la liste des médecins du Collége médical eût le droit de voter si tel ou tel devrait conserver sa place.

M. Vernois. J'avais l'intention de parler dans le même sens que M. Malgaigne. Vous avez décidé que les professeurs des Facultés seraient nommés jusqu'à soixante ans. Soyez justes ; pourquoi les médecins des hôpitaux, qui sont arrivés beaucoup plus lentement que les professeurs, seraient-ils moins favorisés?

Voix nombreuses : La clôture !

M. Tessereau demande en vain la parole contre la clôture, qui est mise aux voix et adoptée.

L'amendement de M. Fauvel est mis aux voix et rejeté.

La Commission propose l'amendement suivant, qui n'est pas adopté.

« Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris seront exceptés de la disposition précédente, et nommés pour vingt années au lieu de quinze. »

Dixième conclusion. — Que tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient nommés par concours. (Adopté sans discussion.)

La Commission propose l'article additionnel suivant, qui est également adopté sans discussion.

« Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'expiration de leur service, recevront le titre de médecins honoraires et seront admis à reconcourir. »

Onzième conclusion. — Que le service confié à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassea pas en général 60 lits. (Adopté.)

M. Thirial propose et développe l'article additionnel suivant :

« Dans les villes où il existe soit une Faculté de médecine, soit une École préoaratoire, le service des *consultations publiques* sera rempli désormais par les médecins adjoints des hôpitaux. »

Tel qu'il est actuellement dans les hôpitaux, dit l'orateur, le service des consultations est illusoire. C'est dans un double but d'humanité pour les malades et d'enseignement pour les élèves qu'il demande cette addition.

M. Forget, de Strasbourg. Lorsque les pauvres se présentent aux consultations dans les hôpitaux, c'est dans le but d'avoir des consultations des hommes les plus éminens, et non pas des consultations de médecins suppléants.

L'article additionnel de M. Thirial est mis aux voix et adopté.

Douzième conclusion. — Que les médecins des Bureaux de bienfaisance et des dispensaires, après dix ans d'exercice, soient signalés à l'administration pour obtenir les places qui seraient à la disposition de l'autorité, comme celles de vérificateurs des naissances et décès.

M. Félix Hatin propose, au nom de la Société médicale du neuvième arrondissement, la conclusion suivante, qui n'est pas appuyée.

« Les médecins des Bureaux de bienfaisance seront désormais nommés par concours, comme les médecins des hôpitaux ; ils seront appelés par rang d'ancienneté et occuperont les places qui deviendront vacantes soit dans le service du Bureau central, soit dans le service des hôpitaux.

» Les médecins des Bureaux de bienfaisance actuellement nommés seront dispensés du concours ; mais ils ne seront appelés à faire les services soit du Bureau central, soit des hôpitaux, qu'après dix années de l'exercice de leurs fonctions de charité. »

M. Leroux, de Rennes, propose l'amendement suivant, qui n'est pas appuyé :

« Toutes places on fonctions médicales, rétribuées ou honorifiques, autres que celles données an concours, seront remplies temporairement, sans cumul, à tour de rôle, par les médecins inscrits depuis trois ans, par date de diplôme, sur le tableau des médecins de chaque localité. »

Treizième conclusion. — Que les médecins des établissements de bienfaisance, qui ne seraient pas nommés au concours, soient choisis de préférence parmi les candidats qui auraient été internes des hôpitaux, lauréats des hôpitaux ou des Facultés, etc.

Quatorzième conclusion. — Que les médecins des prisons aient voix consultative dans les Commissions instituées près des prisons.

Les 12e, 13e, 14e conclusions de la Commission sont adoptées à l'unanimité.

L'assemblée adopte sans discussion les dispositions suivantes proposées par la Commission :

Eaux minérales. — Quinzième conclusion. — Il serait à désirer que les médecins inspecteurs des eaux minérales fussent tous nommés par concours, avec appréciation convenable des titres antérieurs.

Seizième conclusion. — Qu'ils fussent organisés en un corps hiérarchique où un avancement régulier leur permît de diriger successivement des établissements de différente nature et d'une importance croissante.

Dix-septième conclusion. — Que les attributions de ces médecins fussent fixées d'une manière précise et incontestable.

Dix-huitième conclusion. — Il serait utile qu'il fût créé une Commission supérieure et permanente des eaux minérales.

Dix-neuvième conclusion. — Que le concours soit étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui et appliqué partout où il sera reconnu applicable.

Vingtième conclusion. — Que les nominations auxquelles le concours ne sera pas applicable soient faites autant que possible par une élection convenablement instituée.

Vingt et unième conclusion. — Que dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité, il soit tenu compte des titres acquis par les candidats, soit par des succès antérieurs dans des concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissements de bienfaisance.

Sages-femmes. — Vingt-deuxième conclusion. — Nulle ne pourra être élève sage-femme si elle ne justifie d'une instruction primaire suffisante, et si elle ne présente un certificat de moralité.

Vingt-troisième conclusion. — La durée de la scolarité pour les élèves sages-femmes sera de deux ans au moins. Leurs études devront être surtout pratiques.

M. Barnetche présente l'amendement suivant, qui est adopté.

« Nulle élève sage-femme ne pourra se présenter devant une Faculté de médecine ou une Ecole préparatoire pour obtenir le diplôme de sage-femme, sans justifier de deux années d'études faites dans un hospice de maternité, et sous la direction du médecin de cet établissement. »

M. Ch. Place propose l'amendement suivant :

« On exigera des sages-femmes, comme garantie d'éducation première, et en remplacement du baccalauréat qu'elles ne peuvent obtenir, le diplôme d'institutrices primaires sans droit à l'exercer. (Hilarité générale.)

Vingt-quatrième conclusion. — Les sages-femmes seront reçues dans les Facultés, dans les Ecoles préparatoires, ou par une Commission médicale, dans les villes où existe une Maternité recevant un nombre de femmes suffisant. (Adopté.)

Vingt-cinquième conclusion. — Les examens, au nombre de deux, qu'elles auront à subir, et qui devront être plus sévères, auront pour objet, l'un la théorie, l'autre la pratique des accouchements. (Adopté.)

Vingt-sixième conclusion. — Le Congrès émet le vœu que les sages-femmes ne puissent faire aucune opération sérieuse et point de médecine.

Vingt-septième conclusion. — Le Congrès, tout en reconnaissant les améliorations qui depuis quelques années ont été apportées à la position des officiers de santé militaires et à l'enseignement des hôpitaux militaires d'instruction, émet le vœu que les lacunes qui existent encore à cet égard soient comblées le plus tôt possible. Prenant surtout en grande considération l'importance des services que rendent les officiers de santé militaires, le Congrès recommande à la sollicitude du gouvernement la nécessité d'une loi qui règle les conditions de leur avancement et de leurs prérogatives d'une manière qui soit plus en harmonie avec celles des autres corps de l'armée.

M. Marchal (de Calvi), tout en témoignant sa reconnaissance à la Commission pour le soin avec lequel elle a étudié la question des officiers de santé militaires, voudrait que M. le rapporteur retranchât de cette conclusion ce qui est relatif à l'avancement, qui est parfaitement distribué maintenant.

La Commission adhère à l'amendement de M. Marchal.

L'ordre du jour appelle le rapport de la Commission n° 12.

La parole est à M. Camille Bernard, rapporteur.

Voici les conclusions de ce rapport.

Le Congrès émet le vœu :

1° Qu'il soit formé une association des médecins, pharmaciens et vétérinaires de France dans le but de perfectionnement de la science et d'institution de prévoyance ;

2° Que cette association, formée dans les chefs-lieu d'arrondissement, se rallie dans les chefs-lieu de département et vienne se centraliser dans un Congrès qui sera ouvert tous les trois ans à Paris ;

3° Que la Commission qui sera instituée en vertu de l'article 13 du règlement, soit chargée d'organiser l'*Association médicale de France.*

M. Tardieu propose l'amendement suivant à la première conclusion.

« Le Congrès émet le vœu solennel que les associations médicales se multiplient librement en France. »

M. le rapporteur combat l'amendement, qui aurait pour effet de dissocier le corps médical au moment où il ne demande qu'à s'unir.

M. Malgaigne fait observer que l'institution des colléges médicaux votée par le Congrès dispense d'une association générale, qui d'ailleurs serait très probablement repoussée par le gouvernement ; si l'on veut obtenir l'appui du gouvernement, il ne faut pas lui porter ombrage en créant sur toute la surface de la France un réseau d'associations générales, que d'ailleurs il ne permettrait pas d'organiser.

MM. Clausade et Rigal, délégués de Gaillac, appuient chaleureusement l'opinion de M. Malgaigne.

M. Burguet, de Bordeaux, fait ressortir en peu de mots toute la difficulté qu'offrirait d'ailleurs la réalisation d'un pareil projet.

A la suite d'une assez longue discussion, l'assemblée adopte la proposition suivante de M. Rigal :

« Le Congrès médical émet le vœu que des associations médicales libres soient formées dans toute la France, dans la certitude qu'il a que ces associations seront des plus utiles tant sous le rapport de la dignité que sous celui des intérêts professionnels, en même temps qu'elles permettront au corps médical d'étudier d'une manière encore plus approfondie les documents relatifs à l'organisation définitive de l'exercice de la médecine en France. »

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE GÉNÉRALE DU 15 NOVEMBRE 1845. (1)

La séance est ouverte à midi et demi sous la présidence de M. Serres.

M. Rigal, de Gaillac, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance générale.

M. Dubail, pharmacien, se plaint que dans le compte-rendu général des travaux du Congrès, prononcé devant M. le ministre de l'instruction publique, M. le secrétaire général n'ait point donné une place aussi étendue aux vœux exprimés par la section de pharmacie qu'à ceux émis par la section de médecine, omission dans laquelle l'orateur croit voir une intention injurieuse.

M. le secrétaire général. Messieurs, on m'a signalé dans le travail que j'ai eu l'honneur de lire hier devant vous quelques inexactitudes, quelques omissions. Je ne suis étonné que d'une chose, c'est que l'on ne m'en ait pas signalé davantage. Dans la précipitation avec laquelle nous avons tous travaillé, il était inévitable que ces omissions, ces inexactitudes ne fussent communes. Elles sont toutes involontaires, n'en doutez point (voix nombreuses : Oui ! oui !) ; elles seront réparées avec le plus grand soin dans l'impression officielle qui sera faite et dans l'ouvrage qui sera publié au nom du Congrès médical. Mais une observation plus grave m'a été adressée. Les reproches que l'on vient de traduire à cette tribune, ce n'est pas la première fois que je les entends ; ils m'avaient été adressés hier déjà, et dès hier j'avais répondu ce que je viens dire devant vous aujourd'hui. Le temps m'a matériellement manqué pour faire mieux et plus, et, prévoyant que le temps me manquerait, j'avais prié M. Félix Boudet, secrétaire de la section de pharmacie, de me donner les instructions nécessaires pour rendre mon travail complet. Avec beaucoup de zèle et d'empressement, M. Boudet m'adressa, en effet, un rapport assez étendu ; je l'avais sous les yeux, je voulais le lire. Mais, à ce moment, une répugnance m'a pris, dictée par un sentiment de délicatesse que vous comprendrez. Je n'ai pas voulu lire devant vous un travail qui n'était pas le mien. Je n'ai pas voulu vous dire, en séance solennelle, que j'avais dû recourir à l'un de nos savants et honorables collègues pour compléter un travail impossible à un seul homme en un si court espace de temps. (Très bien !) Mais, Messieurs, vous n'avez perdu qu'une lecture. Ce travail sera fait avec autant de zèle, avec autant de soin que l'avait été celui dont j'ai eu l'honneur de vous donner connaissance. Il y a eu de ma part impuissance physique, mais non mauvaise volonté. (Applaudissements.)

M. Hamont. J'ai peine à comprendre les reproches que l'on a adressés à notre honorable secrétaire-général, dont vous avez été tous à même d'apprécier depuis le commencement du Congrès, les généreux efforts, le dévouement, l'entière et louable abnégation. Comme ceux de la section de pharmacie, les vœux de la section de médecine vétérinaire n'ont pu être reproduits hier en entier. Mais je sais positivement, comme vient de le dire M. le secrétaire-général, que le temps a matériellement manqué pour qu'un aussi long et pénible travail se trouvât complet ; pharmaciens et vétérinaires, remettons-nous en sur ce point à l'intelligence du secrétaire-général, en qui nous avons placé notre confiance. Elle ne sera point trompée. Nous nous en portons tous garants. (Vive approbation.)

M. le secrétaire-général donne lecture de la lettre suivante :

Monsieur le Président,
Messieurs et chers collègues,

Pour compléter l'hommage solennel que le Congrès va rendre à Bichat, j'ai l'honneur de proposer à l'assemblée le vote suivant :

Une souscription nationale et libre est ouverte

1° Pour lui ériger une statue en bronze,

3° Pour lui frapper une médaille.

La statue ornera une des places publiques de Paris, au voisinage des Ecoles ou de l'Hôtel-Dieu.

La médaille, d'un grand module, portant d'un côté l'effigie de Bichat, de l'autre cette inscription :

LE CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE
A BICHAT,
LE 15 NOVEMBRE 1845.

sera donnée à chaque souscripteur, quelque faible que soit son offrande.

L'exécution de la statue et de la médaille est confiée à la surveillance de la Commission permanente qu'on va nommer.

Henri BLATIN, D.-M.-P.

15 novembre 1845.

Sur la proposition de M. le docteur Rigal, la lettre de M. Blatin sera

(1) Pressé que nous étions par le temps et par la nécessité de faire paraître dans le numéro du samedi 15 novembre, c'est-à-dire quelques heures après la séance ministérielle, le long et remarquable travail de M. le secrétaire général, et le compte-rendu de la séance, nous n'avons pu exprimer avec quelle religieuse et bienveillante attention, avec quel intérêt soutenu a été écouté, et par quelles universelles acclamations a été accueilli le rapport si digne, si mesuré, si élégamment et si fidèlement rédigé de M. Amédée Latour. Nous aurions cru manquer à tous les devoirs que nous impose notre double titre d'adhérent du Congrès médical et de rédacteur des compte-rendus du Congrès médical pour la *Gazette des Hôpitaux*, si nous n'avions fait précéder le compte-rendu de la dernière séance du Congrès de cette rectification méritée.

Dr A. FOUCART.

remise à la Commission permanente qui sera nommée dans cette séance pour poursuivre la réalisation des vœux du Congrès.

L'ordre du jour appelle la lecture du compte-rendu de M. le trésorier.

MM. les membres de la section de pharmacie adressent au président la lettre suivante :

« Les membres du Congrès (section de pharmacie) ont appris avec une véritable douleur que MM. les membres du Bureau ont décidé que la pharmacie ne serait représentée, dans la Commission qui doit poursuivre la réalisation des vœux du Congrès, que par trois pharmaciens.

» Les pharmaciens ont l'honneur d'appeler toute l'attention de MM. les membres du Bureau sur ce partage par trop inégal, si on prend en considération la diversité des intérêts que les pharmaciens ont à *défendre*. En effet, ils n'ont pas seulement à poursuivre, comme les médecins, la réalisation de leurs vœux auprès du ministère de l'instruction publique, mais encore auprès de celui du commerce pour ce qui concerne l'exercice de la pharmacie, auprès du ministère de l'intérieur pour ce qui concerne les hôpitaux et autres établissements de charité, enfin auprès du ministère de la justice pour ce qui a rapport aux moyens de répression.

» Les pharmaciens expriment donc avec raison cette opinion que le nombre de commissaires qu'on leur assigne est insuffisant, et que, attendu tous les intérêts engagés, ils doivent réclamer d'être représentés par cinq membres.

» Ils prient, en conséquence, MM. les membres du Bureau de vouloir bien revenir sur la décision qu'ils ont prise. » (*Suivent 75 signatures.*)

Une assez vive discussion s'engage entre plusieurs membres sur la question de savoir si l'on fera droit à cette réclamation. Sur la proposition de M. Hamont, il reste décidé que la Commission sera ainsi composée : Huit membres de la section de médecine, quatre de la section de pharmacie, trois de la section vétérinaire.

Voici le résultat du scrutin.

Section de médecine.

M. Serres, 336 voix ; M. Richelot, 294 ; M. A. Latour, 292 ; M. Malgaigne, 244 ; M. Villeneuve, 136 ; M. Bouillaud, 131 ; M. Labarraque, 110 ; M. Miquel, 96.

Section de pharmacie.

MM. Vée, Boudet (Félix), Soubeiran, Garnier (Alph.).

Section de médecine vétérinaire.

MM. Hamont, Lacoste, Collignon.

M. Le Roy-d'Etiolles demande quelles sont les attributions et les devoirs de la Commission permanente, et quelle doit être la durée de son existence.

M. le président répond que les attributions de la Commission permanente ont été nettement définies dans le règlement ; que pour sa durée, elle est illimitée. Nommée par un Congrès général de tous les médecins de France, ce n'est que par un autre Congrès qu'elle peut être relevée du mandat qui vient de lui être imposé.

Séance levée à sept heures.

— Quelques erreurs ayant été signalées dans la lecture des vœux émis par les sections de pharmacie et de médecine vétérinaire, dans le rapport de M. le Secrétaire général, ces vœux ne seront publiés que lorsqu'une édition officielle en aura été arrêtée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Cazenave, de Bordeaux, correspondant, lit une petite notice statistique relative aux opérations de lithotritie qu'il a pratiquées pendant une période de quinze années. Ces opérations s'élèvent au nombre de cinquante-deux. Sur ces cinquante-deux opérés, quarante-trois ont guéri, huit sont morts, un est demeuré souffrant quoiqu'il eût été débarrassé de deux calculs. Sur les huit sujets morts, trois ont succombé par le fait de circonstances étrangères à l'opération. L'auteur termine sa notice par la relation de ces trois dernières observations.

M. Pravas lit un travail sur l'orthopédie rachidienne. Ce travail a pour objet de répondre aux objections qui ont été faites dans une des dernières séances contre l'orthopédie rachidienne, à l'occasion du rapport de M. Bouvier sur la gymnastique. — Après avoir examiné et réfuté une à une les différentes observations présentées par MM. Nacquart et Delens, M. Pravas s'attache à démontrer que loin d'être morte comme on l'a prétendu, l'orthomorphie est plus que jamais en progrès maintenant. Les moyens gymnastiques ne suffisent point, comme cela a été avancé, pour le redressement des difformités de l'épine. Dupuytren, après en avoir longtemps recommandé l'usage, avait fini par en reconnaître l'insuffisance. Encore moins peut-on espérer de voir ces difformités guérir spontanément. Le moyen d'obtenir des succès assurés, suivant l'auteur, est de combiner la gymnastique avec les appareils mécaniques et l'usage de l'air comprimé.

M. Pravas termine par l'exhibition de deux plâtres représentant le dos d'une jeune fille de treize ans, l'un pris avant le traitement, le second après le traitement et à dix-huit mois de distance. La difformité est extrêmement considérable sur le premier plâtre, elle est notablement diminuée sur le second.

M. Pravas demande si l'on pense qu'un pareil résultat eût été obtenu par la gymnastique, et si dans un cas pareil on pourrait compter sur un redressement spontané.

M. Nacquart. Lorsque j'ai pris la parole sur ce sujet, j'ai voulu éclairer l'Académie sur ce que je crois une illusion. Que l'Académie veuille consacrer quelques séances pour une discussion franche, sincère, et je me réserve de développer devant elle les motifs de mon opinion. Je déclare persister dans le même sentiment après avoir entendu, malgré la lecture de M. Pravas ; ce n'est pas par entêtement, mais par conviction.

M. Piorry. J'ai demandé la parole pour faire remarquer qu'il existe un moyen de dessiner à l'extérieur la forme des vertèbres. Ce moyen me paraît précieux pour résoudre les questions actuellement en débats. J'ai pu me convaincre, à l'aide de ce moyen, qu'en faisant exécuter aux personnes déviées certains mouvements on voit les vertèbres se redresser spontanément. Je pourrais citer des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi il est démontré pour moi, d'une part, qu'on peut dessiner assez exactement les vertèbres à l'extérieur pour déterminer d'une manière précise leur situation ; d'autre part, que les malades peuvent volontairement redresser leur colonne lorsque la déviation est peu considérable ou qu'elle ne fait que commencer. N'est-il pas évident d'après cela qui si la colonne peut être redressée momentanément par les seuls efforts musculaires, on peut espérer la redresser à la longue d'une manière permanente par des moyens gymnastiques?

M. Pravas. Je reconnais l'exactitude de ce que vient de dire M. Piorry. Je pense comme lui que la gymnastique seule peut, dans quelques circonstances, opérer le redressement de déviations légères ; mais c'est à la condition d'être convenablement appliquée, car sans cela elle peut produire des effets tout contraires à ceux que l'on désire obtenir.

M. Londe. Il arrive quelquefois qu'en appliquant la main froide sur le dos d'une personne déviée, on provoque un mouvement spontané de redressement ; mais ce redressement ne dure pas, pour qu'il persiste, il faut le concours de la gymnastique et des moyens mécaniques. Les mouvements musculaires ne suffisent donc pas à eux seuls pour opérer le redressement des déviations.

Cette discussion n'a pas de suite. — Sur la proposition de M. le président, la note de M. Pravas sera insérée au Bulletin.

— *M. Raud*, correspondant, présente un petit appareil destiné à l'exploration du pharynx et auquel il donne le nom de *pharyngoscope*.

A quatre heures précises l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Portal.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 novembre 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Andral présente au nom de MM. Léonard et Holey, médecins de l'armée d'Afrique, un travail intitulé : *Recherches sur l'état du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie.*

Ces recherches portent principalement sur les fièvres intermittentes et sur la dysenterie.

Les recherches sur le sang dans les fièvres intermittentes se résument de la manière suivante :

1° La fibrine se maintient dans ses proportions physiologiques au début de la maladie.

2° Elle s'abaisse sous l'influence de sa durée et de ses récidives.

3° Le passage de l'intermittence à la rémittence, à la continuité et à la forme pernicieuse, ne fait point élever ni descendre ses quantités d'une manière appréciable ou constante.

4° Le chiffre de la fibrine augmente un peu dans les formes compliquées, d'où l'on pourrait conclure à la nature phlegmasique de plusieurs des complications.

5° La congestion vers les organes, qui se fait sous l'influence de la fièvre, peut s'élever, dans quelques cas rares, au degré de la phlegmasie, et à cette condition accroître le chiffre de la fibrine.

6° L'engorgement de la rate qui se remarque dans les fièvres intermittentes, ne coïncide qu'exceptionnellement avec la défibrination du sang, contrairement à ce qui se rencontre dans les états dits typhoïdes.

7° Le chiffre des globules n'augmente qu'exceptionnellement. Ils tendent à rester stationnaires ou à diminuer.

8° Leur diminution ne se prononce que sous l'influence de la prolongation de la maladie, de ses récidives, et de l'affaiblissement de la constitution.

9° Bien que les cas d'augmentation aient en général lieu dans des formes graves, on ne peut cependant établir une relation entre ces deux circonstances.

10° Les matériaux solides du sérum ont une tendance à décroître de quantités ; cette décroissance porte simultanément sur les matériaux organiques, et sur les matériaux inorganiques.

11° L'abaissement des proportions de l'albumine a lieu d'une manière prononcée. Il ne s'opère au profit ni de la fibrine, ni des globules.

12° Les matériaux solubles dans l'eau distillée bouillante, offrent une augmentation considérable ; mais ce fait, qui n'est point spécialement lié à l'existence de la fièvre intermittente, puisqu'il se rencontre dans d'autres maladies et même dans l'état de santé, doit être attribué à l'influence d'une cause plus générale.

13° Les matériaux solubles dans l'alcool bouillant se sont montrés si variables dans leurs quantités, qu'il ne peut être établi aucune proportion à leur égard.

14° Enfin l'eau du sang, qui ne diminue que dans les cas fort rares, tend généralement à une augmentation qui se trouve souvent très marquée. C'est presque toujours aux dépens des globules que cette circonstance a lieu.

Les auteurs concluent de ces résultats :

1° Que la viciation du sang dans les fièvres intermittentes, telle au moins qu'elle s'est dévoilée à leurs analyses, ne peut être considérée comme primitive ou cause, mais bien comme consécutive, et par conséquent, effet de la maladie.

2° Que cette viciation, qui se manifeste aussi dans d'autres maladies comme conséquence de leur durée, ainsi que l'ont appris les travaux de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, ne présente de particulier à ce genre d'affections, que d'intéresser à la fois un plus grand nombre des éléments du liquide sanguin.

3° Que si le développement de la fièvre intermittente est le résultat d'une intoxication du sang, ce que les auteurs ne repoussent pas d'une manière absolue, la présence du principe qui l'occasionne est encore à chercher, et que, pour ce motif, on peut, avec autant de raison, attribuer les premiers troubles qui signalent l'existence de la maladie à une modification morbide survenue dans l'un des appareils du système nerveux.

4° Que les recherches de pathologie humorale peuvent, jusqu'à un certain point, accepter une part des reproches adressés à l'anatomie pathologique des solides, parce qu'elles ne soulèvent point entièrement le voile qui nous dérobe l'essence des maladies.

5° Que néanmoins, la connaissance des changements de proportions qui s'opèrent dans plusieurs des éléments du sang sous l'influence des maladies, doit être envisagée comme un progrès réel ajouté à la connaissance des lésions qu'éprouvent les solides.

6° Enfin, qu'après l'étude des liquides de l'organisme humain, en doit venir une autre, celle des lois par lesquelles agit cette puissance qui domine tous les autres systèmes de l'économie.

Dysenterie. — Sur six analyses, la fibrine a été trouvée quatre fois augmentée, et deux fois à l'état normal, d'où il paraîtrait résulter que la dysenterie peut s'accompagner ou être l'expression d'un état phlegmasique, ou bien exister sans lui. La durée de la maladie ne paraît avoir aucune part dans les variations de la fibrine, puisque la saignée a été faite à des époques plus ou moins éloignées de son début.

Les globules tendent à diminuer.

Les matériaux solides n'augmentent dans aucun cas. Dans quatre, ils sont restés dans leurs limites normales.

Les matériaux organiques ont diminué dans quatre cas. Dans deux, ils se sont maintenus à l'état normal.

Les matériaux organiques ne se sont éloignés, dans aucun cas, de leur proportion physiologique.

L'albumine était diminuée dans les trois cas où elle a été isolée.

Les matériaux solubles dans l'eau bouillante n'ont été obtenus que dans quatre cas. Ils étaient considérablement augmentés. Ce résultat se fait remarquer par son analogie avec celui qu'ont fourni les fièvres.

Les matériaux solubles dans l'alcool bouillant se sont élevés dans un cas et ont descendu dans deux autres.

L'eau a été surabondante dans quatre cas, et à l'état normal dans deux.

Développement des os. — MM. *Brullé* et *Hugueny* communiquent un travail intitulé : Expériences sur le développement des os.

Voici comment se résume, pour ces deux auteurs, la théorie du développement des os :

1° Il y a dépôt de parties osseuses nouvelles, soit à la face externe, soit à la face interne des os, mais non pas sur toute l'étendue de chacune de ces deux faces à la fois.

2° Les régions de chacune des deux faces de l'os où ce dépôt ne se produit pas, sont le siége de la résorption.

3° Ces faits se passent à la face interne, comme à la face externe des os, mais de telle manière que s'il y a résorption sur une des faces, il y a ordinairement dépôt sur la face opposée.

4° L'augmentation des os en diamètre a lieu par le dépôt de parties nouvelles à la face externe, ainsi que l'ont remarqué Duhamel et M. Flourens.

5° L'augmentation des os en longueur se fait par deux moyens. Les extrémités reçoivent des parties nouvelles ; c'est ce que M. Flourens a très bien reconnu. Le corps est soumis à la résorption dans les parties voisines des extrémités.

6° Les épiphyses se développent séparément, à la manière des os courts ; c'est-à-dire par l'addition de substance nouvelle sur certaines parties, et par la résorption sur d'autres parties.

7° Les os plats se présentent, sous le rapport de leur développement, comme les os longs. Ils sont soumis au dépôt de parties nouvelles et à la résorption de parties anciennes, pour ce qui concerne, du moins, leur face externe.

8° Le périoste et la membrane médullaire sont alternativement les organes du dépôt et de la résorption des parties osseuses. Chacune de ces deux membranes a donc les mêmes propriétés que l'autre.

9° Enfin, la mutation de la matière ne paraît consister que dans le mouvement d'augmentation et de résorption, du moins pour ce qui concerne le tissu osseux ; elle n'est alors qu'un phénomène d'accroissement.

— *M. Mayor*, de Lausanne, adresse, en son nom et au nom de son fils, un mémoire intitulé : Les bains tièdes ramenés à leur plus simple expression.

Il ne s'agit de rien moins que de réduire les bains tièdes, quels qu'ils soient, à leur plus simple expression ; c'est-à-dire de les rattacher tous à un principe général tel, qu'on puisse toujours prendre ou donner ces bains sur chaque région externe du corps et sur celui-ci tout entier. MM. Mayor atteignent ce but au moyen d'un tissu imperméable qui maintient le liquide appliqué sur la peau, et qui prévient son évaporation. Ils se servent, à cet effet, d'une toile de coton imprégnée d'huile siccative. D'après cette méthode, les bains pourront être simples ou diversement composés, prolongés indéfiniment, pris au lit, en voiture ou à cheval, sans mouiller ni les habits, ni les draps, et sans baignoire ni aucun vase quelconque.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-quatrième liste.

M. Fouquier, professeur à la Faculté de médecine, premier médecin du roi.
M. D'Hour, officier de santé à Douai.
M. le docteur Bourbousson, à Sablet (Vaucluse).
M. le docteur Kondicki, à Vaison.
M. Roux, médecin à Coyrane.
M. Tournès, médecin à Mornss.
M. Mounier père, médecin à Mondragon.
M. le docteur Seriot, à Orange.
M. Rey, médecin à Jonquières.
M. le docteur Chrzacszez, à Ste-Cécile.
M. Durand, pharmacien à Valréas.
M. le docteur Guy, à Albi (Tarn).
M. le docteur Verjus, à Paris.
M. Dendrieux, pharmacien, à Verfeil (Haute-Garonne).
M. Masse, pharmacien, à Lévignac.
M. Picard, pharmacien, à Saint-Félix-de-Caraman.
M. Moles, pharmacien, à Revel.
M. Fadeuille, pharmacien, à Fronton.
M. Delavèfre, pharmacien, à Soissons (Aisne).
M. Labourdette, pharmacien, à Marly-le-Roy (Seine-et-Oise).
M. Verlinder, officier de santé, ex-chirurgien-major, à Biarritz.
M. Hoursolle, officier de santé à Biarritz.
M. Moulni, officier de santé, chirurgien-dentiste.
M. Morel, officier de santé, chirurgien-dentiste.
M. Molmard, docteur en médecine, chirurgien principal et en chef de l'hopital militaire, chevalier de la Légion-d'Honneur.
M. Ducastains, docteur en médecine, chirurgien-major au 6e régiment d'infanterie de ligne.
M. Morel, docteur en médecine, chirurgien-major au 60e régiment d'infanterie de ligne.
M. D'Hour, officier de santé à Douai.
M. le docteur Fayet, chirurg. principal en retraite.
M. Poynaud, pharmacien.
M. Ferd. Lebeuf, pharmacien.
M. Vidal, pharmacien militaire.
M. Silva fils, membre du jury médical.
M. Barbet, pharmacien.
M. Dupouy, pharmacien.
M. Bergère, vétérinaire.
M. le docteur Cangrain, membre de plusieurs Sociétés savantes, à Alençon. (Orne.)
M. A. Houel, pharmacien à Alençon.
M. Théodore Gelos, officier de santé, médecin espagnol, ex-chirurgien-major en chef de Don Carlos, et son premier chirurgien, à Alençon.
M. le docteur Chamard fils, à Tulle.
M. Mazin, pharmacien à Tulle.
Le Comité médical de Dôle. (Jura.)
M. le Docteur H. Combe, de Toulouse, délégué de l'arrondissement de Castre (Tarn), déjà nommé comme délégué de Toulouse.
M. le docteur Donnèse, à Carignac. (Corrèze.)
M. Lemaire pharmacien au Havre.
M. Guilbert, pharmacien au Havre.
M. le docteur Bérot, à Strasbourg.
M. le docteur Becquart, membres de plusieurs sociétés savantes, à Bayonne.
M. le docteur Deguet, au Donjon. (Allier.)
M. le docteur C.-P. Galtier, à Paris.
M. le docteur Marchang, à Béthune (Pas-de-Calais).
M. le docteur Pérard, à Béthune.
M. le docteur Leroy, à Béthune.
M. le docteur Capelle, à Béthune.
M. le docteur Lotte, à Béthune.
M. le docteur Morel, à Béthune.
M. le docteur Testu, à Lens.
M. le docteur Ansart, à Lillers.
M. Pérard, pharmacien à Béthune.
M. Delarue, pharmacien, à Béthune.
M. Hanquelle, pharmacien à Béthune.
M. Engrand, pharmacien à Béthune.
M. Ringo, pharmacien à Carvin.
M. Fournier, pharmacien à St-Venant.
M. le docteur Pruvost, direct. de la Maison d'aliénés à St-Venant.
M. Lustre, médecin à Choques.
M. Bacqueville, médecin à Hallicourt.
M. Danson, médecin à Sailly-la-Bourse.
M. Cordonnier, médecin à St-Venant.
M. Duchâtez, médecin à Robecq.
M. Trannoy, médecin à Busnes.
M. Dubrulle, médecin à Gonnehem.
M. Jourdain, médecin, à Festubert.
M. Lemaire, médecin, à Hersin.
M. Lamant, médecin, à Estaires sur la Lys.

M. Durand, médecin, à La Bussière.
M. Dhuin, médecin, à Hinger.
M. le docteur Christophe, à Paris.
M. le docteur Robiquet, à Givet (Ardennes).
M. le docteur Pons, à Agen (Lot-et-Garonne).
M. le docteur de Laffore oncle, correspondant de l'Académie de Paris, à Agen.
M. le docteur Cassius, à Agen.
M. le docteur Lassère, correspondant de l'Académie de Paris, à Agen.
M. le docteur Dumas de Lamothe, à Agen.
M. le docteur J. de Laffore, à Agen.
M. le docteur Chaulet, à Agen.
M. Magen, pharmacien, correspondent de la Société de pharmecie de Paris, à Agen.
M. Roulliès, pharmacien, à Agen.
M. Lapoussie jeune, vétérinaire, à Agen.
M. Hippolyte Lapoussie, vétérinaire, à Agen.
M. le docteur Freychinet, à Agen.
M. le docteur Crebessac, à Tonneins.
M. le docteur Descleux, à Tonneins.
M. le docteur Espagnec, à Tonneins.
M. le docteur Menon, à Tonneins.
M. le docteur Vilette, à Gontaud.
M. le docteur Compeyrot, à Port-Sainte-Marie.
M. le docteur Delpech, à Caudecoste.
M. le docteur Gaube, à Nérac.
M. le docteur Vilatte, à Bruch.
M. le docteur Martineau, à Clairac.
M. le docteur Dugoujon, à Mezin.
M. le docteur Frémont, à Marmande.
M. Berreté, pharmacien, à Nérac.
M. Menon, pharmacien à Tonneins.
M. Dauzon, pharmacien à Gonteud.
M. Sauvage, pharmacien à Bruch.
M. Orliac, pharmacien à Astaffort.
M. Montheil, pharmacien à Tonneins.
M. Boudet, pharmacien à Castelmoroy.
M. Dublanc, vétérinaire à Agen.
M. Berganot, vétérinaire à Marmande.
M. Labory, vétérinaire à Ste-Bazeille.
M. Perry, vétérinaire au Mas-d'Agénais.
M. Baritaud, vétérinaire à Gontaud.
M. Gachet, vétérinaire à Miramont.
M. Dupuy, vétérinaire à Marmande.
M. Faure, vétérinaire à Ste-Bazeille.
M. Deghuilhem, vétérinaire à Ségalas.
M. Lagrange, vétérinaire à St-Nazaire.
M. Pestnl, vétérinaire à Saint-Barthélemy.
M. Babot, vétérinaire à Saint-Barthélemy.
M. Lanusse, vétérinaire à Tonneins.
M. Humeau, vétérinaire au Mas-d'Agénais.
M. Fallières, vétérinaire à Mezin.
M. Besse-Lagrange, médecin à Prayssas.
M. Lanélongue, médecin à Moirax.
M. Bousquet, médecin à Tournon.
M. Morange, médecin à Prayssas.
M. Deruitte, pharmacien.
M. Faurès, pharmacien à Bordeaux (Gironde).
M. le docteur Coulondou-Rongier, à Saint-Ciers-la-Lande.

Total de la vingt-quatrième liste,	81
Listes précédentes,	4230
Total général, à ce jour,	4311

NOUVELLES.

Aux termes du règlement sur le service de santé des hospices, les fonctions des médecins et des chirurgiens, nommés dans les formes voulues, n'ont que cinq ans de durée, à moins qu'à l'expiration des cinq années ils ne soient présentés de nouveau par le conseil, par le préfet, et nommés par le ministre.

Le conseil général des hospices, procédant à cette présentation quinquennale, a proposé la réélection de ceux des titulaires dont les noms sont portés sur la liste suivante :

Médecins. — MM. Husson, Caillard, Honoré Jadioux, à l'Hôtel-Dieu ; Serres, Clément, Piorry, à la Pitié ; Fouqnier, Rayer, Cruveilhier, Andral, à la Charité ; Lepeler, Guererd, à Saint-Antoine ; Renauldin, Martin Solon, à Beaujon ; Sandras, Requin, à l'Hôtel-Dieu (ennexe) ; Lugol, Gibert, Cazenave, à Saint-Louis ; Pucbe, à l'hôpital du Midi ; Guersant père, à l'hôpital des Enfants malades ; Duméril, à la maison d'accouchement ; Leuret, Voisin, Moreau, Baillargeou (adjoint), à l'Hospice de la Vieillesse (hommes) ; Falret, Métivié, Lelut, Trélat (adjoint), à l'hospice de la Vieillesse (femmes) ; Duplay, à l'hospice des Incurables (hommes) ; Lafon, à l'hospice des Incurables (femmes) ; Labric, aux Ménages, Bafos, à La Rochefoueauld.

Chirurgiens. — MM. Ronx, Blandin, à à l'Hôtel-Dieu ; Lisfrenc, Bérard, à la Pitié : Gerdy, Velpeau, à le Cherité ; Bérard aîné, à St-Antoine ; Lenoir, à Necker ; Jobert, à Saint-Louis ; Dubois, Denysu, à la maison d'accouchement ; Thevenot de Seint-Blaise, Auvlty, à l'hôp tal des Enfants-Trouvés et Orphelins.

Le Conseil procédere plus tard au remplecement de MM. les docteurs Récamier, Rostan, Magendie, Gueneeu de Mussy, Jadelot, médeeins, et Marjolin père, chirurgien, qui n'ont point été réélus.

N'étaient point soumis à la réélection, comme on se l'explique aisément, les médecins ou chirurgiens des hôpitaux dont la nominetion n'est point comprise dans cette période de cinq ans.

— A la suite du concours pour le grade de chirurgien aide-mejor qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés ainsi qu'il suit : MM. 1 Parise, 2 Serrier, 3 Puel, 4 Jacquot, 5 Nidert, 6 Gouget, 7 Long, 8 Mélignon, 9 Jacquot, 10 Ehrmann, 11 Armand, 12 Courcelle-Seneuil, 13 D'Oultremer-Dumergat, 14 Prieur, 15 Lafond, 16 Lellart, 17 Jeannoël, 18 Armieux, 19 Quénot, 20 Jourd'heuil, 21 Bouret, 22 Fauchon, 23 Barreeu, 24 Maasse, 25 Larzillière, 26 Gronnier, 27 Dulec, 28 Girma, 29 Pelin, 30 Tesnière, 31 Blanc, 32 Windrif, 33 Dinichert, 34 Bouchery, 35 Laguerre, 36 Godefroy.

— Un emploi de médecin professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légele est vecent à l'hôpitel d'instruclion de Metz.

— M. le docteur Ph. Faivre, ex-secrétaire annuel de le Société médicale d'Emuletion, et médecin des épidémies à Montfermeil, vient d'être nommé par le Roi, médecin du domaine royal du Raincy.

— C'est par erreur que l'on a omis, dans la liste des membres de la Commission pour la trensletion des restes de Bichat, les noms de MM. Malgeigne et Tournié.

Etude de Me LANGLOIS, avoué à Beauvais.

VENTE APRES DECES,

SUR LA MISE A PRIX DE 12,000 FR.

D'UNE PHARMACIE

Exploitée à BEAUVAIS (Oise), place de l'Hôtel-de-Ville, 15, la plus ancienne et l'une des mieux achalandées de la ville ; du Mobilier industriel de ladite Pharmacie, de l'achalandage et du droit au bail attachés à ce fonds de commerce ; le tout en UN SEUL LOT ; en l'étude et par le ministère de Me DEVIMEUX, notaire à Beauvais, le lundi, 1er décembre 1845, heure de midi.

MÉDAILLE D'ARGENT, 1837. — MÉDAILLE D'OR, 1842.

CHOCOLAT FERRUGINEUX DE COLMET,

Pharmacien et fabricant de chocolats, rue Neuve-Saint-Merri, 12, à Par

COLMET

Ce CHOCOLAT FERRUGINEUX, seul approuvé des sociétés savantes, est reconnu par MM. les Médecins comme la meilleure manière, la plus agréable d'administrer le FER à haute dose aux femmes et aux jeunes filles contre les pâles couleurs, les pertes blanches, les maladies nerveuses et la faiblesse. — AVIS. — Des *compositions grossières* étant journellement vendues par le commerce pour notre *Chocolat ferrugineux*, nous prions MM les Médecins de n'accorder toute confience qu'aux paquets ou boîtes de *Chocolat ferrugineux* entourés d'une bande de couleur chamois, et revêtus de *notre signature* et de *notre cachet*, dont nous donnons ici les modèles.

DEPOTS de nos *Chocolats médicinaux* dans toutes les bonnes pharmacies de France.



AVIS AUX MÈRES. — Grand assortiment de bouts de seins, biberons et tetines de Mme veuve BRETON, sage-femme, boulevard St-Martin, 3 bis, au premier, près la rue du Temple, à Paris, à l'enseigne des CINQ MÉDAILLES. Mme BRETON prie les mères de ne pas confondre ses tetines avec d'autres mal confectionnées. Pour éviter toute erreur, les tetines sont mises dans des étuis cachetés et signés veuve BRETON. — Chaque appareil d'allaitement porte nom Veuve BRETON, et est accompagné d'un Avis aux mères en 24 pages, délivré gratis, qui indique la manière de s'en servir et les soins dus aux enfants. Exposition de 1827, 1834 et 1839 ; rappel, médaille d'or 1844. — BIBERONS à 3 fr. 50 c., 4 fr. et 6 fr. ; BOUTS DE SEIN à 2 fr. 50 et 3 fr. ; TETINES DE RECHANGE à 2 fr.

MAUX DE DENTS la CRÉOSOTE BILLARD

Enlève la douleur de dents la plus vive, et guérit la carie. Dépôt chez GARQUET-BILLARD, pharmacien, rue St-Jacques-la-Boucherie, 24, à côté du corps-de-garde de la place du Châtelet. Prix : 2 fr. le *flacon*.

Sirop d'Ecorces d'Oranges amères,

TONIQUE ANTI-NERVEUX

DE LAROZE,

Pharmacien, rue Neuve des Petits-Champs, 26, à Paris.

Le succès du *Sirop d'écorces d'oranges* (curaçao d'Hollande) est aujourd'hui constaté par l'expérience. (Consultez les observations publiées par le baron Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris.) — Son action tonique et stomachique est reconnue dans les affections attribuées à l'atonie de l'estomac et du canal alimentaire ; elle est curative dans les aigreurs et coliques d'estomac, absence d'appétit, constipation ; enfin dans tous les cas où le COLUMBO, la RHUBARBE, l'OXYDE BLANC DE BISMUTH, étaient, malgré leur infidélité et le dégoût qu'ils inspiraient, appelés à soulager nos organes malades. — Dépôt dans chaque ville. Prix du flacon : 3 fr.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA,

De ABBADIE, pharmacien, rue Ste-Apolline, 23.

Ce vin est employé avec beaucoup de succès dans le traitement des fièvres intermittentes. Il jouit de toutes les propriétés des sels de quinine, il est supporté plus facilement par tous les sujets, et surtout excellent pour consolider la guérison des fiévreux.

C'est en outre un excellent tonique contre les maux d'estomac lorsqu'ils proviennent de l'atonie, ou faiblesse de cet organe ; pour exciter l'appétit et faciliter la digestion ; pour tonifier les enfants pâles, rachitiques, étiolés, et les personnes faibles et délicates.

DRAGÉES DE LACTATE DE FER DE GELIS ET CONTÉ

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

A la suite d'expériences faites dans les hôpitaux par une commission composée de MM. les professeurs Fouquier, Bouillaud et Bailly, médecins de la Charité.

Le Rapport, fait à l'Académie par M. Bouillaud, établit la supériorité du *Lactate de fer* sur les autres préparations ferrugineuses, et comme les dragées de Gelis et Conté sont en outre très faciles à administrer, les médecins les prescrivent généralement toutes les fois quecelles-ci sont indiquées, et principalement dans le traitement de la chlorose. de la leucorrhée, de l'anémie et de la chloro-anémie, et toutes les fois que le sang appauvri a besoin d'éléments réparateurs. — Chez LABELONYE pharmacien, rne Bourbon-Villeneuve, 19, plece du Caire, à Peris, et dans presque toutes les pharmacies.

Fabrique et dépôt central, rue Cadet, 28, à Paris.



IRRIGATEUR du Dr ÉGUISIER fonctionnant seul

et se montant comme une pendule.

Pour toute espèce d'INJECTIONS, LAVEMENS, DOUCHES, IRRIGATIONS

Adopté par un grand nombre d'HOPITAUX de France et de l'Etranger.

LES INJECTIONS se font d'elles-mêmes sens mouiller le lit. On peut prendre les LAVEMENS *seul, dans le lit, sans se déplacer.* — L'IRRIGATEUR EST GARANTI UNE ANNEE ; tout dérangement survenu par la faute de l'instrument, dans cet espace de temps, est réparé sans frais.

CAPACITÉ,	PRIX : Fer-blanc.	Etain.	Cuivre poli.
N° 1. 375 g.	18 f.	20 f.	28 f.
N° 2. 500 g.	18	22	28
N° 3. 1 kile.	24	28	38
N° 4. 3 kile.	60	•	80
N° 5. 5 kile.	80	•	110
N° 6. 8 kile.	100	•	140

On loue de grands Irrigateurs à 2 fr. par jour sur la recommandation d'un médecin.

Les nos 1 et 2 sont plus particulièrement propres aux lavemens ; le no 3 aux injections ; les nos 4, 5 et 6 aux irrigations internes et externes, douches, etc. Ces derniers fonctionnent six, dix et douze heures sans être remontés : leur robinet marque la durée du jet par une aiguille.

OUVRAGE COMPLET.

8 forts volumes grand in-8° sur deux colonnes. — PRIX : 50 FRANCS.

DICTIONNAIRE des DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,

FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

Ou Traité complet de Médecine et de Chirurgie pratiques,

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

Sous la direction du Docteur FABRE.

(Ouvrage adopté par M. le Ministre de la guerre, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, pour les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement.)

L'ouvrage entier forme 8 forts volumes grand in-8°, sur deux colonnes, imprimés sur beau papier raisin, et en caractères fondus exprès.

L'ouvrage entier, pour Paris, 50 fr.

Nota. — Des délais de paiement sont accordés aux personnes qui prennent cet ouvrage. — On peut en acquitter le prix en deux termes et par moitié dans le courant de l'année.

En vente au Bureau de la Gazette des Hôpitaux, rue Dauphine, 22-24.

VÉSICATOIRES

TAFFETAS ÉPISPASTIQUE

En rouleaux roses.

CAUTÈRES

TAFFETAS RAFRAICHISSANT

En rouleaux bleus.

Pois élastiques en caoutchouc

SERRE-BRAS, COMPRESSES

de LEPERDRIEL,

Ou moyens supérieurs et économiques de pansement, pour obtenir de ces sortes d'exutoires les meilleurs effets possibles sans douleur ni démangeaison.

PRÉPARATIONS SULFUREUSES DU DOCTEUR QUESNEVILLE

Bains de Barége inodores ; la douzaine de flacons, 24 fr.

Gélatine préparée pour les Bains ; le kilog., 3 fr. 50 c.

Pommades d'extrait de Barége nos 1 et 2 ; le pot, 1 fr. 50 c.

Pendant que l'on fait usage de ces préparations, il est essentiel d'en aider l'action par l'emploi à l'intérieur du sirop d'hyposulfite de soude.

Prix de la grande demi-bouteille, 3 fr.

Ce Sirop convient dans les démangeaisons vives de la peau, les dartres anciennes et tout ce qui a pour cause un vice psorique.

A la Pharmacie, rue Jacob, no 30, à Paris.

CHIRURGIE OCULAIRE,

OU TRAITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES QUI SE PRATIQUENT SUR L'ŒIL ET SES ANNEXES ;

PAR LE Dr DEVAL.

Ouvrage contenant la pratique opératoire de F. Jaeger et de A. Rosas, professeurs d'ophtalmologie à Vienne, d'après des documents recueillis par l'auteur aux cliniques de ces professeurs. — Un vol. in-8 de 740 pages, avec planches. Prix : 8 fr. Paris, G. Baillière, r. Ecole-de-Médecine.

APPAREIL ELECTRO-MEDICAL

de BRETON frères.

Cet INSTRUMENT, déjà si connu par les services qu'il rend tous les jours dans la science médicale vient d'être tout nouvellement perfectionné. On peut, de la manière la plus facile, appliquer sans danger l'électricité galvanique dans les diverses et nombreuses maladies qui nécessitent l'emploi de cet agent comme moyen thérapeutique ; car, avec l'intensité des fortes commotions électriques, qui peuvent se graduer et devenir presque insensibles, on peut aussi maintenant en graduer le nombre à volonté. Cet appareil, qui vient d'être tout récemment présenté à l'Académie des sciences, et dont l'usage est adopté pour le service des hôpitaux, n'a pas augmenté de prix, car il est toujours de 80 francs, chez BRETON frères, rue du Petit-Bourbon, 9.

Pour les deux sexes

PESSAIRES, SUPPOSITOIRES ET BOUGIES

Solubles, flexibles à tous les Médicaments

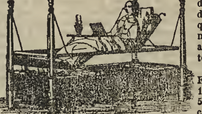
Porte-Remède-Reynal

Pour toutes les Maladies des Organes Génitaux et de l'Anus, Ecoulements chroniques ou récents, Rétrécissements, Flueurs blanches, Ulcères, Hémorrhoïdes, Fistules, etc.

Prix : 5 et 10 fr. la boîte, à la Pharmacie, 20, r. Rambuteau, Paris.

LIT DU Dr NICOLE,

UTILE AUX MALADES, BLESSÉS ET INFIRMES.



Ce Lit a valu à son auteur une médaille d'or, et l'Académie royale de médecine l'a proclamé supérieur à tout ce qui existe en ce genre. Au moyen d'un mécanisme simple, un enfant de douze ans peut faire prendre à un malade toutes les positions qu'il peut désirer.

VENTE A PRIX DIVERS, location, 45 fr. Fauteuil mécanique et Béquilles, location 15 fr. Camisolle de force, Matelas, vente 50 fr. Appareil pour remettre les jambes cassées, y compris leurs cerceaux.

Rue THÉVENOT, 10 et 11, à PARIS.

MAISON BROSSON FRÈRES,

Aux Pyramides, rue Saint-Honoré, 295, à Paris.

EAUX MINÉRALES NATURELLES DE VICHY.

Véritables PASTILLES de Vichy.

SELS DE VICHY POUR BOISSON ET POUR BAIN.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 140. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PROCÈS-VERBAL D'EXHUMATION DES RESTES DE BICHAT,

Lu à l'Académie royale de médecine, dans la séance du 18 novembre 1845, par M. Rigal (*de Gaillac*).

L'an mil huit cent quarante-cinq et le seize novembre, à huit heures du matin, la Commission du Congrès médical de France, chargée de présider à l'exhumation des restes de Xavier Bichat, et à leur translation dans le cimetière de l'Est, où le Conseil municipal de la ville de Paris a fait concession à perpétuité d'un terrain destiné à recevoir ces restes, après avoir obtenu de M. le ministre de l'intérieur, comte Duchâtel, de M. le pair de France, préfet de la Seine, comte de Rambuteau, et de M. le pair de France, préfet de police, Gabriel Delessert, toutes les autorisations à ce nécessaires, procédant en présence de M. Bouillon, commissaire de police du quartier du Jardin-des-Plantes, s'est réunie dans l'enceinte de l'ancien cimetière de Sainte-Catherine, au lieu de Clamart. Etaient présents :

MM. Roux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, membre de l'Institut (Académie royale des sciences) et de l'Académie royale de médecine, etc., etc.;
Devilliers, membre de l'Académie royale de médecine;
Cornac, médecin en chef de l'hôtel royal des Invalides, officier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.;
Baron Larrey, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, chevalier de la Légion-d'Honneur, vice-président de la Société médicale d'émulation;
Battaille, président de la Société médico-pratique de Paris;
Blatin, secrétaire de la Société médicale d'émulation;
Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre du mérite militaire de Pologne, membre de la Société de chirurgie de Paris;
Amédée Latour, secrétaire général du Congrès médical;
Richelot, membre de la Société de médecine du département de la Seine, secrétaire général de la Société médico-pratique de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;
Caffe, secrétaire général de la Société médicale d'émulation, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;
Beau, médecin au Bureau central;
Latil de Thimécourt, de Trévoux;
Béroud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantua, tous trois délégués du corps médical du département de l'Ain;
Vée, pharmacien, maire du cinquième arrondissement de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;
Fournier, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon, délégué de la Société de médecine de la même ville;
Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, chevalier de la Légion-d'Honneur;
Dubail, pharmacien;
Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac (Tarn), chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre du Christ de Portugal, membre correspondant de l'Académie royale de médecine;
Et Labarraque, vice-président de la Société médico-pratique de Paris;

Ces deux derniers spécialement chargés, comme secrétaires de la section de médecine, de dresser, au nom du Congrès médical de France, le procès-verbal d'exhumation.

La Commission avait fait prévenir les membres de la famille de Bichat qui résident à Paris. Se sont présentés :

MM. Bichat (Pierre-Jean-Baptiste-César), âgé de 70 ans, frère puîné de Xavier Bichat;
Bichat (Hector), âgé de 38 ans, fils de Pierre-Jean-Baptiste César Bichat;
Adet de Roseville, médecin-adjoint de Saint-Lazare, époux de dame Olympe Bichat, fille de Pierre-Jean-Baptiste César Bichat;
Cullièron de Lacour, époux de dame Marie-Rose-Félicie Bichat, fille de Pierre-Jean-Baptiste César Bichat;
MM. les docteurs Sanson (Alphonse), agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Garnier, médecin-adjoint de l'hôpital militaire de Versailles; Morel-Lavallée, membre de la Société de chirurgie de Paris; Cloquet (Ernest), prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, se trouvaient sur les lieux.

M. le docteur Devilliers a conduit les membres de la Commission vers une enceinte formée d'un treillis de bois ayant un mètre de large sur deux mètres de long, et s'appuyant par une de ses extrémités contre le mur est du cimetière Sainte-Catherine. On y voit une pierre sépulcrale verticalement posée, sur la face de laquelle se lit l'inscription suivante : *A Xavier Bichat, par les membres de la Société d'instruction médicale.* Une couronne d'immortelles appendue au mur, des vases de fleurs témoignent que le modeste tombeau n'a pas cessé d'être l'objet d'un culte pieux.

La pierre et le treillis étant enlevés, les fouilles ont commencé à huit heures et demie précises du matin, et ont été poussées jusqu'à la profondeur d'un mètre soixante-dix centimètres. Là se sont trouvés les débris d'un cercueil. Les talus du terrain présentent deux couches bien distinctes : la supérieure, épaisse de soixante-dix centimètres, est humide et assez meuble; l'inférieure, épaisse d'un mètre, est fortement tassée, d'une sécheresse remarquable, et paraît mêlée de matières calcaires. Les recherches sont ici devenues attentives et minutieuses. Bientôt elles ont amené la découverte d'un squelette dans le plus bel état de conservation, et disposé de telle sorte que les pieds touchaient au mur, les parties supérieures du corps étant tournées vers le cimetière.

Tous les os du tronc sont assemblés selon leur articulation naturelles et leur superposition régulière. Cette remarque s'applique spécialement à la colonne épinière, et plus particulièrement encore aux sept vertèbres du cou, dont l'intégrité est parfaite. Il en est de même des extrémités thoraciques et pelviennes. L'attitude générale est celle d'un cadavre enfermé dans sa bière, couché sur le dos, les jambes allongées, les bras étendus sur les côtés. La tête manque. Vainement une fouille de quarante centimètres de rayon a été faite de côté et d'autre et dans la profondeur du sol pour la retrouver. Alors est intervenu M. le professeur Roux, lequel a déclaré que, par des circonstances inutiles à rappeler dans cet acte, il était devenu possesseur de la tête de Bichat trois ans après la mort de celui-ci. M. Roux nous a représenté cette tête, en faisant remarquer les particularités suivantes : 1° une fracture à l'os occipital, fracture qu'il produisit lui-même lors de l'autopsie de Bichat; 2° l'oblitération des alvéoles de la première grosse molaire supérieure gauche, et de la première grosse molaire supérieure droite, que Bichat avait fait arracher dans les derniers temps de sa vie, après en avoir beaucoup souffert, comme il le dit lui-même à l'article *dents* de son *Anatomie générale;* 3° le rapport parfait des condyles de l'occipital avec les condyles de l'atlas découverts dans la fosse, toutes circonstances qui établissent, de manière à ne laisser aucun doute, que la tête présentée par M. Roux est celle de Bichat, et que le squelette découvert au dessous de la pierre tumulaire du cimetière Sainte-Catherine est aussi le squelette de Bichat.

M. Malgaigne avait disposé dans un cercueil de chêne, selon l'ordre anatomique, tous les ossements au fur et à mesure de leur exhumation. M. Roux a complété le corps de Bichat, en lui restituant, de ses mains, la tête qui en était séparée depuis quarante ans.

Cela fait, la Commission a déposé à côté de Bichat une branche de laurier, et au-dessus de sa tête, la couronne d'immortelles qu'elle avait trouvée suspendue près de la pierre tumulaire. Le tout a été couvert de son et enveloppé du linceul; puis le couvercle du cercueil, surmonté d'une plaque de plomb, portant la date de la mort de Bichat et celle de son exhumation par le Congrès médical, a été solidement vissé; enfin, à l'heure de midi moins un quart, le cercueil a été placé sur un char funèbre pour être conduit à l'église métropolitaine Notre-Dame.

De tout quoi nous avons dressé le présent procès-verbal pour être déposé en original dans les archives du Congrès médical de France, et copie authentique en être remise à M. le professeur Roux, pour lui servir selon que besoin serait.

Fait à Paris, le dix-sept novembre mil huit cent quarante-cinq, d'après les notes prises la veille sur les lieux.

Et ont signé les membres présents.

DISCOURS PRONONCÉS SUR LA TOMBE DE BICHAT. (Suite.)

Discours de M. Roux.

Messieurs,

On a désiré qu'une seconde fois, après plus de quarante années passées, je prononçasse encore quelques paroles près du cercueil qui renferme les restes depuis si longtemps inanimés de notre Bichat. Je n'ai point décliné cet honneur, tout en sentant qu'à quelques égards la tâche eût été mieux remplie par d'autres que par moi; je l'aurais réclamé, au contraire, heureux de pouvoir, au milieu de l'élite du corps médical de la France, et dans la solennité imposante qui nous rassemble, exprimer toute mon admiration, toute ma reconnaissance pour Bichat, qui fut mon premier maître chéri, qui daigna m'associer à ses travaux, qui m'honora de son amitié, à qui j'ai toujours rapporté le peu que je vaux, le peu que j'ai pu faire, et que j'ai toujours cherché à prendre pour modèle dans ce que les hommes ont qu'on puisse imiter.

Mes premières paroles doivent être : Grâces soient rendues aux dignes représentants de la France médicale qui, réunie en Congrès, ont voulu couronner leurs travaux par une grande manifestation en faveur du plus grand physiologiste dont nous puissions nous honorer; grâces leur soient rendues pour s'être associés à un vœu depuis longtemps formé par les amis de la science, et pour avoir, par leurs soins, hâté le moment où les dépouilles mortelles de Bichat reçoivent une nouvelle sépulture. Ces dépouilles, elles gisaient dans une terre que lui-même, et pour les travaux qui l'ont tant illustré, avait tant de fois foulée; non loin, il est vrai, de celles de Desault, dont il avait été l'élève privilégié et le sincère admirateur : un lieu maintenant abandonné, et qu'il avait tant de fois parcouru, les renfermait depuis bientôt un demi-siècle; elles vont prendre place à côté de celles d'un si grand nombre d'hommes qui, dans les arts, dans les sciences, sur les champs de bataille et dans la carrière politique, qui a aussi ses génies et peut enfanter des héros, ont le plus honoré notre patrie.

Bientôt aussi, il faut l'espérer du moins, nous viendrons déposer sur cette tombe, et inaugurer encore une fois l'œuvre de David, le monument de ce grand artiste, qui, déjà élevé à Bourg, chef-lieu du département de l'Ain, rappellera à la postérité que Bichat naquit dans cette partie de la France. Alors, et seulement alors, ce sera chose convenable d'exposer de nouveau ses titres à l'immortalité, de dire quelle a été la portée de son génie, quels caractères ses travaux ont imprimé à la science depuis le commencement de ce siècle; quelle influence ils ont eu sur ses progrès. Des bouches plus éloquentes que la mienne, des esprits plus transcendants, auront à reproduire les pensées déjà si bien exprimées dans une autre circonstance, par nos confrères, M. Pariset, M. Royer-Collard et M. Hippolyte Larrey. Que sais-je, alors réclamerai-je et m'accordera-t on la faveur de faire encore entendre ma faible voix. Ce sera un devoir pour moi de tresser à ma manière, et comme je la comprends, la couronne scientifique de Bichat, et de remplir une tâche qu'à mon grand regret je me suis trouvé contraint d'abandonner, lorsqu'il y a deux ans et demi je l'avais acceptée avec tant de plaisir.

Mais ici, Messieurs, à l'issue d'une cérémonie tout empreinte d'un caractère religieux, lorsque la présence même d'un cercueil enlevé depuis quelques instants à la terre pour lui être confié de nouveau, reporte ma pensée vers ce moment si douloureux où Bichat termina prématurément sa carrière; où dans le lieu même dont nous sortons, une foule innombrable, comme celle qui m'entoure aujourd'hui, de maîtres et d'élèves, assistait à ses obsèques et se montrait si consternée, combien serait déplacé un éloge en quelque sorte académique, voire même une simple appréciation des éminents services que, pendant sa courte apparition dans ce monde, Bichat a rendus aux sciences médicales! Eussé-je voulu entreprendre de nouveau ce que d'autres ont déjà fait avec bonheur, le temps m'aurait manqué. A peine quelques jours se sont écoulés depuis qu'a été décidée, arrêtée, préparée la cérémonie qui nous rassemble. Il fallait que le Congrès médical pût ajouter par sa présence à l'éclat, à la grandeur, au caractère de sincérité de ce nouvel honneur rendu aux mânes de Bichat. Jamais peut-être manifestation publique n'a eu lieu ou ne se fera au milieu et par le concours d'un plus grand nombre d'hommes éclairés. On dira qu'elle a été digne de celui qui en était l'objet.

Et d'ailleurs, Messieurs, que pourrais-je dire de la vie scientifique de Bichat, dont vos esprits ne soient déjà depuis longtemps pénétrés. Faudrait-il vous rappeler la précocité et la prodigieuse fécondité de son intelligence? Vous le savez, il avait 25 ans à peine quand, pour rendre hommage à la mémoire de Desault, il rassembla en corps d'ouvrage, sur les maladies des voies urinaires d'abord, puis sur l'ensemble des maladies chirurgicales, les éléments épars de la doctrine et de la pratique de ce grand chirurgien; et tel était son étonnante aptitude à méditer avec fruit sur des objets très divers, que s'étant à peine occupé de chirurgie, il a introduit dans cette partie de la science des procédés nouveaux et des aperçus ingénieux que le temps a consacrés. Puis quittant ce champ trop étroit pour son génie, et prenant l'anatomie et la physiologie considérées en elles-mêmes et sous le rapport de leurs applications pour objet spécial de ses méditations et de ses recherches, en moins de six années il a doté la science de ce beau Traité des membranes, qui a été comme le préambule ou le frontispice de son Anatomie générale; de ses Recherches sur la vie et la mort, si riches d'expériences et de faits, et qui sont comme toute une physiologie nouvelle; de cette Anatomie générale, où l'organisation de l'homme est considérée sous un point de vue si nouveau, et la plus grande partie de son Anatomie descriptive. Une telle fécondité, une fécondité si précoce, c'est déjà presque le génie; et Bichat mourant lorsqu'il avait à peine atteint son sixième lustre, ne justifia-t-il pas ce qu'a dit quelque part Montaigne, qu'un homme à trente ans doit avoir montré, comme l'ont fait Descartes, Pascal, Newton, tout ce qu'il peut être un jour?

Aurais-je eu besoin de proclamer devant vous la haute estime acquise à ses travaux? Qui de vous n'en connaît toute la valeur, toute l'importance? Je le dirai toutefois; soit que telle doive être la destinée de certains hommes, comme de certaines choses, soit que des intérêts présents et des ambitions vivantes aient enchaîné quelque peu l'élan général, Bichat ne fut peut-être pas prisé autant de son vivant qu'il l'a été depuis sa mort. C'est à nous surtout, c'est à la France qu'il faut reprocher d'avoir été quelque peu tardive dans la juste appréciation de la haute puissance intellectuelle dont Bichat avait été doté par la nature. Des étrangers ont été plus prompts à pressentir jusqu'où il était capable de s'élever; et l'on sait qu'un des derniers grands disciples de l'Ecole de Leyde, le célèbre Sandifort, disait à l'un de nos compatriotes, en parlant de Bichat qui vivait encore : Dans dix ans votre Bichat aura dépassé notre Boerrheave.

Et n'y aurait il pas quelque témérité de ma part, tout imbu que j'ai été des grandes vues anatomiques et physiologiques de Bichat, tout nourri, tout plein que je suis encore de ses principes, de ses doctrines, à les juger, à faire ici le départ de ce qu'elles ont de positif, de ce qu'elles ont au contraire de hasardé et d'incertain! Mais j'aurais été très certainement votre interprète fidèle, ma pensée n'aurait fait que reproduire les vôtres, si j'avais dit : Oui, en physiologie, Bichat a su, comme il avait la volonté de le faire, allier la méthode expérimentale de Haller et de Spallanzani avec les vues grandes et philosophiques de Bordeu; oui, en anatomie pathologique, il a marché heureusement sur les traces de Morgagni, et rassemblé des matériaux pour ceux qui ont ensuite systématisé et Bayle et Laennec et Dupuytren; oui, Bichat a pénétré, plus que personne ne l'avait fait avant lui, dans les profondeurs de notre organisation. Les belles analyses anatomiques qui ont donné naissance à l'anatomie générale sont devenues comme un des fondements de la médecine de nos jours; partout celle-ci en est empreinte, et ce n'est pas seulement dans nos écoles, c'est dans toutes celles de l'Ancien comme du Nouveau-Monde que les grandes vues de Bichat en anatomie sont consacrées et professées. Et peut-être me serais-je laissé aller à dire que ses vues sur le principe de la vie et sur les propriétés qu'il en fait émaner, et qui suivant lui n'en sont que des manières d'être diverses, loin d'être comme aucuns le pensent aujourd'hui un ensemble de suppositions stériles et d'hypothèses gratuites, semblent renfermer au contraire la vraie solution de cette grande et importante question : la vie est-elle un principe et le grand moteur de l'organisation, ou n'est-elle au contraire qu'une conséquence de celle-ci?

Permettez-moi plutôt, Messieurs, de considérer Bichat sous un autre point de vue. On s'est beaucoup occupé de l'homme de génie, du savant, du professeur profond. On n'a point assez parlé de l'homme lui-même. On ne sait pas de quelle perfection morale la nature l'avait doué. Qui mieux que moi peut vous le faire connaître? Et combien je jouis de pouvoir vous communiquer tous les souvenirs relatifs à Bichat, qui tant de fois ont occupé ma pensée, et qui ont fait en partie le charme de ma vie!

J'avais dix-huit ans quand j'assistai pour la première fois à ses leçons; j'en avais vingt-deux et demie lorsqu'il mourut. Pendant le laps intermédiaire à ces deux époques, je ne quittai pas Bichat un seul jour; sa dernière leçon sur un point de matière médicale, je l'ai entendue, je me la rappelle encore. Je n'avais encore que de faibles notions en anatomie acquises près de lui, lorsqu'il me proposa de remplacer pour la préparation de ses leçons et pour la surveillance de son amphithéâtre d'anatomie, un de mes compatriotes, M. Hay, par qui je lui avais été recommandé, et qui devait s'éloigner de Paris provisoirement. Bientôt il me chargea de répéter aux élèves moins avancés que moi la leçon de chaque jour. Puis je l'aidai dans toutes les expériences qu'il faisait. Plus tard, et devenu familiarisé autant que cela pouvait être avec sa manière de considérer les choses en anatomie, je concourus à la rédaction de son Anatomie descriptive.

Cette tâche, je la partageai avec son parent Buisson, qui lui-même, plus tard, a concouru avec moi à la rédaction des deux derniers volumes de ce grand ouvrage; et, quand vint le coup fatal par lequel il nous fut enlevé, c'est dans nos bras et dans ceux d'un autre de ses élèves qui n'est plus, Esparrons, que s'est éteinte cette grand lumière dont le temps n'a fait que rehausser l'éclat. Et, durant ces cinq années de relations non interrompues et en quelque sorte de vie commune, que d'épanchements entre nous! que d'occasions ne m'ont pas été offertes d'apprécier la belle âme de Bichat et son beau caractère! Que de fois j'ai reçu la confidence de ses pensées, soit au milieu de nos occupations les plus sérieuses, soit lorsque, malgré la différence d'âge qui existait entre nous et oubliant la distance qui séparait le maître du disciple, il me faisait partager jusqu'aux doux amusements et aux paisibles distractions par lesquels son esprit se détendait complétement pour se préparer à de nouvelles méditations!

Oui, quoi qu'on ait dit après sa mort, elles étaient paisibles et hon-

nêtes, elles étaient modérées, les distractions que prenait Bichat, encore si jeune, encore à cet âge où la passion de l'étude et les labeurs du génie ne mettent pas toujours un frein absolu à des penchants désordonnés. Bichat ne connut d'autres excès que ceux du travail. Avec un autre genre de vie, il aurait affligé le cœur d'une autre mère qui s'occupait incessamment de ses besoins : son respect était trop grand pour la veuve de son ancien maître, pour madame Desault, qu'il n'avait pas quittée, dont il partageait la demeure et la vie domestique, et qui recueillit son dernier soupir.

Bien que l'orgueil et la présomption ne soient jamais excusables, on les tolère, on les comprend jusqu'à un certain point chez les hommes supérieurs. Ces sentiments, contre lesquels il est peut-être bien difficile de se prémunir, ils étaient complétement étrangers à Bichat. Jamais il ne parlait de lui. Il s'occupait à peine du sort d'un ouvrage qu'il avait terminé, de l'impression que cet ouvrage avait pu faire naître : et, quand en sa présence des conversations s'engageaient à ce sujet, avec quelle bonhomie, quelle urbanité il entendait les observations critiques qui lui étaient présentées; avec quelle simplicité il défendait ses vues, ses opinions ! Et pourtant, il avait la confiance de ses forces : mais il fallait la deviner; du moins la voyait-on percer dans les communications intimes, au milieu d'un entretien plaisant et sans objet, plutôt qu'elle n'éclatait au grand jour ou dans de graves circonstances. J'irai loin, je crois, me dit-il un jour : nous étions en tête-à-tête; c'est la seule fois que dans nos si longs rapports de telles paroles soient sorties de sa bouche.

A l'époque où vivait Bichat, époque qui fut si féconde en hommes remarquables et en grandes choses, il n'y avait point cette ardeur à faire parler de soi, on ne connaissait guère non plus, j'en conviens, cet amour pour la polémique scientifique, qui impriment à notre temps, il faut le dire, un triste caractère. Les hommes travaillaient pour la science bien plus que dans leur intérêt personnel et sans songer beaucoup à la fortune. En eût-il été autrement, Bichat serait resté pur de tout sentiment haineux, de tout penchant à la récrimination. La preuve en est dans sa belle conduite lors d'une critique qui fut faite de son Traité des membranes : c'était la critique la plus acerbe, la plus injuste, j'ai presque dit la plus injurieuse, la plus malintentionnée; elle s'adressait à Bichat lui-même presque autant qu'à son livre, et cependant l'auteur de cette critique, qui excita l'indignation générale, avait avec Bichat des relations scientifiques : il en avait reçu des témoignages d'amitié; tous deux étaient originaires du même département, un était de Belley, l'autre de Poncin, et cet aristarque si sévère, si injuste était l'auteur des Nouveaux éléments de physiologie, qui, à chaque édition nouvelle, se sont agrandis et jusqu'à un certain point perfectionnés ou enrichis, mais silencieusement, de tout ce que Bichat avait introduit de nouveau dans la science.

Bichat se tait, ne se plaint en aucune manière de cette agression qu'il ne prévoyait pas, de cet oubli des saints devoirs de l'amitié : il prépare ses recherches physiologiques sur la vie et la mort, attend la publication de cet ouvrage, et, pour toute vengeance ou pour toute réponse à ce qui avait été écrit contre lui, consigne dans la préface ces belles et simples paroles qu'on lit encore sans doute maintenant sans en bien saisir le sens et l'application :

« J'ai reproduit avec beaucoup d'extension quelques divisions déjà énoncées dans mon Traité des membranes, et je les ai reproduites comme étant de moi, quoiqu'on les ait attribuées à Buffon, à Bordeu, à Grimaud. Ces auteurs sont si connus, que j'ai cru inutile de relever l'inexactitude des citations critiques. C'est ainsi que je n'ai point essayé de dissiper des doutes mis en avant sur quelques faits anatomiques que j'ai publiés. Je renvoie à l'inspection cadavérique ceux à qui on a fait naître ces doutes. Quant à ceux qui les ont fait naître, cette inspection leur est inutile : ils ne peuvent avoir oublié que j'ai disséqué avec eux, et que je leur ai montré ce qu'ils me reprochent de croire avoir trouvé et de n'établir que sur des conjectures. »

Une telle conduite n'est-elle pas significative du plus noble caractère ?

Ce qu'on ne saurait trop priser dans la vie d'un homme, c'est la constance en amitié, c'est le sentiment de la reconnaissance ; Bichat possédait l'un et l'autre à un haut degré ; dans la maladie qui a terminé si promptement ses jours, maladie dont on n'a pas bien connu dans le temps certaines circonstances : c'était la fièvre ataxique d'alors la plus violente; presque dès le début, Bichat désira qu'un médecin fût appelé près de lui : il en eut deux, Corvisart et M. Lepreux, qui était son chef à l'Hôtel-Dieu. Sa confiance eût été en Pinel, dont l'esprit se rapprochait tant du sien, dont la science lui plaisait, et qu'il considérait comme le plus éminent d'alors en médecine pratique comme en médecine philosophique; telle était du moins sa conviction profonde. « Si jamais je tombais malade un peu gravement, m'avait-il dit cent fois, je voudrais que ce fût M. Pinel qui me traitât. » Mais il vivait plus avec Corvisart qu'avec Pinel ; mais Corvisart avait été l'ami intime de Desault, qui sous quelques rapports avait formé Bichat, et Bichat lui-même en recevait de grands témoignages d'intérêt; mais une commensalité fréquente existait entre Corvisart, la veuve de Desault et Bichat, et malheureusement, faut-il le dire ? il y avait incompatibilité d'humeur et de vues médicales entre Corvisart et Pinel : on ne pouvait pas invoquer leur concours, il fallait opter entre les deux, et Bichat étant tombé malade, n'hésita pas ; la conviction de l'esprit fut sacrifiée aux sentiments du cœur ; les devoirs imposés par l'amitié dirigèrent Bichat. Ce fut Corvisart qui fut appelé près de lui, Corvisart dont on n'eut d'ailleurs qu'à admirer la tendre sollicitude et le dévouement.

Je m'arrête, Messieurs : ces quelques traits, ces quelques circonstances de la vie de Bichat font assez comprendre ce qu'il y avait de remarquable dans le caractère de l'homme extraordinaire qui ne pouvait être connu de vous que par les œuvres qu'a enfantées son génie. Après bientôt un demi-siècle écoulé depuis que la parque a si cruellement interrompu ses jours, nos regrets ne peuvent plus être les mêmes que ceux qui furent si spontanés, si universels, si profonds à l'époque de sa mort. Maintenant, et s'il eût vécu jusqu'à ce jour, Bichat aurait complétement rempli sa destinée ; il aurait presque atteint le terme de sa carrière. Comment l'eût-il poursuivie ? Par quelques autres travaux, par quelques autres découvertes, par quelques autres impulsions données à la science, l'eût-il rendue plus éclatante encore ? Quand et comment l'eût-il couronnée ? C'est le secret de la Providence, qui n'a pas permis tout le développement d'un tel génie. Mais maintenant encore nos âmes ne se remplissent-elles pas d'une douce émotion, et ceux qui nous succéderont ne l'éprouveront-ils pas aussi en pensant que la nature avait si merveilleusement associé chez Bichat le plus heureux caractère, les plus nobles qualités de l'âme à une des plus belles intelligences qui puissent être ? C'était un homme bon par excellence ; il était doux, affectueux, expansif, simple dans son ton, dans ses manières, sans vanité, sans orgueil aucun comme sans envie. On ne pouvait pas ne pas l'aimer tendrement quand on l'avait connu ; et je ne dis pas ce qu'il y avait de charmes dans ses leçons, bien que son élocution fût un peu pénible et embarrassée. Tout a été juste dans le recueillement et la douleur qui l'ont accompagné une première fois à sa demeure éternelle; tout est également mérité dans le nouvel hommage que nous rendons à sa mémoire. Qu'advienne le jour où j'aurai payé le tribut à la nature : on ne me rendra pas les mêmes honneurs qu'à Bichat, je ne les aurai pas mérités ; ma mort n'inspirera pas les mêmes regrets ; mais qu'on puisse dire que pour Bichat j'ai été fidèle au culte de l'amitié et de la reconnaissance, et je serai heureux de penser qu'on pût dire de moi que je lui ai ressemblé au moins par quelque côté.

Discours prononcé par M. le docteur Beau comme délégué des médecins du département de l'Ain.

Messieurs,

Je viens, au nom des médecins du département de l'Ain, rendre hommage à la mémoire de leur illustre compatriote, Xavier Bichat.

Cette flatteuse mission m'impose une tâche dont je sens, plus que personne, toutes les difficultés. Comment, en effet, pourrai-je me faire écouter après tous ces éloquents panégyristes qui, en tant de circonstances, ont exalté l'homme dont nous entourons les précieux restes ? Où trouver des paroles pour exprimer d'une manière complète les sentiments d'admiration et d'orgueil du département qui fut le berceau de cette grande illustration ?

Je ne chercherai pas à vous montrer le mérite éclatant des travaux de Bichat. Tout ce que je pourrais vous dire à ce sujet, vous le savez depuis longtemps; car vous avez parcouru bien des fois ces pages admirables qui révèlent une intelligence d'une nature supérieure, et qui portent l'empreinte lumineuse du génie.

Je ne vous apprendrai pas non plus que Bichat joignait aux facultés les plus élevées de l'intelligence, toutes les qualités du cœur et du caractère. On n'eut jamais l'occasion de lui reprocher ces formes excentriques, cette irritation de paroles, cette singularité de conduite, qui trop souvent déparent le génie. Il fut simple, bon, naturel, modeste; il ne rechercha ni les honneurs, ni l'argent, ni les places. Son unique ambition, car il en avait une et elle était immense, fut d'enrichir la science de vérités nouvelles.

Bichat a vécu, vous le savez, à cette époque merveilleuse où les illustrations du pays se rencontraient presque toutes dans les rangs de la jeunesse. Quel autre que lui pouvait mieux représenter notre science, dans cette phalange immortelle de jeunes hommes qui luttaient ensemble de travaux, de succès et de gloire ? C'est en soutenant ce beau rôle avec cette activité dévorante qui est un des caractères de l'esprit français à cette époque, qu'il tomba sur le champ de la science, pendant que d'autres tombaient sur le champ de bataille.

Un coup si inattendu excita des regrets unanimes, et montra toute l'étendue de la perte que l'on avait faite; car si la mort, quand elle est prématurée, suffit souvent à élever les mérites ordinaires, que ne dut-elle pas faire pour la mémoire de celui qui à trente-deux ans avait atteint Boerrhaave, et qui allait bientôt le dépasser (1) ? C'est ce désolant prestige de la mort qui a contribué à rendre le nom de Bichat si populaire dans nos Écoles, ce nom qui rappellera toujours la gloire la plus pure de toutes celles qui ont brillé dans la science médicale.

Ah ! Messieurs, que cette glorification de notre illustre confrère ne soit pas une expression stérile de nos religieuses sympathies ! Qu'elle nous rappelle, s'il en était besoin, toutes les obligations que nous avons contractées envers l'humanité et la science; et qu'elle nous montre, pour nous soutenir dans l'accomplissement de cette tâche, tout le bonheur qui résulte des joies du cœur et de l'intelligence ! Par là nous reconnaîtrons les véritables intentions du Congrès médical; car si le Congrès a voulu couronner ses mémorables séances par cette pieuse et imposante cérémonie, c'est qu'il veut proposer Bichat comme modèle à tous ceux qui suivent notre belle et laborieuse carrière.

Discours de M. Leblanc prononcé au nom des médecins-vétérinaires du Congrès.

Messieurs,

Les représentants de la médecine comparée ont aussi une dette de reconnaissance à payer à la mémoire de Bichat. La science de ce médecin illustre est la leur. La médecine des animaux a autant profité des immortelles découvertes de Bichat que la médecine de l'homme, dont les principes fondamentaux appartiennent à la médecine générale. Les livres de Bichat sont entre les mains de tous les médecins-vétérinaires; ils y puisent chaque jour les éléments indispensables à l'étude de leur science si vaste, si complexe et si utile au genre humain ; à l'étude de cette science qui vient de prendre un si noble rang parmi les connaissances humaines par l'accueil qu'elle a reçu dans le Congrès médical de France.

Qu'il nous soit donc permis dans ce jour solennel de joindre nos paroles à celles des médecins de l'homme pour exprimer les mêmes sentiments que ceux dont est animée la foule immense qui est venue aujourd'hui honorer la tombe de Bichat. La mémoire de ce savant si regretté sera éternelle pour nous comme pour vous.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1845. (Suite.)

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de M. Requin. — Médecins cantonaux.*

L'abondance des matières relatives au Congrès, qui nous arrivent chaque jour, nous force à ne donner qu'un extrait de l'intéressant et logique rapport de M. Requin. Une autre raison qui nous détermine, bien à regret, à nous borner à analyser ce travail, est la mesure prise par le Congrès relativement à quelques-unes des conclusions du rapport qui, dans la crainte d'un double emploi, ont été envoyées en partie à la Commission des dispensaires (*voir* le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 9 novembre).

La Commission n° 6 avait à examiner d'abord cette question :

« En admettant que la suppression du degré inférieur fût trouvée utile, légitime, quels moyens employer pour que les populations rurales ne fussent pas privées des secours de l'art ? »

Quelques Membres ayant déclaré que le meilleur moyen d'assurer aux pauvres des populations rurales les secours de la médecine serait l'institution de *médecins cantonaux*, c'est-à-dire de médecins officiellement chargés du soin de visiter les pauvres d'un canton, ou d'une certaine circonscription du canton, et rétribué par la Commune, par le Département ou même par l'État, la question des médecins cantonaux est demeurée le grand pivot de la discussion.

Quelques Membres ont plaidé avec chaleur en faveur de cette institution.

Ils se sont principalement appuyés sur cette considération, que, sans la création de médecins cantonaux, il n'y aurait aucune garantie que les pauvres fussent soignés à temps dès le commencement de leurs maladies, et qu'ils fussent régulièrement visités. Cette discussion a été remarquable par la chaleur avec laquelle la Commission tout entière s'est occupée de l'intérêt des malades pauvres et des moyens de les soulager.

Subsidiairement et indépendamment de la quantité des soins médicaux à assurer aux pauvres des populations rurales, divers Membres ont préconisé l'institution de médecins cantonaux au point de vue de quelques intérêts administratifs et judiciaires : 1° pour la vérification des décès ; 2° pour l'inspection des enfants trouvés ; 3° pour les expertises médico-légales.

Toutes ces raisons n'ont point prévalu aux yeux de la majorité de la Commission.

Les adversaires de l'institution des médecins cantonaux ont particulièrement insisté sur ce qu'avait de fâcheux la connexité donnée au projet de cette institution avec la suppression des officiers de santé.

Exprimer, immédiatement après avoir émis le vœu de cette suppression, celui de la nécessité ou même de la simple convenance d'établir et de rétribuer des médecins spécialement chargés de soigner ces pauvres, c'est dire au Gouvernement que, par le fait de la suppression des officiers de santé, les pauvres ne seraient plus aussi bien soignés à l'avenir que par le passé, à moins de grever le budget général, départemental ou communal, de plusieurs millions. Les évaluations les plus modérées ne sont guère au-dessous de cinq millions. En effet, la France possède deux mille quatre cent quarante et un cantons : on doit admettre que, terme moyen, il faudra au moins deux médecins cantonaux par canton; et, en admettant un traitement moyen de 1,000 francs pour chaque médecin, on arrive à la somme de 4,882,000 francs. Or il est fort à craindre que le Gouvernement recule devant cette dépense, et, par conséquent, devant la suppression des officiers de santé.

Cependant, disent les mêmes Membres, il n'y a aucune raison de craindre que la suppression des officiers de santé entraîne à l'égard des malades pauvres le défaut de soin médicaux dont quelques personnes se préoccupent. Il y a déjà des docteurs presque partout ; et on s'est accordé à reconnaître qu'il y en aura bientôt partout dès qu'ils n'auront plus à lutter contre la concurrence fâcheuse des officiers de santé. Eh bien ! partout où il y a, où il y aura des médecins, les médecins ne manqueront pas à l'appel du malade pauvre.

Cette raison d'humanité n'existât-elle pas, il en est une autre non moins puissante. Un médecin qui dans les campagnes ne visiterait pas les pauvres, serai mal vu, mésestimé, décrédité : c'est en voyant les pauvres que les jeunes médecins fondent leur réputation et parviennent à conquérir la confiance des personnes aisées et riches. En définitive, ce ne sont pas les soins du médecin qui manquent au pauvre dans les campagnes, du moins pour parler en règle générale : ce sont bien plutôt les médicaments qui manquent ainsi que certains secours si nécessaires d'alimentation, de vêtement, de chauffage, etc.

Quant à la question des intérêts judiciaires et administratifs, c'est une question qui a été écartée comme n'ayant aucune connexité rationnelle avec la question principale et fondamentale des secours médicaux à assurer aux pauvres des populations rurales. Sans entrer dans le développement des raisons incidentes qui se sont croisées dans la discussion pour prouver le peu de nécessité qu'il y a d'établir dans toute la France, des médecins cantonnaux chargés de représenter, en leur seule personne, tous les rapports de la médecine avec l'autorité publique, il suffira de faire remarquer que quelques uns des défenseurs de l'institution des médecins cantonnaux dans l'intérêt des malades pauvres, se sont eux-mêmes déclarés contre l'idée de donner à ces médecins l'avantage exclusif de telle ou telle attribution médico-légale ou administrative. Si, contre le vœu de la Commission, on admettait l'institution de médecins cantonnaux, nul doute qu'il ne s'élevât aussitôt de grandes controverses sur la question des attributions à leur donner.

Enfin, une considération importante qui a frappé un grand nombre des membres de la Commission, c'est que l'on craint, non sans quelque fondement, que la création des médecins cantonnaux soit nuisible au reste du Congrès médical ; qu'elle ne place, aux yeux surtout des populations rurales peu éclairées, les médecins ordinaires dans une position secondaire par rapport aux médecins cantonnaux ; que cette nouvelle armée de fonctionnaires publics (au nombre d'environ cinq mille) ne soit une aristocratie illégitime dont les rangs se recruteraient suivant les caprices des conseils municipaux et les préférences arbitraires des préfets.

En résumé, la Commission considérant :

1° Que la connexité du projet d'institution des médecins cantonnaux avec le vœu de suppression des officiers de santé peut essentiellement nuire au succès de ce vœu important et vraiment capital ;

2° Que l'utilité de la création des médecins cantonnaux pour assurer les secours de la médecine aux pauvres des populations rurales est loin d'être démontrée ;

3° Que le pauvre comme le riche doit être libre d'appeler qui bon lui semble, ce qui peut lui être assuré par la proposition unanimement votée dans la Commission ;

4° Qu'il y a de graves inconvénients, pour les intérêts généraux et pour la dignité de la profession, à créer une aristocratie médicale sous la dépendance du pouvoir ;

Rejette, à une grande majorité, le projet d'institution des médecins cantonaux.

En conséquence, elle propose au congrès d'affirmer à l'autorité supérieure que la conviction profonde, éclairée et inébranlable du Corps médical est que, nonobstant la suppression des officiers de santé, les pauvres des populations rurales

---

(1) Sandifort, anatomiste célèbre de l'École de Leyde, disait à un médecin de Paris : *Dans dix ans, votre Bichat aura passé notre Boerrhaave.*

seront à l'avenir tous aussi assurés que par le passé de trouver des praticiens zélés qui aillent les visiter.

L'institution des médecins cantonaux ayant été ainsi repoussée par la Commission, il est clair que toutes les conséquences étaient dès lors comme non avenues.

Toutefois, sur la proposition d'un de ses membres, la Commission, préoccupée d'améliorer le sort des malades pauvres, de faire mieux que ce qui existe aujourd'hui, en assurant surtout aux pauvres les secours médicamenteux ou autres sans lesquels la visite du médecin est stérile; préoccupée aussi de demander à l'autorité une certaine rémunération dont les médecins n'ont sans doute pas besoin pour courir au secours des pauvres, mais qui est juste et équitable, a voté, à l'unanimité, l'amendement suivant qu'elle soumet à l'approbation du Congrès :

1° Les moyens d'assurer aux pauvres des communes rurales les secours de la médecine sont faciles à trouver.

2° Le pauvre, tout aussi bien que le riche, pourra réclamer l'un quelconque des médecins établis dans le voisinage, et en qui il aura mis librement sa confiance.

3° Tout médecin, sur cet appel du pauvre, sera en droit de former une prescription de médicaments et même de secours alimentaires ou autres, prescription qui sera reçue dans des dispensaires établis à cet effet, soit par canton, soit pour une certaine agglomération de communes.

4° Les dispensaires cantonaux ne pourront délivrer des médicaments ou autres secours qu'aux pauvres qui présenteront une formule dûment signée par un médecin exerçant à titre légal, et qui se trouveront inscrits sur une liste dressée d'avance par les conseils municipaux et déposée dans ces dispensaires.

5° Les remèdes seront achetés aux frais des communes, et la loi mettra ce crédit au nombre des dépenses ordinaires obligatoires. La commune pourra être imposée d'office en cas de refus.

6° Les médecins qui auront donné leurs soins aux pauvres seront rétribués par un fonds commun, également obligatoire pour les communes. Ils seront rétribués au prorata des services qu'ils auront rendus.

7° Les pauvres de la campagne qui auront une maladie impossible à traiter à domicile, seront adressés à un hôpital du département, et là, traités aux frais du budget départemental.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 11. (M. Gerdy jeune, rapporteur.) — Questions diverses. — Sages-femmes.*

Messieurs,

Indépendamment des questions déjà bien assez nombreuses et importantes qui avaient été primitivement départies à votre Commission n° 11, en raison de l'élasticité de son programme ayant pour titre, *Questions diverses*, plusieurs communications lui ont été depuis encore renvoyées par le Bureau. Quelques-unes de ces communications avaient trait à d'autres questions du programme ou à celles qui nous étaient soumises; quelques autres ne nous ont point paru devoir être discutées, parce qu'elles sont déjà résolues par la législation actuelle. Deux principales seulement ont été annexées à notre programme primitif. L'une sera traitée plus tard; l'autre va faire le sujet de notre première proposition.

I. Adoptant et étendant l'idée émise par un honorable confrère, la Commission dont je suis l'organe a pensé que ce serait un utile encouragement pour les élèves, que de créer un nombre de bourses qui seraient données, après deux ans d'études, par exemple, aux élèves les plus méritants des Facultés et des Ecoles préparatoires, et qui leur permettraient de terminer leur éducation médicale aux frais de l'Université. Nous avons vu dans cette éducation libérale une heureuse compensation aux sacrifices que l'élévation des droits universitaires impose aux familles, un moyen de permettre à des jeunes gens peu favorisés de la fortune, de suivre honorablement une carrière qui, sans cela peut-être, leur serait interdite.

Pour cette question, comme pour toutes celles que nous avons traitées, nous avons cru devoir nous borner à poser le principe sans descendre aux détails d'exécution, qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, et qui ne rentrent d'ailleurs ni dans le but, ni dans les possibilités du Congrès. Sans doute, si l'administration supérieure consent à réaliser notre vœu, elle prendra les précautions nécessaires pour que les épreuves demandées aux candidats soient de nature à lever toute incertitude, et à ne pas permettre que la couronne promise au plus digne aille s'égarer sur la tête d'un indigne. En conséquence, la Commission vous propose de demander :

I. Que chaque année les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner, par voie de concours, parmi les élèves ayant deux ans d'étude, un certain nombre de lauréats, qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés.

II. Nous arrivons au premier paragraphe de notre programme spécial, qui est ainsi conçu : « Rechercher les moyens de créer dans les campagnes des hôpitaux, asiles, infirmeries, bureaux de secours, » etc.

Toutes les questions médicales touchent de près aux intérêts de l'humanité, de même que toutes les questions d'humanité sont du ressort de la médecine. Mais celles qui nous ont été données à étudier, surtout, présentent ce double caractère. Tout le monde aujourd'hui se préoccupe de la pensée de soulager les souffrances du pauvre, soit dans l'état de santé, soit surtout dans l'état de maladie, où toutes les misères viennent l'assaillir à la fois. Dans les grandes villes, on a fait déjà beaucoup d'efforts pour atteindre ce but, et ces efforts n'ont pas été complétement infructueux; dans la plupart des petites villes, on a fait bien peu; dans les campagnes, presque rien en général. Il est vrai de dire que dans les campagnes la misère est moins complète, moins profonde, moins cruelle que dans les villes; et cela tient surtout aux habitudes moins imprévoyantes de l'habitant des campagnes, à ce qu'il est plus ménager de ses ressources dans les temps ordinaires : mais parce que moins souvent il souffre les conséquences de l'extrême dénûment, ce n'est pas une raison pour le laisser sans secours quand la maladie vient tarir ses faibles moyens d'existence.

Mais comment peut-on lui porter secours d'une manière efficace, d'une manière généralement praticable surtout? Si nous consultons les matériaux qui ont été de tous les points de la France adressés au Congrès, nous voyons que partout les médecins se sont posé cette question, mais que les réponses ont été extrêmement diverses. Cela tient en partie sans doute à la différence des besoins et des ressources de chaque localité; cela tient principalement aux difficultés de la question. Ainsi, les uns demandent que l'on crée des hôpitaux dans tous les cantons et jusque dans les communes rurales; d'autres, considérant le côté pratique, l'énorme mise de fonds que réclame un pareil projet, l'impossibilité d'imposer des dépenses aussi considérables à des localités dont les revenus sont souvent presque nuls, se bornent à des vœux plus modestes; d'autres même, considérant que les hôpitaux peuvent être un moyen d'accroître le paupérisme, parce qu'ils offrent un refuge toujours ouvert à la détresse et encouragent ainsi l'ouvrier à vivre sans prévoyance, sans souvenir de la veille, sans souci du lendemain; et, considérant d'ailleurs la répugnance générale que les hôpitaux inspirent à l'habitant des campagnes, réclament seulement des institutions de secours à domicile et repoussent les hôpitaux.

La Commission aussi a vu d'abord dans son sein quelques dissidences se produire. Cependant, elle a été bientôt unanime à reconnaître que les hôpitaux dans les campagnes offriraient généralement très peu d'utilité, que leur établissement et leur entretien exigeraient des dépenses très considérables et au-dessus des ressources de la plupart des localités, et que par ces raisons il n'y avait pas lieu d'en demander la création d'une manière générale. Mais, comme il est des circonstances exceptionnelles où les pauvres habitants des campagnes ont un besoin absolu d'entrer dans un hôpital, soit pour y subir une opération, soit pour quelque maladie grave, et que généralement les hôpitaux des petites villes, exclusivement affectés au service de la localité, ne s'ouvrent point pour les malades du dehors, la Commission a pensé que l'administration devrait prendre des mesures pour qu'au besoin ces malades pussent trouver accès dans les hôpitaux de leur arrondissement ou du chef-lieu du département. Il serait facile d'indemniser ces hôpitaux par une rétribution imposée aux communes, et dont une part pourrait être à la charge des départements.

En outre, comme il est quelques localités où se trouvent des établissements d'eaux minérales fréquentés par un grand nombre d'indigents malades qui n'ont souvent d'autre moyen d'existence que la charité publique, la Commission voudrait qu'il fût demandé au Gouvernement de pourvoir aux besoins vivement ressentis dans ces localités, et d'assurer, soit par des hôpitaux, soit par d'autres moyens, des soins plus réguliers, une existence moins précaire aux malheureux de tous les pays qui viennent s'y agglomérer chaque année.

Enfin, comme il arrive souvent que des indigents qui voyagent tombent malades dans un pays entièrement étranger pour eux, comme ils ne peuvent pas toujours, même dans le plus extrême besoin, se faire ouvrir les portes des petits hôpitaux qui sont à leur portée, nous avons pensé également qu'il convenait d'appeler la sollicitude du Gouvernement sur ces misères déplorables, et son intervention efficace auprès des établissements hospitaliers. En conséquence, nous vous proposons d'émettre les vœux suivants :

II. 1° Que le Gouvernement s'occupe de créer auprès des établissements thermaux fréquentés par un grand nombre d'indigents, des hôpitaux ou des établissements destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité;

III. 2° Qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigents des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux de l'arrondissement ou du département, lorsqu'ils ne pourraient recevoir chez eux les soins convenables;

IV. 3° Qu'il prenne également les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passeports d'indigents et qui tombent malades en voyage, soient reçus dans les hôpitaux où ils se présenteront.

Quelques membres de la Commission voulaient manifester le désir que l'administration continuât de travailler à étendre, dans les campagnes, les crèches et les salles d'asile, en les plaçant sous la direction des institutrices communales, et les organisant de telle sorte, que ces petits établissements pussent fournir certains secours aux malades indigents, et même avoir un lit disponible pour des cas extraordinaires. Mais après examen de cette proposition, et tout en applaudissant aux louables efforts de l'administration, la Commission a jugé que le besoin des crèches et des asiles ne se faisait pas assez sentir dans la plupart des communes rurales, pour que l'on pût espérer de les voir s'y multiplier beaucoup, du moins quant à présent, et qu'en conséquence il n'y avait pas lieu d'émettre un vœu général sur ce sujet.

Il n'en est pas de même pour les établissements de secours à domicile. Appelés à soulager partout les souffrances du pauvre, en lui permettant de rester au milieu de ceux qui lui sont chers, de recevoir toujours les soins précieux de la famille, leur nécessité est proclamée par tout le monde. On diffère seulement sur quelques détails d'application. Votre Commission n° 6 vous avait proposé d'organiser aussi largement que possible les secours à domicile, en créant des Dispensaires ruraux dont tous les médecins feraient partie de plein droit, tous étant appelés à soigner les malheureux, à leur prescrire tout ce qu'ils jugeraient convenable, et tous devant être rétribués en raison du nombre de leurs visites. Il nous a paru, Messieurs, que ces conclusions étaient beaucoup trop absolues et attaquables sous plusieurs rapports. D'abord elles tendraient à investir les médecins, et tous les médecins sans exception, d'une autorité en quelque sorte sans limite, tout au moins sans contrôle. Une pareille autorité nous paraît également antipathique à nos mœurs et à la raison. Nous nous élevons tous les jours contre les abus qui existent, par exemple, dans les hôpitaux gouvernés par des administrations irresponsables et sans contrôle; nous nous élevons contre les abus qui existent dans notre profession même, et nous voudrions, par une semblable institution, ouvrir largement carrière à une foule d'abus! Evidemment, ce n'est pas possible.

Que des médecins, que tous les médecins même d'un canton, s'ils ne sont pas trop nombreux pour les besoins, soient créés membres du Dispensaire, soit par une élection du corps médical, soit par le choix des conseils municipaux, ils sont responsables vis à vis de ceux qui les ont nommés, et qui ne les continueront pas dans leurs fonctions s'ils s'en acquittent mal, s'ils prodiguent les ressources du Dispensaire, s'ils multiplient abusivement le nombre de leurs visites, etc. Mais on ne saurait admettre que, de droit absolu, tous les médecins fussent investis d'une prérogative pareille à celle que l'on demandait pour eux. Nous ne pensons pas non plus que l'on doive les rétribuer au *prorata* du nombre de leurs visites, parce qu'il y aurait là encore matière à des abus et à des contestations, qu'il est important d'éviter. Du reste, laissant de côté la question d'argent, nous avons cru ne devoir rien fixer sur la rétribution et sur le mode de rétribution. Il nous a paru enfin que nous devions donner à la solution une expression aussi large que possible, pour embrasser les différences d'application qui pourront être nécessitées dans la pratique. Nous vous proposons en conséquence :

V. Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé, pour les chefs-lieux de canton et les communes rurales, *comme pour les populations plus importantes*, des Dispensaires chargés de fournir aux indigents les secours de la médecine et de la pharmacie, et dont les médecins seraient en outre appelés à constater les naissances et décès dans les petites populations.

A cette question, Messieurs, nous avons cru devoir en rattacher une autre qui n'était pas posée dans le programme, mais qui depuis longtemps déjà est posée par les médecins appelés à soigner les malades des classes pauvres. Lorsque les malades sortent des hôpitaux, vous le savez, ils ne sont pas encore rendus complétement à la santé : les uns convalescents, les autres atteints encore de lésions chroniques plus ou moins graves, tous, ils ont besoin, en rentrant chez eux, d'y trouver du repos, un régime convenable, le plus souvent même ils ont besoin encore de quelques soins médicaux. Au lieu de tout cela, trop fréquemment ils n'y trouvent que la misère. Il faut reprendre bien vite le travail sans lequel l'ouvrier ne peut pas vivre; et de ce travail prématuré, et des privations de tout genre qui l'accompagnent, combien de rechutes graves, combien de maladies nouvelles ne voyons-nous pas surgir tous les jours? Depuis longtemps on a dit : Pour prévenir ces malheurs, il y a quelque chose à faire. Puis on a proposé des hôpitaux de convalescence, placés en dehors des grandes villes. Mais, pour cela, il fallait de grandes dépenses; et l'on n'a rien fait.

Il nous a paru possible d'obvier, au moins en bonne partie, à ces graves inconvénients, sans de bien grandes dépenses. Il suffirait, pour cela, qu'au sortir de l'hôpital, les malades fussent confiés aux établissements de secours à domicile, dont les soins les conduiraient, lorsqu'il peut être obtenu, à un entier rétablissement. Cela entraînerait sans doute un surcroît de dépenses pour les bureaux de secours, mais qui serait en partie compensé par l'économie qui résulterait pour les hôpitaux, de ce que ces malades ne seraient pas obligés d'y retourner bientôt après leur sortie, qui serait compensé surtout par une notable économie dans les misères et dans les souffrances de la classe pauvre. Dans ce but, nous demandons :

VI. Qu'au sortir des hôpitaux, les convalescents soient confiés, lorsqu'ils le désireront, aux soins d'un médecin appartenant aux établissements de secours à domicile, qui les visitera et leur fera donner les secours nécessaires.

III. « La position des médecins des hôpitaux est-elle en rapport avec les services qu'ils rendent? Indiquer quelles améliorations seraient désirables sous ce rapport. »

De toutes parts, on a répondu : *Non*. Sur ce point de vue, l'accord est unanime. Très diverses dans leurs règlements et dans leurs formes, les administrations des hôpitaux ont du moins cela de commun, que partout la position des médecins y est de beaucoup inférieure à ce qu'elle devrait être. Partout ils sont traités, rétribués et considérés comme des employés d'un degré plus ou moins inférieur. Les médecins sont la partie essentielle des hôpitaux; seuls, ils sont compétents pour prononcer sur les soins divers à donner aux malades, sur la nature de leurs aliments, sur les conditions d'aération, etc., dans lesquelles ils doivent être placés; rien ne devrait se faire que par le conseil des médecins; et cependant tout s'y fait pour l'ordinaire sans leur avis, ou même contre leur avis, quand parfois, et pour la forme, on l'a demandé. Du reste, des considérations analogues s'appliquent généralement aussi aux médecins des autres établissements de bienfaisance. Mais nous ne nous appesantirons pas plus longtemps sur ce point : vous savez tous, comme moi, ce que nous aurions à vous dire.

Quoique la médiocrité des traitements alloués aux médecins et chirurgiens des hôpitaux ait à bon droit excité des réclamations générales, la Commission n'a pas cru devoir en faire le sujet d'une proposition formelle au Congrès. Quelque fâcheux que soit sous ce rapport l'état de choses actuel, nous avons pensé que les questions de dignité et d'indépendance

devaient dominer la question pécuniaire. Celle-ci n'intéresse que nous; les autres sont des questions d'humanité autant que des questions de science et de profession. Il est triste de voir que dans beaucoup d'hôpitaux étrangers les médecins occupent une position bien supérieure à celle des médecins de nos hôpitaux. Mais espérous que la réunion du Congrès ne sera pas stérile pour la considération due aux hommes qui rendent tant de services à la société.

(La fin au prochain numéro.)

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1845 (de 9 heures à midi).

Présidence de M. DAVALLON.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 7. — Exercice illégal. — Prête-nom. — Pharmaciens étrangers.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

La parole est donnée à *M. Lepère*, rapporteur de la Commission n° 7. (Nous publierons ce rapport.)

La discussion est ouverte sur la première question.

M. Duvignau déclare que ce qui a déjà été réglé par le Congrès pourra profiter à la position future de la pharmacie; meis qu'il s'agit aussi de prendre en considération la position actuelle de la phsrmacie, à laquelle le commerce de la droguerie fait le plus grand tort. Il demande que lea attributions du pharmscien, par rspport sux professions voisines, soient clairement déterminées par la nouveile législation.

M. le président fait observer que l'orateur s'écarte de la question, et que ce qu'il soumet en ce moment à la section pourra se présenter à la séance qui s'occupera des propositions diveraes renvoyées à la Commission n° 11.

M. le rapporteur fait observer que tout en étant entré dsns quelques considérstions sur ce sujet, il n'a pas voulu les préaenter sous la forme de propositions.

M. Dupuy (de Rouen) pense qu'il serait nécessaire de définir catégoriquement l'*exercice illégal de la pharmacie*. Il en voit la définition dans la préparation et la venta de médicaments psr des personnes étrangères à la phsrmscie. Il formule une proposition à cet égard, en ajoutant que la pénalité actuelle ne saurait empêcher les ebus.

M. Boudet, secrétaire-général, pense que la question du programme peut être résolue d'une manière très simple; qu'il suffit de donner une définition complète des droits et prérogatives qui appsrtiennent exclusivement aux phsrmaciens en vertu de leurs diplômes, et de proposer ensuite une pénelité applicable à l'usurpation de ces droits. L'article 25 da la loi de germinal ne saurait être conservé dans une législation nouvelle. Il importe de le remplacer per un nouvel article plus complet, et dans lequel il ne soit plus question de jurys médicsux. M. Boudet donne lecture de l'article 25 et de celui que la Commission propose pour le remplscer, et auquel slle ajoute des dispositions pénales.

M. Bondet fait ramarqusr que la rédection de la Commission n'offre pas toutes lee garanties désirables. Il propose la rédaction suivante : Nul ne peut avoir une officine de pharmacie, ni prendre une pstente à cet effet, s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien et s'il n'est inscrit à ce titre sur les listes dresséea par l'autorité compétente, le tout conformément aux dispositions de la loi. Nul ne peut fabriquer, mettra en vente ou vendre en gros ou en détail ni avoir en dépôt aucune substanca médicamenteuse, s'il n'est mnni du même diplôme, sauf les exceptions edmises par la loi.

Toute infraction aux prescriptions ci-dessus énoncées sera considérée comme exercice illégel de la pharmacie.

L'exercice illégal de la pharmscie sera puni d'une amende de cent à cinq cents francs pour le premier délit, et, après una première condamnation, la délinquant sera toujours puni d'une amende de cinq cents francs à trois mille francs, et de trois à trente jours de prison.

La proposition de M. Boudet est fortement appuyée.

M. Dupuy fait quelques observations relatives à la pénalité.

M. Cabadé voudrait introduire le mot *possession* dans la rédaction de l'article.

M. Abbadie feit observer que, comme ancien président de la Commission permanente de la Société de prévoyance, il a été en position de connattre les perties faibles de la législation actuelle; il soutient la proposition de M. Cabadé.

M. Dupuy prétend que frapper le possession du médicament, c'est porter atteinte à la liberté du citoyen.

M. Boudet soutient que les mots : *avoir en dépôt* indiquent la possession du médicament en quantité telle que l'intention de vendre se tronve démontrée, tandis que le mot *possession* pourrait s'appliquer à ce qui serait à l'usage de chaque individu.

M. Thieullen insiste pour que la pénalité soit très élevée.

M. le rapporteur dit que cetta observation est conforme aux vœux de la Commission.

La proposition de la Commission, telle qu'elle a été modifiée par M. Boudet, est mise eux voix et adoptée.

La discussion ast ouverte eur la proposition n° 2 relative au prête-nom.

M. Paton prétend qne l'association en aommandite ne ssursit être interdite.

M. Boudet fait observar qu'il ne s'egit que de l'association en nom collectif.

M. Hauduc ne voudrait pas qn'en cas de réeidive la fermeture de l'établissement fût ordonnéa.

M. Duvignau explique et soutient la proposition de la Commission.

M. Ménier entre dans quelques développements relatifs à la constitution des aociétés en commandites et en nom collectif.

M. Soubeiran récleme qnelques explicstions.

Ces explications aysnt été données par M. Boudet, la proposition est mise aux voix et adoptée.

La troisième proposition de la Commission est mise en délibération.

M. le rapporteur dit que le loi de germinal a limité à une ennée les droits réservés aux veuves, et que la Commission a eu pour objet d'étendra cette limite, qui lui e paru trop restrainte.

M. Durozier ajoute que les droits d'une veuve et d'un fila doivent être secrés. Il voudrait que cea droits fussent réservés sous la sanction de l'autorité jusqu'au moment où les titulaires décédés aursient été remplacés.

M. Dupuy s'essecie aux sentiments de M. Durozier.

M. le secrétaire général donne lacture de plusieurs amendements qui ne sont pas appuyés.

M. Dubail présente un nouvel amendement qu'il dévaloppe à la tribune.

M. Boudet présente à son tour une proposition ainsi conçue: Au décès d'un pbarmacien, sa veuve ou ses enfants pourront faire gérer son officine pendant deux ans per un bschelier en pharmacie sous la surveillance d'un phsrmacien légalement reçu et désigné par le Chambre des phsrmsciens du département.

Plusieurs membres réclament pue la durée du privilége da la veuve soit portée à trois ens.

M. Boudet adopte cette modification. Sa propesltion est mise aux voix et adoptée.

La proposition n° 4, relative aux phsrmaciens étrangers, est mise en discussion.

M. Dalpiax voudrait que les phsrmaciens étrangers légalement reçus dans leurs pays puasent obtenir le grade de doctenr en pharmscie, mais seulement à titre honorifique et sans droit d'exercice. Il demande, en outre, aomment les plismaciens étrangers pourront satisfaire aux axigences pour le baccalauréat ès-lettrea.

M. Boudet fait observer que le gouvernement peut dispenser de cette obligstion les étrsngers qui ont obtenu dsns leurs pays un titre équivalent.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

NOUVELLES.

Nous apprenons à l'instant que le Bureau du Congrès a été reçu, hier mercredi, par M. le ministre de l'instruction publique, par M. le ministre de l'intérieur, et par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Le temps nous manque pour donner quelques détsils sur ces diverses visites, sur celle surtout faite à M. le ministre de l'instruction publique, qui parait evoir offert un grand intérêt.

Si nous sommes bien renseigné, M. le ministre de l'instruction publique eurait annoncé la formation d'une Commission officielle chargée, aursit dit M. le ministre, de mettre en barmonie le projet de loi préparé evec les vœnx émia par le Congrès.

— Les personnes qui étaient préaentes à l'exhumstion des restes de Bichat, et qui n'ont paa encore signé le procès-verbal, sont invitées à venir le signer dsns les bureeux de la *Gazette des Hôpitaux*, où ce procès-verbal est déposé.

— Nous recevons de M. le docteur Edouard Petit, de Corbeil, une lettre dans laquelle il nous envoie, avec prière de l'insérer, la rectification suivante des parotes qu'il a prononcées au Congrès médical, dena la séance où il a été question des Conseils de discipline.

« Je viens au nom de l'essociation des médecins de l'arrondissement de Corbeil, protester contre l'établissement des Conseils de discipline.

» Ce n'est pss à dire que nous ayons rejeté toute sction disciplinaire, mais nous l'aviona conçue comme devant être exercée par l'associstion.

» Pour nous, l'association était tout à la fois une essocistion scientifique et une associstion de bienfaisance exerçant sa discipline.

» Les propositions de la Commission sont assez larges, la question étant séparée de celle de l'associetion, pour se résoudre comme elle le propose.

» Mais j'avais un mandat dont j'ai dû m'acquitter.»

— En faisant connsltre les huit médecins qui ont été nommés par la dernièra réunion du Congrès médical pour faire partie de la Commission des *quinze*, nous avons omis de dire qu'on publierait la liste des huit autres médecins qui ont obtenu le plus de voix sprès eux, afin qu'on pût les appeler dans le aein de la Commission si des eirconstsnces la rendaient incomplète.

Voici leurs noms rangés dens l'ordre du nombre de voix obtenues :

MM. Blatin, Tbierry, Ganltier de Claubry, Aug. Bérard, Bayle, Piorry, Ségalas, Larrey.

— La liste des cendidsts au eonconrs qui deit s'ouvrir le 1er décembre prochein, pour ls chaire de pathologie cbirurgicale, dans notre Faculté de médecine, a été close le 31 octobre.

Les candidats sont eeulement au nombre de trois:

Ce sont MM. Quissac, agrégé; Alquié, agrégé et chef des travaux anatomiqnes; Boyer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. *(Gazette médicale de Montpellier.)*

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 141. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 8 (M. Bayle, rapporteur.) — Responsabilité. Secret.*

Messieurs,

Parmi les questions soumises au Congrès, nulles n'étaient plus graves et plus importantes pour le bien de l'humanité, pour l'honneur, la dignité, et, j'ose le dire, la sécurité des médecins que celles dont avait à s'occuper la Commission n° 8. *La responsabilité médicale, le secret*, tels sont les sujets qu'elle devait examiner. La Commission les a étudiés et discutés avec l'attention et le zèle qu'ils méritaient; et c'est le fruit et le résultat de ses délibérations que j'ai l'honneur de vous présenter.

J'examinerai la responsabilité médicale sous quatre points de vue :

1° En principe, doit-on admettre la responsabilité médicale?

2° En fait, la responsabilité médicale est-elle établie d'une manière claire et explicite par la législation qui nous régit?

3° Dans le jugement des cas particuliers, les tribunaux admettent-ils la responsabilité médicale?

4° Dans le cas où elle serait admise, à quels juges devrait-on recourir?

Dans l'examen de ces quatre points de vue, se trouvera la réponse aux questions soumises à la Commission.

1° *En principe, doit-on admettre la responsabilité médicale?* C'est-à-dire, peut-on attaquer le médecin pour les résultats de sa pratique, pour les événements qui peuvent survenir dans le cours des maladies, pour les erreurs qu'il peut commettre dans l'exercice de son art? Peut-on lui appliquer des peines correctionnelles ou civiles, ou lui demander des indemnités? Messieurs, la société exige du médecin des garanties nombreuses d'âge, d'étude, de savoir; elle le fait passer par une série d'épreuves longues, pénibles et dispendieuses; elle lui accorde enfin, dans son diplôme, un signe de capacité, une attestation publique et authentique de science. Pourquoi cela, si elle doit en même temps l'assimiler aux hommes qui pratiquent sans titre? Si elle ne lui donne aucun avantage, aucune protection, aucune garantie? Si elle rend illusoire, dans ses mains, le droit dont elle l'a investi? Si elle tient sans cesse sur sa tête, la responsabilité comme une autre épée de Damoclès? Cette doctrine serait aussi nuisible à la société qu'aux médecins; elle étoufferait sans cesse dans leur germe les efforts des hommes qui cherchent à reculer les bornes de la science par des recherches thérapeutiques et cliniques sages et mesurées.

Placé à chaque instant sous le coup d'une justice aussi faible que celle des hommes et surtout d'hommes étrangers à la médecine, quel serait le praticien assez téméraire pour employer un procédé chirurgical nouveau, pour expérimenter une nouvelle substance pharmaceutique? Quel est celui qui n'aurait pas reculé devant l'essai de cette médecine des poisons, comme on l'a appelée, qui constitue aujourd'hui une des plus précieuses conquêtes de la médecine moderne? et tous ces médicaments anciens maniés avec pusillanimité, qui aurait songé à en obtenir des effets plus complets en les donnant à des doses plus élevées (*Revue médicale*)? Croyez-vous qu'une pareille doctrine n'aurait point arrêté l'immortel auteur du Traité de l'auscultation, lorsqu'il importa en France la méthode rasorienne de l'émétique à haute dose? qu'elle n'aurait point paralysé les efforts incessants de nos chirurgiens pour perfectionner la médecine opératoire? La responsabilité médicale est donc funeste aux progrès de l'art; elle l'est bien davantage au soulagement des maux si nombreux qui affligent l'humanité, frappés dès lors d'une perpétuelle incurabilité.

Mais, dira-t-on, le médecin peut se tromper et se trompe plus d'une fois. Ses fautes compromettent la santé et la vie de ses semblables; il faut à la société des garanties contre ses erreurs. Oui, sans doute, le médecin jouit du triste privilége attaché à l'humanité; il est sujet à l'erreur, aux causes personnelles d'illusions qu'il porte en lui-même; il faut joindre les obscurités et les difficultés de l'art qui l'assiégent bien souvent au lit du malade. Voudrait-on que gravement préoccupé pour autrui, que tenté parfois de recourir comme dernière chance de salut à l'axiome *Extremis morbis extrema remedia*, il fût encore tourmenté d'inquiétudes pour lui-même; qu'il tremblât à la prévision d'un résultat fâcheux, comme on tremble après un délit ou un crime (applaudissements); que nos chirurgiens s'empressassent de prendre la fuite après leurs opérations malheureuses, comme les embaumeurs de l'antique Egypte? Non, Messieurs, cette doctrine est impossible; elle nous ferait reculer bien loin dans notre histoire, car elle n'existait pas aux temps les plus fâcheux de la monarchie française. Ambroise Paré nous raconte avec la naïveté que vous lui connaissez, qu'un chirurgien appelé pour pratiquer une saignée au roi manqua la veine et piqua le nerf; des accidents graves intervinrent; il fut même question d'amputation; la guérison n'eut lieu qu'après quatre mois de souffrances. Messieurs, ce roi, c'était Charles IX, l'auteur de la Saint-Barthélemi! Eh bien, croyez-vous que les autorités judiciaires du temps firent une enquête; que le chirurgien fut poursuivi? Pas du tout; le chagrin de sa maladresse fut son seul châtiment. C'est qu'en effet l'homme de l'art qui exerce consciencieusement sa profession ne relève que de lui-même; il n'a d'autre juge que Dieu et sa conscience. (Applaudissements.)

Telle est, Messieurs, la conclusion de la Commission; telle est aussi celle que vous ont adressée les Sociétés de médecine de Saint-Lô, de Laval, de Besançon, de la Moselle, d'Angers, de Valencienne, d'Avranches, de Châlons-sur-Saône, du neuvième arrondissement de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de médecine pratique de Paris, de l'Yonne, etc., etc. Telle est encore l'opinion formelle de deux graves assemblées médicales, l'association des médecins de Paris et l'Académie royale de médecine.

L'association des médecins de Paris, qui compte aujourd'hui plus de cinq cents membres, qui a pris, il y a plus de dix ans, l'initiative de ces graves questions, qui a défendu, par ses délibérations, ses votes et ses fonds, nos confrères des départements et des colonies poursuivis pour des cas de responsabilité légale, a bien mérité du corps médical tout entier, et, je ne crains pas d'être désavoué, par le Congrès en adressant en son nom à l'association ses félicitations et ses remercîments. (Applaudissements.)

L'Académie royale de médecine, dans sa séance du 29 septembre 1829, a voté à la presque unanimité un rapport sur la responsabilité présenté par le digne et à jamais regrettable M. Double.

« L'Académie, dit M. Double, ne veut pas clore son rapport sans exprimer nettement son opinion sur la responsabilité médicale. Elle s'élève d'abord contre les décisions d'un petit nombre de tribunaux qui tendent à admettre un principe funeste de responsabilité médicale. Sans doute, que l'Académie pense que les médecins sont responsables des délits qu'ils ont médités et commis d'une manière criminelle dans l'exercice de leur profession; mais la médecine exercée avec probité et conscience est un *mandat illimité*, et, dans cette noble carrière, il ne peut rien y avoir de responsable. L'Académie s'empresse de le proclamer hautement, car, une fois le principe de responsabilité légale admis, tout deviendrait suspect et dangereux pour le médecin; il devrait craindre à chaque pas d'encourir la vindicte de lois, et il fuirait à l'aspect du danger. Il ne doit donc y avoir qu'une seule responsabilité, la responsabilité morale, et celle-là est assez pesante pour que les tribunaux n'aient pas besoin d'invoquer encore un principe inutile et nuisible de responsabilité légale. »

Je conclus donc en disant : *Non, en principe la responsabilité médicale n'existe pas.*

EN FAIT, *cette responsabilité est-elle établie d'une manière claire et explicite par la législation qui nous régit?* C'est le second point de vue sous lequel j'examine la question. Je donne de suite ma conclusion. Je réponds : NON, cette responsabilité légale n'est pas établie. Voici mes preuves : Ceux qui la soutiennent s'appuient sur les articles 319 et 320 du Code pénal, 1382 et 1383 du Code civil. Ils sont ainsi conçus :

Code pénal, art. 319 : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. »

Art. 320 : « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende de 16 fr. à 100 fr. »

Code civil, art. 1382 : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Art. 1383 : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non-seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. »

Messieurs, l'exposé des motifs de ces divers articles ne fait nulle mention des médecins; le législateur ne paraît avoir été préoccupé, en les rédigeant, que des diverses espèces de contraventions de police. Plusieurs avocats distingués, parmi lesquels je citerai seulement M. Trébuchet, chef de bureau de la police médicale à la préfecture de police, et M. Gatine, ne pensent pas qu'ils puissent s'appliquer à notre profession. Les règles générales, dit ce dernier, ne peuvent s'appliquer qu'aux cas communs à tous. Il y a évidemment, ici, exception tirée de la profession spéciale. Les dispositions générales des lois sont soumises, dans une foule de cas, à des exceptions réclamées par la diversité des positions et par l'équité. En vertu des articles que je viens de vous lire, on ne pourrait pas seulement poursuivre les erreurs du médecin sage et consciencieux, on pourrait encore attaquer sur son siége le juge qui a prononcé en son âme et conscience sur la fortune et la vie des citoyens; car lui aussi est sujet à l'erreur et à des erreurs souvent irréparables, comme celles du médecin. Cependant, qui jamais a pensé à lui appliquer les articles que vous venez d'entendre, et à lui demander la réparation des dommages qu'il a pu occasionner en se trompant de bonne foi?

Pourtant, il faut l'avouer, si la législation ne fournissait pour l'éclaircissement de la question que les quatre articles que le programme nous a donnés à examiner, une certaine hésitation pourrait encore peut-être exister dans quelques esprits, et c'est ce qui est arrivé à un petit nombre des Sociétés des départements.

Heureusement nous possédons dans l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI qui régit aujourd'hui l'exercice de la médecine, une réponse péremptoire à tous les arguments tirés des quatre articles cités plus haut. Cet article 29 spécifie un seul cas de responsabilité pour les officiers de santé; elle les en affranchit dans les autres : mais elle en décharge les docteurs dans tous les cas, d'une manière évidente quoique implicite. Voici cet article :

« Les officiers de santé ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrite ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable. »

Ce texte est positif, et il me semble que la conséquence qui en résulte naturellement, suivant l'esprit de la loi, c'est qu'*il n'y a pas recours à indemnité contre les docteurs*. S'il en était autrement, il faudrait admettre que la présence d'un docteur suffit seule pour écarter toute responsabilité pour une opération qu'il n'a pas pratiquée, tandis que cette responsabilité existerait s'il avait fait cette opération de ses propres mains. Cette explication de l'article 29 nous paraîtrait aussi contraire à la dignité médicale qu'à la logique. Le législateur, en la rédigeant, est parti de cette idée que le docteur en médecine, en exerçant consciencieusement les fonctions de son ministère, ne pouvait pas être attaqué pour les résultats de sa pratique, tandis que l'officier de santé, à qui il ne demandait pas les mêmes garanties d'étude et de savoir, devait être responsable s'il ne donnait pas à la société un gage suffisant de sécurité par la présence d'un docteur.

D'après ces considérations, nous concluons que *la législation qui nous régit n'admet point la responsabilité légale du médecin.*

DANS LE JUGEMENT DES CAS PARTICULIERS, *les tribunaux admettent-ils la responsabilité médicale?*

C'est le troisième point de vue sous lequel nous devons envisager la question.

Messieurs, la plupart des tribunaux, s'appuyant sur l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, déchargent de toute responsabilité les médecins cités devant eux qui, dans l'exercice de leur ministère, ont agi avec conscience et bonne foi; les cas particuliers où ils ont acquitté nos confrères sont plus nombreux qu'on ne pense : mais ces cas ont passé, et ils devaient passer en quelque sorte inaperçus, puisqu'ils n'étaient pas de nature à éveiller les justes sollicitudes du corps médical. On n'a été frappé que des exemples contraires donnés par quelques tribunaux, qui ont admis la responsabilité médicale et condamné des médecins en vertu des articles précités. Deux faits surtout ont vivement ému les médecins, parce qu'ils tendaient à admette une responsabilité à laquelle ils n'ont jamais cru; ces faits sont ceux des docteurs Hélie et Thouret-Noroy. Je ne les citerai point devant vous; ils sont connus de tous, et les longs détails dans lesquels je serais obligé d'entrer nous détourneraient des questions générales qui seules doivent attirer l'attention du Congrès. Votre Commission pense, et en cela elle est d'accord avec l'Académie royale de médecine, avec l'association des médecins de Paris, la Société des médecins de Rouen et de plusieurs autres villes, avec la presse médicale tout entière, elle pense, dis-je, que ces tribunaux se sont trompés, non-seulement dans les jugements prononcés qui condamnent nos deux confrères, mais encore dans l'appréciation d'actes et de faits de pratique qui ne sont pas de leur compétence.

En résumé, il existe une grande diversité dans les jugements des tribunaux sur la responsabilité médicale. Quelques-uns l'admettent, le plus grand nombre la rejettent; il y a là une contradiction qu'il importe de faire cesser, non moins dans l'intérêt de la société et de la science, que dans celui de la dignité médicale; c'est le vœu que nous aurons l'honneur de vous soumettre au nom de la Commission.

Mais, Messieurs, de ce que la législation n'admettrait point la responsabilité légale des médecins dans l'exercice consciencieux de leur ministère, il ne s'ensuit point qu'ils ne puissent être attaqués et appelés devant les tribunaux. Il y aura toujours à déterminer, dans ces cas, si la conscience et la bonne foi ont présidé à leur conduite. De là des recherches et des investigations scientifiques qui ne sauraient être suffisamment éclairées si elles étaient faites par des hommes étrangers à la médecine. Un jury médical est seul compétent pour juger ces circonstances délicates, et c'est à lui que nous vous proposons d'en déférer l'examen.

J'arrive maintenant à la question du secret médical. Messieurs, nul des graves sujets de vos délibérations n'est plus sérieux et plus digne de votre attention que celui qui nous occupe en ce moment; car de la décision que vous prendrez, dépendra le caractère même que l'on doit assigner au médecin dans la hiérarchie sociale. Je viens soutenir devant vous, au nom de la sécurité des familles et de la dignité de la profession, que le médecin doit être astreint à un secret absolu sur tout ce qu'il a vu et entendu dans l'exercice de son ministère. Je viens soutenir que le médecin, vis-à-vis de son client, exerce un véritable sacerdoce. Si le prêtre, en vue d'une vie future, est chargé par la loi religieuse de recevoir les révélations les plus intimes du cœur de l'homme, le médecin, dans l'intérêt de la vie présente, et pour soulager les souffrances du malade, reçoit des confidences et des aveux qui ne sont pas moins importants. Le but est différent dans l'un et l'autre cas; mais le résultat est le même, et ce résultat, c'est la connaissance des choses les plus secrètes de la vie. Eh bien! si les lois divines et humaines obligent le prêtre, sous des peines sévères, au secret le plus absolu, les mêmes lois doivent y obliger le médecin, ce confesseur d'une autre espèce. Que deviendrait la sécurité des familles et la dignité du médecin, si l'on voulait admettre des restrictions dans l'inviolabilité du silence; s'il pouvait se mêler des craintes de délation aux épanchements de la confiance du malade; si, en appelant auprès de soi un consolateur et un ami, le soupçon pouvait naître qu'on a peut-être rencontré un dénonciateur. (Applaudissements.) Nous le disons donc hautement, le silence du médecin, sur tout ce qu'il a vu, entendu, compris, en remplissant ses fonctions auprès des malades et au sein des familles, doit être entier, absolu, et sans ombre de restriction.

Cette doctrine, Messieurs, n'est pas nouvelle dans notre profession. Vous vous souvenez tous de ce beau serment du père de la médecine, que chaque docteur répète lors de sa réception dans une antique faculté de ce royaume : *Admis dans l'intérieur des familles, je jure que mes yeux ne verront point ce qui s'y passe et que ma langue taira les secrets qui me seront confiés.* Si les médecins des autres Ecoles ne prononcent point ces graves paroles en entrant dans la carrière, ils n'en portent pas moins le sentiment gravé dans leur cœur. Vous avez tous présents à la mémoire l'indignation générale qui s'éleva parmi les médecins de Paris, lorsque, il y a quelques années, au milieu de discordes civiles, on voulut ressusciter parmi nous le célèbre édit de 1666, qui enjoignait aux hommes de l'art de dénoncer les blessés qu'ils avaient soignés.

Quoique les médecins soient des hommes d'ordre public, l'appel de l'autorité ne fut pas entendu; les dénonciations n'arrivèrent point, et les médecins répondirent en quelque sorte par leur silence, comme un célèbre professeur de l'Ecole de Paris, mort il y a quelques années : *Nous avons vu des blessures, nous n'avons pas vu des visages.* (Applaudissements.)

Au reste, Messieurs, la loi française n'est pas en désaccord avec le dogme professionnel du silence. Elle prescrit le secret au médecin, en lui donnant une sanction pénale. L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, les » sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou » profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi » les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, » seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une » amende de 100 à 500 fr. »

Mais vous le voyez, il y a ici une restriction au secret; ce sont les cas où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs. Ces cas se rapportaient aux articles 103 et suivants du Code pénal de 1810; ils ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832, et, dès lors, le secret prescrit par l'article 378 du Code pénal, interprété dans ce sens par de nombreux arrêts de la Cour de cassation, devient absolu, et nous ne devrions plus avoir aucun vœu à vous exprimer à ce sujet.

Il n'en est rien cependant. L'article en question n'est pas assez large; il ne défend que la révélation des secrets qu'on a confiés, ce n'est point assez. Les yeux du médecin peuvent voir, ses oreilles peuvent entendre, son esprit peut comprendre des choses dont on

ne lui a point parlé. Il ne doit pas plus lui être permis de révéler ces choses que les secrets qui lui ont été directement confiés ; et nous venons vous proposer, au nom de la Commission, de le rendre obligatoire dans tous les cas, nous conformant ainsi au mémorable serment d'Hippocrate. (Applaudissements unanimes.)

Messieurs, un membre de la Commission, M. le docteur Godart, lui a fait remarquer que les vœux émis par elle pouvaient n'être point en harmonie avec l'article 56 du Code civil relatif aux déclarations de naissance. La Commission l'a chargé de vous faire en son nom un Rapport additionnel sur cette question que le programme n'avait point prévue.

Voici les trois vœux que la Commission me charge de soumettre à vos délibérations :

Premier vœu. — Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétents. Dans aucun cas, les articles 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1382, 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause, s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

Second vœu. — Le jury médical sera nommé par un Corps médical légalement constitué.

Troisième vœu. — Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère.

SECTION DE MÉDECINE.—*Rapport de la Commission n° 8. (M. Godart, délégué du 4e arr., rapporteur,) — Déclarations de naissance.*

La Société médicale du 4e arrondissement de Paris, dont j'ai l'honneur d'être un des délégués, a soulevé une question grave relative aux déclarations de naissance, qui bien que n'étant pas indiquée dans le programme des questions qui étaient soumises à votre Commission n° 8, s'y trouve, selon nous, implicitement comprise, puisqu'elle se rattache et à la responsabilité du médecin et au secret. Vous partagerez, je pense, notre avis, et vous permettrez de vous la soumettre.

Messieurs,

L'article 56 du Code civil prescrit au médecin qui a fait un accouchement, le devoir de faire, à défaut du père, la déclaration de naissance de l'enfant. Cette déclaration doit être faite dans les trois jours aux termes de l'art. 55 du même Code, et ces différentes dispositions sont sanctionnées par l'art. 346 du Code pénal, qui punit d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de 16 fr. à 300 fr., celui qui néglige de remplir ce devoir.

Vous le voyez, Messieurs, l'exécution de cet article 56 du Code civil fait peser sur nous une bien grave responsabilité, et cependant je vous montrerai tout à l'heure que bien souvent il est inexécutable.

Mais ne croyez pas, Messieurs, que ce soit par simple prévision d'événements possibles que nous soulevons ici cette question ; ce sont deux faits, et surtout un, dont l'un de nos confrères les plus honorables a failli être victime, qui a déterminé la Société médicale du 4e arrondissement dont il fait partie, à solliciter du Congrès un vœu tendant à obtenir une disposition législative qui modifie cet article du Code qui est aussi en opposition avec l'article 378 du Code pénal qui nous prescrit le secret.

Déjà cet article 56, rédigé d'une manière un peu vague, avait donné lieu à des poursuites contre des médecins qui s'étaient refusés à dire le nom de la femme qu'ils avaient accouchée, en vertu de l'article 378 que je viens de citer, lorsque le 16 septembre 1843, dans l'affaire du docteur Mallet, la Cour de cassation a décidé que l'article 56 n'obligeait le médecin qu'à déclarer la naissance d'un enfant et rien de plus, et qu'en conséquence le docteur Mallet n'avait point contrevenu aux dispositions de l'article 346 du Code pénal.

Ainsi voilà un fait acquis : nous ne sommes pas tenus à autre chose qu'à une déclaration de naissance pure et simple par la législation actuelle ; nous ne sommes pas tenus à déclarer le nom de la mère. Ce n'est plus là qu'est la difficulté.

Je vous ai dit tout à l'heure que l'art. 56 du Code civil était tout à fait inexécutable. En effet, Messieurs, voici un fait qui peut arriver à tous les médecins praticiens ici présents : Vous êtes appelé pour un accouchement dans une famille que vous connaissez peu ou pas ; vous trouvez un ménage bien établi, honorablement, richement établi ; vous voyez un mari, ou au moins un homme se disant tel, et qui en a toutes les apparences ; irez-vous lui demander s'il est légitimement marié, exigerez-vous l'exhibition de son acte de mariage ; ferez-vous une enquête pour vérifier ces faits, ou bien exigerez-vous seulement qu'il parte devant vous pour faire la déclaration de naissance de son enfant ? Mais non ; toutes ces suppositions sont impraticables, absurdes : Vous pourrez tout au plus lui rappeler les prescriptions des art. 55 et 56 du Code civil ; vous n'aurez aucune garantie qu'il aura bien voulu s'y soumettre ; et s'il ne le fait pas, vous pouvez, plus ou moins longtemps après, être poursuivi en vertu de l'art. 346 du Code pénal.

Eh bien, Messieurs, ce que je viens de supposer est arrivé à un de nos collègues du 4e arrondissement, chez des gens qu'il croyait légitimement mariés et qui ne l'étaient réellement pas. Un puissant intérêt les avait engagés à dissimuler la naissance d'un enfant ; plus tard le fait fut découvert, la justice intervint, et notre confrère n'a dû de se tirer de ce mauvais pas, après d'assez longues tribulations, qu'à sa bonne réputation, et à l'intervention de puissantes protections.

Voilà ce qui peut nous arriver à tous, et peut-être ne serions-nous pas tous aussi heureux.

Telle est la difficulté que nous avions à vous soumettre, Messieurs, le médecin le plus honnête, le plus consciencieux, peut voir son honneur, son avenir compromis, sans qu'il l'ait pu prévoir, dans l'état actuel de notre législation.

Pour obvier à ces graves inconvénients, deux propositions ont été faites dans votre Commission n° 8.

La première, de dire qu'une déclaration simple de naissance, ou verbale, ou par écrit, serait faite dans tous les cas par le médecin-accoucheur, à l'officier de l'état civil ;

La seconde, de déclarer qu'en vertu de l'art. 378 qui prescrit le secret, le médecin ne sera tenu à aucune déclaration.

Mais, Messieurs, ni l'une, ni l'autre de ces propositions n'a été agréée, et attendu la difficulté de concilier l'intérêt de la société, et ces différents articles des Codes pénal et civil, la Commission, à l'unanimité, propose au Congrès la résolution suivante :

Le Congrès émet le vœu que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvénients résultant pour les médecins et sages-femmes, des prescriptions de l'art. 56 du Code civil.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 11. (M. Gerdy jeune, rapporteur.) — Questions diverses. — Sages-femmes.*

(Suite du numéro précédent.)

N'est-ce pas une singulière anomalie que de voir des administrations constituées pour diriger des hôpitaux et dans lesquelles pas un médecin ne figure ? Dans quelques-unes, il est vrai, on en est venu à introduire un médecin. Mais est-ce bien comme médecin ou seulement comme administrateur qu'on l'y a introduit ? Est-ce *quoique* ou *parce que ?* Nous sommes en droit de nous faire cette question, car s'il y avait dans les conseils des hôpitaux un médecin appartenant aux hôpitaux, nous pourrions regarder ce fait comme une consécration de principe. Mais il n'en est point ainsi, ce n'est qu'un fait, et le principe reste à établir. La Commission a pensé que le Congrès devait demander l'admission des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et des autres établissements de bienfaisance, dans les Conseils administratifs de ces établissements. Nous ne demandons pas qu'ils aient voix délibérative dans les Conseils parce qu'on nous objecterait, avec quelque raison, qu'étant rétribués et en activité de service dans l'administration, ils ne peuvent en même temps être administrateurs et voter sur des questions qui leur seraient personnelles ; mais nous demandons qu'ils aient voix consultative dans toutes les assemblées.

Mais les Conseils pourraient étouffer la voix des médecins, ou ne tenir aucun compte de leurs observations, quelque justes qu'elles pussent être. Cela est peu probable, sans doute ; mais comme il est de toute nécessité que la voix des médecins soit entendue pour tout ce qui touche aux intérêts des malades ; comme, d'ailleurs, une faible partie seulement des médecins d'hôpitaux, dans les grandes villes, serait admise aux Conseils, nous demandons que tous les ans les médecins et pharmaciens des hôpitaux soient appelés à se réunir pour rédiger un rapport officiel qui devra être adressé, non seulement à l'administration des hôpitaux comme cela se pratique actuellement à Paris, mais aussi à l'autorité supérieure.

Ce n'est pas tout que de demander pour les médecins le droit de faire entendre leur voix dans les Conseils des hôpitaux et auprès de l'autorité supérieure ; il faut qu'ils puissent le faire sans crainte pour leur position, il faut que leur indépendance soit assurée : or, elle ne l'est point partout. A Paris, par exemple, les médecins des hôpitaux sont rééligibles de cinq ans en cinq ans, pendant toute la durée de leurs fonctions ; de sorte qu'à chaque période quinquennale leur carrière peut être brisée, leur avenir compromis. Après qu'ils ont acheté par de longs travaux et de grands sacrifices une position honorable, elle peut leur être ravie avant qu'ils n'en aient tiré aucun fruit, ni pour la science, ni pour eux. C'est là une destitution déguisée, une destitution dont on se dispense de donner les motifs ; et une pareille destitution ne saurait être admise. Sans doute, c'est un droit dont l'administration ne fait guère d'usage ; mais c'est un droit qui ne saurait être maintenu, parce qu'il est une menace sans cesse suspendue sur la tête des médecins des hôpitaux. Nous demandons, en conséquence, que ce droit de réélection successive, appliqué à des hommes qui ont conquis par le concours la place qu'ils occupent, disparaisse de tout règlement des hôpitaux.

Comme conséquence et comme consécration de ce qui précède, nous demandons que tous les médecins des hôpitaux soient nommés par concours. Le concours seul, en donnant un rang élevé dans la science aux hommes sortis vainqueurs de ses épreuves, en leur donnant une sorte de titre de propriété sur la position qu'ils ont conquise, peut les mettre en droit de réclamer avec autorité, et une juste indépendance, et une honorable participation à l'administration des hôpitaux, qu'ils éclaireront de leurs lumières. On a dit que le concours, utile pour tous les grands hôpitaux, où déjà il existe, devenait impraticable pour les hôpitaux des petites villes. Nous ne le pensons pas, Messieurs. Il ne nous paraît pas bien difficile d'organiser un concours dans le chef-lieu ou dans une autre ville du même département, et d'en obtenir de bons résultats, l'intrigue et le favoritisme ne disposeront plus, comme cela cela peut arriver parfois, des places dues au travail et au mérite ; les praticiens qui voudront s'élever seront obligés de ne pas rester en arrière de la science ; ils féconderont sans cesse par l'étude leurs observations pratiques, et la science et l'humanité ne pourront qu'y gagner.

On a reproché aussi au concours de ne pas faire arriver toujours le plus digne ; et, pour les hôpitaux surtout, de ne pas donner toujours les meilleurs praticiens. Certes, nous ne prétendons pas que le concours ne puisse avoir ses erreurs ; mais nous pensons, du moins, qu'il est le mode de nomination le moins dominé par les influences extra-scientifiques ; que s'il a parfois laissé triompher l'injustice, elle eût triomphé bien plus facilement, en général, sans le concours ; qu'enfin, en rendant les épreuves des concours plus nombreuses et plus décisives, en l'entourant des garanties nécessaires, on pourra éviter presque tous ses inconvénients, et assurer le succès au mérite vraiment supérieur.

Un mot encore sur les médecins de hôpitaux. Depuis quelques années surtout, on a senti le besoin de diviser davantage le service médical et chirurgical des hôpitaux ; et maintenant, à Paris, le nombre des malades confiés à chaque médecin n'excède guère les limites raisonnables. Mais il n'en est pas de même dans certains grands hôpitaux des départements, où des services, beaucoup trop nombreux encore, sont confiés aux soins d'un seul homme. Votre Commission émet le vœu :

« Que les services confiés à chaque médecin ou chirurgien des hôpitaux n'excèdent pas, en général, soixante lits. »

Voici, en conséquence, les vœux que la Commission soumet à la sanction du Congrès relativement aux médecins des hôpitaux :

VII. 1° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux et autres établissements de bienfaisance fassent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs, avec voix consultative.

VIII. 2° Que, chaque année, les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance, soient appelés à se réunir dans leurs localités respectives, pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes et les améliorations à obtenir dans ces établissements ;

Que ces rapports soient adressés, en double expédition, l'une à l'administration qu'ils concernent, l'autre au ministre de l'intérieur, pour le département de la Seine, et aux préfets pour les autres départements.

IX. 3° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient pas soumis à des réélections successives, comme cela se pratique à Paris ; mais que leurs fonctions se prolongent de droit jusqu'à l'époque fixée pour la retraite.

X. 4° Que tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient nommés par concours.

XI. 5° Que les services confiés à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassent point, en général, soixante lits.

6° Qu'après l'expiration de leurs fonctions, les médecins et chirurgiens des hôpitaux aient le titre d'honoraires, et qu'ils aient la faculté de reconcourir. (Adopté.)

IV. « L'organisation actuelle, relativement aux médecins, des secours à domicile, est-elle susceptible de modifications avantageuses ? »

Déjà, Messieurs, dans ce qui précède, nous avons répondu en partie à cette question, en demandant, pour les médecins des secours à domicile, les mêmes droits que pour les médecins des hôpitaux, dans leurs administrations respectives, l'admission aux délibérations des conseils et des assemblées annuelles. J'ai dit les mêmes droits ; car ce ne sont pas de simples prérogatives honorifiques que nous demandons, c'est le droit d'être sans cesse en mesure d'éclairer les administrations sur les besoins des malades, et par suite d'améliorer leur position. Nous demandons en outre :

XII. 1° Que les médecins des bureaux de bienfaisance et des dispensaires, après dix ans d'exercice, soient signalés à l'administration pour obtenir les places qui seraient à la disposition de l'autorité, comme celles de vérificateurs des naissances et décès, etc.

XIII. 2° Que les médecins des établissements de bienfaisance qui ne seraient pas nommés au concours, soient choisis de préférence parmi les candidats qui auraient été internes des hôpitaux, lauréats des hôpitaux ou des facultés, etc.

Nous n'avons pas besoin de motiver devant vous la première de ces propositions. Quant à la seconde, qui, si vous l'adoptiez, légitimerait davantage encore la première, s'il en était besoin, elle nous a paru offrir deux avantages importants ; l'un, d'assurer au service des pauvres de jeunes médecins formés à la pratique par la grande école des hôpitaux, et distingués par des succès brillants dans leurs études ; l'autre, d'ajouter une stimulation nouvelle au travail des élèves. Pour beaucoup d'élèves, dans les conditions actuelles, il suffit qu'ils puissent arriver au titre de docteur. Ils ne tiennent pas à en savoir plus qu'il n'est strictement nécessaire ; car ils comptent bien qu'une fois arrivés là, ils seront tout aussi avancés que ceux qui auront travaillé davantage, et que leurs conditions de succès dans le monde seront les mêmes. Heureusement il n'en est pas toujours ainsi. Mais si vous pouviez montrer aux jeunes gens de nos écoles une autre perspective à la fin de leurs études : des avantages marqués pour le début de la carrière à ceux qui se seraient distingués ; des places, comme celles des bureaux de secours à domicile et d'autres, dont l'autorité pourrait disposer en leur faveur, nul doute que ce ne fût un puissant encouragement au travail, une impulsion sérieuse donnée aux études.

V. Nous ajouterons ici un vœu qui nous a été suggéré par une des communications renvoyées à la Commission, et qui n'a pas besoin de développements, après ce que nous avons dit pour les hôpitaux. Nous vous proposons de demander :

XIV. Que les médecins des prisons aient voix consultative dans les Commissions instituées près des prisons.

VI. « L'organisation actuelle, relativement aux médecins attachés aux eaux minérales, est-elle sans inconvénients ? »

Messieurs, nous abordons une question importante ; car elle est neuve et elle intéresse un grand nombre de médecins, un nombre immense de malades, un nombre considérable aussi de populations attachées à l'exploitation des eaux minérales.

Tout est à faire pour les eaux minérales. Elles sont régies par une ordonnance de 1823, qui établit des médecins-inspecteurs ayant pour fonctions principales, pour devoirs et pour droits, 1° de veiller à la conservation des sources, à leur amélioration, à ce quelles ne puissent être altérées ; 2° de surveiller l'usage qui en est fait par les malades, sans néanmoins pouvoir mettre obstacle à la liberté qu'ont ces derniers de suivre les prescriptions de leurs propres médecins ou chirurgiens, et même d'être accompagnés par eux s'ils le demandent. Ainsi, dans le même article, privilége et liberté, c'est-à-dire conflit et anarchie. Il résulte de là, que dans quelques établissements, en très petit nombre, le médecin-inspecteur a imposé son autorité et dirige à peu près exclusivement le traitement de tous les malades ; que, dans d'autres, il est en lutte constante et fâcheuse avec les médecins qui viennent lui faire concurrence ; que dans d'autres, enfin, l'inspecteur s'efface plus ou moins, et n'est pour le public qu'un médecin ordinaire, auquel on peut s'adresser ou ne pas s'adresser, comme ses confrères du même lieu. Là, l'inspecteur est accusé de monopole tyrannique ; ici, il se plaint d'être victime.

Tout cela provient de ce que l'autorité a voulu donner des attributions médicales particulières à des hommes spécialement attachés à une branche importante de la thérapeutique, mais sans caractère scientifique qui appelât vers eux nécessairement la confiance des malades ; de ce qu'en même temps elle n'a pas voulu porter atteinte à la liberté la plus légitime de toutes, celle qu'ont les malades de se faire traiter par le médecin de leur choix, non plus qu'au droit absolu des médecins de donner leurs conseils à qui les demande. Elle a voulu créer pour quelques-uns une sorte de droit spécial, mais sans attenter au droit général des autres, et elle s'est heurtée contre une impossibilité. Il résulte de ces droits mal

définis, des conflits fâcheux entre les médecins; fâcheux pour les médecins, pour les malades et pour les établissements. Il en résulte dans beaucoup de lieux un désordre bien plus grave et bien plus funeste, c'est que les malades ont pris l'habitude fort souvent de se traiter sans conseils de médecin, et les abus les plus déplorables dans l'emploi des eaux s'y observent chaque jour. Tantôt ce sont des traitements insuffisants, qui parfois n'ont que l'inconvénient de ne rien produire, mais qui d'autres fois ont l'inconvénient bien plus sérieux d'aggraver le mal ou de le rendre plus difficile à guérir; tantôt, et le plus souvent, ce sont des traitements exagérés, dont les conséquences sont fréquemment très nuisibles, quelquefois mortelles. C'est là un abus de la liberté contre lequel nous nous élevons de toutes nos forces; et qui doit être absolument réprimé. La loi a pris des précautions sévères pour qu'un maniaque ne pût attenter à ses jours en achetant du poison chez un pharmacien; elle doit s'opposer de même à ce que bon nombre de malades puissent librement chaque année s'empoisonner avec les eaux minérales. Il doit être sévèrement interdit à tous les établissements d'admettre au traitement thermal des malades qui ne sont pas dirigés par les conseils d'un médecin.

Mais il est un autre côté de la question thermale non moins grave que celui dont je viens de vous parler. La science des eaux minérales n'existe pas, et elle ne saurait exister, tant que l'organisation actuelle sera maintenue. Aucun médecin aujourd'hui ne pourrait dire avec une conviction sérieuse si telle source de France convient mieux qu'aucune autre à un malade qu'il y envoie. En effet, Messieurs, nous avons beaucoup de monographies sur les eaux minérales; mais sur l'ensemble de cette partie de la science, rien, rien de précis du moins, rien qui puisse nous offrir des données importantes sur les questions spéciales. Nous avons des ouvrages aussi parfaits qu'ils peuvent être aujourd'hui; mais qu'y trouvons-nous? beaucoup de sources guérissant la même maladie : et c'est vrai, cependant. Seulement il est possible que l'une guérisse très souvent, et l'autre beaucoup plus rarement dans certains cas spéciaux peut-être. Laquelle guérit plus souvent, plus vite, plus sûrement? Nul ne peut vous l'apprendre. Je n'indique là qu'une des mille questions insolubles que nous présente la question des eaux minérales.

Quelques médecins cependant pensent que l'on peut arriver à des données précises, et, parmi les travaux adressés au Congrès, nous avons lu une demande tendant à ce qu'il fût publié chaque année, pour toutes les eaux minérales de France, une statistique où seraient exposées la nature et les conditions diverses de toutes les maladies traitées dans les établissements d'eaux minérales pendant chaque saison, et les résultats de ce traitement. Il n'y a qu'une difficulté à la réalisation d'un pareil vœu, c'est qu'elle est absolument impossible. Il est vrai que chaque année les inspecteurs doivent faire, chacun pour l'établissement qu'il dirige, un rapport de ce genre. Mais comment pourrait-on demander des renseignements positifs à de pareils rapports, dans les conditions où sont actuellement placés les inspecteurs? Beaucoup de malades consultent d'autres médecins, beaucoup ne consultent personne et se traitent eux-mêmes, bon nombre d'autres ne voient l'inspecteur qu'au commencement de leur traitement; et vous voulez des rapports statistiques exacts, quand les inspecteurs ne voient pas la moitié des malades qui passent par les établissements thermaux! Evidemment, et par ces seuls motifs, sans parler des autres causes d'incertitude, un pareil recueil statistique ne pourrait conduire à aucun résultat utile.

N'y a-t-il donc rien à faire au sujet des eaux minérales, et devons-nous rester dans l'impasse scientifique où nous nous trouvons? Votre Commission, Messieurs, a pensé, au contraire, que sur ce point le Congrès pouvait rendre un très grand service à la science, en demandant pour les eaux minérales une organisation convenable. Cette partie importante des services publics n'est point, à proprement parler, organisée. Chaque inspecteur, comme chaque établissement, a une existence isolée, sans liaison avec les autres. Chaque inspecteur, attaché à toujours à une même source, ne pratiquant que là, n'étudiant l'action des eaux que là, ne peut s'élever à la connaissance générale des eaux par une comparaison qui lui est impossible, et ne saurait nous faire connaître que la source dont il a expérimenté l'action; et il ne le peut bien encore, qu'à la condition de ne pas subir l'engouement si naturel à l'homme pour le moyen qu'il emploie seul et qu'il emploie tous les jours. Il faudrait donc, pour arriver à des connaissances comparatives et absolues, précises, importantes pour la science, que le même inspecteur pût être attaché successivement à plusieurs établissements d'eaux minérales. Il faudrait, d'ailleurs, qu'il eût donné des preuves de capacité et de connaissances étendues dans les différentes sciences qui éclairent l'étude des eaux minérales. Ce serait une carrière dans laquelle on entrerait par les degrés inférieurs, pour s'élever par le mérite et par le temps, aux positions les plus avantageuses. Alors on pourrait arriver à constituer la science des eaux minérales, à faire une véritable science de ce qui n'est aujourd'hui qu'un indigeste chaos.

Il serait important, d'ailleurs, qu'une autorité supérieure, régulatrice, fût appelée à éclairer et à juger beaucoup de questions générales, comme celles relatives à la construction des établissements, aux travaux d'amélioration à exécuter pour les sources, etc. En conséquence, votre Commission vous propose les résolutions suivantes :

Le Congrès émet le vœu :

XV. 1° Que les médecins des eaux minérales soient tous institués par concours;

XVI. 2° Qu'ils soient organisés en un corps hiérarchique, où un avancement régulier leur permette de diriger successivement des établissements de différente nature et d'une importance croissante;

XVII. 3° Que les attributions de ces médecins soient fixées d'une manière précise;

XVIII. 4° Qu'il soit créé une Commission supérieure et permanente des eaux minérales.

VII. « Toutes les places, rétribuées ou honorifiques, que les médecins peuvent remplir, sont-elles susceptibles d'être données au concours ou à l'élection? »

Messieurs, votre Commission a pensé que le concours pouvait et devait être appliqué à la grande majorité des places dévolues aux médecins, parce qu'il est le plus sûr moyen de faire triompher le mérite; que pour un certain nombre de places cependant, l'élection, en l'entourant des garanties convenables, pourrait remplacer avantageusement le concours; qu'enfin, il en est d'autres peu nombreuses, pour lesquelles on ne peut demander à l'autorité de renoncer complétement au droit de nomination. Votre Commission a cru devoir, d'après les raisons que nous vous avons exposées plus haut, pour donner des encouragements efficaces aux études médicales, et pour rémunérer les services rendus dans des fonctions honorables et pénibles, manifester le désir que les nominations de cette dernière classe fussent faites, autant que possible, parmi les candidats que recommandent des succès antérieurs dans la science ou des travaux utiles pour la société. Elle vous propose de demander :

XIX. 1° Que le concours soit étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui, et appliqué partout où il sera reconnu applicable;

XX. 2° Que les nominations auxquelles le concours ne paraîtra pas pouvoir être applicable soient faites autant que possible par une élection convenablement instituée;

XXI. 3° Que dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité, il doit tenir compte des titres acquis par les candidats, soit par des succès antérieurs dans des concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissements de bienfaisance.

VIII. « L'institution actuelle des sages-femmes offre-t-elle les garanties nécessaires à la société?

» Les divers modes suivis pour la réception des sages-femmes sont-ils sans inconvénients?

» La suppression des sages-femmes est-elle possible? »

Votre Commission, Messieurs, a été unanime à reconnaître l'impossibilité de supprimer l'institution des sages-femmes. Mais elle a reconnu en même temps qu'on exige d'elles trop peu de garanties, et sous le rapport de la moralité et sous le rapport de l'instruction première, d'où il résulte que, manquant d'intelligence, elles n'arrivent souvent pas, même avec beaucoup de temps, à apprendre ce qu'elles doivent savoir, et sous le rapport des études obstétriques, surtout pour la pratique. Ainsi, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, on reçoit des sages-femmes dans des villes où il n'y a point de Maternité, dans d'autres où il y a un hôpital de maternité faisant cinq accouchements par an. Les examens aussi sont insuffisants, surtout pour le second degré des sages-femmes, dont l'existence est encore bien moins acceptable que celle du second degré de médecine dont vous avez demandé la suppression. D'ailleurs, nous avons reconnu avec peine que les sages-femmes sont beaucoup trop nombreuses dans les grandes villes, où leur utilité est bien moindre que dans les campagnes.

Nous vous proposons d'adopter les vœux suivants :

XXII. 1° Nulle ne pourra être élève sage-femme si elle ne présente un certificat de moralité et si elle ne justifie d'une instruction primaire suffisante;

XXIII. 2° La durée de la scolarité pour les élèves sages-femmes sera de deux ans au moins. Leurs études devront être surtout pratiques;

XXIV. 3° Les sages-femmes seront reçues dans les Facultés, dans les Ecoles préparatoires ou par une Commission médicale dans les villes où il existe une Maternité recevant un nombre de femmes suffisant;

XXV. 4° Les examens, au nombre de deux, qu'elles auront à subir, et qui devraient être plus sévères, auront pour sujet l'un la théorie, l'autre la pratique des accouchements;

XXVI. 5° Les sages-femmes ne pourront faire aucune opération, si ce n'est la saignée et la vaccination, ni donner des soins médicaux.

IX. *Médecins militaires.* — Quelque étendue que fût la série de questions dont elle a eu à s'occuper, votre Commission n° 11 n'a pas hésité à appeler l'attention du Congrès sur un point dont l'omission eût constitué dans vos travaux une lacune regrettable. Il s'agit, Messieurs, de la position des officiers de santé de l'armée. La place si honorable que ce corps occupe dans la grande famille médicale, le louable empressement avec lequel un grand nombre de ses membres se sont associés à vos travaux, méritent bien que votre sympathie ne leur fasse pas défaut. Dans cette question, comme dans toutes celles qui ont été l'objet de son examen, la Commission a cru devoir se borner à exprimer un vœu général, sans entrer dans l'examen détaillé d'aucun système d'organisation.

Frappés de la disproportion qui existe entre l'avancement des chirurgiens militaires et celui des autres corps de l'armée dont ils partagent les travaux et les dangers; frappés aussi de la position beaucoup plus avantageuse que leur avait faite une loi de la Convention à une époque où ce corps était loin d'offrir les mêmes garanties d'instruction qu'aujourd'hui, nous vous proposons de recommander à toute la sollicitude du gouvernement la nécessité d'améliorer le sort de nos confrères de l'armée. En remplissant ce devoir, votre Commission n'a pas dû oublier que, bien que dans une proportion insuffisante, la position des officiers de santé militaire a reçu dans ces derniers temps quelques améliorations.

Nous vous proposons d'émettre le vœu :

XXVII. Qu'une loi vienne bientôt régler les prérogatives des officiers de santé des armées de terre et de mer d'une manière qui soit plus en harmonie avec celles des autres corps de l'armée.

Enfin, Messieurs, je viens en terminant vous proposer, au nom de la Commission, d'émettre le vœu :

XXVIII. Que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI soit maintenu et qu'il y soit ajouté une sanction pénale suffisante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le président annonce que la séance annuelle de l'Académie aura lieu mardi prochain, à deux heures.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

1° Notice sur Chervin, par M. Dubois (d'Amiens),

2° De l'Imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine; par M. Jolly.

3° Programme des prix.

4° Eloge de Larrey, par M. Pariset.

— M. le président annonce que, d'après l'invitation faite par M. le doyen de la Faculté, les sections d'anatomie et de physiologie, de médecine vétérinaire et d'anatomie pathologique se sont réunies samedi dernier pour procéder à la nomination de cinq juges pour le concours de la chaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Le scrutin a amené la nomination de MM. Longet, Husson, Poisson, Renault et Baron.

— *M. Rochoux* se plaint d'une violation du règlement commise à son égard. Il avait commencé une lecture sur le développement des poils de la langue, lorsqu'il a été interrompu sous prétexte que cette question était soumise à l'examen d'une Commission. Il fait voir que ce prétexte n'a rien de plausible, et qu'en maintes circonstances on a laissé parler des orateurs sur des sujets soumis à des Commissions. Il réclame donc la continuation de sa lecture.

M. le président répond que M. Rochoux est inscrit, et que son tour de lecture lui sera accordé en temps opportun.

— *M. Velpeau* lit un rapport sur trois observations d'anévrisme de petites artères présentées par M. le docteur Montron, à Langres.

Remerciments à l'auteur; inscription de son nom dans la liste des correspondants.

Ces conclusions sont adoptées avec addition proposée par M. Duméril, qui consiste à renvoyer le mémoire et le rapport au comité de publication.

— *M. Rigal* (de Gaillac), membre correspondant, et l'un des secrétaires du Congrès médical, lit le procès-verbal de l'exhumation des restes de Bichat. (*Voir* le dernier numéro.)

M. Nacquart. Des discours ont été prononcés dans cette cérémonie par des membres de l'Académie; ne serait-il pas convenable de prier les orateurs de vouloir bien en donner connaissance à la compagnie?

M. le président invite M. Roux à vouloir bien communiquer son discours.

M. Roux monte à la tribune. (*Voir* le dernier numéro.)

— *M. le docteur Camille Bernard* fait hommage à l'Académie du compte-rendu de sa pratique obstétricale, quant à l'emploi du forceps dont il est l'inventeur, et qu'il a nommé *forceps assemblé.*

En 1836, l'Académie déclara que le forceps de M. Camille Bernard était une *invention qui méritait d'être encouragée.* Aujourd'hui l'auteur est venu dire à l'Académie que la pratique avait répondu aux prévisions de la théorie.

Les faits qu'il produit sont au nombre de vingt-quatre.

D'après M. Camille Bernard, l'accoucheur trouve dans le forceps appliqué en une seule fois l'avantage de se passer d'aide, de porter facilement l'instrument très haut, d'abréger l'opération; enfin, de tenir solidement la tête saisie en fort peu de temps.

— *M. Dupuy* lit un travail sur la médecine comparée.

— La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES.

Voici la composition de la Commission que nous avons annoncée dans le dernier numéro, nommée par M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, et qui va s'occuper de la révision de la législation qui régit la constitution du corps médical et l'enseignement des deux principales branches de la science, la médecine, dans laquelle la chirurgie est comprise et la pharmacie. Cette Commission, que le ministre appelle haute Commission des études médicales, est composée de :

MM. Orfila, président;

Donné, inspecteur général des Ecoles de médecine, secrétaire;

Fouquier, premier médecin du roi, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris;

Chomel, premier médecin du prince royal, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris;

Bouillaud, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Chambre des députés;

P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris;

H. Royer-Collard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris;

Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Velpeau, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Roux, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Dumas, professeur de chimie organique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;

Béhier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de médecine);

Marchal (de Calvi), agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie);

Caizergue, doyen et professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier;

Lordat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier;

Coze, doyen et professeur de matière médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Strasbourg;

Forget, professeur de clinique interne et maladies épidémiques à la Faculté de médecine de Strasbourg;

Bussy, professeur de chimie et directeur de l'Ecole spéciale de pharmacie de Paris;

Gintrac, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux;

Sénac, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon;

Combes, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse;

Serres, professeur d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Jardin du Roi, membre de l'Institut;

Caventou, professeur de toxicologie à l'Ecole spéciale de pharmacie

de Paris, président de l'Académie royale de médecine;
Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine;
Villeneuve, membre de l'Académie royale de médecine;
Boullay, membre de l'Académie royale de médecine;
Cap, membre de l'Académie royale de médecine;
Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce;
Richond des Brus, membre de la Chambre des députés;
Terme, membre de la Chambre des députés, maire de la ville de Lyon.

Secrétaires-adjoints :
MM. Labarraque;
Cattois, médecin du ministère de l'instruction publique.

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE.

La Commission permanente du Congrès médical de France, instituée le 15 novembre dernier, s'est constituée hier vendredi.

M. Serres a été nommé président.

MM. Bouillaud et Soubeiran vice-présidents.

MM. Amédée Latour et F. Boudet secrétaires.

M. Richelot trésorier.

La Commission s'est immédiatement occupée de la position que venait de lui faire la nomination de la Commission des *études médicales*, insérée au *Moniteur* le 20 novembre dernier, et dans laquelle se trouvent compris quatre membres de la Commission du Congrès.

Après une longue et sérieuse discussion, la Commission du Congrès a adopté la résolution suivante :

Il y a incompatibilité entre les fonctions de la Commission nommée par le Congrès et les fonctions de la Commission nommée par M. le ministre de l'instruction publique.

Les membres de la Commission du Congrès décident qu'aucun d'entre eux ne fera partie de la Commission ministérielle.

Cette résolution a été prise à l'unanimité des membres présents, dont les noms suivent :

MM. Serres, Villeneuve, Vée, Bouillaud, Garnier, Richelot, F. Boudet, Soubeiran, Miquel, Leblanc, Malgaigne, Collignon, Amédée Latour, Hamont.

La Commission a décidé aussi que la lettre suivante serait immédiatement adressée à M. le ministre de l'instruction publique.

Monsieur le ministre,

La Commission permanente nommée par le Congrès médical de France, après s'être constituée, s'est occupée de la position faite à plusieurs de ses membres par leur adjonction à la Commission des *études médicales*, instituée par vous à la date du 20 novembre dernier. Après une discussion sérieuse et approfondie, elle a reconnu que le mandat dont elle est investie ne permet à aucun de ses membres d'accepter l'honneur de faire partie de la Commission nouvelle. Elle ne veut pas perdre cette occasion de vous témoigner sa sincère reconnaissance pour cette nouvelle marque de sympathie que vous avez donné au Congrès médical; et c'est avec regret qu'elle vient vous prier, Monsieur le ministre, de vouloir bien accepter la démission de ceux de ses membres à qui vous aviez conféré cet honneur.

Nous avons l'honneur, etc.

Suivent les signatures.

Paris, le 21 novembre 1845.

Nota. C'est par erreur que le nom de M. Lacoste a été substitué à celui de M. Leblanc dans la liste de la Commission nommée par le Congrès.

— Parmi les médecins réélus pour le service des hôpitaux, on a oublié de citer M. le docteur Louis, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Villeneuve a été reçu, en qualité de délégué de l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, par M. le ministre de l'instruction publique, qui lui a donné l'espoir de voir les Ecoles préparatoires soumises au régime de l'Université, et que la loi sera présentée cette année.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IV[e] volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et des organes génitaux chez l'homme.

EXPOSITION DE 1839 ET 1844. — MÉDAILLES DE BRONZE ET D'ARGENT.

La maison spéciale d'orthopédie pour le traitement des déviations de la taille et des membres de M. BÉCHARD, mécanicien-bandagiste, rue de Tournon, 15, se recommande par sa supériorité incontestable, si bien connue de nos célèbres chirurgiens et médecins, de même que pour ses nouvelles ceintures hypogastriques à la fois si ingénieuses et si utiles pour dames, ainsi que ses jambes et mains artificielles si légères, et imitant parfaitement la nature.

Aliment ferrugineux.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfants lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 142. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE MÉDECINE. — *Rapport de la Commission n° 12. (M. Camille Bernard, rapporteur.) — Associations.*

Messieurs,

La Commission n° 12, chargée de s'occuper de la douzième série de questions, a, dès le principe, nommé pour son président M. le docteur Ratier, et m'a choisi pour son secrétaire. Dans sa cinquième séance, elle m'a conféré l'honneur de traduire auprès de vous ses votes, et de vous en présenter les motifs.

Les questions qui nous étaient proposées sont ainsi conçues :

« Indiquer un plan d'association pour les médecins de la France; association de départements, d'arrondissements, se reliant à un centre commun.

» Indiquer quels seraient les droits et les devoirs de cette association générale envers la science, envers la loi, envers la morale publique, envers l'administration, envers la profession. »

En abordant l'objet de ses travaux, la Commission s'est préoccupée des rapports qui semblent exister entre la question soumise à son élaboration et celle relative aux Conseils de discipline, qui, dans le programme, fait l'objet du travail de la Commission n° 9.

Elle s'est demandé s'il n'y avait pas, entre ces deux objets, une telle connexité qu'il fût indispensable d'opérer leur immixtion.

Mais, voyant dans les Conseils de discipline une magistrature officielle ayant un but purement répressif et une origine qui rend leurs décisions obligatoires; trouvant, au contraire, dans l'association un élément moralisateur, et par là préventif, votre Commission a pensé que ces questions appartenaient à deux ordres de choses parfaitement distincts, et devaient être laissés indépendants l'un de l'autre. Plus tard, MM. les membres du bureau de la 9e Commission nous ont fait l'honneur de venir dans notre sein pour savoir si le travail des deux Commissions ne pourrait pas être rattaché l'un à l'autre. Il a été reconnu que l'alliance entre l'obligatoire et le facultatif ne pouvait s'opérer.

Avant tout, les membres de la Commission se sont demandé si l'association était possible, et si la manifestation qui se produit en ce moment pouvait être, pour la famille médicale, le signal d'une ère régénératrice, d'un pacte de confraternité; et chacun de ses membres, frappé de la communauté de pensées et de sentiments répandue dans le Congrès médical, de la coordination des efforts tendant au but honorable qui nous a rapprochés, du besoin d'union, d'appui mutuel et de solidarité dans un exercice professionnel non moins difficile qu'élevé, a hautement proclamé qu'il avait foi dans le principe d'association, et qu'à la suite du Congrès, il espérait voir ce principe convertir en une imposante individualité une multitude d'individualités faibles, souffrantes, et frappées de plus en plus de déchéance par suite de leur isolement.

Et aussitôt, réunissant dans les mêmes liens deux professions séparées aujourd'hui à cause de l'étendue de la science, mais appartenant au même tronc; adjoignant à ces professions un art qui se recommande par de nombreux services rendus à l'économie sociale, et par les lumières que la comparaison lui emprunte, votre Commission a décidé à l'unanimité que tous les hommes exerçant légalement, dans le royaume, la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire, seraient invités à se ranger sous une bannière commune, et à se donner la vie collective sous le nom d'*Association médicale de France*, ayant pour but : la culture de la science, une mutuelle moralisation, et la prévoyance, fondée sur la confraternité.

En proposant une association générale, la Commission a décidé que, dans l'acceptation comme dans l'abandon de cette règle, tout resterait facultatif.

L'Association médicale de France a donc été déclarée libre.

En appelant à la communauté la pharmacie et l'art vétérinaire, votre Commission s'est souvenue que l'art de préparer les médicaments n'a pas toujours formé une branche isolée de la médecine, et que, dans des siècles encore peu éloignés du nôtre, le même homme exerçait à la fois toutes les parties de l'art de guérir.

A côté de cette considération scientifique, il en est une d'un ordre moins élevé. Votre Commission a cru que les rapports habituels entre les médecins et les pharmaciens, étaient le meilleur moyen de surveillance pour que des empiètements réciproques fussent prévenus.

Au sujet de messieurs les médecins-vétérinaires, elle a pensé que les faire entrer dans l'association, c'était favoriser la révolution qui s'opère en eux, c'est-à-dire porter le dernier coup à la maréchalerie, dont la répudiation de la part des médecins-vétérinaires doit peu à peu mettre la profession à la hauteur de la science, et leur faire accomplir leur mission *utilitaire*.

Au point de vue de l'unité médicale dont l'Académie royale de médecine est le modèle, ce rapprochement des trois sciences, votre Commission l'a trouvé indispensable.

En traitant des éléments qui doivent composer la société médicale, votre Commission s'est souvenue que sur tous les points de la France il était des membres dégénérés qui prennent le diplôme pour une enseigne consacrée à l'industrialisme médical.

Par un mouvement instinctif elle allait les frapper d'exclusion préventive; mais sentant qu'elle manquait de règle sûre pour déterminer le degré d'indignité, et que dans la pratique de cette mesure il n'y avait aucune délimitation certaine entre le membre complétement privé de vie et celui qui se trouve encore dans des conditions de vitalité, votre Commission a reculé devant le prononcé de cette mesure préalable. Cette décision, nous devons le dire, adoptée par la presque unanimité des membres, a subi deux ajournements par suite du défaut d'adhésion de la part d'un honorable confrère, dont l'opinion est du plus grand poids.

D'après lui, Messieurs, ne pas exclure tout médecin ayant commis des actes publics de charlatanisme, de tout pharmacien faisant donner à son profit des consultations, et tenant des remèdes secrets non autorisés par la loi, c'est ternir l'Association dans son honorabilité, c'est là, même, compromettre son existence.

La Commission tout entière a protesté de sa volonté de ne blesser en rien la dignité médicale la plus délicate; cependant sachant par expérience que dans les diverses associations partielles, les membres du corps médical tombés dans le charlatanisme ont eu pudeur de se présenter, qu'un certain nombre est rentré spontanément dans les conditions normales, et que quelques-uns conviés à faire partie de l'Association se sont déclarés indignes, pour ces motifs la Commission a espéré que l'éclatant, que l'audacieux charlatanisme se condamnerait lui-même à l'isolement.

Quant aux confrères qui ont dérivé malheureusement vers le charlatanisme par suite de fatales nécessités, elle a pensé qu'il était dans les attributions d'une société réellement fraternelle de leur frayer le droit chemin. Elle a dit d'eux : S'ils frappent à la porte en s'appuyant sur d'honorables promesses, qu'il leur soit ouvert... Bientôt vous verrez, Messieurs, que le contact durerait peu s'il était à craindre.....

Avant d'établir les droits et les devoirs de l'Association médicale, votre Commission a dû fonder ses grands principes constitutifs, puis jeter ses bases de l'organisation physique.

Ces principes fondamentaux sont les suivants :

1° Au moment de la création, admission de toute la famille médicale. Après la formation de la Société, admission sur ballottage.

L'Association existera dès que le bureau désigné dans chaque localité par la Commission permanente se sera complété, et aura fait connaître son existence à la Commission centrale.

L'Association se gouverne par le principe de la puissance de la majorité.

Elle procède par voie d'élection dans la nomination de tous ses fonctionnaires.

Tous les membres concourent à la nomination des fonctionnaires, et sont aptes à le devenir.

Aucun membre étranger au corps médical n'est admis à faire partie de l'Association.

Les fonctions sont brièvement temporaires, mais comportent la réélection.

Pour la première fois et jusqu'à la réunion générale des associations, les fonctions seront données, savoir :

Celles de président, de vice-président, aux doyens d'âge;

Celles de secrétaire et de trésorier aux plus jeunes.

D'après votre Commission, Messieurs, l'organisation physique se composerait :

1° D'associations locales formées dans chaque chef-lieu d'arrondissement ;

2° D'associations départementales formées des bureaux des arrondissements;

3° D'une association centrale composée des délégués des arrondissements;

4° D'une Commission administrative permanente et séant à Paris.

Votre Commission, Messieurs, a dispensé son rapporteur d'entrer dans des détails réglementaires. Elle les laisse à la charge de la Commission de quinze membres, qui, aux termes de l'article 13 du règlement, doit être instituée à l'effet de présenter au pouvoir les vœux du Congrès. Mais elle vous doit l'exposé des considérations sur lesquelles elle a fondé l'adoption des décisions qui précèdent.

La Commission a pris pour base la circonscription sous-préfectorale, parce qu'elle a trouvé dans ce rayon les véritables éléments constitutifs de notre société, c'est-à-dire : le peuple médical qui depuis tant d'années aspire à l'émancipation intellectuelle, et par ce que dans ces limites les hommes des trois professions lui ont paru assez nombreux pour former une société médicale à laquelle ils se rendraient sans trop compromettre par leur absence les intérêts des malades.

Votre Commission, Messieurs, a écarté la base départementale, en considérant que si les associés avaient à franchir de grandes distances pour assister à des séances répétées plusieurs fois dans l'année, le rapprochement ne se ferait pas, ses salutaires effets en seraient perdus, enfin que l'on n'arriverait qu'à des associations tronquées. L'impossibilité de participer à l'association provoquerait à coup sûr de la part des confrères éloignés du chef-lieu de vives et justes réclamations contre le privilége de celui-ci.

C'est une pensée libérale de votre Commission, qui lui a aussi fait ranger tous les arrondissements de France sur le pied de l'égalité.

Sans doute il était indispensable d'avoir un point de reliement au chef-lieu du département; mais votre Commission a décidé

1° Que le bureau de l'Association du département serait indépendant de celui nommé par l'Association de l'arrondissement du chef-lieu;

2° Que ce bureau serait constitué par les suffrages des bureaux d'arrondissement réunis en assemblée annuelle dans le chef-lieu du département;

3° Enfin qu'il resterait en permanence jusqu'au renouvellement subséquent.

Ce mode, Messieurs, a l'avantage de centraliser les arrondissements de chaque département, sans porter atteinte à leur indépendance, en les rendant les subordonnés du chef-lieu. Celui-ci est le centre au premier degré, il est vrai, mais ce centre ce sont les arrondissements qui l'instituent à titre de point de reliement.

Il y aura hiérarchie dans l'intérêt de la chaîne médicale, mais non point une dépendance obligée par laquelle tout fonctionnaire, tout bureau supérieur serait institué d'office, sans devoir sa création au choix de ses pairs.

Chaque année il y aurait au chef-lieu de département une séance solennelle à laquelle seraient invités tous les membres de l'association départementale.

Les bureaux d'arrondissement nommeraient là le bureau permanent.

Après avoir établi des points intermédiaires, votre Commission a été conduite à la formation d'un centre unique qui relie tous les arrondissements, qui mette chaque association dans un ordre et une symétrie dont l'effet est d'harmonier toutes les parties entre elles, et de les ramener à un concours de pensée, de sentiment et d'action.

Mais il importe de bien déterminer sa puissance pour qu'il ne de-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'asphyxie par amendements. — Les orateurs de province. — La chasse aux délégués. — Un cocher fidèle. — Influence de l'élément provincial. — Ils sont partis. — Conséquence du départ. — Maintenant il faut marcher. — Une place à l'Hôtel-Dieu. — Une place à la préfecture. — Solennité académique.

A SES CONFRÈRES
De France et de Navarre,
JEAN RAIMOND,
SALUT !

Me voilà !... Petit bonhomme vit encore; à force de patience, il a pu s'énucléer de cette immense avalanche d'amendements, de propositions et d'articles additionnels sous laquelle on le croyait enterré, préméditation scélérate, guet-apens infernal que je dénonce au grand soleil de la publicité. Ma plainte en due forme a été portée à qui de droit, l'acte d'accusation se rédige, et, ces jours-ci, je ferai connaître tous les fils de cette méchante trame, tous les acteurs de cet odieux complot contre mes jours, de cette tentative de meurtre par un supplice inconnu dans les annales du crime, l'asphyxie par amendements.

Mais enfin je vis, et c'est là l'essentiel; je vis, et c'est pour reprendre ma petite besogne, qu'hebdomadairement et depuis bientôt quatre ans, vous avez la bonté de vouloir lire. Aujourd'hui mon embarras est grand; par où commencerai-je?..... J'ai toujours oui dire que cela portait bonheur de commencer par un acte de reconnaissance. J'en ai un immense sac à répandre; sur vous d'abord, chers et très honorables confrères de province qui avez si dignement, si admirablement répondu à notre appel. Nous conserverons un bien long souvenir de ces relations charmantes que le Congrès nous a values, de cette excellent ton de discussion, si digne et si spirituel à la fois, monsieur Gintrac, de votre argumentation fine, pénétrante et habile, monsieur H. Combes; de vos oraisons si nettes, si lucides, si limpides, monsieur Clausade; de votre admirable bon sens et de cette rectitude d'esprit tant goûtés par l'assemblée, monsieur Rigal; de vous tous et de vos éminentes qualités messieurs Burguet, Laussedat, Barnetche, Costes, Villeneuve (de Marseille), Landouzy, Tounié, Houssard, C. Bernard, Desbarreaux, Boutan, Aliès, Ranque, Fontan, Caussé, Parchappe, Desalleurs, et tant d'autres; car pour être juste et vrai, je devrais vous citer tous ici comme je vous confonds tous dans le même sentiment de gratitude.

Avouez néanmoins que vous n'êtes pas trop fâchés d'être venus. Indépendamment des beaux succès que vous avez obtenus soit dans le sein des Commissions, soit à la tribune émouvante de la salle Saint-Jean, outre cette moisson de gloire et de renommée que toute fraîche vous rapportez dans vos provinces, dites, entre nous et bien bas afin qu'aucun indiscret ne l'entende, avez-vous été choyés, caressés et traités ! Sapresti, les fameux dîners !... Quelle chasse générale aux délégués s'était organisée dans le monde spécialiste !... et même non spécialiste !... J'en vis un d'entre vous qui était bien en peine. Il avait reçu quatre invitations le même jour; une comme qui dirait au faubourg Saint-Antoine, l'autre aux environs de Grenelle, la troisième au Marais, la quatrième *extra-muros*. Quelle choisir? et pourquoi messire *gaster* n'est-il pas doué du don d'ubiquité? Je l'avais décidé à opter pour les environs de Grenelle; il allait partir quand deux voitures s'arrêtent à sa porte. Elles appartenaient à deux des amphitryons du jour, dont les gens avaient ordre d'amener mon délégué. Comment ne pas se rendre à des prévenances si aimables? Oui, mais lequel choisir de ces deux véhicules? Un des cochers qui s'aperçoit de la perplexité, et qui avait sans doute reçu des instructions *ad hoc*, s'approche de notre cher confrère et lui dit tout bas : Monsieur ne connaît pas bien Paris; il n'est pas prudent de se retirer le soir du fond du faubourg Saint-Antoine. Il faut traverser le canal!... — Je pars avec vous, mon brave, répondit le délégué; où allons-nous? — A deux pas d'ici. — Et touette cocher. Or, savez-vous où il fut conduit, notre digne confrère? Aux extrêmes limites sud du département de la Seine, dans une maison célèbre où Dieu vous garde de jamais entrer, à moins que ce ne soit dans la salle à manger.

Toujours est-il qu'après les scènes dramatiques dont nous venons d'être les acteurs ou les témoins, Paris commence à nous paraître, à cette heure, fort triste et fort maussade. L'Académie, mardi dernier, me semblait petite comme une coquille de noix, ses délibérations me faisaient l'effet d'une assemblée de chartreux récitant leur office. Mais ce qu'il y a de plus triste, c'est qu'à peine partis, à peine ce grand acte d'association et de concorde vient de se terminer, que déjà se remuent et s'agitent toutes ces mauvaises passions parisiennes que votre élément provincial avait domptées et maîtrisées. C'est honte et pitié de voir, d'entendre et de lire ce qui se fait, ce qui se dit, ce qui s'écrit. Je jetterai pourtant un voile épais sur ces écarts déplorables. Le bon sens public qu'avant, pendant et après le Congrès on a voulu, mais vainement, égarer fera, que dis-je? a déjà fait justice de ces actes perfides. Ils ont beau dire, faire ou croire, ils n'empêcheront pas que le Congrès ne soit l'acte le plus considérable de notre histoire médicale moderne, qu'il n'ait déjà produit d'immenses résultats, qu'il ne porte dans ses flancs un avenir nouveau. Que les agitateurs patents ou occultes le sachent bien, qu'on en soit bien convaincu en haut comme en bas, on n'endormira pas notre vigilance, on n'attiédira pas notre zèle, on ne découragera pas nos intentions. Que les provocateurs intéressés le comprennent, on ne nous fera pas dévier de cette ligne de modération, de retenue, de convenance suivie jusqu'ici. Aux récits mensongers, nous opposerons l'exposé sincère de nos actes; à la calomnie, le mépris le plus silencieux.

Maintenant, chers confrères, tout n'est pas fini, les échos de la salle Saint-Jean doivent vous redire les vœux exprimés par le Congrès; maintenant il faut vouloir qu'ils soient écoutés, maintenant il faut organiser l'association médicale, et tout cela dépend beaucoup de vous, de vos efforts, de votre zèle, des démarches que vous pouvez faire

vienne pas un instrument funeste à la Société médicale au lieu d'en être le précieux agent.

Au corps médical, il faut un centre unique, mais un centre dont le moi immense ne dévore pas tout ce qui n'est pas lui, un centre d'où non-seulement la vie se répande, mais qui reflète fidèlement l'intelligence, la volonté, les mouvements de tous les membres disséminés par toute la France.

En méritant ces titres, le centre est le chef légitime de l'association médicale.

Les garanties que votre Commission demande au centre pour le préserver des écueils du pouvoir, c'est qu'un contre-poids soit opposé à la force de centralisation, c'est que le centre résulte de la délégation de tous les arrondissements, c'est qu'il ne se constitue que sous forme volante, ne laissant après lui qu'une Commission administrative et exécutive. Pour réaliser ces vues, votre Commission a proposé que tous les trois ans chaque association médicale d'arrondissement nomme un délégué pour assister à l'assemblée générale de l'association médicale de France.

Cette assemblée portera le nom de Congrès de l'association médicale de France.

Tous les membres de l'association prendront part aux travaux du Congrès.

Les délégués seuls auront voix délibérative.

Les principaux linéaments de l'organisation économique ainsi tracés, votre Commission, Messieurs, a mis les détails réglementaires à la charge de la Commission permanente que nommera le Congrès.

Cette Commission recevra le double mandat de poursuivre la réalisation de nos vœux et d'organiser fortement l'association jusques aux dernières limites du monde médical.

Votre Commission, Messieurs, a continué sa tâche en indiquant les droits et les devoirs de l'association envers la profession, envers la science, envers la morale.

Prévoyance. — Dans une de ses précédentes séances, le Congrès a écarté la question des intérêts matériels des médecins; mais, si empressée qu'ait été notre dignité de les mettre à couvert, une partie n'en a pas moins vu le jour.

Votre Commission, Messieurs, pour vous prouver la nécessité de l'intervention d'une main puissante qui règle toute chose entre une civilisation de plus en plus dévorante et les ressources toujours plus amoindries du médecin, se gardera de révéler tout ce qui se passe de triste au foyer médical. Par respect, les besoins intimes d'une profession noble et fière doivent rester cachés à l'abri de la dignité du corps. Mais l'œil de la prévoyance les apercevra au jour de l'association, et de sages, de prudentes mesures porteront remède aux maux éprouvés par tous et aux infortunes privées. Elles répondront aux souffrances qui se montrent et aux douleurs bien plus profondes qui ne font entendre qu'un sourd gémissement.

C'est dans le secret de la famille que l'association, tout en respectant les droits de la société générale et ceux du corps médical, devra s'occuper des moyens d'éteindre une concurrence dont le scandale déconsidère la profession, et d'assurer au sacerdoce médical un juste, un honorable dédommagement.

Votre Commission pense, Messieurs, qu'il n'est pas indigne de l'association qu'elle intervienne, car sa médiation peut arrêter plus d'un naufrage de l'honneur médical et assurer plus d'une fois les soins dus à l'humanité.

Vous le savez, Messieurs, le *malaise physique* réagit non-seulement sur la culture de l'esprit, sur le goût pour l'étude, il réagit même sur le dévouement.

Avant de faire un pas de plus, votre Commission, Messieurs, a décidé qu'il serait versé de la part de tous les associés une cotisation annuelle pour la formation d'un fonds commun.

Ce fonds, Messieurs, doit avoir une double destination, une destination administrative et une destination de bienfaisance.

Inutile de parler de la manière dont il sera réparti entre les associations de degrés divers, mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler quelques-uns des nombreux usages de bienfaisance que l'association fera du fonds commun.

Ici, c'est la science offrant ses trésors réunis dans les archives des associations. Là, c'est le talent, c'est le génie qui, condamné à l'obscurité faute d'un peu d'or, fait une brillante apparition dans le monde médical sous les auspices de l'association. C'est un Bichat peut-être qu'elle acquiert à la science.

Tantôt ce sont des services publics rémunérés aux frais de tous; c'est une vie d'éclatant dévouement que l'association venge de l'oubli de la nation en la transmettant à la postérité; tantôt ce sont les intérêts d'un Thouret-Noroy soutenus aux frais de la communauté. C'est une lutte prolongée en faveur de l'honneur et des droits de tous; enfin, à chaque instant, c'est une noble conversion de la matière en améliorations physiques, en gloire, en intelligsnce, en liberté, qui vient exciter dans les membres de l'association d'ardentes sympathies. (Applaudissements.)

Ce sont là, Messieurs, des œuvres de confraternité auxquelles la bienfaisance préside. Il en est d'un ordre économique qui doivent entrer comme base fondamentale de l'association médicale : ce sont les institutions de prévoyance qui font verser un fonds commun pour parer aux coups de la fortune.

L'espoir d'être aumônieusement secouru n'a rien d'attrayant pour une société. Le corps qui provoque les sympathies de ses membres, c'est celui où la détresse est ignorée, ou chaque membre goûte assez de bien-être pour retrouver au déclin de ses jours la réserve amassée par une prudente économie. Mais ne peut-il pas se présenter des circonstances qui condamnent l'associé à recourir à l'appui du corps auquel il appartient ? Oui, des revers qui démolissent une existence de fond en comble ; une maladie longue qui accable d'infirmités après avoir épuisé les ressources matérielles, et peut-être voilé l'intelligence; une débilité physique provenant d'un exercice accablant de la médecine au temps d'épidémie ou des voyages scientifiques pénibles et coûteux, ce sont là, Messieurs, de touchantes infortunes et de nobles dévouements qui méritent d'être honorés par l'association. Ce serait méconnaître un des puissants moyens de lui rallier les membres que de ne pas mettre à sa disposition des ressources communes.

D'après votre Commission, Messieurs, les réserves de la communauté doivent être grandes; assez grsndes pour que l'association puisse recueillir les siens dans son sein, leur donner un asile, les entourer de soins prévenants, enfin leur offrir, dans une saine et riante retraite, les douceurs d'une vie paisible, ou de représenter en espèces ces avantages qu'il serait facultatif aux membres souffrants de se procurer ailleurs que dans un institut fondé par l'association.

Il s'agit donc, Messieurs, bien plus d'une retraite honorable pour les associés que de cette faible obole que les Sociétés de bienfaisance répandent sur l'ardente misère comme la goutte d'eau qui attise le foyer au lieu de l'éteindre.

Pour éclairer la question de la prévoyance, votre Commission, Messieurs, a possédé plusieurs fois dans son sein deux honorables confrères, MM. les docteurs Amussat et Dumont, qui ont bien voulu mettre à sa disposition un projet de Société de perfectionnenement et de prévoyance entre les médecins de Paris, et un projet d'établissement d'une maison de retraite pour les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires de France.

Votre Commission, Messieurs, a pris connaissance avec le plus vif intérêt des statuts de ces deux fondations philanthropiques.

Elle doit le dire, elle n'a été que dévancée. Dans le projet de l'association médicale devaient figurer ces deux institutions ayant en vue non-seulement les membres de la profession, mais leur famille qui, en héritant d'un nom honorable et peut-être illustre, n'aurait recueilli que le plus profond dénûment.

L'association doit donc dans sa prévoyance embrasser la famille tout entière.

Elle exprime le vœu :

1° Que le Congrès approuve la fondation d'une maison de retraite pour les médecins, pharmaciens et médecins-vétérinaires de France ;

2° Qu'au nombre de ses vœux le Congrès comprenne celui de l'autorisation de cette fondation ;

3° Enfin qu'il décide que la portion des fonds restés disponibles, après qu'il aura été pourvu à tous les frais d'administration et d'organisation, soient appliquée à ce but.

Science. — C'est avec raison, Messieurs, que tous les projets de réorganisation médicale ont attaché aux réunions de médecine des attributions scientifiques.

Vous attendez, Messieurs, que votre Commission énumère les travaux auxquels l'association d'arrondissement peut faire concourir tous les membres. Vous voulez qu'elle vous les montre étudiant en commun les maladies endémiques, les constitutions régnantes, les épidémies; concourant à la topographie, à la statistique médicales de l'arrondissement; donnant des règles d'hygiène populaire qui préviennent les maladies et conduisent à la tempérance. Ce sont là, en effet, Messieurs, des attributions qui doivent faire confondre pour la même œuvre le corps médical de chaque arrondissement.

Puis vous lui demandez quel est le ministère de l'association départementale.

Les attributions du Bureau permanent de l'association départementale comprennent le choix des travaux des arrondissements exposés par les secrétaires dans la réunion annuelle, et leur publication aux frais de l'association départementale.

Peu à peu, Messieurs, s'sgrandit la sphère de l'œuvre scientifique. Par le rapprochement des travaux des départements contigus, par l'étude comparée des maladies observées dans chacun d'eux, l'Académie royale de médecine pourra opérer chaque année un grand travail synthétique sur les constitutions régnantes, sur les épidémies, sur les rapports des saisons, des climats avec les maladies, avec la mortalité.

Ce travail, Messieurs, entrepris sur une échelle commune, par tous les médecins de France notant exactement leurs observations, répondant à toutes les questions qui leur ont été posées par un programme, est la base de la *médecine de la France*.

Votre Commission, Messieurs, n'a point borné ses espérances à voir sortir de l'association scientifique un travaii de topographie; dans le lointain lui est apparue la reconstruction de l'édifice de la science à l'aide d'une universelle collaboration.

Jusqu'ici, elle ne craint pas de le dire, chaque ouvrier a apporté son bloc sans en avoir soumis l'apprêt à des règles déterminées d'avance.

Du défaut de plan général, du manque de proportion dans les matériaux, de l'oubli des principes qui doivent présider à leur acquisition, de l'absence d'ordre dans leur arrangement, est résulté un assemblage dans lequel le fini brille à côté de l'ébauche grossière. Sur un point, une multitude d'ouvriers cédant à l'entraînement d'une sorte de mode, s'embarrassent dans la même carrière ; sur un autre point, des mines vierges n'ont pas senti la lumière pénétrer sur leurs gîtes les plus superficiels,

C'est aux chefs de l'association médicale qu'il appartient d'ouvrir de larges sillons, de signaler ce qui appelle le travail, et d'écarter les questions insolubles.

S'il est des génies assez profonds pour fonder de grands principes, s'il en est d'assez heureux pour bâtir des systèmes dont la raison médicale se paye pour un moment, il n'en est point d'assez vastes pour tout embrasser, l'ensemble et les détails. Mais les entreprises que la foule isolée ne peut réaliser, les intelligences tsndant au même but les exécutent à l'aide des mêmes principes philosophiques, des mêmes instruments de travail.

L'intervalle qui sépare la science de son plus haut point de perfection, par la suite des temps l'association le fera franchir à l'esprit médical. Il n'appartient qu'à une grande association de remplir ce rôle édificateur ; elle seule peut remonter dans les siècles le fil du progrès, et présenter l'ensemble de la science dans ses termes originaux.

Au point de vue de la science, votre Commission, Messieurs, n'a plus qu'à vous parler d'un moyen qui doit relier entre eux tous les membres de l'association.

Ce moyen, dont l'action doit s'exercer sur toutes les intelligences, qui fait pénétrer l'esprit de l'association par la voie prompte du sentiment ou par la voie plus lente de la démonstration quotidienne, ce moyen destiné à unir comme dans un immense lien tous les membres de l'association médicale, c'est la presse médicale périodique.

Si nous voulons, Messieurs, nous pénétrer de la même pensée, nourrissons-nous du même aliment intellectuel. Si le centre veut obtenir des réactions morales identiques, des mouvements du même rhythme, qu'il impressionne en même temps et de la même manière.

Quel moyen plus efficace, a dit votre Commission, de former un tout homogène, que cette communication rapide de la pensée qui presque chaque jour mettrait les hommes des mêmes professions en rapport d'esprit et de cœur ?

Un journal rédigé au nom de l'association médicale de France serait le dépositaire du résumé de tous les travaux des sssociations, l'organe empressé de leurs intérêts, l'écho fidèle de tous les journaux de l'univers.

Ce moyen, mis à exécution avec cette justice éclairée qui n'immole pas sans pitié les intérêts particuliers à l'intérêt général, avec cette prudence qui sait ne rien compromettre par excès de zèle, votre Commission le considère comme la principale colonne de l'association et le meilleur élément de succès dans la réalisation de nos vœux.

Voilà, en effet, Messieurs, le lien universel, le ciment de notre alliance, le garant de l'ordre, de l'harmonie morale et de la simultanéité d'action; voilà le propagateur de l'esprit d'union, en même temps que l'interprète scientifique et l'œil de la prévoyance.

Morale — Au point de vue de la morale, avant tout, les organes de l'association doivent prouver à chaque membre que si la solidarité oblige l'association à protéger les membres, à défendre leurs intérêts, par le même principe chaque membre est tenu de rendre les mêmes services à l'ensemble, de regarder l'honneur de ses pairs comme le sien propre, et l'offense qui leur serait faite comme sa propre offense.

C'est à eux de développer l'orgueil médical, émule de l'orgueil national.

L'amour-propre que l'on condamne lorsqu'il se retranche en lui-même, devient obligatoire lorsqu'il est le mobile du perfectionnement. Il se convertit en vertu, si l'on s'améliore en vue d'honorer l'association à laquelle on appartient.

C'est à eux de pousser au perfectionnement individuel en vue de la perfection de l'ensemble, de faire accroître la dignité particulière pour rendre hommage au caractère commun.

C'est à eux enfin, de faire souvenir les associés qu'ils doivent se considérer en toute chose, dans le secret de la vie privée et au grand jour de la vie publique comme des membres dont l'honneur va se confondre avec l'honneur de l'Association.

A mesure que la moralisation augmentera, votre Commission, Messieurs, espère qu'on la verra être le ciment de la confraternité. A quelle époque le besoin de ce ciment a-t-il été plus marqué? A quelle époque l'égoïsme personnel a-t-il soufflé sur nous plus de vanités personnelles, plus de prétentions rivales? C'est à l'Association, Messieurs, à changer les premières en vraie dignité, et à enlever aux secondes leurs armes empoisonnées.

Les mesures législatives qui rapprochent les membres du corps médical dans les mêmes liens, auraient beau les entasser dans leurs replis nombreux, ces lieus, assurément, peuvent servir de trame fondamentale à l'Association médicale; mais ils ne peuvent réunir les affections et les cœurs.

Votre Commission pense que si l'Association moralisante ne vient peu à peu adoucir l'amertume des rapports de la famille médicale avec elle-même, la régénération du corps médical est encore ajournée.

L'Association, en s'étendant, inspirera à tous cette considération mutuelle et cette justice qui fait estimer chacun ce qu'il vaut, et le fait mettre au rang qu'il mérite. Elle sera en droit d'exiger des confrères entre eux, non-seulement la justice, mais encore cette bienveillance qui n'est pas seulement une bienséance empruntée, mais un véritable amour fraternel, mais cette délicatesse de procédés qui honore l'homme et la profession. La sollicitude de l'Association ne se borne point à assurer le lustre du corps médical constitué; elle s'étend sur l'éducation médicale.

Dès leur entrée dans les écoles, elle doit aux aspirants tous les moyens propres à assurer l'acquisition des qualités morales distinctives du médecin. Il est donc du devoir de nos mandataires de chercher à allumer dans la jeunesse médicale le feu sacré, et de l'entretenir par la haute pensée du sacerdoce médical, par le culte rendu aux grands hommes qui ont illustré la science; enfin, par les honneurs rendus aux citoyens dont la vie de dévouement a été un bienfait pour l'humanité. Dans cette vue, votre Commission a pensé que, dans les réunions solennelles, aux travaux scientifiques devaient être ajoutés des travaux de philosophie morale du médecin.

Quel hommage plus éclatant rendre à la morale publique, que de montrer la chaîne non interrompue de glorieux modèles, depuis Hippocrate jusqu'à nous, des fonctions si élevées. Les connaissances si profondes, une philanthropie si généreuse; en un mot, une union si étroite de toute ce que l'intelligence a de plus vaste, le génie de plus grand, la vertu de plus intime, n'est-ce point là, Messieurs, un assez haut enseignement, et des titres suffisants pour nous recommander à l'estime des hommes.

Les obligations de l'association consistent encore à conserver la dignité, l'honneur du corps entier. Elles consistent à poursuivre l'abolition des charges morales qui pèsent sur eux, et la conquête de leurs droits.

Votre Commission, Messieurs, pour compléter l'énumération des droits et des devoirs de l'association, n'aurait qu'à retracer les travaux du Congrès; mais à côté des éclatants enseignements que proclame l'association, se trouve un enseignement plus modeste dans lequel l'association veille par des mesures lentes et persévérantes sur le perfectionnement moral de ses membres, et les soumet à une règle qui retrempe les mœurs sans leur donner une choquante rudesse.

Il resterait à votre Commission, Messieurs, à indiquer la tâche de l'association quant à la promulgation d'une règle commune qui retrempe les mœurs sans leur donner une choquante rudesse ; mais elle n'a pas cru devoir empiéter sur les attributions des hommes chargés de nous présenter plus tard l'ensemble des règlements intérieurs d'une discipline douce et fraternelle. Elle doit leur dire, néanmoins : Dans certaines limites, la discipline exerce une domination bienfaisante

---

dans votre sphère d'action. Vous avez institué à Paris une Commission permanente; vous voulez sans doute qu'elle puisse fonctionner; eh bien, il faut établir avec elle les rapports qu'elle va solliciter de vous. C'est une grande tâche que nous avons à accomplir tous ensemble; agrandissement de la science, dignité professionnelle, intérêts matériels, bienfaisanee prévoyante, voilà les buts divers que nous voulons atteindre, voilà ce qui nous a réunis en Congrès, et les fruits que ce congrès doit produire. Ici, comptez sur nous, sur notre dévouement, sur notre abnégation entière, sur le désintéressement complet de nos efforts. Nous travaillerons obscurément, sans bruit, sans ambition de retentissement ou de gloire, avec le seul désir d'être utile à la grande famille médicale à laquelle nous nous honorons d'appartenir, et qui n'a si longtemps souffert que parce qu'elle a vécu disséminée et isolée. Une ère nouvelle a lui, grâce à vous, à votre généreux concours, à cet empressement général qui fait l'honneur du Congrès. Nous avons rompu cet isolement fatal qui rendait tout effort vain et stérile. Il faut continuer, il faut marcher; car s'arrêter, c'est périr. Pendant que vous vous reposeriez dans votre quiétude, des gens plus alertes, de ces Ratons, comme on en trouve toujours après quelque mouvement grand ou petit, viendraient tirer les marrons du feu pour les manger tout seul. Ne l'oublions pas, le Congrès et ses vœux ont des ennemis nombreux, habiles, puissants, contre lesquels il faut lutter opiniâtrément et sans relâche. La bienveillance la plus grande d'un ministre ne suffit pas toujours pour réussir; quelquefois même le danger est d'autant plus grand que le ministre est plus généreux et mieux intentionné, car alors il voit plus difficilement les intentions cachées des autres. Enfin, j'aurais bien des choses encore à vous dire à cet égard; mais tout viendra en son temps, soyez en sûrs, et le bon droit triomphera pour peu que vous nous aidiez. La nomination de la Commission ministérielle dite des *études médicales* avait jeté quelques inquiétudes parmi les partisans du Congrès, l'attitude prise par la Commission *du Congrès* les a dissipées; voilà tout ce que je dois et peux dire sur ce sujet, qui demande, au moins pour le moment, une grande réserve.

Du reste, on raconte des choses fort singulières et qui prouveraient combien le Congrès a trouvé peu de sympathie réelle auprès de quelques hommes influents. Une place de médecin est actuellement vacante à l'Hôtel-Dieu. Par l'ancienneté, par les services rendus, cette place reviendrait de droit à un honorable professeur aujourd'hui médecin d'un hôpital éloigné. Mais ce professeur a participé fort activement aux travaux du Congrès ; il y a fait un excellent rapport dont les conclusions furent unanimement adoptées après une discussion brillante et solennelle qui avait pour auditeurs d'éminents personnages. Ce professeur, assure-t-on, ne sera pas nommé à l'Hôtel-Dieu. Tout cela est bien étroit, j'en conviens; mais tout cela ne m'étonne guère, et sur ce chapitre des petites vengeances, des oppositions sourdes, des menaces ténébreuses, des petits complots de tous les jours dont le mot d'ordre était donné à une certaine colonne de la salle Saint-Jean, j'en aurais bien long à dire si je le voulais bien.

—Voici une petite nouvelle qui va mettre en émoi un grand nombre de petites ambitions. Dans sa dernière séance, le Conseil général du département a voté les fonds nécessaires à la création d'une place de médecin exclusivement chargé de l'examen et de la réception des aliénés. Au lieu d'être conduits au bureau central, les aliénés seront conduits à la préfecture de police, et là un médecin devra se trouver tous les jours afin de les diriger dans les divers services affectés à cette maladie. La place est de 1,500 francs. Allons, Messieurs, vite en course; oui, mais prenez garde qu'elle n'ait été donnée, cette place, même avant sa création.

—Aujourd'hui, à deux heures, l'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle. Un pieux hommage de reconnaissance et de regret sera rendu par M. F. Dubois à la mémoire de Chervin, cet homme de bien et de courage qui préféra la pauvreté à l'abandon de ses croyances. M. Pariset dira l'éloge de Larrey, M. Jolly un fragment philosophique sur l'imi-tation; voilà bien des plaisirs en un jour; comment verrons-nous le lendemain ?

Jean Raimond.

parce qu'elle est modérée ; hors de ces limites elle désagrége, parce qu'elle tyrannise après s'être égarée dans les périlleuses voies de l'intolérance et d'une rigoureuse pénalité.

Les auteurs de l'organisation feront la part de toute chose. A notre avis, cette part doit être laissée très large à l'appréciation d'une paternelle justice.

Le Code confraternel de l'association renfermera des mesures protectrices de la dignité, de la morale ; mais en cette matière la dégénération est facile, et les nuances sont peu tranchées : indulgence, avant tout.

La tâche spéciale de nos mandataires consiste, Messieurs. à défendre la considération de l'association médicale en s'efforçant de faire réaliser les vœux du Congrès.

Votre Commission n'a plus à demander au Congrès qu'il fasse effacer des tables de la loi l'obligation pour le médecin de se porter dénonciateur, de flétrir ainsi son sacerdoce, trahir d'abord, plus tuer la confiance des malades en commettant un acte d'inhumanité. Elle n'a plus à dire au Congrès de provoquer l'abolition de cette effrayante responsabilité qui empoisonne la confiance accordée au médecin et le menace de le punir des fautes de la nature, vous l'avez remplie, cette indispensable mission ; mais ce que le Congrès ne peut point faire, c'est de poursuivre la réalisation de ses vœux. Votre Commission pense que cette œuvre, qui n'est l'œuvre ni d'un seul jour, ni d'un seul effort, doit être énergiquement poursuivie par les membres de la Commission permanente. Il s'agit là, de notre affranchissement moral !...

Votre Commission, Messieurs, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur l'association médicale, a trouvé en elle un principe de vie et de prospérité pour la famille médicale, de progrès pour la science, de perfectionnement pour l'honorabilité de la profession.

En touchant à tout ce qu'il y a de plus fondamental et de plus élevé, l'association a pour but la prévoyance, la science et la moralisation mutuelle.

Mais ce classement proposé ne peut être efficace qu'autant qu'il aura des bases assez larges pour comprendre l'universalité des membres ; il ne peut être équitable qu'autant qu'il consacrera l'égalité des individus et l'égalité des arrondissements entre eux, et que les fonctions brièvement temporaires iront se centraliser sur la tête de sommités librement élues.

La prévoyance doit amener une protection efficace contre la stérilité de la profession, préparer pour le temps du repos une prudente économie, et si les coups du sort ou de la maladie frappent avant que les infirmités de l'âge n'arrivent, elle doit partager secrètement ses trésors avec la bienfaisance. De là une distribution éclairée de secours, et la fondation d'une maison de retraite.

L'Association, Messieurs, établira un commerce intellectuel incessant entre toutes les intelligences médicales. Dans les sociétés locales, dans les réunions annuelles au chef-lieu du département, dans les congrès généraux, dans une tribune indépendante qui accueille l'expression de tous les intérêts, et qui résume impartialement tous les travaux, on la verra tendre aux progrès de la science.

Mettre les membres de la famille médicale dans un contact qui ne soit pas une douloureuse pression, leur dire fraternellement leurs devoirs, les faire entrer librement sous une juridiction intérieure ennemie d'une sévérité sauvage ; enfin, moraliser par l'accroissement du bien-être physique, par la science et par une noble émulation de vertu, tels sont les devoirs de l'Association au point de vue de la morale (1).

Espérons, Messieurs, que l'Association médicale de France, par ses institutions philanthropiques et par son vaste commerce intellectuel, conduira peu à peu la famille médicale à ce point de perfectionnement où chaque membre, trouvant honneur et avantage à confondre sa personnalité dans celle de ses pairs, se plaira à dire : *L'Association médicale, c'est moi*. Dans cette vue, la Commission à l'honneur de soumettre au Congrès les conclusions suivantes. (*Voir* la séance du 13 novembre.)

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1845. — Présidence de M. SERRES.

SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — *Discours prononcé par M. Hamont, vice-président, au Congrès médical.*

Messieurs,

La solennité qui nous réunit dans cette enceinte a saisi mon âme d'étonnement et d'admiration.

Quelques jours se sont à peine écoulés qu'un siècle déjà semble s'être interposé entre la veille et le lendemain, tant les idées ont marché, tant les travaux qu'elles ont enfantés offrent d'importance et d'originalité.

Trois grandes fractions de la société vivaient, isolées ou à peu près, suivant des voies parallèles, mais distinctes, pour atteindre un même but, le bien être de l'homme.

De loin en loin, seulement, chacune de ces voies biaisait un peu pour toucher à sa voisine, et reprendre bientôt après sa première direction.

Ces rapprochements, cette union momentanée imprimaient toujours un mouvement nouveau, une impulsion plus forte, et semblaient nécessaires à l'accomplissement d'une obligation contractée par les trois fractions, qui composent le Corps médical.

Nous en étions là, désirant tous une alliance plus intime, dont nous pressentions les heureux effets, quand l'un des plus brillants écrivains que possède la médecine actuelle les appela à un Congrès général.

La médecine vétérinaire fut convoquée ; elle vint, modeste, timide, peut-être, parce que des liens embarrassaient sa marche, mais certaine de conserver la place honorable que désigne la nature de ses attributions.

Née depuis peu sur le sol de la France, la médecine vétérinaire entre dans une ère nouvelle, va marcher d'un pas ferme et rapide à la réalisation de ses engagements.

Mais ces engagements, peu de personnes encore les connaissent ; permettez-moi de les signaler, je saurai ne pas abuser de votre bienveillante attention.

Nous renfermant dans la sphère que nous offre tout d'abord la médecine vétérinaire, nous la voyons occupée d'aviser aux moyens d'opposer un remède aux maladies sporadiques et épizootiques des animaux domestiques.

Ici, déjà, vous apercevez un travail immense. Les animaux domestiques appartiennent à des espèces différentes, et comme il est impossible d'arriver à pouvoir combattre victorieusement leurs maladies sans connaître leur organisation intime, les influences extérieures, intérieures susceptibles de la modifier, il s'ensuit que chaque espèce offre à elle seule : une anatomie, une physiologie, une pathologie et une thérapeutique spéciales que le vétérinaire ne peut ignorer ou refuser d'accepter pour pratiquer la médecine d'une espèce à l'exclusion des autres.

Telle est notre première obligation : elle embrasse la santé des animaux qui fournissent à l'homme sa nourriture, ses vêtements, sa fortune, et dont l'homme fait les instruments de sa gloire, de ses plaisirs, les compagnons de ses travaux et souvent de son infortune.

Conserver les animaux domestiques c'est donc assurer la richesse publique, la force d'un État ; partant, l'honeur national.

Qu'une épizootie meurtrière apparaisse, la localité qu'elle frappe sera peut-être ruinée sans l'intervention de la médecine vétérinaire. Voilà, messieurs, nos premiers titres à la considération publique.

Le cadre de ses opérations présente un champ très-vaste à l'exploration du médecin. C'est ici que les deux médecines doivent se rallier, se consulter, s'entendre, pour étudier ensemble les causes si diverses, si nombreuses des maladies, les altérations, les modifications que subissent les solides, les fluides et la nature de ces altérations.

Si le médecin de l'homme se renferme strictement dans sa spécialité, s'il néglige de pénétrer dans cette mine féconde, il se place sur un terrain glissant où l'erreur le suit et le pousse d'un écueil à un autre.

Un exemple rendra ma pensée plus saisissable. Un homme meurt d'une maladie ; le médecin procède à l'ouverture du cadavre ; il rencontre des lésions qu'il étudie avec un soin minutieux ; puis, remontant à la recherche des causes, il croit les trouver dans des influences particulières, dans le milieu où cet homme a vécu.

S'appuyant ensuite sur d'autres faits semblables, il crée une doctrine qu'il prêche, qu'il répand autour de lui.

Mais il arrive qu'un autre médecin rencontre la même affection, des lésions identiques sur des animaux dont l'organisation est très différente, qui vivent sous d'autres influences, dans des milieux opposés.

Que s'ensuit-il ?

Que la première doctrine est fausse et que pour élever une théorie vivace, il faut l'asseoir sur d'autres bases : sur la médecine comparée.

Il est un autre point que je dois aborder, et qui resserrera — j'en suis sûr — des nœuds que vous avez formés.

Réduits à l'état de domesticité pour fournir à nos besoins, les animaux sont sujets à des affections meurtrières qui se communiquent à l'homme. — En présence de ce péril, pouvions-nous demeurer isolés ? n'était-il pas urgent que nous missions nos lumières en commun pour arriver, s'il est possible, à nous préserver de ces fléaux ?

J'abandonne cette idée à votre juste appréciation.

Là, Messieurs, ne se borne pas notre ministère.

Si cette tâche est grande, il en est une autre sur laquelle j'appelle encore un instant votre attention.

Placé dans les campagnes, au sein des populations agricoles, le vétérinaire voit ses fonctions grandir et se multiplier. Tantôt médecin, tantôt agronome, il est tour à tour consulté sur les maladies des animaux, sur les moyens de les améliorer, de les perfectionner, comme aussi d'améliorer ou d'augmenter leurs produits.

Quel vaste théâtre, Messieurs, quel horizon étendu se découvre à nos yeux !

Pline disait : « Voulez-vous juger de l'agriculture d'un » pays, examinez-en les hommes et les animaux. »

Cette pensée est pleine de justesse. Si, en effet, l'homme et les espèces animales d'une contrée sont dans un état prospère, soyez certain que l'agriculture y est très avancée. — Et l'inverse.

Préserver l'organisme animal d'une détérioration qui tend continuellement à se produire, c'est là, Messieurs, un noble mandat qui appartient au vétérinaire, et dont on ne peut le déshériter sans compromettre la richesse d'un pays.

Nous avons examiné par quelle succession d'épreuves devait passer tout candidat pour devenir apte à guérir les maladies des animaux ; voyons à quelles études il doit se livrer pour remplir cette autre partie de ses attributions qui touche à l'économie politique.

Pour s'en acquitter largement, il puise ses moyens d'action dans l'histoire naturelle et dans la science agricole.

Riche de son butin scientifique, il choisit un canton et va s'y fixer. Mais dans ce canton, l'économie agricole est chétive, routinière ; l'homme n'y sait point demander à la terre toutes les moissons qu'il peut en espérer.

Aux yeux de cet homme, la terre se fatigue ; de là, nécessité de lui accorder du repos après chaque récolte. Cette maxime, il l'a héritée de ses pères. C'est pour lui un principe dont il ne sait pas dévier, et il condamne comme hérétiques toutes propositions tendantes à substituer à des plantes misérables, mais qu'il connaît, des plantes plus riches ou d'une venue plus rapide, mais qu'il ne connaît pas.

La jachère est l'objet d'un culte général ; mais, comme une fausse religion, elle porte avec elle ses funestes conséquences.

Le canton est pauvre ; l'homme et les animaux y sont malingres, traînant une existence misérable jusqu'à ce qu'ils succombent prématurément sous le poids des maladies.

Certes, la profession de médecin, dans une telle situation, offre bien peu d'avantages.

Que faire contre une désorganisation qui marche sous l'empire de causes incessantes ?

Le médecin abandonnera-t-il ce poste ? Non. Il changera de rôle.

Impuissant contre les effets, il attaquera la cause.

Fort de ses convictions, il s'est assuré le concours des hommes qui gouvernent l'intelligence des habitants ; il obtient qu'on essaiera sur une petite échelle, d'abord, un nouveau mode de culture, et la culture de plantes inconnues à la localité.

Les essais réussissent, ils condamnent la jachère. Les récoltes doublent, triplent, et l'homme étonné, le sourire sur les lèvres, remercie l'auteur de ces innovations, et voit dans un avenir peu éloigné ses troupeaux se multiplier, et sa fortune augmenter.

Mieux, et plus abondamment nourris, l'homme voit tomber ses baillons, les animaux se dépouillent de leurs misères, et chez eux la vie moyenne augmente avec l'augmentation des produits agricoles.

Pour consolider un moment plus tôt l'organisme des animaux, ou pour donner à ceux-ci les formes, la taille que nécessitent les besoins du canton, le vétérinaire puisera dans un sang étranger les éléments qui manquent dans sa localité. — Après des croisements et des appareillements entendus, il a complété sa mission.

Permettez maintenant, Messieurs, que de ces hautes considérations je descende à des questions de personnalités.

L'homme généreux, instruit, qui a opéré cette transformation, n'a-t-il pas des droits à la reconnaissance publique et peut-il exister sans l'assistance officielle du gouvernement ?

. . . . . C'était pour vous faire sentir combien il est nécessaire de créer des vétérinaires cantonaux.

Loin de moi la pensée d'assombrir le tableau de notre agriculture ; le ministre éclairé auquel est confié ce département veille sur elle ; on lui doit de nombreuses améliorations, et nous savons que sa sollicitude ne s'arrêtera pas là.

Mais si le vétérinaire n'est point partout appelé à créer, partout il a mission d'améliorer et les animaux eux-mêmes et leurs produits.

Ici le vétérinaire est dans une position tout à fait exceptionnelle qu'il est utile de bien définir.

Il n'est plus médecin, il est économiste. Il opère sur une valeur commerciale, sur des denrées échangeables, car en définitive les bestiaux, considérés à ce point de vue, ne sont autre chose que des fabriques de lait, de viande, de suif, de cuirs, de laines et d'engrais. Pour vous donner une idée de l'importance de cette fabrique, je reproduirai cette seule statistique.

Nous possédons actuellement, en France, des millions de bêtes appartenant à l'espèce bovine. Ces animaux donnent chaque année six milliards 174 millions de litres de lait, qui se traduisent par une valeur de 308 millions 70 mille francs.

Il se vend, chaque année, 102 millions de kilogr. de viande de veau qui représentent le chiffre de 90 millions 600 mille francs.

On débite annuellement 258 millions 356 mille kilog. de viande de bœuf, qui donnent 155 millions 13 mille francs.

Vous le voyez, notre mandat porte évidemment sur une des sources les plus actives de la richesse nationale ; on nous en a confié la garde.

Un point d'hygiène publique trouve naturellement sa place ici. N'admettez-vous pas, Messieurs, qu'avant de livrer des animaux à la boucherie, il soit indispensable d'en apprécier l'état sanitaire, d'en examiner les chairs ?

N'est-il pas hors de doute que des maladies se transmettent ou sont occasionnées par l'usage des viandes malades, même après la cuisson ?

Cependant, Messieurs, l'inspection des marchés aux bestiaux, des abattoirs, des boucheries est indéterminée, variable et, le plus ordinairement, confiée à des hommes étrangers aux sciences médicales.

Vous applaudirez donc, je le pense, au vœu que nous exprimons : de préposer des vétérinaires à la surveillance de cette partie importante de l'hygiène alimentaire.

Voilà, Messieurs, quelles sont et quelles doivent être nos attributions ; voilà les hommes auxquels vous avez donné la main.

Rouages essentiels dans la grande machine fonctionnelle de la société, nous devons aussi vous entretenir de nos besoins et des obstacles qui s'opposent au libre exercice de notre profession. Une chose frappe essentiellement dans l'ensemble de notre situation.

Chargés par la société de fonctions élevées, d'où vient que la société laisse encombrer une route que seuls nous devrions parcourir ?

Au sortir des Ecoles instituées par le gouvernement, il n'est pour nous aucune loi protectrice. Et cependant, quels sacrifices n'avons-nous pas dû faire pour offrir à nos concitoyens les garanties qu'en bonne justice ils doivent exiger dans l'exercice de notre profession !

Des hommes sans instruction spéciale, sans recommandation scientifique, officielle, légale, embrassent la même carrière, se placent sur la même ligne que nous, et cet empiétement et ce déni de justice se font sous les yeux de l'administration.

Il est affligeant, Messieurs, d'être obligé de reproduire ces plaintes, quand l'intérêt public commande impérieusement la cessation de pareils abus.

Des lois répressives, a-t-on dit, sont insuffisantes pour faire ou conserver les mœurs. Peut-être ; mais ce serait mal interpréter cette pensée que de l'appliquer au principe qui nous préoccupe.

S'il faut recevoir un enseignement déterminé pour pratiquer la médecine avec succès, il est évident que celui qui possède cet enseignement doit être placé sous l'égide des lois.

---

(1) Dans les vues de la confraternité universelle, la Commission pense que le local destiné à réunir la Commission permanente pourrait être converti, par le corps médical de Paris, en cercle, dans lequel les médecins de la France et de l'étranger recevraient une fraternelle hospitalité.

La consécration de ce principe est au contraire une sauvegarde de la moralité publique.

Et quelles espérances, quelle sécurité offrirait donc un ordre de chose opposé ?

Devrions-nous confier nos femmes, nos enfants; irions-nous, nous-mêmes, nous livrer à ces créatures ignorantes, éhontées, qui pour se faire une clientèle affichent l'immoralité la plus dégradante ?

Et peut-on vous certifier que le public en général sera toujours suffisamment éclairé pour distinguer l'homme instruit, modeste de ce misérable qui n'a d'autre talent que l'intrigue ou le savoir-faire ?

C'est impossible, cela n'est pas. Des lois sont nécessaires : il en faut pour préserver les hommes des écueils semés sur leur route, il en faut pour assurer l'existence des troupeaux.

Rendons grâce, Messieurs, à l'idée qui amène cette grande manifestation du corps médical; elle a soulevé les questions les plus importantes qu'il soit donné à l'homme de traiter.

En nous félicitant que cette idée ait trouvé de l'écho dans notre pays, rappelons-nous ces paroles d'un des plus grands écrivains de notre époque :

« La pensée n'est qu'un souffle, mais ce souffle remue le monde. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 novembre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. le docteur Brachet, de Lyon, adresse un Mémoire *sur le système nerveux ganglionnaire.* L'auteur commence par établir que la science positive doit procéder par l'analyse, et non par la synthèse, si elle ne veut pas courir le risque de s'égarer dans les espaces imaginaires. Faisant l'application de ce principe au sujet qu'il traite, M. Brachet retrace l'historique des fonctions du système nerveux ganglionnaire; il rappelle que Winslow soupçonna le rôle du grand sympathique; Buffon aussi avait pressenti les deux vies. Bichat féconda cette pensée, et il basa sur elle la grande division des actes de la vie en deux classes : actes de la vie organique et actes de la vie cérébrale. Legallois ébranla cette doctrine ; ses expériences le conduisirent à considérer la moelle comme la source d'où les nerfs ganglionnaires eux-mêmes tiraient leur principe d'action.

En 1821 d'abord, en 1830 ensuite, M. Brachet publia ses travaux sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire, travaux couronnés par l'Académie des sciences. Il fit revivre la doctrine de Bichat, avec des modifications toutefois. Ainsi Bichat avait vu deux ordres de fonctions vitales : les fonctions d'assimilation et celles de relation. N'ayant pas analysé les actes de chaque fonction, il n'avait pas vu que plusieurs fonctions nécessitaient, pour leur accomplissement, la participation des deux ordres d'actes nerveux, le cérébral et le ganglionnaire. Une analyse sévère fit admettre à M. Brachet un ordre de fonctions mixtes.

L'auteur développe cette idée que, dans les animaux inférieurs, les principaux actes de la vie s'opèrent par l'influence du système nerveux ganglionnaire. Ces animaux végètent presque exclusivement. Ils se reproduisent par tronçons; ils reproduisent les parties qu'on leur a enlevées. Cette faculté reproductive se conserve encore, quoique bien amoindrie, chez les vertébrés à sang froid, les reptiles et les poissons, parce que, chez eux, le cerveau est encore peu développé. Mais elle disparaît complètement dans les oiseaux et les mammifères. Ainsi, à mesure que les sensations, à mesure que l'intelligence, qui sont l'apanage réel de l'encéphale, prennent plus de développement, on voit diminuer les fonctions nutritives de reproduction. A mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, le cerveau acquiert une prépondérance plus grande; à mesure qu'on descend, il perd cette prépondérance, et la vie végétative prend le dessus. Il y a là *deux forces inverses et différentes.*

M. Brachet résume ainsi ses conclusions :

1° Le système nerveux ganglionnaire existe seul, ou presque seul, dans les classes inférieures ;

2° A mesure que l'organisation s'élève et se complique, il s'y joint successivement les portions d'encéphale qui sont appelées à influencer ces organes nouveaux, cette vie de relation.

3° Le système nerveux cérébral s'ajoute en devant pour constituer le cerveau, et le système nerveux ganglionnaire reste en arrière dans le ventre, comme on peut le voir surtout dans les arachnides, chez lesquelles le ganglion ventral ou intestinal est si différent du ganglion cérébral.

4° Dans les animaux des classes élevées, le rôle des deux systèmes nerveux devient de plus en plus marqué et distinct, ainsi qu'il est constaté par les expériences directes et surtout par les écarts tératologiques, ainsi que par les phénomènes morbides.

— M. le docteur J. Moreau adresse, pour le concours Montyon, son livre intitulé : *Du Hachisch et de l'Aliénation mentale.* L'auteur prétend être arrivé à faire servir l'action si extraordinaire du *hachisch* ou chanvre indien à l'étude des phénomènes fondamentaux de la folie. On sait que cette substance, dont les Orientaux font un grand usage, a la propriété de produire un état d'extase accompagné de symptômes fort extraordinaires, qui varient cependant selon les individus. Pour les uns, ce sont des visions délicieuses, des sensations toutes de bonheur; pour d'autres personnes, au contraire, c'est une sorte d'ivresse pénible que produit le hachisch.

— M. Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, appelle l'attention sur l'emploi qui pourrait être fait en thérapeutique de l'action dissolvante et neutralisante du suc gastrique. Il propose de faire usage de ce liquide : 1° pour dissoudre les séquestres osseux et les cals difformes, ainsi que le cancer cérébroïde, le tuberculo, les fausses membranes; 2° pour neutraliser le venin de la vipère et les autres virus.

— M. Lemaître de Rabodange adresse une Note sur l'emploi de l'albumine contre l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

— M. Bellanger, médecin à Senlis, envoie une communication sur la rage, maladie au sujet de laquelle il a déjà soumis à l'Académie ses idées en 1839. L'auteur prétend démontrer que la rage n'a été observée qu'à partir du dernier siècle avant l'ère chrétienne. C'est à l'imagination qu'il attribue entièrement la rage; et à l'appui de cette vue, M. Bellanger propose de se faire mordre par un animal enragé.

NOUVELLES.

Distribution des prix. — *Faculté de médecine de Strasbourg.* — Prix de l'Université. — Premier second prix, M. Charles Schnellbach, de Haguenau (Bas-Rhin); mentions honorables, M. Anselm Ruhlmann, de Nothalten (Bas-Rhin); M. Claude-Henri Dauvé, de Lelfonds (Haute-Marne).

Prix de la Faculté. — Médaille d'argent (meilleure thèse de l'année), M. Guillaume Wusgerber, de Ribeauvillé (Haut-Rhin); mentions honorables, MM. Schnellbach, Meyer, Dietz, Benolt, Pichoin, qui ont obtenu, après concours, le premier, la place d'aide-conservateur; les deuxième, troisième et quatrième, celle d'aide de clinique ; le cinquième, celle d'aide de chimie.

Ecole de pharmacie. — Ecole pratique. — Premier prix, M. Nicolas-Jean-Sigisbert Muraille, de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe); deuxième prix, M. Louis-Jacques Græter, de Neckerweihingen (Wurtemberg); mention honorable, M. François-Louis Letz, de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— M. le ministre de l'instruction publique vient de charger une commission de lui proposer les moyens d'établir d'une façon convenable, dans le bâtiment de la Sorbonne, l'enseignement des facultés et particulièrement celui de la faculté des sciences, dont le local est dans un état déplorable. (*Moniteur.*)

— Le docteur Manget rouvrira son cours public et gratuit d'accouchements, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le jeudi 27 novembre, à midi, et le continuera tout l'hiver les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVᵉ volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de protèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 145. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Du sarcocèle syphilitique.

(Suite du numéro du 28 octobre.)

Nous avons dit, dans un article précédent, que le testicule syphilitique commence quelquefois par grossir; puis, qu'au bout d'un certain laps de temps, la résolution commence, que l'organe diminue sensiblement et rapidement de volume, et qu'il finit même souvent par disparaître complétement, si l'on n'arrête pas la maladie par un traitement approprié. A mesure que le testicule se fond et s'atrophie, l'organisme se modifie; la voix change de timbre, etc. Mais la maladie ne marche pas toujours de la même manière.

Il y a des cas où la dégénérescence cartilagineuse, fibreuse, osseuse même, succède à l'hypertrophie testiculaire. Nous avons eu l'occasion de voir cette transformation du testicule en tissu, succédant au tissu cartilagineux. Tous les changements que je viens de vous signaler peuvent quelquefois s'opérer dans un point seulement, limité du testicule; point dont l'étendue peut varier. Il est des sujets chez lesquels la moitié, les deux tiers du testicule échappent à la dégénérescence.

Bien que nous sachions par expérience positive et par une longue observation, que la maladie commence toujours par le corps du testicule, nous devons cependant dire ici, en passant, que, quelquefois, sous l'influence de la diathèse syphilitique seule, chez des sujets dégagés de toute affection urétrale, de toute complication, il nous a semblé que l'épididyme pouvait souffrir de la diathèse syphilitique, et qu'il pouvait se passer, dans cette portion de l'organe, un travail analogue à celui que nous avons décrit pour le testicule lui-même.

Quelques cas rares nous ont mis à même de penser que le sarcocèle syphilitique peut se terminer par une résolution franche, que l'organe peut revenir à son état primitif, lorsque les vaisseaux n'ont pas été atrophiés; nous avons vu ce résultat complétement obtenu chez un sujet qui a succombé dans nos salles à une affection syphilitique constitutionnelle très ancienne, et dont le testicule, atteint plusieurs mois auparavant, était revenu à l'état normal.

Le sarcocèle syphilitique ne peut-il se produire qu'alors que la vérole a été contractée par le sujet lui-même chez lequel il existe? Jusqu'ici, nous devons le dire, tout ce que l'on a écrit sur le sujet que nous traitons découle d'observations recueillies chez des adultes qui avaient eu la vérole par contagion, qui avaient eu des chancres. Mais le sarcocèle syphilitique constitue un accident tardif; c'est un accident tertiaire, précoce, il est vrai, et pouvant se montrer quelques mois après l'infection générale, mais pouvant aussi se développer beaucoup plus tard, alors que d'autres accidents ont déjà existé. Si cela est admis, on conçoit que le sarcocèle puisse être la suite d'une syphilis héréditaire, et ne se développer qu'à l'époque de la puberté, au moment où les organes génitaux sont mis en action pour la première fois, où ils sortent de leur somnolence. La cause d'évolution de la maladie manque pendant l'enfance, existe au moment de l'adolescence; rien n'avait paru pendant que le testicule était sans action, la maladie commence au moment où commence l'exercice de la fonction génératrice. Pour notre part, nous croyons bien qu'une foule de dégénérescences testiculaires qui sont jusqu'à présent restées sans explication, des atrophies du testicule considérées comme congénitales n'ont été que la conséquence d'un sarcocèle qui aura pu exister pendant les premiers temps de la vie; nous croyons qu'une foule de dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, osseuses, que l'on trouve à chaque page indiquées et décrites dans les ouvrages de chirurgie, sans que soient indiqués leurs causes, leur mode d'évolution, nous croyons que ces dégénérescences ne sont autre chose que des conséquences de sarcocèle syphilitique provenant lui-même d'une syphilis héréditaire. Nous sommes en mesure d'affirmer que des orchites chroniques dont on ne peut souvent se rendre compte, ne sont fréquemment autre chose que des orchites syphilitiques déterminées par une affection syphilitique constitutionnelle héréditaire; ce qui nous porte à embrasser cette opinion, c'est que, quoi qu'on ait fait, dans quelques cas la tendance à l'atrophie est grande, lorsque l'on s'est borné à un traitement non spécifique. Or, nous vous l'avons déjà dit, l'atrophie est une fréquente terminaison du sarcocèle syphilitique.

Disons un mot des causes d'évolution et des conditions d'évolution du sarcocèle syphilitique. Les causes sont celles qui, en dehors de la syphilis, agissent sur le testicule. Tout ce qui, en dehors de la syphilis, peut mettre la syphilis en jeu, peut devenir une cause de sarcocèle. Nous verrons plus loin que les causes les plus fréquentes, les plus puissantes de mise en scène du sarcocèle syphilitique, ce sont les causes blennorrhagiques. L'influence de la blennorrhagie sur l'épididyme, et par droit de voisinage de l'épididyme sur le sarcocèle, est telle, qu'une blennorrhagie pure et simple peut devenir l'occasion d'un sarcocèle syphilitique. C'est dans des cas de ce genre que l'on trouve une sorte de changement dans l'allure, la marche de la maladie. Ainsi, par exemple, au lieu de commencer par le testicule lui-même, elle envahit d'abord l'épididyme. Nous le répétons; souvent l'épididymite blennorrhagique peut devenir la cause occasionnelle, le coup de fouet, sous l'influence desquels se produit le sarcocèle syphilitique. Nous sommes convaincu que ce n'est guère que dans les cas où des circonstances particulières ont agi sur l'épididyme ou sur le testicule que la maladie se développe. Une chute, une contusion sont autant de conditions d'évolution de l'affection. De même la continence trop prolongée, cause qui se rencontre assez rarement; les excès vénériens, quelquefois la diathèse tuberculeuse, cancéreuse, scrofuleuse peuvent venir en aide à la diathèse syphilitique. Ce n'est pas tout: si nous admettons ces affections comme causes d'évolution, nous les admettons aussi comme pouvant constituer des complications. Nous avons trouvé des cas dans lesquels, bien manifestement, des dégénérescences tuberculeuses, carcinomateuses avaient succédé à l'affection syphilitique du testicule.

Le sarcocèle peut être influencé par toutes les maladies du testicule, et de cette possibilité résulte celle d'une foule d'affections diverses. On peut rencontrer des sujets chez lesquels le même testicule soit, à différentes reprises, le siége de toutes ces modifications. Nous avons eu dans nos salles un homme qui avait passé par toutes les phases de la vérole, et qui avait eu entre autres un sarcocèle syphilitique. Guéri de sa syphilis et de son sarcocèle syphilitique, il revint dans notre service six mois après sa sortie de l'hôpital, portant une nouvelle tumeur en évolution dans les bourses. Cette tumeur était constituée par un encéphaloïde du testicule; nous pratiquâmes l'ablation de l'organe, mais il y eut une récidive à laquelle le sujet succomba.

Le sarcocèle syphilitique peut être compliqué de toutes les maladies connues du testicule et des bourses; toutes les variétés de hernies; le varicocèle, l'hydrocèle, qui est une des complications très fréquentes de la maladie que nous décrivons; l'épididymite blennorrhagique aiguë ou chronique, l'orchite simple, les différentes dégénérescences squirrheuses, cancéreuses, cartilagineuses, osseuses, fibreuses, qui n'en sont qu'une conséquence; les kystes. Mais dans les circonstances où le sarcocèle syphilitique existe seul, lorsque les sujets jouissent d'une bonne constitution, la symptomatologie que nous avons établie est assez nette, assez claire pour conduire à un diagnostic positif; et surtout, la puissance du traitement spécifique sera le véritable *criterium* pour reconnaître la nature de l'affection.

Le pronostic du sarcocèle syphilitique sera en raison du degré de simplicité ou de complication de la maladie. Dans l'affection simple, le pronostic sera d'autant moins grave que l'on pourra prendre la maladie plus près de son début. Dans la première période, la médication spécifique des accidents tertiaires a le pouvoir de ramener le testicule à son état normal, sans qu'il reste de traces de l'affection. A une époque plus avancée, on peut encore s'opposer à la dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, osseuse; mais pour obtenir un certain degré de résolution, il est préférable de chercher à arriver à l'atrophie que de conserver un testicule hypertrophié. Enfin, à une époque plus avancée, et une fois l'hypertrophie survenue, ou peut, on doit chercher seulement à prévenir les dégénérescences; mieux vaut conserver un testicule hypertrophié et volumineux, qu'avoir un testicule cancéreux ou tuberculeux.

Lorsque l'on a affaire à des cas mixtes, à des cas où la symptomatologie des dégénérescences squirrheuses, cancéreuses, etc., vient compliquer la symptomatologie du sarcocèle pur et simple, où il est impossible de faire la part de chaque maladie, et d'arriver à un diagnostic net et précis, faut-il par cela seul renoncer à l'espérance de distinguer complétement le sarcocèle syphilitique du testicule tuberculeux, cancéreux, etc.?

Nous ne nions pas qu'il n'y ait certains cas où il est tout à fait impossible de trancher la question. Dans les cas douteux de ce genre, il faut faire ce que tous les médecins sages ont fait, il faut arriver à la pierre de touche du traitement. A moins d'avoir un testicule franchement tuberculeux ou cancéreux, dont la dégénérescence soit hors de toute contestation, ne condamnez jamais, n'attaquez jamais avec le couteau un testicule que vous n'aurez point tâté par le traitement mercuriel et par l'iodure de potassium. Lorsque la maladie n'est pas nettement formulée, abondez toujours dans le sens le plus simple, dans le sens syphilitique. Il est beaucoup de testicules que l'on avait cru pouvoir considérer comme non syphilitiques, et qui ont cédé à des traitements spécifiques.

Arrivé à ce point de l'histoire du sarcocèle syphilitique, nous pensions pouvoir entamer de suite la question du traitement, lorsque plusieurs des personnes qui nous font l'honneur de suivre nos leçons cliniques nous ont témoigné le désir de nous voir revenir sur le diagnostic, et présenter en quelques mots le résumé des symptômes caractéristiques de l'affection qui nous occupe. C'est ce que nous allons essayer de faire aussi brièvement que possible.

En première ligne, l'étude minutieuse des antécédents, l'analyse et l'appréciation des accidents qui ont précédé, et la détermination de la période à laquelle s'est développée la tumeur testiculaire. Le sarcocèle syphilitique est une affection qui n'a point d'âge fixe, et qui peut se développer à toutes les périodes de la vie, tandis que le tubercule scrofuleux ne se manifeste qu'après l'âge de la puberté. Le sarcocèle cancéreux commence rarement son évolution avant que les sujets aient atteint vingt, vingt-cinq ou trente ans. C'est de trente à quarante ans qu'on le rencontre le plus fréquemment en moyenne. Passé quarante-cinq ans, vous verrez rarement commencer de toutes pièces le sarcocèle tuberculeux ou carcinomateux. Vous tiendrez compte des bosselures que l'on rencontre au début dans le tubercule scrofuleux; tandis que le testicule syphilitique commence par l'ensemble de l'organe, et que la maladie a de la tendance à tout envahir. Un point bien important est la tendance fatale à la suppuration du sarcocèle tuberculeux; le sarcocèle syphilitique ne suppure jamais. Dans les deux cas, il y a indolence au début. Mais le testicule tuberculeux, indolent au commencement, devient douloureux à une époque plus avancée; le testicule vénérien reste toujours indolent; nous dirons même plus, tout au contraire du testicule tuberculeux, le sarcocèle syphilitique qui quelquefois, bien que rarement, présente au début une légère exaspération de la sensibilité, est d'autant moins douloureux qu'il est plus ancien.

Au point de vue de l'évolution, mêmes différences capitales. Le sarcocèle syphilitique commence par le corps du testicule, le tuberculeux par l'épididyme. Si dans le premier l'épididyme disparaît, c'est qu'elle est appliquée, aplatie contre l'organe; jamais elle ne forme ces nodosités constantes dans le tubercule ou la scrofule. Lorsqu'il s'agit d'un cancer, il y a peu ou point de douleurs au début; la maladie commence par le corps du testicule; l'organe peut, pendant un certain temps, ne présenter qu'une induration plus ou moins uniforme; mais, à mesure que la maladie progresse, elle tend à se localiser dans un testicule seulement, au lieu d'affecter une marche parallèle dans les organes des deux côtés à la fois. Je ne connais pas d'exemple de cancer affectant les deux testicules, les deux mamelles, les deux yeux; le cancer a de la tendance à rester borné à une seule moitié du corps. A mesure que le testicule cancéreux vieillit, il devient de plus en plus douloureux, se bosselle; la substance s'altère, se ramollit, finit par subir une fonte purulente et donner naissance à des ulcérations. Arrivé à l'époque, au terme où la maladie cancéreuse se formule le mieux, le sarcocèle syphilitique est indolent, ou s'indure, ou se fond, comme nous venons de le dire, en décrivant diverses phases d'évolution. Enfin, dans le testicule vénérien, le cordon spermatique reste sain et tout à fait en dehors de l'affection testiculaire; quand il s'agit d'une affection cancéreuse ou tuberculeuse, il est rare que le cordon ne se prenne pas et que, suivant son trajet, les bosselures ne pénètrent pas dans l'abdomen.

Un des points les plus difficiles du diagnostic différentiel, c'est la distinction à établir entre le testicule syphilitique et la *tumeur gommeuse* du scrotum. Cette dernière est globuleuse, bosselée, rarement symétrique; elle a une évolution fatale lorsqu'elle n'est point combattue par un traitement convenable: pour elle, comme pour le testicule syphilitique, vous trouvez la filiation des accidents qui ont précédé, accidents primitifs d'abord, puis accidents secondaires. La tumeur s'ouvre-t-elle, les détritus qu'elle présente sont facilement distingués des détritus scrofuleux. Pour la tumeur gommeuse ou tumeur tuberculeuse syphilitique du scrotum, comme pour l'albuginite syphilitique, la pierre de touche, le critérium le plus admirable, c'est toujours le traitement antisyphilitique constamment vainqueur lorsque vous l'employez avant la période de ramollissement. Dr A. F.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 25 novembre. — Présidence de M. Caventou.

A deux heures précises, *M. le président* ouvre la séance devant une assemblée nombreuse et distinguée.

— *M. Dubois* (d'Amiens) a la parole pour lire une notice historique sur les travaux de Chervin.

Il est dans la destinée de quelques médecins, dit l'orateur, d'étranges et pénibles contrastes : les uns, par suite de circonstances dont il serait curieux peut-être de suivre l'enchaînement, se trouvent naturellement portés au faîte des honneurs et de la fortune ; ils deviennent les favoris des plus grands princes ; associés aux événements les plus glorieux de l'époque, leurs noms aussi deviennent glorieux, et l'histoire s'empresse de les inscrire sur des monuments impérissables ; les autres, pleins de lumières et de talents, doués d'un esprit vigoureux et d'une âme intrépide, après avoir mille fois exposé leurs jours et sacrifié leur fortune pour arriver à la découverte de vérités utiles à leur pays, sont inévitablement condamnés à vivre au milieu des privations, à mourir dans l'isolement et dans la pauvreté.

Sans doute, et comme l'a dit tout récemment un illustre écrivain (M. Consin), l'homme peut donner sa vie pour l'erreur comme pour la vérité ; mais le dévouement pour une cause qu'on croit vraie est toujours en soi chose sacrée, et il est impossible de reporter sa pensée vers la vie agitée et les infortunes de ces hommes, sans ressentir pour eux une profonde et douloureuse sympathie.

Mais combien plus profondes et plus douloureuses encore ne doivent pas être ces sympathies, quand ce n'est point pour l'erreur, mais pour la vérité, que ces hommes d'élite ont sacrifié leur vie ! Or, c'est dans cette dernière catégorie que s'est volontairement placé le savant modeste et courageux dont je vais essayer d'exposer ici les travaux ..

Né en 1783, à Saint Laurent-d'Oins, arrondissement de Villefranche (département du Rhône), et fils de cultivateurs aisés, Chervin était destiné au commerce ; une belle leçon d'anatomie faite devant lui par M. Montain aîné, en fit un médecin ; dès le jour même il se fit inscrire, et suivit la clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; il vint ensuite achever ses études à Paris, et se fit recevoir docteur en 1812...

Une grande question venait tout à coup de surgir en médecine, et préoccupa bientôt tous les esprits.

On croyait généralement que chaque grande partie du monde recèle dans son sein un ennemi, ou plutôt un fléau toujours prêt à en sortir et à faire invasion dans des contrées plus ou moins éloignées.....

En ce sens, l'Europe n'avait pas cru devoir désarmer ; pour se préserver de ces sortes d'invasions, chaque gouvernement avait maintenu ses lois et règlements sanitaires dans toute leur rigueur....

Deux doctrines, celle de la contagion et celle de l'infection, se partageaient les esprits à l'égard de la peste et de la fièvre jaune.... Chervin racontait souvent à ses amis comment, ayant voulu un jour prendre part lui-même à ces discussions, on lui fit observer que pour avoir une opinion positive à ce sujet, pour parler avec quelque autorité, il aurait dû commencer par examiner les choses par lui-même, qu'il aurait dû aller sur les lieux et voir comment se comportent ces maladies. Chervin sentit la valeur de cette observation, et dès lors son périple scientifique fut résolu....

Après avoir visité les Antilles, il parcourut les colonies de la Guiane et l'immense littoral qui s'étend depuis Cayenne jusqu'à Portland dans l'état du Maine.

Mais, pour arriver à la solution de l'important problème qu'il s'était posé, Chervin avait dû naturellement se tracer un plan de recherches ; ce plan, comme on va le voir, était à la fois simple et judicieux.

Il se proposait de rechercher, en premier lieu, si la fièvre jaune avait toujours existé en Amérique, ou si elle y avait été importée.

Il se proposait ensuite d'examiner si la fièvre jaune a, en Amérique, un domaine géographique bien limité, bien circonscrit, s'il est des limites qu'elle ne franchit jamais.

Enfin il avait à constater si, dans les foyers d'infection, ceux qui, par nécessité, profession, ou dévouement, sont plus particulièrement en rapport avec les malades sont aussi ceux qui contractent plus particulièrement la maladie.....

Dès que Chervin était arrivé dans un pays encore en proie à la fièvre jaune, ou qui venait d'être ravagé par cette maladie, il allait consulter tous les médecins, il leur posait une série de questions nettes et précises ; il invoquait ensuite le témoignage des hommes les plus éminents et les plus éclairés du pays ; il recueillait ainsi toutes les opinions avec sincérité et bonne foi, aussi bien celles qui pouvaient être contraires à ses propres idées que celles qui pouvaient les confirmer.

Pendant près de huit années, Chervin suivit invariablement ce système de recherches, et c'est ainsi qu'il est parvenu à recueillir une immense récolte de documents dans les colonies anglaises, françaises, hollandaises, danoises, suédoises et espagnoles ; ce sont les seules richesses qu'il rapporta en Europe.....

L'orateur suit Chervin dans l'immense travail dont le résultat fut de l'amener aux convictions qu'il a soutenues avec tant d'énergie. De retour en France, en 1822, Chervin, apprenant que la fièvre jaune désole l'Espagne, part pour ce pays, où ses convictions se corroborent par une nouvelle observation ; plus tard, et concurremment avec MM. Louis et Trousseau, Chervin va observer la fièvre jaune à Gibraltar, d'où il revient plus convaincu encore de la vérité de ses opinions.

M. Dubois raconte ensuite les longues et nombreuses luttes polémiques de Chervin contre les adversaires de ses doctrines, ses démarches auprès des pouvoirs administratifs et législatifs, ses succès académiques, les réformes qu'il fit prévaloir dans l'administration sanitaire, celles qui ont été opérées depuis et qu'il ne devait pas voir, sa maladie, sa mort, et il termine ainsi :

Ici se termine, Messieurs, ce que j'avais à dire sur la personne et sur les travaux de M. Chervin. Ce n'est pas un éloge que je viens de prononcer, c'est une simple notice historique, notice qui n'aura qu'un seul mérite, mais un mérite incontestable, celui d'être vraie dans toute l'acception du mot.

Les travaux de Chervin étant nombreux, je n'ai fait que les énumérer dans l'ordre de leur succession ; et, quant à sa personne, qui aurait pu songer à me contredire quand j'ai dit la résignation avec laquelle il a supporté toutes les amertumes de la vie ? quand j'ai parlé de son désintéressement sans égal ? quand j'ai dit que sa vie a toujours été solitaire, occupée, sérieuse ? J'aurais pu ajouter que dans cet isolement, dans cet état de pénurie, il s'est toujours montré sans chagrin, sans envie devant les plus hautes fortunes médicales, et qu'il a su conserver jusqu'au dernier moment cette dignité de l'âme.

Ceux qui l'ont intimement pratiqué savent que c'était une belle âme ; que, sous une enveloppe un peu rude, il portait un cœur aimant et dévoué : mais ce que personne ne contestera, c'est qu'il occupait un rang distingué dans la science ; aussi je n'ai pas craint d'exciter le sourire dans cette enceinte quand j'ai parlé de son savoir et de sa modestie, quand j'ai dit que c'était un maître en critique, un écrivain sobre, élevé, sévère, et surtout d'une logique irréfragable.

C'est ainsi que j'ai entendu remplir la tâche que je m'étais imposée ; j'avais la conviction, et c'est ce qui m'a soutenu dans ce travail, que si l'Académie a des applaudissements pour les paroles éloquentes réservées aux grandes réputations du monde médical, elle accueillerait avec bienveillance, je dirai même avec faveur, une voix plus humble qui viendrait une dernière fois lui parler de Chervin.

Ce discours, simple et digne, a été suivi d'applaudissements unanimes.

— *M. le président* lit le programme suivant :

PRIX DE 1845.

L'Académie avait proposé pour sujet des prix de 1845, les questions suivantes :

Prix de l'Académie « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon, établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. » — Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas donné ce prix.

Prix fondé par M. le baron Portal. « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » — Ce prix est de 1,200 f.

L'Académie n'a pas donné ce prix. Elle a accordé un encouragement de 300 fr. à MM. Raciborski et Lartigue, auteurs du mémoire n° 4, et remis ce sujet au concours pour 1847.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du « meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix de 1845 : De l'hystérie. — Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie partage ce prix entre M. Brachet, de Lyon, auteur du mémoire n° 7, et M. Landouzy, médecin à Reims, auteur du mémoire n° 11. Elle accorde de plus une mention honorable à M. Emile Marchant, médecin à Ste-Foy, auteur du mémoire n° 2, et une seconde mention honorable à M. Salvator de Renzy, docteur en médecine à Naples.

Prix d'Argenteuil. Le nombre des concurrents n'a pas encore permis de juger le prix d'Argenteuil, échu le 22 septembre 1844, pour cette séance publique ; il sera décerné dans le courant de 1845. Il s'élève à la somme de 10,430 fr. 50 c.

Prix pour la propagation de la vaccine. M. le président proclamera les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1847.

Prix de l'Académie. — « De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme. » — Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. »

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du « meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : « De l'asthme. » — Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1847.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale » de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder » un prix triennal de 3,000 fr, qui sera décerné au meilleur livre ou » meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée* ; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du » temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux » ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de » 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du » jour de mon décès, en rentes sur l'Etat, dont le revenu accumulé » sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus » important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans » ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie » de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra » l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté » durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie, du 1er septembre* 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1846.

Prix de l'Académie — « Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique ; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les connaître ; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie ; les moyens séméiologiques de les apprécier, et le traitement qui leur convient. » — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des altérations du système lymphatique dans le cancer. » — Ce prix sera de 1,500 fr.

Les concurrents auront à rechercher, par tous les moyens d'investigation connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer.

Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses ; dans le voisinage et au loin de ces tumeurs ; autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des altérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin, ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du « meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : Du suicide. — Ce prix sera de 1,200 fr.

— *M. Jolly* lit un travail sur l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine.

Ce travail, brillamment et savamment écrit, échappe à toute analyse. Ecouté avec intérêt, il a été suivi des marques de la satisfaction de l'auditoire.

— *M. Pariset* lit l'éloge de Larrey.

Nous publierons des fragments de ce beau travail dans notre prochain numéro.

Après cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 15 et 23 octobre 1845. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la candidature de M. le docteur Letenneur à la place de membre correspondant.

M. Letenneur ayant réuni l'unanimité des suffrages, M. le président prononce son admission au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. le docteur Deslandes, secrétaire de la Société de médecine du 8e arrondissement de Paris, fait hommage à la Société de chirurgie d'un extrait des procès-verbaux de la Société du 8e arrondissement pour les séances des 25 septembre et 8 octobre.

M. Souberbielle fait remettre à la Société une lettre sur la question du Congrès. Cette lettre est renvoyée à Messieurs les délégués de la Société de chirurgie.

M. le docteur Bassow, chirurgien à Moscou, se met sur les rangs pour le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, et envoie, à l'appui de sa demande, un ouvrage intitulé *De urolithiasi et lithotomiâ perinœali.* Moscou, 1841. (Rapporteur, M. Malgaigne.)

— *M. Malgaigne* rend compte d'un cas de ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule ; opération qu'il a pratiqué il y a trois jours à l'hôpital Saint-Louis, dans les circonstances suivantes :

Un homme d'âge moyen et d'assez bonne constitution, mais adonné à l'usage des spiritueux, s'aperçut, il y a deux ans, de l'existence d'une petite tumeur à la partie inférieure du cou, sur le trajet de la carotide droite. Cette tumeur prit un accroissement graduel et s'accompagna d'une petite toux sèche. Un médecin de la ville, ayant reconnu le caractère anévrismal de ce gonflement, institua le traitement de Valsalva, que le malade abandonna bientôt pour entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Lors de l'entrée du malade, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule, formant une saillie qui s'étendait dans le sens transversal jusqu'à peu de distance du sterno-mastoïdien gauche. M. Malgaigne, voyant l'impossibilité d'appliquer un fil entre la tumeur et le cœur, et voulant combattre le progrès de l'anévrisme par l'emploi de la méthode de Brasdor, se décida à pratiquer la ligature de la carotide primitive entre la tumeur et les capillaires.

Le sujet étant assez maigre et d'une musculature bien prononcée, l'opération paraissait devoir n'offrir que peu de difficultés. Il n'en fut pas ainsi. M. Malgaigne, ayant pratiqué l'incision à peu près à la hauteur du larynx, ne trouva point l'artère à sa place accoutumée et ne put en percevoir les battements, bien qu'il la cherchât en différents sens. M. Bérard aîné, plongeant le doigt dans la plaie, trouva un cordon allongé, mais privé de battements, qu'il crut être l'artère ; pour M. Malgaigne, ce n'était autre chose que le muscle long du cou. De nouvelles explorations étant faites, on finit par découvrir l'artère, non plus au bord interne ou sous le corps du muscle sterno-mastoïdien, comme cela a lieu dans l'état normal, mais au côté externe de ce muscle. L'artère avait donc subi un déjettement en dehors ; de même que dans certains cas d'anévrisme l'iliaque en subit un analogue vers l'excavation pelvienne. Ce déjettement des artères sur le trajet desquelles se trouvent des tumeurs anévrismales, mérite d'appeler l'attention des chirurgiens. L'artère, ayant été bien reconnue, fut liée, et la plaie de l'incision réunie par la suture entortillée. La cicatrisation eut lieu. Après la ligature, les battements persistèrent dans la tumeur, et plus tard ils ont reparu dans l'artère ; toutefois, l'anévrisme a présenté dans sa configuration divers changements assez remarquables, parmi lesquels celui-ci : de transversal qu'était le grand diamètre de la tumeur avant l'opération, il est devenu vertical. La ligature de la carotide ayant échoué contre l'anévrisme, M. Malgaigne projeta une seconde ligature sur l'axillaire ; mais le malade ayant demandé une sortie de huit jours, resta hors de l'hôpital plus longtemps et se livra probablement au même genre de vie que par le passé. Toujours est-il que la tumeur avait fait de nouveaux progrès lorsqu'il se présenta de nouveau à l'hôpital Saint-Louis, quatre mois après la première opération.

La tumeur, observée depuis la rentrée du malade à l'hôpital jusqu'à ces derniers jours, a présenté, à plusieurs reprises, des sortes de digitations ou bosselures avec amincissement des enveloppes au sommet des points culminants, coloration jaune de la peau, et tous les caractères d'une rupture imminente ; celle-ci toutefois n'avait pas lieu, et les enveloppes paraissaient se raffermir après avoir été pendant quelques jours réduites à un état d'amincissement extrême. Du reste, la tumeur, par suite de son accroissement, avait repoussé la clavicule en bas, envahi la région sus-claviculaire et formé sur la poignée du sternum une saillie du volume d'un œuf de poule. C'est dans les conditions ci-dessus indiquées que M. Malgaigne a procédé, il y a trois jours, à la ligature de l'artère axillaire. Celle-ci se trouvait refoulée jusque sous l'apophyse coracoïde, et marchait parallèlement à la clavicule.

Une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans fut faite parallèlement à la direction du bord supérieur du petit pectoral. Quatre ou cinq artères furent liées ; de nombreuses veines se présentèrent, et l'artère se dérobait aux recherches. Dupuytren, dans un cas d'opération analogue, eut quatorze artères à lier, et mit plus d'une demi-heure à achever l'opération. M. Malgaigne, après plusieurs recherches, ayant divisé le ligament coraco-claviculaire, sentit, avec le doigt, l'artère à une grande profondeur. Au lieu de trouver au-devant d'elle la veine sous-clavière gonflée, il n'a rencontré qu'une veine peu volumineuse, quoique le malade eût été pris d'un accès de toux. L'artère étant reconnue, l'aiguille de Deschamps fut engagée par son côté externe, afin d'éviter les nerfs du plexus brachial. Il ne s'écoula pas, durant l'opération, plus de quatre onces de sang. La plaie fut rapprochée par trois points de suture.

Le pouls, qui était à 76 pulsations avant l'opération, a repris son chiffre ordinaire. Il est vibrant. Le sac n'a subi ni augmentation, ni diminution. Une saignée, faite le même jour de l'opération, a donné une couenne blanche. Le deuxième jour, le pouls s'étant élevé, une deuxième saignée fut pratiquée, et donna le même résultat. Le troisième jour, le malade est très bien, a dormi ; il n'éprouve de douleurs que dans le bras. Celui-ci a conservé sa température, est le siége de quelques fourmillements. Une accumulation de sang qui s'était formée dans la plaie, a obligé, au deuxième jour, d'enlever les points de suture. Il s'est écoulé comme un mélange de sang et de pus. Les battements de la tumeur anévrismale semblent avoir diminué de violence. M. Malgaigne informera la Société des suites de cette opération.

M. Maisonneuve pense que les difficultés de l'opération eussent été moins grandes si la ligature eût été faite dans un point plus élevé de l'artère ; car, par le procédé qui a été suivi, c'est dans le lieu où l'artère est le plus étroitement entourée par les divisions du plexus brachial, qu'il a fallu la découvrir.

M. Lenoir fait remarquer que, par suite de la direction adoptée pour l'incision, M. Malgaigne a été conduit à exécuter dans un angle de la plaie le temps le plus difficile de l'opération, la recherche de l'artère ; ce qui ajoute encore aux difficultés. On pouvait arriver au résultat désiré par une incision parallèle à la direction de la clavicule.

M. Chassaignac pense que le long intervalle qui a séparé les deux opérations est une cause d'insuccès, et qu'il y a d'autant plus de chances de réussite pour la méthode de Brasdor, que l'on arrête plus complétement par des opérations simultanées, ou du moins successives, à court intervalle, la circulation dans la tumeur anévrismale. Ayant eu l'occasion d'observer le malade, il a étudié avec soin la tumeur anévrismale, et il y a constaté un double bruit : le premier sourd et accompagné d'une forte impulsion contre l'oreille, le second clair et sans impulsion. Ces bruits lui ont paru isochrones à ceux du cœur.

M. Malgaigne répond que s'il a été obligé de porter la ligature sur un point aussi déclive de l'artère, c'est la conséquence du déplacement que le vaisseau avait subi par suite du développement de la tumeur. La direction de l'incision lui a été en quelque sorte commandée par la crainte de tomber sur la tumeur elle-même en se rapprochant de la clavicule par une incision transversale ; quant à l'espace de temps qui s'est écoulé entre les deux opérations, il fait remarquer d'abord

que le retard a dépendu du malade lui-même, et en second lieu de ce qu'avant de tenter une seconde opération il désirait savoir positivement tout ce que l'on pouvait attendre de la première, puisqu'on possède des observations qui prouvent que la ligature d'une seule des deux grosses branches, naissant du tronc innommé, a suffi pour déterminer l'oblitération d'anévrismes siégeant sur cette artère.

M. Monod rend compte d'une ablation de polype utérin dans un cas offrant de l'intérêt principalement sous le rapport du diagnostic. Ayant été appelé par un médecin près d'une malade jeune et qui avait des pertes, M. Monod fut conduit à penser, d'après l'examen qu'il lui fut possible de faire, qu'il existait un polype utérin faisant saillie dans la cavité du vagin. Toutefois ce diagnostic manquait encore de certitude, attendu que la membrane hymen, complétement intacte, obturait tellement l'entrée du vagin que l'on ne parvenait qu'à grand' peine à découvrir l'ouverture par laquelle s'écoulait le sang des pertes. On parvint enfin à reconnaître, à travers cette ouverture, qu'un corps étranger existait dans le vagin. Il y avait lieu dès lors de faire l'incision de la membrane hymen. La malade entra à la maison royale de santé, dans le service de M. Monod. M. le professeur Marjolin l'ayant examinée reconnut qu'il existait de chaque côté de l'urètre une petite ouverture latérale laissant échapper de la mucosité ; il fit pénétrer, à travers celle de ces ouvertures siégeant au côté droit de l'urètre, une algalie qui lui permit de reconnaître de nouveau la présence du corps renfermé dans la cavité du vagin.

M. Monod réunit par une incision transversale les deux petites ouvertures, ce qui donna la faculté d'introduire le doigt et d'explorer directement la cavité du vagin; exploration qui ne laissa aucun doute sur le caractère du corps étranger, polype du volume d'un œuf de poule, à pédicule étroit, facile à circonscrire et adhérent à la lèvre antérieure du col utérin. MM. Marjolin, Hervez de Chégoin et Trousseau constatèrent ainsi la présence du polype. Afin de l'amener au dehors, M. Monod pratiqua l'incision de la totalité de la membrane hymen. Des pinces de Museux furent appliquées sur la tumeur, dont le mode d'ablation fut discuté : les uns penchant pour la ligature, les autres pour l'incision. Le pédicule ayant été soumis à des tractions ménagées, fut amené assez bas pour pouvoir en faire l'examen, qui permit de reconnaître sur lui deux ou trois vaisseaux dépourvus de battements, M. Monod se décida à pratiquer l'excision; elle fut suivie de l'écoulement d'une palette de sang. Aucun accident n'est survenu et la malade est très bien. Le polype présentait à son intérieur une cavité dont la surface avait une grande analogie d'aspect avec le tissu du placenta; ce qui a fait donner à la tumeur, par M. Marjolin, le nom de *polype placentiforme*, dénomination sous laquelle il a fait la description de la tumeur pour le Dictionnaire de médecine.

Au sujet de cette communication, *M. Michon* mentionne un cas dans lequel l'extraction d'un corps fibreux lui a présenté ceci de remarquable : qu'elle s'est effectuée sous la seule influence de tractions modérées. Ayant été appelé par M. le docteur Thirial auprès d'une dame qui avait eu des hémorrhagies antérieures, M. Michon reconnut la présence d'une tumeur fibreuse, du volume d'un œuf de poule, implantée sur le col utérin. L'orifice utérin était dilaté. En cherchant à circonscrire la tumeur, on arrivait en avant sur un cul-de-sac, limite d'implantation du polype à la partie antérieure; mais à la partie postérieure, la limite ne put être déterminée. Les pinces de Museux ayant été appliquées afin d'amener la tumeur à la vulve et de la soumettre à un examen plus approfondi, M. Michon sentit un craquement, continua les tractions, et ramena au dehors, complétement libre, un corps fibreux qui laissa une sorte de godet creusé aux dépens de la lèvre antérieure du col utérin.

A raison de la facilité avec laquelle de simples tractions ont suffi pour amener l'énucléation complète du corps fibreux, M. Michon fait remarquer que ce corps était dans des conditions telles, que son élimination spontanée aurait pu avoir lieu par une espece de ponte, ainsi qu'on en possède plusieurs exemples.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 23 juin et 14 juillet 1845. — Présidence de M. BATTAILLE.

M. Dobigny donne lecture d'un nouveau mémoire sur le suicide, dans lequel il envisage cette question sous divers points de vue. Mais, comme ce mémoire est très étendu, très varié, il nous est impossible d'en donner une analyse capable d'en faire apprécier le mérite. Ce remarquable travail, que la société a écouté avec la plus religieuse attention, fait partie du quarantième Bulletin, année 1845, où il pourra être consulté.

Suite de la discussion sur le suicide.

La parole est accordée à M. Vinchon.

Après avoir établi avec soin les limites de la question, M. Vinchon demande si les preuves admises par M. Bourdin ont autant de valeur qu'il leur en accorde. La plupart des faits dont il s'est étayé ont été puisés dans les journaux de médecine, dans les journaux politiques et judiciaires. Mais, en faisant abstraction des premiers, dont les observations sont rigoureuses et authentiques, peut on attacher la même importance aux faits puisés dans les derniers? En effet, la plupart des cas cités par eux sont inventés à plaisir, arrangés, poétisés, dramatisés par des hommes gagés à cet effet. Tel journal payait, il y a quelques années, dix à douze mille francs à un employé pour recueillir dans tous les commissariats tous les événements de la semaine, et, lorsque ces événements n'étaient pas suffisamment intéressants, il savait leur donner l'intérêt qui manquait Cet abus a été en partie réprimé par une mesure administrative, aussi n'ont-ils plus à leur disposition que les renseignements encore plus inexacts du voisinage, qu'ils allongent le plus possible, attendu qu'ils ne sont plus payés qu'à la ligne. En face d'observations aussi mauvaises, aussi erronées, on se demande si M. Bourdin était en droit de poser une formule absolue.

Les statistiques dressées par l'autorité ont-elles maintenant une grande valeur? Aucunement, pour qui sait avec quel peu de soin les rapports de médecine légale sont généralements faits, attendu les difficultés si nombreuses qui entourent le médecin.

M. Belhomme a prétendu que les suicides n'avaient plus leur raison, et il a cherché à le prouver en s'appuyant de quelques réflexions, moins absolues en réalité qu'en apparence, empruntées à la clinique de M. le professeur Roux, qui a dit que pour bien se suicider il fallait être calme, que les personnes qui cherchent à se suicider se tuent mal parce qu'elles se trouvent au moment de l'accès dans un état d'exaltation, de folie véritable, etc.

En réponse à cette opinion exagérée évidemment par M. Belhomme, il suffit de faire observer que M. Roux ne voit que l'exception, tandis que les médecins de quartier voient la règle, et cette règle a démontré depuis longtemps que ceux qui réussissent sont plus nombreux que ceux qui se manquent. Il est également facile de prouver que lorsqu'ils se tuent mal, cela tient à ce qu'ils ignorent certaines circonstances anatomiques, absolument nécessaires pour la bonne exécution de leur projet; mais lorsqu'ils n'ont plus besoin de cette connaissance, il est bien rare que le suicide ne s'accomplisse pas avec une grande perfection et un grand sang-froid.

Reprenant l'argumentation de M. Bourdin relativement à Caton, M. Vinchon essaie de démontrer à son tour que les preuves dont il s'est appuyé sont loin d'avoir la valeur qu'il leur a attribué. Pour M. Vinchon, le récit circonstancié de Plutarque prouve évidemment que Caton d'Utique a commis son suicide avec une entière indépendance d'esprit et de volonté.

M. Trousseau ramenant la discussion sur le terrain des faits, cite plusieurs cas de suicide qui lui sont personnels, et dans lesquels il lui a été impossible de trouver la moindre trace de folie, malgré les recherches les plus consciencieuses et les plus scrupuleuses. De ces faits particuliers il rapproche plusieurs suicides célèbres de l'histoire, Valazé, Lebas, les deux Robespierre. Il termine enfin en faisant remarquer que les suicides augmentent par suite de la misère des temps, et en émettant le vœu que la Société fasse des lois protectrices et travaille au bien-être de l'humanité. En agissant ainsi, on verra diminuer cette terrible calamité du suicide.

M. Bourdin pense, ainsi que M. Vinchon, que les faits puisés dans les journaux n'ont pas la valeur d'observations médicales bien rédigées; mais en se servant de ces observations, il leur a attaché une importance supérieure à celle qu'on leur conteste : car malgré les altérations évidemment volontaires, la vérité s'y fait jour, et il a pu y trouver les traces de la monomanie suicide. Revenant encore sur Caton, M. Bourdin combat les raisonnements de M. Vinchon, en essayant de prouver que la sagesse de ce grand homme, antérieure à son suicide, ne détruit pas l'idée de sa folie.

Le secrétaire annuel, VINCHON.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

Présidence de M. BOULLAY, vice-président.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1845 (de 4 heures à 6.)

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 8. — Herboristes. — Vétérinaires. — Pharmaciens dits spéciaux.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Après quelques observations de M. Dupuy, le procès-verbal est adopté.

M. le président invite MM. les vétérinaires présents à la séance à prendre place dans une des tribunes réservées aux personnes qui ne prennent pas part à la délibération.

M. Dorvault, qui dans la dernière séance avait fait passer sous les yeux de M. le président une proposition relative à la vente des sangsues, et conforme à celle de la Commission n° 7 à l'égard des eaux minérales, demande que, pour les séances suivantes, M. le président veuille bien faire connaître à l'assemblée les propositions écrites qui lui seront adressées.

La proposition de M. Dorvault est appuyée.

M. Belin, rapporteur de la Commission n° 8, a la parole, et donne lecture de son rapport dont les conclusions sont au nombre de trois. (Nous publierons ce Rapport.)

La discussion est ouverte sur le premier paragraphe de la première proposition.

M. Davallon monte à la tribune. La question de l'herboristerie, dit-il, n'intéresse pas au même degré toutes les localités; Paris, Lyon et quelques autres grandes villes souffrent plus particulièrement de leur concurrence illégale, et cette concurrence a été jusqu'alors inévitable, car l'herboriste ne peut vivre de sa profession en se maintenant dans les limites de la loi. Elle lui accorde, il est vrai, la faculté de faire le commerce de la grèneterie; mais à Lyon l'état de grèneterie se fait en grand en dehors de l'herboristerie. Le jury médical du Rhône constate fréquemment par des procès verbaux les contraventions nombreuses dont se rendent coupables les herboristes; mais la pénalité est si faible, qu'ils recommencent dès le lendemain leur commerce illicite. M. Davallon cite de nombreux exemples à l'appui, et entre autres celui d'un herboriste qui sous le poids d'une accusation d'empoisonnement par imprudence pour avoir livré des cantharides en poudre au lieu de poivre cubèbe (ayant liberté sous caution), a été trouvé huit jours après en flagrant délit de préparation d'un grand nombre de pilules de coloquinte composées.

M. Duvallon demande, au nom des pharmaciens de Lyon, l'abolition des herboristes par voie d'extinction.

On passe aux voix sur le premier paragraphe, qui est adopté à l'unanimité.

La discussion est ouverte sur le deuxième paragraphe.

M. Durozier demande que ce ne soit pas au décès seulement, mais à la retraite du titulaire que le commerce d'herboristerie soit supprimé dans son établissement.

M. Martin combat cette proposition comme inutile, attendu que l'herboriste qui a quitté son établissement peut, en vertu de son certificat, aller s'établir ailleurs.

M. Lebron ajoute quelques observations qui ne sont pas appuyées.

M. Reymond croit qu'il serait difficile d'en venir à la suppression de l'herboristerie. Il propose que la vente de toutes les plantes vertes et sèches, non vénéneuses, soit abandonnée au commerce en général, et qu'à cette condition on ne fasse plus de réceptions d'herboristes.

M. le rapporteur fait observer que la proposition du préopinant n'est pas exécutable. Ce serait abolir une profession pour en créer une nouvelle; et, dans ce cas, l'épicier s'arrogerait plus que jamais le droit de vendre des plantes, car déjà l'épicier est à l'herboriste ce que l'herboriste est au pharmacien.

M. Belin, rapporteur, ajoute à ces considérations, que le jury de Seine-et-Oise, dont il fait partie, a eu plusieurs fois à constater de graves contraventions chez les épiciers, et a vu avec effroi les produits les plus vénéneux, renfermés sans aucun soin dans des tiroirs placés au-dessus des substances alimentaires les plus usuelles.

M. Dubail voudrait qu'on exprimât un vœu dans l'intérêt de la veuve et des enfants d'un herboriste décédé.

On passe aux voix.

Le deuxième paragraphe est adopté.

Le troisième paragraphe est adopté avec la modification proposée par M. Flon, qui a demandé de substituer au mot *altéré*, cette formule : *n'ayant subi aucune préparation.*

Le quatrième paragraphe est adopté.

Le cinquième paragraphe est adopté.

Toute la proposition n° 1 est adoptée.

La discussion est ouverte sur la seconde proposition relative aux vétérinaires.

M. Dupuy, en appuyant les conclusions de la Commission, fait observer que les vétérinaires ne sauraient plus être aujourd'hui autorisés à vendre des médicaments, puisque la loi de 1844 les affranchit de la patente.

M. Flon demande qu'il soit constaté au procès-verbal que la Commission n° 10 devra tenir compte de cette observation relativement aux officiers de santé autorisés jusqu'alors à vendre des médicaments, et qui, comme les vétérinaires, ne sont plus soumis au droit de patente.

La conclusion n° 2, relative aux vétérinaires, est mise aux voix et adoptée.

On délibère sur la troisième conclusion relative aux pharmacies spéciales.

M. le rapporteur dit que la Commission a été arrêtée par la difficulté de définir les pharmacies spéciales, et qu'il lui a paru plus convenable de renoncer à toute définition et d'établir seulement ce que doit être une pharmacie non spéciale.

M. Soubeiran demande que les mots : *pharmacies spéciales* soient supprimés dans les conclusions. Les maintenir ce serait constater et reconnaître en quelque sorte l'existence de ces pharmacies spéciales.

M. Hauduc soutient qu'on ne saurait empêcher un pharmacien de vendre exclusivement quelques produits chimiques.

M. Béral donne une définition de la spécialité : elle consiste d'après lui dans la vente en détail, et faite directement au consommateur, d'un ou de plusieurs médicaments en dehors d'une pharmacie.

M. Dubail propose un amendement qui n'est pas appuyé.

M. le président déclare que la Commission admet la suppression proposée par M. Soubeiran.

M. Dupuy demande qu'on y ajoute ces mots : le pharmacien ne peut joindre à son titre de pharmacien aucune qualification.

M. le président donne lecture de l'article amendé par M. Dupuy, de Rouen.

L'article mis aux voix est adopté.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-cinquième liste.

M. le docteur Balley, à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).
M. le docteur Renard, insp. de l'étab. ther., à Bourbonne-les-Bains.
M. le docteur Magnin, insp.-adj. id. id.
M. le docteur Henry, id. id.
M. le docteur Causard, id. id.
M. le docteur Jannyot, à Coiffy-le-Bas (canton de Varennes).
M. le docteur Therrin, ancien chirurgien principal des armées, membre associé de l'Ac. roy. de méd., à Bourbonne-les-Bains.
M. Franchimont, pharmacien à Bourbonne-les-Bains.
M. Habert, pharmacien à Bourbonne-les-Bains.
M. Lafontaine, vétérinaire à Bourbonne les-Bains.
M. Daprey, vétérinaire à Bourbonne-les-Bains.
M. le docteur Cisset, à Paris.
M. le docteur Duval, à Paris.
M. le docteur Chauvel (Seine-et-Oise).
M. Leroux, pharmacien à Ligny (Meuse).
M. le docteur Mongie, à Castets (Gironde).
M. le docteur Fontans, à Préhac.
M. le docteur Cressent, à Dieppe (Seine-Inférieure).
M. le docteur Legal, à Dieppe.
M. le docteur Trouard-Riolle, à Dieppe.
M. Derouen, pharmacien à Dieppe.
M. Leconte, pharmacien à Dieppe.
M. Angot, médecin à Dieppe.
M. le docteur Perrot, méd. adj. de l'établissement d'aliénés de la rue St-Dominique S.-G.
M. le docteur Vidal (de Poitiers), à Paris.
M. le docteur Tenain, méd. en chef de l'hôpital Archangé, à Orsay (Seine-et-Oise).
M. le docteur Masséar, à Paris.
M. le docteur Salse, à Paris.
M. André, méd.-vétér. à Pithiviers (Loiret).
M. le docteur Bobe-Morcau, à Saintes (Charente-Inf.).
M. le docteur Bergignac, à Saintes.
M. le docteur Chapparre, à St-Fort, arrond. de Jonzac.
M. le docteur Dousin, à Brisembourg, arrond. de St-Jean.
M. le docteur Ilinard, pharmacien à Argenteuil (Seine-et-Oise).
M. le docteur Canu, à Yvetot (Seine-Inf.).
M. Pecœur, médecin à Yvetot.
M. le docteur Leseigneur, à Honfleur (Calvados).
M. le docteur Ramar-Picquot, à Honfleur.
M. Delarue, pharmacien, à Honfleur.
M. Rivière, pharmacien, à Honfleur.
M. Lemercier, pharmacien, à Honfleur.
M. le docteur Ad. Colomb, à Paimbœuf (Loire-Inf.).
M. le docteur Freidier-Laffont, à St-Agrève (Ardèche).
MM. les vétérin. de l'arrond. de Villefranche (H.-Garonne).
M. le docteur Brossard, à Paris.
M. le docteur Manceau, à Château-du-Loir (Sarthe).
M. le docteur Adelon, professeur à la Faculté de Paris.
M. Jacob, vétérin. à Nancy (Meurthe).
M. Belle, vétérin. au 10ᵉ chasseurs à Nancy.
M. Mahieu, pharmacien, à Nancy.
M. Blondel, vétérinaire, à La Villette près Paris.
M. Bonnet, vétérinaire, à Evreux (Eure).
M. Sinval, pharmacien, à Paris.
M. le docteur Bavoux (Napoléon), membre du Comité médical de l'arrondissement de St-Claude (Jura).
M. le docteur Bonneville, id.
M. le docteur Mermet, id.
M. le docteur Regard, id.
M. Mayet, pharmacien, id.
M. Poncelet, pharmacien, id.
M. Thibierge père, ex-pharmacien, à Versailles.
Société de médecine de Nancy, ayant pour délégué M. Le Roy-d'Etiolles.
M. le docteur Thibaud, à Versailles.
M. le docteur Chavane, délégué de Mirecourt (Vosges).
M. le docteur Bailly, à Darney, délégué, id.
M. Rol fils, pharmacien, à Mirecourt, id.
M. Georget, vétérinaire, à Mirecourt, id.
M. le docteur Pigarche, à St-Cloud.
M. le docteur Durand, à Paris.
M. le docteur Ubersaal, méd. en chef de l'hospice des Orphelins, à Strasbourg (Bas-Rhin).
M. le docteur Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.
M. le docteur Hirtz, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.
M. Darantière, pharmacien à Dijon (Côte-d'Or).
M. Frilley, pharmacien à Dijon.
M. Bonnet, pharmacien à Dijon.
M. Grozelier, pharmacien à Dijon.
M. Bugnot, pharmacien à Dijon.
M. Mennevalle, pharmacien à Dijon.
M. Boisseau, pharmacien à Dijon.
M. Rolland, pharmacien à Dijon.
M. Délarue, pharmacien à Dijon.
M. le docteur Simon, président et délégué du Bureau du Cercle médical de Rouen.
M. Henry jeune, pharmacien à Paris.
M. le docteur Caudron, médecin de l'hospice d'Athies (Pas-de-Calais), ancien membre de l'Ecole pratique et de la Société d'instruction médicale de Paris, ex-chirurgien des hôpitaux militaires de France.
M. Miquelard, pharmacien à Paris.
M. Azémard, pharmacien à St-Gargoire (Hérault).
M. le docteur Bonamaizon, à Lausarques.
M. le docteur Oudet, médecin-dentiste du roi, membre de l'Académie.
M. le docteur Castel, à Saint-Pierre, île d'Oleron (Charente-Inférieure).
M. le docteur Cazalis, à Cormeilles-en-Parisis (Seine-et-Oise).

M. Beguin, pharmacien à Paris.
M. Capgrand, pharmacien à Sos (Lot-et-Garonne).
M. Bodart, ancien interne des hôpitaux, médecin à Calais (Pas-de-Calais).
M. Loadeau (Jérôme), pharmacien à Néauphle-le-Château (Seine-et-Oise).
M. Auzoux, médecin à Paris.
M. Figuier (Edouard), pharmacien à Paris.
M. Richard, médecin à Fougères.
M. Mercé, médecin à Paris.
M. Lemer, médecin à Paris.
M. Deniau, pharmacien à Chantilly.
M. le docteur C.-P. Gallier, à Paris.
M. le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, vice-président de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de la même ville, etc., à Aix (Bouches-du-Rhône).
M. le docteur Louis Tailhand, à Aubenas (Ardèche).
M. le docteur Thomas, à Ligueil (Indre-et-Loire).
M. le docteur Patry, à Ligueil.
M. Fonquergne, vétérinaire, à Castelnaudary (Aude).
M. Bordères (Aug.), pharmacien à Montréjean (Haute-Garonne).
M. Mouret, pharmacien à Guise (Aisne).
M. Lantoine, pharmacien à Guise.
M. Devrainne, pharmacien à Guise.
M. Azambre, pharmacien à Aubenton (Aisne).
M. Debouzy, pharmacien à Sains.
M. Azam, médecin à Bordeaux (Gironde).
M. Dornier, de Bourg-en-Bresse, médecin à Paris.
M. Maison, médecin à Meymac (Corrèze).
M. Boulenger, médecin des douanes et inspecteur aux bains de mer de Calais (Pas-de-Calais).
M. Lesseré, médecin à Sèvres.
M. Mathieu, pharmacien à Paris.
M. Deville, médecin à Villeneuve-l'Archevêque (Yonne).
M. Dechauveau, médecin à Sens.
M. E. Levrat, médecin à Lyon (Rhône).
M. le docteur Clancy, médecin, vice-président et délégué de la Société médicale anglaise de Paris, à Paris.
M. le docteur Tricot, à Maubeuge (Nord).
M. Lecanu, professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie royale de pharmacie à Paris.
M. le docteur Bouchet, à Chizé (Deux-Sèvres).
M. Bellot, médecin à Verrine-en-Rom.
M. Alex. Verdet, médecin à Vaucouleurs (Meuse).
M. Bonnaire, maître en pharmacie à Vaucouleurs (Meuse).
M. le docteur Porquet, à Vire (Calvados).
M. le docteur Laugier, médecin en chef des hospices civils à Toulon (Var).
M. le docteur Long, second chirurgien des hospices civils à Toulon.
M. Gras, pharmacien en chef des hospices civils à Toulon.
M. le docteur Glatin, à Lorient (Morbihan).
M. le docteur Guillard, à Lorient.
M. le docteur Bayoud, à Auray.
M. le docteur Haymond, à Auray.
M. le docteur Beaugendre, à Auvray.
M. Gauthier, pharmacien, à Auray.
M. Morerette, pharmacien, à Auray.
M. Dubuis, vétérinaire, à Auray.
M. le docteur Gonrdin, à Plouay.
M. le docteur Biamelle, à Belle-Isle.
M. Hérouard, pharmacien, à Belle-Isle.
M. Hortier fils, pharmacien de l'Ecole de Paris, trésorier de la Réunion de médecine de Lorient.
M. le docteur Arthaud-Beauforl, pharmacien, à Paris.
M. Duchêne, pharmacien, à Paris.
M. Beaudier, pharmacien, à Paris.
M. Boullenot, pharmacien, à Meulan (Seine-et-Oise).
M. Amblard, pharmacien, à Aubenas (Ardèche).
M. Faivre, pharmacien, à Nevers (Nièvre).
M. Ducros (de Sixt), médecin à Paris.
M. Fournier-Deschamps, médecin à Paris.
M. Perraud, pharmacien, délégué de la Société des pharmaciens de l'Ouest, à Nantes (Loire-Inférieure).
M. Caillat, médecin à Vitry-le-Français.
M. Guillots, pharmacien à Yvetot (Seine-Inférieure).
M. Godefroy, vétérinaire à Yvetot.
M. Huttin, chirurgien en chef aux Invalides.
M. Debourge, pharmacien à Paris.
M. Tournay, pharmacien à Auvilliers-les-Forges.
M. De Saintois, médecin de l'hôpital et des épidémies du canton de Montmorillon (Vienne).
M. Dewar, médecin en Ecosse (à Paris, rue de l'Ancienne Comédie, 8).
M. Costilhes, ancien médecin interne de Saint-Lazare.
M. Baudrand, médecin à Rouen (Seine-Inférieure)
M. Pihorel, médecin à Rouen, ancien chirurgien-major des armées.
M. May, pharmacien à Epaignes (Eure).
M. Nivard, à Châteauroux (Indre).
M. Lebon-Petit, pharmacien à La Capelle (Aisne).

Total de la vingt cinquième liste,	166
Listes précédentes,	4311
Total général, à ce jour,	4477

NOUVELLES.

AVIS. — MM. les adhérents au Congrès médical qui n'ont pas encore acquitté leur cotisation, sont priés d'en verser le montant, le plus promptement possible, entre les mains de M. le docteur Richelot, trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10. La liste générale des adhérents va bientôt être imprimée; ceux-là seuls qui auront payé leur cotisation seront portés sur cette liste définitive, et auront droit au volume qui renfermera les travaux du Congrès.

On peut faire acte d'adhésion aux actes du Congrès en versant entre les mains de M. Richelot la somme de cinq francs. Ces nouveaux adhérents auront également droit au volume renfermant les actes du Congrès.

— M. Delestre, chirurgien-dentiste de l'hôpital des Enfants-Malades, vient de reprendre son Cours clinique, théorique et pratique des affections des dents. Tous les jours, un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves. Les leçons ont lieu tous les jours de midi à onze heures, les jeudis et dimanches exceptés. (Quai Conti, 5.)

—*Errata.*—Dans le dernier numéro, 2e page, 3e colonne: égoïsme personnel, *supprimez* personnel. — Même page, même colonne: après une règle commune, *supprimez* qui retrempe les mœurs sans leur donner une choquante rudesse.

Les remerciments que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez Madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 NOVEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 144. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Ouverture du cours de clinique. Hydropneumothorax. Considérations générales.

M. Chomel n'a pas cru devoir, cette année, commencer son cours de clinique par un discours d'ouverture. Il s'est borné à indiquer en quelques mots aux élèves qui suivent ses leçons la marche qu'il devait suivre. Nous nous efforcerons, a-t-il dit, de vous présenter toujours la partie pratique de la science. Le plus souvent, nous appellerons votre attention sur des faits choisis parmi le grand nombre de malades qui seront soumis à votre observation, et qui nous paraîtront les plus remarquables. Nous ne prendrons pas toujours les faits en entier, et nous ne les envisagerons pas, dans tous les cas, sous les faces diverses qu'ils peuvent présenter. Cette méthode aurait l'inconvénient de nous faire souvent retomber dans des redites inutiles, sinon fastidieuses, et de faire perdre un temps précieux.

Nous n'insisterons, sur chacune des observations que nous ferons passer sous vos yeux, que sur les points les plus obscurs, les plus douteux; et ce seront ces points obscurs que nous discuterons avec le plus grand soin. Dans certaines affections chroniques organiques, par exemple, nous chercherons, par une discussion sévère et minutieuse des symptômes, à établir un diagnostic positif, à reconnaître et l'organe malade, et la nature de la maladie dont il est atteint, laissant presque de côté, ou du moins sur un plan beaucoup plus éloigné, la thérapeutique, le plus souvent impuissante.

Pour les affections aiguës, au contraire, une fois le diagnostic rapidement établi, ce sera sur la valeur des diverses méthodes curatives que nous attirerons d'une manière toute spéciale votre attention, vous exposant les opinions des maîtres de la science, et contrôlant, par les résultats de l'expérience de tous les jours, les idées spéculatives des théoriciens. D'autres fois, à propos d'un malade dont nous aurons exposé l'histoire en détail, il nous arrivera de passer à des considérations générales sur l'affection elle-même dont sera atteint le sujet que vous aurez observé, et sur les formes nombreuses et variées qu'elle peut revêtir. Nous étudierons avec le plus grand soin certains agents thérapeutiques dont quelques-unes des propriétés seulement sont parfaitement connues et déterminées, mais qui ont été proposées récemment contre des affections autres que celles dans le traitement desquelles on les mettait en usage, et sur l'efficacité desquels les médecins ne sont pas unanimement d'accord.

Nous passerons en revue les affections nombreuses sur lesquelles l'attention n'a pas été, selon nous, suffisamment fixée, certaines maladies nerveuses, par exemple, l'un des points les plus intéressants et les moins connus encore de la pathologie. Ainsi, en deux mots, nos leçons seront essentiellement pratiques; le plus souvent elles rouleront sur un ou plusieurs faits particuliers, et quelquefois nous partirons de ces faits pour nous élever à des considérations générales.

Nous commencerons aujourd'hui nos conférences cliniques par l'étude approfondie d'un fait excessivement curieux, bien qu'assez commun dans la science; nous voulons parler d'un hydropneumothorax.

— Au n° 1 de la salle St-Bernard, est couchée une femme de vingt-trois ans, présentant les signes d'un épanchement d'air et de liquide dans le côté droit de la poitrine.

Nous allons commencer par rapporter simplement les faits tels qu'ils se sont passés. Cette femme exerce une profession sédentaire; elle est femme de chambre. Elle a été réglée à seize ans pour la première fois. Il y a trois ans environ, elle est devenue mère sans être mariée. Cet événement lui causa des chagrins profonds. Cependant sa santé s'était maintenue assez bonne, lorsqu'il y a quatre ou cinq mois à peu près, sans cause nouvelle appréciable, les règles cessèrent de se montrer.

Nous vous ferons bien remarquer qu'il n'y eut point ici suppression brusque du flux menstruel, comme il arrive quelquefois sous l'influence d'un refroidissement, d'une frayeur, etc.; seulement les règles, jusque-là normales, ne vinrent pas à leur époque accoutumée. Dans le même temps, elle fut prise de vomissements abondants et fréquemment répétés de matière glaireuse; nausées fréquentes aussi, lorsqu'il n'y avait pas de vomissements. Cependant, et dans cet état, elle avait encore de l'appétit, digérait assez facilement, et ne rejetait pas les aliments. Mais, dès cette époque, et bien qu'elle ne vomît pas les aliments qu'elle prenait, bien qu'elle mangeât autant qu'à l'ordinaire, elle maigrissait et s'affaiblissait d'une manière bien évidente. Tous ces symptômes ont persisté pendant deux mois et demi environ; puis des palpitations survinrent, palpitations dont pouvaient rendre compte jusqu'à un certain point les émotions morales qu'avait éprouvées cette femme. Essoufflement, oppression quand la malade montait un escalier ou marchait vite. Les règles ne reparaissaient pas; la maigreur faisait des progrès, les forces diminuaient sensiblement; il y avait de la soif; néanmoins la malade ne s'arrêtait point et continuait de vaquer à ses occupations, lorsqu'il y a quinze jours (le 10 novembre) en rentrant chez elle, elle ressentit une douleur excessive, aiguë, dans le côté droit de la poitrine, à tel point qu'elle craignit de ne pouvoir aller jusqu'à la maison qu'elle habitait. Il est probable que cette douleur marque le moment où s'est faite la perforation de la plèvre.

A partir de ce moment, gêne croissante de la respiration. Arrivée chez elle, cette femme fut prise d'une défaillance. Nous avons dit que la douleur qui fut ressentie alors, marquait probablement le moment où avait eu lieu la perforation. En général, lorsqu'une perforation se fait dans une membrane séreuse, elle s'accompagne d'une douleur dont l'acuité dépasse de beaucoup l'acuité d'une douleur ordinaire. Ainsi, par exemple, dans les perforations intestinales, il y a douleur très vive accompagnée d'une décomposition des traits, subite et très grande, au moment où a lieu l'accident. Il en est de même pour la plèvre. On voit à l'instant même les malades se trouver dans un état si alarmant, que l'on envoie chercher aussitôt et de tous côtés des médecins. Il s'est certainement passé chez notre malade quelque chose d'analogue. Depuis le moment où elle a ressenti cette douleur, toux presque continuelle, suivie de l'expuition de matières muqueuses, transparentes, mousseuses. Notons en passant que cette circonstance n'est pas ordinaire, et que le plus souvent après une perforation pleurale, la toux est sèche. Nous ferons aussi remarquer que peut-être la malade n'a-t-elle pas conservé un souvenir très net et très exact des phénomènes qui se sont manifestés, et de l'ordre dans lequel ils se sont succédé. Pendant les quelques jours qui se sont écoulés entre l'accident et son entrée dans nos salles, elle a pu, bien que fort souffrante, descendre à deux reprises l'escalier de la maison qu'elle habite. Aucune amélioration ne se faisant sentir dans son état, la dyspnée même devenant plus forte, elle prit le parti d'entrer à l'hôpital il y a douze jours.

Dès son entrée, elle présentait une partie des phénomènes que l'on constate encore aujourd'hui. Le côté droit de la poitrine était convexe et plus fortement bombé qu'à l'état normal. Le murmure vésiculaire était remplacé par un souffle amphorique. Le pouls était à 120. Oppression considérable; respiration brève, précipitée. Quelques sangsues ont été appliquées; on a administré les préparations opiacées; on a fait suivre à la malade une diète sévère. Sous l'influence de ce traitement les accidents se sont calmés, et aujourd'hui, lorsqu'on s'approche du lit de cette femme, on ne saurait avoir l'idée, si l'on n'était prévenu, d'une aussi grave lésion. Ordinairement, en effet, les épanchements de cette nature, et d'une aussi grande intensité, donnent lieu à des phénomènes beaucoup plus tranchés, à une dyspnée plus considérable; la respiration ne se fait aujourd'hui que vingt-quatre fois par minute, six ou huit fois seulement de plus qu'à l'état de santé. Le pouls est assez fréquent, mais la physionomie de la malade est assez calme.

Voici ce qui résulte de l'examen de la poitrine. Considérée à l'extérieur, elle est manifestement bombée plus du côté droit que du côté gauche. Les espaces intercostaux du côté droit ont presque entièrement disparu, les parties molles étant repoussées au dehors par les gaz qui distendent la cavité pleurale. Sonorité très manifeste des deux côtés, tout à fait normale à gauche, se rapprochant, à droite, du bruit du retentissement stomacal. En arrière et en haut, sonorité un peu plus prononcée qu'à l'état normal. Dans le tiers inférieur, son tout à fait mat, et signes d'épanchement de liquide. Lorsque l'on pratique l'auscultation, on constate l'absence de bruit respiratoire à la partie supérieure du thorax. Plus bas, respiration amphorique très prononcée. Cette respiration ressemble assez au bruit que l'on produirait en soufflant dans une petite fiole; il est beaucoup plus aigu que celui que l'on détermine en soufflant dans une carafe, par exemple.

Ainsi, absence de bruit respiratoire en haut; respiration amphorique au niveau du sein. D'où peut venir cette différence? Il y a des cas où l'on observe seulement l'absence complète et partout du bruit respiratoire. Dans d'autres, on entend partout la respiration amphorique. Enfin dans d'autres cas, et celui-ci est du nombre, il y a des points où dans divers points on constate des phénomènes divers. Lorsque l'on s'approche du point où existe la perforation, on entend le souffle, qui devient de moins en moins fort et finit par disparaître, à mesure que l'on s'éloigne du point. Cette cessation du bruit amphorique peut provenir d'une interruption déterminée par les adhérences, dans la continuité de la masse d'air renfermée dans la poitrine; elle peut être encore simplement déterminée par l'éloignement, auquel on devra souvent rapporter les différences que l'on observe dans la manifestation des phénomènes aux divers points de la cage thoracique.

Nous avons dit que chez notre malade, il y avait en haut absence de bruit respiratoire, respiration amphorique dans la partie moyenne, absence de respiration en bas. Cependant il est un point du thorax, dans le voisinage de la colonne vertébrale, toujours dans la moitié droite, où l'on entend assez distinctement le murmure vésiculaire. Nous présumons que dans cette région, il s'est formé des adhérences qui ont uni les deux feuillets de la plèvre, ont retenu le poumon près de la paroi thoracique, et ont empêché une couche d'air de s'interposer entre l'organe respiratoire et l'oreille de l'observateur.

A la partie tout à fait inférieure de ce côté, il y a évidemment une collection de liquide; son existence nous est rendue manifeste par la matité produite à la percussion, et par la succussion hippocratique. Dans les points où l'on entend la respiration amphorique, la voix et la toux présentent ce même caractère de retentissement. Presque toujours ces trois phénomènes marchent ensemble, respiration amphorique, toux et voix amphoriques. Enfin, cette malade nous présente le tintement métallique qui existe presque toujours dans l'hydropneumothorax. Le pneumothorax sans épanchement de liquide dans la cavité de la plèvre est excessivement rare, si rare même, qu'il est jusqu'à un certain point permis d'avoir des doutes sur son existence.

Nous ne chercherons pas à vous donner l'explication du mécanisme suivant lequel se produisent ces divers phénomènes, explication qui serait plutôt du domaine de la physique; ce qu'il nous importe de savoir, c'est la signification de ces phénomènes, eu égard aux lésions qu'ils caractérisent. Le tintement métallique, par exemple, est pathognomonique d'un épanchement simultané d'air et de liquide dans la cavité pleurale. Nul doute, par conséquent, que chez cette malade il n'y ait un hydropneumothorax.

De quelle nature est la perforation de la plèvre qui s'est opérée dans le cas actuel? En d'autres termes, quelle est la lésion à laquelle on doit rapporter la double perforation de la plèvre et du parenchyme pulmonaire qui existe ici? Des causes très nombreuses peuvent donner naissance à cette affection; mais parmi ces causes, il y en a dont l'action est si rare qu'elles sortent du domaine de l'art, et que l'on ne doit presque en tenir aucun compte. On a vu des malades chez lesquels un emphysème très ancien et porté à son plus haut degré d'intensité, a été suivi de rupture d'une ou de plusieurs vésicules pulmonaires énormément distendues. Ceci est très rare, et je ne connais que cinq faits dans lesquels on ait pu ramener la perforation pulmonaire à cette cause.

La perforation peut être traumatique, et ici deux cas se présentent: la perforation traumatique peut être accompagnée de plaie des téguments; ou bien, elle peut avoir été produite par la pointe d'un fragment osseux, à la suite d'une fracture de côte. Ces deux causes doivent être éliminées ici, car la malade ne se trouve pas dans des conditions de blessures ou de fractures de côtes. On a rapporté quelquefois la perforation à la présence d'hydatides sous-pleurales qui parvenaient à se faire jour et tombaient dans la cavité séreuse. On l'a attribuée dans certains cas au cancer du poumon; mais on sait que d'abord le cancer du poumon est chose très rare, et puis il serait assez difficile de supposer qu'un cancer pût produire une cavité qui s'ouvrirait d'une part dans le poumon, d'autre part dans la plèvre. Le cancer du poumon doit encore être ici mis de côté comme étant extrêmement peu probable. Un précepte que vous ne devez jamais oublier lorsque vous cherchez à établir un diagnostic, c'est celui-ci: *Rara non sunt artis; rara sunt scientiæ.* Il suffit qu'une circonstance soit excessivement rare pour que vous deviez sur-le-champ l'éliminer. C'est aux maladies les plus communes, les plus fréquentes que vous devez songer tout d'abord. C'est à deux maladies, que l'on rencontre chaque jour chez de nombreux individus, que se rattache la pathogénie du pneumothorax, nous voulons dire les tubercules pulmonaires sous-pleuraux qui se ramollissent et s'ouvrent dans la cavité de la plèvre, et la pleurésie purulente. Quelquefois encore, la perforation peut reconnaître pour cause la gangrène superficielle du poumon. C'est le plus habituellement une de ces trois maladies qui est le point de départ de l'hydropneumothorax.

On a encore admis, et de cette cause je dois en dire deux mots, que la plèvre pouvait, par une erreur fonctionnelle pathologique, sécréter des gaz au lieu des liquides que sécrètent les membranes séreuses, ou en même temps que ces

liquides. Disons tout d'abord que c'est totalement impossible. Il y a des membranes muqueuses qui peuvent sécréter des gaz; la chose est hors de doute. Mais les séreuses peuvent-elles primitivement sécréter des gaz? A cet égard, et théoriquement, on peut tout admettre, on peut tout supposer; on ne peut pas nier d'une manière absolue; mais, si nous sommes forcés d'admettre cette possibilité, nous n'avons pas à étudier les maladies possibles; le cadre nosologique est assez grand, et nous avons assez des maladies réelles et prouvées. Or, il n'y a pas de fait authentique et prouvé qui démontre l'existence des péritonites tympaniques primitives, ou d'épanchement gazeux dans la plèvre. Jusqu'à ce que les faits soient venus nous démontrer la possibilité de ces affections, nous sommes en droit de les nier, et nous ne devons pas les compter au nombre des causes probables du pneumothorax.

Y a-t-il une variété de pneumothorax qui reconnaisse pour cause la décomposition du liquide épanché dans la plèvre? Ceci ne serait pas impossible à la rigueur. Cependant, il y a encore ici absence de faits bien démontrés, et l'absence de toute communication avec l'air extérieur rendrait assez difficile à comprendre la possibilité d'une pareille altération.

Permettez-nous à ce propos de vous raconter en quelques mots un fait qui a quelque rapport avec le sujet dont nous parlons.

Il y a deux ou trois ans, nous eûmes dans nos salles une femme atteinte d'hydropisie de l'ovaire. Après avoir fait plusieurs ponctions à quelques mois d'intervalle, nous fûmes un jour frappé de sentir à la percussion une sonorité extraordinaire dans ce kyste. Bien évidemment il contenait du gaz. Nous fûmes conduit à nous demander si le kyste ne communiquerait pas avec l'intestin; il n'existait aucun signe qui révélât une semblable communication. Mais cette absence de signe pathognomonique n'excluait pas la possibilité de la lésion. La malade mourut. Nous trouvâmes le kyste à moitié rempli par un liquide purulent d'une fétidité remarquable. Pour nous, il y avait altération du pus du kyste et production de gaz par suite de la décomposition du liquide. Manifestement, si pareille chose a pu se produire dans un kyste, elle se produirait aussi bien dans la cavité d'une séreuse. Mais comme toujours, jusqu'à présent, on a constaté l'existence de la perforation dans les cas d'hydropneumothorax, et que d'ailleurs il serait possible à la rigueur que la perforation échappât à la plus minutieuse investigation, nous sommes en droit d'affirmer que toujours il existe une perforation pleurale, lorsqu'il y a pneumothorax, ne trouvât-on point l'ouverture qui a livré passage à l'air extérieur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 novembre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

Formation morbide de ganglions sur les nerfs. — M. Serres a, l'an passé, entretenu l'Académie de la rencontre qu'il fit, à l'autopsie d'une femme morte de fièvre typhoïde, d'un grand nombre de ganglions développés sur le trajet des nerfs encéphaliques. Il n'y avait pas moins de 1,500 à 2,000 de ces petits corps, dont la formation avait dû commencer longtemps avant l'affection à laquelle avait succombé la malade. Nulle altération d'ailleurs ne se remarquait ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière. Un cas semblable vient d'être observé dans l'hôpital de la marine à Brest. Il fait le sujet d'une communication adressée à l'Académie par MM. Maher, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Brest, et Payen fils, chef des travaux anatomiques à la même Ecole. Nous regrettons que cette pièce n'ait pas été laissée, avec les autres documents de la séance, au secrétariat de l'Académie; ce qui nous prive d'en parler avec les détails qu'un fait aussi singulier et aussi nouveau comporte, détails consignés sans doute dans le travail envoyé par MM. Maher et Payen. Mais en attendant la publication du compte-rendu officiel de l'Académie où doit être insérée une analyse de ce travail, il n'aura été connu de la presse que par la mention succincte qu'en a faite M. Serres à la séance. De ce qu'a dit l'honorable membre, il résulte que l'altération organique avait été constatée par les observateurs brestois avant la mort du sujet qui la leur a présentée. Cet homme éprouvait depuis quelque temps un engourdissement général qui augmentait de plus en plus. On a trouvé chez lui tout le système nerveux périphérique semé en quelque sorte de ganglions. Les branches du mouvement étaient beaucoup plus affectées que celles du sentiment.

De quelle nature sont les petits corps désignés ici sous le nom de ganglions? Ont-ils, en réalité, de l'analogie avec les ganglions normaux placés sur le trajet du grand sympathique et de racine postérieure des nerfs rachidiens? Telle est la question qui s'offre d'abord à l'esprit et qu'ont résolue peut-être MM. Maher et Payen; mais en signalant leur observation à l'Académie, M. Serres n'a rien cité qui lève les doutes sur ce point capital.

— *M. le docteur Docerfz*, de La Châtre, adresse à l'Académie ce qu'il appelle le *Bulletin de la santé des pommes de terre*. Conformément à ce qu'on observe à peu près partout, la maladie qui sévissait il y a quelques mois sur ce précieux tubercule, a diminué dans le centre de la France depuis la cessation des pluies, et grâce à la précaution que l'on a généralement prise de placer les pommes de terre dans des locaux spacieux, secs et aérés, de les disposer par couches peu épaisses, de les remuer souvent et de séparer les tubercules infiltrés de la tache fatale.

— *M. Théodore-Frédéric Baltz*, médecin à Berlin, envoie à l'Académie une lettre qu'il a adressée au concile des rabbins, à Francfort, sur les *suites nuisibles de la circoncision*. L'auteur a eu, dit-il, comme médecin militaire, l'occasion de traiter plus de vingt-cinq mille individus pour des maladies relatives à la circoncision, opération qui, pratiquée aussi grossièrement qu'elle l'est d'ordinaire, laisse souvent les sujets mutilés, défigurés, plus prédisposés que les incirconcis à une foule d'incommodités et d'affections morbides. M. Baltz soutient que cette coutume est contraire aux vues du Créateur, comme à la raison et à l'humanité. Il demande qu'on épargne à l'enfance un tourment qui a fréquemment des suites fâcheuses pour les autres âges de la vie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 29 octobre 1845. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Malgaigne* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il annonce que les fils de la ligature qu'il a appliquée sur l'artère sous-clavière sont tombés le douzième jour sans qu'il ait opéré la moindre traction, et seulement par la pression des lèvres de la plaie, pression qui était faite pour faciliter la sortie du pus. On sait que M. Malgaigne s'attache toujours à l'état des fils pour savoir ce que le nœud entraîne avec lui; ici il n'y avait pas la moindre trace de tissu cellulaire.

— *MM. Monod* et *Laugier*, juges du concours de l'internat, demandent un congé, qui leur est accordé, pour toute la durée de ce concours.

M. Vidal demande également un congé de deux mois pour affaires de famille. La Société décide qu'il sera accordé un mois seulement.

— *M. Cullerier* donne lecture d'un rapport sur une observation de chute du rectum chez un enfant de deux ans, guérie par le procédé de M. Robert, la résection du muscle sphincter. Cette observation a été adressée à la Société par M. le docteur Morel, de Fère en Tardenois, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant.

Dans ce travail, il est dit que le prolapsus, qui avait une longueur de dix centimètres, était formé par les trois tuniques de l'intestin. Le rapporteur ne partage pas cette manière de voir; et, suivant lui, dans l'affection connue sous le nom de chute du rectum, c'est presque toujours la muqueuse seule qui fait les frais du déplacement. Il pense que la membrane musculaire peut bien faire hernie, mais dans une très petite étendue seulement. Il croit qu'avant d'en venir à l'opération sanglante, il eût été convenable d'essayer quelques moyens toniques généraux et locaux. Il discute ensuite avec l'auteur les différentes méthodes qu'on aurait pu employer, telles que la cautérisation, la résection, les incisions simples, l'excision des replis muqueux ou cutanés suivant la méthode de Dupuytren. Il croit que, dans le cas actuel, cette dernière, dans laquelle il a grande confiance, eût suffi pour amener la guérison. Arrivant ensuite à l'opération telle qu'elle a été faite, c'est-à-dire la résection du sphincter, il fait voir la différence des conditions dans lesquelles se trouvait la malade sur laquelle M. Robert a eu l'occasion d'appliquer son procédé, et l'enfant sujet de l'observation.

M. Malgaigne ne partage pas l'opinion de M. Cullerier sur la constitution de la procidence rectale; il a vu, et il conserve la pièce dans l'alcool, une chute de toute l'épaisseur du rectum sur une femme chez laquelle il y avait en même temps chute de la matrice. Le péritoine formait une espèce d'anse sur le périnée, entraîné en arrière par l'intestin, en avant par le vagin et la matrice. M. Malgaigne n'a pas une très grande confiance dans le procédé de Dupuytren; il l'a employé à l'hôpital Saint-Antoine chez une femme à laquelle il a été obligé plus tard d'appliquer le cautère actuel, et qu'il a guéri par ce moyen.

M. Robert pense aussi que ce n'est pas seulement la muqueuse qui fait hernie dans cette affection. Il dit que dans les anus contre nature, au mécanisme desquels le rapporteur a comparé la sortie de la muqueuse dans le cas actuel, il y a des mouvements péristaltiques qui dénotent la présence de fibres musculaires. Il préfère la méthode de Hey, qui resserre davantage l'anus, à celle de Dupuytren, qui lui a donné des insuccès. Il croit que l'application de son procédé n'était pas tout à fait indiqué dans le cas de M. Morel, et il aurait voulu qu'avant d'y arriver il essayât d'autres moyens.

M. Guersant a souvent observé la chute de la muqueuse seule chez les enfants; il a vu aussi des invaginations énormes, qu'il distingue des simples déplacements, et qu'il a eu beaucoup de peine à maintenir réduites. Il a fait faire à cet effet un instrument particulier: c'est un anneau métallique fixé à une tige, et qui a pour but de repousser et de maintenir l'intestin sans y déterminer de contusion. Il n'a encore essayé ce moyen que sur le cadavre; et d'après quelques objections qui lui sont faites par plusieurs membres, et principalement par M. Robert, il promet à la Société de la tenir au courant de ce qu'il obtiendra sur le vivant. Dans plusieurs circonstances, M. Guersant n'a pas eu à se louer de l'opération de Dupuytren; il a quelquefois employé avec succès le fer rouge.

M. Michon pense qu'avant d'en arriver à la résection du muscle sphincter, M. Morel aurait dû essayer quelques autres moyens; il craint que le but de l'opération ne soit dépassé, puisqu'il est dit dans l'observation que quelque temps après la guérison ce n'était qu'avec de grandes difficultés qu'on pouvait introduire le petit doigt dans l'anus.

M. Chassaignac a vu un cas dans lequel le cul-de-sac péritonéal faisait une rigole qui descendait jusqu'à l'anus; si on avait fait l'excision ou la ligature, on aurait pu pénétrer dans le péritoine: il a trouvé quelquefois la réduction très difficile. Il croit que l'anneau de M. Guersant pourrait rendre de grands services.

M. Cullerier persiste dans l'opinion qu'il a émise dans son rapport; touchant la nature de la procidence, les cas cités par M. Malgaigne et par M. Robert sont exceptionnels puisqu'ils appartiennent à des femmes qui avaient en même temps une chute de la matrice et du vagin. Il rappelle à M. Malgaigne qu'il a écrit lui-même dans un de ses livres que la procidence du rectum est toujours constituée par la membrane muqueuse seule.

M. Huguier a vu, à l'hôpital Saint-Louis, l'intestin sorti dans la longueur d'un pied; Richerand avait fait d'inutiles efforts pour en faire la réduction; la muqueuse fut déchirée, et il y eut une hémorrhagie assez abondante; on cessa les tentatives. Quelques heures plus tard M. Huguier, ayant recouvert ses doigts d'un linge graissé, obtint une réduction facile et complète en ayant soin de commencer à repousser l'intestin par sa partie supérieure. Il compare ce qu'il a fait à la réduction d'une hernie, dans laquelle on doit faire rentrer d'abord les parties sorties les dernières.

L'observation et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

— *M. Lenoir* rend compte d'une opération qu'il a faite, il y a trois jours, à l'hôpital Necker, sur un homme de quarante-cinq ans, qui portait sur la partie latérale du cou une tumeur bien arrondie et sans bosselures, de la grosseur d'un œuf de poule, s'étendant de l'angle de la mâchoire à la clavicule. Elle était le siége de mouvements, de soulèvements, et l'oreille appliquée dessus n'y percevait aucun bruit; elle était tout à fait indolore. La déglutition était assez gênée pour que le malade ne pût prendre que des liquides. La nature et le siége précis de cette tumeur étaient incertains, mais M. Lenoir se décida à pratiquer l'opération parce qu'il y avait eu déjà à plusieurs reprises imminence de suffocation. Il attaqua la tumeur par la partie supérieure, et, après la section du sterno-mastoïdien, il vit qu'elle était limitée en haut par l'aponévrose de la glande sous-maxillaire. Pour éviter la blessure des vaisseaux, il se servit alors d'une spatule avec laquelle il isola complétement la tumeur, et il la renversa sur le côté; mais, en bas, elle tenait par un pédicule qui semblait se prolonger à la partie tout à fait inférieure du cou. Il appliqua sur ce pédicule une ligature et, la section étant faite au-dessus, on put voir qu'il était constitué en partie par la veine jugulaire interne béante au-dessus de la ligature. M. Lenoir fait remarquer combien cette opération aurait pu être fatale par l'introduction de l'air dans la veine dans une région si rapprochée du cœur, si on n'avait pas eu la précaution d'appliquer une ligature avant de faire la section: la tumeur était un encéphaloïde ramolli dans quelques points.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 septembre 1845. — Présidence de M. Gillette.

M. Depaul met sous les yeux des membres de la Société un séquestre de l'os maxillaire qu'il a extrait et dont il a entretenu l'assemblée dans une réunion précédente. L'état de la malade est très satisfaisant.

— *M. Caffe* fait un rapport verbal sur l'Annuaire médical, pour 1845, du docteur Munaret, membre correspondant de la Société.

En voici un extrait: Sous un petit volume, et ce sont les meilleurs parce qu'ils sont lus par le plus grand nombre et qu'ils condensent le plus de faits, notre digne collègue, M. Munaret, entreprend une grande œuvre pour laquelle son ouvrage ne fait pas plus défaut que son instruction. Indépendant par caractère et par sa position *extra muros*, le spirituel auteur du Médecin des villes et des campagnes était peut-être le seul médecin capable d'aborder et de poursuivre la publication d'un annuaire de l'économie médicale. Notre confrère campagnard, avec une rudesse que nous applaudissons, a osé mettre la main dans la gibecière des bateleurs grands et petits de la profession et faire connaître leurs tours au public. Honneur donc à cet intègre justicier qui travaille au profit de tous, et qui a choisi avec raison pour épigraphe un passage de la Bible: *Medice, cura te ipsum*.

M. Caffe passe en revue et apprécie chacune des sections de l'Annuaire médical. La troisième, qui a pour titre: De l'organisation médicale, ou le mal et le remède, renferme des vœux qui sont aussi les nôtres, vœux formulés par l'intelligence et dans le cœur de chaque médecin digne de ce nom. Ce chapitre, l'auteur nous en prévient, ne plaira pas à quelques vieux médecins qui prennent la *chair de poule* et s'enveloppent dans les plis soyeux de leur douillette, en entendant seulement prononcer ces deux mots: *Organisation médicale*. L'âge nous rend égoïstes, parce que le cœur s'use comme les jambes. Ce chapitre ne plaira pas davantage aux privilégiés de la famille, qui trouveront toujours une force d'inertie pour empêcher qu'on ne les dérange: mais, comme nous sommes quatre-vingt-quinze contre un, le torrent doit emporter la digue.

Je ne connais pas, dit en terminant M. Caffe, une œuvre plus utile et plus consciencieuse. Elle est entreprise au profit moral et matériel de la société, au profit moral et matériel des médecins. Les sympathies, les encouragements les plus pressants doivent lui être largement acquis afin qu'elle se continue chaque année.

La Société adopte les conclusions du rapport, qui sont d'adresser des remercîments à M. Munaret.

— *M. Larrey*, au nom d'une commission composée de MM. Forget et Depaul pour examiner un ouvrage de M. Serrier, sous-aide-major au Val-de-Grâce, ancien interne et chef de clinique des hôpitaux de Marseille, fait un rapport très favorable sur ce livre, qui a pour titre: *Traité de la nature, des complications et du traitement des plaies d'armes à feu*, et qui a obtenu le prix de chirurgie militaire fondé par M. le ministre de la guerre.

Examinant chacune des divisions de l'ouvrage, M. Larrey termine son analyse par les conclusions suivantes: En résumé, Messieurs, le livre dont je viens de vous indiquer à peine la substance, a été conçu dans un bon esprit et fait avec conscience. Il se recommande, surtout, aux élèves de la chirurgie militaire, par la clarté, la méthode; et s'il manque d'étendue, peut-être aussi d'un mérite original, s'il présente des lacunes à remplir ou quelques parties faibles, il offre cependant plusieurs passages d'un intérêt réel, des observations curieuses, bien analysées, et des tableaux synoptiques nettement tracés; il y a enfin, dans tout ce travail, des preuves d'un savoir bien acquis et d'une aptitude vraiment chirurgicale, à laquelle il ne manque plus que l'occasion de faire pour bien faire, et l'autorité personnelle de l'expérience. En admettant parmi vous M. le docteur Serrier, vous ferez un choix qu'il mérite, et qui est digne aussi de la Société médicale d'émulation.

On passe au scrutin, et M. Serrier obtient l'unanimité des suffrages.

— *M. Depaul* communique l'observation suivante. Appelé près d'une femme qu'il avait vue précédemment à la Clinique, et qui était depuis douze heures en travail d'accouchement, il ne put atteindre la partie que l'enfant présentait, à raison d'un vice de conformation du bassin. Introduisant la main dans le vagin, il reconnut à travers les membranes, une région de la tête. Les dimensions du bassin, mesurées d'avant en arrière, étaient de deux pouces trois-quarts à trois pouces. Ce bassin offrait un rétrécissement général, circonstance rare qui présente un très grand obstacle à la parturition. Le col étant complétement dilaté et effacé, M. Depaul rompit les membranes. Il s'écoula beaucoup d'eau. Le cuir chevelu seul parvint à s'engager.

Vingt-quatre heures s'étaient passées depuis la perforation des membranes amniotiques; l'auscultation, plusieurs fois répétée, faisait percevoir nettement les battements du cœur de l'enfant; la femme allait bien, et l'on restait dans l'expectative, lorsque les battements du pouls de la mère s'accélérant, sa langue devenant sèche, son visage rouge et sa voix altérée, M. Depaul résolut d'avoir recours au forceps, dans l'espérance d'amener un enfant vivant. L'instrument, malgré l'étroitesse du bassin, fut appliqué sans beaucoup de peine. La tête fut saisie sur les côtés, et des tractions très fortes, mais raisonnables, furent faites pendant trente minutes. La femme s'épuisait. Les battements du cœur de l'enfant s'étaient affaiblis: il sortit du méconium. On se résolut de perforer la crâne. M. Depaul ayant sans difficulté donné issue à la cervelle, appliqua le céphalotribe, tel qu'il l'a modifié; mais l'instrument glissa cinq ou six fois, et l'enfant ne put être extrait. On laissa reposer la femme. Elle sommeilla une heure, après l'administration d'une préparation opiacée, puis accoucha spontanément, après des contractions énergiques. L'enfant était très volumineux; la tête était grosse, les fontanelles petites, les os épais. Le chevauchement n'avait pu s'exécuter. La malade, qui est au sixième jour, a peu de fièvre, et la sécrétion laiteuse s'est bien établie.

M. Larrey a eu occasion de voir, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un fait très extraordinaire d'absence de toute trace des organes génitaux externes chez une jeune fille de vingt ans, grande, forte et bien faite. M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale, s'occupe de créer, à l'aide d'une opération, un vagin artificiel. M. Larrey s'abstient, par convenance, de donner aucun détail sur ce cas rare et sur les tentatives de l'art pour y remédier, voulant laisser à M. Chaumet toute initiative à cet égard.

REVUE GÉNÉRALE.

Sur la hernie vagino-labiale. — Pendant le mois de janvier 1844, M. Stolz eut l'occasion d'examiner une dame enceinte et constipée qui, à la suite d'efforts pour tousser et pour aller à la garde-robe, sentit se développer une tumeur à la grande lèvre droite. Cette tumeur diminuait lorsque la malade était couchée, mais devenait douloureuse et très grosse dans la station verticale, ainsi qu'à la suite d'occupations fatigantes. La tumeur disparut par la compression que fit M. Stolz pour l'examiner, puis la toux la fit reparaître, et elle rentra ensuite avec facilité. A ces caractères, M. Stolz reconnut une hernie, et il s'assura qu'elle n'était pas inguinale; car la main, appliquée à diverses reprises sur l'anneau et le trajet inguinal, n'empêcha pas la hernie de descendre dans la grande lèvre. L'auteur fut dès lors autorisé à conclure qu'il s'agissait d'une hernie vulvaire ou vagino-labiale. Il est remarquable qu'à la suite des couches cette hernie n'a plus du tout reparu.

En consultant les auteurs, M. Stolz a trouvé que A. Cooper avait

décrit, sous le nom de hernie pudendale, deux faits tout semblables à celui que nous venons de rapporter, et que d'un autre côté Scarpa, dans son travail sur la hernie du périnée, n'avait pas voulu établir de distinction entre la hernie des grandes lèvres et celle du périnée proprement dite. Scarpa, en un mot, a pensé que les hernies dites périnéales chez la femme occupent toujours la grande lèvre, mais ne se montrent jamais entre l'anus et la partie postérieure de la vulve.

M. Stolz s'élève contre cette manière de voir; il pense qu'on peut rencontrer chez les femmes des hernies périnéales bien différentes pour le siége de celle qu'il a observée et qu'a décrite A. Cooper sous le nom de pudendale. M. Stolz croit que, dans les faits de Smellie, dans ceux de Hartmann, de Papen, de Bosc, la tumeur occupant le côté de l'anus et non la grande lèvre, appartenait bien au périnée proprement dit. L'auteur, il est vrai, n'a pas vu de pièces anatomiques propres à confirmer son opinion; mais la disposition de cette région permet de comprendre et doit faire adopter la distinction dont il s'agit. En effet, si le périnée chez la femme a peu d'étendue antéro-postérieure, il est plus étendu transversalement chez l'homme. Cette circonstance peut donc favoriser l'établissement d'une hernie. D'un autre côté, le ligament large de la matrice partage l'excavation pelvienne en deux portions, une antérieure et l'autre postérieure. Or, si une anse intestinale descend au-devant du ligament large sur le côté du vagin, si elle repousse ou écarte les fibres du releveur de l'anus, elle fera hernie dans la grande lèvre et point ailleurs. Si au contraire une anse intestinale descend en arrière du ligament large et glisse entre le vagin et le rectum, elle se montrera sur le côté du périnée près de l'anus; la hernie sera donc périnéale.

De l'iodure de potassium contre la syphilis primitive. — Après les heureux résultats de l'emploi de l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires de la syphilis, il était naturel que l'on fût conduit à se demander si les symptômes primitifs seraient modifiés par cette substance. La *Gazette médicale de Strasbourg* publie un travail de M. Mistler, dans lequel ce médecin se range ouvertement à cette opinion que l'iodure de potassium est très efficace contre la vérole, dans toutes ses périodes, même à son début. Pour l'auteur, tout chancre local et primitif, quelque petit et bénin qu'il soit, une fois développé, se révèle presque toujours, au bout d'un certain laps de temps, par le développement de symptômes consécutifs tels que bubons, ulcérations de la gorge, etc., quoique l'on ait employé tous ses efforts pour prévenir l'absorption du virus. La même chose n'a point lieu lorsque l'iodure de potassium est employé dès le début de l'affection, et conjointement avec le traitement local. Dans ces cas, dit M. le docteur Mistler, l'infection consécutive est aussi rare qu'elle est commune par les méthodes ordinaires, et cependant, ajoute-t-il, le traitement iodé n'influe pas d'une manière bien sensible, ni en bien, ni en mal, sur les symptômes locaux, mais il s'oppose au développement des symptômes consécutifs, en préservant l'économie de l'infection virulente. La rapidité de son absorption, loin de rendre son action incertaine, comme on l'a dit, constitue au contraire la vertu préservatrice qui réside précisément dans cette propriété de stimuler vivement le système lymphatique, et par cela même de contrebalancer l'action du virus syphilitique et de l'empêcher de jeter ses racines dans le corps.

Voici le traitement que M. Mistler a adopté dans la syphilis commençante. Lorsqu'un sujet se présente à lui avec des chancres, il cherche à détruire sur place l'affection locale, s'il est possible; sinon, il la traite par les moyens généralement usités. Mais il cherche toujours à favoriser un tant soit peu la suppuration. En même temps, il soumet le malade au traitement préservatif contre l'affection consécutive, en lui administrant 25 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium dans les vingt-quatre heures. Il est rare qu'il soit obligé d'en faire prendre plus d'un gramme par jour. Cette dose est suffisante dans la plupart des cas. Il continue l'usage de ce remède non-seulement jusqu'à ce que les symptômes locaux sient tout à fait disparu, mais encore quelque temps après, jusqu'à ce qu'enfin l'infection secondaire ne lui paraisse plus à craindre. Ce traitement, dit-il, a sur les autres d'incontestables avantages. Il n'affaiblit pas la constitution comme les antiphlogistiques, n'agit pas sur la bouche et les glandes salivaires comme les mercuriaux, et enfin n'oblige pas à se garantir contre les refroidissements, ainsi que cela est nécessaire quand le malade est soumis au traitement sudorifique; bien plus, il n'entraîne nécessairement aucune restriction dans la diète, ou au régime du sujet qui le suit. Une alimentation substantielle n'est pas une circonstance défavorable à l'action du remède. L'appétit même augmente sensiblement. Le nombre des malades chancreux soumis à ce genre de traitement est trop peu considérable pour que l'on puisse juger de l'importance de cette médication. Mais nous sommes porté à penser, d'après les faits de Wellace et les expériences de M. Ricord, que l'iodure de potassium ne produit pas de grands succès dans le traitement du chancre.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas remarquables d'asphyxie due à la présence de corps étrangers, par M. le docteur Chastanier, de Toulouse.

Les deux cas suivants, observés et publiés par M. Chastenier, méritent d'être signalés à cause de la rapidité avec laquelle la mort est survenue; ils sont d'autant plus remarquables que la pénétration des corps étrangers dans les voies de la respiration peut le plus ordinairement avoir lieu sans qu'il en résulte d'abord de conséquences funestes, et que ces dernières se font attendre pendant un temps plus ou moins long.

Première observation. — Un soldat, mangeant gloutonnement la soupe à la gamelle au milieu de ses camarades, se mit tout à coup à frapper du pied le sol à plusieurs reprises, puis il chancela et tomba à terre sans connaissance. Après quelques mouvements convulsifs et un râle qui persista pendant sept à huit minutes, la mort arriva.

A l'autopsie, pratiquée trente-six heures après le décès, on découvrit un fibro-cartilage étendu sur la paroi postérieure du pharynx et occupant presque entièrement cette cavité. L'extrémité supérieure de ce corps étranger, de consistance ferme, se prolongeait jusqu'à la base du crâne; son extrémité inférieure, d'une consistance plus molle que la précédente et comme gélatineuse, était bifurquée et formait deux appendices, dont l'un se trouvait engagé dans l'ouverture inférieure du pharynx, tandis que l'autre pénétrait dans la glotte qu'il remplissait à peu près exactement, en descendant au-dessous de la corde vocale inférieure. Ce corps étranger, simple supérieurement, envoyait donc inférieurement deux prolongements dans le larinx et le commencement de l'œsophage, et, par conséquent, se trouvait pour ainsi dire à cheval sur le repli de la membrane muqueuse qui unit les deux cartilages arythénoïdes.

Deuxième observation. — Un soldat, affecté d'une maladie syphilitique, fut envoyé à l'hôpital. En s'y rendant, il but de l'eau-de-vie à plusieurs reprises, de telle sorte qu'il était complètement ivre à son arrivée et qu'il s'endormit aussitôt. Quelques heures s'étaient à peine écoulées que l'infirmier de service vint, en toute hâte, réclamer le chirurgien de garde. Le malade, qui s'était éveillé, avait vomi très abondamment, puis était tout à coup retombé sur son lit complètement privé de connaissance, et, après quelques mouvements convulsifs, il avait succombé très rapidement.

A l'ouverture du cadavre, qui exhalait une odeur alcoolique très prononcée, on ne rencontra point de lésion organique tranchée. Divers organes, et notamment l'encéphale, étaient congestionnés comme ils le sont généralement dans toutes les asphyxies, et déjà l'on penchait à croire que l'ivresse avait été la cause unique des accidents lorsqu'en fendant le conduit aérien on reconnut que la cavité du larynx et le commencement de la trachée artère étaient presque entièrement obstrués par une espèce de bouillie assez consistante et formée d'aliments. Pendant le vomissement, un mouvement convulsif d'inspiration avait déterminé l'introduction de cette sorte de tampon dans les voies aériennes.

Note sur la préparation du taffetas vésicant; par M. Dubuisson, pharmacien.

Les formules pour la préparation du taffetas vésicant sont loin d'être rares; mais, parmi elles, les unes donnent un produit dont l'action n'offre rien de constant; les autres fournissent un médicament dont l'effet est trop irritant; presque toutes enfin, ont l'inconvénient grave de ne laisser pour résultat qu'un taffetas de difficile conservation. La formule suivante, communiquée par M. Dubuisson à la Société de pharmacie, a l'avantage de l'emporter sur toutes les autres, tant par sa simplicité que par l'excellence de son produit.

Extrait hydralcoolique de cantharides préparé par macération,	4 parties.
Gélatine pure,	1 partie.
Eau chaude,	Q. S.

On fait dissoudre la gélatine dans l'eau, puis on délaye l'extrait dans la solution, de manière à obtenir un liquide un peu chargé.

Alors, on étend sur une planche une toile cirée d'un demi-mètre carré environ, que l'on a soin de fixer bien solidement au moyen de petits clous; puis on applique sur toute sa surface, à l'aide d'un pinceau, une couche de la solution chaude ci-dessus, en ayant l'attention de repasser le pinceau à plusieurs reprises, et toujours dans le même sens, afin d'obtenir un enduit d'une épaisseur bien uniforme. On place la toile à l'étuve, et, lorsque la couche est bien sèche, on en étend successivement une seconde, puis une troisième, toujours en prenant les mêmes précautions que pour la première.

Ce taffetas, dans la préparation duquel il serait, sans aucun doute, avantageux de remplacer l'extrait hydralcoolique par l'extrait aqueux de cantharides, en raison du prix moins élevé et de l'action vésicante plus énergique de ce dernier, ce taffetas, disons-nous, est d'un effet certain. En effet, dans quatre applications qui ont été tentées avec lui, sur quatre sujets différents, l'épiderme a toujours été soulevé dans l'espace de quatre heures.

Correspondance.

Bordeaux, le 22 novembre 1845.

Monsieur et honoré confrère,

Parti de Paris lundi dernier, 17 de ce mois, je n'ai pu signer le procès-verbal d'exhumation des restes de Bichat. C'est l'omission d'un fait qu'il m'est impossible de réparer, et que je regrette profondément.

Mais j'ai assisté toute la journée du dimanche aux pieuses cérémonies qui ont eu lieu, et je tiens trop à l'honneur que j'ai eu de faire partie de la Commission de la translation des restes de notre immortel Bichat, pour que je n'en vienne pas réclamer ma part. Délégué de l'Association médicale de la Gironde, c'est en son nom que j'ai été désigné pour faire partie de cette commission; c'est aussi pour elle que je revendique cet honneur, et pour lui prouver que je n'ai pas manqué à ma mission.

Veuillez, je vous prie, pour tout justifier à cet égard, insérer ma lettre dans le Journal officiel du Congrès.

Agréez, etc.,

Costes,
Délégué de l'Association médicale de la Gironde.

Monsieur le Rédacteur,

La Gazette médicale de Strasbourg prouve de la manière la plus catégorique que, contrairement aux documents qui m'avaient été fournis, ce sont les élèves refusés à Strasbourg qui vont se faire recevoir à Montpellier, et non point ceux de Montpellier qui viennent à Strasbourg.

Bien que cette rectification ne change en rien le fond de mon argumentation, qui consistait à prouver que l'enseignement ne recevant pas les mêmes développements dans les trois Facultés, le titre qu'elles confèrent ne devrait pas être identique; cependant je m'empresse de vous signaler moi-même mon erreur, en vous priant d'insérer cette note dans l'un de vos plus prochains numéros.

Personne, d'ailleurs, n'apprécie plus que moi le mérite des hommes éminents que renferment Strasbourg et Montpellier; aussi est-ce uniquement sur l'impossibilité matérielle d'égaliser les ressources scientifiques dans les trois villes de Paris, de Strasbourg et de Montpellier, que je me suis fondé pour établir l'impossibilité d'égaliser la valeur des hautes études médicales et par conséquent la valeur du diplôme.

Agréez, etc. H. Landouzy, du Reims.

21 novembre 1845.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

Présidence de M. Boullay, vice-président.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1845 (de 4 heures à 6.)

Section de pharmacie. — *Rapport de la Commission n° 8* (M. Belin, de Versailles, rapporteur.) — *Herboristes.* — *Vétérinaires.* — *Pharmaciens dits spéciaux.* (Voir le dernier numéro.)

Messieurs et confrères,

Je viens au nom de la huitième Commission (section de pharmacie) vous faire connaître les réponses qu'elle fait aux questions qui lui ont été posées, et les considérations sur lesquelles elle croit devoir les appuyer.

Trois questions ont été soumises à son examen :

1° La profession d'herboriste doit-elle être maintenue, supprimée ou simplement modifiée?

Votre Commission pense que la profession d'herboriste est non-seulement inutile, mais encore dangereuse et contraire aux intérêts de l'humanité.

Inutile, car cette profession n'existait pas avant la loi de germinal an XI où sa création ne fut qu'une malheureuse nécessité du moment; il est bien certain qu'avant cette époque, quoique les pharmaciens fussent en moins grand nombre qu'aujourd'hui, ils fournissaient toutes les plantes propres à satisfaire aux besoins de la médecine.

Dangereuse et contraire aux intérêts de l'humanité, par ce seul fait que l'herboriste est soumis à des examens qui n'ont aucune portée scientifique. Pour obtenir son certificat, il lui suffit de nommer, comme le ferait un simple jardinier, une douzaine de plantes dont il ne connaît ni les caractères, ni les vertus; aussi donne-t-il chaque jour au public des plantes plus ou moins vénéneuses, qui déterminent souvent de graves accidents. Le pharmacien, au contraire, doit subir un examen très étendu sur la botanique; il doit, en outre, connaître la propriété des plantes: il offre donc à cet égard toutes les garanties nécessaires. N'est-il pas juste que seul il soit chargé de livrer les plantes employées en médecine?

Ces considérations ont paru suffisantes à votre Commission pour voter à l'unanimité la suppression de l'herboristerie.

Sur la deuxième question, ainsi posée :

Les médicaments à l'usage de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire étant de même nature, sont incontestablement du ressort de la pharmacie; les vétérinaires sont-ils fondés à s'attribuer concurremment avec les pharmaciens le droit de les préparer et débiter, et ne doivent-ils pas se contenter de les prescrire?

La Commission fait observer que, comme il est reconnu dans la question même, les médicaments à l'usage de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire étant de même nature, sont incontestablement du ressort de la pharmacie, la raison et le droit disent naturellement que les vétérinaires ne doivent que prescrire, mais jamais vendre ni préparer de médicaments; elle ne trouve aucun motif assez puissant pour apporter des modifications à ce principe.

Les vétérinaires prétendent, il est vrai, qu'ils se servent de médicaments spéciaux, qui ne sont point consignés dans un Codex comme le sont ceux employés par les médecins; que le plus ordinairement les gens de la campagne sont éloignés des pharmacies, et qu'ils ne pourraient se procurer assez à temps les médicaments dont ils ont besoin pour les animaux; que d'ailleurs ils ont bien le droit de préparer et vendre des médicaments, puisque dans les Ecoles du gouvernement on les oblige à apprendre la pharmacie.

Pour combattre ces arguments, plus spécieux que fondés, votre Commission répond que, s'il n'y a pas de Codex où soient consignés les médicaments à l'usage de la médecine vétérinaire, il est facile de combler cette lacune, et c'est positivement ce que vient de faire le Congrès en décidant qu'à l'avenir les formules de ces médicaments seront imprimées dans le Codex; que si les personnes de la campagne sont éloignées des pharmacies, elles le sont également des vétérinaires, qui habitent le plus ordinairement des chef-lieux d'arrondissement et de canton, dans lesquels sont établis des pharmaciens; que ce serait en vain que l'on prétexterait du besoin de porter des médicaments avec soi pour aller soigner les animaux malades; car la plupart n'en portent jamais; que les vétérinaires ont tort de penser qu'ils ont acquis le droit de préparer et de vendre des médicaments, par cela seul qu'ils sont obligés d'apprendre la pharmacie, puisque les médecins sont dans la même obligation, et que cependant la loi leur en a toujours interdit la vente.

Ajoutons que l'autorité elle-même a si bien senti que ce droit ne pouvait leur être accordé, que dans chaque dépôt de remonte des départements de l'Orne, de la Manche, du Calvados, du Pas-de-Calais, etc., elle a chargé spécialement un pharmacien de fournir tous les médicaments simples ou composés nécessaires au service de ces établissements. Aussi, Messieurs, pensons-nous que les vétérinaires ne peuvent que prescrire mais jamais préparer ni vendre des médicaments.

La troisième et dernière question a pour objet les pharmaciens spéciaux. Elle est ainsi conçue : « Relativement à l'existence de certaines pharmacies dites spéciales, le Codex impose à tout pharmacien l'obligation de tenir dans son officine, à la disposition du public, un certain nombre de médicaments simples ou composés, qu'il désigne par un astérisque. Cette prescription formelle du Codex est-elle compatible avec l'existence de quelques pharmacies prétendues spéciales, qui se bornent à l'exploitation d'un petit nombre de médicaments? »

Cette question a été soumise à un examen mûrement approfondi; il était difficile de la traiter sans entrer dans le domaine des spécialités dont ces pharmacies sont la conséquence. Cependant, Messieurs, voulant rester dans les limites qui nous ont été tracées, nous vous présenterons seulement quelques considérations prises parmi celles que l'on a fait valoir au sein de la Commission. Nous dirons qu'il ne peut y avoir qu'une seule espèce de pharmacie; que le pharmacien doit préparer et conserver dans son officine les médicaments nécessaires au soulagement des malades, afin de pouvoir les livrer au moment même où le besoin s'en fait sentir; que c'est un devoir d'humanité auquel nul n'a le droit de se soustraire; que les pharmacies spéciales sont contraires aux intérêts généraux de la pharmacie et de la société; qu'il faut attribuer leur création à l'état déplorable dans lequel notre profession est tombée depuis plusieurs années, et à la position souvent fâcheuses où la concurrence a placé quelques-uns de nos confrères. Mais si, comme le pense votre Commission, si, comme nous devons tous l'espérer, la loi que nous sollicitons, basée sur la raison et l'équité, vient satisfaire à tous les besoins de la pharmacie; si le pharmacien est appelé à prendre le rang auquel il e le droit de prétendre par sa moralité et par les services qu'il rend chaque jour à la science et à l'humanité; comme elle, vous penserez aussi qu'il ne doit plus y avoir de pharmaciens spéciaux.

Par ces motifs, la huitième Commission vous propose de prendre les conclusions suivantes :

(Les conclusions proposées par la Commission n° 8 ayant été adoptées par la section de pharmacie, après avoir subi de très légères modifications, nous les présentons immédiatement telles qu'elles ont été votées.)

Des Herboristes.

1° A l'avenir, il ne sera plus délivré de certificats d'herboristes.

2° Les herboristeries actuellement existantes seront successivement supprimées par voie d'extinction, c'est-à-dire à la mort des titulaires.

3° Les herboristes exerçant aujourd'hui devront se borner à la vente des *plantes indigènes* non vénéneuses, entières, vertes ou sèches, et n'ayant subi aucune préparation.

4° Ils ne pourront cumuler d'autre profession que celle de grènetier.

5° Les cultivateurs ou collecteurs de plantes pourront seuls continuer de faire le commerce en gros de toutes les espèces employées en médecine.

Des Vétérinaires.

L'exercice de la médecine vétérinaire étant incompatible avec celle de la pharmacie, les vétérinaires ne pourront préparer ni vendre de médicaments simples ou composés.

Des Pharmaciens dits spéciaux.

Les pharmaciens doivent tenir dans leurs officines tous les médicaments qui sont notés au Codex comme étant d'un usage général.

Le pharmacien ne peut prendre pour lui d'autre qualification que celle de pharmacien, ni donner à son établissement d'autre titre que celui de pharmacie.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-sixième liste,

M. Fourniet, pharmacien à Plonsion (Aisne).
M. Ollivier, pharmacien de l'Ecole de Montpellier, à Cognac (Haute-Vienne).
M. Santon, médecin à Saint-Hippolyte (Doubs).
M. Méton, médecin à Goux.
M. Tuafferd père, médecin à Montbéliard.

M. Tuafferd fils, médecin à Montbéliard.
M. Oustolet, médecin à Montbéliard.
M. Cucuel, médecin à Montbéliard.
M. Duvernoy, médecin à Audincourt.
M. Fouché (Alexandre), pharmacien à Paris.
M. Jacob, médecin à Paris.
M. Fée, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pharmacien principal à l'hôpital militaire de Strasbourg.
M. le docteur Lacroix, à Montauban (Tarn-et-Garonne).
M. le docteur Delmas Debia, à Montauban.
M. le docteur Tournade, membre de la Société médicale de La Rochelle, à Saint-Médard près La Rochelle.
M. Thomas, vétérinaire à Avignon (Vaucluse).
M. Brun, vétérinaire à Avignon.
M. Soumille, vétérinaire à Avignon.
M. le docteur Tourrel, à Lisle.
M. le docteur Ballet, à Boulogne (Seine).
M. le docteur Arsène Darrieux, maire, à Saint-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées).
M. le docteur Henri Laurens, à Saint-Jean-Pied-de-Port.
M. Pierre Peytavi, pharmacien à Saint-Jean-Pied-de-Port.
M. Hugerot, pharmacien à Vienne (Isère).
M. Bergeron, pharmacien à Vienne.
M. Marchand, pharmacien à Vienne.
M. Mermet, pharmacien à Vienne.
M. Viguier, pharmacien à Vienne.
M. le docteur Moreau, à Saulieu (Côte-d'Or).
M. le docteur Jobin, à Saulieu.
M. Roujon, pharmacien, membre de la Société de médecine d'Angers.
M. Capelle, pharmacien à Paris.
M. le docteur Boyer, à Lorris (Loiret).
M. le docteur Poumier, à Montargis.
M. le docteur Casaubon, à Paris.
M. le docteur Gachet, à Paris.
M. Petelard, médecin-vétérinaire à Tours.
M. le docteur Paguégny, à Paris.
M. le docteur Bonnet, à Paris.
M. le docteur Brossard, à Paris.
M. Naples, médecin à Paris.
M. Crozet, pharmacien à Ambert (Puy-de-Dôme).
M. le docteur Mavet, à Ambert.
M. Dublanc, chef des laboratoires de la pharmacie centrale de Paris, quai de la Tournelle, 53.
(Délégué du département de l'Aube.)

M. Oudart,	pharmacien du département de l'Aube.
M. Marchandé,	id.
M. Courtat,	id.
M. Bardin,	id.
M. Gallot,	id.
M. Namur,	id.
M. Oudart jeune,	id.
M. Ray,	id.
M. Ferrand Truelle,	id.
M. Roger,	id.
M. Valery Truchot,	id.
M. Dupont,	id.
M. Ramillon,	id.
M. Chertier,	id.
M. Sevenet,	id.
M. Giot,	id.
M. Cruchet,	id.
M. Vallée,	id.

M. le docteur Fournier de Lampdes père, à Paris.
M. Heurtault, médecin, membre correspondant de l'Académie de médecine d'Issoudun.
M. Gonthier, médecin à Issoudun.
M. Gaucbet, médecin à Issoudun.
M. Carraud, médecin à Issoudun.
M. Ragneau-Berthault, médecin à Poulames.
M. Brynk, médecin à Vatan.
M. Soulas, médecin à Reuilly.
M. Goinbault, pharmacien à Issoudun.
M. Bujeard, pharmacien à Issoudun.
M. Pelletier, pharmacien à Issoudun.
M. Dessiaux, pharmacien à Issoudun.
M. Pigelet, pharmacien à Issoudun.
M. Piéplu, médecin, rue d'Albouy, 7.
M. Percheron, médecin, rue Bourbon-Villeneuve, 63.
M. Guillon, pharmacien à Guéret.
M. Florand, pharmacien à Guéret.
Société de médecine vétérinaire du département du Loiret.
M. le docteur Roy, à Recize (Nièvre).
M. le docteur Couturier, à Vienne (Isère).
M. le docteur Godefroy, à Vienne.
M. le docteur Trenel, à Vienne.
M. le docteur Rondet, à Vienne.
M. le docteur Druge, à Vienne.
M. le docteur Biru, à Vienne.
M. le docteur Rouvière, à Montfort près Brignoles (Var).
M. le docteur Pâris, à Gray (Haute-Saône).
M. le docteur Sullivan, à Moulins (Allier).
M. le docteur Bergeon, médecin des prisons à Moulins.
M. Marty, vétérinaire à Fontenay-le-Comte (Vendée).
M. Chapard, vétérinaire à Paris.
M. Faucon, pharmacien à Paris.
M. Behier, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.
M. Bosquet, vétérinaire à Paris.
M. Fremy, président de la Société de pharmacie de Paris, à Versailles.
M. Dupouy, pharmacien à Coutras, arrondissement de Libourne (Gironde).
M. Seymard, pharmacien à Apt (Vaucluse).
M. Bertrand, vétérinaire à Apt.
M. Chauvet, médecin à Apt.
M. Otterbourg, médecin à Paris.
M. Dufay, médecin à Paris.
M. Loyauté, médecin à Preuilly (Indre-et-Loire).
M. Faulcon, médecin, membre associé de plusieurs Sociétés savantes, à Preuilly.
M. Boucher, vétérinaire à Saint-Andéol (Bouches-du-Rhône).
M. Dejon, pharmacien à La Ferté-Alais (Seine-et-Oise).
M. Haulon, médecin, délégué de l'arrondissement de Bagnères-de-Bigorre (Haute-Pyrénées).
M. Bourguette, médecin à Bagnères-de-Bigorre.
M. Grand, médecin à Montrejean (Haute-Garonne).
M. Amstein, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Mézières et du sacré cœur de Charville.
M. Puel, médecin à Paris.
M. de Brieude, médecin à La Ferté-Aleps (Seine-et-Oise).
M. Delacour, pharmacien à Egreville (Seine-et-Marne).
M. Leaux, médecin à Egreville.
M. le docteur Azum, à Egreville.
M. Orcet, pharmacien, à Egreville.
M. Pascal, médecin à Lorrez-le-Bocage.
M. le docteur Mayence, à La Chapelle-la-Reine.
M. Loyer, vétérinaire, à Nemours.
M. Morean, vétérinaire, à Nemours.
M. le docteur Goupil, à Nemours.
M. le docteur Lacombe, à Périgueux (Dordogne).
M. le docteur Perex, à Montauban (Tarn-et-Garonne).
M. le docteur Rens, à Montauban.
M. le docteur Raynaud, à Montauban.
M. le docteur Lasserre, à Montauban.
M. le docteur Presseq, à Montauban.
M. le docteur Caloinhac, à Montauban.
M. le docteur Sérac, à Montauban.
M. le docteur Rivsirol, à Montauban.
M. le docteur Bonnecase, à Montauban.
M. le docteur Auberge, à Montauban.
M. le docteur Bonnaffé, à Montauban.
M. le docteur Encontre, à Montauban.
M. le docteur Canebier, à Montauban.
M. le docteur Laval, à Montauban.
M. le docteur Combes-Brassard, à Montauban.
M. le docteur Delcane, à Montauban.
M. Segny, médecin à Montauban.
M. Delcane, médecin à Montauban.
M. le docteur Larramet, à Montech.
M. le docteur Mercadier, à Montclar.
M. Malfre, médecin à Montclar.
M. Amilhau, médecin à Montclar.
M. le docteur Grieumard, à Négrepelisse.
M. Régambert, médecin à Négrepelisse.
M. le docteur Limeyrac, à Caussade.
M. le docteur Jerudun, à Caussade.
M. le docteur Pellet, à Caussade.
M. le docteur Rolland, à Montpérat.
M. Pasquier, médecin à Puy-Laroque.
M. le docteur Romignières, à Verdun.
M. le docteur Roynes, à Caylus.
M. le docteur Lavergne, à Caylus.
M. le docteur Rolland, au Mas-Grenier.
M. Dubarry, médecin à Finhan.
M. le docteur Cazes, à Lanzerte.
M. le docteur Maupas, à Lavit.
M. Laforet, médecin à Lavit.
M. le docteur Maury, à Castel-Sarrazin.
M. le docteur Chamaison, à Castel-Sarrazin.
M. le docteur Perès, à Moissac.
M. le docteur Claurel, à Moissac.
M. le docteur Brousse, à Moissac.
M. le docteur Delbrel, à Moissac.
M. le docteur Grand, à Castel-Sarrasin.
M. le docteur Maury, à La Francaise.
M. Régambert, médecin à Réalville.
M. le docteur Bringuier, à Vazérac.
M. le docteur Delmas, à Lexis.
M. le docteur Teulières, à Auvillar.
M. le docteur Solon, à Villebrumier.
M. Delpech, médecin à Larrazet.
M. Prax, pharmacien à Montauban.
M. Teuly, pharmacien à Montauban.
M. Fayet, pharmacien à Montauban.

Total de la vingt-cinquième liste,	177
Listes précédentes,	4477
Total général, à ce jour,	4654

NOUVELLES.

Lundi prochain, 1er décembre, M. le docteur Rigal (de Gaillac) fera dans l'amphithéâtre de M. le professeur Roux, à l'Hôtel-Dieu, une démonstration publique de son nouveau système de déligation chirurgicale.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera son Cours public d'angéiologie et de névrologie, le lundi 1er décembre à une heure, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 145. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Résection du coude. Des résections en général.

Nous avons actuellement dans notre service deux malades au sujet desquels il ne sera pas déplacé de vous présenter quelques considérations sur les résections, et en particulier sur la résection du coude, l'une des plus fréquentes que l'on pratique habituellement. Ces deux malades sont : une jeune femme couchée au numéro 5 ou 6 de la salle Saint-Charles, et dont nous allons, plus bas, vous raconter l'histoire plus en détail; et un homme couché à la salle Sainte-Marthe. Nous devons dire, pour ce dernier malade, atteint d'une tumeur blanche du coude, qu'il a, jusqu'à présent, résisté à toutes les instances que nous avons faites près de lui pour le déterminer à cette opération. Il n'y veut point consentir, et dit qu'il préfère l'amputation du bras. C'est en vain que nous lui avons présenté un homme couché actuellement dans la même salle Sainte-Marthe, opéré de résection dans des circonstances absolument pareilles, il y a sept ou huit mois, parfaitement guéri au bout de trois semaines, et chez lequel il ne reste plus que quelques traces de l'affection pour laquelle nous l'avons opéré. Le malade s'obstine dans sa résolution, qui me fâche, me chagrine, et que nous nous efforcerons cependant encore de vaincre par de nouvelles instances.

La jeune femme de la salle Saint-Charles se trouve dans une position tout à fait exceptionnelle, qui ne doit se présenter que fort rarement, et qui a dû nécessairement influer quelque peu sur la détermination que nous avons prise de lui pratiquer la résection des têtes osseuses malades, plutôt que l'amputation du membre entier, bien que la maladie articulaire du coude ne soit point encore à un degré extrême. Voici quelles sont les circonstances auxquelles nous faisons allusions.

Cette femme a en même temps deux tumeurs blanches de l'articulation du coude. Le membre supérieur de chaque côté s'est pris simultanément; elle était déjà depuis quelque temps couchée à la salle Saint Charles, lorsque nous fûmes chargé de cette salle, par suite de dispositions intérieures et d'une nouvelle distribution des services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu, dans les premiers mois de cette année.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, la nature était en voie de terminer par ankylose la maladie du côté gauche. Depuis lors, le travail pathologique s'est continué dans le même sens, et l'ankylose est maintenant complète; le membre est maintenant dans un état de demi-flexion telle, qu'il forme un angle obtus, et qu'il est devenu tout à fait inutile à la malade, qui ne peut s'en servir.

La maladie du côté droit a continué à faire des progrès jusqu'à ces derniers temps. Elle paraît maintenant stationnaire. L'articulation du coude présente un volume assez considérable, dû principalement au gonflement des extrémités osseuses. De plus, il y a des ouvertures fistuleuses par lesquelles s'écoule constamment une assez grande quantité de pus. Certes, il ne serait pas impossible que par l'intervention de la nature, l'affection de ce côté ne se terminât, comme celle du côté gauche, par ankylose.

Raisonnons un moment dans cette hypothèse. Représentez-vous cette malheureuse femme, jeune encore, déjà affectée d'une ankylose du côté gauche, et guérissant du côté droit avec ankylose également, avec immobilité complète de l'articulation du coude. Ne serait-ce pas, je vous le demande, un spectacle bien affligeant, une situation tout à fait digne de pitié, et ne devons-nous pas à tout prix chercher à la prévenir? Deux ankyloses des coudes, à angle obtus, ne permettraient à cette malheureuse de se servir de ses bras que pour un nombre fort restreint des actes journaliers de la vie; on peut dire qu'elle se trouverait réduite à une impotence presque complète.

C'est la crainte de voir survenir une pareille terminaison de la maladie dont elle est atteinte, qui nous a fait songer de bonheur à pratiquer la résection des extrémités osseuses gonflées anormalement. Ceux de nous qui n'ont pas encore vu pratiquer l'opération dont il s'agit, qui n'ont pas eu non plus l'occasion de nous entendre développer les résultats des résections, se demandent peut-être en quoi la position de cette malade sera plus avantageuse lorsque nous aurons fait cette résection. Il importe de savoir d'abord que consécutivement à une résection du coude, jamais nous n'avons vu jusqu'à présent dans aucun cas survenir la soudure des extrémités osseuses. C'est une loi qui ne souffre pas d'exceptions. Jamais il ne se forme d'ankylose secondaire. Toujours les deux os de l'avant-bras conservent sur l'humérus une mobilité plus ou moins complète; il s'établit là une sorte de pseudarthrose, de fausse articulation qui permet au malade d'exécuter un grand nombre de mouvements normaux du membre. Cependant il faudrait se garder de croire qu'il y eût reproduction complète des surfaces articulaires accidentées, par lesquelles se trouvent réunis les os du membre supérieur. Le plus souvent il n'y a qu'une sorte de convexité irrégulière des os, mais qui permet néanmoins aux deux parties du membre de se mouvoir l'une sur l'autre. Le membre sur lequel on a pratiqué une résection est encore apte à beaucoup de fonctions. Le sujet peut encore se livrer à des exercices très variés. Nous ne vous citerons pour exemple que le malade dont nous vous avons parlé plus haut, et qui se trouve momentanément dans nos salles, après avoir subi il y a sept ou huit mois une résection du coude. Il peut serrer beaucoup d'objets d'un usage journalier, peut porter sa main à sa bouche, conserver enfin des mouvements assez réguliers et assez étendus. Nous avons vu des exemples très curieux d'individus qui ont pu se livrer, après avoir subi des résection du coude, à des occupations qui exigeaient de la dextérité et une certaine force.

Un des premiers sujets sur lesquels nous avons pratiqué cette opération était rémouleur de son état; il a pu quelque temps après être sorti de l'hôpital, reprendre son état et conduire dans les rues de Paris la petite meule roulante dont il faisait usage. On a pu voir pendant plusieurs années cet homme exercer son état sur le Pont-aux-Change, où il stationnait habituellement. Nous avons également opéré de cette manière une fille qui était femme-de-chambre, et qui après son opération reprit son état d'abord, puis se maria, et se sert encore de son bras avec beaucoup d'habileté. Pour en revenir à notre jeune malade, c'est avec la conviction dans laquelle nous sommes que la résection des extrémités osseuses par lesquelles est constituée l'articulation huméro-cubitale doit avoir pour elle, et dans un court espace de temps, les résultats les plus avantageux, que nous lui avons proposé cette opération, plutôt que d'attendre l'ankylose, la terminaison la plus heureuse que la nature puisse amener dans un cas pareil. Une fois cette résolution prise, et la malade consentante, nous n'avons pas cru devoir tarder plus longtemps, et laisser faire à la maladie des progrès plus considérables.

Profitons de cette occasion pour vous dire quelques mots de l'opération que nous allons faire sous vos yeux, considérée en général, et principalement dans l'articulation du coude, lieu où elle se pratique le plus souvent. C'est dans l'immense majorité des cas pour arrêter le cours de l'affection que l'on désigne sous le nom de *tumeur blanche* des articulations, que l'on met en usage les résections. Cependant, telle n'est pas la seule circonstance dans laquelle on la pratique. On peut la faire encore dans des cas bien différents, chez des sujets, par exemple, qui ont reçu des blessures par armes à feu, et chez lesquels le projectile a déterminé des fracas osseux.

Vous savez que la maladie que l'on désigne sous le nom un peu vague, j'en conviens, de tumeur blanche, et, pour le dire en passant, toute vague qu'elle est en réalité cette expression nous semble encore la meilleure et doit être conservée de préférence à toutes les autres; le vague même de cette dénomination fait qu'elle peut s'appliquer aux manières d'être si différentes et si nombreuses que peut présenter la maladie qui nous occupe; vous savez, dis-je, que cette maladie que l'on désigne sous le nom de tumeur blanche se termine souvent par ankylose, par soudure des extrémités osseuses; si elle ne se termine pas de cette manière, il n'y a que deux choses à tenter : ou l'amputation du membre au-dessus de l'articulation malade, ou la résection de la portion

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Utilité de la mise en scène. — Les académies en déshabillé. — Chervin et M. Dubois (d'Amiens). — Larrey et M. Pariset. — Bienfaits de la littérature. — Un pharmacien incandescent. — Le cumul des places. — La priorité d'une idée.

L'Académie de médecine a tenu, mardi dernier, sa séance annuelle et solennelle. J'ai vu le temps où cette docte compagnie demandait, pour pareille fête, à des murs hospitaliers une enceinte plus vaste; tantôt le grand amphithéâtre de la Faculté l'abritait sous sa voûte et de pierre et de verre; tantôt c'était sous le plafond coquet de la Sorbonne que résonnait l'harmonieuse prose de M. Pariset; un jour même, jour d'éternelle mémoire, ce fut sous la coupole illustre de l'Institut, sur ces mêmes banquettes où s'asseoient Chateaubriand et Lamartine, que s'assirent nos célébrités médicales, et face à face avec Bossuet et Corneille, avec Racine et Fénelon. Quelquefois l'Académie ne quittait pas ses foyers domestiques, mais alors, du moins, la solennité du jour se trahissait par quelques apprêts particuliers : des tapis, des tentures, des fauteuils dorés, quelque supplément au luminaire, un je ne sais quoi enfin, annonçaient qu'il s'agissait de toute autre chose que d'eaux minérales ou de remèdes secrets. — Cette année, l'Académie n'a pas quitté son toit paternel; sa demeure est restée vierge de tout ornement emprunté, et le trésorier de l'endroit a fait les choses avec la plus stricte économie. Eh bien! je crois que c'est un tort. On ne se figure pas assez généralement combien, dans presque toutes les affaires de ce monde, un peu d'apprêt, un peu de cérémonial, dirai-je le mot, un peu de mise en scène est utile et favorable. Hommes, institutions qui voulez qu'on vous prenne au sérieux, à qui besoin est d'exercer sur les masses un ascendant réel, ne négligez pas la mise en scène! C'est un élément de succès plus puissant qu'on ne croit. Les académies surtout ne doivent pas trop être vues en déshabillé; s'il n'y a pas de héros pour les valets de chambre, il y a moins encore d'académie sans un peu de pompe et d'appareil. Les méridionaux comprennent bien mieux cela que nous autres froids Parisiens. Allez voir en Italie les fêtes académiques; quel luxe de tentures! quelle profusion de fleurs! comme tout parle aux yeux, aux oreilles, à tous les sens! Et sans sortir de notre France, demandez, par exemple, à nos compatriotes toulousains comment ils comprennent les solennités de cette sorte, et ce qu'ils penseront de votre négligence étrange et de cet abandon complet de tout ce qui frappe et séduit.

Il faut bien néanmoins savoir prendre les choses telles qu'elles sont, et, à défaut de fleurs et de tentures, voyons un peu si le public nombreux et distingué qui formait l'assistance a reçu quelques compensations.

M. Dubois (d'Amiens) a ouvert la séance par une notice historique sur les travaux de Chervin. M. Dubois a réussi, et cela devait être; le choix du sujet, cette noble vie de Chervin toute de dévouement et d'enthousiasme, les luttes de ce brave et vaillant athlète, le désintéressement de cet homme de bien qui sacrifia son existence et sa fortune à la conquête d'une idée, l'héroïque et touchante pauvreté de ce martyr de la science, ses dernières vingt années passées sous un toit hospitalier, sa mort dans le lit confraternel d'un digne médecin de province, son testament que l'on croirait emprunté à Plutarque, voilà de ces choses qu'il faudrait être bien malheureux de ne pas sentir, bien malheureux de ne pas savoir exprimer. M. Dubois les a rendues avec bonheur, simplement, dignement comme cela convenait au héros, sous une forme qui fait doublement honneur au caractère et au talent de l'orateur. M. Dubois a eu cette fois l'extrême bon goût de ne pas viser à l'effet purement littéraire; je l'en félicite pour Chervin d'abord, un de ces hommes dont il faut parler, comme il l'a fait, avec le cœur et non avec la rhétorique; pour lui-même ensuite, car d'autres prétentions eussent singulièrement souffert de l'écrasant parallèle que M. Pariset lui préparait.

En effet, l'illustre secrétaire perpétuel a lu ensuite l'éloge de Larrey.

Quel éminent artiste que M. Pariset! quel admirable constructeur de langage, et que ses constructions offrent de grâce, de légèreté, de finesse et de goût! Qui jamais a manié la période avec plus de bonheur, d'éclat et de nombre! « La médecine a ses martyrs et ses gloires comme la religion; et si vous remettez un moment dans vos esprits les nobles qualités qui forment le chirurgien militaire, la patience et le courage, la douceur et la fermeté, la pitié la plus tendre et la sévérité la plus inflexible, une vigilance infatigable, un entier oubli de soi-même, un dévouement absolu pour les malheureux, et, lorsqu'il faut secourir la souffrance, réparer les ruines d'une organisation mutilée et rallumer une vie près de s'éteindre, un génie inventif, dont les soudaines inspirations mettent, pour ainsi dire, entre les mains des ressources inespérées et des procédés où la hardiesse est tempérée par la prudence et l'audace par le sang-froid; si, dis-je, vous rassemblez toutes les parties de ce tableau, et si ce tableau s'achève dans votre pensée, cherchez s'il est une seule de ces vertus de l'âme, s'il est un seul de ces talents de l'esprit qui ait manqué à l'homme dont je dois vous entretenir, à l'un des plus illustres membres de votre compagnie, à Jean-Dominique Larrey. »

Quel narrateur vif, rapide, animé! « Larrey avait été mandé à l'armée d'Angleterre, c'était l'être à l'armée d'Orient. Il vole à Toulon; médicaments, linge, instruments, tout ce que demandent les nécessités de la guerre, tout est réuni par ses soins, tout est mis en caisse et embarqué. Des chirurgiens manquent, il en demande de partout. Montpellier, Toulouse, l'Italie lui en envoient cent huit, tous jeunes, tous instruits, tous pleins de courage et de résolution. Il les distribue sur les vaisseaux. Enfin le 13 mai 1795, la flotte lève l'ancre; elle paraît sur la mer, elle marche, et, ralliant à mesure qu'elle avance, des vaisseaux partis de Bastia, de Gênes, de Civita-Vecchia, elle arrive complète, le 9 juin, sous l'île de Goze, et le 10 devant Malte. Elle demande de l'eau, Malte conteste, est menacée, s'épouvante et se rend. En neuf jours tout y est changé. Le 19 juin la flotte reprend la mer; elle est le 28 devant la terre basse de l'Egypte. L'armée débarque. Le 5 juillet, Alexandrie est prise; le 6, Bonaparte marche sur le Caire. Ce feu d'action, qui se répandait dans toute l'armée, était son arme redoutable. Larrey avait la même ardeur, et courait sur les pas du général, d'Alexandrie au Caire, du Caire à Suez, de Suez à Salehieh, El Arisch, Gaza, Jaffa, Saint-Jean-d'Acre, Nazareth, dans la funeste expédition de Syrie; et après sa rentrée en Egypte, d'Aboukir à Héliopolis. »

S'agit-il de décrire? Ecoutez ce magnifique langage : « C'est ainsi que des régiments, que des bataillons tout entiers disparaissent et noircissent de leurs cadavres la surface éclatante de ces plaines désolées (retraite de Moscou). Le jour, ceux qui ont le malheur de survivre, se réunissent en colonnes, et continuent lentement leur marche dans le silence de l'abattement et de la consternation. Et quel mélange! quelle confusion! quel désordre! quels accoutrements bizarres! Où est le drapeau? où est l'uniforme? où est le commandement et l'obéissance? Mais depuis Moscou, toute discipline est détruite. Sauf un très petit nombre, ce ne sont plus des soldats, ce ne sont plus des hommes; ce sont des ombres tremblantes, ce sont des spectres livides, décharnés, mal couverts de lambeaux affreux; ou, plutôt, c'est la faim dévorante, c'est l'ardente soif, c'est l'épuisement, la nudité, le désespoir, soutenus seulement par la terreur que leur inspire la vengeance insistante et cruelle qui les poursuit sans relâche, le fer et la flamme à la main. Le canon gronde; l'ennemi approche; il faut marcher. Un fleuve se présente. De tous côtés, la mort. Deux ponts sont jetés : les corps armés passent; la foule se précipite, de malheureux fugitifs de Moscou, avec leurs femmes, leurs enfants, leurs bagages, des soldats, des chevaux, de l'artillerie. De loin, dans le flot qui s'avance, on aperçoit Larrey. Mille cris s'élèvent : « *Sauvons celui qui nous a sauvés; qu'il vienne, qu'il approche!* » La foule s'écarte, Larrey touche le pont, et le voilà dans les bras des soldats qui le font passer de main en

d'os malade qui concourt à former l'articulation. Il est des cas nombreux où l'on ne doit pas abandonner à la nature la guérison de l'affection articulaire, l'abondance de la suppuration pouvant exercer une influence fâcheuse sur la santé générale, et étant de nature à déterminer dans un laps de temps plus ou moins long une terminaison fatale.

Disons-le encore tout de suite. Il est des cas où la maladie semble affecter plus particulièrement les parties molles qui entourent l'articulation que les extrémités osseuses elles-mêmes ; alors les os ne sont pas aussi notablement gonflés, aussi volumineux qu'on aurait lieu de le supposer d'après la tuméfaction de la région malade. Souvent alors aussi la dégénération consiste dans une sorte de développement, d'altération fongueuse des parties molles qui avoisinent l'os. Eh bien ! dans ces cas même où l'os n'est pas ou ne semble pas être le siége principal de l'altération pathologique, l'expérience a appris néanmoins que la résection peut être très utile ; que, par le fait même de la résection de l'os, on met la nature en état d'opérer heureusement la métamorphose des parties molles dégénérées, et que l'on voit consécutivement à l'opération disparaître l'état fongueux particulier que nous venons de signaler.

L'opération, qui consiste dans la résection des os, n'a pas été faite dans tous les temps aussi fréquemment qu'à l'époque actuelle. Cependant, on se tromperait fort si l'on s'imaginait que c'est une opération toute nouvelle, et qu'elle n'est connue que depuis ces derniers temps. Elle est indiquée dans les anciens auteurs. Nous ne parlons pas ici seulement de la résection des os à la suite de fractures, mais encore et surtout de la résection des portions articulaires. On en trouve des traces manifestes dans les anciens ouvrages de chirurgie et de médecine opératoire ; nous devons dire cependant qu'elle n'est pas décrite avec toute la précision, l'exactitude que l'on apporte maintenant dans les détails d'une exposition de ce genre. Il reste bien quelques doutes, quelque incertitude sur le parti que les anciens tiraient des résections et sur la manière dont ils les pratiquaient ; mais il est certain que l'opération dont nous vous entretenons a conquis dans ces derniers temps une faveur dont elle n'avait jamais joui en chirurgie. Cette faveur n'est pas générale. En France, comme dans les pays étrangers, il y a des chirurgiens qui sont fortement prévenus contre les résections des extrémités articulaires des os, qui ne les font jamais et qui pensent qu'elles ne peuvent amener aucun résultat avantageux. La résection est peut-être encore maintenant moins en faveur dans les pays où elle a en quelque sorte pris naissance, où elle a été faite pour la première fois, que dans ceux où elle a été importée. En France, par exemple, il n'y a que très peu de chirurgiens qui la fassent habituellement, qui en soient véritablement partisans.

En allemagne, au contraire, on la fait souvent ; il y a des chirurgiens qui en tirent un grand parti, et qui la pratiquent fréquemment. Nous citerons, entre autres, un chirurgien allemand distingué, M. Textor, de Wurtzbourg, que nous sommes heureux de compter parmi nos amis, et qui est peut-être celui qui a pratiqué le plus grand nombre de résections articulaires, non-seulement dans les petites et les moyennes articulations, mais encore dans celles qui sont les plus volumineuses, dans celles du genou, par exemple. Certes, j'en ai fait moi-même un grand nombre ; eh bien ! je dois dire que je n'approche pas du nombre des opérations faites par M. Textor. Tout dernièrement encore j'ai vu dans les hôpitaux de Wurtzbourg des sujets qui avaient subi des résections articulaires dans ces grandes articulations, dans celle du genou. Or, tout partisan que je suis de la résection dans un grand nombre de cas, je dois avouer que je n'aimerais point à la faire dans les grandes articulations, et que je ne serais pas sans quelque inquiétude sur les résultats possibles d'une opération de cette nature.

Permettez-moi de vous citer ici une circonstance anecdotique qui ne paraîtra peut-être pas sans quelque intérêt à vos yeux. Il y a trois ou quatre ans environ, M. Textor vint à Paris et visita nos salles à l'Hôtel-Dieu. A cette époque, nous avions dans notre service plusieurs malades chez lesquels nous avions pratiqué des résections du coude. L'idée nous vint de prier notre confrère et ami de communiquer aux élèves qui suivaient alors la clinique, les résultats de son expérience. En conséquence, nous fîmes à deux une leçon dans laquelle, prenant alternativement la parole, nous exposâmes et notre manière de voir, et les résultats que nous avions obtenus jusqu'alors. Un fait bien curieux, c'est que nous comptions alors l'un et l'autre le même nombre de résections du coude, quatorze ; et sur ces quatorze, nous en avions perdu le même nombre aussi, c'est-à-dire quatre. Depuis lors, j'ai, pour ma part, fait une quinzième résection du coude, et je compte aujourd'hui cinq morts sur ce nombre. Nous allons pratiquer devant vous la seizième, qui, nous l'espérons, sera suivie d'un heureux résultat.

L'opération dont il s'agit ici est donc encore actuellement défendue en France assez chaudement par quelques chirurgiens, et repoussée ou considérée avec indifférence par beaucoup d'autres. Toutes les fois que nous avons à nous entretenir de ce sujet, nous aimons à rappeler quelle a été l'origine du goût que nous avons pour cette opération, du penchant que nous avons eu et que nous avons encore à pratiquer des résections dans les articulations, quand elles nous paraissent suffisamment indiquées. Il y a trente ans, je ne savais des résections que ce que la plupart des chirurgiens en savaient alors. Je ne possédais rien qui me fût propre. Une fois, une seule fois, j'avais été à même de pratiquer une résection de la tête de l'humérus ; mais je n'avais aucune raison d'avoir aucun engouement, aucune prédilection pour ce genre d'opération qui était assez volontiers repoussé par mes maîtres, par ceux dont je suivais assidûment et la pratique et les leçons. Une occasion solennelle se présenta, ce fut le concours pour une chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Sabatier, dans laquelle le sort me donna à traiter une question posée par Percy. Cette question, conçue en ces termes : Des résections, avait été inspirée à Percy, autant par le grand nombre de résections articulaires qu'il avait dû faire à la suite de fractures par armes à feu, en sa qualité de chirurgien militaire, que par les cas qu'il avait été à même d'observer quelques années auparavant dans la pratique de M. Moreau, chirurgien à Bar-sur-Ornain. Percy avait une sorte de prédilection pour cette opération qu'il regrettait de n'avoir pu pratiquer plus souvent, pour des affections chroniques organiques des articulations. Je compris, en réfléchissant à cette question, toute la difficulté du travail. C'était un sujet tout neuf, extrêmement peu connu. La question, comme elle était posée, embrassait les résections envisagées dans tous les cas, dans toutes les régions où elles peuvent être pratiquées. Ce n'était pas seulement dans les membres, mais dans toutes les parties du corps indistinctement qu'il fallait les examiner. Je me mis à l'œuvre ; je fis un travail qui fut considéré comme assez complet et comme ayant quelque valeur, mais travail qui était purement historique et dogmatique. Je n'avais point alors à appuyer mon avis, mon opinion sur des faits qui me fussent propres. La nécessité où je m'étais trouvé de faire ce travail, fit naître dans mon esprit le désir de répéter ce que d'autres avaient fait avec succès, disaient-ils. Les succès que j'obtins à mon tour me conduisirent, non-seulement à adopter les résections dans un grand nombre de cas, mais encore à instituer des opérations qui touchent par quelque côté aux résections ; c'est ainsi, pour le dire en passant, que l'idée nous vint de pratiquer la résection du premier os du métacarpe pour conserver le pouce, etc.

Dr A. FOUCART.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

Présidence de M. BOULLAY, vice-président.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 9. — Limitation du nombre des pharmaciens. — De la liberté dans l'exercice de la pharmacie.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

— La correspondance se compose de :

1° Une lettre de M. Baudot, ancien pharmacien, à Langres.

2° Un mémoire ayant pour titre : Rapport présenté à MM. les membres du Congrès médical à Montpellier, par M. Lutraud, sur les questions relatives à l'enseignement et à l'exercice de la pharmacie, qui ont été proposées par le Congrès médical de Paris.

3° Une note de M. Corniot, pharmacien à Rouvray, sur la limitation du nombre des pharmacies et sur les annonces.

— *M. Magonty*, rapporteur de la Commission n° 9, donne lecture de son rapport, dont les conclusions sont au nombre de trois.

Messieurs,

En présence de la position que les temps actuels ont faite à la pharmacie, la question de la limitation légale des officines est peut-être une des plus graves, une des plus importantes dont le corps médical ait à s'occuper dans cette session. Votre Commission l'a examinée avec toute l'indépendance dont elle était capable, l'a discutée avec une entière liberté. Il fallait nous dégager des préoccupations, bien naturelles sans doute, des intérêts personnels pour remplir avec maturité, avec réflexion la mission difficile que vous nous aviez confiée.

C'est à moi, délégué de la Société de pharmacie de Bordeaux, que mes collègues ont voulu réserver l'honneur de vous présenter le résultat de leurs délibérations. Ils auraient pu faire un choix plus en harmonie avec nos besoins, ils auraient pu nommer un rapporteur plus habile, et, si j'ai accepté une charge aussi lourde, si j'ai obéi à leurs suffrages, ce n'est pas que j'aie trop présumé de mes propres forces, mais bien pour ne pas décliner l'honneur qu'on a voulu faire à la Société qui m'avait envoyé au milieu de vous.

La limitation des pharmaciens est elle juste? est-elle nécessaire? Voilà les deux points sur lesquels vous me permettrez d'appeler votre attention.

Les lois anciennes, comme les lois nouvelles, imposent aux pharmaciens des charges lourdes et nombreuses. Nous sommes soumis à des études sérieuses, dont vous venez encore d'augmenter l'importance. Indépendamment du titre de bachelier ès-lettres exigé par une ordonnance récente, vous demandez le diplôme de bachelier ès-sciences physiques ; en imposant à l'élève l'obligation de suivre les cours des Facultés de pharmacie pendant deux ans, vous augmentez encore les sacrifices que les familles auront à supporter.

Nous avons applaudi de grand cœur à ces garanties de savoir que le pharmacien devra donner, car le savoir, Messieurs, est presque toujours une garantie de probité. Vous avez voulu relever ainsi la dignité d'une profession qui, dans les temps anciens et déjà loin de vous, se confondait dans les rangs obscurs du commerce de l'épicerie, et qui peu à peu s'est élevée à la hauteur des professions libérales. Mais, pour arriver à ce résultat si important, que de conditions viennent s'accumuler pour rendre l'accès de la carrière difficile, et, lorsque le jeune pharmacien a franchi ces obstacles, quelle position trouve-t-il dans l'exercice de son art ?

» main d'un côté du fleuve à l'autre ; il est sauvé. Presque aussitôt » les ponts, surchargés, fléchissent et croulent. Tout est jeté dans les » glaçons du fleuve et dans les marais voisins : hommes, femmes, en» fants, soldats, chevaux, canons, chars de guerre, tout tombe pêle» mêle, tout est écrasé, tout meurt, tout est englouti pour jamais. O » gloire ! ô idole de sang et d'orgueil ! Est-il désormais un cœur » d'homme qui ose t'encenser ? Et que devient ton abominable pres» tige, quand on le compare à la tendresse de cette jeune mère qui, » plongée dans l'eau glacée du fleuve, élève au-dessus de sa tête son » faible enfant pour le montrer à la miséricorde du soldat, et goûte, » en perdant la vie, l'ineffable bonheur de sentir qu'on l'enlève de ses » mains ! »

Si je cédais au charme qui m'attire, je citerais encore cet admirable tableau de l'incendie de Moscou ; celui plus effrayant encore des terribles ravages occasionnés par le froid, et ces épisodes ou touchants, ou sublimes dont Larrey est le héros ; je citerais en entier ce magnifique éloge où M. Pariset ne s'est jamais montré écrivain plus habile, panégyriste plus éloquent.

Je disais en commençant que M. Pariset était un éminent artiste ; je tiens à ce mot ; car il me semble caractériser parfaitement cette individualité puissante. Artiste, en ce sens que c'est surtout vers la perfection, l'harmonie, les contours de la forme que cet habile écrivain dirige ses efforts. Avec quelle tendre sollicitude il choie, il lime, il caresse sa période harmonieuse ! Quel souci vif et profond d'une antithèse, d'un trope, d'une épithète, d'un mot ! Voyez-le pendant un an entier préparer, mûrir, polir, toucher et retoucher son œuvre, quitter le monde et la ville pour se recueillir dans la solitude, n'arrêtant sa phrase qu'après l'avoir pondérée, mesurée, cadencée, chargeant vingt fois sa palette de couleurs nouvelles, n'y trempant sa brosse qu'avec hésitation, ne la fixant sur la toile qu'après en avoir vingt fois comparé la nuance. Aussi, et j'en fais la remarque avec toute la déférence que je dois à un maître, ne cherchez, dans cette prose si élégante, si correcte, parée de si précieux ornements, ne cherchez ni ces mouvements spontanés du cœur, ni ces agitations vigoureuses de l'âme, ni cette animation vierge et quelquefois inculte, mais puissante, qui émeut, qui touche, qui fait vibrer l'auditeur, l'éloquence de M. Pariset est un fleuve paisible, abondant et limpide, qui roule doucement sur un sable bien fin ; beaucoup de gens aiment à naviguer ainsi sur ces ondes tranquilles ; j'en connais aussi qui préfèrent le Rhône impétueux et ses dangers, et ses écueils.

Toujours est-il qu'à une époque où le génie médical, s'il brille par quelque chose, ne brille pas au moins par les formes agréables, c'est une bonne fortune d'entendre, de lire M. Pariset, un de ces rares esprits qui ont conservé les goûts, les tendances, les habitudes de cette vie littéraire si charmante et si pure ; objet d'amers regrets quand on la perd, que l'on reprend avec un bonheur ineffable quand on peut y revenir encore.

Et tenez ! pendant que j'écoutais avec vous ce beau langage, n'ai-je pas oublié le bruit, l'agitation que l'on cherche à produire autour de moi et contre moi ? Et n'est-ce pas un admirable bienfait de la littérature de vous rendre sourd aux passions qui surgissent, et dont en vérité je ne comprends plus ni la valeur, ni le sens ? Voici un honorable pharmacien qui lance contre quelqu'un qui me touche de très près un acte d'accusation en forme, un réquisitoire incandescent, quoiqu'il ait fait tous ses efforts pour dorer la pilule. Que lui ai-je donc fait à ce terrible pharmacien pour qu'il me poursuive ainsi, pour qu'il fasse traîtreusement parvenir sa brûlante brochure jusqu'à mon foyer, qu'il l'insinue jusque sous la porte de mon humble cabinet ? Il n'y a donc pas de loi pour protéger l'inviolabilité du domicile ? Voyez comme c'est désobligeant ! Je me lève le matin frais et dispos ; sur mon bureau j'aperçois une petite brochure beurre-frais, tout ce qu'il y a de plus innocent et de plus candide par la couverture et par le titre. Je l'ouvre : Aïe ! aïe ! Dès les premières lignes je suis piqué ; un peu plus loin brûlé, cautérisé, rôti tout vif ; et à la fin, il ne reste plus de mon être qu'un petit morceau de charbon informe qui n'a plus de nom dans aucune langue. Et après avoir allumé cet auto-da-fé abominable, après qu'il m'a réduit au triste état que vous savez, voilà ce cher et saint homme qui termine avec componction par ces mots dérisoires : *Oubli et confraternité !* Grand merci ! Pour mon compte, souffrez, je vous prie, que de votre évangélique devise je ne puisse prendre à votre égard que la première moitié.

En voici un autre, et celui-ci n'est pas un pharmacien, qui me fait un grand crime de ce que le Congrès n'a pas flétri le cumul des places. Je savais bien, dit cet honnête critique, ce que je faisais en agissant ainsi ; je me préparais tout simplement un avenir de places et d'honneurs. Bien trouvé ! quel prodigieux prophète que voilà !

Un autre, après avoir prouvé par A plus B que le Congrès n'est qu'une sottise et une inutilité annonce devoir entrer prochainement dans un petit complot tendant à m'enlever la priorité de l'idée de cette manifestation. J'en connais trois ou quatre ainsi. Mais, chers amis, si le Congrès est une si vilaine et si abominable chose que vous dites, pourquoi donc ne m'en laissez-vous pas la confusion et la honte ? Mon Dieu, que la haine est aveugle et maladroite !

Du reste, qu'est-ce donc que la priorité de l'idée du Congrès ? et qu'est-ce qu'on veut dire par ces mots ? Où et quand ai-je réclamé cette priorité ? A qui cette idée ne peut-elle pas être venue ? Je trouve tout cela bien puéril et presque ridicule..... Un honorable confrère de province nous adressa ici, quelques jours après le Congrès, deux lettres dans lesquelles très vivement, et de bonne foi sans doute, il réclamait la priorité du Congrès, m'accusant, chose plus grave, de lui avoir dérobé ses idées. J'écrivis immédiatement à cet honorable confrère une lettre dont je demande la permission de citer ce simple passage :

« Je vous propose de déférer à la *Commission du Congrès* (à la » Commission actuelle) votre réclamation, de venir la soutenir et » d'accepter son jugement après explications préalables de ma part. Ou » bien, dans le cas où la Commission n'accepterait pas cet arbitrage, » de la soumettre, votre réclamation, à quatre de nos confrères, deux » choisis par vous et deux par moi. Je m'engage, moi, à subir leur » décision quelle qu'elle soit.... Si les arbitres que je vous propose » loyalement et franchement trouvent dans votre projet quelque chose » d'analogue à celui que j'ai développé, quelque chose d'analogue à ce » qui vient de se passer, je consens de grand cœur à vous décer» ner toute priorité et à ne me refuser en rien à l'insertion de votre » lettre. »

Cet honorable confrère n'a pas accepté ma proposition. Il paraît avoir porté sa réclamation là où l'on sera très empressé sans doute de l'accueillir. Je désire qu'un sentiment de haute impartialité fasse accueillir aussi les quelques lignes qui précèdent, mais je ne le solliciterai pas. C'est tout ce que je veux répondre sur cette affaire que j'ai voulu traiter loyalement, avec laquelle on veut faire un peu de bruit, chose qui a toujours eu pour moi fort peu d'attraits.

Allez, Messieurs, dites, faites, écrivez, réclamez, critiquez, chansonnez, vous êtes tous d'aimables gens ; je vous lirai, peut-être ; je rirai, c'est plus sûr ; je vous excuserai, c'est certain ; mais je vous défie de faire seulement rider cette surface calme et paisible, ce quelque chose que je sens là, qui fait mon bonheur et ma joie, et sur lequel vous essayez vainement d'exciter des orages.

Jean RAIMOND.

Correspondance.

Mon cher confrère,

Je vous prie de vouloir bien publier demain, dans votre Journal, la lettre suivante :

Je déclare que je suis complétement étranger à toute association médico-chirurgicale avec M. Raspail, et que c'est sans doute par suite d'une méprise qu'il s'est cru autorisé à citer mon nom dans sa dernière publication.

Agréez, etc.

A. THIERRY,
Docteur en médecine.

Ce 1er décembre 1845.

Il y trouve, Messieurs, l'immense responsabilité que la loi fait peser sur lui. Il est forcé de répondre non-seulement de ses faits et gestes, mais encore de ceux de ses élèves. Il est condamné à une assiduité de tous les instants. Pour lui, les plaisirs du monde doivent être inconnus, et, s'il lui arrive de franchir le seuil de son officine, une pensée affreuse le poursuivra, à son retour peut-être on lui demandera compte non pas de ce qu'il aura fait, mais de ce qui a été fait chez lui pendant son absence. Malheur à lui si une main inexpérimentée a délivré un médicament pour un autre, malheur à lui si une préoccupation d'un moment a fait commettre une méprise ! La loi lui dit encore de ne pas faire d'autre commerce, et, quand d'autres tentent les chances de la fortune dans les spéculations du négoce et s'enrichissent par les affaires qu'ils savent provoquer, il nous est interdit d'en faire autant : nous ne pouvons être, nous ne devons être seulement que pharmaciens !

Les visites annuelles que nous subissons viennent encore témoigner que notre profession est bien loin d'être libre !

En retour de tant d'abnégations, de tant de sacrifices, de tant de garanties que la société nous demande, quels avantages nous offre-t-elle ? Rien. Messieurs, ou presque rien. Le titre de pharmacien est le plus souvent stérile ; il n'est, pour beaucoup d'entre nous, qu'une amère déception !

Les réclamations qui s'élèvent de tous les points de la France, les nombreuses pétitions adressées aux Chambres ou à MM. les ministres, votre présence dans ce Congrès ; vos plaintes unanimes disent assez l'état déplorable de la pharmscie. Il y a un mal profond auquel nous demandons un remède. Ce mal, Messieurs, c'est la trop grande multiplicité des pharmacies ; le remède, c'est la limitation. N'est-il pas juste que la même loi qui exige tant du pharmacien, lui donne aussi l'assurance morale que ses études, que son travail, que les soins incessants qu'il donne à la préparation et à la conservation des médicaments lui seront comptés ? Quelle mesure plus efficace, plus rationnelle que la limitation légale des officines ? Que la société ne croie pas qu'un intérêt personnel nous inspire lorsque nous émettons un pareil vœu ; car, nous le sentons, la génération actuelle ne profitera sans doute pas du bienfait de cette mesure : c'est un héritage que nous léguerons à nos successeurs. Plus heureux que nous, ils auront les avantages d'une législation équitable que nous aurons sollicitée pour eux. Notre parole ne peut donc pas être suspectée ; on ne doit pas nous taxer d'exagération quand nous venons vous dire : oui, il est juste de limiter le nombre des officines.

Cette limitation est-elle nécessaire ?

Ici, Messieurs, débarrassons-nous des préjugés de la routine, pour examiner cette question sous un jour philosophique.

Nous avons déjà démontré que notre profession était loin d'être libre ; nous vous avons entretenu des entraves sans nombre qu'on y rencontrait, des exceptions du droit commun du commerce qui s'y font remarquer.

Pouvons-nous être assimilés à des commerçants ; la pharmacie doit-elle être considérée comme une branche commerciale ? Evidemment, non.

Les négociants sont-ils soumis légalement à des études ; reçoivent-ils un titre, un diplôme ? Poser une pareille question, c'est l'avoir résolue ; et sous ce premier point de vue, il n'y a entre eux et nous aucune analogie.

Le commerce et l'industrie vivent de liberté ; et plus cette liberté sera absolue, plus, à notre avis, on donnera un aliment au génie commercial. Vendre et acheter sans entraves, au dehors et au dedans, voilà ce que le commerce réclame. Avec la liberté on crée la concurrence, et la concurrence entraîne infailliblement l'abaissement des prix. Les masses en profitent ; la *consommation* augmente, le travail s'accroît, et, en définitive, la société ne peut que gagner à ce mouvement.

Mais de pareils principes peuvent-ils être invoqués pour la pharmacie ? Peut-on dire que la concurrence entre les pharmaciens, en avilissant le prix des médicaments, augmentera la consommation ? On achète des remèdes par suite de maladies qui rendent leur administration nécessaire ; la concurrence n'augmentera pas le nombre des malades ; la consommation ne s'accroîtera pas en raison inverse du prix des préparations pharmaceutiques ! Où sont donc les principes du commerce ?.....

Notons bien que le public, si clairvoyant quand il s'agit de donner la préférence à un produit industriel ; si bon juge des qualités et des prix, n'a plus, pour se guider dans le choix des préparations pharmaceutiques, que des idées insuffisantes qui peuvent facilement l'égarer. Séduits par le bon marché, les gens du monde ne pourront faire une juste appréciation, et leur choix le plus souvent devront porter à faux.

Voilà les avantages que la société doit trouver dans la libre concurrence des pharmaciens ! Concurrence funeste ; car elle égare le public, elle abaisse la dignité d'une profession *essentiellement* étrangère aux habitudes du commerce.

Qu'on ne vienne donc plus nous dire que nous devons être considérés comme des marchands, car entre eux et nous il n'y a rien de commun.

A quelle profession pourrions-nous donc comparer celle des pharmaciens ? Nous le disons avec une conviction entière, on devrait nous assimiler aux notaires et aux autres professions limitées. Ces dernières, en effet, sont les gardiennes des fortunes ; les pharmaciens, les gardiens de la santé de leurs semblables. En limitant le nombre des charges, le législateur a voulu donner à la société une garantie de la probité des officiers publics. On a voulu qu'ils ne fussent point placés entre leur devoir et leurs besoins ; on a voulu enfin, en leur assurant une juste rémunération de leur travail, éviter des manœuvres coupables que les nécessités de la vie pourraient, je ne dis pas justifier, mais au moins expliquer. Pendant cette grande commotion sociale de 1789, on abolit les priviléges professionnels. Permettez-moi de vous rappeler ce qu'un membre de la Commission nous rappelait à son tour, pendant la discussion qui précéda l'abolition des charges. Carrat (du Rhône) disait que si une profession devait échapper à la loi commune, ce serait celle des pharmaciens.

On comprenait fort bien, Messieurs, même à cette époque, que la vie des citoyens est plus importante que leur fortune. La santé publique n'est-elle donc pas puissamment intéressée dans cette question ? Supposez que l'état de malaise dont nous avons tant à nous plaindre se perpétue ? Ne doit-on pas craindre que la concurrence, inévitable entre les pharmaciens, n'oblige un jour quelques-uns de nos confrères à calculer le prix de revient de leurs préparations. Ne doit-on pas craindre ces substitutions fâcheuses de médicaments, ou des altérations de quantité plus fâcheuses peut-être ?

Au nom de l'humanité ne mettez pas le pharmacien aux prises avec les nécessités de la vie ; ne le placez forcément pas dans la cruelle alternative de manquer à ses devoirs les plus impérieux, ou de ne point suffire à ses besoins et à ceux de sa famille.

Hé bien, Messieurs, ces priviléges, ces charges d'officiers publics que l'on avait abolies pendant les jours d'effervescence, on fut obligé plus tard de les rétablir, quand on s'aperçut qu'elles étaient nécessaires et qu'elles se liaient si étroitement avec la civilisation moderne.

Ce qu'on fit pour elles, nous demandons qu'on le fasse pour nous ; car nous soutenons à bon droit que la société, dans l'exercice de la pharmacie, a un intérêt bien autrement grand, bien autrement puissant que dans l'exercice du notariat, par exemple. Nous soutenons encore que le maintien de l'état actuel des choses produirait des résultats funestes pour la santé publique ; résultats que nous devons adjurer le pouvoir de prévenir.

On nous dira peut-être que l'exigence du diplôme de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences est la véritable limitation, la seule qui soit en harmonie avec les idées de notre époque. Cette objection, Messieurs, qui au premier aspect vous paraîtra péremptoire, ne peut cependant pas soutenir l'examen. Sans doute on restreindra le nombre des pharmaciens, en demandant aux candidats des connaissances difficiles à acquérir. Votre Commission ne conteste pas un fait évident. Mais arrivera-t-on à une distribution normale des pharmaciens dans les différentes localités ? Les conséquences forcées du silence de la loi pour la limitation, seront, Messieurs, de faire déserter aux pharmaciens les campagnes, les petites villes, pour refluer vers les grands centres de population. Là le mal qui ronge notre profession se perpétuera, et vous n'aurez pas apporté un remède efficace. Vous aurez au contraire empiré notre position.

Ce que nous demandons n'est pas, après tout, un de ces essais pour lesquels il faut attendre la sanction du temps et de l'expérience. Dieu merci l'expérience est faite. Cette mesure, vous le savez, est en vigueur depuis longtemps en Allemagne, en Autriche, en Russie, dans tout le nord de l'Europe ; et vous n'ignorez pas non plus le bien qu'elle a produit dans l'austère régularité de l'exercice de la pharmacie. Que notre pays sache donc profiter d'exemples utiles, surtout quand il s'agit de si grands intérêts.

Ainsi, et pour nous résumer, nous disons que la limitation est juste et qu'elle est nécessaire.

Sur quelle base faudra-t-il la faire reposer ?

Sans vouloir entrer dans des détails qu'à notre avis le Congrès doit éviter, nous devons cependant vous indiquer d'une manière générale nos idées sur ce sujet. Nous pensons que le gouvernement est le meilleur juge des moyens à adopter, en consultant dans chaque département la Chambre de pharmacie pour donner son avis sur le nombre d'officine qui devraient normalement y être ouvertes.

Deuxième question. — Empêcher le pharmacien de donner essor à son génie, lui dénier la liberté d'inventer un nouveau moyen thérapeutique, serait, Messieurs, un anachronisme au moment où tout marche et s'agite autour de nous ! Nous condamner à un repos honteux, serait méconnaître les besoins de notre époque, serait manquer à nos devoirs envers la société.

Laissons le pharmacien travailler patiemment dans son laboratoire, pour enrichir la science ou l'art de guérir du fruit de ses découvertes. C'est un droit qu'on ne peut lui ôter ; c'est un devoir qu'il doit remplir.

Mais quels avantages retirera-t-il de ses veilles et de ses travaux ? Fera-t-il à la société l'hommage gratuit de son invention ? Quelques membres ont émis cette opinion, en se fondant sur cette considération, que les pharmaciens, élevés au rang d'officiers publics, ne doivent pas être confondus avec les industriels, et que la découverte d'un remède devait échapper aux règles ordinaires des découvertes de l'industrie.

D'autres membres ont pensé qu'il ne nous était pas donné de trancher presque incidemment la question des remèdes secrets. Une commission spéciale est chargée de vous saisir de cette discussion, dans laquelle nous ne voulons pas entrer aujourd'hui. Cependant, nous devons répondre à la question que vous nous avez chargés d'examiner. En conséquence, nous venons vous demander que le pharmacien puisse s'occuper de la préparation des remèdes qui ne seraient point inscrits au Codex, et de les tenir dans son officine. Nous demandons une liberté *intérieure* complète.

Il faut savoir distinguer la pratique *intérieure* honnête de notre profession, *d'un trop grand savoir-faire !* Sachons allier les exigences de l'intelligence avec les conditions tout aussi impérieuses de notre dignité et de nos besoins.

Cette question, Messieurs, n'aurait pas sans doute mérité les honneurs du programme, si une jurisprudence fâcheuse n'avait pas été introduite pendant ces dernières années dans notre code pharmaceutique. La Cour souveraine a dénié aux pharmaciens le droit de préparer, d'avoir dans leurs officines et de vendre des médicaments qui qui ne seraient point inscrits au Codex, ou qui n'auraient point été prescrits aux malades par les médecins. Nous devons repousser de pareils principes, non-seulement pour nous, mais encore pour la société, dont les droits sont imprescriptibles et sacrés. Nous l'avons dit, autour de nous tout marche et progresse ; la pharmacie seule peut-elle rester dans l'ornière ? Laissons aux découvertes thérapeutiques le droit de se produire ; et, loin de s'en plaindre, l'ordre social ne pourra qu'y gagner ; mais aussi, imposons-lui des obligations que la loi devra indiquer.

Conclusions. — La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe vous propose, Messieurs, les résolutions suivantes :

1° Le Congrès médical pense que le nombre des pharmaciens doit être limité par la loi nouvelle.

2° Le choix des moyens, pour arriver à cette limitation, est laissé au gouvernement, avec le concours des chambres de pharmacie.

3° Le Congrès médical émet le vœu que les pharmaciens soient libres de préparer et de vendre toute espèce de médicament, sous leur responsabilité, en se conformant aux prescriptions de la loi.

De la limitation. — La limitation du nombre des pharmaciens peut-elle être admise en principe ?

Sur quelle base faudrait-il la faire reposer ?

De la liberté dans l'exercice de la pharmacie. — Les conditions au prix desquelles les pharmaciens obtiennent leurs diplômes et le droit d'exercer la pharmacie, la responsabilité et la surveillance auxquelles ils sont soumis, offrent des garanties sérieuses et multipliées.

En échange de ces garanties, la loi ne doit-elle pas et ne peut-elle pas sans danger accorder aux pharmaciens le droit de préparer, de conserver dans leurs officines et de livrer au public tous les médicaments naturels ou chimiques applicables à l'art de guérir sans restriction aucune ?

Cette liberté ne paraîtra-t-elle pas nécessaire si l'on considère l'omnipotence des médecins dans l'exercice de leur profession et dans l'emploi de tous les agents que la nature met à la disposition des hommes pour combattre les maladies ?

Cette question est grave ; on doit en la traitant faire la part de la liberté que réclame l'exercice de la médecine et des garanties qui doivent protéger la santé et la vie des citoyens.

La discussion générale est ouverte sur la première conclusion relative à la limitation des officines.

M. Accault soutient que les médicaments doivent être considérés comme une marchandise, et qu'on ne saurait admettre la limitation. Si on l'sdmettait, en effet, le pharmacien devenu fonctionnaire public devrait fournir un cautionnement. M. Accault voudrait d'ailleurs que, la limitation une fois établie, il fût interdit au pharmacien d'exercer sa profession dans une officine ouverte sur la voie publique.

M. Dupuy, de Rouen, combat l'opinion du préopinant. Le pharmacien, dit-il, offre assez de garanties pour qu'on n'exige pas de lui un cautionnement ; d'ailleurs, la pharmacie n'est pas un commerce : car le pharmacien ne jouit d'aucun des avantages de la concurrence, du cumul ou de la liberté du commerce. Il ne peut, en effet, fournir des médicaments sans une prescription médicale. Il ne peut établir à la fois deux officines, et il est tout ensemble dépendant de la loi, de l'exercice de la médecine et de la société elle-même, auxquels il ne peut ni le jour ni la nuit refuser son concours.

M. Accault soutient que le pharmacien possède de grands avantages, puisque seul il jouit du droit de vendre des médicaments. Il repousse la position de fonctionnaire qu'on veut donner au pharmacien.

M. Thieullen combat la limitation, qu'il trouve contraire à l'esprit de notre constitution. La limitation, ajoute-t-il, ne saurait être établie que par les exigences scientifiques.

M. Filhol, délégué des pharmaciens de Toulouse, vient appuyer la limitation. Les boulangers, dit-il, ont été limités, dans le but d'assurer aux pauvres toute garantie pour le prix, le poids et la qualité du pain. Serait-il donc inconstitutionnel d'assurer aux pauvres de bons médicaments en limitant les pharmacies ?

M. Labelony défend la limitation sous le point de vue de l'intérêt de la société. Pour que les médicaments soient de bonne qualité, il faut que le pharmacien soit dans l'aisance, et qu'il ait un débit suffisant. La libre concurrence peut être une garantie dans le commerce, elle est un danger lorsqu'elle s'applique à l'exercice de la pharmacie. Si on a limité les notaires dans l'intérêt des fortunes, ne peut-on pas limiter la pharmacie dans l'intérêt de la santé publique ?

M. Destouches dit que la limitation résultant des exigences scientifiques pourrait suffire pendant quelques années, mais que plus tard, le nombre des bacheliers ès-sciences s'accroissant de plus en plus, elle n'offrira plus de garanties contre la multiplicité des officines.

M. Davallon cherche à prouver que la limitation est possible dans un gouvernement constitutionnel, en citant pour exemple la république de Genève, où la limitation existe. Il rappelle l'ancien proverbe, qui veut que le pharmacien soit dans l'aisance.

M. Schaeuffele ajoute que la demande d'un cautionnement ne serait pas un obstacle à la limitation. Que les pharmaciens du Haut et du Bas-Rhin ont offert d'en fournir un au besoin.

M. Pennes réclame la limitation en faveur de l'humanité.

L'article de la Commission est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. Lebrou lit un amendement, dans lequel il présente quelques détails relatifs à l'exécution de la limitation.

M. Vée fait remarquer que si le rapporteur de la Commission s'est renfermé dans des termes généraux pour rester en harmonie avec les propositions déjà votées dans les séances précédentes, la Commission n'en a pas moins étudié les divers moyens à l'aide desquels la limitation peut être pratiquée.

Toute limitation, dit-il, peut être fondée sur des calculs de statistique. La Commission, adoptant ce principe, voudrait qu'aucune pharmacie ne pût être ouverte sans une autorisation préalable, précédée d'une enquête faite par la Chambre de pharmacie, le maire de la commune ou de l'arrondissement, et par un conseil médical supérieur composé de médecins et de pharmaciens.

La limitation présentée sous cette forme ne devrait éprouver aucun obstacle de la part du gouvernement. On pourrait se dispenser de prononcer le mot *limitation ;* seulement, qu'une pharmacie nouvelle ne pourrait plus s'ouvrir sans une enquête analogue à celle que l'on fait aujourd'hui avant d'autoriser certains établissements industriels.

S'il s'agissait de créer une pharmacie dans un quartier nouveau ou dans une commune dont le développement exigerait cette création, on devrait d'abord accueillir un pharmacien déjà établi qui offrirait de se déplacer ; et si plusieurs réclamaient ensemble l'avantage du nouvel établissement, on devrait en faire l'objet d'un concours. La Commission n'a voulu ici que donner des indications ; elle maintient les termes généraux de ses conclusions.

L'amendement de M. Lebron n'étant pas appuyé, on met aux voix la première proposition, qui est adoptée.

On passe à la discussion de la deuxième proposition, relative à la liberté dans l'exercice de la pharmacie.

M. Dubail vient appuyer les conclusions de la Commission, mais il propose de les modifier. La liberté dans l'exercice de la pharmacie se rattache nécessairement, d'après lui, à des questions qui doivent être jugées par la Commission n° 10 ; mais sans anticiper sur les attributions de cette Commission, il se propose d'examiner l'influence que la solution de ces questions, dans un sens ou dans un autre, peut exercer sur le vœu que l'assemblée est appelée à émettre. D'abord il établit, en principe, que le médecin pouvant tout prescrire en vertu de son omnipotence, le pharmacien a le droit de préparer et de vendre toute espèce de médicament ; mais ce droit cependant doit être soumis à quatre conditions :

La première, c'est que le Codex soit obligatoire pour tous les pharmaciens ;

La deuxième, que l'annonce des médicaments soit abolie ;

La troisième, qu'il n'y ait plus ni remèdes secrets, ni vente ni préparations clandestines des médicaments ;

La quatrième, que dans aucun cas le médecin ne puisse rédiger une formule qui ne soit exécutable par tous les pharmaciens.

M. Dubail entre dans quelques développements sur les conditions qu'il vient d'établir ; et, tout en réclamant hautement pour le pharmacien une liberté qui a toujours été dans ses principes et dans ses vœux, déclare qu'autant il voudrait cette liberté dans les limites qu'il vient de lui assigner, autant il la repousserait comme funeste si elle n'était pas sagement réglée.

M. le rapporteur soutient que M. Dubail aurait pu se dispenser de prendre la parole s'il avait bien saisi l'esprit des conclusions du rapport ; conclusions qui ont dû rester étrangères aux questions soulevées par M. Dubail, et ne pas empiéter sur le domaine de la dixième Commission.

M. Lepère appuie les conclusions du rapport, et cite un arrêt du Parlement de 1748, qui proclame, dès cette époque, la liberté dans l'exercice de la pharmacie, contrairement aux prétentions des médecins.

M. Soubeiran vient soutenir les opinions émises par M. Dubail. La liberté avec l'annonce serait un présent funeste qu'il ne voudrait pas accepter. Il est bon, dès aujourd'hui, de se mettre en garde contre toute chance fâcheuse à cet égard.

M. Vée demande qu'on adopte immédiatement le principe de la liberté. Il n'y a pas à craindre, ajoute-t-il, que l'annonce pour les médicaments survive au vote de l'assemblée composée de la section de médecine unie à la section de pharmacie ; car dans la section de pharmacie elle-même, la suppression de l'annonce serait dès à présent votée si elle était mise aux voix.

M. Soubeiran insiste sur les considérations présentées par M. Dubail et par lui-même, et propose les conclusions mêmes de la Commission, sous la réserve de la prohibition des annonces.

M. Flon pense que l'amendement est inutile et inopportun, et qu'il n'y a rien à craindre, puisque la loi actuelle interdit l'annonce.

La Commission n'a pas voulu d'ailleurs préjuger la question.

M. Boudet, secrétaire général, donne lecture de la proposition de la Commission, amendée par M. Soubeiran.

Cette proposition est adoptée.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 7* (M. Lepère (Victor) secrétaire-rapporteur). — *Exercice illégal.* — *Prête-nom.* — *Pharmaciens étrangers.*

Messieurs et chers collègues,

La Commission n° 7 s'est réunie le 6 novembre et les jours suivants ; elle a élu pour président M. Hottot (Augustin), pour vice-président M. Barrier (de Chartres), et m'a confié l'honorable mission de vous soumettre et de soutenir ses opinions sur les questions qu'elle avait à traiter.

Les questions sur lesquelles la Commission n° 7 a été appelée à délibérer sont les suivantes. (Voir la discussion)

La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe ne croit pas nécessaire de développer tous les dangers qui résultent pour la santé publique de l'exercice illégal de la pharmacie, ni d'insister sur le préjudice énorme que cet abus porte au privilége légal des pharmaciens qui

ne peuvent exercer aucune représailles, puisque les convenances de leur position et la loi elle-même leur interdisent absolument l'adjonction d'un commerce étranger à celui de la pharmacie dans leurs officines.

Ces dangers de l'exercice illégal de la pharmacie pour la santé publique, ce préjudice qu'il cause aux pharmaciens, vous ne les connaissez que trop; le public éclairé les comprend, et fait ainsi que nous des vœux pour qu'il y soit mis un terme, et que l'ordre remplace enfin l'anarchie dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Votre Commission se borne donc à dire que l'exercice illégal de la pharmacie, si on n'y met ordre, finira par détruire, au préjudice des malades, un grand nombre d'officines de pharmacien sans pouvoir les remplacer. D'où il résulte que l'intérêt public exige l'abolition de l'exercice illégal de la pharmacie.

Pour ce qui est de la pénalité appliquée en vertu des lois actuellement en vigueur à l'exercice illégal de la pharmacie, elle a été jusqu'ici impuissante pour détruire cet abus. On peut dire en toute vérité qu'elle le sera toujours.

Cette pénalité n'est effectivement pas en rapport avec la gravité du délit.

Il faut donc que la pénalité soit augmentée. Mais cette proposition, qui est vraie pour les délits les plus graves, cesse de l'être pour certaines contraventions qui nous sembleraient pouvoir être plus efficacement atteintes par une pénalité moins forte, et appliquée par un tribunal à formes plus expéditives, en raison même du peu d'importance de la peine, par le tribunal de simple police.

Il nous paraît donc nécessaire d'établir une gradation des peines, et, de plus, de faire en sorte qu'aucune prescription de la loi, en ce qui touche l'exercice illégal de la pharmacie, ne soit dépourvue de sanction pénale.

Mais, quelles que puissent être les prévisions du législateur relativement aux contraventions possibles à la loi qu'il rédige, quelles que soient les dispositions pénales qu'il y attache, s'il n'existe pas ou s'il ne crée pas un personnel investi de pouvoirs suffisants pour atteindre facilement et partout les délinquants, les peines, quelles qu'elles soient, ne sont pas appliquées, les infractions se perpétuent; et la loi n'amène, après sa promulgation, aucun des résultats qu'on en attendait.

Il paraît donc absolument nécessaire à la Commission que nous demandions la création d'un personnel chargé de la répression des abus

Nos vœux à cet égard pourraient être exprimés de la manière suivante :

Les professeurs des Ecoles de pharmacie ont, en ce qui concerne la constatation et la dénonciation des abus relatifs à la pharmacie et au commerce des médicaments en général, tous les droits et tous les pouvoirs des officiers judiciaires.

En dehors des Ecoles de pharmacie, les mêmes pouvoirs seront donnés soit aux dignitaires des chambres des pharmaciens, soit aux conseils médicaux, mais seulement pour les contrevenants ou délinquants non pharmaciens.

Le tout sans préjudice des droits généraux des polices administrative et judiciaire sur la matière.

L'abus des prête-noms porte, depuis longtemps, une très grave atteinte à la considération qui est due à la profession de pharmacien. Votre Commission s'est très heureusement occupée des moyens d'y mettre un terme.

En général, les arrangements que les prête-noms contractent avec les propriétaires des officines sont plus ou moins fictifs, et reposent sur deux espèces de traités, l'un secret qui contient les véritables conditions, et l'autre ostensible qui a pour but d'éluder les lois et la surveillance de l'autorité, et que les contractants produisent selon les circonstances. D'où il résulte que la fraude est très difficile à découvrir.

Votre Commission a dû formuler plusieurs dispositions dans le but d'atteindre et de détruire cet abus; elle espère, si ses propositions sont adoptées, que les prête-noms ne pourront, à l'avenir, ni se maintenir, ni se reproduire.

Quant à la question des pharmaciens étrangers, elle a beaucoup d'importance pour ceux de nos confrères qui sont établis dans les villes frontières du royaume, et votre Commission pense qu'il ne peut y avoir de doute sur la nécessité de soumettre les pharmaciens étrangers aux conditions qui nous sont imposées à nous-mêmes.

L'article 7 de l'édit de Louis XIII, porte :

« Nul ne pourra être reçu maître apothicaire, s'il n'est originaire » français et né sujet du roi, ou s'il n'a obtenu de nous lettres de na» turalité dûment vérifiées où besoin sera. »

Aucune disposition des lois spéciales qui régissent notre profession, n'est venue abroger l'article 7 de l'édit de Louis XIII; cependant votre Commission n'a pas cru devoir reproduire l'exigence de la naturalisation.

Nous devons vous dire, Messieurs, qu'en s'occupant du travail qui lui a été confié, votre Commission a remarqué, avec étonnement, que la solution de plusieurs questions relatives à l'exercice illégal de la pharmacie n'avait été soumise à aucune des Commissions de la section de pharmacie. Par exemple :

Le débit des eaux minérales naturelles, et la fabrication et le débit des eaux minérales artificielles, par des personnes étrangères à la pharmacie;

La possession de plusieurs officines par un seul pharmacien;

L'exploitation d'une officine par la veuve d'un pharmacien;

La qualification de pharmacien-droguiste prise par quelques-uns de nos confrères;

La prohibition du cumul de tout autre commerce que celui de la grèneterie pour les herboristes; profession qui, dans tous les cas, ne peut pas s'éteindre immédiatement :

La publication d'un tableau nominal et limitatif des médicaments qui, en raison de leur emploi dans les arts ou l'économie domestique, pourront être vendus en dehors des officines.

Votre Commission a donc cru devoir vous signaler ces lacunes importantes, en exprimant le vœu qu'elles pussent être comblées pendant la session du Congrès.

A la suite de ce rapport, M. Lepère lit un certain nombre de propositions qui, après avoir été modifiées par l'assemblée, se sont trouvées réduites aux suivantes :

1° Nul ne peut ouvrir une officine de pharmacie ni prendre une patente à cet effet, s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien, et s'il n'est inscrit sur les listes dressées par l'autorité compétente, le tout conformément aux dispositions de la loi.

Nul ne peut fabriquer, mettre en vente, vendre en gros ou en détail, ni avoir en dépôt aucune substance médicamenteuse, s'il n'est muni du même diplôme, sauf les exceptions admises par la loi.

Toute infraction aux prescriptions ci-dessus énoncées sera considérée comme exercice illégal de la pharmacie.

L'exercice illégal de la pharmacie sera puni d'une amende de 100 à 500 fr. pour le premier délit; et après une première condamnation, le délinquant sera toujours puni d'une amende de 500 à 3,000 fr., et de 3 à 30 jours de prison.

2° L'exercice de la pharmacie à l'aide d'un prête-nom est formellement interdit, et puni des peines applicables à l'exercice illégal de la pharmacie.

L'association en nom collectif d'un pharmacien avec une ou plusieurs personnes non pourvues d'un diplôme de pharmacien, sera considérée et punie comme exercice illégal de la pharmacie, et chacun des associés sera passible de toute la peine prononcée.

En cas de récidive, la fermeture de l'établissement sera toujours ordonnée.

3° Toutefois, au décès d'un pharmacien, la veuve ou les enfants pourront faire gérer l'officine du défunt pendant deux années, par un élève reçu bachelier en pharmacie, et sous la surveillance d'un pharmacien légalement reçu, et désigné par la chambre des pharmaciens du département.

4° Les étrangers ne pourront exercer la pharmacie en France qu'après avoir rempli toutes les conditions imposées aux nationaux.

NOUVELLES.

A la haute commission des études médicales dont nous avons annoncé la formation, le ministre vient d'adjoindre MM. Dubreuil, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Bégin, membre de l'Académie royale de médecine et du comité de santé militaire, et Rigal, de Gaillac.

— MM. Piorry, professeur de pathologie interne; Velpeau, professeur de clinique externe, et Moreau, professeur d'accouchements, sont nommés juges du concours qui doit s'ouvrir aujourd'hui, 1er décembre, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'anatomie vacante dans cette Faculté.

— Une lettre adressée à tous les adhérents par la Commission permanente du Congrès médical, est en ce moment en distribution. Nous la publierons nous-même dans notre prochain numéro.

— On va ériger un hôpital civil à Constantinople. L'idée en est venue parce que la sultane mère, d'après un ancien usage, se proposait de faire bâtir un temple du superflu de ses immenses revenus. On lui a fait entendre qu'elle aurait plus de mérites à bâtir un hôpital, et cette idée lui a plu. Lorsque les constructions seront terminées, l'Etat se chargera de l'entretien de cet hôpital.

— On écrit de Constantinople : « L'Ecole de médecine de Galata-Seraï fait des progrès remarquables. Pour preuve, nous citerons l'institution de cours pour les pharmaciens et les sages-femmes, la plus grande fréquence de nécropsies et l'acquisition d'un cabinet pathologique du docteur F. Tibert. On a enjoint à toutes les sages-femmes de faire leurs études régulièrement à Galata-Seraï, et des ordres sévères ont été promulgués pour extirper l'immorale et pernicieuse coutume des avortements.

— L'université de Moscou compte 390 étudiants en médecine, dont plus du tiers étudient aux frais de l'état. Le cabinet d'histoire naturelle de cette ville contient 63,400 préparations zoologiques et 15,800 minéraux; le cabinet d'anatomie pathologique contient 6,273 pièces, et le jardin botanique 18,000 plantes.

— Le gouvernement pontifical vient de prendre un arrêté qui interdit l'exportation des sangsues hors des Etats du Saint-Siége. La rareté toujours croissante de ces annélides a déterminé cette mesure.

(*Gazette médicale belge.*)

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 146. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 3 DÉCEMBRE 1845.

LE CONGRÈS.

(*Premier article.*)

Maintenant que cette grande et noble agitation suscitée par le Congrès dans le monde médical commence à se calmer, maintenant que nos confrères des départements qui sont venus nous apporter le concours de leurs talents et de leurs lumières ont repris leurs habitudes paisibles et si éminemment utiles, alors que le souvenir de ces grandes émotions ne se présente pas encore dans le vague de l'éloignement, il nous paraît utile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'ensemble des travaux de cette session si remarquable, et de préluder ainsi à l'examen que nous nous proposons de faire des principales questions agitées dans le Congrès.

Pendant ces débats animés, nous n'avons pas voulu mêler notre voix aux voix éloquentes de la salle Saint-Jean; nous ne sommes pas bien sûr qu'elle eût été écoutée dans cette fiévreuse ardeur qui nous emportait tous. D'ailleurs, un sentiment irrésistible nous a poussé à nous abstenir. Le Congrès, né, développé dans nos colonnes, propagé par nous avec un sincère dévouement; le Congrès, qui avait nos sympathies les plus vives, devait, selon nous, jouir de toute sa liberté, de toute sa spontanéité, devait se présenter à ses amis comme à ses adversaires avec ses allures propres, avec sa complète indépendance et dégagé de toute influence étrangère.

Tel il s'est montré, en effet. Jamais assemblée plus libre n'a délibéré plus librement. C'était même un spectacle singulier, mais non pas dépourvu de grandeur, que cette réunion d'hommes éclairés, si inopinément et si rapidement formée, ne demandant qu'à ses propres convictions, quelquefois même qu'à son seul enthousiasme, ses décisions et ses votes. C'est un souvenir qui ne s'effacera jamais que celui de cette grande assemblée frémissant d'impatience sous une parole antipathique, vibrant de joie et de bonheur sous une impression éloquente, tantôt calme et sérieuse, tantôt pleine d'émotions et d'orages, presque toujours, même dans ses intolérances, admirable de bon sens et de droiture.

Mais, ce que nous n'avons pas voulu faire sous l'impression du moment, un devoir impérieux nous oblige à le tenter aujourd'hui. Quand la presse se tait, elle n'abdique pas, elle veille. Le Congrès, présent, n'avait pas besoin de nos efforts; absent, notre dévouement peut être utile, et nous le donnons entier, sincère, mais libre, comme cela convient à tout organe sérieux de l'opinion publique.

Nous voulons donc, après une récapitulation rapide des principaux actes du Congrès, examiner de notre point de vue les questions qui l'ont occupé, les solutions qu'il leur a données, concourir par nos efforts à la réalisation des vœux qu'il a émis, faisant nos réserves expresses sur l'appréciation et même sur la critique de ceux que nous croyons erronés et dangereux. Organe du Congrès avant et pendant sa session, nous tenons infiniment à honneur de continuer à l'être. Mais feronsnous pour cela abnégation complète de nos croyances et de nos convictions? Nous avons une idée trop élevée des devoirs et des droits de la presse, nous avons une estime trop grande pour nos honorables confrères qui ont participé aux travaux du Congrès pour que, aussi bien pour eux que pour nous, nous nous excusions d'user librement de nos droits d'écrivain.

Nous commencerons par rendre hommage à l'organisation habile et libérale du Congrès. Il ne nous paraît pas possible, avec les éléments donnés, de faire mieux et autrement. De grandes erreurs, de déplorables inexactitudes ont été répandues relativement aux dispositions prises par la Commission qui a présidé à cette organisation. C'est pour nous un devoir de justice de reconnaître que rien n'est fondé dans les accusations que l'on se plaît à répandre à ce sujet. Les Commissions ont été si heureusement instituées et choisies avec tant de discernement qu'elles ont fonctionné, chose difficile, à la satisfaction générale. Les ordonnateurs du Congrès ont très sagement fait d'épargner à cette grande assemblée les lenteurs et les embarras de choisir vingt-cinq fois des Commissions de quinze membres, de lui éviter l'énorme perte de temps d'une discussion réglementaire, et autres choses dont on se plaint qui ont fait tout le succès du Congrès. On parle d'arbitraire, c'eût été un grand malheur qu'il n'en eût pas rencontré une certaine dose; l'essentiel était que cet arbitraire fût intelligent, habile et bien intentionné, toutes choses que le Congrès a reconnues, a sanctionnées à une immense et honorable majorité.

D'autres qui avaient cru faire avorter cette manifestation dans une petite, mais fort innocente conspiration du silence, en parlent aujourd'hui, mais forcément, de très mauvaise grâce, en rayant de leurs comptes-rendus infidèles les noms voués à leur stérile vengeance, en faisant les plus vains efforts pour affaiblir, pour amoindrir ce grand événement dont l'éclat et la solennité les offusque.

Ceux-ci, gens plus habiles et mieux avisés, ne se dissimulent ni la valeur, ni la portée de ce grand acte; seulement ils trouveraient commode de l'escamoter à leur profit, de s'en faire, à eux tous seuls, une auréole éclatante, et de réaliser une fois de plus l'éternelle mais fort vilaine histoire du *Sic vos non vobis*....

Tout cela est inévitable, car tout cela résulte fatalement de la condition humaine; ce n'est pas d'aujourd'hui que la générosité doit lutter contre l'égoïsme, les intentions droites contre de perfides attaques; ce n'est pas d'aujourd'hui que l'intérêt général blesse et irrite les intérêts privés; et de tout cela il ne faut pas s'inquiéter outre mesure, il faut seulement veiller et ne pas désarmer.

Le bureau nommé par le Congrès a répondu à sa confiance. Il n'y a qu'une voix pour reconnaître les immenses services rendus par l'honorable M. Serres à la cause du Congrès. La dignité de son maintien, la solennité de ses paroles, son respect du droit de tous, ont été des éléments puissants de succès. Et que dire de son zèle et de son dévouement? M. Serres a donné au monde médical un noble et grand exemple: à son âge, dans sa position éminente, la plupart des hommes n'aspirent qu'au repos; intrépidement il a voulu se mêler à notre agitation, et cette agitation a eu un digne chef.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les actes du Congrès.

(*La suite tous les jeudis.*)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Nécroses. Réflexions pratiques.

Un assez grand nombre d'enfants affectés de nécroses se trouvant actuellement dans les salles dont il est chargé, M. Guersant a cru devoir présenter à ses auditeurs quelques réflexions pratiques, applicables en tout ou en partie à chacun des cas cliniques sur lesquels il a fixé l'attention. Les enfants qui se trouvent actuellement dans ces circonstances sont au nombre de six:

1° Au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, une fille de onze ans présentant une nécrose commençante du tibia;

2° Au n° 2 de la même salle, fille de neuf ans, nécrose du tibia;

3° Au n° 7, cas pareil aux deux précédents;

4° Au n° 22, nécrose de l'os malaire;

5° Au n° 24, nécrose du premier métacarpien;

6° Au n° 15 de la salle Saint-Côme, nécrose du tibia avec séquestre.

La nécrose est une affection très commune dans l'enfance. On appelle nécrose, il n'est pas besoin de le dire, la mort d'une portion d'os plus ou moins considérable. Si nous examinons les enfants qui sont atteints de nécrose, nous voyons que presque toujours la maladie est déterminée par une cause interne. Il existe un certain nombre de cas de névroses dans lesquels la maladie s'est produite sous l'influence de causes externes; mais le plus souvent, et surtout chez les enfants, c'est une cause interne qui la produit. Presque toujours, elle est liée au vice scrofuleux. Que l'on examine avec soin la plupart des enfants traités pour des nécroses, et l'on trouvera chez eux tous les caractères des scrofules à des degrés plus ou moins avancés.

Si maintenant nous considérons la nécrose sous le point de vue de sa fréquence dans telle ou telle portion du squelette nous voyons qu'elle attaque presque également tous les os, ceux du crâne, par exemple, les os maxillaires supérieurs et inférieurs, la clavicule, le sternum, l'humérus, les os de l'avant-bras, les métacarpiens; il en est de même pour les os du membre inférieur; nous devons dire cependant que la nécrose se rencontre plus fréquemment sur les os de la mâchoire, du tarse et du métatarse, du carpe et du métacarpe, sur le tibia, en un mot sur tous les os superficiels que sur les os profonds. La nécrose est beaucoup plus souvent partielle que générale. Une petite portion d'os, sous l'influence des causes que nous venons d'indiquer, se trouve frappée de mort. Les parties molles se gonflent, des abcès se forment, et on ne tarde pas, après leur ouverture, soit qu'elle soit spontanément survenue, soit qu'elle ait été faite par le chirurgien, on ne tarde pas, en introduisant un stylet par la plaie, à sentir des portions d'os dénudées et privées de leur périoste. Il y a des cas où le corps de l'os tout entier est frappé de mort; l'astragale, le calcanéum peuvent ainsi se nécroser en totalité; mais ceci est rare, et n'a lieu que pour quelques os seulement.

Que se passe-t-il au début de cette maladie? Le plus ordinairement, elle commence avec des symptômes inflammatoires. Nous ne parlons ici que des nécroses qui s'observent chez les scrofuleux. Presque toujours, ces phénomènes phlegmasiques sont manifestes. Dans quelques cas, il n'y a que fort peu ou même point de douleur. Il y a seulement un peu de gonflement de la région dans laquelle la nécrose se développe. Bien que la douleur ne soit pas constante, on peut dire qu'il est très peu de cas où la pression sur la partie tuméfiée ne cause aucune exaltation de la sensibilité.

A l'époque où il n'y a encore que tuméfaction des parties molles avec douleur peu aiguë à la pression, si l'on abandonne la maladie à la nature, il se forme peu à peu un abcès qui s'ouvre au bout d'un temps plus ou moins long. Le pus contenu dans ces abcès n'est jamais de bonne nature, jaune, phlegmoneux, bien lié et bien homogène. Il est séreux, floconneux, fétide; mais, que l'ouverture se soit faite spontanément, ou soit le résultat d'une opération, il reste le plus souvent une ouverture fistuleuse. A mesure que la maladie marche, les phénomènes changent aussi. De nouveaux abcès se forment. Si la nécrose est très limitée, bien circonscrite, il peut arriver qu'il n'y ait qu'un seul abcès, et qu'il n'ait aussi qu'une seule ouverture.

La nécrose des os plats ne se comporte pas toujours de la même manière que celle des os longs; nous aurons occasion de revenir sur ces différences, sur lesquelles nous n'insistons pas maintenant. Pendant le cours de l'affection, plusieurs circonstances peuvent se présenter. Et d'abord, il arrive quelquefois que le séquestre se détache seul, et vienne se présenter de lui-même, sans avoir été ébranlé artificiellement, à l'ouverture fistuleuse qui a succédé à l'ouverture de l'abcès. Ceci arrive souvent pour les os de la face. Toutes les fois que le séquestre se présente de cette manière, on en fait l'extraction, soit en prenant simplement le séquestre avec une pince, soit en agrandissant un peu l'ouverture de la peau. Lorsque la nécrose est circonscrite, bornée, tout à fait partielle, il se fait après la sortie du séquestre une cicatrice, le plus souvent enfoncée; si sur le point occupé sur la peau par la cicatrice, on appuie fortement le doigt, on sent une dépression de l'os, proportionnée à l'étendue de la portion d'os nécrosée. Ceci se remarque principalement et se constate facilement sur les os du crâne ou de la face, régions dans lesquelles les nécroses sont très communes.

Lorsque l'on a affaire à de petits os longs, comme des phalanges, il n'est pas rare de voir l'os entier se frapper de nécrose et venir se présenter d'une seule pièce à l'ouverture fistuleuse. Ceci arrive surtout pour des phalanges. Dans ces cas, deux circonstances peuvent se présenter: ou l'os nécrosé n'est pas remplacé; ou la nature fait en quelque sorte un effort pour ne point laisser vide la place qu'il occupait, et il se développe un tissu osseux de nouvelle formation. L'os de nouvelle formation ne se développe qu'après la nécrose des os longs. On en a vu quelquefois remplacer une portion du tibia, l'un des grands os longs qui se frappent le plus souvent de mortification. Une circonstance à noter, et que l'on comprendra du reste facilement, c'est que, quelle que soit la partie du corps où il se forme, cet os nouveau est toujours plus ou moins irrégulier, et ne représente jamais exactement la figure de celui qu'il remplace. Quelquefois, des portions nécrosées, et qui ne sont point détachées du corps de l'os primitif, restent enfermées, emprisonnées en partie dans le tissu osseux de nouvelle formation; c'est ce que l'on appelle la nécrose enchatonnée ou invaginée.

Lorsque l'art ne vient point en aide à la nature, il se passe quelquefois un temps très long, des mois, des années même, avant que le séquestre ne se détache. Nous avons vu, entre autres, et ce fait nous a paru tellement curieux que nous ne devons point le passer sous silence, un enfant chez lequel un séquestre du tibia resta pendant sept ans sans se détacher et sans pouvoir être expulsé au dehors. Quelquefois, le séquestre restant renfermé dans le périoste, est pendant longtemps frotté et pressé contre la partie saine de l'os par suite des mouvements musculaires qui se passent dans le membre, et finit par s'user en partie et diminuer de volume. Lorsque les os sont frappés de mort et qu'un tissu de nouvelle formation ne leur succède pas, il arrive ordinairement que les portions osseuses qui subsistent cherchent à se rapprocher de manière que le vide soit en partie comblé.

Il est évident que la nécrose peut être confondue avec un grand nombre d'autres maladies. Pour nous, la nécrose est une période inflammatoire de l'ostéite, reconnaissant pour cause la diathèse scrofuleuse, dans l'immense majorité des cas, et quelquefois, mais rarement, des contusions. C'est surtout au moment où elle débute que l'on peut méconnaître la nécrose. Il arrive souvent à l'hôpital des Enfants des sujets qui présentent une tumeur, un empâtement sur le trajet d'un membre. On ne peut rapporter cette tumeur à aucune cause

connue. Il n'y a pas de douleur, et hormis la tuméfaction, rien d'appréciable. Il est certainement impossible de dire qu'il y a là une névrose commençante, et cependant c'est souvent ainsi que débute l'affection.

Le traitement de la névrose n'est pas très compliqué. Le plus souvent, quand nous avons voulu employer les émissions sanguines, nous n'avons obtenu aucun succès. Les résolutifs et en particulier l'onguent napolitain, nous ont beaucoup mieux réussi. Nous avons vu souvent quelques frictions avec l'onguent napolitain enlever comme par enchantement la douleur et faire diminuer le volume du membre. A une époque plus avancée, lorsque la tuméfaction se circonscrit, que la fluctuation se fait sentir d'une manière prononcée, il est indiqué de faire des incisions, et de donner issue au pus qui s'est formé. Jusque-là la maladie est peu caractérisée, et le diagnostic obscur. Mais lorsque l'abcès a été ouvert, que des fistules se sont formées, que les parties molles se sont dégonflées, alors il est permis de reconnaître la maladie; le séquestre est plus ou moins dénudé alors, plus ou moins mobile, et il devient facile de se prononcer. Le gouflement, la dénudation de l'os ne suffisent pas pour faire reconnaître la névrose. Il faut, pour qu'il ne reste aucun doute à l'esprit, que l'on puisse constater la mobilité du séquestre.

Le pronostic est toujours grave; un des premiers soins du chirurgien doit être d'annoncer que la maladie sera longue, puisqu'il s'écoule toujours plusieurs mois jusqu'à ce que soit sorti le séquestre même le moins volumineux. Cette circonstance de l'enchatonnement d'un séquestre est encore une raison qui doit faire prévoir une durée beaucoup plus longue encore de la maladie. Dans la détermination de la gravité de la maladie, il faut tenir compte de l'état général du sujet; si l'état général est mauvais, si l'enfant est sous le coup d'une diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse, si l'on sent en pressant le ventre ces tumeurs indiquant l'existence des tubercules du péritoine et du mésentère, le pronostic est des plus fâcheux. Mais si la nécrose est partielle, si elle n'existe que sur un seul os, que la santé générale soit bonne du reste, le pronostic est loin d'être aussi grave. Lorsque l'on a affaire, ce qui arrive quelquefois, à des nécroses des os du tarse, et que plusieurs os sont pris simultanément, le cas est grave, et il est rare que l'on puisse guérir sans amputation. On tiendra compte enfin, en portant le pronostic, de l'étendue de la nécrose et de la marche qu'elle a suivie, jusqu'au moment où on examine l'individu malade.

Le traitement que nous faisons subir au sujet est de deux sortes; traitement général, traitement local. Nous avons dit que la plupart du temps, la nécrose, est une affection de cause interne. Nous commençons donc par donner au sujet des toniques et des ferrugineux, des amers, et l'iodure de potassium. Voilà pour le traitement général. Pour le traitement local, on se conformera aux diverses périodes de l'affection. Dès le commencement des abcès se forment, avons-nous dit. Lorsque les enfants souffrent beaucoup, on se trouve bien d'ouvrir ces tumeurs de bonne heure; une fois les accidents inflammatoires calmés, le volume du membre diminué à l'aide de frictions mercurielles, de bains généraux et locaux, on substitue aux émollients les toniques les plus énergiques. On fait par les ouvertures fistuleuses des injections astringentes; on trempe les parties malades dans la décoction de feuilles de noyer; enfin on panse les plaies avec la charpie imbibée de la même décoction; précaution qui a le double avantage de les garantir du contact de l'air, et d'absorber le pus à mesure qu'il se forme. Si le liquide se présente à l'une des ouvertures, on agrandit facilement la plaie pour en faciliter l'extraction.

Lorsque le séquestre est enchatonné, ce n'est plus ainsi que l'on agit. A la rigueur on pourrait attendre, et la vie de l'enfant n'est certainement pas menacée. Mais le plus souvent on préfère pratiquer une opération, et faciliter le travail inflammatoire de la nature. L'opération est toujours laborieuse, douloureuse pour le malade, pénible pour le chirurgien, d'autant plus qu'il n'y a point de règle fixe, qu'elle varie suivant les cas, et qu'il est impossible d'en décrire à l'avance les divers temps. La seule chose que l'on puisse dire en thèse générale, c'est qu'il faut inciser suivant la direction des trajets fistuleux.

Gangrène de la vulve.

Au n° 13 de la salle Sainte-Thérèse, est une fille de deux ans et demi, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle; malade depuis dix jours seulement. Elle nous a été apportée pour une gangrène de la vulve. La maladie a commencé par l'apparition de petits boutons plats à la face interne des grandes lèvres, avec un peu de rougeur. Les boutons se seraient ulcérés et agrandis, au dire des parents. Lorsque l'enfant nous a été présentée, la face interne des grandes lèvres et les petites lèvres étaient recouvertes d'une couche grisâtre, évidemment gangréneuse; fétidité caractéristique, écoulement sanieux, douleurs en urinant; visage, du reste, assez bon; état général satisfaisant. Abattement et prostration. Résonnance et respiration assez bonnes des deux côtés; un peu de râle muqueux; pouls faible et misérable; extrémités un peu froides. Il y avait évidemment là gangrène dépendant d'une cause générale. Nous avons demandé à la mère si cette enfant n'avait pas habituellement un écoulement leucorrhéique par les organes génitaux, écoulement qui détermine quelquefois des ulcérations de la vulve. Mais il semblerait que la mère n'en aurait point remarqué, et que cette fille aurait été habituellement tenue proprement.

La gangrène avait marché très vite, nous avons dû supposer qu'elle tenait à une cause générale; c'est d'ailleurs, pour le dire en passant, ce que nous observons le plus communément pour cette affection. Nous avons souvent parlé des vulvites simples, et nous avons fait remarquer que les excoriations qui les accompagnent se guérissent ordinairement très vite. Ce n'est pas ici le même cas, et la description des symptômes, la marche rapide de la maladie dissipent tous les doutes à cet égard. Nous observons de plus, chez cette fille, la faiblesse du pouls constante chez tous les sujets qui ont des affections gangréneuses.

La gangrène de la vulve est une maladie grave. Il nous arrive rarement de sauver les enfants qui sont atteintes de véritables gangrènes de la vulve. Ces gangrènes marchent presque toujours, quoique nous fassions. Nous mettons néanmoins en usage les moyens généraux qui nous paraissent les mieux indiqués, et qui nous ont quelquefois réussi. En première ligne, les toniques. Les enfants atteintes de gangrènes sont ordinairement faibles; nous leur permettons habituellement un peu de bouillon, de vin, lorsqu'il n'y a pas d'inflammation très intense; le sirop de quinquina, les pilules d'extrait de quinquina, à la dose de 20 à 25 centigrammes par jour, à trois reprises. Sous l'influence de ces moyens, on améliore ordinairement l'état général; mais ce n'est pas tout, il faut agir localement. Les topiques que nous préférons sont le suc de citron et les chlorures.

Malgré l'emploi de cette médication, nous avons vu la gangrène faire des progrès rapides du jour au lendemain. Nous avons dû alors avoir recours à la cautérisation avec le fer rouge, et nous avons passé l'instrument sur les points où la gangrène paraissait pouvoir se limiter; nous avons cerné la maladie; et cependant, malgré l'énergie du moyen, nous ne remarquons pas un grand résultat. Peut-être la rougeur estelle un peu moins intense qu'avant la cautérisation; du moins la gangrène n'a pas dépassé les limites qui lui ont été tracées par le fer rouge; s'il n'y a pas d'amélioration notable, sa position n'a pas empiré. Dans les cas comme celui auquel nous avons affaire, les caustiques liquides sont moins souvent employés; on ne peut pas en limiter l'action comme on veut; puis le cautère rougi à blanc paraît un peu moins douloureux; son action est plus nette en même temps que plus profonde.

Dans l'état où se trouve cette fille, nous n'osons assurer que nous obtiendrons la guérison. Nous avons vu des cas aussi graves que celui-ci céder à des médications énergiques; les eschares se détacher, et laisser au-dessous d'elles des surfaces rosées qui bientôt se recouvraient de bourgeons charnus. Si cette malade succombe, il est probable que la poitrine se prendra, et nous trouverons dans les poumons des foyers inflammatoires de pneumonie lobulaire. Z...

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

Présidence de M. SERRES.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1845.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport fait à la séance générale du Congrès médical, le* 11 *novembre* 1845, *au nom de la Commission mixte n°.* 10, par M. Garnier (Alphonse), pharmacien, délégué de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine. (*Voir* le numéro du 13 novembre.)

Messieurs,

Organe de la Commission mixte n° 10, qui doit vous rendre compte de l'état actuel de la législation en ce qui concerne l'exercice et la police des professions médicales, et de vous proposer les changements dont cette législation peut être susceptible, je suis véritablement effrayé de la tâche qui m'a été imposée par la trop grande confiance de mes collègues.

Vous comprenez en effet, Messieurs, que pour traiter un pareil sujet il faudrait s'y être préparé de longue main par de sérieuses études, être bien pénétré de l'esprit qui a présidé à la rédaction de ces lois, être familier avec leur texte, et surtout connaître à fond la jurisprudence qui s'est établie quant à leur application.

Toutes ces qualités, Messieurs, manquent essentiellement à votre rapporteur; et, s'il n'avait compté sur votre extrême indulgence, s'il n'avait été secondé par les lumières et l'active coopération des honorables collègues auxquels vous l'avez associé, il eût assurément décliné le périlleux honneur qui l'appelle devant vous.

Deux ordres de questions sont posées par le programme;

1° Celles qui se rapportent particulièrement et exclusivement à l'exercice ou de la médecine, ou de la pharmacie;

2° Celles qui sont connexes, c'est-à-dire qui sont communes à ces deux branches de l'art de guérir.

DES ABUS ET DÉLITS dans l'exercice des professions médicales. — Et d'abord, votre Commission a dû s'interroger sur le sens et la portée qu'il convenait d'attribuer aux mots : Abus et délits.

Que doit-on entendre par abus?

Un abus, de la part des hommes exerçant l'art de guérir, c'est, si je ne me trompe, l'usage mauvais, excessif, du droit que confère le titre dont ils sont revêtus, mais qui pourtant ne peut tomber sous le coup de la loi pénale.

Que doit-on entendre par délit?

C'est une véritable infraction à la loi, qui devient passible des peines qu'elle prononce.

Cette distinction étant admise, ma tâche sera moins difficile, et nous pourrons mieux résoudre la question.

Messieurs, si l'honneur, la probité, la délicatesse doivent être la règle de toutes nos actions dans la vie, à toutes ces qualités de l'homme de bien doivent s'allier encore, chez ceux qui se vouent aux professions médicales, la discrétion, le désintéressement, la dignité.

Telles étaient les inspirations sous lesquelles était placée votre Commission lorsqu'elle a examiné l'importante et délicate question qui lui était posée.

Les sérieuses et profondes investigations auxquelles elle s'est livrée n'ont que trop mis à jour cette vérité de tous les temps, c'est que si les bienfaits d'une solide instruction, et surtout la culture des sciences ont pour effet d'élever le cœur de l'homme et d'y développer parfois les plus nobles vertus, il ne leur est pas donné pourtant d'en extirper complétement les passions et les vices.

Il ne faut donc pas s'étonner si de nombreux et graves abus ont été dévoilés; on devait s'y attendre.

Mais nous aimons à le proclamer:

Quand on a le courage de s'interroger ainsi soi-même, et d'avouer ses propres erreurs, c'est un heureux symptôme, et, j'ose le dire, un commencement de réparation.

Vous n'attendez pas, Messieurs, que je déroule devant vous le triste tableau de nos infirmités professionnelles. Il est inutile de découvrir les plaies, quand on n'a pas sous la main le remède qui peut les guérir.

Mais ce que je suis heureux de vous dire, c'est que votre Commission a été unanime pour les déplorer; c'est qu'elle a été unanime pour reconnaître l'indispensable nécessité qu'il soit établi, pour chaque profession en particulier, une institution quelconque qui ait mission d'en connaître et pouvoir de les réprimer.

Et comme la question des Conseils de discipline a été posée pour la médecine et pour la pharmacie, elle a été d'avis aussi que les moyens à l'aide desquels ces abus pourraient être efficacement combattus, rentraient exclusivement dans les attributions de ces Conseils.

En ce qui touche les délits, nous constatons d'abord que la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, n'en a prévu aucun qui soit applicable aux membres du corps médical, à raison de l'exercice de leurs fonctions, et que, par conséquent, elle n'a prononcé aucune peine.

Ce silence de la loi de ventôse ne saurait être le résultat d'une omission. Tout démontre, au contraire, que le législateur a voulu laisser dans le droit commun tous les actes répréhensibles qui pourraient se produire dans l'exercice de la médecine.

Quoi qu'il en soit, cette absence de pénalités distinctes est regrettable à plus d'un titre; il serait bon, il serait moral, oserons-nous dire, que les membres des professions médicales puissent toujours lire à côté des articles de la loi qui stipulent leurs droits et qui doivent les protéger, les sévérités toutes prêtes à atteindre ceux d'entre eux qui auraient le malheur de les enfreindre en manquant aux devoirs essentiels de leur profession.

Quant aux faits qui seraient de nature à prendre rang parmi les délits, la Commission a pensé qu'ils devraient toujours avoir un caractère de gravité tel qu'ils excédassent évidemment la compétence de ces tribunaux de famille dont, en principe, elle a reconnu la haute utilité.

Ainsi, la Commission n'hésiterait pas à classer parmi les délits les manœuvres de ces médecins ambulants qui, courant de ville en ville, font annoncer leur arrivée par les journaux, par des affiches, par des écrits imprimés, dans lesquels ils rabaissent le savoir et la capacité des médecins de ces localités, et se posent avec impudeur comme seuls capables de guérir les maladies les plus graves, et même celles qui, de tout temps, ont résisté à tous les moyens, à toutes les ressources de l'art.

Ne se rendent-ils pas coupables d'un véritable délit, ceux aussi qui, sciemment, appliquent des appareils inutiles dans l'intention de multiplier leurs visites, et pour faire accroire qu'ils ont opéré des cures merveilleuses?

Ces faits pourraient assurément être appuyés d'un grand nombre d'autres encore; mais ils suffisent à eux seuls pour démontrer la nécessité d'introduire dans la loi nouvelle quelques dispositions pénales particulières, qui auront pour effet d'obliger tous les membres de la profession qui tenteraient de s'en affranchir, au respect de leur propre caractère, au respect du corps honorable dont ils font partie.

DE L'ANNONCE. — L'Annonce, il faut le reconnaître, est devenue, depuis vingt-cinq ans, un des plus puissants ressors du commerce et de l'industrie, pour assurer la vente de leurs produits, et pour agrandir le cercle de leurs opérations.

Ce moyen de se faire connaître du public, quand il ne s'agit que d'affaires commerciales, est parfaitement licite; il établit une concurrence active, nécessaire, qui tourne, en définitive, au profit des acheteurs.

En est-il de même de la publicité médicale? Et serait-il aussi facile d'établir et de justifier de sa convenance, de son utilité et de ses bons effets? Nul ne le pense parmi vous. Mais ce qui est avéré, incontestable, c'est que depuis longues années déjà, elle a pris un développement extraordinaire; c'est que ni l'une, ni l'autre de nos professions n'est demeurée étrangère à son emploi.

Qui de vous, en effet, n'a cent fois éprouvé un sentiment pénible à la lecture de ces annonces de toutes sortes de remèdes, qui se reproduisent chaque jour avec une incessante opiniâtreté, à la dernière page de nos journaux?

Qui de vous ne s'est pas indigné, en voyant les murs de nos cités continuellement envahis par les affiches scandaleuses de ces cabinets de prétendues consultations gratuites où se pressent d'accourir les classes ouvrières, attirées qu'elles y sont par l'appât de l'économie, et la garantie promise d'un traitement facile, secret et toujours infaillible!

Que vous dire de tous ces prospectus mensongers qui sont distribués avec profusion sur la voie publique, et qu'on vous met presque forcément dans les mains?

De ces brochures, enfin, toutes remplies de certificats, de lettres, d'attestations, établissant des cures miraculeuses, qui viennent nous assaillir jusque dans nos demeures, et qui ne sont autre chose que l'apologie intéressée de certaines méthodes curatives?

N'est-ce pas là, Messieurs, le plus étrange des spectacles; et n'est-il pas de nature à faire douter des bienfaits que la société doit attendre de l'exercice des professions médicales?

C'est donc une question grave que cette question des annonces, et j'ose ajouter une question délicate et difficile, car elle touche à certains égards aux droits du citoyen; elle se lie étroitement aussi à la question des nos priviléges professionnels; enfin, elle intéresse au plus haut degré la morale publique, la santé et la vie des populations. Sous tous ces rapports elle devait exciter toute la sollicitude et fixer toute l'attention de la Commission.

Examinons donc si ce recours à la publicité doit être reconnu comme un droit; examinons si l'emploi qu'on a fait jusqu'à présent de ce moyen est licite, ou s'il n'est autre chose qu'un véritable abus qui doit disparaître et demeurer tout à fait interdit.

La liberté du citoyen consiste, aux termes de la loi politique, dans le droit de publier ses idées, ses vues, ses opinions sur toutes les questions qui touchent aux intérêts du pays, pourvu que, ni par ses paroles ni par ses écrits, il ne manque au respect dû à la constitution, aux lois, à la morale publique.

Maintenant, nous posons cette question :

Les annonces, telles que nous les connaissons, sont-elles un usage régulier, licite, du droit dont nous venons de parler, ou bien n'en sont-elles pas l'usage le plus abusif qu'il soit donné d'en faire?

Dans ce dernier cas, quelle atteinte sera donc portée aux droits du citoyen, aux droits de l'homme de l'art, aux droits du commerce et de l'industrie, si les annonces sont prohibées?

Les droits du citoyen! Mais ils ne peuvent s'étendre jusqu'à blesser la morale et la pudeur publiques?

Les droits de l'homme de l'art! Mais ils ne peuvent aller jusqu'à compromettre la vie des hommes? La liberté du commerce et de l'industrie! Mais une industrie dangereuse et coupable put-elle donc jamais invoquer la protection de la loi?

D'un autre côté,

La société n'a-t-elle pas aussi ses droits? N'a-t-elle pas celui de se défendre contre les dangers qui la menacent, contre tout ce qui peut lui causer un préjudice? Ne doit-elle pas, en un mot, protéger et mettre à couvert tout ce qu'elle a de plus cher, sa santé et sa vie?

Et puis, si la société, dans son propre intérêt et sous de certaines conditions, a cru devoir accorder aux professions médicales certaine

prérogatives, certains priviléges, n'a-t-elle pas incontestablement le droit, si on en abuse, de se garantir en ajoutant de nouvelles obligations aux obligations précédemment imposées ? Ne peut elle pas apporter telles restrictions qu'elle juge nécessaires aux priviléges qu'elle avait primitivement concédés ? Il y a plus ; n'est-ce pas un devoir pour elle de le faire, quand ces restrictions doivent, comme dans la circonstance actuelle, tourner à son propre avantage ? Enfin, doit-elle hésiter un seul moment, quand il y va de l'intérêt, de la considération, de la dignité du corps médical tout entier ?

Dans ce peu de mots, nous pensons avoir suffisamment établi que ni les droits du citoyen, ni ceux de l'homme de l'art, ni même ceux du commerce et de l'industrie ne seront lésés par la suppression des annonces ; quand, au contraire, la société trouvera dans cette mesure les plus précieuses garanties.

Il nous reste désormais à démontrer que cette proposition est dans le véritable intérêt de nos professions, et que son exécution peut seule mettre un terme à l'état d'anarchie qui règne dans leur exercice, en y rétablissant le bon ordre et l'harmonie.

En effet, Messieurs, si les professions médicales ont été investies du plus noble privilége, celui de veiller à la conservation de la santé et de la vie des hommes, l'expérience de plusieurs siècles a démontré que les nombreuses et vastes connaissances qu'exigerait l'exercice de toutes les parties de l'art de guérir, par une seule et même personne, dépasseraient la portée des meilleures intelligences. Il a été reconnu que les garanties de la société seraient d'autant mieux assurées, que la responsabilité, au lieu de peser sur un seul, se trouverait partagée.

De là, cette ligne salutaire de démarcation entre les droits du médecin et ceux du pharmacien ; de là ce partage d'attributions qui peut se résumer par ces mots : *Au médecin seul, la prescription des médicaments ; au pharmacien seul, leur préparation.*

En d'autres termes : *Au médecin, il est interdit de préparer et de fournir des médicaments ; il est interdit au pharmacien d'en prescrire.*

Voilà, Messieurs, le code de nos droits et de nos devoirs les uns envers les autres.

Ceci posé, la prescription des médicaments étant le privilége du médecin, n'est-ce pas un véritable empiétement de la part du pharmacien ; n'est-ce pas un *exercice illégal de la médecine*, lorsque par des annonces, des affiches et des prospectus, indiquant les propriétés et l'emploi de certains médicaments, il s'adresse directement au public, pour lui en recommander l'usage ? D'un autre côté le pharmacien ayant seul le privilége de préparer, vendre et débiter les médicaments, le médecin, à son tour, n'empiète-t-il pas sur ses droits, ne se rend-il pas coupable d'*exercice illégal de la pharmacie*, lorsqu'il prépare et livre à ses malades des médicaments qu'il doit seulement prescrire ?

De là ces jalousies, ces récriminations, qu'il est toujours regrettable de voir s'élever entre deux professions qui devraient au contraire se prêter constamment un mutuel appui.

Il convient donc de faire rentrer chacune d'elles dans les limites de son droit, dans la pratique de ses devoirs.

Il le faut, au nom de leur commun intérêt ; car la considération et la dignité sont le plus beau patrimoine d'une classe de citoyens.

Il le faut ; car vous voudrez répondre, par votre unanime assentiment, à cet immense cri de réprobation que le corps médical français tout entier a fait retentir jusqu'à nous.

Il le faut, parce que la pudeur et la morale n'ont été que trop affligées par cette continuelle orgie du charlatanisme ; et que, sous aucun motif, vous ne voudriez encourir le reproche de solidarité.

Il le faut, enfin, dans l'intérêt de la santé publique, dont le dépôt est remis à votre garde, et que vous devez préserver.

Par ces motifs, et par toutes les considérations qui précèdent, votre Commission, à l'unanimité, propose qu'il soit interdit aux médecins et pharmaciens, sous les peines de la loi, d'annoncer par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures ou autrement, aucun traitement spécial de maladie, aucuns remèdes ou médicaments.

Des spécialités. — Nous pensons avoir démontré que les annonces médicales ayant pour but la vente d'aucuns remèdes ou médicaments, doivent être absolument interdites, et que cette interdiction doit également s'appliquer même aux préparations du Codex.

Il est dès lors superflu de vous entretenir longuement de ces médicaments qu'on est convenu d'appeler *spéciaux*.

En général, ce sont des préparations du Codex que quelques pharmaciens se sont en quelque sorte appropriées, en y attachant leur nom, et dont ils se sont fait à force d'annonces et de prospectus, une *spécialité, une sorte de monopole*, au grand détriment de tous les autres pharmaciens.

Mais comme ces préparations, au lieu d'être identiques avec les préparations du Codex, n'ont assez souvent avec elles d'autre ressemblance que le nom, et que maintefois cette fraude a été démontrée, il en résulte qu'on peut presque toujours les considérer comme de véritables remèdes secrets ; de nombreuses condamnations sont là qui démontrent l'exactitude de cette assertion.

Quoi qu'il en soit, ces préparations ne sauraient prétendre à une exception, et leur annonce ne peut pas plus être tolérée que celle des autres médicaments.

Des remèdes secrets. — De tous les abus qui devaient se produire dans l'exercice des professions médicales, l'un des plus graves assurément est celui de l'annonce et de la vente des remèdes secrets. Aussi le législateur a-t-il pris soin de les interdire de la manière la plus formelle et la plus absolue dans les articles 32 et 36 de la loi de germinal.

Néanmoins, et malgré la sévérité des peines prononcées contre cette espèce de délits, la répression en a toujours été très incomplète et très difficile.

En effet, l'article 32 de la loi de germinal s'exprime ainsi :

« *Les pharmaciens ne pourront vendre aucun remède secret.* »

Mais, cet article ne portant aucune sanction pénale, les tribunaux ont fréquemment reculé à réprimer ce délit par l'application d'aucune pénalité, en vertu de cet axiome de droit : « *Qu'il n'y a pas de peine applicable là où la loi n'en a pas attaché.* »

Il en est résulté, pendant longues années, que si le délit d'annonce, qui n'est qu'un fait préparatoire de la vente, pouvait être réprimé par application de la loi du 29 pluviôse an XIII, qui porte une amende de 25 à 600 francs et, en cas de récidive, un emprisonnement de trois à six jours, le délit de vente, c'est-à-dire le délit principal, échappait à toute action répressive quand il n'était pas accompagné de celui d'annonce.

Mais comme cette impuissance de la loi, vis-à-vis d'un délit aussi grave et formellement prévu dans son texte, était un fait extrêmement fâcheux, la cour de cassation, examinant de plus près l'ensemble de la législation relative aux remèdes secrets, et combinant, avec les articles 32 et 36 de la loi de germinal, l'article 1er du décret du 25 prairial an XIII, et celui du 18 août 1810, proclama, par son arrêt du 16 décembre 1836, que « les faits de distribution et vente d'un re- » mède secret sont passibles des peines que la loi a portées contre » l'annonce de ces mêmes remèdes. »

Ce n'est donc qu'à dater de cet arrêt que la répression du délit de vente est devenue possible et que le double vœu de la loi a pu être rempli.

Mais si les tribunaux, à raison des vices de la loi, ont été si divisés quant à l'application des peines, leur incertitude n'a pas été moindre relativement à la question de savoir si tel ou tel médicament devait être considéré comme un remède secret.

Aussi l'on peut dire que la jurisprudence a été tout aussi lente à s'établir sur cette question qu'elle l'avait été sur les articles 32 et 36 de la loi.

Et ce n'est qu'après un grand nombre d'appels interjetés soit par le ministère public, soit par les délinquants eux-mêmes, que la Cour de cassation a enfin rendu, le 19 novembre 1840, un arrêt qui comprend, sous la dénomination de Remèdes secrets, « toutes préparations phar- » maceutiques qui ne sont ni conformes aux dispensaires ou formu- » laires ou Codex légalement rédigés et publics, ni achetées et ren- » dues publiques par le gouvernement conformément au décret du 18 » août 1810, ni composées pour chaque cas particulier sur la pres- » cription qui en est faite et signée par un docteur en médecine, ou » en chirurgie, ou un officier de santé. »

Cette définition de la Cour suprême, à laquelle se conforment tous les tribunaux, satisfait-elle à toutes les conditions ? En d'autres termes, est-elle insuffisante, ou bien, au contraire, n'est-elle pas trop restrictive pour les droits du pharmacien ?

Doit-elle, enfin, être littéralement inscrite dans la loi nouvelle ?

La Commission est d'avis, Messieurs, que cette définition du remède secret, qui a rendu de véritables services en établissant une jurisprudence à laquelle les tribunaux doivent se rattacher en matière de remèdes secrets, ne doit être considérée que comme une *énonciation de principes*, qui jusqu'à présent a été suffisante pour motiver chacun des arrêts que la Cour de cassation a prononcés, mais qu'elle ne doit point être considérée comme *définitive et absolue* ; qu'en conséquence, il ne convient pas qu'elle soit insérée textuellement dans la loi.

Il est une autre question encore qui a dû fixer notre attention ; c'est de savoir si le décret du 18 août 1810, relatif à l'achat des remèdes secrets et à la publication de leurs formules, doit être abrogé, ou s'il doit être maintenu.

Vous savez, Messieurs, qu'aux termes de ce décret, tous les inventeurs de remèdes secrets sont tenus de les déposer, avec leurs formules et l'indication du mode de préparation, pour qu'ils soient vérifiés et jugés par une commission de l'Académie de médecine, qui statue sur leur valeur thérapeutique et médicale.

Après avoir mûrement examiné cette question au double point de vue de l'intérêt public et des droits des inventeurs, votre Commission, se fondant sur les mêmes motifs qui ont dicté le décret de 1810, à savoir « que, si ces remèdes sont reconnus bons, utiles et nouveaux, » il est du devoir du gouvernement d'en répandre la connaissance et » l'emploi, en achetant des inventeurs la recette de leur composition ; » que c'est pour les possesseurs de tels secrets un devoir de se prêter » à leur publication ; que c'est un moyen d'augmenter les ressources » de l'art de guérir, et d'empêcher le charlatanisme d'imposer un tri- » but à la crédulité ou d'occasionner des accidents, etc. » ; votre Commission, reconnaissant toute la sagesse des dispositions de ce décret, demande non-seulement qu'elles soient maintenues, mais encore qu'elles soient textuellement insérées dans la loi nouvelle, pour qu'à l'avenir il soit pleinement exécuté.

De cette manière, se trouvera définitivement accompli le vœu de tous les hommes éclairés, à savoir, qu'il n'y ait plus du tout de remèdes secrets.

Et qu'on ne craigne pas que l'exécution de ce décret puisse jamais obliger le gouvernement à de grands sacrifices, ni pour le présent ni pour l'avenir ; car, s'il est évident pour nous tous que le plus grand mérite, le seul peut-être des remèdes anciennement autorisés, consiste dans le secret dont leur préparation est entourée, et dans le monopole dont ils sont encore l'objet, il n'est pas douteux que pour ceux qui pourraient être découverts à l'avenir, si jamais il s'en trouvait qui méritassent cette distinction, le gouvernement ne dût faire immédiatement tous les sacrifices qu'exigerait l'intérêt public.

En résumé, et en ce qui concerne la rédaction de la loi nouvelle, votre Commission est d'avis qu'elle doit contenir les prohibitions portées par la loi de germinal, contre les délits de vente et d'annonce de remèdes secrets, en les complétant et les rendant plus explicites par l'addition de mots relatifs au dépôt, à la distribution, à l'exposition ou mise en vente de ces remèdes, afin qu'il soit bien démontré que les dépositaires eux-mêmes se rendent complices d'un délit, et qu'à ce titre ils doivent en supporter les peines.

Du compérage médical. — Les abus sur lesquels nous avons appelé votre attention ne sont pas les seules plaies du corps médical ; et s'il en est d'autres encore dont nous aurons à vous entretenir, nous sommes pourtant forcés de reconnaître qu'il n'en est point de comparable à celle qui résulte de ces associations immorales, soit entre des médecins et des pharmaciens, soit entre ceux-ci et des personnes tout à fait étrangères aux deux professions.

Je me garderai, par pudeur et par respect pour vous, Messieurs, d'entrer dans les détails honteux d'une pareille question, bien convaincu qu'il n'y a qu'un sentiment parmi nous, que nous ne formons qu'un seul et même vœu, c'est que tous les faits de collusion qui pourront être établis et prouvés, soient réprimés par les peines les plus sévères.

Votre Commission, du reste, aura l'honneur de vous proposer un article spécial pour réprimer cette sorte de délits.

Du cumul. — Nous avons précédemment démontré que, par application de la haute et salutaire maxime qui, en France, avait présidé à l'organisation médicale, il avait été établi une ligne de démarcation bien nette et bien tranchée entre les attributions des diverses branches de l'art de guérir, tant à raison des vastes connaissances que chacune d'elles exige, que pour mieux garantir la santé publique en partageant la responsabilité.

Le cumul, s'il pouvait jamais être admis, serait dès lors la complète négation de ce principe ; car il réunirait ce qui, depuis deux siècles, a toujours été soigneusement séparé. Il est, d'ailleurs, de si graves considérations de moralité et d'ordre public qui s'opposent à ce que les fonctions de médecin et de pharmacien soient exercées par la même personne, qu'on peut dire, avec la Cour de cassation (arrêt du 13 août 1841), qu'il existe véritablement entre elles une *incompatibilité naturelle*.

Il y a donc nécessité de combler la lacune qui, à cet égard, existe dans nos lois ; et vous partagerez, Messieurs, l'avis de votre Commission, qui, à l'unanimité, propose que le cumul, ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, soit formellement interdit.

Et comme il n'est pas moins contraire aux intérêts de la société qu'un pharmacien puisse gérer à la fois deux établissements de pharmacie, votre Commission propose que cette interdiction soit également prononcée, et que l'infraction à ces deux prohibitions soit punie par la loi.

Officiers de santé. — A côté de ces deux questions, il s'en présente une troisième qui ne laisse pas que d'avoir avec elles assez d'affinité ; je veux parler du droit accordé par l'article 27 de la loi de germinal, « aux officiers de santé établis dans des bourgs, villages ou » communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ou- » verte, de fournir des médicaments simples ou composés aux per- » sonnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit » de tenir une officine ouverte. »

Cet article, comme vous le voyez, est une véritable dérogation au principe général de nos lois médicales, notamment à l'article 25 de la loi de germinal, qui stipule expressément, en faveur des pharmaciens, le privilége exclusif de *préparer, vendre et débiter les médicaments*.

Quels furent les motifs du législateur de l'an XI pour établir cette dérogation ?

La nécessité, alors évidente, constatée, d'assurer aux populations des campagnes, qui seraient privées d'établissements de pharmacie, les principaux moyens de l'art de guérir.

Cette mesure, il faut le dire, était digne d'un gouvernement sage ; elle attestait sa sollicitude pour le bien-être de ces populations.

Mais, Messieurs, les choses sont-elles aujourd'hui dans le même état qu'en 1804, les nécessités sont-elles restées les mêmes ? Examinons.

Alors, Messieurs, le pays se remettait à peine de l'immense ébranlement qu'il avait éprouvé ; alors le nombre des pharmacies ne s'élevait pas au tiers peut-être de ce qu'il est aujourd'hui : d'un autre côté, les moyens de communication entre les campagnes et les villes étaient tellement impraticables que leurs rapports étaient très rares, et dans la mauvaise saison à peu près impossibles ; quand aujourd'hui ces mêmes rapports sont devenus aussi faciles que fréquents, par suite des immenses améliorations apportées à l'état des chemins et le percement de nouvelles routes.

De ces faits il résulte avec toute évidence que ce qui pouvait être indispensable en 1804, n'est plus nécessaire aujourd'hui.

Mais ce n'est pas tout.

En consacrant cette dérogation, le législateur n'entendait pas, il ne pouvait pas prévoir que le droit qu'il accordait pour répondre à un besoin reconnu deviendrait la source des plus graves abus. Il ne devait pas supposer que cette autorisation accordée, je le répète, dans un but d'humanité, deviendrait la base de toute sorte de spéculations mercantiles ; qu'elle servirait de prétexte aux médecins des villes pour faire un vrai trafic de médicaments en les portant à leurs malades dans les campagnes, et aux médecins des campagnes pour en porter à leurs malades dans les villes, et cela toujours au détriment des pharmaciens.

Il est temps, Messieurs, de mettre un terme à ces avides spéculations, parce qu'il est incontestable :

1° Que les malades trouveront une économie réelle à prendre leurs médicaments chez les pharmaciens ;

2° Parce que ces médicaments seront infiniment mieux préparés ;

3° Parce qu'il faut presque toujours moins de temps pour aller à la pharmacie la plus voisine, qu'il n'en faut au médecin pour revenir à son domicile préparer le médicament et le porter ensuite au malade ;

4° Enfin, parce que les médecins et officiers de santé n'étant plus soumis à la patente, d'après la dernière loi, ils ne peuvent faire un commerce, ni par conséquent vendre des médicaments.

Par tous ces motifs, votre Commission vous propose, à la presque unanimité :

1° Que le droit exceptionnel accordé par l'article 27 de la loi, aux officiers de santé, de fournir des médicaments, soit supprimé ;

2° Mais considérant que l'intérêt des malades exige que les secours soient toujours aussi prompts que possible, elle propose que les médecins et officiers de santé placés dans les conditions prévues par l'article 27, soient autorisés à se prémunir, *pour les cas d'urgente nécessité*, des médicaments les plus indispensables (1).

3° Et subsidiairement, pour le cas où le gouvernement ne croirait pas devoir faire droit à ces propositions, elle est d'avis et propose, à la presque unanimité, que le droit stipulé par l'article 27 en faveur des médecins et officiers de santé, ne puisse en aucun cas être exercé par eux, sous les peines de la loi, contre l'exercice illégal, dans un rayon de 10 kilomètres autour de l'établissement de pharmacie le plus voisin.

Empiétements. — Messieurs, nous avons épuisé toutes les questions dans lesquelles, à différents degrés, les médecins et les pharmaciens ont des intérêts engagés. Il nous reste maintenant à vous faire connaître tous les empiétements des professions voisines, et à vous proposer les moyens d'y mettre un terme.

Ces empiétements sont devenus si nombreux ; ils sont pratiqués avec tant d'audace par tant de professions différentes, qu'ils sont, à eux seuls, une preuve des plus convaincantes de l'insuffisance de la loi de germinal, et de la nécessité de la reviser.

Ici ce sont des droguistes qui préparent et vendent des préparations et compositions pharmaceutiques ; là des épiciers qui font commerce clandestin de drogues et de médicaments ;

Ailleurs les herboristes, qui tous, sans exception, faisant à la fois office de médecin et de pharmacien, traitent toutes sortes de maladies ;

Plus loin, les établissements de bains publics qui préparent et vendent les compositions minérales pour bains.

Que vous dirai je, enfin ; confiseurs, liquoristes, parfumeurs, charlatans des places publiques et commères, tous préparent à l'envi et à qui mieux mieux, les pâtes, les sirops, les pastilles, les élixirs, les topiques, que le Codex nous a expressément réservés.

Et pour couronner l'œuvre, les hôpitaux, les congrégations religieuses, les sœurs de charité, les curés de campagne s'imaginent sans doute que la charité dispense d'observer les lois, et qu'il peut être permis de nuire à autrui quand c'est en vue des intérêts des pauvres.

Ce tableau, Messieurs, n'est point chargé ; il n'est qu'une pâle et faible esquisse des abus qui sont commis, et qu'il est presque impossible de réprimer.

Tous ces désordres ont pour cause :

D'une part, les lacunes de la loi et son manque de précision ;

D'autre part, l'insuffisance des moyens de surveillance qu'elle a établis.

Les principales lacunes sont les suivantes :

1° L'article 30, qui donne aux Ecoles et aux jurys le droit de « se » transporter dans tous les lieux où l'on fabriquera, vendra et débi- » tera sans autorisation légale des préparations et compositions médi- » cinales, » est d'une application difficile ; parce que, au lieu d'établir une pénalité nette et bien définie, il est terminé par ces mots : « qu'il » sera statué contre les délinquants, conformément aux lois anté- » rieures. »

Or, ces lois sont les anciens édits, et notamment la déclaration royale du 25 avril 1777, qui, ayant été abolie par la loi du 17 mars 1791, a été remise en vigueur par celle du 17 avril de la même année.

Quoi qu'il en soit, c'est à la déclaration de 1777 qu'il faut recourir. Mais son application présente de grandes difficultés, et elle est diversement interprétée par les tribunaux.

2° L'article 33 dit : « Les épiciers et droguistes ne pourront ven- » dre aucune composition ou préparation pharmaceutique, sous peine » de 500 fr. d'amende. »

Elle ajoute : « Ils pourront continuer de faire le commerce en gros » des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au » poids médicinal. »

Nous ferons observer que cet article autorise les épiciers à avoir des approvisionnements de drogues, et que c'est un abus ; parce que, en fait, ils n'en font pas le commerce *en gros*, et qu'ils excipent du texte de cet article pour en vendre *en détail*, et pour y ajouter même la vente clandestine des compositions pharmaceutiques.

Ce droit ne doit donc pas leur être conservé dans la loi nouvelle ; il ne doit être maintenu qu'en faveur des droguistes seulement.

3° L'article 36 est ainsi conçu : « Tout débit au poids médicinal ; » toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses sur » des théâtres ou étalages, sur les places publiques, foires et mar- » chés, etc., sont sévèrement prohibés. »

---

(1) L'éther, l'ammoniaque, l'émétique, le laudanum, l'emplâtre vésicant, etc.

L'application de cet article soulève à son tour de nombreuses difficultés, et il est interprété très diversement.

On peut lui appliquer ce que nous avons dit de l'article 33.

Enfin, l'article 37, relatif aux herboristes, n'est pas suffisamment limitatif; car comme ils ne sont point désignés, quant aux prohibitions, dans les articles 30, 33 et 36, les tribunaux leur appliquent tantôt les pénalités de 1777, tantôt celles de la loi du 29 pluviôse an XIII.

Il est donc indispensable que les articles 30, 33 et 36 soient refondus, et qu'ils reçoivent une meilleure rédaction, plus nette et mieux définie.

En effet, il n'arrive que trop souvent que les tribunaux, lorsque des saisies de drogues ou médicaments ont été faites, ne croient pas devoir appliquer les pénalités de la loi, parce que le flagrant délit de vente n'a pas été constaté; ce qui fait que la police pharmaceutique devient fort difficile, sinon même impossible.

Il est cependant clair pour tout le monde, que celui qui a des approvisionnements de médicaments, ou qui les tient exposés en vente, c'est avec intention de les vendre. C'est ainsi que la Cour de cassation l'a décidé par deux arrêts des 14 nivôse an XIII et 13 février 1824. Cela n'empêche pas, néanmoins, certains tribunaux de n'appliquer les pénalités qu'à la vente elle-même.

Il est donc indispensable que, dans la loi nouvelle, il soit bien établi que les faits de dépôt et d'exposition ou mise en vente doivent encourir la même répression que la vente elle-même, si on veut que cette loi ne soit pas aussi souvent éludée

Il faut aussi que le juge n'ait pas à décider la question de savoir si telle ou telle drogue, telle ou telle préparation ou composition pharmaceutique qui aura été saisie est où n'est pas un médicament. Car, malgré tout le respect que nous professons pour la sagacité et les hautes lumières de nos magistrats, nous ne pouvons cependant reconnaître qu'ils soient tout à fait compétents en pareille matière.

Définition légale du médicament. — Et c'est pour éviter les inconvénients qui résultent de l'état de choses actuel, que la Commission vous propose d'inscrire dans la loi nouvelle la *définition légale du médicament*.

Alors, le juge n'ayant à apprécier que les circonstances particulières du délit, la répression deviendra par cela même beaucoup plus facile et plus sûre.

Nous pourrions citer, à l'appui de cette opinion, des faits qui sont connus de vous tous, desquels il résulte que les magistrats ont innocenté sous le nom de *bonbons* des compositions qui devaient à bon droit être considérées comme de véritables médicaments.

Ce sont là des faits trop regrettables pour qu'on ne se prémunisse pas contre leur retour.

Cette définition légale du médicament que nous vous présentons venant s'ajouter aux articles que la Commission propose, il y a lieu de croire que la loi nouvelle répondrait à toutes les exigences.

Tableau des préparations qui seraient communes au commerce. — Cependant, il est une autre mesure encore dont l'utilité nous paraît incontestable.

Elle consiste dans la publication d'un tableau qui serait annexé à la loi, sur lequel seraient inscrites les préparations qui, bien que consignées au Codex, peuvent en raison de leur innocuité, et de l'usage habituel qu'on en fait comme choses d'agrément, rester dans le domaine du commerce et de la concurrence.

Ce sont certaines pâtes non médicamenteuses, les divers sirops d'agrément, quelques eaux odorantes, certaines préparations et quelques sels.

De cette manière, les droits de chacun se trouveraient nettement définis. Ce qui serait inscrit au tableau pourrait être vendu par tous; mais tout ce qui n'y serait pas consigné rentrerait par cela même dans le domaine exclusif de la pharmacie.

Hôpitaux et congrégations religieuses. — En ce qui concerne ces établissements, la Commission, s'appuyant sur l'opinion bien formelle de l'administration supérieure elle-même, propose de rétablir dans la loi nouvelle les dispositions de l'article 8 de la déclaration royale du 25 avril 1777, qui interdit aux hôpitaux et congrégations religieuses de vendre et distribuer des médicaments au dehors, et qui ne leur permet d'avoir des pharmacies que pour leur usage particulier et intérieur. C'est le seul moyen de mettre un terme aux abus qui résultent du silence de la loi de germinal sur ce point, et de faire cesser la concurrence désastreuse et illégale que ces établissements font aux pharmaciens; concurrence d'autant plus fâcheuse pour ces derniers, que ces établissements ne supportent aucunes des charges qui pèsent sur tous les autres citoyens.

Tel est, Messieurs, l'ensemble des mesures qui, aux yeux de la Commission, sont devenues nécessaires pour arrêter tout à la fois les honteux débordements du charlatanisme et les empiétements sans nombre de toutes les professions rivales.

Elles seront plus efficaces encore si à la surveillance dont les écoles sont exclusivement chargées, vient s'ajouter la coopération et l'active vigilance des pharmaciens eux-mêmes; et si les jurys médicaux sont remplacés par une chambre des pharmaciens, qui, placée au chef-lieu de chaque arrrondissement, serait chargée d'exercer par ses officiers, sous l'autorité du procureur du roi, la police pharmaceutique dans le ressort de l'arrondissement tout entier.

Il nous suffit d'indiquer ces vues, qui trouveront sans doute leur complet développement dans le rapport d'une autre Commission.

J'ai fini, Messieurs, et j'appelle toute votre indulgence sur un travail qui était au-dessus de mes forces, et pour lequel le temps m'a réellement manqué.

Et permettez-moi d'accomplir un double devoir, en offrant à mes honorables collègues de la Commission mes bien vifs remercîments pour l'insigne honneur qu'ils m'ont fait; et à tous mes confrères, ma profonde gratitude pour les nombreux témoignages d'estime et de confiance qu'ils m'ont accordés.

Pour moi, Messieurs, je n'ai plus qu'un vœu à former; mais il est aussi ardent que sincère, c'est que nos communs efforts puissent contribuer à ce résultat que la pharmacie française, à laquelle je m'honorerai toujours d'avoir appartenu, trouve enfin, sous l'égide d'une loi réparatrice, cette position digne, honorée et prospère, à laquelle, par sa science et ses services, elle s'est acquis de si incontestables droits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre. — Présidence de M. Caventou.

M. Béclard lit un mémoire intitulé : Sur la méthode à suivre dans l'étude de la physiologie.

Nous rendrons compte plus tard de ce travail.

— *M. Leuret* lit un mémoire étendu sur le traitement moral de la folie.

— *M. Lemaître de Rabaudanges* lit un mémoire sur un traitement nouveau des plaies, ulcères, etc.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er décembre 1845. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

Nerfs des membranes séreuses. — M. Pappenheim, à propos d'un mémoire dans lequel M. Bourgery affirme avoir démontré que non-seulement les séreuses sont pourvues de nerfs, mais qu'elles sont les organes de l'économie qui en possèdent le plus, rappelle qu'en 1840, il a publié une notice sur les nerfs du péritoine; que M. Remak, de Berlin, a poursuivi des nerfs jusqu'à la surface extérieure de la plèvre; qu'enfin, lui et M. Volkmann ont trouvé des filets nerveux dans l'arachnoïde de l'homme et du bœuf. Quand à cette grande quantité de nerfs que M. Bourgery aurait observéa, M. Pappenheim l'attribue au mode de préparation employé par l'anatomiste français. Celui-ci a fait usage d'acide nitrique étendu, et ce liquide, suivant M. Pappenheim, blanchit les fibres du tissu cellulaire de manière à leur donner l'aspect de nerfs, et c'est là ce qui aurait fait illusion à M. Bourgery, car si les nerfs existent en réalité dans les séreuses, ils y sont en très petite proportion.

— *M. Sichel* adresse à l'Académie une notice sur cinq cachets inédits de médecins-oculistes romains. Ces oculistes possédaient des cachets ou tablettes sur lesquels étaient inscrits les noms des collyres ou topiques qu'ils employaient habituellement. C'est à expliquer et commenter cinq de ces inscriptions que s'est appliqué M. Sichel, oculiste lui-même très connu.

— *M. Auzias-Turenne* a remis un paquet cacheté qui contient une théorie de la migraine.

NOUVELLES.

La *Commission permanente* du Congrès médical nous prie de publier l'avis suivant :

Les présidents, vice-présidents et secrétaires des Sociétés médicales des arrondissements de Paris et des Associations de prévoyance sont convoqués pour vendredi prochain, 5 décembre, dans les salons de la rue Dupbot, n° 10, à sept heures du soir.

Cette réunion a pour but de régler les premiers travaux à faire pour l'organisation générale de l'Association médicale en France, organisation qui a été attribuée à la Commission permanente.

Les personnes sus-indiquées qui ne recevraient pas de convocation directe sont priées de regarder le présent avis comme suffisant et de vouloir bien se rendre à cette réunion.

— Le défaut d'espace nous empêche de publier aujourd'hui la circulaire adressée par la Commission permanente aux adhérents du *Congrès médical de France*. Cette insertion sera faite samedi.

—Nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs qui n'ont pas adhéré au Congrès qu'ils peuvent encore faire acte d'adhésion entre les mains de M. Richelot, trésorier, rue Neuve-des-Mathurins, n° 10. Le versement de la cotisation leur donnera droit au volume renfermant les actes du Congrès actuellement sous presse.

— Le 12 mars 1846, un concours sera ouvert à l'hôpital de perfectionnement, à Paris, pour cinq emplois de professeur vacants dans les hôpitaux militaires d'instruction ci-après :

Hôpital de Metz. — Trois emplois pour la *médecine*, la *chirurgie* et la *pharmacie*. — Le premier cours comprend l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale; le deuxième cours, l'anatomie descriptive générale et la physiologie élémentaire; le troisième cours, la botanique et la préparation des médicaments.

Hôpital de Strasbourg.—Deux emplois pour la *médecine* et la *pharmacie*. — Le cours de médecine est le même que celui de Metz. Le cours de pharmacie comprend la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs, la toxicologie, la physique médicale et la météorologie.

Un concours pour cinq emplois de médecin-adjoint aura également lieu à la même époque à Paris.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE) N°. 147. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service pour 1844.

Embarras gastrique. — L'embarras gastrique a été fréquent pendant l'année 1844. Nous ferons quelques remarques sur les époques de son apparition, sa marche, ses complications avec d'autres maladies, et son traitement.

L'embarras gastrique appartient à toutes les saisons; on en observe dans tous les mois de l'année, mais principalement pendant l'été, depuis le mois de juin jusqu'à la fin de décembre. Les embarras gastriques qui ont régné pendant cette partie de l'année étaient bilieux.

Depuis le mois de janvier jusqu'en juin, on en voyait encore un grand nombre; mais ils étaient cependant moins fréquents et d'un caractère différent; ils simulaient parfaitement l'état saburral de l'estomac; état morbide si connu des anciens, et qui se rapproche beaucoup d'ailleurs de l'embarras pituiteux, qu'ils ont décrit avec soin; ils étaient rarement bilieux.

Comment expliquer cette différence. Les auteurs, et Pringle surtout, dans son travail sur les maladies des armées, a donné une explication satisfaisante. Selon cet observateur, la chaleur et le froid sont les deux grandes causes des maladies; aussi, faut-il en chercher la source dans ces deux agents.

Le froid règne pendant les quatre premiers mois de l'année; durant les mois d'avril et de mai, la température varie entre un froid vif et une chaleur moyenne; cette chaleur est, du reste, tempérée par l'humidité, de telle sorte que les maladies occasionnées par le froid se prolongent pendant les six premiers mois de l'année, et sont presque toutes inflammatoires. Pendant la dernière moitié de l'année, les chaleurs de l'été modifient entièrement la nature des maladies, ainsi que leur caractère propre. Elles prennent un caractère bilieux qui se prolonge jusqu'à la fin de l'année.

Cette division nous semble trop générale. Pringle ne tient pas assez compte des saisons intermédiaires, quoiqu'il les comprenne dans sa division. En effet, pendant le printemps et l'automne, on observe des embarras gastriques bilieux et pituiteux, tandis que dans l'été ils sont toujours bilieux, et pendant l'hiver presque exclusivement pituiteux. Enfin, au printemps et à l'automne, les embarras gastriques sont souvent caractérisés par une intermittence notable. Remarquez aussi que le printemps et l'automne sont deux saisons pendant lesquelles les fièvres intermittentes vernales et automnales prédominent, et que les fièvres intermittentes sont presque toujours accompagnées d'embarras gastriques. On comprendra maintenant que l'embarras gastrique est différent pendant l'été, l'hiver, le printemps et l'automne. On comprendra aussi pourquoi, pendant les mois de janvier, février, mars, juin, juillet, août, il est idiopathique; et pourquoi, pendant les autres mois de l'année, il est presque toujours symptomatique.

L'embarras gastrique idiopathique, qu'il soit bilieux ou pituiteux, se reconnaîtra toujours à cette langueur générale, à la difficulté des digestions, à l'inappétence, à l'empâtement de la bouche, à une langue tantôt blanche à son centre et à ses bords, mais rouge à sa pointe, rarement allongée; tantôt à un enduit blanc-jaunâtre occupant le centre de la langue ainsi que ses bords, la pointe étant toujours rouge; à une douleur légère de l'épigastre, augmentant par la pression; à une constipation ou à une diarrhée légère, muqueuse ou bilieuse; à la céphalalgie, à une teinte ictérique (surtout pendant l'été); à un pouls mou l'hiver, plein l'été. Pendant le printemps et l'automne, le pouls est souvent intermittent; le malade a une fièvre qui redouble le soir ou le matin d'une manière périodique.

Dans ces trois cas, cependant, le traitement est le même; qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas irritation ou inflammation légère du ventricule, prescrivez un vomitif avec la poudre d'ipécacuana unie à quelques centigrammes d'émétique; vous aurez presque toujours guéri le malade. Il est quelquefois nécessaire de donner un second vomitif, quand le premier n'a pas produit une action suffisante. La limonade citrique est aussi excellente pour débarrasser les premières voies. L'intermittence que l'on remarquait pendant l'automne et le printemps disparaît sous l'influence de ce médicament. Les embarras gastriques pendant l'été sont sujets à récidiver; ceux de l'hiver ne récidivent point.

Si un embarras gastrique complique une autre maladie, il faut ne pas s'en occuper si la maladie principale est grave, telle qu'une fièvre intermittente pernicieuse, une pneumonie, etc. Mais si la maladie est légère, comme une fièvre intermittente quotidienne, une fièvre tierce, une bronchite, on doit au contraire se débarrasser de la complication le plus promptement possible; la guérison en sera plus rapide. Toutefois, quand on croit pouvoir négliger la complication de l'embarras gastrique, il faut, dès que l'état du malade le permet, combattre cette complication, sans cela la guérison serait douteuse, l'embarras gastrique pouvant dégénérer en une fièvre typhoïde ou autre affection grave, etc.

Fièvres typhoïdes. — Vingt-neuf typhoïdes ont été traitées en 1844 dans le service. Sur vingt-neuf malades, cinq ont succombé. Les fièvres typhoïdes ont régné surtout pendant le mois de mai; il y a eu dans ce mois douze fièvres typhoïdes. Toutes ces maladies ont été très caractérisées par la douleur dans l'intestin grêle, le gargouillement dans le cœcum, l'éruption pétéchiale, la chaleur à la peau, la fréquence du pouls, l'absence de la transpiration cutanée, la diarrhée, les vomissements, la langue blanche au centre, rouge à sa pointe, les fuliginosités siégeant aux lèvres et aux gencives; le délire dans quelques-unes, une intelligence moins précise; dans d'autres cas, une stupeur profonde pendant la durée de la maladie; de la céphalalgie; enfin une sorte de bronchite accompagnée d'une expectoration d'un mucus épais, visqueux, et sanguinolent; jamais il n'y a eu de pneumonie. Les urines étaient rares, rouges, et sédimenteuses. Ces fièvres ont revêtu la forme adynamique, sauf deux cas, dans lesquels l'ataxie a prédominé. Toutes ces fièvres typhoïdes ont été traitées de la même manière; le traitement a généralement réussi; la durée moyenne pour une fièvre typhoïde guérie, était de vingt jours; lorsque cette fièvre avait une issue funeste, la durée était de cinq, dix, de trente ou quarante jours. Il est à remarquer également que, suivant la durée de la maladie, les symptômes apparents sont presque toujours persistants, sauf la langue, qui, à la fin du premier septénaire, est recouverte par un enduit jaune-verdâtre; enduit qui, si la maladie continue sa marche funeste, disparaît entièrement. Vers le vingtième jour cet organe devient alors rouge, sec et rugueux: c'est presque toujours un signe fâcheux. Vers le douzième jour si la maladie est susceptible de guérison, la langue reprend son premier enduit; la guérison ne tarde pas alors à arriver. Dans le cas où le malade succombe dans les cinq premiers jours de l'entrée, ce qui fait à peu près le dixième jour (car il faut tenir compte du temps que la maladie a existé hors de l'hôpital), la langue est rouge, sèche, rugueuse, et semblable à celle d'une fièvre typhoïde parvenue au vingtième jour. Les eschares au sacrum sont assez rares. Sur ces vingt-neuf cas, nous n'avons eu qu'une eschare chez une jeune fille de dix-huit ans, récemment arrivée à Paris. Cette eschare a paru le douzième jour de la maladie. La malade a guéri. Deux autres malades, parvenus au trentième jour de la maladie, ont eu des eschares au sacrum; mais comme ces eschares sont communes à d'autres maladies aiguës, elles n'ont pas paru propres à la cure typhoïde; et on ne doit pas les considérer comme semblable à l'eschare gangréneuse mentionnée plus haut. Enfin, disons aussi que les engorgements de la parotide paraissent très rares, et sont d'un pronostic funeste.

Un seul cas a été signalé sur un jeune malade, qui est mort le cinquième jour de son entrée à l'hôpital. Chez ce jeune malade, la fièvre typhoïde avait une forme ataxique; il était très difficile de la différencier d'une méningite: les symptômes étaient ceux de cette affection. L'habitude de voir des malades pouvait seulement conduire au diagnostic qui, à l'autopsie, fut tel que le médecin l'avait nettement établi en signalant la difficulté.

Ajoutons également, avant de passer aux indications curatives, que les eschares du sacrum ne sont pas toujours mortelles; quoique ce soit une fâcheuse complication, on connaît en effet beaucoup de cas dans lesquels la guérison a eu lieu, nonobstant cette complication. Le seul cas que nous ayons eu a été suivi de guérison. Dans les autres eschares, au contraire, qui siègent au sacrum, et qui apparaissent vers la fin de la maladie (du trentième au quarantième jour), la mort est inévitable. Remarquons aussi que lorsque la maladie a une issue funeste et en peu de jours, la mort a presque toujours lieu dans le coma, ou avec d'autres symptômes cérébraux; lorsque la maladie, au contraire, a une longue durée, le malade meurt avec une entière connaissance et la presque intégrité de l'intelligence.

Traitement. — Les indications curatives ne nous ont pas paru difficiles dans leur choix; elles variaient suivant les complications. En général, le traitement est le suivant: On donnait d'abord au malade un éméto-cathartique, quand bien même il y avait du délire (ce qui est très rare); cet éméto-cathartique amène des vomissements et des évacuations alvines abondantes qui soulagent le malade, et même fait disparaître quelquefois le délire, quand il existe. Le second jour, on peut, dans certains cas, donner à plus forte dose ce médicament; mais, en général, on ne l'administre qu'une fois.

M. Bricheteau ne s'explique point sur l'utilité de cette médication préliminaire qu'il emploie presque constamment... Pour nous, nous pensons que la fièvre typhoïde consiste dans une altération du sang: il s'agit donc de débarrasser les premières voies, et de combattre ensuite cette altération par des toniques et des antiseptiques; c'est pour cela que la limonade citrique est prescrite, et peut-être contribue-t-elle à reconstituer le sang. L'émétique en lavage a aussi un immense avantage; c'est de pouvoir favoriser, ranimer la transpiration complétement anéantie dans cette maladie. Le second ou le troisième jour, on donnait au malade une bouteille d'eau de Sedlitz; le quatrième, deux verres d'eau de Sedlitz ou une dose ordinaire de calomel; le cinquième, un lavement émollient. Pendant tout ce temps, de la limonade gommée et la diète la plus sévère. On tenait peu de compte de la bronchite: c'est là une lésion secondaire qui ne doit pas inquiéter le médecin. Nous ne prétendons pas cependant qu'on ne doive pas examiner le malade; il faut au contraire l'ausculter souvent avec le plus grand soin, car il peut survenir une pneumonie qu'il importe de combattre sans délai. L'usage des purgatifs était généralement continué pendant tout le temps qu'il y avait douleur et gargouillement; on en variait les doses, qui étaient le plus souvent alternées avec de simples lavements émollients ou laxatifs. L'indication des purgatifs semble subsister jusqu'à ce que la fréquence du pouls soit diminuée, et que la transpiration cutanée ait commencé à se rétablir. Lorsque la transpiration se manifeste, la maladie doit avoir une issue favorable; en même temps, la chaleur de la peau est plus douce; le pouls, quoique fréquent, n'est plus serré ni petit, il est mou et large. A cette époque, l'indication curative n'est plus la même: il ne faut pas débiliter le malade par des évacuants; il semble, au contraire, nécessaire de le réconforter par la limonade vineuse, le quinquina, les vins de Bordeaux, de Baguols, etc. Nous avons oublié encore un signe bien important; ce signe est le suivant: Lorsque la transpiration apparaît, que la chaleur de la peau et la fréquence du pouls ont cessé, l'emploi du quinquina est utile s'il n'y a pas de diarrhée; car le quinquina, donné alors, augmenterait cette diarrhée, qui peut devenir funeste. Il est plus convenable, dans ces cas, de donner les vins généreux. Lorsque du septième au quinzième jour d'une fièvre typhoïde la transpiration ne se rétablit pas, il est utile de la favoriser par quelques compositions excitantes, les pilules diaphorétiques, etc. Le camphre associé au laudanum nous a paru souvent remplir cette indication; cette dernière médication, ainsi que le musc, combat aussi très bien le délire prolongé chez les *typhoïdes*. Lorsque les eschares envahissent une ou plusieurs parties du corps, il faut associer aux moyens toniques internes l'usage extérieur du quinquina. Enfin si, malgré tous les efforts du médecin, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et l'absence de la transpiration persistent, le malade tombe dans le dépérissement et le marasme, et il ne tarde pas à succomber. Ordinairement, à la fin du deuxième septénaire, lorsque l'adynamie prédomine avec une stupeur générale, l'on applique des vésicatoires ou des sinapismes aux cuisses ou aux jambes.

Ces révulsifs ont manifestement produit des effets utiles, chez certains malades qui présentaient de graves symptômes cérébraux, en excitant vivement l'organisme et dégageant l'encéphale; quoi qu'on en ait pu dire, ils concourent quelquefois à la guérison.

Fièvres intermittentes. — Il y a eu dans le service dix-sept fièvres intermittentes, dont deux fièvres intermittentes pernicieuses. Nous allons exposer d'abord ce qui a trait aux fièvres intermittentes simples: de ces fièvres intermittentes, les unes furent quotidiennes avec un seul accès; les autres, doubles quotidiennes; d'autres, enfin, tierces. Les fièvres quotidiennes, avec un seul accès ou doubles quotidiennes, ont régné surtout pendant les mois de mars et d'avril; ces fièvres intermittentes vernales ont été très facilement guéries, les unes par un simple vomitif, les autres par le sulfate de quinine. Ces fièvres, toutes bien caractérisées par les trois stades, étaient compliquées d'embarras gastrique. Le traitement consista d'abord, lorsque la fièvre eut été bien constatée, à débarrasser les premières voies à l'aide d'un éméto-cathartique.

Cette simple médication a sufû dans la moitié des cas pour faire cesser la maladie. Dans l'autre moitié, la fièvre ayant persisté, elle fut combattue par le sulfate de quinine donné à petites doses (40 centigrammes au plus en commençant par 20 centigrammes et en augmentant chaque jour de 10 centigrammes). Cette méthode a réussi; il n'a pas été nécessaire d'employer une dose plus élevée; la rate n'avait point augmenté de volume; le sulfate de quinine, comme nous le verrons plus loin, a été donné dans toutes les fièvres intermittentes, excepté les fièvres intermittentes pernicieuses, à très petites doses.

Ce médicament, administré à doses minimes, a produit le même effet que si on le donnait à une dose plus élevée, seulement il y a une manière de prescrire ce médicament que nous allons indiquer ici.

Le sulfate de quinine, pris d'abord à la dose de 20 centigrammes, est augmenté chaque jour de 10 centigrammes jusqu'à ce que la fièvre soit coupée; lorsque la fièvre a disparu, on diminue tous les jours la dose de 10 centigrammes jusqu'à ce que l'on soit arrivé à 20 centigrammes. On supprime alors le médicament. Nous n'avons jamais eu de rechute dans ces fièvres quotidiennes. Le sulfate de quinine était aussi donné au malade à la fin de l'accès, le plus loin possible de l'accès à venir. Dans les fièvres intermittentes vernales, la rate n'avait pas augmenté de volume. Dans les fièvres intermittentes à type tierce, au contraire, la rate est toujours plus volumineuse que dans l'état normal; on constatait cette différence par la percussion lors de l'entrée du malade à l'hôpital. On tenait compte aussi, dans le traitement des fièvres intermittentes tierces, de la présence d'un embarras gastrique; cet embarras gastrique amène souvent une rechute, si on n'a pas eu soin de le traiter tout d'abord, ainsi que cela résulte de l'observation. Des malades, ayant un embarras gastrique léger, ont été traités de suite par le sulfate de quinine, et ont guéri; quelques jours après, la fièvre reparaissait si on donnait un émeto cathartique, et, si on prescrivait de nouveau le sulfate de quinine, le malade était radicalement guéri.

L'expérience contraire a été faite: on a donné un émeto-cathartique avant d'administrer le sulfate de quinine; les malades n'ont pas eu de rechute. Pour les fièvres tierces, on a donné le sulfate de quinine, comme il a été dit plus haut; généralement, on a réussi à couper la fièvre à la dose de 60 centigrammes; cependant, il y a eu des cas où on a été obligé de donner le sulfate de quinine à la dose d'un gramme.

Les deux cas de fièvres intermittentes *pernicieuses* ont été observés dans le mois de janvier; elles ont été malheureusement méconnues les deux premiers jours, l'époque de l'accès arrivant dans la nuit et l'infirmier n'ayant rien observé de particulier pour ces malades; chez l'un, cependant, on reconnut la maladie à un subdélirium manifeste à l'heure de la visite, subdélirium accompagné d'une très grande chaleur à la peau, de fièvre au pouls, etc. Le sulfate de quinine fut donné immédiatement à haute dose; on pria la sœur de surveiller ce malade; mais, dans la nuit même, il mourut: on trouva la rate complétement ramollie. Chez le second malade, qui mourut le jour même de son entrée, la fièvre fut jugée pernicieuse d'après les renseignements fournis par les parents. A l'autopsie, on trouva une rate énorme, complétement ramollie. Ces deux faits, incomplets il est vrai, ont cependant une valeur thérapeutique; ils montrent le danger de pareilles fièvres, puisque chez les deux sujets la mort est survenue probablement après le troisième jour et au troisième accès. De là la nécessité pour la guérir d'attaquer cette maladie immédiatement après les premiers accès.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

Paris, le 25 novembre 1845.

Monsieur et très honoré collègue,

Le Congrès médical de France est à peine séparé que la Commission qu'il a instituée, dans sa séance du 15 novembre dernier, éprouve déjà le besoin de s'entretenir avec vous, de resserrer les liens de confraternité que cette grande circonstance a si heureusement développés, de vous faire connaître surtout ses premiers actes et les motifs qui les ont inspirés.

La Commission s'est constituée le 21 novembre. Elle a nommé pour

Président,

M. Serres, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, professeur au Muséum d'histoire naturelle, médecin en chef de l'hôpital de la Pitié;

Vice-Présidents,

M. Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine, membre de la Chambre des députés;

M. Soubeiran, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie royale de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris;

Secrétaires,

M. Amédée Latour, D.-M.-P.;

M. Félix Boudet, docteur ès-sciences, agrégé à l'École de pharmacie;

Trésorier,

M. Richelot, secrétaire-général de la Société médico-pratique, membre de la Société de médecine du département de la Seine.

Les autres membres de la Commission sont:

Pour la section de Médecine,

M. Villeneuve, membre de l'Académie royale de médecine;

M. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine;

M. Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin général de Thérapeutique;*

M. Blatin, secrétaire de la Société médicale d'émulation.

Pour la section de Pharmacie,

M. Vée, vice-président de la Société de pharmacie, maire du cinquième arrondissement;

M. Garnier (Alphonse), membre du conseil d'administration de la Société de prévoyance des pharmaciens de Paris.

Pour la section de Médecine vétérinaire,

M. Hamont, membre associé de l'Académie royale de médecine;

M. Collignon, membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée;

M. Leblanc, membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée.

Ainsi constituée, la Commission a eu à s'occuper d'une question grave qui surgissait inopinément.

Vous devez avoir appris, Monsieur et très honoré collègue, que M. le ministre de l'instruction publique, par un arrêté approuvé par le roi, en date du 20 novembre dernier, a institué une Commission composée de trente-deux membres, dite Commission des *Etudes médicales.*

A cette Commission, M. le ministre avait adjoint quatre membres, faisant déjà partie de la Commission instituée par le Congrès.

La position nouvelle qui nous était faite par cette adjonction de quatre d'entre nous devait vivement exciter notre sollicitude.

Nous eûmes à rechercher d'abord si les deux Commissions, quoique d'origine différente, avaient le même but, les mêmes intérêts à défendre, la même mission à remplir.

Il ne nous a pas paru qu'il en fût ainsi.

Pour le but, nous sommes institués pour poursuivre la réalisation des vœux du Congrès, ainsi que cela résulte de l'article 13 du règlement, pour les présenter aux ministres et aux membres des deux Chambres; en d'autres termes, émanés du Congrès, nous sommes sa représentation, sa continuation, ses mandataires. Or, dans l'exposé des motifs qui précèdent la nomination de la Commission ministérielle, nous avons vainement cherché un mot, une allusion qui rappelassent cette grande manifestation toute récente.

Nous nous sommes dit alors qu'il n'était pas possible de croire que les deux Commissions voulussent atteindre le but; savoir, la réalisation des vœux du Congrès, et nous avons reconnu là une cause puissante d'incompatibilité.

De plus, dans l'exposé des motifs de M. le ministre, il n'est question que d'organisation, que d'amélioration dans les *études médicales;* or, notre mission est plus vaste: outre les vœux du Congrès sur ce sujet important, l'enseignement, nous avons encore à soutenir ceux qu'il a émis sur les nombreuses et graves questions d'exercice professionnel, sur les intérêts moraux et matériels de la corporation, sur l'organisation de l'association médicale.

De plus encore, M. le ministre ne fait allusion qu'aux intérêts de deux professions qui ont participé au Congrès, la médecine et la pharmacie; or, nous sommes aussi les représentants d'une troisième profession, la médecine vétérinaire dont nous avons à poursuivre les vœux, à soutenir les intérêts.

Enfin, ce qui prouve encore que la Commission ministérielle ne peut pas avoir le même but que la nôtre, c'est la composition même des honorables membres qui la forment. Nous y voyons les représentants des corps enseignants, nous y cherchons en vain ceux des praticiens, et, pour tout dire, nous y voyons un grand nombre d'opinions, consciencieuses, cela ne fait pas doute, mais en opposition directe avec les vœux émis par le Congrès.

Par tous ces motifs, mûrement réfléchis, longuement discutés, nous avons voté unanimement ce principe, savoir, qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de la Commission nommée par le Congrès et celles de la Commission nommée par le ministre.

L'un de nous, M. Labarraque, n'a pas cru devoir prendre part à cette délibération et a donné sa démission. Il a été immédiatement remplacé par M. Blatin, premier suppléant.

Unanimes dès lors sur le principe, nous l'avons été également sur l'application.

Nous avons reconnu que l'honneur officiel de faire partie d'une Commission ministérielle ne pouvait équivaloir à l'imposant honneur d'être l'élu de ses pairs, de ses confrères, d'être investi de leur confiance, de représenter leurs intérêts.

Nous avons reconnu qu'en gardant vis-à-vis de la Commission ministérielle notre neutralité et notre liberté, nous pouvions beaucoup plus utilement servir la grande cause qui nous a été confiée; et agir plus efficacement, plus spontanément et en toute occasion en faveur du mandat qui nous a été remis.

Par ces divers motifs, dont vous apprécierez l'importance, monsieur et très honoré collègue, nous avons pris la décision suivante:

Qu'aucun de nous ne ferait partie de la Commission ministérielle.

Une lettre annonçant cette décision a été immédiatement adressée par nous à M. le ministre de l'instruction publique.

Il nous importait que vous fussiez instruit par nous-mêmes de cette décision et des motifs véritables qui nous ont déterminés. Nous les avons puisés, ces motifs, dans une appréciation bien sentie de l'importance, de la hauteur de l'honorable mission dont le Congrès médical de France nous a investis. C'est parce que nous sentons toute la gravité de notre tâche, la responsabilité qui pèse sur nous, que nous n'avons pas voulu disséminer nos efforts, éparpiller nos forces, bien convaincus qu'en agissant ensemble et de concert nous pourrons plus fructueusement répondre à la confiance de nos commettants.

Mais, si la Commission instituée par le Congrès cherche sérieusement à remplir son mandat le plus utilement possible, si elle aspire uniquement à faire fructifier les beaux et grands résultats du Congrès, elle reconnaît et elle ne peut s'empêcher de vous dire, Monsieur et très honoré collègue, que le concours de vos efforts et surtout que votre concours en votre qualité de délégué du Congrès médical de France, lui est indispensable, et que chacun doit se mouvoir dans sa sphère d'action pour arriver au but commun.

Pour cela, la première chose à faire est d'agir ou de faire agir auprès du député de votre arrondissement. La session allant commencer et la présentation de la loi étant promise pour cette session même, vous comprendrez l'importance d'appeler l'attention des législateurs sur nos vœux et sur nos espérances. Soit par vous-même, soit et mieux encore en réunissant vos confrères et en faisant auprès de vos députés respectifs une démarche collective, il est très probable que vous les intéresserez aux besoins de nos diverses professions, dont les Chambres vont avoir prochainement à s'occuper. Soyez bien convaincu que c'est là un excellent moyen d'arriver sûrement et promptement au résultat que nous désirons tous.

Il est important que vous vouliez bien nous renseigner sur les dispositions que vous aurez rencontrées, afin que la Commission puisse agir avec connaissance de cause.

Nous aurons l'honneur de vous envoyer très prochainement le tableau général des vœux émis par le Congrès, que nous détachons du recueil de ses actes, dont le volume est actuellement sous presse. En attendant ce volume, qui sera également remis à chaque membre des deux Chambres, nous vous prions instamment de présenter ce tableau à votre député, de le renseigner oralement sur la nature, la portée des principaux vœux du Congrès, de lui en faire sentir l'importance, non-seulement au point de vue de la profession, mais surtout au point de vue de la société, de l'intéresser, en un mot, à leur réalisation, et cela par les motifs les plus généraux et les plus élevés.

Une de nos attributions, vous le savez, est l'organisation de l'association médicale en France, association ayant pour triple but la science, la dignité professionnelle, la bienfaisante prévoyance.

Ici encore votre concours nous est d'une suprême importance. Ce vaste et grave sujet sera l'objet d'une communication de notre part spéciale et étendue. Mais d'ici là, il vous est facile de préparer le terrain, de semer l'idée, d'en faire comprendre l'utilité et l'importance à vos confrères, afin que lorsque nous en provoquerons la réalisation dans vos localités, nous nous adressions à des esprits déjà favorablement prévenus, et disposés à nous seconder.

Il ne nous reste plus, Monsieur et très honoré collègue, qu'à attirer immédiatement votre sympathique attention sur un projet dont l'exécution nous a été confiée et qui n'est que la conséquence de ce grand acte de pieuse nationalité par lequel le Congrès a terminé sa session mémorable.

Nous voulons parler du monument que nous voudrions élever à Bichat, et de la médaille en bronze commémorative de ses funérailles et du Congrès de 1845.

Pour atteindre ce double but, une souscription volontaire est indispensable. Nous venons vous prier d'y prendre part et d'y faire participer vos confrères. Leur plus modique offrande sera reçue avec reconnaissance. Il y a plus, un exemplaire de la médaille sera remis à chaque souscripteur, dans le cas où la souscription serait suffisante pour faire face à cette double dépense. Pour le moment, le plus urgent est d'élever un tombeau sur le terrain où les restes mortels de Bichat ont été déposés par le Congrès, et le but immédiat de la souscription est celui-là.

Nous avons l'honneur d'être, Monsieur et très honoré collègue, avec les sentimens de la plus parfaite confraternité,

Vos très humbles et très obéissants serviteurs;

Serres, Bouillaud, Soubeiran, Amédée Latour, Félix Boudet, Richelot, Villeneuve, Malgaigne, Miquel, Blatin, Vée, Garnier, Hamont, Collignon, Leblanc.

P. S. Le montant de la souscription Bichat et des adhésions doit être adressé (*franco*) à M. le docteur Richelot, trésorier, 10, rue Neuve-des-Mathurins, à Paris.

Toutes autres communications doivent être adressées (*franco*) à M. le docteur Amédée Latour, secrétaire, 44, rue Richer.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. Davallon.

Section de pharmacie. — *Rapport de la Commission n° 11. — Hôpitaux civils. — Dispensaires.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès verbal de la dernière séance, qui est adopté.

M. Gobley, rapporteur de la Commission n° 11, donne lecture de son Rapport.

Messieurs,

La onzième Commission avait à s'occuper des deux questions suivantes:

1° L'exercice de la pharmacie dans les hôpitaux civils offre-t-il toutes les garanties désirables? — La position et les devoirs des pharmaciens en chef, des élèves internes et externes dans ces établissements, sont-ils déterminés d'une manière convenable?

2° Examiner les relations des pharmaciens avec les dispensaires et les institutions de bienfaisance et de secours mutuels.

Vous comprenez, Messieurs, quelle importance s'attache à ces questions. Désireux de fixer tout ce qui se rapporte à notre art, vous avez porté votre sollicitude sur les intérêts des malades pauvres, et vous avez voulu chercher pour eux les conditions les plus avantageuses de traitement.

D'abord, l'exercice de la pharmacie dans les hôpitaux offre-t-il toutes les garanties désirables?

Votre Commission pense, à l'unanimité, que l'exercice de la pharmacie peut offrir toutes les garanties désirables dans les hôpitaux et hospices où il est fait par des élèves sous la surveillance de pharmaciens; elle ne croit pas qu'il offre des garanties suffisantes dans ceux de ces établissements où des religieuses préparent les médicaments.

Nous aimons avec vous, Messieurs, à rendre hommage au zèle avec lequel ces femmes dévouées donnent aux malheureux des consolations et des soins; mais notre reconnaissante admiration ne doit pas nous empêcher d'examiner froidement si leur désir de faire le bien est toujours au niveau des fonctions qu'elles ont à remplir.

Comment admettre, en effet, que des personnes qui n'ont fait aucune étude spéciale, puissent préparer les médicaments aussi bien que des hommes qui ont passé plusieurs années dans les officines, qui ont donné des preuves de leur savoir en pharmacie théorique et pratique, en histoire naturelle et en chimie? Nous sommes loin de ces temps où la pharmacie consistait dans un mélange de substances dont les réactions n'étaient ni prévues, ni étudiées. Qui oserait soutenir aujourd'hui que des connaissances chimiques ne soient pas indispensables à celui qui doit l'exercer? Ne faut-il pas qu'il prévoie les réactions qui peuvent survenir dans le mélange des différentes substances, et qu'il en fasse part au médecin si, par extraordinaire, elles lui avaient échappé? Souvent, vous le savez, du mélange de deux substances innocentes peut résulter un poison des plus dangereux.

Et cette synonymie, qui nous a rendu à nous-mêmes l'étude de la chimie si pénible, ne porte-t-elle pas à l'erreur celui qui n'en a pas une connaissance parfaite?

Ainsi, l'absence de connaissances chimiques, ou une erreur dans les noms, peuvent faire que le remède, au lieu d'apporter du soulagement au malade, lui donne la mort.

Ces considérations, et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de rappeler, ont déterminé votre Commission à repousser, à l'unanimité, l'emploi des religieuses dans l'exercice de la pharmacie; elle désire qu'elles soient remplacées par des pharmaciens en chef et par des élèves.

Dans certaines localités où l'hôpital n'est pas assez considérable pour exiger la présence d'un pharmacien, votre Commission demande que les médicaments soient fournis et distribués par des pharmaciens de la ville.

Pour la seconde partie de la première question: « La position et les devoirs des pharmaciens en chef, des élèves internes et externes, dans les hôpitaux, sont-ils déterminés d'une manière convenable? »

Votre Commission ne pense pas que la position des pharmaciens en chef, que les devoirs réciproques des pharmaciens en chef et des élèves soient déterminés d'une manière convenable. Elle est, au contraire, persuadée qu'il y a beaucoup à faire dans cette partie de l'organisation du service des hôpitaux; mais elle s'abstiendra d'entrer dans des détails qui rentrent tout à fait dans l'organisation intérieure de ces établissements. Cependant, ayant appris que des réclamations avaient été adressées à ce sujet à l'administration des hôpitaux et hospices de Paris, elle émet le vœu qu'elles soient examinées avec attention, afin qu'on puisse régler d'une manière définitive, dans l'intérêt du service, les devoirs réciproques des pharmaciens en chef et des élèves.

Une question a préoccupé votre Commission. Elle s'est demandé si les conditions d'admission pour les candidats aux places de pharmaciens en chef étaient suffisantes; s'il ne faudrait pas qu'ils fussent tenus de présenter le diplôme de pharmacien.

Le pharmacien en chef d'un hôpital doit, en effet, être assimilé au pharmacien de la ville. Ayant la même responsabilité, il doit présenter les mêmes garanties de capacité aux yeux de la loi. Aussi votre Commission pense-t-elle que les candidats aux places de pharmacien en chef devront, à l'avenir, présenter le diplôme de pharmacien. Elle a vu, dans cette condition imposée aux nouveaux candidats, un moyen

d'arriver à améliorer la position de ces hommes distingués auxquels l'exercice de la pharmacie en ville est interdit. Les études qu'ils ont faites, les épreuves qu'ils ont subies, leur donnent droit à des égards dont ils ne nous semblent pas jouir à un degré suffisant. Relevés à leurs propres yeux, pouvant se livrer, dans une position respectée, à ces études scientifiques que presque tous suivent avec succès, et quelques-uns avec gloire, ils ne regarderaient plus comme un lieu de passage la pharmacie des hôpitaux, et l'on ne verrait pas se reproduire aussi souvent ces changements de direction toujours si funestes au service.

Votre Commission ne pense pas que les jeunes gens qui se présentent aujourd'hui pour les places d'élèves dans les hôpitaux offrent des garanties suffisantes de capacité; elle demande qu'ils soient tenus de fournir le diplôme de bachelier en pharmacie.

A l'unanimité, votre Commission se rattache au concours pour les places de pharmaciens et d'élèves; elle regarde ce mode d'épreuves comme le plus avantageux pour amener dans les hôpitaux des hommes instruits et studieux.

Après avoir cherché à assurer le service des hôpitaux, votre Commission s'est occupée de cette classe intéressante de malades pauvres qui demandent à recevoir chez eux les soins du médecin, et auxquels des associations charitables offrent à la fois et les conseils de la science, et les secours matériels que réclame leur position.

Depuis que les dispensaires et les sociétés de bienfaisance et de secours mutuels existent, les pharmaciens ont été en relation avec ces sociétés pour la fourniture des médicaments dont leurs malades pouvaient avoir besoin. Nous pouvons affirmer que jamais il n'a pu s'élever de réclamations sur la manière dont s'établissaient ces rapports.

Mais il est des établissements créés par la charité publique, les bureaux de bienfaisance, qui n'ont pas suivi cette voie. La Commission émet le vœu que de semblables relations s'établissent entre ces bureaux et les pharmaciens. Conséquents avec eux-mêmes, et dans le seul but de faire rentrer dans la légalité toutes les conditions de la vente des médicaments, ils consentent de grand cœur à abandonner tout motif d'intérêt, et à souscrire à tout ce qui sera jugé convenable afin de s'unir aux sacrifices que font les communes pour subvenir aux besoins des pauvres.

Votre Commission s'est étonnée que des avances faites à plusieurs intervalles n'aient pas été acceptées par l'autorité, et que celle-ci maintienne les pharmacies des maisons de charité, dont l'existence est contraire à la loi qui régit l'exercice de notre profession; elle est persuadée que les bureaux de bienfaisance gagneraient, sous le rapport de l'économie, si ces propositions étaient acceptées.

En manifestant, Messieurs, le vœu que les religieuses n'exercent plus la pharmacie dans les hôpitaux et hospices; en réclamant la suppression de toutes les pharmacies des maisons de secours, faisons observer de nouveau que nous ne demandons que l'exécution de la loi.

La loi du 21 germinal an XI, sur l'organisation et l'exercice de la pharmacie, dit, art. 25 : « Nul ne pourra exercer l'état de pharmacien, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues. »

Cette défense formelle, fondée sur la nécessité d'études spéciales et de connaissances acquises, a été violée par diverses ordonnances ou arrêtés, dont le premier, sur lequel on s'est le plus appuyé, remontant au 28 mai 1801 (an IX), a été abrogé par la loi postérieure qui vient d'être citée.

Depuis la promulgation de la loi du 21 germinal jusqu'à l'année 1816, le service de pharmacie des bureaux de charité, de même que celui des hôpitaux et hospices, était fait par qui de droit : dans les hôpitaux et hospices, il n'y avait que des pharmaciens admis sur examen, et l'on se fournissait dans les pharmacies des villes pour les bureaux de charité.

En 1816, les corporations religieuses eurent assez d'influence pour obtenir l'exhumation de l'arrêté précité, et pour se faire rendre le service de la pharmacie; entièrement pour les bureaux de bienfaisance, plus ou moins complétement dans les hôpitaux.

C'était une violation de la loi. La loi exige, et avec raison, pour la sécurité publique, de ceux qui exercent la pharmacie, des connaissances que ne peuvent ni ne doivent avoir des religieuses. La responsabilité qui pèse sur les pharmaciens leur est entièrement étrangère. Dédaignant toute autre preuve de capacité, la loi exige un diplôme de tous ceux qui préparent un médicament, et dans sa juste sollicitude pour tout ce qui touche à la santé publique, elle n'a pas même voulu se préoccuper des intérêts particuliers. C'est ainsi que, malgré les difficultés de tout genre qui peuvent s'élever et compromettre une aisance chèrement acquise, la veuve d'un pharmacien ne peut conserver plus d'un an son établissement, et encore est-elle obligée de présenter un élève capable, et d'accepter en outre la surveillance d'un pharmacien reçu. Il est impossible de concilier les exigences de cet article de la loi avec l'existence indéfinie de pharmacies confiées à des religieuses.

Peut-être, Messieurs, en montrant cette insistance, serons-nous en butte à quelques soupçons d'intérêt personnel; mais nous pouvons y répondre d'avance, et prouver que, dans tous les cas, l'intérêt des indigents marcherait de pair avec le nôtre.

Les comptes des années qui ont précédé 1816, comparés à ceux des années qui ont suivi, montrent que les bureaux de bienfaisance de la ville de Paris dépensaient alors une somme moitié moindre pour un nombre égal d'indigents. Les frais de conservation, de préparation et de distribution des médicaments qu'entraînent nécessairement des maisons spéciales, font comprendre et auraient pu faire prévoir ce résultat. Serait-il donc indifférent, en outre, d'avoir à offrir aux malades pauvres des médicaments préparés selon les règles de l'art, et dont le vigilant contrôle de l'autorité garantit suffisamment la bonne qualité?

Tels ont été, Messieurs, les résultats de la discussion ouverte dans le sein de votre onzième Commission sur les questions qui lui avaient été d'abord proposées; mais à celles des hôpitaux et des dispensaires, est venue s'adjoindre plus tard la question des eaux minérales.

Ces eaux, chargées de principes médicamenteux, employées chaque jour dans le traitement d'affections nombreuses, devaient-elles être considérées comme des médicaments, et rentrer dans les prévisions de la loi qui les régit?

Les eaux purgatives, entre autres celles de Pulna et de Sedlitz, doivent-elles être livrées aux mains de simples spéculateurs, et leur emploi sans surveillance ne peut-il pas avoir des inconvénients, ne présente-t-il pas des dangers?

Et quand même aucun accident ne serait venu justifier ces craintes, ces eaux ne sont-elles pas de vrais médicaments ordonnés par les médecins pour combattre des maladies déterminées? L'eau de Vichy ne dissout-elle pas certains calculs, et n'en prévient-elle pas la formation? La propriété tonique des eaux de Contrexeville n'agit-elle pas heureusement dans l'expulsion des graviers qui séjournent dans les voies urinaires?

Les affections catarrhales, la phthisie, les scrofules se modifient sous l'influence des eaux sulfureuses, et les eaux chargées de principes ferrugineux sont l'un des médicaments les plus utiles dans la chlorose.

Je pourrais, Messieurs, vous citer d'autres exemples; il me suffira de vous rappeler que l'Académie royale de médecine a si bien compris l'importance du rôle qu'elles peuvent jouer dans l'art de guérir, qu'elle a créé dans son sein une commission spéciale qui est chargée du soin de diriger les travaux relatifs à cette question immense sous le double rapport de la science et de la médecine.

Comment, d'après tous ces faits consignés, et dans les traités sur les eaux minérales, et dans les ouvrages de médecine, concevoir que la vente des eaux minérales naturelles, et celle des eaux minérales factices, que le médecin conseille quelquefois de leur substituer, soit exploitée aujourd'hui par une foule d'industriels? Il ne sera pas sans intérêt de vous faire connaître les règlements qui les régissent.

La fabrication et la vente des eaux minérales sont classées de la manière suivante:

Fabriques de première et de deuxième classe; dépôts de première, de deuxième et de troisième classe.

Les fabriques de première classe paient un droit de 250 fr., et doivent être régies par un pharmacien reçu. On peut y préparer toute espèce d'eaux minérales.

Les fabriques de deuxième classe payent un droit de 150 fr., et doivent être régies par un pharmacien comme celles de première classe. On ne peut y fabriquer que de l'eau gazeuse, plus connue sous le nom d'eau de Seltz factice.

Les personnes qui tiennent les dépôts de première classe payent un droit de 150 fr., et peuvent débiter toutes les eaux naturelles.

Les personnes qui tiennent les dépôts de deuxième classe paient un droit de 75 fr., et peuvent débiter les eaux factices ou une eau naturelle.

Enfin, les personnes qui tiennent les dépôts de troisième classe payent un droit de 25 fr., et ne peuvent débiter que de l'eau de Seltz factice.

Ainsi, la vente de médicaments puissants, dont la fraude peut avoir des conséquences graves, est pour ainsi dire livrée à la liberté du commerce, lorsqu'au contraire elle devrait être confiée aux hommes que la loi du 21 germinal an XI a reconnus comme les seuls dépositaires de tout ce qui intéresse la santé publique.

Votre Commission n'a pas pensé que les choses dussent rester dans cet état; elle a émis, en conséquence, le vœu que la vente en détail des eaux minérales naturelles, que la fabrication et le débit des eaux minérales factices fussent réservés aux pharmaciens; elle fait toutefois une exception pour une boisson d'agrément, l'eau gazeuse, dont la fabrication et le commerce seraient libres. Elle entend par eau gazeuse, l'eau chargée d'acide carbonique, qui est généralement vendue sous le nom d'eau de Seltz. Cette dénomination impropre devrait être changée; l'eau de Seltz préparée suivant la formule du Codex n'ayant, avec cette préparation, que des rapports éloignés, et devant, comme médicament, rester entre les mains des pharmaciens.

Voici les conclusions du rapport telles qu'elles ont été adoptées après discussion :

1° Que les religieuses qui font le service de la pharmacie dans les hôpitaux et hospices soient remplacées par des pharmaciens en chef et des élèves en pharmacie;

2° Que dans le cas où le service de l'hôpital n'est pas assez considérable pour exiger la présence d'un pharmacien, la préparation, la fourniture, la distribution des médicaments et la direction du service pharmaceutique de l'hôpital soient confiées exclusivement aux pharmaciens de la localité;

3° Que les candidats qui se présentent pour le concours de pharmacien en chef soient tenus de fournir le diplôme de pharmacien;

4° Que les candidats pour le concours d'élèves internes en pharmacie dans les hôpitaux, soient tenus de fournir le diplôme de bachelier en pharmacie;

5° Que la préparation, la fourniture et la distribution des médicaments nécessaires aux indigents traités par les bureaux de charité, dispensaires, les institutions de bienfaisance et de secours mutuels, soient réservées exclusivement aux pharmaciens d'après un tarif;

6° Que la fabrication des eaux minérales artificielles, que le débit en détail des eaux minérales naturelles et artificielles soient réservés aux pharmaciens seuls, en exceptant toutefois l'*eau gazeuse simple*.

La discussion est ouverte sur la première proposition, relative aux religieuses chargées du service de la pharmacie.

On met aux voix la proposition n° 1, qui est adoptée.

Il est donné lecture de la proposition n° 2, relative aux hôpitaux des petites localités.

M. Noyer propose l'adjudication pour la fourniture des médicaments. — Cette proposition n'est pas appuyée.

M. Latour, de Trie, propose que les pharmaciens soient chargés à tour de rôle, et par année, de la fourniture des médicaments dans les hôpitaux.

M. Vuaflar appuie cette proposition.

M. Foy demande qu'un pharmacien reçu soit attaché aux hôpitaux des localités où il n'existe pas de pharmacie en exercice.

M. Garnier combat la proposition de M. Foy.

M. Jacout, délégué des pharmaciens de la Marne, dit que la création de pharmaciens cantonaux remplira ce but.

M. Chapart, de la Charente-Inférieure, dit qu'on a adopté une chose fort juste en chargeant du service de l'hôpital, à tour de rôle, les pharmaciens d'Angoulême.

M. Soubeiran demande que l'administration des hôpitaux soit libre dans le choix du pharmacien en qui elle a placé sa confiance.

M. Abbadie combat la proposition de M. Soubeiran.

M. Boullay appuie la proposition de M. Soubeiran.

M. le rapporteur déclare que la Commission adhère à la proposition faite par M. Soubeiran.

M. Latour, de Trie, cite une ville de son département où le service à tour de rôle se fait régulièrement.

M. Chapart appuie la proposition de M. Latour.

M. Soubeiran présente quelques considérations en faveur de sa manière de voir. Il pense que l'on doit retrancher de la proposition ces mots : *à tour de rôle*.

M. Dubail soutient la proposition de M. Soubeiran.

M. Latour craint que cette mesure n'établisse des priviléges.

M. F. Boudet appuie la proposition de M. Soubeiran. Il faut, dit-il, considérer ce qui est possible, et ne pas voter ce qui ne serait que dans un but personnel. Chacun choisit le médecin et le pharmacien qui lui inspire le plus de confiance; pourquoi l'administration ne serait-elle pas libre de choisir son pharmacien?

M. Ducloux propose un amendement qui n'est pas appuyé.

M. Foy propose de confier le service des hôpitaux, dans une localité où il n'y a pas de pharmacien, à un élève, sous la responsabilité d'un pharmacien.

M. Fermont propose de confier le service des hôpitaux à un bachelier en pharmacie, qui sera responsable du service.

M. Garnier pense que cette mesure ne peut pas être adoptée.

L'amendement de M. Latour n'est pas appuyé.

M. Filhol demande un changement dans la rédaction de l'article de la Commission.

Ce changement est adopté.

M. Dubail propose un amendement qui n'est pas appuyé.

M. Dubuisson propose un amendement qui n'est pas adopté.

La proposition n° 2 est mise aux voix et adoptée.

On passe à la troisième proposition. Elle est mise aux voix et adoptée.

On passe à la quatrième proposition.

M. Magonty, de Bordeaux, signale un abus dans la fourniture des médicaments faite aux dispensaires, bureaux de charité; les pharmaciens de Bordeaux en ont réclamé en vain la répression. M. Magonty pense que tous les pharmaciens devraient, moyennant un tarif, obtenir le droit exclusif de fournir ces établissements.

M. Lebrou dit avoir déposé dans la séance d'hier un projet dans le même but.

M. Paton établit qu'en principe tous les pharmaciens doivent jouir du droit de fournir les établissements de charité.

M. Davallon, en appuyant la proposition de M. Magonty, rappelle que dans les nombreux dispensaires et bureaux de bienfaisance de Lyon, la distribution des médicaments aux indigents est faite par des religieuses et quelques pharmaciens, par suite d'une adjudication. Il ajoute que l'adjudication est un moyen reconnu dangereux et scandaleux, parce que l'abaissement des prix est toujours au détriment de la qualité des médicaments.

MM. Soubeiran et *Vée* pensent que la fourniture des médicaments doit être accordée *aux* pharmaciens, mais pas à *tous*.

L'article est mis aux voix et adopté.

On lit l'article 5, qui est mis aux voix et adopté.

On met en discussion l'article 6 sur la fabrication des eaux minérales.

Cet article est mis aux voix et adopté.

M. Latour, de Trie, propose que le terme de la prescription pour les sommes dues aux pharmaciens soit porté à cinq ans.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Latour présente et développe une nouvelle proposition, qui consiste à demander la création de places de pharmaciens-inspecteurs dans toutes les localités où il y a des eaux minérales naturelles.

M. Ducloux combat cette proposition.

M. Boudet, secrétaire général, ne voit pas la nécessité de cette création. Il propose qu'on passe à l'ordre du jour.

M. Latour présente de nouvelles considérations à l'appui de sa proposition.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

MM. Davallon et *Lebret*, de Saint-Quentin, proposent que les pharmaciens reçus par les jurys médicaux puissent s'établir dans toute l'étendue du royaume après avoir subi une *épreuve spéciale* dans une Faculté de pharmacie et satisfait aux frais d'examen et de diplôme.

MM. Abbadie et *Boudet* appuient cette proposition, qui est mise aux voix et adoptée.

M. Dupuy propose, au nom de tous les pharmaciens de Rouen, que la loi nouvelle impose aux pharmaciens l'obligation du secret dans l'exercice de la pharmacie.

Cette proposition développée n'est pas appuyée.

M. Destouches demande que les pharmacies des hôpitaux et établissements de charité soient soumises au même mode d'inspection que les pharmacies des villes.

M. Schaeuffele, délégué du Haut et du Bas Rhin, dit que le droit d'inspection dans ces établissements ayant été contesté dans plusieurs départements, il est utile que le procès verbal fasse mention de cette proposition.

M. Garnier cite l'article de la loi qui donne aux jurys médicaux le droit d'inspection partout où existent des pharmacies. Il demande en conséquence que l'assemblée passe à l'ordre du jour.

L'ordre du jour est mis aux voix et prononcé.

M. Moitié demande que les agrégés et les professeurs des Ecoles spéciales et préparatoires ne puissent pas avoir d'officines ouvertes.

On passe à l'ordre du jour sur cette proposition.

M. Dupuy, de Rouen, fait la proposition suivante : Nul pharmacien ne pourra vendre des médicaments portant l'étiquette d'un autre pharmacien, ni ailleurs que dans son officine.

Cette proposition est appuyée par M. Garnier, qui la développe avec M. Dupuy.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Paton demande que les pharmaciens actuels reçus par les Ecoles spéciales puissent prendre le titre de *docteur en pharmacie*, dans le cas où les Ecoles de pharmacie érigées en Facultés auraient le droit de conférer ce titre aux récipiendaires.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Dorvault propose que la vente en détail des sangsues soit exclusivement réservée aux pharmaciens et rendue pour eux obligatoire.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Pennes fait une proposition relative à la disposition extérieure des officines.

Cette proposition n'est pas appuyée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 5 et 12 novembre 1845. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Nélaton, à l'occasion du procès-verbal, dit qu'il a fait des recherches sur l'anatomie pathologique de la tumeur formée par la chute du rectum, et qu'il en est résulté qu'il y a deux variétés distinctes, l'une constituée par la totalité de l'intestin, l'autre par la muqueuse seulement. La première a lieu chez les enfants; elle leur est spéciale, et on la rencontre principalement chez ceux qui sont tourmentés pendant longtemps par de la diarrhée, et qui sont obligés à de grands efforts de défécation. Il y a quelques années, il a montré à la Société anatomique deux pièces, où les trois tuniques faisaient procidence. La seconde variété a lieu principalement chez les adultes, et surtout chez ceux qui ont des hémorrhoïdes. Alors la maladie est lente, graduelle, et elle n'est constituée que par la muqueuse.

M. Lenoir annonce que le malade dont il a parlé dans la dernière séance et auquel il avait enlevé une tumeur du cou, a succombé. A l'autopsie, M. Lenoir a trouvé que la maladie s'étendait jusqu'au larynx. Le cartilage thyroïde était en partie détruit; les cordes vocales refoulées, et par suite l'ouverture de la glotte très rétrécie. Cela a expliqué les accès de suffocation auxquels cet homme était en proie; et que l'on avait rapportés à la compression du larynx par la tumeur du cou.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre correspondant. M. le docteur Morel, de Fère en Tardenois, réunit l'unanimité des suffrages.

— *M. Deguise* fils avait mis il y a trois semaines sous les yeux de la Société, un calcul mural qu'il avait extrait de la vessie d'un enfant, qui lui avait présenté cela de particulier que les signes de la présence du calcul ne s'étaient fait voir que quelques jours avant l'opération. Il vient de faire une nouvelle opération à un adulte, auquel il a extrait aussi un calcul de même nature, et chez lequel les symptômes n'avaient eu lieu également que très peu de temps avant. Mais il avait eu il y a quelques années des douleurs dans les reins et dans le ventre. M. Deguise a employé la méthode bilatérale. Lorsqu'il introduisit les tenettes, il lui sembla que l'ouverture vésicale ne correspondait pas à l'écartement qu'il avait donné à son lithotome, et lorsque la pierre fut chargée, il lui fut impossible de l'extraire. Il se servit alors d'un bistouri boutonné, au moyen duquel il agrandit l'ouverture sur le côté droit, et il put faire l'extraction de la pierre. Mais en même temps il se manifesta une hémorrhagie qui nécessita un tamponnement, lequel fut fait avec la canule à chemise. Le sang sortit par la plaie et par la verge, on fit des injections froides; mais alors le périnée et les bourses se tuméfièrent, comme si l'injection avait passé dans le tissu cellulaire. Il vint même à la pensée de M. Deguise de faire quelques mouchetures. Cependant l'hémorrhagie cessa peu à peu, et la tuméfaction périnéale diminua. Le lendemain on voulut cesser le tamponnement; mais à peine quelques boulettes de charpie furent-elles retirées, que le sang reparut. On se hâta de rétablir la compression. Le surlendemain, on trouva la canule à moitié sortie. Depuis elle a été ôtée, et rien n'a eu lieu. Ce fait est curieux suivant M. Deguise, à cause de la tuméfaction qui s'est fait voir au périnée.

M. Lenoir fait remarquer que le calcul est recouvert d'une couche calcaire blanche, et qu'au dire de M. Civiale, quand on observe cette circonstance, il y a toujours en même temps altération de la vessie.

M. Morel-Lavallée rappelle qu'à l'occasion du premier calcul présenté par M. Deguise, il avait fait remarquer que l'influence attribuée par les auteurs à la surface rugueuse de la pierre sur la vessie était plutôt théorique que déduite de l'observation. Ce nouveau fait de calcul mural, longtemps indolent, confirme cette manière de voir. Une considération tirée de la composition même du calcul mural, vient à l'appui de l'opinion de M. Morel-Lavallée. En effet, une pierre ne détermine guère de douleurs prononcées sans enflammer la vessie; or, quand la vessie est enflammée, ce sont des phosphates qui se déposent; donc tant que le calcul est composé exclusivement d'oxalate calcaire, on ne saurait supposer qu'il ait enflammé la vessie, ni conséquemment qu'il l'ait rendue bien douloureuse.

—*M. Guépratte*, membre correspondant, écrit à la Société pour lui faire savoir qu'un ordre ministériel lui enjoint d'aller reprendre son service à Brest; il l'a remercie de l'accueil qu'elle lui a fait.

— *M. Nélaton* présente un malade qui porte sur la face dorsale de la main droite et sur la ligne médiane du carpe une tumeur dont les limites sont difficiles à déterminer; elle est large, aplatie, et présente en un point des battements très peu sensibles. Cette tumeur s'est fait voir il y a un mois seulement, et dans les circonstances suivantes : Le malade travaillait à la carrière, et il faisait manœuvrer un marteau pesant. Dans un mouvement brusque, il sentit subitement, dans le poignet, une douleur vive qui lui fit croire à une fracture. Il appliqua pendant quelques jours des cataplasmes émollients; mais la tumeur augmenta, et, lorsque le malade entra à l'hôpital, on crut à un phlegmon, et l'on mit en usage un traitement antiphlogistique. Malgré cela, la tumeur persista, et c'est alors que M. Nélaton sentit les battements qui lui ont fait croire à un anévrisme.

—*M. Chassaignac* donne lecture d'une note sur la ligature des artères, dont voici la substance : La pratique, qui consiste à placer sur une même artère deux ligatures l'une à côté de l'autre, bien qu'abandonnée aujourd'hui peut offrir des avantages pour certaines artères, notamment pour la carotide primitive. Quand une ligature est appliquée sur cette artère, elle est soumise, lors de chaque pulsation artérielle, à un double choc, l'un qui se produit directement dans la ligne de projection du cœur à l'artère, l'autra qui se produit par récurrence anastomotique et se propage des divisions terminales de l'artère vers le tronc de celle-ci. Un fait qui démontre d'une manière incontestable la réalité du choc en retour, est le suivant : Le 22 juin 1808, A. Cooper pratiquo la ligature de la carotide, par la méthode d'Anel, pour un anévrisme siégeant à la partie latérale et supérieure gauche du cou. Deux ligatures sont appliquées à distance d'un pouce l'une de l'autre, puis l'artère est coupée transversalement entre elles deux. Les pulsations n'en persistent pas moins dans la tumeur, et leur présence est constatée par Forster, Georges Young, Antoine Dubois, de Paris, et plusieurs autres personnes. Ces pulsations ont lieu nonseulement immédiatement après la ligature, mais encore dans les temps qui suivent.

Considérant que ce double choc contre une même ligature est une circonstance défavorable pour la stabilité de celle-ci et peut en déterminer prématurément la chute avant l'oblitération du vaisseau, M. Chassaignac émet l'opinion qu'il y aurait avantage à placer deux ligatures l'une à côté de l'autre, sans couper l'artère entre elles deux, et seulement afin que chacune d'elles n'eût à soutenir qu'un choc, l'une le choc direct, l'autre le choc en retour.

M. Huguier n'admet pas que deux ligatures seraient moins fatiguées qu'une seule par le choc du sang direct et par celui du sang en retour. Si vous faites, dit-il, deux ligatures à deux ou trois pouces de distance sur la même artère, celle du côté du cœur, de même que celle du côté des capillaires, ne recevra qu'une seule impulsion qui tendra à l'ébranler, tandis que s'il n'y a qu'une seule ligature elle sera frappée des deux côtés en même temps, et, par conséquent, les deux colonnes sanguines se feront équilibre, ce qui diminuera le choc.

M. Bérard n'est pas convaincu que la double ligature mette à l'abri de l'hémorrhagie. De quelque manière que l'on agissa, le choc ne peut être évité. Ce qui assure le malade contre l'hémorrhagie, ce n'est pas le fait même de la ligature, mais bien son action physiologique, la coagulation du sang et la formation de la lymphe plastique étant, en définitive, le moyen d'hémostase. Si l'hémorrhagie a lieu, c'est que le travail physiologique ne s'est pas opéré. Il est donc important de mettre le fond de la plaie dans les conditions favorables à ce travail; or, pour appliquer deux ligatures, il faut nécessairement opérer un plus grand délabrement des parties, dénuder l'artère dans une plus grande étendue, ce qui peut donner lieu à une suppuration toujours préjudiciable. En appliquant deux ligatures sur une artère et en coupant ensuite celle-ci entre les deux, les chirurgiens ont eu en vue de mettre l'artère dans les mêmes conditions que celles où elle se trouve après l'amputation d'un membre. Dans ce dernier cas, en effet, audessous de la ligature, il n'y a plus rien, et le sang ne peut pas, comme lorsqu'on fait la ligature sur la continuité d'une artère, aller, au moyen des voies anastomotiques, frapper et déranger le caillot par le bout inférieur. M. Bérard ajoute que l'hémorrhagie par le bout inférieur peut avoir lieu dans toutes les artères, et qu'il n'est pas nécessaire pour cela qu'il y ait de larges anastomoses. Si l'on faisait le relevé des ligatures appliquées sur la continuité des artères, on verrait certainement autant d'hémorrhagies par le bout inférieur à l'artère fémorale, par exemple, qu'à la carotide.

M. Chassaignac ne pense pas qu'à la suite d'une simple ligature il y ait un synchronisme parfait entre les deux chocs des colonnes sanguines; il y a toujours un petit intervalle, et c'est précisément là ce qui fait que le caillot peut être ballotté et son organisation empêchée; aussi, il regarde comme peu fondée l'objection de M. Huguier, et il persiste à croire qu'avec l'application de deux ligatures chacune d'elles n'éprouvera qu'un seul choc et pourra plus facilement se consolider. C'est par le même motif que les chirurgiens ont l'habitude de ne pas placer de ligatures près des centres de grands mouvements.

M. Lenoir dit que lorsqu'on pratique la ligature des carotides dans le cas d'anévrisme diffus, on aura beau faire deux ligatures au-dessous de la plaie, si on n'en applique pas une au-dessus, on ne préviendra nullement l'hémorrhagie qui pourra avoir lieu par le bout supérieur; de même dans le cas d'anévrisme spontané, malgré les deux ligatures, s'il y a des anastomoses puissantes, le sang reviendra dans le sac par le bout inférieur; pour éviter cela, il faudrait appliquer un fil au-dessous de la tumeur, et la mettre ainsi entre deux ligatures.

M. Chassaignac fait observer qu'il ne propose pas les deux ligatures pour prévenir le retour des battements de l'anévrisme, mais seulement pour empêcher la colonne de sang inférieur de venir battre une ligature unique, et surtout en vue de cette idée que c'est trop pour une seule ligature d'avoir à supporter deux chocs opposés.

M. Lenoir, à propos des ligatures en général, fait connaître une modification de la ligature de la carotide dans le cas de blessure d'une de ses divisions. M. Bérard aîné avait conseillé de lier alors la carotide primitive d'abord, et ensuite et immédiatement l'une de ses deux divisions. M. Lenoir proposa d'appliquer une seule ligature juste à la bifurcation; par ce moyen on évite des recherches qui sont souvent très laborieuses, surtout s'il s'agit de la carotide interne. Il n'a encore essayé cette modification que sur les animaux; mais il pense qu'elle trouverait très avantageusement son application chez l'homme.

M. Chassaignac redoute les ligatures appliquées sur les bifurcations artérielles; il a vu une ligature faite par M. Lenoir lui-même, qui avait compris dans la même anse de fil l'origine de l'artère musculaire superficielle et celle de la profonde, et cependant il y eut hémorrhagie.

M. Lenoir rectifie ce que vient de dire M. Chassaignac, en ce sens que dans le cas qu'il vient de citer les choses ne se sont pas passées comme il le prétend. Il s'agissait d'une hémorraghie à la suite d'une plaie de la partie supérieure et interne de la cuisse. M. Lenoir crut qu'elle provenait de la lésion de l'artère musculaire superficielle, et il en fit la ligature; mais l'hémorrhagie continua, et plus tard on put se convaincre que c'était la musculaire profonde qui avait été intéressée.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 octobre 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A quatre heures, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Foucart* écrit à la Société pour qu'il soit ajouté un article disciplinaire aux règlement. Cette demande est prise en considération; il est décidé que cette lettre sera jointe aux documents adressés à la commission chargée de reviser le règlement.

M. le docteur Cheneau offre sa démission, qui est acceptée.

— *M. Sorlin* rend compte d'un mémoire adressé à la Société par le docteur Picard, à l'effet d'être admis au nombre de ses membres résidents. Cet ouvrage est intitulé : De la luxation, considérée comme complication de la tumeur blanche, et de son pronostic.

Notre confrère a reproduit dans son rapport les pensées de l'auteur, et les a soumises à une discussion approfondie. Il a terminé en concluant à ce que le candidat fût admis. La Société a témoigné avec quel intérêt elle avait entendu la lecture de ce rapport, en demandant qu'il fût déposé dans les archives.

L'admission de M. Picard est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

Emploi de la cautérisation vaginale multiple, comme moyen de guérir radicalement la leucorrhée constitutionnelle; par M. le docteur DEVAY (de Lyon).

M. Devay a reconnu que le flux leucorrhéique datant de loin, modifie profondément la texture de la membrane muqueuse du vagin, et qu'alors les injections avec le soluté aqueux d'azotate d'argent ont peu d'effet, tandis que l'application de ce sel à l'état solide exerce une modification locale des plus avantageuses. Voici, d'ailleurs, comment ce praticien procède à cette cautérisation.

Il introduit le spéculum, et, à l'aide de cet instrument, il met le col de l'utérus à découvert. S'il est nécessaire, il porte l'azotate d'argent sur le col, puis il retire doucement le spéculum, et à mesure que le vagin se présente, il le touche trois ou quatre fois très légèrement sur différents points de sa surface. Il cautérise de préférence les parties où il existe soit des rougeurs, soit des lacunes très prononcées. Il répète deux fois encore la même manœuvre avant de parvenir à la vulve. Enfin lorsque l'instrument est retiré, il écarte les grandes lèvres, et il termine la cautérisation en passant deux ou trois fois le crayon de pierre infernale sur l'orifice du vagin.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 9 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 148. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 8 DÉCEMBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

Le Congrès était à peine dispersé, que les membres du bureau s'étaient empressés d'aller présenter leurs remercîments aux autorités dont la bienveillance et la protection leur avaient été si utiles en cette circonstance. Le bureau eut l'honneur de se présenter successivement chez MM. les ministres de l'instruction publique, de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, et chez M. le préfet de la Seine, qui avait donné au Congrès une hospitalité si généreuse.

La Commission permanente une fois constituée, a immédiatement commencé la série de ses travaux. Elle avait pour mission, d'abord, de présenter aux différents ministres que cet objet concerne les vœux exprimés par le Congrès. Des audiences demandées pour ce sujet ont été immédiatement obtenues dans l'ordre suivant :

Vendredi, 5 décembre, la Commission a été reçue par M. le ministre de la justice. Son attention a été spécialement portée sur les vœux du Congrès relatifs à la révision ou à la modification de quelques articles des Codes civil et pénal demandées par le Congrès sur la responsabilité, les prescriptions des honoraires, les priviléges, les déclarations de naissance, sur la pénalité demandée contre certains abus et délits concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie. M. le ministre a prêté une grande attention aux explications de la Commission; il en a compris la justesse et la légitimité, et a promis son actif concours à la réalisation des vœux du Congrès.

Le samedi 6, la Commission a été reçue par M. le ministre de l'agriculture et du commerce à qui incombent principalement les questions de police médicale et pharmaceutique, et l'organisation de la médecine vétérinaire. M. le ministre a longuement entretenu la Commission du projet de loi qu'il va immédiatement présenter aux Chambres, et ce qu'il en a dit a paru à la Commission en harmonie avec les vœux exprimés par le Congrès.

Le même jour a eu lieu l'audience de M. le ministre de l'intérieur. La Commission a spécialement appelé l'attention de M. Duchâtel sur les questions relatives aux hôpitaux et hospices, aux institutions de secours à domicile tant dans les villes que dans les campagnes. M. le ministre de l'intérieur a paru fort disposé à entrer dans les vues de la Commission du Congrès.

Le même jour encore, la Commission s'est présentée chez M. le ministre de la guerre, qui a reçu avec un intérêt très marqué les vœux du Congrès relatifs aux officiers de santé et aux vétérinaires de l'armée. Il a promis que, dans la limite de ses pouvoirs, il leur donnerait satisfaction.

Le dimanche 7, la Commission a été reçue par M. le ministre de l'instruction publique. L'accueil de M. le ministre a été, comme à l'ordinaire, plein de bienveillance. La Commission se plaît à reconnaître qu'elle a retrouvé M. de Salvandy tel qu'il s'était montré dans les précédentes visites, tel qu'il s'est montré au Congrès, manifestant toujours les mêmes intentions de faire concorder le projet de loi sur l'organisation médicale avec les vœux émis par le Congrès. M. le ministre a même insisté sur l'appui qu'il voulait prendre dans l'expression de cette manifestation, et les principales questions qu'il a abordées devant la Commission ont été en effet résolues par lui dans un sens entièrement favorable aux vœux du Congrès.

Quelques courtes explications ont été échangées entre M. le ministre et la Commission sur un fait récent et connu; de part et d'autre ces explications ont été franches, dignes et loyales, et la Commission a quitté M. le ministre de l'instruction publique bien convaincu de ses excellentes et persistantes intentions.

M. de Salvandy a souscrit pour deux cents exemplaires du volume qui doit renfermer les actes du Congrès.

Un exemplaire manuscrit des vœux exprimés par les trois sections du Congrès a été remis par la Commission à chacun de messieurs les ministres sus-indiqnés.

En même temps que la Commission s'occupait à remplir cette partie de son mandat relativement aux ministres, elle s'occupait aussi des travaux relatifs à l'impression du volume, sujet sur lequel une communication prochaine sera faite aux adhérents; elle s'occupait surtout de la grande question des associations médicales dont l'organisation lui a été confiée.

Après avoir eu plusieurs réunions pour cet objet, la Commission sentit le besoin de s'entourer de toutes les lumières et des conseils de ceux de nos confrères qui se trouvent à la tête des associations déjà existantes à Paris. A cet effet, elle convoqua pour vendredi dernier MM. les présidents, vice-présidents et secrétaires des associations de prévoyance et des sociétés d'arrondissement de Paris. Le plus grand nombre a répondu à cet appel.

Etaient présents : MM. Foissac, secrétaire particulier de la Société médicale du 1er arrondissement; Letalenet, secrétaire-général de la même société; Deslandes, secrétaire-général de la Société du 8e arrondissement; Gogot, président de la même société; Hottot, président de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine; Janin, président d'âge de la Société du 3e arrondissement; A. Martin, secrétaire-général de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine; Baillarger, vice-président de la Société du 12e arrondissement; Haguette, secrétaire de la Société du 4e arrondissement; Furnari, vice-président de la Société médicale du 9e arrondissement; Le Roy-d'Etiolles, président de la Société médicale du 1er arrondissement; Sorlin, vice-président de la Société médicale du 10e arrondissement; Dumas, secrétaire-général de la Société médicale du 12e arrondissement; Vinchon, secrétaire de la Société du 8e arrondissement; Villatte, président de la Société de médecine vétérinaire et comparée; Gillette, secrétaire-général de la Société du 10e arrondissement.

MM. les président, vice-président et secrétaire général de l'Association des médecins de Paris avaient écrit qu'ils étaient empêchés de se rendre à cette réunion; l'Association dont ils sont dignitaires se réunissant le même jour, à la même heure.

M. Serres, président de la Commission permanente du Congrès médical donne la parole à M. Amédée Latour, secrétaire de la commission, pour expliquer le but et la nature de la réunion.

M. Amédée Latour s'explique à peu près en ces termes :

Messieurs,

Le dernier vœu émis par le Congrès nous a investis d'une mission grave, importante, qui peut avoir les plus grands résultats sur la constitution du corps médical, mais dont nous comprenons toutes les difficultés et toute la responsabilité.

Permettez-nous de vous rappeler cette décision dernière du Congrès; vous en apprécierez ainsi bien mieux toute l'importance.

« Le Congrès émet le vœu que des associations médicales libres, ayant pour double but la science et la bienfaisance, soient fondées dans toutes les parties de la France, et que l'autorité leur soit favorable.

» Ces associations libres seront reliées entre elles, et auront un centre séant à Paris.

» La Commission qui sera instituée en vertu de l'article 13 du règlement, sera chargée d'organiser l'Association médicale en France. »

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, d'une part le Congrès a voulu que des associations libres fussent formées en France, qu'elles eussent un centre commun à Paris; et, d'autre part, nous, Commission permanente, nous sommes institués pour organiser cette association.

Notre première pensée a été d'abord d'examiner dans quelle position se trouvait le corps médical de Paris à l'égard de l'association, telle que l'a entendue le Congrès.

Par un bonheur inouï, nous avons vu que déjà les vœux du Congrès avaient été devancés à Paris et que, sur une vaste échelle, l'association était déjà fortement organisée.

En effet, Paris possède sa grande *Association de prévoyance*, dans laquelle près de cinq cents médecins de la capitale sont déjà ralliés.

De plus, 7 arrondissements sur 12 sont aussi réunis en Société, soit pour un but scientifique, soit pour un but de dignité professionnelle; ce sont les 1er, 2e, 4e, 8e, 9e, 10e et 12e arrondissements.

Enfin, les pharmaciens de Paris ont fondé, depuis plusieurs années, une société de prévoyance et de dignité professionnelle, à l'instar de l'Association des médecins de Paris.

La Commission, Messieurs, n'a pas cru pouvoir ni devoir négliger des éléments aussi précieux. Tout d'abord elle a pensé à réunir autour d'elle les dignitaires de ces diverses Sociétés et Associations parisiennes pour s'informer avec eux de leurs statuts, de leur nombre, de leur but, des résultats qu'ils obtiennent ou espèrent, afin de voir en un mot si l'association telle qu'elle est entendue et pratiquée à Paris répond aux vœux exprimés par le Congrès.

Chargés d'organiser, vous comprenez avec quel bonheur nous accepterions des choses déjà faites, quelle puissance morale nous acquerrions dès le début de nos travaux par votre concours, et avec quelle sûreté nous pourrions agir dans les départements avec une association déjà formée et fonctionnant à Paris!

Le Congrès a demandé l'organisation de l'association dans le triple intérêt de la science, de la dignité professionnelle et de la prévoyance. Il ne s'agit ici de rien, absolument de rien que nous ayons besoin de dissimuler ou d'amoindrir, de rien qui puisse porter le moindre ombrage au pouvoir, de rien qui puisse jamais devenir pour nos institutions politiques actuelles un embarras ou un obstacle. Aussi, dès le début de nos travaux nous sentons le besoin d'agir ouvertement; et au lieu de renfermer nos délibérations dans l'enceinte de notre

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Petites joies, petites douleurs académiques. — Renouvellement des bureaux. — Prévisions et regrets à l'Académie de médecine. — Idée sur le discours au roi pour le jour de l'an. — Ce que fait actuellement la société française, ce que vient de faire le corps médical. — Les critiques du Congrès. — Leurs conséquences. — Le concours à la Faculté. — Nouvelle application d'un vieux proverbe. — Un legs de cent mille francs. — Une nouvelle chaire aventurée.

Voici une époque toute remplie de petites émotions, de petits calculs, de petites démarches ou sollicitations, de petites caresses, de grandes protestations, en un mot de tout ce que peuvent remuer ou agiter les petites ou grandes ambitions qui sont en ce moment en émoi, je veux parler des ambitions académiques, ou plutôt des honneurs que les Sociétés savantes accordent à quelques-uns de leurs membres vers les fins d'année. A cette époque, en effet, les bureaux se renouvellent; les dignités finissent pour les uns, commencent pour les autres; objets de regrets pour ceux-là, de vifs plaisirs pour ceux-ci, d'une plus ou moins grande convoitise pour tous. Convoitise, après tout, légitime et honorable, que l'on peut avouer et qu'il n'est pas donné à tous de satisfaire.

Nous sommes donc à une époque d'élection pour les dignités académiques. Je n'ai pas ouï dire qu'à l'Académie des sciences aucun des membres de la section de médecine soit sur le tapis. A l'Académie de médecine, M. Caventou va quitter le fauteuil de la présidence qu'il a occupé avec distinction et à la satisfaction générale. M. Caventou a fait preuve, pendant sa présidence, d'un esprit droit, net et pratique, d'une entente parfaite des convenances et des exigences académiques; c'est un des bons et rares présidents dont l'Académie puisse garder le souvenir. M. Roche lui sucédera. Dans les rares occasions que le zèle de M. Caventou lui a fournies d'occuper le fauteuil, il a été difficile de juger ce que sera la présidence de M. Roche; mais si les intentions les plus droites et les plus libérales, l'élévation et la noblesse du caractère suffisent pour faire un bon président, l'Académie, je l'assure, n'aura jamais été mieux présidée. Je ne sais pas encore à qui la majorité pense pour la vice-présidence. Les honneurs attachés au secrétariat annuel ne me semblent brigués vivement par personne, et tout fait présumer que M. Dubois (d'Amiens) en restera encore, pour l'année 1846, paisible possesseur. Quant à M. Pariset, on sait que les révolutions académiques viennent mourir aux pieds de son fauteuil perpétuel; circonstance mille fois heureuse pour l'Académie, qui ne rencontrerait pas deux fois un si rare, un si brillant interprète.

Ces nominations académiques me font pousser une idée; je vais l'exposer avec déférence au président futur de l'Académie. Au jour de l'an, l'Académie va porter ses vœux et ses hommages au chef de l'Etat. Voilà, certes, une belle occasion et qui n'a jamais été saisie, que je sache, de lui parler un peu de notre famille médicale, de ses besoins, de ses espérances, et tout cela, sans aucun doute, sous les formes les plus respectueuses. L'occasion fut-elle jamais plus opportune? Au sortir d'un Congrès qui a eu un immense retentissement, après une agitation sans exemple dans le monde médical, quelle inconvenance y aurait-il à en glisser quelque allusion directe dans le discours du 1er janvier, d'intéresser à nos vœux la haute intelligence qui occupe le trône, à remercier le roi de la bienveillante protection que son gouvernement a accordée à cette manifestation, et des solennelles promesses qui ont été faites devant le corps médical de France réuni? Croit-on qu'il serait malséant de faire entendre dans le palais des rois quelques nobles paroles en faveur de cette profession si honorable et si utile? Voulez-vous être appréciés, honorés, placés sur un échelon social digne de vous, appréciez-vous, honorez-vous d'abord vous-mêmes et ne perdez-pas les rares occasions où vous pouvez produire de généreuses et utiles idées. Ce serait, à mon avis, une admirable circonstance à saisir que celle du 1er janvier; ce serait pour l'Académie, qui comme corps constitué a été fort regrettablement privée de prendre part aux travaux du Congrès, une belle occasion de prouver à la famille médicale sa vive sympathie pour les améliorations scientifiques, morales et professionnelles qu'elle a demandées.

Pour mon compte, si l'honneur m'incombait de porter la parole devant quelque pouvoir de l'Etat que ce puisse être, je dirais ceci :

Que fait à cette heure la société française? Quelle grande question humanitaire et sociale occupe son activité? C'est fort triste à exprimer, mais voilà la vérité : Toute cette vive, fine et délicate intelligence française ne se préoccupe que d'une seule chose, l'adjudication d'une ligne de chemin de fer. Acheter ou vendre des promesses d'action, voilà l'immense, la seule affaire du moment. Des classes les plus élevées aux plus infimes, l'agiotage a tout envahi, tout perverti, jamais épidémie ne fit de pareils ravages; tâtez le pouls de la France, il vous traduira : Fièvre d'argent, de toutes les fièvres la plus maligne et la plus putride.

Eh bien! au milieu de cette infection générale, au milieu de ce délire fébrile qui agite la société française, une profession, une seule a su se garantir de cette affreuse contagion. Tenez, voilà la Bourse, entrez. Quel bruit, quelle agitation, quel tumulte! Que font ces hommes? pourquoi ces cris? quel papier échangent-ils? Quelle animation dans leurs yeux! quelles angoisses sur ces figures! Quelle langue inconnue parlent-ils? Nord, Lyon, Strasbourg, messageries, maîtres de poste; que veulent-ils dire? Ils se pressent, ils se ruent, ils s'exclament, ceux-ci de joie, ceux-là de douleur, et pourquoi donc? Pourquoi! pour un peu d'or que ceux-ci gagnent, pour leur fortune entière que ceux-là voient s'écrouler, et avec elle l'existence de leur famille, de leurs amis qu'ils entraînent dans leur chute.

Voici la salle Saint-Jean; c'est le jour même où la Bourse est si violemment agitée par la nouvelle de grands sinistres. Tout Paris est là, inquiet, tremblant de crainte, sous l'impression d'une panique désastreuse. Entrez, dis-je, dans la salle Saint-Jean. Là aussi il y a du bruit, de l'agitation, du tumulte; mais pour quels intérêts? Ecoutez! Voilà mille médecins réunis de tous les points de la France; il s'agit, pour eux, dans cette séance même, de la question matérielle la plus saisissante; il s'agit de leurs conditions mêmes d'existence, de ce qui leur doit donner le pain de tous les jours, des rémunérations dues à

Commission, de leur donner une sorte de publicité par votre présence, de leur demander une garantie par votre concours.

Nous venons donc, Messieurs, vous demander d'abord votre utile coopération pour organiser l'association dans les arrondissements de Paris qui ne jouissent pas encore de ses avantages. Nous avons à cet égard a opérer sur cinq arrondissements, mais probablement et fort heureusement d'une manière qui ne sera pas également difficile pour tous. Aujourd'hui même, en effet, celui qui a l'honneur d'être l'organe de la Commission du Congrès a reçu la visite de deux de ses honorables confrères du 3e arrondissement, qui ont eu la bonté de lui apprendre que les médecins de cet arrondissement étaient sur le point de réaliser très prochainement l'association médicale. Déjà un président d'âge et un secrétaire ont été nommés dans une première réunion, et, au nom de la Commission, qui ne me désavouera pas, j'ai cru pouvoir les inviter à nous faire l'honneur d'assister à cette réunion.

Je sais d'un autre côté qu'un travail préparatoire se fait en ce moment dans les 5e et 6e arrondissements dans le même but. Dans ce dernier arrondissement, un confrère actif et dévoué, M. Aubert-Roche, se met à la tête de cette organisation, et tout fait espérer qu'elle réussira.

Nous manquons de renseignements sur l'état des choses dans le 7e arrondissement.

Dans le 11e, des tentatives ont été faites dernièrement; elles n'ont pas eu un plein succès, mais il est à espérer que les confrères dévoués, qui ont déjà fait de pressantes démarches, ne se décourageront pas et arriveront au but.

Nous supposons maintenant tous les arrondissements de Paris associés ; il s'agira, pour se conformer au vœu formellement exprimé par le Congrès, de relier ces associations diverses comme toutes celles de la France à un point central et unique. C'est ici, Messieurs, que votre concours nous sera indispensable. C'est avec vous et par vous que nous aurons a examiner et à résoudre les graves questions que soulève ce vœu du Congrès, savoir l'unité de but, l'unité d'action, l'unité de direction.

Dans nos postérieures et prochaines réunions avec les dignitaires des Sociétés et Associations parisiennes, nous aurons à demander vos avis, vos conseils sur la possibilité de les relier toutes à un centre unique, dont les membres devraient être nommés par vous, chargé d'atteindre le triple but que le Congrès a eu en vue, scientifique, moral et bienfaisant; sur la possibilité, tout en laissant à ces sociétés et associations déjà formées une large part d'indépendance et de spontanéité, de leur demander quelques dispositions générales réglementaires uniformes, une caisse commune, un local commun destiné aussi bien aux réunions scientifiques et professionnelles, qu'à favoriser un contact plus général dans des salons de conversation, bibliothèque, etc.

De la solution que vous donnerez à ces diverses questions dépendra beaucoup le travail que nous nous proposons de faire, en ce qui regarde l'association à Paris, pour remplir le mandat qui nous a été imposé.

Nous croyons, et c'est pour nous un devoir de le répéter, que le concours, la fusion des associations déjà existantes à Paris, serait un fait important, considérable, éminemment utile. Nous le provoquerons de toutes nos forces et de toutes nos instances, et, à vrai dire, nous n'apercevons encore aucun motif sérieux et puissant pour qu'il n'en soit pas ainsi.

Mais si, contre notre attente et notre espoir, nous rencontrions pour la réalisation de ce projet des obstacles que nous ne pourrions pas vaincre, la Commission, tout en reconnaissant que ce moyen lui paraît le plus heureux et le plus sûr, s'occuperait à procéder à l'organisation de l'association par d'autres voies, d'autres moyens, d'autres concours qu'elle n'a voulu aborder que lorsque tout espoir de faire autrement lui paraîtrait définitivement perdu.

Car notre mandat est impératif, et nous l'avons accepté sans réserve. C'est pour nous d'ailleurs une question de conviction. Nous croyons, relativement à la science, que l'éparpillement des lumières et des forces du corps médical est funeste à la science et à l'art, que ce serait une chose dont personne peut-être n'est en mesure de prévoir les résultats, que la concentration de toutes ses lumières vers un foyer commun, que la direction des études et des recherches vers des points déterminés de la science et de l'art, topographie et statistique médicales, épidémies, endémies, questions d'antagonisme, de contagion, d'hygiène publique et de tant d'autres choses que nous ne pouvons même indiquer ici dans ces courtes et rapides observations.

Relativement à la dignité professionnelle, nous sommes profondément convaincus que la meilleure des lois sera éternellement impuissante sans le secours de l'association, tandis que celle-ci pourrait à la rigueur se passer de la loi. Veuillez en effet réfléchir, Messieurs, que dans certaines circonstances l'homme abandonné au cri de ses besoins, de ses penchants ou de ses passions, à la faiblesse de son isolement et à toutes les occasions qu'il peut rencontrer de mal faire, n'a pas pour le retenir cette puissance qu'exercent nécessairement le contact et la fréquentation confraternelles, la crainte du déshonneur, et tant d'autres liens qu'impose l'esprit de corps. Croyez-le, Messieurs, l'association est le moyen moralisateur par excellence.

Enfin, relativement à la bienfaisance, il serait inutile de faire ressortir devant vous l'utilité indispensable de l'association, car c'est par elle, et par elle seule, que la bienfaisance collective et confraternelle est possible.

Ces quelques mots suffiront peut-être, Messieurs, pour vous prouver combien la Commission nommée par le Congrès prend au sérieux la tâche immense et délicate qui lui a été imposée, pour vous prouver aussi combien elle serait heureuse de vous voir accueillir ses principes, et fière de vous voir concourir avec elle à leur réalisation.

Plusieurs membres prennent la parole relativement à cette communication. Les avis, les renseignements demandés sont fournis avec une obligeance extrême par Messieurs les membres présents; les règlements des diverses Sociétés sont réunis sur le bureau, et la Commission, après avoir annoncé qu'elle va immédiatement se provoquer des associations dans les arrondissements de Paris qui ne jouissent pas encore de cet avantage, annonce aussi qu'elle va s'occuper de la question du règlement, et qu'elle fera prochainement un nouvel appel au zèle et aux lumières des dignitaires des Sociétés de Paris.

La Commission a été aussi chargée d'organiser la souscription ayant pour but d'élever un tombeau à Bichat sur le terrain où ses restes mortels ont été déposés par le Congrès, et de frapper une médaille commémorative de ses funérailles et du Congrès médical de France de 1845.

A cet effet, la Commission du Congrès, réunie à la Commission qui avait présidé aux funérailles de Bichat, s'est assemblée dimanche dernier chez M. le professeur Roux. Le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro les décisions prises dans cette séance, ainsi que la publication de la première liste de souscriptions.

JOURNAL OFFICIEL DU CONGRÈS MÉDICAL.

CONGRÈS MÉDICAL.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1845.

Présidence de M. Boullay, vice-président.

SECTION DE PHARMACIE. — *Rapport de la Commission n° 12. — De l'Association. — Conseils de discipline. — Conseils médicaux.*

M. Schaeuffele, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

— La correspondance se compose :

1° D'un mémoire de M. Dupuy, de Maromme, délégué de la ville et de l'arrondissement de Rouen, sur la limitation des pharmacies.

2° D'une lettre de M. Eugène Marchand, délégué de Fécamp, dans laquelle il combat l'institution des pharmaciens cantonaux.

3° De trois procès-verbaux des séances de la Réunion médicale d'Issoudun. Ces procès-verbaux sont relatifs au programme du Congrès médical et à la nomination de deux délégués, MM. Heurtault, docteur en médecine, et Bugeard, pharmacien.

4° D'une lettre adressée par M. Bellevret, de Nuitz, à M. F. Boudet, relativement à la nécessité de rédiger en latin le nouveau Codex.

5° D'une lettre de M. Dubois, de Villeneuve-le-Guiard.

6° D'un mémoire de la grande majorité des pharmaciens de la Drôme, en réponse aux questions du programme.

— La parole est à M. *Aubergier*, rapporteur de la Commission n° 12.

Messieurs,

La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe, avait à considérer l'association sous les divers points de vue de la science, des secours mutuels, de la moralité et des intérêts de la profession.

S'il est une question qui puisse recevoir une solution dans cette enceinte, c'est assurément celle dont je viens de vous signaler l'énoncé. Ce ne sera pas en vain, nous devons l'espérer, que des hommes éclairés seront venus de tous les points de la France avec l'honorable mission de représenter leurs collègues. Une grande assemblée comme la vôtre doit laisser après elle des traces ineffaçables de son passage, en fondant les bases d'associations qui lui survivront et en perpétueront le souvenir.

L'association, Messieurs, est un levier qui, par sa seule puissance, vous permettra de réaliser la plupart des réformes dont vous avez proclamé l'urgence. Par l'association seule, vous pourrez vous placer au-dessus des professions mercantiles qui obéissent à une concurrence sans frein, et vous préserverez de toute atteinte la dignité de votre profession, qui a été, je suis fier de le dire, l'objet de vos constantes préoccupations.

Cette tendance vers l'association, Messieurs, se manifeste d'ailleurs de toutes parts. Un de nos honorables secrétaires représente une association qui s'étend sur tout un département, et je pourrais vous citer plus d'un exemple de ce genre. Partout où ces associations sont établies, elles produisent les plus heureux résultats. Nous ne devons pas nous le dissimuler; les motifs les plus futiles entraînent souvent entre collègues des divisions déplorables, qu'une explication franche et loyale eût permis d'éviter. Des points de contact fréquents rendent ces explications faciles, inévitables. Aux mauvaises passions qui flétrissent le cœur succèdent des sentiments de bienveillance réciproque qui le réjouissent et qui l'élèvent, et la considération publique ne tarde pas à être la récompense des hommes qui, échappant aux suggestions d'une rivalité professionnelle mal entendue, savent prouver, en se respectant entre eux, qu'ils sont dignes du respect de tous.

Votre Commission fait donc des vœux pour que, dans tous les départements, des associations, des sociétés pharmaceutiques soient fondées, qui embrasseront à la fois tout ce qui touche aux intérêts scientifiques, moraux ou matériels de la profession.

Récompenser tous les services, soulager toutes les infortunes, faire connaître les découvertes nouvelles, les propager, telle serait la mission de ces sociétés.

Il serait fait un appel à tous; car il ne s'agirait pas, comme dans les académies, de choisir les plus dignes, mais bien de réunir par un lien étroit tous les membres d'une même famille.

Je ne serais pas l'interprète fidèle de votre Commission, Messieurs, si je n'ajoutais pas qu'elle invoque pour ces associations la protection bienveillante et éclairée de Monsieur le ministre de l'instruction publique; protection qui ne se fait jamais attendre, nous le savons tous, partout où elle est invoquée au nom d'un intérêt public.

Ces associations, renfermées dans l'étroite enceinte d'une ville ou d'un département, isolées, abandonnées à elles-mêmes, privées de l'aiguillon puissant de l'émulation, ne recevant ni impulsion, ni encouragement par le retentissement donné à leurs travaux, produiront-elles tout le bien que l'on pourrait en attendre? La majorité de votre Commission, Messieurs, ne le pense pas. Elle désirerait que toutes les Sociétés formassent entre elles une grande confédération qui viendrait se rattacher à une des Sociétés formées à Paris. Là serait le centre où viendraient aboutir toutes les lumières, pour être ensuite réfléchies sur les points les plus éloignés.

En réunissant toutes les ressources dont elle pourrait disposer, cette confédération serait assez riche pour secourir dignement toutes les misères qui auraient le droit de s'adresser à elle ; elle pourrait offrir des moyens d'existence et des instruments de travail aux jeunes intelligences qui viendraient à se révéler, et qui promettraient de joindre de nouveaux noms à cette liste d'hommes illustres que la pharmacie française est fière d'avoir vus sortir de son sein. Vous auriez alors plus que jamais, Messieurs, le droit de vous enorgueillir de ces gloires qui n'auraient pu être acquises que grâce à la main protectrice que vous leur auriez tendue.

Quant aux moyens d'exécution, Messieurs, votre Commission n'a pas cru pouvoir les improviser dans le court espace de temps consacré à ses délibérations. Un pareil projet doit être l'objet de sérieuses réflexions. Nous ne pouvions pas songer à le réaliser sans le concours, sans la permission de l'autorité supérieure. Nous nous sommes donc arrêtés au seul parti qu'il nous ait paru convenable de vous proposer. Nous voudrions voir confier à une Commission le soin d'élaborer le plan d'une grande association réunissant tous les pharmaciens de France. Cette Commission devrait se mettre en rapport avec Messieurs les délégués des départements. Elle leur adresserait le résultat de son travail; recueillerait leurs observations et arrêterait, après avoir obtenu l'autorisation du pouvoir, les bases de cette grande institution, dont la fondation serait peut-être le plus grand service que puisse rendre le Congrès aux professions médicales.

Abordons maintenant, Messieurs, la seconde question que nous avions à examiner : Conseils de discipline.

---

leur pénible labeur, de leurs intérêts les plus pressants, de ceux de leurs famille; il s'agit d'honoraires, il s'agit d'argent !... Ecoutez ! Après un instant d'hésitation et de doute, cette grande assemblée est prise d'une répugnance unanime pour un pareil sujet; elle la manifeste avec acclamation, et se retire joyeuse de n'avoir pas contaminé sa robe doctorale dans les tristes détails d'une question d'argent.

Non, je ne comprends pas qu'après ce vote, dont l'histoire, assurément, gardera le souvenir, on ait le triste courage de se lever en impitoyable critique de cette manifestation dont nous venons d'être témoins, de mettre en évidence et de grossir avec une sorte de volupté les quelques imperfections qu'elle devait inévitablement présenter, et de ne se complaire qu'à faire ressortir les ombres d'un tableau éclairé d'une lumière si vive et si chaude. C'est là, je le dis tout haut, mais avec douleur, un acte de mauvaise confraternité; c'est dire au public et au pouvoir que le corps médical est incapable d'étudier et de régler sa constitution intérieure; que, sans principes, sans mobile et sans but, il ne sait que se plaindre isolément, ou s'agiter vainement dans des réunions stériles, qu'il est dépourvu de la spontanéité qui fait agir, du jugement qui fait prévoir, de l'accord qui donne la force, et qu'éternellement il sera la victime de l'indifférence ou la proie de l'ambition.

Voilà quelle serait la conséquence immédiate et fatale de vos beaux discours, vous tous qui, dans ce moment important et grave où s'agitent les destinées de la famille médicale, ne savez imposer silence à vos petites passions personnelles, faire taire vos petits intérêts particuliers, vous tous qui devriez être enflammés de la grande et noble passion de l'intérêt de tous. Heureusement, et j'en sais quelque chose, qu'elle est impuissante, la diversion que vous voulez produire, et que toute cette agitation expire auprès de cet admirable bon sens que le corps médical vient de mettre en lumière.

— La Faculté est dans ce moment dans sa période aiguë d'animation. Un grand concours s'y passe à cette heure; il s'agit de la chaire d'anatomie que la mort de M. Breschet a laissée vacante. J'aurai plus d'une occasion de revenir sur ce concours, et j'aime assez, avant de dire mon mot, de laisser un peu se dessiner les choses. Ce riche héritage est convoité par de nombreux compétiteurs; dix s'étaient présentés dans la lice; l'un d'eux s'est retiré avant la première action. Le sujet de la composition écrite est très beau : La peau. A l'occasion de ce concours, je présenterai probablement quelques réflexions sur les qualités qui me semblent surtout devoir être recherchées dans un professeur d'anatomie en particulier, et dans les professeurs des Facultés en général. J'ai lu tout récemment un excellent petit travail de M. le professeur Desalleurs, de Rouen, qui me semble fort digne d'un examen attentif. J'y reviendrai prochainement au sujet du concours d'anatomie.

A propos de la Faculté, voici une petite histoire qui n'a pas encore vu le jour, et qui le mérite néanmoins. Une dame fort âgée et fort riche vient de mourir. C'était la fille d'un ancien et célèbre professeur de la Faculté, et, de plus, alliée de très près à un professeur actuel. Ce dernier, usant de la grande influence qu'il avait sur sa parente, l'avait décidé à faire un legs considérable à la Faculté de médecine de Paris. Il s'agissait, en effet, de cent mille francs. La dame le fit, non pas sans peine, dit-on; mais enfin, les instances du professeur furent si vives, si constantes et son éloquence si persuasive, qu'un testament en due forme indiquant ce legs précieux fut déposé chez un notaire. J'ai dit que la dame était fort âgée ; il était par conséquent naturel de prévoir prochainement le terme de son existence, et naturel aussi de s'enquérir de la destination que l'on affecterait à ce riche héritage. M. le doyen, avec le désir que nous lui connaissons tous d'agrandir l'enseignement de cette Faculté aux destinées de laquelle il préside, voulut la doter d'une chaire d'anatomie comparée. Il fut donc décidé que les cent mille francs de la dame, bien placés sur l'Etat, serviraient à faire un premier et fort appoint du traitement du nouveau professeur. Ce n'est pas tout, il fallait, à ce nouvel enseignement, une matière, des éléments, un sujet; or, avec cette ardeur que M. Orfila met en toutes choses, en quelques mois il fit construire et remplir cette nouvelle galerie d'anatomie comparée dont s'est enrichi le Musée de la Faculté.

Tout allait bien jusque-là, et je ne trouve en vérité rien à dire ni sur ce projet de création de chaire nouvelle, ni sur ce nouveau Musée, car abondance de biens ne peut pas nuire, et je ne trouve ni inutile, ni surabondant que l'anatomie comparée soit enseignée dans une haute Faculté comme celle de Paris.

Mais, hélas ! combien est vrai ce vieux proverbe : Ne vendez pas la peau de l'ours, etc. !... La vieille dame vient de mourir. Grand émoi dans la Faculté. On court, on s'enquiert.... Qui dira vos caprices, ô femmes, ô vieilles femmes !... Au lieu d'un testament, c'est deux testaments qu'on trouve. Dans les deux il est bien question de cent mille francs, mais la rédaction est différente, mais elle est confuse, mais surtout cette somme est sans destination, clause de rigueur, et si bien qu'un malencontreux héritier direct s'est jeté à la traverse, qu'il attaque le legs comme entaché de nullité, qu'il va y avoir procès, et que la Faculté et surtout l'honorable professeur aux soins, aux peines de qui était dû cet héritage sont dans une véritable consternation.

Si le procès est gagné par l'héritier, aurons-nous la nouvelle chaire? Voilà la question. On peut s'en rapporter à M. Orfila pour lever les obstacles; mais ils sont grands et puissants, tandis que, avec les cent mille francs de la pauvre dame, l'affaire allait sur des roulettes.

Jean Raimond.

NOUVELLES.

M. Jean-Pierre Beullac père, président honoraire de la Société royale de médecine de Marseille, est décédé dans cette ville, le 19 novembre, à la suite d'une attaque d'apoplexie.

M. Beullac avait 79 ans; c'est lui qui le premier a été chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— D'après le dire de MM. les professeurs de l'Ecole préparatoire de notre ville, le nombre des élèves augmente tous les jours. Nous n'avons qu'à nous féliciter de cet heureux concours; car cela dégrèvera le budget de la ville d'une somme considérable, attendu que les inscriptions des élèves seront plus que suffisantes pour payer MM. les professeurs de notre école. (*Clinique de Marseille.*)

Toutes les Commissions qui se sont occupées depuis plusieurs années des questions relatives à la réorganisation de la pharmacie ont été d'accord sur l'utilité de la création des conseils de discipline, dont la mission principale serait de veiller à ce que l'exercice de la profession fût constamment digne et ne sortît jamais des limites tracées par la loi. On aura donc à examiner :

1° Quels seraient leurs avantages, quels seraient leurs inconvénients ?

2° Quelle organisation, quelles attributions leur donner ?

3° Quelles modifications leur imposer selon l'exercice de la pharmacie dans les villes et dans les campagnes?

Ici la tâche confiée à votre rapporteur devient facile. Nous possédons sur cette importante question deux rapports qui ont été présentés l'un par Double à l'Académie de médecine, l'autre par l'honorable président de votre Commission aux Sociétés de pharmacie et de prévoyance.

Ces deux rapports, Messieurs, vous le savez sont aussi remarquables par l'élévation des pensées que par la vigueur du raisonnement et par l'élégance du style ; vous ne pouvez que gagner à me permettre de leur faire de nombreux emprunts.

Exposons donc avec Double le but des Conseils de discipline :

« La création des Conseils sera comme une délégation des pouvoirs de l'administration dans des mains intelligentes, impartiales et sûres. Les institutions ne peuvent tout faire, les lois et l'administration ne peuvent tout embrasser. Il faut donc que la vigilance et les lumières des individus réunis par des intérêts communs sachent y suppléer.

» Quand les Conseils pharmaceutiques n'auraient d'autres attributions que de pouvoir déférer aux tribunaux les délits commis dans l'exercice de l'art, leur existence serait suffisamment justifiée et ils rendraient d'assez éminents services. A ce seul titre, ils deviendraient comme des sentinelles vigilantes et éclairées placées entre la magistrature et le corps social afin de révéler à la justice les dommages ou délits dont la société réclame la vindicte.»

La création des Conseils de discipline ayant été admise en principe, la première question qui a été posée est celle-ci :

Les Conseils de discipline seront-ils mixtes ou exclusivement composés de pharmaciens ?

Votre Commission s'est prononcée pour le principe de non-intervention ; elle a pensé qu'il est dans l'ordre naturel de n'être jugé que par ses pairs; que, dans tout ce qui regarde la police de notre art, il serait désirable que le tribunal de famille fût exclusivement composé de pharmaciens ; que les chambres auraient plus souvent à s'occuper d'une foule de questions qui n'intéressent que la pharmacie. Il suffit de vous énumérer les attributions que recevront les Conseils pour vous en convaincre : Vérifier les titres des pharmaciens qui se proposent de s'établir dans la circonscription du Conseil, dresser les listes de ceux qui exercent dans cette circonscription, signaler et poursuivre les abus et délits qui seraient commis, constater le stage des élèves, exercer sur eux une surveillance constante, leur faire subir un examen après deux ans de stage pour constater leur capacité, enfin accompagner l'inspecteur général chargé de la visite des pharmacies.

Toutes ces attributions ne doivent-elles pas rester dans le domaine exclusif de la pharmacie, et ne serait-ce pas imposer aux médecins une charge lourde autant qu'inutile que de les leur faire partager?

Votre Commission s'appuie aussi sur la nature toute paternelle de ces attributions pour remplacer le nom de Conseils de discipline par celui de Chambres de pharmacie. La surveillance des officines, réservée à un inspecteur général, ôte à ces institutions la seule mission qui peut justifier encore le nom qu'on vous propose de changer.

L'action de ces chambres sera d'autant plus efficace, que le cercle sur lequel s'exerce leur juridiction sera moins étendu. Il faut que le délit puisse être frappé au moment même où il vient d'être commis ; en sera-t-il ainsi si les membres des chambres sont forcés de se déplacer pour remplir leurs fonctions? Cette considération a déterminé votre Commission à demander que les chambres de pharmacie soient formées dans chaque arrondissement, partout où l'arrondissement renfermera au moins dix pharmaciens. Là où ce nombre ne serait pas atteint on placerait deux arrondissements sous la juridiction d'une seule chambre.

Le principe de l'appel a été motivé, dans le rapport de Double, par les considérations suivantes, qui acquièrent un nouveau degré d'importance de l'établissement de nos Chambres de pharmacie dans chaque arrondissement.

« Les conseils pharmaceutiques étant investis d'attributions judiciaires, puisqu'ils prononcent des peines, il est juste que leurs décisions soient soumises à révision. Il serait peu sage de livrer, sans contrôle aucun, l'honneur, la réputation et la position sociale d'un individu, aux mains d'une seule réunion d'hommes, quelle qu'elle fût ; la raison s'y oppose, et le législateur n'y saurait consentir. Dans ces cas l'appel facultatif aux cours royales est donc de toute justice.

C'est une investiture nouvelle que la loi aura départie aux cours royales, lesquelles statueront alors, en la chambre du conseil, sur les réquisitions du ministère public, après que l'inculpé aura été librement entendu, ou dûment appelé

Mais avant ce recours aux tribunaux ordinaires, ne serait-il pas utile d'ouvrir de nouvelles voies à un appel préalable? Ne serait-il pas avantageux, dans le même but, par les mêmes motifs, selon le même esprit, et d'après les mêmes principes que la création du Conseil pharmaceutique de chaque département, d'instituer un conseil pharmaceutique de révision, conseil d'un ordre plus élevé par son organisation et par ses pouvoirs, quoique toujours formé dans le sein de la famille pharmaceutique, et jouissant de tous les avantages qui se rattachent à cette origine?

L'appel, en général, est l'action de recourir à un juge supérieur, pour faire réformer la sentence émanée d'un tribunal inférieur. La nouvelle jurisprudence comparée à ce qu'était l'ancienne, laisse beaucoup moins restreinte la voie de l'appel; c'est un véritable progrès. En toutes choses, l'homme est si faillible dans ses jugements, qu'on ne saurait lui ouvrir trop de routes pour revenir de tous les genres d'erreurs. Considérations générales et considérations particulières, tout se réunit pour démontrer la convenance et la justice qu'il y aurait à établir dans la famille les deux degrés de juridiction.

La chambre d'appel, qui porterait le nom de chambre syndicale, serait composée d'un ou de plusieurs délégués des chambres d'arrondissement et siégerait au chef-lieu du département.

Nomination. — La nomination des membres des chambres de pharmacie devra avoir lieu par voie d'élection, et tous les pharmaciens seront appelés à y prendre part, qu'ils aient été reçus par les écoles ou par les jurys. Le système de l'élection a été adopté à l'unanimité par la Commission, comme il l'avait été dans les rapports que nous avons cités. Il est évident que les justiciables des chambres accorderont plus de confiance et de respect aux décisions de ces tribunaux de famille, lorsqu'ils auront concouru eux-mêmes à leur nomination.

Trente ans d'âge et cinq années d'exercice, telles seront les conditions de l'éligibilité.

Le renouvellement aurait lieu par tiers tous les trois ans.

La Commission vous propose donc d'émettre les vœux suivants :

« Que des associations scientifiques et de prévoyance soient formées dans les départements.

» Qu'une commission soit chargée de réunir toutes ces associations des départements en une grande association dont le point central serait Paris.

» Que des chambres de pharmacie soient formées dans tous les arrondissements où existent au moins dix pharmaciens.

» Que les membres de ces chambres soient nommés par tous leurs collègues exerçant dans l'arrondissement.

» Que l'appel puisse avoir lieu devant une chambre siégeant au chef-lieu du département. »

La discussion est ouverte sur les conclusions du rapport. La première et la deuxième propositions, toutes deux relatives aux associations, sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

On passe à la troisième proposition, qui a pour objet la création d'une chambre de pharmaciens par arrondissement.

M. Schaeuffele, délégué du Haut et du Bas Rhin, vient combattre cette proposition.

Il serait difficile, à son avis, de réunir dans un chef-lieu d'arrondissement le nombre de pharmaciens nécessaire pour composer une chambre de pharmaciens. Il voudrait que le siége des chambres de pharmaciens fût établi dans chaque chef-lieu de département, et que des pharmaciens de tous les arrondissemenrs fussent appelés à en faire partie.

M. Favrot voudrait que les chambres de pharmaciens eussent pour principales attributions de poursuivre les empiétements des professions voisines, dont la pharmacie a si souvent à se plaindre; et qu'à l'égard des pharmaciens, l'action de ces chambres fût toujours dirigée dans un but de conciliation.

M. le rapporteur fait observer que les attributions disciplinaires dont s'est occupé le préopinant, appartiendraient plutôt aux inspecteurs généraux des pharmacies qu'aux chambres de pharmaciens.

Il soutient la proposition de la Commission, à cause de la distance qui sépare un grand nombre de pharmaciens du chef-lieu du département. Au reste, ajoute-t-il la Commission a indiqué que dans le cas où un arrondissement ne compterait pas dix pharmaciens, ces pharmaciens se réuniraient à l'arrondissement le plus voisin pour constituer une seule chambre de pharmaciens commune aux deux arrondissements.

Il fait observer en outre que si l'on constituait des chambres d'arrondissements, il serait facile aux élèves de prendre auprès d'elles leurs inscriptions.

M. Pennes appui la proposition de la Commission.

M. Magonty, de Bordeaux, adopte tout à fait l'opinion de M. Schaeuffele, et insiste sur la dénomination de *Chambres de pharmaciens*, qu'il préfère à celle de conseils de discipline.

Il trouve, comme M. Schaeuffele, qu'établir des chambres par arrondissement, ce serait compliquer les rouages de l'administration, et mettre souvent ces chambres dans l'impossibilité de se réunir.

Il voudrait que chaque chambre de pharmaciens eût sous son influence et sous sa direction un agent spécial qui serait chargé de la constatation des délits.

M. F. Boudet, secrétaire général, appuie l'amendement de M. Schaeuffele.

Il entre dans plusieurs considérations pour démontrer les inconvénients et les difficultés attachés à la création d'une chambre de pharmaciens par arrondissement. Selon lui, c'est compromettre l'institution de ces chambres que d'en solliciter un aussi grand nombre ; le gouvernement en sera effrayé. En se renfermant dans de plus justes limites, on aurait plus de chances de succès ; d'ailleurs, on trouverait dans les chambres départementales la garantie d'une indépendance plus grande, d'une action plus forte, d'une autorité plus respectable et plus respectée.

M. Boudet ne partage pas l'opinion de M. Alph. Garnier sur l'intervention des professeurs des Ecoles dans les chambres de pharmaciens; ce serait une exception pour les trois départements qui possèdent ces Ecoles. et il n'y a pas de raisons suffisantes pour les placer en dehors de la règle commune. Il est plus convenable aussi que les professeurs se consacrent tout entiers à l'enseignement, et restent étrangers à la police de la pharmacie ; les pharmaciens honoraires, au contraire, se trouvent dans des conditions très favorables pour faire partie des chambres de pharmaciens : on pourrait compter sur leur impartialité et leur expérience.

M. Boudet termine en proposant que les chambres départementales soient composées de délégués de chaque arrondissement, nommés par leurs confrères réunis au chef-lieu de l'arrondissement.

M. Dupuy vient au nom des pharmaciens de Rouen appuyer les chambres d'arrondissements ; il rappelle que les chambres des notaires sont des chambres d'arrondissement, et se prononce contre le nom de chambres de discipline.

M. Lebret, de Saint-Quentin, regrette de ne pouvoir adopter la proposition de M. Schaeuffele; il regarde comme tout à fait impraticable de faire fonctionner des chambres départementales.

Il réclame des chambàes d'arrondissement et une chambre d'appel au chef-lieu du département.

M. Perrault, délégué des pharmaciens de Nantes, approuve le nom de conseil de discipline. Il craint que les chambres de pharmaciens ne soient confondues avec les écoles ou les sociétés de pharmacie.

La présence des pharmaciens honoraires dans les conseils lui paraît très désirable; il voudrait même qu'ils fussent appelés à les présider.

Il se rattache d'ailleurs à la proposition de M. Schaeuffele.

M. Alph. Garnier combat la proposition de la Commission, en ce qui concerne l'adjonction d'un élève en pharmacie aux pharmaciens dans les chambres de pharmacie.

Sur la demande de *M. Boullay*, cette adjonction est supprimée.

M. Dubail partage l'opinion de M. Garnier, et présente quelques considérations en sa faveur.

M. le rapporteur fait valoir en faveur des chambres d'arrondissement les dérangements qu'imposerait aux pharmaciens l'obligation de se rendre au chef-lieu du département, qui souvent est très éloigné.

Cette considération le détermine à combattre l'opinion de MM. Schaeuffele et Boudet, qui lui avait d'abord paru préférable.

Il déclare que la Commission maintient ses conclusions.

M. Boudet cherche à détruire les objections dont la proposition de M. Schaeuffele a été l'objet. Il demande quelle autorité pourrait avoir dans un arrondissement qui compterait dix pharmaciens, une chambre composée de trois pharmaciens chargés d'apprécier les actes de leurs sept confrès? N'y aurait-il pas là, dit-il, des chances de partialités et de conflits déplorables?

MM. Thieullen et *Aubergier* soutiennent la proposition de la Commission.

L'amendement de M. Schaeuffele est mis aux voix et rejeté.

La proposition de la Commission est adoptée.

M. le rapporteur donne lecture de la proposition n° 5, qui institue des chambres d'appel.

M. Alph. Garnier combat cette institution comme inutile; il craint d'ailleurs qu'elle ne donne aux pharmaciens des chefs-lieux une trop grande influence.

M. Vée s'élève contre l'opinion de M. Garnier.

Toutes les peines infligées par une chambre de pharmacie, même celles de simple censure, lui paraissent très graves. La justice veut qu'on puisse en appeler devant un second tribunal.

M. Flon demande que les membres des chambres soient renouvelés chaque année par tiers.

Cette proposition est adoptée.

M. Lepère veut que les chambres d'appel soient composées d'un nombre égal de pharmaciens de chaque arrondissement.

M. le rapporteur, au nom de la Commission, adhère à cette disposition.

M. Davallon insiste sur la nécessité de créer des chambres d'appel; il cite quelques exemples à l'appui de ses idées.

La proposition de la Commission, légèrement modifiée, est mise aux voix et adoptée.

MM. Quelquejeu, *Cap* et *Handuc*, proposent divers amendements, par lesquels ils cherchent à fixer l'organisation des chambres des pharmaciens.

M. Vée réclame l'ordre du jour.

Il est adopté.

M. le président donne lecture de diverses propositions.

La discussion s'établit sur celle de M. Alex. Martin, qui est ainsi conçue :

« Une liste des substances simples et des préparations dont la vente sera exclusivement réservée aux pharmaciens, sera dressée tous les ans par la commission chargée de reviser le tarif légal. »

M. Martin rappelle que sa proposition a été réservée, à l'époque de la discussion relative au Codex, et il insiste pour qu'elle soit prise en considération.

M. Vée l'appuie, et fait observer que chaque année de nouvelles substances entreront dans le domaine de la pharmacie, tandis que d'autres seront exclues, et qu'il importe qu'une commission soit annuellement chargée d'en fixer les limites.

La Commission à laquelle on a cru devoir attribuer la rédaction du tarif légal, lui paraît placée dans d'excellentes conditions pour dresser la liste des substances dont la vente doit être réservée aux pharmaciens seuls.

M. Flon appuie cette manière de voir.

M. Soubeiran la combat.

Après quelques observations de M. Vuaflart, la proposition de M. Alex. Martin est adoptée.

M. Malard propose d'admettre le vœu que les pharmaciens ne soient pas responsables des accidents qui peuvent résulter de l'emploi ou du détournement des substances vénéneuses par leurs élèves ou leurs employés.

M. Garnier considère cette disposition comme inutile; il rappelle la loi votée cette année même sur la vente des poisons ; il fait remarquer que d'après cette loi, l'amende est facultative depuis 100 francs jusqu'à 3,000 francs, et que les tribunaux peuvent en outre la réduire à 1 franc.

M. Malard insiste.

La proposition est adoptée.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De l'hydropneumothorax. Considérations générales.

(Suite du numéro du 29 novembre.)

Nous avons essayé d'établir en quelques mots l'influence que peuvent exercer sur la production du pneumothorax, les diverses causes auxquelles on rapporte ordinairement cette affection. Nous avons mentionné entre autres, et comme une des causes les plus fréquentes, la tuberculisation pulmonaire, un des tubercules situés immédiatement sous la plèvre s'étant ramolli et simultanément ouvert dans les bronches et dans la cavité pleurale.

M. le docteur Saussier, auquel on doit de curieuses et intéressantes recherches sur le pneumothorax, a fait des rapprochements desquels il résulte que sur 149 cas, 81 fois la maladie a reconnu pour cause la tuberculisation pulmonaire.

29 fois des pleurésies purulentes. Disons, à ce propos, que peut-être, chez quelques-uns de ces derniers malades, y avait-il des tubercules isolés, et alors le point de départ de la maladie aurait été la tuberculisation, dont la pleurésie n'aurait été qu'une complication et une suite.

8 fois le pneumothorax avait succédé à la gangrène du poumon.

5 fois à l'emphysème avec distension excessive et rupture des vésicules pulmonaires.

3 fois à des hydatides du parenchyme pulmonaire.

Dans 3 cas, le pneumothorax était la suite d'une lésion traumatique.

On voit combien a été commune proportionnellement la tuberculisation pulmonaire, considéré comme cause de l'affection qui nous occupe ; et cependant, en réalité, cette fréquence doit être encore plus considérable qu'elle ne résulte de ces relevés ; car le nombre des faits exceptionnels est toujours très grand, lorsque l'on fait des relevés statistiques d'après des livres ou des journaux ; et la chose est facile à comprendre. Les faits communs et vulgaires ne se publient pas souvent ; on rapporte beaucoup plus volontiers ceux qui se dérobent aux lois générales, et qui, par le fait même de leur rareté, présentent plus d'intérêt de curiosité. Or, le pneumothorax tuberculeux étant très fréquent, on n'en publie que fort peu d'exemples.

Nous n'avons chez la jeune femme dont nous vous avons raconté l'histoire, à choisir qu'entre la tuberculisation et la pleurésie purulente.

A laquelle de ces deux causes devons-nous attribuer le pneumothorax ?

Avant l'invasion de la maladie, il n'y avait pas d'épanchement dans la poitrine ; et puis les accidents ont marché d'une manière tout autre que dans les cas où c'est à la suite d'une pleurésie purulente que se produit la perforation. Dans le pneumothorax tuberculeux, la perforation se fait ordinairement à une époque peu avancée de la tuberculisation. Il y a même des cas où c'est la perforation qui est le premier signe appréciable de l'existence des tubercules dans les poumons. Chez notre malade, il y a bien des signes qui pourraient faire soupçonner l'existence d'une affection sérieuse. Il y a aménorrhée, émaciation, etc. Mais quelle est cette maladie sérieuse ? La malade éprouvait une soif assez vive ; chaleur de la peau suivie de sueurs fréquentes, preuves manifestes de l'existence d'un état fébrile. Cependant, il ne faudrait pas attribuer une trop grande importance à ces signes, auxquels la malade n'a pas fait une trop grande attention avant son entrée à l'hôpital, et qu'elle n'a pu indiquer qu'en faisant à ses souvenirs un appel qui n'a peut-être pas été très fidèle.

D'après son dire, elle paraissait assez bien portante, lorsqu'il y a quinze jours, elle fut prise de la douleur que nous avons signalée. On ne peut donc guère admettre qu'il existât chez elle un épanchement pleurétique purulent, état pathologique qui nécessairement aurait été accompagné de fièvre plus ou moins intense. Nous dirons plus, en y réfléchissant un peu, on voit qu'il est complétement impossible qu'il existât un épanchement de cette nature. En effet, le premier phénomène de la perforation suite de la pleurésie purulente

est le vomissement du pus. Lorsqu'au contraire, c'est un tubercule ramolli qui est le point de départ de l'hydropneumothorax, voici ce qui se passe. Le tubercule s'ouvre dans la plèvre, et laisse tomber deux ou trois gouttes de pus dans la cavité séreuse. En même temps, l'ouverture communiquant avec les dernières ramifications bronchiques, l'air entre dans la cavité pleurale. On voit ainsi que les phénomènes du début sont totalement différents.

Chez notre malade, il est impossible de rapporter la perforation à une autre cause qu'à la tuberculisation pulmonaire. Ici la perforation s'est faite à la fois dans la plèvre et dans les bronches. Nous croyons devoir faire cette remarque parce que souvent il arrive que la perforation ne se fait que dans les bronches, et alors elle se manifeste par des crachats purulents tuberculeux. D'autres fois elle se fait dans la plèvre seule, et donne naissance à un épanchement purulent. Ce n'est que lorsque la perforation est double, si nous pouvons nous exprimer ainsi, ce n'est que lorsqu'elle se fait en dehors et en dedans, que se manifestent les symptômes que nous constatons ici. Il semblerait que cette explication est si simple, le fait si facilement possible, que l'on a lieu de s'étonner qu'il ne se présente pas plus souvent. Comment se fait-il que le pneumothorax ne soit pas plus fréquent dans les affections tuberculeuses ? Voici comment on peut parvenir à se rendre compte de cette circonstance. Le plus ordinairement, lorsque les tubercules se ramollissent, il y a autour d'eux un certain degré d'induration ; la plèvre parenchymateuse qui les avoisine s'enflamme, contracte des adhérences avec la plèvre costale. Quand le ramollissement est parvenu au point nécessaire pour que la perforation se fasse, il n'y a plus de cavité pleurale, partant, plus d'épanchement possible soit de gaz, soit de liquides. La raison pour laquelle l'accident qui nous occupe n'est pas plus fréquent, c'est que dans un grand nombre de cas il n'est pas possible. C'est dans les cas où il n'y a pas d'adhérences que se forme le pneumothorax, et alors encore faut-il que la caverne s'ouvre dans les bronches et dans la cavité de la plèvre à la fois.

On n'observe pas le pneumothorax à tous les âges indifféremment. Dans le plus grand nombre des circonstances, c'est de vingt à trente ans. Puis, nous l'avons déjà dit, le plus fréquemment aussi, c'est au début de la période à laquelle deviennent appréciables les phénomènes physiques de la phthisie. Lorsque la perforation ne se fait que plus tard, les adhérences s'opposent à la production du pneumothorax. On a remarqué que le pneumothorax affecte plus souvent le côté gauche que le côté droit de la poitrine, quand il reconnaît pour cause la phthisie pulmonaire. Quand c'est la pleurésie purulente à laquelle il faut le rattacher, il est plus commun à droite qu'à gauche ; peut-être faut-il attribuer ce fait fort singulier à ce que le poumon droit étant plus étendu en surface, offre plus de prise aux causes morbifiques. Pour nous résumer en quelques mots, quelquefois le pneumothorax est un phénomène accidentel qui est le premier indice d'une affection très grave, la tuberculisation pulmonaire. D'autres fois, il survient tout à coup, chez un sujet chez lequel on craignait déjà depuis longtemps l'apparition des tubercules, sans être physiquement certain de leur existence. La production d'un accident pareil ne laisse plus le moindre doute.

On observe dans la marche habituelle du pneumothorax, que lorsqu'il n'y a d'abord qu'épanchement de gaz, il s'accompagne, au bout d'un certain temps, d'une exhalation de liquide ou d'une sécrétion purulente de la membrane séreuse. A mesure que la collection de liquide devient plus abondante, la voix amphorique se fait entendre dans une étendue beaucoup moins considérable ; il en est de même du souffle et du tintement métallique. Alors il y a matité dans la partie inférieure du thorax, et sonoréité seulement dans la partie supérieure. Puis les phénomènes de souffle et de tintement disparaissent complétement, et ceci prouve que le liquide a dépassé le niveau de l'ouverture fistuleuse pulmonaire. La connaissance de ces phénomènes et du mécanisme suivant lequel ils se produisent a pour avantage de faire constater la hauteur à laquelle existe la perforation, circonstance complétement inutile au point de vue pratique, mais qui ne laisse pas que d'offrir un certain intérêt sous le rapport scientifique.

Chez un assez grand nombre de malades, l'épanchement pleurétique finit par remplir la totalité de la poitrine ; la sonoréité de la portion supérieure disparaît, et avec elle, avant elle souvent, le souffle et la voix égophonique retentissante. Ceci nous rappelle un cas des plus curieux que nous avons observé il y a quelques années à l'hôpital de la Charité. Il est relatif à une jeune fille qui entra dans nos salles avec un pneumothorax des plus graves, et qui ne succomba cependant que dix-huit mois après, ne présentant plus de traces de l'affection primitive. Au moment où elle nous fut apportée, elle était dans un état de suffocation imminente ; elle avait une fièvre très forte. Le pouls donnait de 130 à 140 pulsations par minute. Bientôt, suivant la règle commune, un épanchement se fit dans le côté de la poitrine où existait la perforation. Puis l'épanchement augmenta de plus en plus, le niveau du liquide atteignit le point où s'était faite l'ouverture, environ la hauteur du sein ; puis enfin le liquide remplit tout le côté du thorax, et les gaz disparurent. Cette jeune fille se trouvait alors dans le cas d'une malade qui n'aurait jamais présenté qu'une pleurésie avec épanchement. Peu à peu, une partie du liquide finit par se résorber, et pendant plus de dix-huit mois elle lutta contre l'affection tuberculeuse. Le côté droit de la poitrine, qui ne contenait que quelques tubercules disséminés et peu nombreux, offrait une respiration plus forte que celle de l'état normal, respiration presque puérile. Le poumon suppléait par l'ampleur de ses mouvements, par son expansion plus grande aux fonctions presque abolies du poumon malade, comprimé par l'épanchement. Il y avait encore chez cette jeune fille, dont nous nous rappelons l'observation comme si elle était toute récente, il y avait une autre particularité bien digne d'attention. C'est que, non-seulement dans ce poumon qui fonctionnait pour deux, la respiration était puérile ; mais en même temps le côté droit qui respirait seul présentait un agrandissement notable et tout à fait extraordinaire de la cage thoracique. Lorsque le liquide de l'épanchement de la plèvre gauche se résorba, le côté, comme il arrive toujours, diminua de volume, et se rétrécit ; pendant ce temps le côté droit augmentait progressivement ; et tandis que d'une part la mensuration prouvait le rétrécissement thoracique correspondant au, poumon qui par une compression incessante et longtemps prolongée était devenu inhabile et inapte à la respiration, de l'autre elle marquait la dilatation du côté opposé, dans lequel le poumon devenait plus fort et acquérait une nouvelle activité de nutrition.

Ceci nous conduit tout naturellement à nous occuper d'un fait vulgaire, journalier, digne de fixer l'attention des observateurs, et sur lequel nous reviendrons en parlant de la pleurésie, et cela avec un soin d'autant plus grand, que par un hasard inexplicable il a échappé à tout le monde jusqu'ici, et n'a été mentionné par aucun auteur. Dans les pleurésies simples avec épanchement, au moment où se fait l'exhalation séreuse dans la cavité thoracique, le côté qui est le siége de cette affection séreuse augmente de capacité, se dilate de la manière la plus évidente. Lorsque plus tard arrive la résolution de la maladie, que le liquide épanché se résolve, ce côté se rétrécit peu à peu, et arrive à un point tel, que, de plus volumineux qu'il était d'abord, il se trouve inférieur en capacité au côté qui est resté sain. Cette succession de phénomènes a été admirablement observée et décrite par Laënnec ; mais il s'est arrêté là. Eh bien, voici ce que nous avons observé de plus, et ce que nous signalons depuis plusieurs années dans chacun de nos cours de clinique. C'est que, une fois la maladie guérie, si au bout d'un an ou deux on examine de nouveau le sujet, si l'on prend avec soin les dimensions du côté anciennement malade, et cela non-seulement dans sa circonférence, mais encore dans son diamètre antéro-postérieur, on s'aperçoit que le rétrécissement, suite de la résorption du liquide, a disparu, et que le côté a repris les dimensions qu'il présentait avant d'avoir été le siégé de l'épanchement. Il faut cependant, n'oublions pas de le dire, pour que ceci ait lieu que l'épanchement pleurétique n'ait été ni trop abondant, ni trop longtemps prolongé ; si la compression du parenchyme pulmonaire avait été trop prolongée, le poumon aurait perdu à tout jamais son ressort, son élasticité, et le retour aux dimensions normales serait impossible. Nous racontons souvent comme exemple, à l'appui de ce que nous venons d'avancer, le fait suivant :

Un médecin de Paris fut pris, il y a quinze ans environ, d'un épanchement pleurétique occupant tout le côté gauche de la poitrine. Il fut assez heureux pour se rétablir complétement sans que l'épanchement eût duré trop longtemps. J'avais continué à voir ce confrère, et, deux ans après la guérison de la maladie pour laquelle je lui avais donné mes soins, j'eus la curiosité de mesurer de nouveau le côté malade dans lequel j'avais constaté, peu après son rétablissement, un rétrécissement assez considérable. Nous comparâmes ensemble les résultats de cette nouvelle mensuration avec les notes qu'il avait gardées, et nous pûmes reconnaître que non-seulement le côté gauche avait repris son volume normal. mais que même il était un peu plus développé que le côté qui n'avait point été malade. Ce qui nous conduisit à penser que probablement, à une époque antérieure à sa maladie, il avait naturellement le côté gauche plus développé que le côté droit. Ceci, du reste, n'a rien d'étonnant. Une symétrie parfaite entre les deux côtés du corps est extrêmement rare, si tant est même qu'elle existe. La régularité presque parfaite est pour nous le type de la bonne conformation ; mais, si parfaite qu'elle nous paraisse, elle n'est jamais entière.

Le fait relatif à la jeune fille que nous avons observé à la Charité, et que nous venons de vous rapporter, est une preuve que l'hydropneumothorax, si grave qu'il paraisse au premier abord et qu'il le soit en effet, n'est pas toujours prochainement mortel. Il peut se faire que la maladie qui a donné lieu à la perforation pulmonaire, et par suite à la collection de gaz et de liquides, ne soit pas extrêmement avancée, que les progrès en soient lents, partant que l'individu qui en est affecté résiste pendant un temps plus ou moins long.

Revenons à la marche du pneumothorax et aux symptômes qui le caractérisent.

En même temps que ces phénomènes se produisent, on observe chez les malades atteints de pneumothorax, et dans la disposition extérieure de la poitrine, des modifications analogues à celles que l'on remarque dans la pleurésie avec épanchement. La poitrine se dilate. Les côtes s'élèvent et se rapprochent du plan horizontal. Le médiastin est refoulé et le diaphragme abaissé. Ces deux derniers symptômes ne sont guère appréciables pendant la vie, principalement ce qui a rapport au diaphragme. Quelquefois la percussion permet de constater très évidemment le refoulement du médiastin. Chez la jeune femme actuellement dans nos salles, et au sujet de laquelle nous essayons de vous indiquer les principaux points de l'histoire du pneumothorax, on prouve de la façon la plus manifeste, au moyen de la percussion, le refoulement du médiastin vers le côté de la poitrine opposé au côté malade par des gaz et des liquides, par des gaz surtout. Ce n'est que par l'autopsie que l'on parvient à s'assurer de l'état du diaphragme, qui tantôt forme un plan horizontal, tantôt, mais plus rarement, fait saillie dans la cavité abdominale. Lorsque le pneumothorax se termine par épanchement, on constate par l'auscultation et la percussion les changements qui se passent dans la poitrine, et l'on a lieu de concevoir quelque expérience, non point de guérison complète, l'affection primitive restant toujours aussi grave, mais de prolongation de la vie du malade.

— M. le docteur Depaul commencera un Cours public d'accouchements le jeudi 11 décembre, à six heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 11 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 149. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 10 DÉCEMBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

La Commission Bichat, instituée par la Commission permanente du Congrès médical, en vertu de la décision du Congrès, dans sa séance du 15 novembre 1845, se compose :

1° Des membres de la Commission permanente ;

2° Des membres de la Commission antérieure, qui a présidé aux funérailles de Bichat ;

3° Des membres du bureau de la Société médicale d'émulation de Paris, dont Bichat a été un des fondateurs.

Cette Commission s'est constituée le 7 décembre dernier ; elle a nommé pour président :

M. Roux, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Pour vice-président :

M. Moizin, membre du Conseil supérieur de santé des armées, etc.

Pour secrétaire :

M. Amédée Forget, secrétaire général de la Société médicale d'émulation.

Pour trésorier :

M. Richelot, secrétaire général de la Société médico-pratique, etc.

La Commission a immédiatement ouvert une souscription ayant pour but d'élever un tombeau sur le terrain où les restes mortels de Bichat ont été déposés par le Congrès, et à faire frapper une médaille commémorative des funérailles de Bichat et du Congrès médical de France de 1845.

La Commission publie la première liste de souscription, ainsi formée :

MM. Serres, président de la Commission permanente,	40 fr.
Latour (Amédée), secrétaire de la Commission perm.,	10
Boudet (Félix), secrétaire de la Commission perm.,	20
Vée, membre de la Commission perm.,	20
Malgaigne, id.,	20
Richelot, trésorier de la Commission,	25
Leblanc, membre de la Commission perm.,	25
MM. Collignon, id.,	10 fr.
Hamon, id.,	5
Garnier (Alphonse), id.,	10
Blatin, id.,	20
Miquel, id.,	20
Villeneuve, id.,	20
Soubeiran, vice-présid. de la Commission perman.,	5
Dupuis, pharm. à Maromme,	5
Pasquier, méd. à Eaubonne,	2
Labarraque (Henri),	20
le docteur Collomb, à Paris,	5
le docteur Bedor, de Troyes,	5
le docteur Letalenet, secrétaire général de la Soc. méd. du 1er arrond.,	5
le docteur Dumas, secrétaire général de la Soc. méd. du 12e arrond.,	5
Marty, méd. vétérinaire à Fontenay-le-Comte,	5
le docteur Tavernier fils, à Senlis (Oise),	5
le docteur Benet-Deperraud, à Paris,	3
le docteur Vinchon, à Paris,	2
le docteur Caffe,	10
Caventou, présid. de l'Académie,	5
le docteur Homolle, à Paris,	3
le docteur Delacroix, à Paris,	2
le docteur Roux, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Institut,	50
le docteur Cornac, membre de l'Acad. de méd.,	20
le docteur Devilliers père, membre de l'Acad. de méd.,	20
le docteur Dreyfus, à Paris,	2
le docteur Forget (Amédée), à Paris,	10
le docteur Gillette, à Paris,	10
le docteur Comperat, à Paris,	3
le docteur Moizin, memb. du Conseil supérieur de santé des armées,	20
le docteur Tessereau, à Paris,	3
le docteur Thierry, membre du Conseil municipal de Paris,	40
le docteur Toirac, à Paris,	5
le docteur Mercier (Auguste),	5
Mialhe, agrégé à la Faculté de méd. de Paris,	5
le docteur Eug. Bourdet, à Paris,	5
le docteur Desrivières, à Paris,	3
le docteur Belhomme, à Paris,	5
le docteur Bréon, à Paris,	5
le docteur Bossion, à Paris,	5
le docteur Moreau (de Tours), à Ivry (Seine),	5
le docteur Aubert-Roche, à Paris,	5
le docteur Gaide, à Paris,	5
le docteur Fabre, à Paris,	5
Total de la 1re liste,	568 fr.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de juillet 1845, par M. Jules BOUTEILLER, interne provisoire.

Gastrorrhagie mortelle à la suite de diminution rapide de la rate hypertrophiée.

Dans la salle Saint-Raphaël est couchée, au n° 5, un homme d'une trentaine d'annés, qui porte dans l'abdomen, à gauche, une tumeur occupant tout l'hypochondre et descendant jusque dans la fosse iliaque de ce côté. Cet homme, malade depuis longtemps, a des sueurs toutes les nuits et n'a pas de frissons. La percussion plessimétrique limite un espace mat de 25 centimètres de hauteur sur une largeur de 12 centimètres. La palpation atteste la présence d'un corps solide résistant. Le renouvellement des sueurs chaque nuit, la forme, la position de la tumeur, font naturellement penser à la rate. On donne le sulfate de quinine, 1 gr. 50 c. Dès ce moment il n'y a plus de doute. En effet, la tumeur éprouve dans l'espace de cinq minutes une diminution appréciable, tant à la percussion qu'à la palpation. On donne le lendemain 2 grammes de sulfate de quinine; nouvelle diminution. Le surlendemain même dose; même effet. La diminution totale pendant ces trois jours est de 2 centimètres et demi en bas et en avant, car la diminution n'est pas sensible en haut. Mais au bout de ce temps, le 14 juillet, on suspend l'emploi du sel de quinine à cause de l'invasion d'un vomissement de sang. La gastrorrhagie se renouvelant et résistant à tous les moyens rationnels, le malade meurt le 20 juillet.

Ces gastrorrhagies ne sont pas dues à l'action directe du sulfate de quinine sur l'estomac; car des faits analogues se sont présentés dans des cas où l'on n'avait point administré ce médicament. Des malades portant des rates volumineuses ont péri de rhinorrhagie. Une femme, dans les mêmes circonstances, eut une hémorrhagie sous-cutanée dans le creux de l'aisselle. On ne pouvait dans ce cas nullement invoquer l'action directe du sulfate de quinine.

Ces faits comportent des explications : la première consiste à dire que les accidents viennent du retrait trop brusque de la rate par l'action du sulfate de quinine; la seconde qu'ils sont dus aux progrès naturels du mal. Considérant que des gastrorrhagies sont survenues dans certains cas avant l'emploi du sulfate de quinine, M. Piorry est porté à admettre la dernière hypothèse.

L'autopsie fut faite le 21 juillet. On trouva que la rate avait 23 centimètres de hauteur et 10 de largeur. Elle n'était nullement dégénérée; en quelques points seulement, elle présentait des concrétions de fibrine décolorée, résultat de quelques ruptures du tissu splénique. La boue splénique était sans consistance et d'un rouge brun. L'estomac n'offrait aucune rupture qui put faire communiquer sa cavité avec le liquide de la rate. Il contenait du sang fluide de la même couleur exactement que la boue slhénique. Le foie, quoique très pâle, était volumineux. Son diamètre transversal avait 34 centimètres, son plus grand diamètre vertical 26 centimètres. On trouva les poumons extrêmement affaissés sur eux-mêmes, refoulés contre la colonne vertébrale parce que le malade est mort d'hémorrhagie. Le cœur petit, pâle, flasque contenait un sang du même aspect que celui de la rate et de l'estomac; il était en caillots sans consistances.

FEUILLETON.

ÉCOLE DE MÉDECINE ÉGYPTIENNE.

(DIX-SEPTIÈME ANNÉE DE SA FONDATION.)

Compte-rendu des travaux pendant l'année 1260-61 *de l'hégyre.* 1844-45 *de notre ère.*

Les examens annuels des élèves de l'Ecole de médecine du Caire viennent de se terminer ; ils ont été faits par un jury nombreux. Sur 127 élèves qui ont subi l'épreuve, 85 ont mérité l'annotation *très bien*, et 42 l'annotation *bien*.

Des résultats aussi satisfaisants rendent témoignage des soins apportés à l'enseignement par le corps des professeurs, qui tous ont été formés à l'Ecole d'Egypte, et perfectionnés à la Faculté de Paris. De nombreuses années de pratique leur ont fait acquérir une expérience utile. Ainsi l'enseignement marche dans une voie de progrès, et les élèves de l'Ecole de médecine du Caire deviennent de plus en plus capables de remplir les vues bienfaisantes de S. A. le vice-roi.

Depuis plusieurs années, grâce à la bonne organisation des cours primaires et élémentaires, les sujets distribués dans les établissements d'instruction spéciale sont disposés convenablement, même pour les études les plus élevées; ils peuvent aborder de suite les sciences qui composent l'ensemble de leur instruction. Cette heureuse combinaison permet de développer d'une manière plus large les études médicales.

Nous rappelons les principaux services que l'Ecole rend maintenant aux pays. Elle a fourni un corps d'officiers de santé militaires qui sont placés dans les hôpitaux de l'armée de terre, dans ceux de la marine, dans les régiments et sur les navires de guerre. Dans les provinces sont disséminés plus de quatre-vingts médecins formés à l'Ecole; ils donnent les secours de l'art aux populations, traitent gratuitement les pauvres, pratiquent la vaccination, surveillent la santé publique, et font exécuter les mesures d'assainissement prescrites par les règlements hygiéniques. L'Ecole donne aux divers établissements de l'industrie des chimistes et des pharmaciens. C'est par des sujets qu'elle a instruits que se font tous les travaux de la pharmacie centrale, ceux d'analyse et de purification à la Salpêtrière, l'enseignement chimique dans différentes écoles. Deux de ses élèves sont placés à la fabrique des toiles peintes. Plusieurs ont été envoyés en Europe se former aux exercices des grandes fabriques, et se perfectionner dans certaines études de première nécessité pour l'Egypte ; un d'eux, de retour de Paris depuis quelques mois, a étudié la fabrication des monnaies, l'art de l'essayeur, et la purification du sucre. Deux sont à Marseille pour apprendre la fabrication des savons et celle des bougies. Deux autres sont à Paris pour les travaux des salpêtreries et des poudrières, et pour les peintures sur tissus. Quatre autres qui ont achevé leur cours de médecine, sont, deux à Paris, où ils apprennent l'art du bandagiste et celui du dentiste, et deux en Allemagne pour compléter leurs études ophthalmiatriques. Tous ces sujets sont jeunes encore et promettent beaucoup au pays. Ainsi le vice-roi par ses vues éclairées fait fructifier le présent et assure l'avenir.

Nous avons dans l'Ecole des cours de physique, de botanique, de pharmacie, de pharmacologie, de chimie, d'analyse chimique, etc.

L'enseignement comprend toutes les branches directes ou accessoires des études médicales, et est coordonné, distribué dans la succession logique de ses parties, d'après le programme des écoles d'Europe. Comme par le passé, ces études anatomiques ont été faites pendant la saison d'hiver par les quatre classes les plus avancées. Les études de pathologie interne, de clinique médicale et chirurgicale et d'ophthalmiatrie, ont été poursuivies et répétées. La clinique chirurgicale, par exemple, dans les deux services qui la composent, a offert à l'instruction des élèves un nombre considérable d'opérations qui, presque toutes, ont été pratiquées par eux sous les yeux des professeurs. Et pour preuve des ressources que présente à l'instruction l'hôpital adjoint à l'Ecole de médecine, voici les opérations qui ont été faites pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler :

Lithotomie,	36
Eléphantiasis du scrotum,	3
Hydrocèles,	150
Amputations,	11
Fistules à l'anus,	20
Cancers du rectum,	3
Cancer de la joue,	1
Cancer de la lèvre inférieure,	1
Ablations de loupes grosses et petites,	8
Lithotritie,	1
Trichiasis,	122
Cataractes,	16
Extraction de séquestre de la mâchoire inférieure,	1
— — du tibia,	1
— — du fémur,	1
Désarticulations d'orteils,	6
Désarticulation de doigt,	1
Amputations partielles du pied,	2
Réductions de fractures,	12
Ponction de la vessie,	1
Ablation d'un testicule,	1
— d'un polype du rectum,	1
— de polypes des fosses nasales,	4
— d'un cancer de l'œil,	1
— d'une tumeur fibreuse de l'urètre,	1
Grenouillettes,	3
Sections d'hémorrhoïdes,	10
Fistules lacrymales,	3
Entropions,	17
Ptérygions,	8
Staphylomes,	6
Rétrécissements de l'urètre,	7
Total,	459

Sur ce grand nombre d'opérés, quatre seulement ont succombé, savoir : celui qui était affecté de cancer oculaire; un de ceux qui étaient atteints de cancer au rectum et deux de ceux qui ont subi l'opération de la lithotomie. Nous ne parlons pas d'un grand nombre d'opérations simples qui s'exécutent chaque jour dans les cliniques. A la vérité, cet heureux résultat ne doit pas être uniquement attribué à l'habileté des opérateurs : le climat d'Egypte y a contribué; on sait combien il est favorable à la guérison des plaies.

Pour donner une idée des ressources de l'instruction pratique, il suffit d'indiquer le nombre des malades reçus cette année à l'hôpital militaire adjoint à l'Ecole. Ce chiffre, quoique assez considérable, a été tout au plus le quart de ce qu'il est habituellement; les troupes ayant été occupées à creuser des canaux dans les provinces et se trouvant pourvues d'ambulances près de leurs cantonnements, les envois de malades à l'hôpital central ont été moindres que les années précédentes. Or, voici le mouvement statistique depuis la fin du mois de chabau 1260 (6 septembre 1844) jusques aujourd'hui 24 chabau 1261 (26 août 1845).

Malades présents à l'hôpital de Casr-el-Agny à la fin de chabau 1260,	223
Malades entrés depuis cette époque jusques aujourd'hui,	3219
Effectif de l'année,	3442
Malades guéris et sortis,	3036
— Morts,	160

Cette observation peut être rapprochée de celle d'une jeune femmes de Montargis dont il a été fait mention dans une des précédentes revues mensuelles.

Ophthalmie aiguë simple. Traitement par occlusion.

Une jeune femme, couchée depuis quelques jours au n° 19 de la salle Sainte-Geneviève pour une affection étrangère au sujet qui va nous occuper, fut atteinte, sans cause connue, d'une ophthalmie aiguë simple. Voici les symptômes que l'on observe le 8 juillet à la visite :

La conjonctive est notablement enflammée; elle est rouge, sans tuméfaction, et cela surtout à la circonférence de la cornée. Celle-ci offre un aspect terne et paraît déposée parce que dans ce cas l'humeur aqueuse a perdu sa limpidité. En effet, il y a aussi iritis, et la pupille est déformée, symptôme fréquent de cette dernière inflammation; clignotement fréquent, larmoiements et photophobie. Quant aux symptômes généraux, ils sont peu marqués.

M. Piorry ne jugea pas nécessaire d'appliquer des sangsues et préfera, dans ce cas simple, avoir recours au traitement par occlusion. A cet effet, il employa l'appareil suivant, qui remplit fort bien toutes les indications : C'est un morceau de taffetas gommé découpé de manière à former deux segments réunis par trois ou quatre bandelettes d'un centimètre environ de hauteur sur un demi-centimètre de large. L'un des segments, un peu plus grand que l'autre, est appliqué sur la paupière supérieure, et l'autre prend son point d'appui sur la paupière inférieure.

En général, dans les maladies des yeux, la première indication consiste à éloigner les agents qui peuvent modifier l'organe affecté. Placer les malades dans l'obscurité, ne suffit pas, à beaucoup près. Aussi a-t-on conseillé de tenir l'œil fermé en maintenant sur lui, par un bandage, du coton ou de la charpie. Cette manière de faire offre les inconvénients suivants: on comprime ainsi l'œil malade, on y entretient une chaleur nuisible, et on empêche l'écoulement des larmes. L'appareil que nous venons de décrire obvie à tous ces inconvénients, et cependant tient fort bien les paupières fermées. En effet, il n'a point d'action compressive, puisqu'il reste accolé sans l'emploi d'un bandage; il n'élève pas la température des parties molles de la région; enfin, les larmes peuvent s'écouler à travers les espaces compris entre les bandelettes verticales qui répondent à la fente palpébrale.

Comme on le voit, en outre, le clignotement ne peut pas avoir lieu quand cet appareil si simple est appliqué, et on sait que le clignotement seul suffit pour entretenir les conjonctivites.

Devons-nous ajouter que le taffetas doit être choisi de couleur noire, afin que la lumière soit absorbée ?

Le lendemain, chez la malade qui fait le sujet de cette obervation, l'amélioration, quoique sensible, n'était pas assez grande, et la prudence exigea l'emploi de moyens plus actifs; ce qui n'empêche pas de reconnaître que ce mode d'occlusion réunit beaucoup d'avantages.

De la variété de la fièvre DITE *typhoïde que l'on pourrait appeler* FORME LÉGÈRE.

De même que l'on voit des varioles où il n'y a que trois ou quatre boutons qui passent par toutes leurs périodes, comme dans la variole la plus grave; de même qu'il y a des rougeoles très bénignes dans lesquelles les malades toussent à peine; de même aussi on trouve une forme de fièvre typhoïde (et plusieurs malades des salles de M. Piorry sont dans ce cas), où les états organo-pathologiques sont moins nombreux et moins graves. Beaucoup d'étrangers qui arrivent à Paris sont atteints d'une diarrhée qui dure pendant deux ou trois semaines, Il faut voir là autre chose qu'une simple entérite; il y a altération du sang, légère, il est vrai; mais enfin elle existe. Si, au lieu d'habiter de grands appartements, ces personnes avaient, comme les malheureux ouvriers, habité des garnis encombrés, elles auraient la fièvre typhoïde la plus grave.

Dans ces cas-là, M. Piorry prescrit des boissons à haute dose, l'aération, l'exercice de la marche, un régime sévère, et quelquefois quelques purgatifs et de légers astringents.

Au début de la fièvre typhoïde ordinaire, on voit parfois ces moyens hygiéniques enrayer la marche de la maladie.

Cette différence de gravité et de nombre dans les états pathognomoniques de la fièvre typhoïde ordinaire et de la forme la plus légère dont nous venons de parler, nous rappelle le passage suivant du discours prononcé par M. Piorry à l'ouverture de son cours à la Faculté.

« On suppose, en admettant l'être maladie, qu'une cause ou qu'une série de causes agissent, qu'elles produisent un état maladif, puis une série de phénomènes déterminés, parmi lesquels on range ce qu'on appelle la réaction; puis succèdent des accidents s'enchaînant dans un ordre plus ou moins rigoureux; accidents au bout desquels survient ou le retour de la santé, ou l'infirmité, ou la mort. Cette maladie est différente de tout autre cas dans lequel d'autres causes occasionneront d'autres séries d'effets dont les résultats ne seront pas les mêmes; de sorte qu'autant de maladies, autant de causes particulières, et autant de collections symptomatiques diverses; de sorte que le tableau de chacune de ces maladies sera différent et distinct de celui qui correspondra à toute autre affection. Rien n'est moins vrai que la supposition dont il s'agit : Une cause ne détermine un même effet que si elle agit dans des circonstances exactement les mêmes. En cela, il y a autant de différence dans les faits que les circonstances sont diverses. Or, une cause morbifique est susceptible déjà de degrés divers; elle se trouve influencée par des coïncidences très variables, et de plus, elle agit primitivement ou secondairement sur des organes très nombreux, diversement disposés, s'influençant différemment d'un individu à un autre; et il résulte de là que l'effet produit par une cause unique ne donnera presque jamais lieu à une maladie semblable à celle que la même cause produira dans un autre cas. Que sera-ce donc quand plusieurs causes se combineront pour déterminer des phénomènes morbides, comme cela arrive presque toujours? N'y aura-t-il pas alors complication de causes, complication de résultats conséoutifs? Et ces complications ne se multiplieront-elles pas encore par les effets des causes secondaires qui viendront agir ultérieurement? Comment, dans un tel dédale, trouver des maladies unitaires, simples, toujours les mêmes, et qui suivent constamment une marche identique?

» Ainsi, théoriquement, l'étude de la maladie, considérée comme unité, est une pure abstraction; au lit du malade, ce n'est pas d'elle qu'il faut tenir compte. »

Pratiquement, il en est de même. Nous ne pouvons, dans un journal purement clinique, reproduire tout le discours de M. Piorry, où cette dernière proposition est longuement développée.

— En terminant le compte-rendu de la clinique pendant cette année, j'adresse mes remerçiments sincères à M. Piorry, dont la bienveillance envers ses élèves est inépuisable. Ses conseils ont rendu mon travail plus facile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Lecanu lit un rapport sur un Mémoire adressé par un juge d'instruction de Bordeaux relatif à la question de savoir s'il est possible de distingner le sang des menstrues du sang d'un avortement.

M. le rapporteur conclut pour la négative.

— Il est donné connaissance d'une lettre de *M. Roux*, président, et de *M. Amédée Forget*, secrétaire de la Commission Bichat, pour prier l'Académie de vouloir s'associer à la souscription destinée à élever un tombeau à Bichat et à frapper une médaille commémorative de ses funérailles et du Congrès médical de France de 1845.

Cette lettre est renvoyée au comité d'administration.

— *M. Velpeau* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Jules Roux relatif au traitement de l'hydarthrose scapulo-humérale par la ponction et l'injection iodée.

Ce rapport de M. Velpeau est un travail très étendu sur la matière; son analyse est impossible après une simple audition. MM. les rapporteurs qui tiennent à ce que leurs rapports soient publiés, au moins en partie, sont priés de nous les communiquer, car l'Académie ne permet pas aux journalistes d'en prendre connaissance.

Une discussion s'est engagée sur ce rapport, dont la continuation a été renvoyée à la prochaine séance. M. Roux et M. Blandin ont pris la parole. Nous résumerons leurs opinions dans le prochain compte-rendu.

— *M. Gaultier de Claubry* fait un rapport sur un travail de M. Charcellay-Lagarde, professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine de Tours, sur la question d'antagonisme existant entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes et typhoïdes.

Du 1er septembre 1842 au 12 août 1845, sur 1,571 sujets des deux sexes qui sont entrés pour diverses maladies dans les salles de la clinique interne, 689, dont 554 hommes et 135 femmes, étaient atteints, — 384 de fièvres intermittentes, — 170 de fièvre typhoïde, — 135 de phthisie pulmonaire. Pour la première de ces maladies il y avait 318 hommes et 66 femmes; — pour la seconde 135 hommes et 35 femmes; — pour la troisième 101 hommes et 34 femmes. Une aussi grande disproportion entre les deux sexes tenait à ce que pour les fièvres intermittentes les sujets du sexe masculin provenaient pour la plupart des nombreux ouvriers employés aux travaux du chemin de fer; et pour les deux autres maladies, de ce que ces mêmes ouvriers n'avaient, quand ils tombaient malades, que l'hôpital pour ressource, tandis que beaucoup de femmes malades restaient dans leurs demeures pour s'y faire traiter.

A Strasbourg, dans les salles du professeur Forget, sur 904 sujets, 335 ont eu des fièvres intermittentes, 269 la fièvre typhoïde, et 300 une phthisie pulmonaire.

A Bordeaux, dans le service de M. le docteur Gintrac, il y a eu 1,201 cas de fièvre intermittente, et 150 de phthisie pulmonaire.

D'où il résulte que, ni à Tours, ni à Strasbourg, ni à Bordeaux, où tant de circonstances de localité déterminent la manifestation de fièvres intermittentes, l'antagonisme prétendu entre ces affections et la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde n'existe réellement pas.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 décembre 1845. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

L'Académie procède à la nomination d'un candidat pour la chaire de chimie vacante au Collége de France par suite de la démission de M. Thénard.

M. Pelouze réunit l'unanimité des suffrages, et est proclamé candidat de l'Académie.

— *M. Flourens* lit une note sur la résorption et reproduction successive des os. — A mesure qu'un os croît en longueur, ses deux extrémités ou têtes s'éloignent l'une de l'autre. Mais l'os ne croît pas par extension, comme le prétend la théorie ordinaire; il croît en grosseur par couches superposées, il croît en longueur par couches *juxtaposées*. Comment donc se produit l'éloignement des têtes? C'est que ces têtes sont successivement formées et résorbées, pour être reformées encore et toujours de plus en plus loin l'une de l'autre, tant que dure l'allongement de l'os.

L'auteur rappelle les résultats qu'il a obtenus précédemment en nourrissant des animaux avec de la garance, puis les mettant au régime ordinaire. Il rapporte aujourd'hui les résultats que lui ont donnés ces expériences mécaniques.

Pour suivre, à l'aide de moyens mécaniques, l'accroissement des os en longueur, M. Flourens s'est servi, en 1841, de petits clous enfoncés dans l'os. L'os s'allongea, mais l'intervalle des clous ne changea pas; tout l'allongement se fit par delà les clous. C'est à ce même moyen que M. Flourens a eu recours pour suivre le déplacement, l'écartement des têtes des os, ou ce qu'il appelle leurs résorptions et leurs reproductions successives. Il présente les pièces, objets des expériences.

C'est d'abord un tibia de jeune lapin dans lequel ont été placés trois clous; l'un en bas, à 3 trois millimètres de l'apophyse inférieure; le second en haut, à 4 millimètres de l'apophyse supérieure, et le troisième au niveau de l'épine du tibia. L'expérienee a duré vingt-deux jours. L'os, qui au commencement de l'expérience, avait 6 centimètres de long, avait 3 millimètres de plus à la fin. Tout l'allongement s'était fait par delà les clous. Celui qui avait été placé au niveau de l'épine du tibia, s'en trouvait maintenant à 3 millimètres; et comme il n'avait pas changé par rapport aux autres, c'était donc l'épine du tibia qui s'était éloignée, c'était elle qui avait changé.

Dans la deuxième expérience, qui a duré quarante-six jours, le clou placé primitivement au niveau de l'épine du tibia, en était à 13 millimètres à la fin de l'expérience.

Enfin sur la pièce n° 3, pour laquelle l'expérience a duré soixante-dix jours, l'épine s'est éloignée du clou de 17 millimètres.

L'épine, c'est-à-dire la tête du tibia, se déplace, s'éloigne donc de plus en plus, à mesure que l'os s'allonge, ou, à parler plus exactement, elle change sans cesse. Ce n'est plus la même tête qui s'éloigne, ce sont des têtes diverses qui successivement sont formées pour être résorbées, puis reproduites. Il y a donc une mutation complète des os pendant tout l'accroissement des os en longueur. L'organe qui produit les os, c'est le périoste; c'est encore lui qui les résorbe.

Le périoste, qui n'est que la *membrane médullaire externe*, comme la membrane médullaire n'est que le *périoste interne*, partage avec elle la faculté de résorber l'os, comme elle partage avec lui la faculté de produire l'os.

— *M. Ch. Rabin* adresse une communication sur les glandes de l'aisselle. Outre les glandes sudoripares et les glandes sébacées qui existent dans le derme, il existe, suivant l'auteur, des glandes d'une troisième espèce, qui n'ont pas encore été mentionnées. Elles se trouvent au creux de l'aisselle en très grand nombre et au pli de l'aine, où elles sont moins nombreuses. Elles sont situées dans le tissu adipeux qui tapisse la face profonde du derme, et constituées par un tubercule simple terminé en cul-de-sac, enroulé sur lui-même de manière à former un petit lobule d'un millimètre de diamètre. De ce lobule part un petit conduit qui n'est pas roulé en spirale comme celui des glandes sudoripares ordinaires.

Reste aujourd'hui à l'hôpital,	246
Total :	3442

Cet aperçu ne donne qu'une mortalité de cinq pour cent. On sera sans doute étonné d'un si beau résultat; mais il faut dire qu'en Egypte les affections sporadiques sont peu variées, et que (à part les épidémies de peste, de dysenterie et de variole) on y voit rarement de ces maladies qui font périr tant de monde en Europe, telles que les affections aiguës et chroniques de la poitrine, les apoplexies, les maladies du cœur, les cancers, etc., etc.

A l'énumération des travaux incessants de l'Ecole de médecine, il faut ajouter les traductions d'ouvrages français en arabe. Ces traductions, auxquelles l'Ecole attache une grande importance, demeureront comme preuves d'une époque de rénovation intellectuelle en Egypte. Les ouvrages imprimés cette année sont : un Traité d'analyse chimique, avec planches, formant le troisième volume arabe du Traité de chimie, l'Anatomie générale, le Traité des maladies des femmes et des enfants et la Petite chirurgie. Deux autres ouvrages sont sous presse, un Traité des maladies de la peau et un Traité de médecine opératoire. Il y a en traduction un ouvrage qui sera d'une grande utilité, c'est le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* du docteur Fabre. Afin que ce travail s'achève plus tôt, un volume en a été donné à chacun des huit professeurs. Parmi les ouvrages traduits et qui attendent leur tour d'impression, le premier à paraître est le Vocabulaire des termes de médecine. Il comprendra non-seulement l'explication des termes techniques et médicaux employés jusqu'à présent dans les traductions de l'Ecole, mais aussi les termes arabes qui sont entrés dans l'ancien langage médical et ceux qui peuvent encore y être introduits, ou que l'on a jugé convenable et nécessaire d'y introduire; car le langage de l'ancienne médecine arabe représente presque partout des idées surannées, usées et justement mortes. On sait que toute science, en se développant et devenant virile, prend de nouvelles vues, de nouvelles idées, une expérience plus mûrie, et que, partant, elle réforme et agrandit son langage. C'est ce que fait la médecine comme les autres sciences. D'autres établissements suivent notre exemple, et collectent chacun les matériaux de leur vocabulaire. Il sortira de ce travail un des monuments les plus intéressants de notre époque, la reconstruction de la langue des sciences oubliée, perdue depuis trop longtemps dans l'islamisme.

Un autre genre d'ouvrages nous manquait encore, c'est un Traité de zoologie. Plusieurs années avant que l'Ecole de médecine fût transportée d'Abou-Zabel au Caire, un cabinet d'histoire naturelle a été établi par le fondateur de l'Ecole, M. Clot-Bey. Cette création a eu des épreuves difficiles à subir. La foule ne voyait guère dans ce genre de collection qu'une affaire d'amusement; mais, avec le temps, le cabinet s'est enrichi; il en est résulté ce que nous espérions, la fondation d'un cours d'histoire naturelle. Ce cours, établi avec régularité depuis trois ans pour les classes les plus avancées, a amené la traduction d'un traité élémentaire de zoologie, que l'on traduit maintenant. D'autre part, le cabinet va acquérir cette année de nouvelles richesses par la voie des échanges; car, en ce moment, six collections ornithologiques sont, par ordre du vice-roi et par l'entremise et les soins de M. Clot-Bey, expédiées à divers Muséum d'histoire naturelle en Europe, dans le but de procurer à l'Ecole des objets des régions européennes.

La langue française ne cesse pas d'être une étude obligatoire pour les élèves; déjà plusieurs la possèdent assez bien pour se livrer aux traductions. Afin de donner à ces travaux l'exactitude et l'élégance voulues, aucun ouvrage n'est envoyé à l'impression avant d'avoir été examiné et corrigé par une commission composée de traducteurs et d'ulémas.

Il reste à dire quelques mots sur l'Ecole d'accouchement, qui dépend de l'Ecole de médecine. Cette institution est une des plus intéressantes et des plus remarquables de ce pays, où les femmes ne reçoivent aucune instruction. Les comptes-rendus précédents ont fait connaître les difficultés que cette création a rencontrées, et la manière dont elles ont été surmontées. Un pareil établissement était sans exemple chez les nations musulmanes. Le vice-roi, qui en apprécie l'importance, a porté à soixante le chiffre des élèves, qui précédemment n'était que de vingt. Ces élèves ne sont pas seulement instruites dans l'obstétrique; elles font encore des études de matière médicale et de pharmacie, appropriées aux besoins possibles des sages-femmes dans l'exercice le plus étendu de leur art; elles suivent des cours d'anatomie, de physiologie et de clinique. Les études pratiques ont lieu à l'hôpital civil de l'Esbékiels; les élèves y font toutes les opérations de la chirurgie ministrante. Le nombre des femmes malades qu'elles ont soignées cette année dans cet établissement, a été de près de cinq cents. Les services que rendent les sages-femmes sont immenses; sans cesse elles sont appelées dans les harems, et même dans les familles européennes, pour des accouchements, pour des soins de détail à donner aux femmes et aux enfants malades. La ville du Caire n'est plus seule à profiter de leurs services; deux d'entre elles ont été placées à Alexandrie, et une est à Damiette. A mesure que ces élèves terminent leurs études, on les dissémine dans les principales villes; lorsqu'elles sortent de l'Ecole, elles sont dotées par le vice-roi et mariées; de plus, S. A. leur passe soixante francs par mois, afin qu'elles soignent *gratis* les malades pauvres.

Le même auteur présente une note sur le système sanguin et lymphatique des raies, d'où il résulte que les anatomistes auraient souvent confondu le système lymphatique avec le système veineux.

M. Serres élève de graves objections contre ces assertions, qui sont soutenues par M. Mildne-Edwards.

Bibliographie.

PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ; par J. LISFRANC.

(4e livraison.)

Cette 4e partie du 1er volume de la *Médecine opératoire* de M. Lisfranc, commence par la description et l'appréciation des divers moyens mis en usage pour la réunion des plaies. En première ligne, sont les sutures, dont l'auteur compte sept espèces : la suture à points séparés, à points passés, à anses, à surjet ; la suture enchevillée, entortillée ; enfin celle de M. Rigal (de Gaillac). Nous ne parlerons point des six premières espèces ; mais on lira avec le plus vif intérêt le paragraphe relatif à la suture de M. Rigal, encore trop peu connue, et dont M. Lisfranc pense, avec raison, que la chirurgie est souvent en droit d'attendre de grands services. Des considérations générales dans lesquelles le professeur expose ses opinions sur la suture à propos des cas particuliers qui peuvent se rencontrer, terminent ce chapitre, un des plus riches en faits et en aperçus pratiques, sur un point encore litigieux de la science. Puis vient la ligature en masse des tumeurs, la ligature dite sous-cutanée, et l'examen des principaux serre-nœuds employés en chirurgie.

Les plaies en général, et chaque espèce de plaie en particulier, devaient naturellement avoir une des premières places dans un *Traité de médecine opératoire*. Aussi, par une heureuse innovation, M. Lisfranc a-t-il cru devoir, empiétant sur le domaine de la pathologie chirurgicale proprement dite, présenter une histoire complète, bien que succincte, des diverses sortes de plaies, et nous signalerons, entre autres, les quelques pages consacrées aux plaies par armes à feu, et à l'extraction des projectiles et des corps étrangers. L'amputation des membres, les causes qui exigent qu'on y ait recours, l'époque à laquelle on doit les faire, la détermination du point où l'on doit porter le couteau, sont traitées avec un soin tout spécial, et les praticiens puiseront dans le chapitre consacré à l'examen de ces questions des préceptes de la plus haute importance, déduits de l'analyse raisonnée d'un grand nombre de faits cliniques. Cette 4e livraison se termine enfin par la description de l'appareil destiné aux amputations des membres, et par l'étude des accidents qui peuvent être le résultat de ces opérations, tels que la conicité du moignon, l'exfoliation du bout de l'os, etc.

Dr A. F.

DÉLIGATION CHIRURGICALE DE M. RIGAL (de Gaillac).

Comme nous l'avions annoncé dans un de nos derniers numéros, M. Rigal (de Gaillac) a fait, lundi 1er décembre, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, que M. Roux avait mis à sa disposition, la démonstration publique de son nouveau système de déligation chirurgicale. Longtemps avant le commencement de la séance, les gradins de l'amphithéâtre étaient envahis, ainsi que l'enceinte réservée, par une foule nombreuse d'auditeurs, parmi lesquels nous avons remarqué plusieurs médecins et chirurgiens du bureau central et des hôpitaux.

Après avoir exprimé sa reconnaissance au professeur qui lui cédait pendant quelques instants son amphithéâtre, M. Rigal établit dans un court préambule la division de la chirurgie en trois branches : la pathologie chirurgicale, la médecine opératoire et la *déligation*, mot nouveau destiné à exprimer cette partie qui comprend la description et l'application des appareils de pansement. La science des appareils était désignée autrefois sous le nom de *bandages* ; entre les bandages et la déligation existe une énorme différence. La nouvelle expression marque le progrès immense qu'a fait de nos jours la science des appareils.

Il n'y a pas longtemps encore, c'était avec des bandes et avec des bandes seules que l'on pansait en chirurgie. Non-seulement aujourd'hui l'on remplace souvent les bandes par des pièces plus simples, plus faciles à trouver partout, d'une application plus commode, mais encore on a prouvé de la manière la plus évidente, et c'est à M. Mayer de Lausanne que l'on doit en grande partie rapporter la gloire de cette innovation, on a prouvé, disons-nous, qu'il n'est pas une seule circonstance peut-être dans laquelle on ne puisse supprimer la bande, et cela sans inconvénients soit pour le malade, soit pour l'opérateur.

M. Rigal ne s'est pas borné à l'emploi des linges pleins dont se sert M. Mayor. Il a pensé que la chirurgie, art essentiellement pratique, devait s'enrichir de toutes les découvertes, mettre à profit les conquêtes de l'industrie et faire tourner à l'avantage de l'humanité souffrante les inventions mises en vogues par les caprices de la mode. Il a voulu utiliser les tissus de caoutchouc qui réunissent deux qualités si précieuses, l'imperméabilité et l'élasticité. Il a cru qu'à l'aide de fils ou de rubans extensibles, on pourrait facilement maintenir de grandes comme de petites pièces de linge, et déterminer des pressions sensiblement égales à celles que le chirurgien avait cherché à déterminer tout d'abord. Quant à l'historique, le voici :

C'est en 1840 que M. Rigal prit date devant l'Académie de médecine, en présentant les premiers modèles de ses appareils, et en en faisant devant cette compagnie la démonstration et l'application. Depuis cette époque, il a cherché par une étude constante à perfectionner ces procédés, dont il va faire brièvement connaître les plus importants. A une époque antérieure, deux chirurgiens anglais avaient conseillé l'emploi du caoutchouc pour maintenir l'appareil inamovible de Seutin, après sa division longitudinale.

En 1836, M. Barthélemy de Paray avait soutenu une dissertation inaugurale sur les moyens d'obtenir la compression au moyen de bandes de caoutchouc. Bien que cet auteur eût annoncé à la page 7 de son travail une publication très prochaine sur ce sujet, cette promesse ne semble point avoir été suivie de résultat. Quoi qu'il en soit des questions de priorité, tous ces auteurs ont parlé des moyens d'exercer la compression au moyen de bandes de caoutchouc ; mais personne n'a parlé de la possibilité de remplacer par des liens élastiques les bandages actuellement en usage en chirurgie.

La première démonstration de M. Rigal a été celle des appareils que l'on peut faire au moyen du simple carré de toile, soit de fil, soit de coton, et qu'il désigne sous le nom de mouchoir à becs rectangulaires réunis ; à l'aide de ce mouchoir, plié en fichu, dont les deux becs sont réunis par un nœud ou par un point de suture, et dans l'anse duquel est passée la tête du malade, M. Rigal forme le bandage antéro-postérieur du thorax, le spica de l'épaule, le bandage cervico-costal ; pour le membre inférieur, le bandage nato-inguinal se fera suivant les mêmes principes, en comprenant la cuisse dans l'anse. Mais la compression exercée sur le cou par l'anse du mouchoir peut gêner la respiration, la circulation. Un ruban élastique passé dans cette anse près du nœud qui réunit les becs du fichu, et qui attire ce nœud du côté diamétralement opposé à la base du triangle, remédiera à cet inconvénient, et laisse libre le cou, dégagé ainsi de toute compression. On conçoit facilement que si dans une circonstance pressante, à l'armée, par exemple, on manque de liens élastiques, une simple ficelle suffira pour les remplacer.

Il nous est impossible de suivre M. Rigal dans la description des appareils aussi simples qu'ingénieux qu'il compose instantanément avec le simple rectangle ou avec le parallélogramme de toile, maintenu en place par quelques fils élastiques, soit qu'il leur laisse leur forme primitive, soit qu'il les convertisse en triangle. Cette description ne pourrait être parfaitement comprise sans le secours de figures explicatives, et nous savons que depuis plusieurs années M. Rigal prépare, dans le silence du cabinet, un volume où seront consignés et figurés les mille et mille appareils qu'une longue et laborieuse pratique l'a mis à même de créer pour les besoins de chaque jour.

Pour les bandages de la tête, la calotte entière ou la demi-calotte suffit toujours, maintenue par des liens élastiques qui embrassent le menton en formant la fronde du berger. « S'agit-il, dit M. Rigal, de prévenir le déplacement du bonnet, du demi-bonnet, ou d'un couvre-chef quelconque, fixez vers les tempes, dans une direction horizontale et à quelques lignes au-dessus du bord inférieur, deux épingles dont les extrémités resteront à découvert d'une égale longueur. Mettez à cheval sur l'une d'elles le plein d'un fil élastique ; croisez ses chefs par un nœud simple un peu en bas et en arrière de la commissure des lèvres ; conduisez les fils séparés de nouveau, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du menton ; nouez et séparez encore pour arrêter le lien sur l'épingle du côté opposé ; le menton se trouve ainsi emboîté dans la fronde du berger ; celle-ci maintiendra sûrement l'enveloppe de la tête, et l'élasticité des fils ne mettra aucun obstacle aux mouvements de la mâchoire. » C'est ici le lieu de dire tout le parti que tire M. Rigal du nœud si facile à faire, si difficile à expliquer, auquel il a donné le nom de nœud en Y, et dont l'usage revient à chaque instant en chirurgie.

Nous n'essaierons pas de donner une idée du serre-tête qu'improvise M. Rigal à l'aide du mouchoir plié en triangle, de la mentonnière, du triangle de l'une ou des deux mamelles, du suspensoir, tous appareils trop longs et difficiles à décrire, tandis que l'exécution en est si facile et si rapide. Mais nous mentionnerons l'appareil élastique dont se sert le chirurgien pour produire une extension permanente et graduée dans les cas où l'on a dû pratiquer des sections tendineuses. Une fois le pied, par exemple, fixé sur une semelle de bois armée d'un crochet à chaque extrémité, des liens élastiques passés dans l'un de ces crochets et fixés à un caleçon, à la jarretière du malade, en avant ou en arrière, suivant le besoin, remplaceront les fibres musculaires trop faibles ou impuissantes, et détermineront l'extension ou la flexion du pied sur la jambe.

A l'occasion des bas élastiques, M. Rigal signale comme l'inventeur de ces utiles appareils M. Flamet, dont la découverte est annoncée chaque jour et partout sous le nom d'un autre avec une audace que l'on ne saurait trop sévèrement qualifier. M. Rigal a terminé la séance par la démonstration d'un appareil à suspension pour les fractures du membre inférieur, appareil dont la *Gazette des Hôpitaux* a donné la description détaillée il y a deux ou trois ans environ.

« A l'époque où nous vivons, a dit M. Rigal en terminant, il est nécessaire de prendre date. Il en est qui prennent date en consignant leur découverte dans un paquet cacheté, mettant ainsi la lumière sous le boisseau. Ce n'est point ainsi que je comprends la science. C'est au grand jour de la publicité que je viens soumettre le résultat de mes travaux, de mon expérience, certain que si par un malheureux hasard on cherchait à m'enlever le mérite du peu que je crois avoir fait, je trouverais en vous tous, Messieurs, des témoins aussi justes qu'incorruptibles qui rendraient à chacun selon ses œuvres, et ne souffriraient point qu'on dépouillât de son léger bagage scientifique un homme dont les efforts n'ont jamais tendu qu'au soulagement de l'humanité et aux progrès de notre noble profession. » (Applaudissements.)

Efficacité du sulfate de cuivre dans le traitement du croup, par M. le docteur GODEFROY, de Rennes.

Les praticiens allemands ont déjà publiés de nombreuses observations de croup combattu avec succès par l'administration à l'intérieur du sulfate de cuivre ; malheureusement, parmi ces observations, il en est une grande quantité qui ne sont rien moins que probantes, parce que les détails séméiologiques ne permettent point d'y reconnaître l'affection diphthéritique des voies aériennes.

M. Godefroy vient à son tour ajouter son témoignage à celui des médecins d'outre-Rhin en faveur du médicament dont il s'agit, et il fait connaître dix-sept cas dans lesquels ce mode de traitement, conseillé par lui, a été couronné du succès le plus entier. Il est vrai de dire que sur ces cas il en est sept qui doivent être considérés comme se rapportant uniquement à des pseudo-croups ; mais il n'en est pas de même des dix autres, et nous croyons qu'il n'en faut pas plus pour mériter au sulfate de cuivre l'attention des praticiens dans les occasions où ils ont affaire à des accidents de cette nature.

M. Godefroy prescrit le sulfate cuivrique de la manière suivante :

Sulfate de cuivre,	10 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger,	25 grammes.
Eau commune,	100 grammes.

M. et F. diss. S. A.

On fait prendre cette potion par cuillerées à bouche toutes les dix minutes jusqu'à ce que le vomissement commence, et, s'il est nécessaire, on y revient à deux ou trois reprises afin d'obtenir un effet plus marqué.

Du reste, cette médication, qui n'est favorable, dit l'auteur, que pendant les première et seconde périodes du croup, alors que la fausse membrane n'est pas formée ou que sa consistance et son étendue ne sont pas considérables, cette médication doit être secondée par l'emploi simultané des émissions sanguines, des cautérisations avec l'azotate d'argent et des révulsifs.

A l'exemple des médecins allemands, M. Godefroy pense que le sulfate cuivrique n'agit pas seulement comme émétique dans les cas de croup, mais qu'il exerce une action toute spéciale en dissolvant les pseudo-membranes déjà formées et en s'opposant à leur reproduction ultérieure. Il n'est pas besoin de dire que cette manière de voir est encore à l'état d'hypothèse, et qu'il n'est nullement démontré que le médicament agisse dans cette circonstance autrement que ne pourraient le faire les autres agents énergiques de la médication vomitive.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-septième liste.

M. Martres, pharmacien à Montauban (Tarn-et-Garonne).
M. Sarrat, pharmacien à Montauban.
M. Espinasse, pharmacien à Montauban.
M. Hugounenc, pharmacien à Montauban.
M. Limouzin, pharmacien à Montauban.
M. Jeauffreau, pharmacien à Montauban.
M. Brie, pharmacien à Montauban.
M. Coq, pharmacien à Montauban.
M. Forbet, pharmacien à Montclar.
M. Gaerin, pharmacien à Beaumont.
M. Laborde, pharmacien à Beaumont.
M. Granier, pharmacien à Lavit.
M. Bach, pharmacien à Lavit.
M. Despiaux, pharmacien à Dunes.
M. Prestat, pharmacien à Caylus.
M. Molinié, pharmacien à Caylus.
M. Juge, pharmacien à Montech.
M. Dubrap, pharmacien à Moissac.
M. Montané, pharmacien à Moissac.
M. Carles, pharmacien à Moissac.
M. Lemb ulas, pharmacien à Moissac.
M. Agar, pharmacien à Montricoux.
M. Delpech, pharmacien à Caussade.
M. Levaneur, pharmacien à Caussade.
M. Maury, pharmacien à Finhan.
M. Darnès, pharmacien à Montpezat.
M. Mongiès, pharmacien à Lauzerte.
M. Vigné, vétérinaire à Caylus.
M. Delrieu, vétérinaire à Montauban.
M. Gautié, vétérinaire à Mas-Grenier.
M. Ressayre, vétérinaire à Moissac.
M. Clare, vétérinaire à Caussade.
M. Arnal, vétérinaire à Montpezat.
M. Serres, vétérinaire à Lavit.
M. Coupeau, vétérinaire à Dunes.
M. Mercier, vétérinaire à Albias.
M. Cattois, médecin à Paris.
M. Barraize, médecin à Quelaines (Mayenne).
M. Raulin, pharmacien à Craon.
M. le docteur Letourneux, à Craon.
M. le docteur Miquot, à Grez-en-Bouëre.
M. Perrigault, médecin à Cuillé.
M. Merciez, pharmacien à Craon.
M. Simon, vétérinaire à Craon.
M. Bonnet, pharmacien au Petit-Montrouge (Seine).
M. Gaillard, médecin à Paris.
M. Baches, vétérinaire à Sainte-Christie, canton d'Auch (Gers).
M. Durbas, vétérinaire à Peyrusse-Grande (Gers).
M. Laitigue fils, pharmacien à Lalinde, près Bergerac (Dordogne).
M. Beynard, médecin à La Réole (Gironde).
M. Ducros père, médecin à La Réole.
M. Numa Ducros, médecin à La Réole.
M. Sylva, médecin à La Réole.
M. le docteur Brunet, à Paris.
M. Leistner, pharmacien à Paris.
M. Hector Decoularé, médecin à Blois (Eure).
M. Fidelin, médecin à Criquetot-Lesneval (Seine-Inférieure).
M. Leclaire, médecin à Bressuire (Deux-Sèvres).
M. Lemanski, médecin à Saint-Maixent.
M. Soulisse, médecin à Coulonges.
M. Langle, médecin à Vayrac (Lot).
M. Treyssac, médecin à Betaille.
M. Valette, médecin à Strenquels.
M. Lascoux, médecin à Souillac.
M. Lapergne, pharmacien à Souillac.
M. Sclafer, médecin à Martel.
M. L. Hère, pharmacien à Angoulême (Charente).
M. Hillaire, pharmacien à Angoulême.
M. Sicaud, pharmacien à Angoulême.
M. Deligne, pharmacien à Angoulême.
M. A. Rogée, pharmacien à Angoulême.
M. Fleury, pharmacien à La Teste de Buch (Gironde).
M. Desjardins de Morainville, médecin à Paris.
M. Leriche (Léon), vétérinaire en 1er au 2e régiment de cuirassiers en garnison à Sedan (Ardennes).
M. Sureau, médecin à Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise).
M. Lotr fils, médecin à Gerbeviller (Meurthe).
M. Luya, pharmacien à Mens (Isère).
M. Dozous, médecin à Lourdes (Hautes-Pyrénées).
M. Bordeu, médecin à Argellez.
M. Lacome, médecin à Argellez.
M. Cénac, médecin à Argellez.
M. Pomès médecin à Saint-Pé.
M. Lacrampe, médecin à Aspin.
M. Prat, médecin à Lourdes.
M. Lacome, médecin à Argellez.
M. Abbadie, médecin à Argellez.
M. Bualé, pharmacien à Argellez.
M. Ibos, pharmacien à Argellez.
M. Pailhasson fils, pharmacien à Lourdes.
M. Bourdet, pharmacien à Argelès.
M. Louvrier, médecin à Pontarlier (Doubs).
M. Jacob, vétérinaire à Nancy (Meurthe).
M. Bell, vétérinaire à Nancy.
M. Bertet, médecin à St-Bonnet-le-Château (Loire).
M. Blanchet, vétérinaire en premier au 3e chasseurs, à Compiègne (Oise).
M. Dupuis (de Maromme), pharmacien.
M. Fournet, médecin à Paris.
M. le docteur Ducros (de Marseille), médecin à Paris.
M. Duvernoy, médecin à Audincourt (Doubs).
M. Bavoux (Napoléon), médecin, membre du Comité médical de Saint-Claude (Jura).
M. Boneville, médecin, id.
M. Mermet, médecin, id.
M. Mayet, pharmacien, id.
M. Regad, médecin, id.
M. Poncelet, pharmacien, id.
M. Dorgain, pharmacien à Beaucaire (Gard).
M. Decruejouls, médecin à St-Cosme (Aveyron).
M. Vayssières, médecin à Espalion.
M. Froment, médecin à Espalion.
M. Lalo, médecin à Espalion.
M. Gour, vétérinaire à Guéret (Creuse).
M. Vergnes, médecin à Aubusson.
M. Venassier, médecin à Beauvais.
M. Robert, médecin à Jouillac.
M. Diverneresse, médecin à Lachapelle.
M. Marquet, pharmacien à Coutances (Manche).
M. Beneys, médecin à Bergerac (Dordogne), ancien interne des hôpitaux de Paris.
M. Dumareau, médecin à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne).
M. Frère, pharmacien à Paris.
M. Légier, vétérinaire à L'Isle (Vaucluse).
M. Bonnet, médecin à L'Isle.
M. Caullet, médecin à Beuvry (Pas-de-Calais).
M. Pollet, médecin à Fleurbaix.
M. Kéringuez, médecin à Vermelles.
M. Gresely, médecin à Paris.
M. Jozwik, médecin à Paris.
M. Bonnal, médecin à Cazes-Mondenard (Tarn-et-Garonne).
M. Gamas, médecin à Conflans-Ste-Honorine (Seine-et-Oise).
M. Bergé, médecin à Beaumont (Seine-et-Marne).
M. Casse, pharmacien, membre du Jury médical de la Société d'Agriculture, à St-Germain-en-Laye (Seine-et Oise).
M. Segrétain, vétérinaire à la Guadeloupe.
M. Laure Cros, pharmacien à Mazamet (Tarn).
M. Malinowski, médecin à Mazamet.
M. J Cabibel, pharmacien à Mazamet.
M. Jean Cabibel, pharmacien à Mazamet.

M. Fricaud, médecin à Charolles (Saône-et-Loire).
M. Arnould, pharmacien à Chaumont (Haute-Marne).
M. Frebault, médecin à Alger.
M. Roturier, pharmacien à Marmande (Lot-et-Garonne).
M. Duplan, pharmacien à Abbeville (Somme).
M. Prado, médecin à Savary (Creuse).
M. Montaudon (Charles), médecin à la Souterraine.
M. Boulard, médecin à Richelieu (Indre-et-Loire).
M. Lebienvenu, médecin à Paris.
M. de Léotard, médecin à Nogent-sur-Vernisson (Loiret).
M. de La Salzède, médecin à Paris.
M. le docteur Lafond, de Jonzac, chirurg. aide-major au 4e léger, en garnison à Rueil (Seine-et-Oise).
M. Piat (Antoine-Joseph), dentiste des hôpitaux civils et militaires, et de tous les établissements de bienfaisance de la Manche et du Calvados.
M. Point, vétérinaire à Cherbourg (Manche).
M. Lapouze, vétérinaire à Nontron (Dordogne).
M. Cornereau (Pierre), médecin à Montluçon (Allier).
M. Duché, médecin à Montluçon (Allier).
M. Cherpin, pharmacien à Vervins (Aisne).
M. Cartereau, médecin à Donnemarie (Seine-et-Marne).
M. Michelin, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des épidémies de l'arrond. de Provins (Seine-et-Marne).
M. Acard, pharmacien à Rugles (Eure).
M. Dumesnil, médecin du Bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Rouen, membre de plusieurs Sociétés savantes, à Rouen (Seine-Inférieure).
M. Breliguière, ancien élève des hôpitaux de Paris, médecin à St-André la-Marche (Eure).
M. Appert, méd.-vét. du canton d'Is-sur-Tille (Côte-d'Or).
M. Jobert (Armand), directeur de la Maison de santé des Capucins à Dôle, secrétaire du Comité médical de l'arrondissement de cette ville (Jura).
M. Leroux (Agathon), médecin à Corbeny (Aisne).
M. Brée, chirurgien principal de première classe et en chef de l'hôpital du Dey, à Alger.
M. Léonard, médecin principal et en chef de l'hôpital du Dey, à Alger.
M. Ferrus, médecin ordinaire de cet hôpital.
M. Peyre, id.
M. Magail, id.
M. Cabrol, médecin-adjoint au même hôpital.
M. Martin, id.
M. Petronelle, chirurgien-major de l'hôpital du Dey.
M. Hennequin, chirurgien aide-major d'artillerie, à Alger.
M. Millot, pharmacien en chef de l'hôpital du Dey.
M. Constans, chirurgien aide-major dudit hôpital.
M. Beaucamp, id.
M. Pallas, médecin en chef de l'armée d'Afrique.
M. Volage, chirurgien aide-major du génie, à Alger.
M. Ch. Viguerie, médecin à Toulouse.
M. Faurès, id.
M. Gasc, id.
M. Despaignol, id.
M. Laforgue, id.
M. Villemsens, pharmacien à Paris.
M. J. Méro, pharmacien à Grasse (Var).
M. Roche aîné, D.-M. à Caraman (Haute-Garonne).
M. Falinski, D.-M. à La Glacière, commune de Gentilly.
M. Besuchet, D.-M. à Paris.
M. Beunaiche de La Corbière, D.-M. à Paris.
M. Bérot, D.-M. à Strasbourg (Bas-Rhin).
M. Lemaire, pharmacien au Havre (Seine-Inférieure).
M. Guilbert, pharmacien au Havre.
M. Sauton, D.-M. à Bollène (Vaucluse).
M. Meyssonier, pharmacien à Bollène.
Société médicale de la Seudre, représentée par M. Charroppin, à Saujon (Charente-Inférieure).
M. Vandenbroucke (Ed), pharmacien à Bergues (Nord).
M. Paris, D.-M. à Gray (Haute-Saône).
M. Moulinier, méd. du séminaire à Montmorillon (Vienne).
M. Regnauld-Rochefort, méd. à Verrières.
M. Jarriau, méd. à St-Savin.
M. Belloux-Gauvinière, pharmacien à St-Savin.
M. A. Thévenard, D.-M. à Chauvigny.
M. Billaudcau, pharmacien à Lussac-le-Château.
M. Dupont, méd. à Bussière-Poitevine.
M. Léger, médecin à Bussière Poitevine.
M. Déponges, pharmacien à Chauvigny.
M. Touchois (Fabien), médecin à Verrières.
M. Rabault de l'Epine, médecin et maire à Lussac-le-Château.
M. Chambert, pharmacien à Montmorillon.
M. Gaillard, médecin à Montrouge (Seine).
M. Boulongne, ancien interne et lauréat des hôpitaux, ex-médecin des prisons et des épidémies, à Châteauneuf (Eure-et-Loir).
M. Jacques, médecin à Virod (Jura).
M. Jacques, médecin, chirurgien-major de la 4e légion, secrétaire-trésorier de la Société médico-pratique, membre de la Légion-d'Honneur, etc., à Paris.
M. Ganne, médecin à Parthenay (Deux-Sèvres).
M. Lacronique, chirurgien-aide-major à l'hôpital du Dey, à Alger.
M. le docteur Bovier (Augustin), à Pinet-sur-Ezin (Isère).
M. Marmonier, pharmacien de l'hospice de Vienne.
M. Joubaud-Lavalade, médecin à Saint-Mards-en-Oltre (Aube).
M. Laudy, médecin à Paris.
M. Babie, médecin à Meudon (Seine-et-Oise).
M. Souville fils, pharmacien à l'Ile-en-Dodon (Haute-Garonne).
M. Mariscal, pharmacien à Avesnes (Nord).
M. Brou-Duclaud, pharmacien à Rochefort (Charente-Inférieure).
M. Gatinot, pharmacien à Milly (Seine-et-Oise).

Total de la vingt-septième liste,	221
Listes précédentes,	4654
Total général, à ce jour,	4875

NOUVELLES.

Quelques désordres ont éclaté à l'Ecole de médecine de Montpellier. La sévérité des examens du baccalauréat ès-sciences en a été la cause ou plutôt le prétexte. Voici en quels termes les journaux de Montpellier rapportent les faits :

« Mardi 25, M. Gerhardt, professeur de chimie, ouvrit son cours à onze heures; c'était le premier du semestre d'hiver. Les sifflets, les huées accueillirent le professeur, qui essaya plusieurs fois de prendre la parole sans succès. Après dix minutes d'attente, et malgré la présence de M. le doyen, qui était accouru pour interposer sa bienveillante autorité, le cours dut être suspendu. Ce jour-là, les professeurs de zoologie et de mathématiques firent leur première leçon dans le plus grand calme.

» Jeudi 27, M. Marié, professeur de physique, assisté de ses collègues et de M. le doyen, se présenta pour commencer son cours. De temps en temps quelques cris, quelques trépignements venaient bien l'interrompre; mais enfin tout allait assez bien, lorsque, vers le milieu de la leçon, un coup de sifflet fut le signal d'un grand tumulte, et M. Marié, voyant son faible organe entièrement dominé, annonça qu'il allait se retirer. M. Gerhardt, présent à la séance, emporté par une vivacité bien naturelle et par un sentiment d'honorable confraternité, ne put voir avec assez de sang-froid l'accueil désordonné qui était fait à son collègue, et interpella l'auditoire. Il se laissa aller, nous assure-t-on, à prononcer des paroles d'autant plus malheureuses qu'elles ne sauraient jamais trouver une juste application dans une réunion de jeunes gens français. Mais l'exagération même de cette apostrophe, qui prouve l'émotion profonde de celui qui l'a prononcée, en atténue la portée, et M. Gerhardt, de sang-froid, a certainement été le premier à contredire l'expression dont nous avons dit qu'il s'est servi.

» On comprend quel dut être, au premier moment, l'effet d'une apostrophe violente sur des jeunes gens déjà en proie à quelque exaltation. Le tumulte fut à son comble, les interpellations les plus animées furent échangées. Les professeurs, confondus dans la foule, y étaient sifflés, hués; dans ce désordre, M. Gerhardt, très ému, s'adressa à un élève qu'il connaissait et lui donna rendez-vous à deux heures, chez lui, pour avoir une explication. Ici, encore, un malentendu eut lieu : on considéra ce rendez-vous comme une provocation, alors qu'il n'entrait dans l'idée du professeur que d'en faire un moyen de rapprochement, et les élèves se rendirent en corps à la demeure de M. Gerhardt, qui, fort heureusement, était sorti.

» Hier samedi, à 9 heures, le désordre s'est renouvelé au cours de M. Marcel de Serres, auquel M. le recteur assistait; enfin, et par une fatalité qui semble éloigner à plaisir le moment si désirable où se terminera le différend des élèves et des professeurs, lorsque l'opposition faite à M. Marcel de Serres semblait se calmer, une altercation survenue parmi les assistants à fait recommencer le tapage avec plus d'intensité.

» On nous apprend que les élèves réunis ont nommé trois commissaires qui se sont rendus chez M. le recteur, suivis de leurs camarades restés dans le jardin pendant qu'ils étaient introduits dans le cabinet du chef de l'Académie.

» La conférence a eu lieu dans les termes les plus convenables. M. le recteur aurait, nous assure-t-on, promis d'être indulgent envers les trois élèves désignés comme les principaux auteurs du tumulte; mais il a insisté sur la nécessité de faire cesser toute espèce de désordre.

» Les commissaires ont répondu que l'intention des élèves était de reprendre paisiblement le cours des études; mais ils ont ajouté que M. Gerhardt ayant insulté publiquement les élèves, la tranquillité ne pourrait être rétablie que lorsqu'il aurait fait des excuses ou accordé du moins une réparation suffisante.

» Après cette conférence, qui malheureusement n'a conduit à aucune solution définitive, les élèves réunis de nouveau ont délégué trois commissaires pour se transporter chez M. Gerhardt et le décider amiablement à témoigner, soit par une déclaration orale et publique, soit par un écrit, le regret qu'il doit éprouver d'avoir, dans un moment d'irritation, laissé échapper un mot injurieux pour l'honneur des élèves.

» Cette démarche conciliatrice n'a pu avoir aucun résultat : M. Gerhardt était parti pour Paris par la malle-poste. »

— La première épreuve du concours pour la chaire d'anatomie vacante à l'Ecole de médecine, a commencé vendredi. Il s'agissait de la composition écrite. On avait donné pour sujet : *la peau*. Les concurrents qui se sont présentés sont MM. Bourgery, J. Béclard, Giraldès, Samson, Duméril, Denonvilliers, Despretz, Gosselin, Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 150. TOME VII, — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 12 DÉCEMBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

CORRESPONDANCE.

La Commission croit utile de publier quelques extraits de sa correspondance, qui devient tous les jours plus importante et plus étendue.

— Lettre de M. le docteur *Laussedat*, délégué de la Société de médecine de Moulins. — « Nous étions certains de votre vigilance et de votre zèle, lorsqu'en partant nous vous avons, par un dernier vote, confié les destinées de l'œuvre du Congrès. Soyez donc toujours sur le qui-vive. De notre côté, et au fond de nos provinces, nous ne sommes pas inactifs; toujours vous nous trouverez en aide; toujours nous répondrons à votre appel comme nous l'avons fait naguère. »

— Lettre de M. le docteur *Lemazurier*, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à Versailles. — « J'ai reçu avec un grand intérêt la communication des premiers actes qui ont signalé l'existence de la Commission permanente du Congrès médical de France; et, convaincu plus que jamais de la nécessité de poursuivre jusqu'à son accomplissement l'œuvre commencée avec tant d'éclat par le Congrès, je m'empresse de donner mon adhésion à tout ce que vous avez fait jusqu'à présent. »

— Lettre de M. *Robiquet*, pharmacien à St-Malo. — « J'ai besoin de vous dire tout ce que votre circulaire a trouvé de sympathies, et combien médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'arrondissement de St-Malo sont disposés à seconder tous les efforts de la Commission permanente. »

— Lettre de M. le docteur *Roche*, à Caraman (Haute-Garonne.) — « J'adhère de tout mon cœur à tous vos actes; ils sont l'expression fidèle des sentiments de tout homme qui tient à la dignité d'un corps si estimable, si désintéressé, et jeté pour ainsi dire dans l'oubli depuis tant d'années. »

— Lettre de M. le docteur *Ganne*, à Parthenay (Deux-Sèvres). — Aujourd'hui, il importe de soutenir une œuvre commencée sous d'aussi heureux auspices, et le concours de tous les médecins français ne manquera pas à la Commission permanente... Dans toutes les occasions, je saurai m'unir de fait ou d'intention à ses nobles travaux. »

— Lettre de M. *Dupuis*, pharmacien à Maromme (Seine-Inférieure), délégué des pharmaciens de Rouen. — « Pour ma part, j'ai hautement admiré la conduite de notre Commission dans cette question ardue d'une immixtion même apparente.... C'est, en effet, une bien digne et bien noble pensée que celle qui vous a dirigés dans cette honorable susceptibilité, dans cette distinction éclairée et délicate de vos attributions, dans ce sentiment exquis des devoirs que vous impose votre mission.... Une telle fermeté dans ceux qui nous représentent et qui soutiennent si bien leur mandat est déjà du plus heureux augure pour l'avenir. »

— Lettre des membres du Cercle médical de Lille. — « Permettez-nous de terminer notre lettre en vous témoignant toute la reconnaissance que nous éprouvons pour ce que les membres de la Commission permanente ont su faire jusqu'à ce jour; vous avez noblement entrepris une tâche immense et déjà vous avez obtenu un premier succès. Persévérez; quelques obstacles qu'on puisse vous opposer, les vœux de tous les médecins honnêtes vous accompagnent, et, quel que doive être le résultat de vos généreux efforts, leur estime vous est désormais acquise. »

— Lettre de M. *Acard*, pharmacien à Ham, délégué des pharmaciens de l'arrondissement de Péronne. — « Quant à ce qui concerne l'association médicale, tous nos confrères en comprennent l'utilité et l'importance. Nous attendrons la communication qui doit nous être faite pour arriver à la réalisation d'une idée aussi utile. » — M. Acard fait part à la Commission des démarches qu'il a déjà faites avec ses confrères dans le sens indiqué par la circulaire n° 1.

— M. le docteur *Demazières*, à Bergues, arrondissement de Dunkerque, annonce également les démarches qu'il a faites personnellement selon les vœux de la Commision.

— M. *E. Capron*, pharmacien à l'Ile-Adam, délégué des pharmaciens de l'arrondissement de Pontoise, écrit dans le même sens.

(*La suite prochainement.*)

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La *Revue hebdomadaire* reprend sa place dans ces colonnes, pleines naguère de la féconde agitation du corps médical. Les cliniques sont en activité; les élèves se pressent autour de la chaire des maîtres, et il est aisé de reconnaître les novices à leur impatiente avidité d'apprendre. Il est temps de se mêler à ce mouvement pour y faire participer nos lecteurs.

La *Revue* sera ce qu'elle a été : attentive aux faits, soucieuse de la théorie, sincère avant tout.

Jetons d'abord un regard rapide sur le passé, qui semble si éloigné de nous, tant les faits qui le séparent de l'heure présente furent considérables.

Nous devions parler, on se le rappelle, d'une observation de pellagre qui s'est présentée dans le service de M. Rayer. On trouvera, sous la rubrique de l'hôpital de la Charité, cette observation pleine d'intérêt. Nous ne faisons ici que la résumer.

L'affection débute en 1837, par des douleurs dans les articulations fémoro-tibiales; puis les articulations tibio-tarsiennes et la région lombaire deviennent douloureuses. En 1842, la marche devient difficile; en 1844, elle est presque impossible, de même que la station, et la malade entre une première fois à l'hôpital. Elle sort n'étant pas guérie, après avoir éprouvé de la faiblesse dans les membres supérieurs. Mais la faiblesse des membres inférieurs augmente; un dévoiement abondant se déclare, un érythème se montre sur les deux mains, et la malade rentre à l'hôpital (service de M. Rayer), où l'on observe une série de symptômes qui donnent à l'affection une physionomie toute particulière (desquamation de l'épiderme du front et du nez; éruption des mains tout à fait semblable à celle des pellagreux; troubles de la digestion; tristesse profonde). Une péricardite survient et emporte la malade. A l'autopsie, on ne trouve aucune altération du centre cérébro-spinal.

Nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître dans cette succession de phénomènes morbides les symptômes *cutanés, nerveux* et *gastro-intestinaux* de la pellagre.

M. le docteur Théophile Roussel, qui s'est placé haut dans l'estime des médecins par son écrit sur cette affection, affirme que l'éruption est précédée d'autres symptômes, souvent inaperçus des malades, mais qui n'en constituent pas moins une période essentielle. Il appelle cette période *temps d'incubation.* Mais il est évident que la maladie est acquise dès ce moment.

Chez la jeune fille qui fait le sujet de l'observation de M. Rayer, huit ans s'écoulèrent entre l'apparition des douleurs qui avaient signalé l'invasion de la maladie et celle de l'éruption.

Cette circonstance donne au fait un caractère qui le distingue parmi les observations de pellagre.

En effet, la durée de cette affection peut être très longue, puisque M. Calderini parle de malheureux observés dans le grand hôpital de Milan, qui auraient vécu soixante ans au milieu des tourments physiques et moraux qu'entraîne la pellagre. (T. Roussel.) Mais c'est la pellagre tout entière, c'est-à-dire caractérisée par tous ses symptômes, au nombre desquels l'éruption se dessine en première ligne, qui se prolonge ainsi. La période dans laquelle la peau ne présente aucune altération, est généralement assez courte, pour que le plus souvent on fasse dater la maladie de l'érythème seulement. Sera-ce une raison pour contester la nature pellagreuse de l'affection dans le cas actuel? Non. Ce sera seulemens un motif pour admettre que la pellagre présente des différences relativement à la marche, et peut-être à l'intensité, suivant les pays dans lesquels on l'observe. On comprend très bien que là où elle règne endémiquement, et où, par conséquent, elle rencontre les conditions les plus favorables à son développement, elle affecte une marche déterminée, conforme aux modifications que ces conditions impriment à l'économie, et que, dans un autre pays, au milieu d'autres conditions, sa marche, ou même ses symptômes, se modifient. Cela ne fera pas que la nature de l'affection change d'un climat à l'autre. La nature des maladies ne tient pas à si peu de chose. Le génie morbide est plein de diversités, comme l'être lui-même, et les maladies semblables ne se présentent pas toujours sous des apparences identiques, comme les statues sorties du même moule.

Au surplus, nous voyons dans la thèse de M. Roussel un exemple dans lequel les symptômes nerveux (vertiges) précédèrent de trois ans l'apparition de l'exanthème pellagreux.

M. Roussel divise la pellagre en trois périodes. D'après cette division, nous trouvons que la malade de la Charité a été enlevée par une péricardite intercurrente dans le cours de la première phase.

Dans cette première période, « des plaques ou des taches de grandeur variable, d'une rougeur qui va du rose au rouge sombre, disparaissant, en général, sous le doigt comme un érythème, et quelquefois d'un aspect érysipélateux, se montrent sur les points des téguments exposés habituellement au soleil... *D'autres fois, et Strambio regarde ces cas comme les plus fréquents, la peau des régions exposées au soleil brunit plutôt qu'elle ne rougit, se dessèche, et son épiderme tombe sans apparence de phénomènes phlegmasiques.* »

La malade de la Charité, au moment où nous l'avons observée, présentait cette dernière forme de l'exanthème pellagreux.

Voilà pour les symptômes cutanés. Passons aux symptômes nerveux.

« Tandis que le tégument externe s'affecte ainsi, les malades éprouvent, en général, une *faiblesse et une répugnance au mouvement* plus grandes que de coutume; la *tristesse* se peint sur leurs visages; ils se plaignent assez souvent de tintements d'oreille, etc.. Quelquefois, et particulièrement chez les individus qui se tiennent à l'abri du soleil, on a vu le printemps passer sans autres symptômes que de la faiblesse et de l'abattement, des douleurs le long du dos, surtout au sacrum et aux *extrémités.* » Notre malade était dans la condition des personnes qui ne sont pas exposées habituellement à l'action du soleil, puisqu'elle était couturière; aussi plusieurs années se passèrent sans autres symptômes que *la faiblesse et les douleurs aux lombes et aux extrémités inférieures.* Elle eut des bourdonnements d'oreille, plus, un trouble de la vision.

Quant aux symptômes gastro-intestinaux, «les auteurs notent souvent l'inappétence, les fausses faims, les éructations, les nausées, et quelquefois les vomissements, la langue tantôt rouge, tantôt chargée et sale, tantôt enflée ou excoriée, quelquefois la constipation, *très souvent la diarrhée.* » Notre malade fut affectée d'une diarrhée opiniâtre. Elle éprouvait du dégoût pour les aliments.

On ne peut désirer plus de conformité qu'il en existe entre les symptômes préseutés par la malade de M. Rayer et ceux de la description générale de la pellagre, à la première période, par M. T. Roussel.

Il n'y a de différence que dans la marche. En Italie, la maladie a lieu par *attaques*, jusqu'à une époque où elle devient stationnaire. Elle disparaît au moment des froids rigoureux, et les individus qu'elle a atteints pour ne les abandonner qu'à la mort, se croient guéris; puis, au printemps, elle reparaît avec le soleil plus chaud, que les patients appellent leur ennemi, et ainsi de suite pendant deux ou trois ans, ou même plus longtemps.

Mais, nous le répétons, une différence dans la marche ne saurait constituer un caractère radicalement différentiel; et d'ailleurs, comme on peut le voir dans l'observation, pendant les huit ans qu'a duré l'affection, il y eut des alternatives.

Un détail fixe notre attention dans le cas qui nous occupe; c'est le développement des papilles cutanées. Il faut aller plus loin, en effet, que la couche cornée pour comprendre l'exanthème. L'épiderme n'est qu'un produit cellulaire de sécrétion, et à cet égard M. Mandl a pu dire que la peau était une glande très étendue. Le réseau de Malpighi est compris dans l'épiderme, dont il forme la couche profonde, et la membrane intermédiaire de Henle, tunique fibroïde propre de M. Mandl, amorphe, n'est elle-même qu'un produit, avec un certain degré de vitalité qui la fait différer des couches plus superficielles. Il faut donc aller plus bas que cette tunique, et plus bas on trouve précisément les papilles; or elles étaient, disons-nous, plus développées que dans l'état normal chez la pellagreuse de la Charité. Serait-ce donc une maladie des papilles qui produirait l'altération cutanée dans la pellagre? Pourquoi non? Croit-on que les papilles soient des organes purement *sentants.* C'est là leur finalité principale, et la peau est surtout dans la papille, comme la muqueuse est surtout dans la villosité. Mais l'action vitale n'est pas simple dans ces organes, non plus que la structure. De même qu'il y a des vaisseaux des trois ordres dans les papilles, il y a ce que les vaisseaux font partout : une exhalation et une absorption. C'est l'exhalation papillaire qui a pour effet la production des couches sus-jacentes; couche amorphe, couche à cellules arrondies, couche à cellules aplaties, lamelleuses, ou épiderme corné. Si les papilles sont malades, l'exhalation sera viciée. C'est ce qui pourrait avoir lieu dans l'exanthème pellagreux. Mais d'abord, bien entendu, l'affection serait localisée dans l'élément papillaire sensitif, et consécutivement l'action vitale de la papille serait généralement pervertie; d'où l'aberration de l'exhalation. Maintenant, ne serait-il pas très satisfaisant de voir ainsi, à l'extrémité de l'arbre nerveux, là où les fibres primitives se terminent (en anses ou autrement), retentir des désordres qui reportent irrésistiblement la pensée vers la moelle spinale? Et puisque nous voilà en présence de cette question, impénétrable jusqu'alors, de la cause prochaine de la pellagre, qu'on nous permette une remarque au sujet de l'absence d'altérations dans le centre cérébro-spinal. Cette remarque sera, pour ces cas et pour tous ceux dans lesquels la cause matérielle des désordres échappe à l'investigation de l'anatomo-pathologiste, un appel à la microscopie. On est parvenu à constater une différence sensible entre les fibres des nerfs de mouvement et celle des nerfs sensoriels, par exemple. Cette différence n'est pas aussi tranchée qu'Ehrenberg l'avait pensé; mais toujours est-il que les fibres primitives des nerfs sensoriels ont beaucoup plus de tendance que les autres à prendre la forme variqueuse. Puisqu'on est arrivé à un pareil résultat en anatomie normale, doit-on désespérer de l'emploi du microscope dans ces cas où les altérations sont si profondément cachées, qu'elles se dérobent aux recherches les plus minutieuses à l'œil nu?

Nous n'aurons point parlé de la pellagre sans avoir touché à une question qui intéresse au plus haut degré le peuple des campagnes, ce peuple pour lequel, comme le disait une voix éloquente dont s'est vivement impressionné M. T. Roussel, la noblesse de l'intelligence a fait peu de chose au moyen âge et ne fait rien dans le temps où nous sommes.

De recherches probantes et multipliées, il semble résulter que l'alimentation exclusivement végétale, surtout par le maïs, est la cause essentielle de la pellagre. L'auteur qui a le plus insisté sur cette étiologie est le docteur Marzari, que l'histoire doit citer avec honneur pour la *constance intrépide* et la philanthropie avec lesquelles il a soutenu cette opinion.

Nous devons faire remarquer, toutefois, que la nourriture de la femme pellagreuse du service de M. Rayer avait été suffisante, et que cette jeune fille n'avait jamais fait usage de farine de maïs. Cela résulte expressément de questions que nous lui avons adressées.

Mais il ne suffirait pas d'un fait isolé pour infirmer ou seulement atténuer une proposition fondée sur un grand nombre d'observations judicieusement interprétées, et nous sommes fortement porté à accepter cette assertion de M. T. Roussel : « Partout où l'on a observé des pellagreux, on les a trouvés dans une classe d'hommes se nourrissant presque exclusivement pendant une partie de l'année soit avec du maïs seul, soit avec du maïs associé à des céréales analogues, telles que le millet, le sarasin, etc. »

La pellagre s'est montrée plusieurs fois dans le centre de la France depuis quelques années, et le mal, comme le dit M. Roussel, paraît envahissant. Dans ces circonstances, c'est un devoir pour la presse de provoquer une sorte d'enquête scientifique d'où puisse sortir, contre cette affreuse maladie, une garantie suffisante pour le peuple de nos campagnes. Nous ne pouvons combattre le fléau dans ces pays qui ne sont pas nés à la liberté, et où le propriétaire du sol, cruel à son semblable et infâme devant Dieu, tient le cultivateur sous le double joug de la misère physique et de la misère morale. Mais chez nous, dans un pays libre, nous ne devons pas tolérer cette honte d'une maladie qui serait le résultat direct et patent de l'alimentation. C'est bien déjà trop de la scrofule, si commune dans la classe pauvre, et si étroitement liée à la mauvaise nourriture et à la mauvaise aération. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Cas de pellagre. Symptômes de rhumatisme et de paralysie. Eruption pellagreuse sur les mains et à la face. Trouble de la vision. Symptômes de péricardite, mort rapide. Hypertrophie du cœur. Sérosité sanguinolente dans le péricarde. Rougeur remarquable de l'intestin grêle. Point d'altérations notables du cerveau ni de la moelle épinière. Par M. CAHEN, interne.

S... (Eléonore), âgée de vingt-cinq ans, couturière, née à Vaudeur (Yonne), fut admise à l'hôpital de la Charité, le 29 août 1845, dans le service de M. Rayer. Son père est mort à l'âge de soixante ans à la suite d'une maladie du foie qui avait duré sept mois. C'était un homme vigoureux, d'une santé habituellement bonne. Sa mère vit encore, se porte bien et s'est toujours bien portée. Ses deux frères et ses sept sœurs jouissent d'une bonne constitution et d'une parfaite santé. Tous ses parents sont journaliers et pauvres.

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans, Eléonore s'est toujours bien portée. Sa nourriture était composée de pain de seigle frais et bien cuit, et de légumes. Elle mangeait de la viande quatre à cinq fois par mois, et toujours contre son gré. Elle prenait pour boisson ordinaire du cidre ou du poiré étendu d'eau : l'eau du pays n'est pas bonne.

Elle demeurait chez ses parents, à Cerisier, dans une chambre au rez-de-chaussée bien sèche et bien aérée, convenablement chauffée en hiver. Le pays qu'elle habite, situé au milieu des bois, est sec et paraît salubre. Elle n'a jamais vu dans son village de personnes atteintes d'une maladie semblable à celle dont elle est affectée.

Il y a huit ans, en 1837, elle a ressenti, sans causes connues, des douleurs dans les deux genoux. Ces articulations, celle du côté gauche surtout, étaient légèrement tuméfiées ; elle y éprouvait, dit-elle, des craquements et des fourmillements. Elle avait toujours les jambes froides; les mouvements étaient faciles, mais douloureux. Quelque temps après, un an environ, les articulations tibio-tarsiennes devinrent le siége de douleurs analogues, mais plus vives. A tous autres égards, la santé de cette jeune fille était bonne.

En 1840, ses règles apparurent pour la première fois. Depuis cette époque, elles furent abondantes pendant quelque temps, mais toujours irrégulières. En même temps que la menstruation s'établissait, il se manifestait une leucorrhée abondante qui persiste encore. Depuis six mois environ la menstruation, toujours irrégulière, devient moins abondante.

Jusqu'en 1842, les douleurs dans les membres inférieurs n'ont pas varié; nul traitement n'avait encore été suivi. A cette époque, d'après les conseils d'un médecin, Eléonore appliqua de petits vésicatoires aux jambes. Les douleurs ne diminuèrent pas. Au contraire, elles se firent sentir à la région lombaire; la marche devint difficile. La malade suivit pendant trois mois un traitement dont elle ne se souvient plus et qui amena une légère amélioration dans les mouvements des membres inférieurs.

En juillet 1843, les douleurs des jambes étant moindres, la faiblesse des membres inférieurs augmenta : la marche était très difficile. La santé générale était toujours bonne.

En septembre 1844, la faiblesse lombaire était extrême; la station et la marche étaient presque impossibles. Cette jeune fille entra à l'hôpital de la Charité et fut placée salle Sainte-Madeleine, n° 8.

Les principales fonctions se faisaient normalement. La sensibilité des membres inférieurs était conservée, mais la démarche était chancelante. Un régime analeptique fut conseillé pour combattre des symptômes chlorotiques. Des ventouses furent appliquées, une fois, sur la région du cœur pour porter remède à une douleur que la malade y avait éprouvée. Des vésicatoires dans la région lombaire, des ventouses et des cautères dans la même région furent successivement appliqués et amenèrent un mieux notable. Toutefois, pendant le séjour à l'hôpital, les bras devinrent faibles. Leurs mouvements étaient difficiles quoique non douloureux. La santé générale était bonne encore.

Le 4 avril 1845, Eléonore sortit de l'hôpital malgré les conseils qu'on lui donnait d'y prolonger son séjour. Elle n'accusait plus alors *qu'une faiblesse très notable dans les mouvements des membres inférieurs.*

En juin, la faiblesse augmente ; la malade éprouve du dégoût pour les aliments; *un dévoiement abondant se déclare*, et persiste malgré les moyens qu'elle emploie pour le combattre. Le malaise oblige la malade à prendre le lit.

En juillet, pendant le séjour au lit, *un érythème se montre sur les deux mains.* Il causait peu de douleurs. Limitée régulièrement à deux travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, cette éruption avait donné naissance au niveau de plusieurs articulations à des croûtes saillantes et fendillées.

Cet état persistant, Eléonore se présenta à la consultation de l'hôpital de la Charité le 29 août 1845, et y fut placée immédiatement. Elle était alors dans l'état suivant :

C'est une fille de petite taille, d'un embonpoint ordinaire. Elle est brune; elle a les cheveux et les yeux noirs, la peau assez fine. Les traits de la face indiquent un accablement profond; le front, le nez et le pourtour des lèvres sont le siége d'une affection cutanée, caractérisée seulement par un peu de rougeur et par l'*exfoliation de l'épiderme du front et du nez.*

Les mains présentent une *exfoliation très marquée de l'épiderme* en squames, et quelques croûtes épaisses noirâtres, fendillées, au niveau de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes. Autour de ces croûtes, quelques *crevasses* peu profondes se font remarquer. L'aspect des deux mains d'Eléonore S... est tout à fait semblable à celui de deux mains de pellagreux, représentées dans un dessin que M. Rayer nous a montré. D'ailleurs, l'altération de la peau est bien distincte de celle qu'on observe sur le dos des mains des habitants de la campagne exposés au soleil, et de diverses éruptions chroniques (eczéma, pityriasis, etc.) que les mains peuvent présenter.

Le col et la partie antérieure de la poitrine ne sont le siége d'aucune altération.

La peau des pieds ne présente pas d'altérations.

La malade ne tousse pas; la respiration se fait bien ; l'auscultation ne fournit aucun signe pathologique.

La digestion est difficile ; la malade manque d'appétit; elle souffre d'une diarrhée abondante. La langue est muqueuse au milieu, rouge à la pointe. L'abdomen offre son volume ordinaire, et n'est pas douloureux au toucher. La miction n'est pas difficile non plus que la défécation, qui est volontaire.

La marche est impossible; abandonnée à elle-même, la malade s'affaisse, et tomberait si elle n'était soutenue. La station verticale est impossible; l'attitude assise est extrêmement difficile, et la malade ne peut conserver longtemps cette position. La tête est habituellement penchée sur la poitrine. Dans son lit, la malade peut remuer, et sans souffrance, les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont gênés dans leurs mouvements; ils se meuvent, mais avec difficulté et lenteur.

Les organes des sens sont sains en apparence ; mais la vue est trouble des deux côtés; bourdonnements d'oreilles.

La mémoire est parfaitement conservée ; l'intelligence paraît intacte. Cependant la malade se fatigue extrêmement vite, et paraît souffrir lorsque son attention est occupée quelque temps.

Une *tristesse profonde* pèse sur la malade, qui considère sa maladie comme incurable ; cette jeune fille paraît affaissée et absorbée dans le sentiment de son malheur. Toutefois, elle ne se plaint pas; il faut l'interroger longtemps pour apprendre qu'elle souffre de la tête, et qu'elle éprouve la sensation pénible d'une barre qui lui partagerait le corps au niveau du diaphragme.

L'emploi des opiacés arrête la diarrhée. Le sous-carbonate de fer est administré. Aucun changement appréciable dans les symptômes nerveux ne se manifeste.

Le 13 septembre, on remarque que l'éruption de la face est plus marquée et plus étendue; elle occupe le front dans l'intervalle des bosses frontales, le dos et les ailes du nez, et se continue vaguement le long du sillon mento-labial. Sous l'influence de lotions fréquentes, l'éruption des mains s'efface un peu ; les croûtes et des furfures épidermiques se détachent.

M. Rayer regarde ce cas comme un exemple de pellagre, et est confirmé dans cette opinion par M. le docteur Brierre de Boismont qui a observé la pellagre en Italie, et publié sur cette maladie un travail remarquable.

Dans la nuit du 20 au 21, la malade fut prise d'une douleur vive dans la région du cœur. La respiration était difficile, pénible. Le sommeil, de très courte durée, fut souvent interrompu par les douleurs. — Ventouses sur la région du cœur.

Le 21, la malade est très agitée; le pouls est petit et fréquent, la respiration courte et fréquente. Les battements du cœur sont réguliers et accompagnés d'un bruit de frottement assez rude. — Vésicatoire sur la région du cœur ; julep double; sinapismes et diète.

Le 22, la nuit a été mauvaise. La malade a vomi à deux reprises une petite quantité de bile. L'agitation est très marquée. La face, pâle, est profondément altérée. Le pouls, à peine sensible, est très fréquent. La respiration est courte, mais ne s'accompagne d'aucun bruit anormal. La résonnance de la poitrine est parfaite. Le bruit de frottement du cœur n'est plus perçu. Les battements du cœur sont sourds; matité dans une étendue considérable de la région cardiaque et sternale. La langue est sèche, blanchâtre. Le ventre n'est pas douloureux. Diarrhée peu abondante. — Deuxième vésicatoire au-dessous du sein gauche.

Le 23, la malade a eu du délire. Ce matin, elle paraît épuisée; elle répond à peine aux questions qui lui sont faites. La respiration est toujours haute et difficile. Les battements du cœur sont sourds; ceux du pouls sont insensibles. Plusieurs lipothymies depuis hier. Les mains sont froides, les lèvres violacées. La mort paraît imminente. La journée et la nuit ne sont que d'incessantes alternatives d'agitation extrême et de dyspnée effrayante. — Potion éthérée; révulsifs cutanés.

Le 24, les symptômes précédents persistent à un plus haut degré. La mort est prochaine ; la malade succombe à une heure après midi.

Autopsie du cadavre 43 heures après la mort.

La roideur cadavérique persiste à un faible degré. Les altérations de la peau des mains et de la face s'observent comme pendant la vie. L'épiderme est altéré et épaissi, et les papilles cutanées sont plus développées que sur les parties voisines de la peau malade.

Tête et rachis. — Les méninges cérébrales et rachidiennes sont à l'état normal; elles ne présentent absolument aucune altération appréciable.

Le cerveau et le cervelet ont leur couleur et leur consistance normales. Très peu de sérosité dans les ventricules. La moelle allongée est saine. La moelle épinière paraît un peu plus mince qu'à l'ordinaire, un peu au-dessus du renflement lombaire. Sa consistance est peut-être un peu plus ferme qu'à l'ordinaire. Sa coloration n'offre rien de particulier.

Poitrine. — Les poumons sont crépitants et paraissent sains. Les bronches sont rouges et remplies d'écume bronchique. Le péricarde contient environ 120 grammes de sérosité sanguinolente, dans laquelle on ne trouve pas de flocons fibrineux. On ne voit pas de pseudo-membrane sur l'un ni l'autre des feuillets du péricarde.

Le cœur est sensiblement hypertrophié. Les valvules auriculo-ventriculaires gauches, irrégulières et épaissies, présentent des traces d'altérations anciennes. On ne trouve pas de caillots anciens ou adhérents dans les cavités du cœur.

L'estomac est petit. Sa membrane muqueuse est ramollie, rouge le long de la grande courbure jusqu'au pylore. Le grand cul-de-sac est à l'état normal.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est d'un rouge lie de vin, et légèrement ramollie presque également depuis le pylore jusqu'au cœcum. Au niveau du cœcum, on aperçoit de petits points ulcérés de deux lignes de diamètre environ.

Le gros intestin est sain.

Le foie, d'un volume normal, n'est pas injecté comme il l'est ordinairement dans les maladies du cœur.

La rate, peu volumineuse, d'une consistance ordinaire, paraît à l'état sain.

Les reins, de volume normal et de consistance ordinaire, sont un peu injectés.

Les uretères et la vessie sont sains.

L'utérus et les ovaires ne présentent rien de remarquable.

Les nerfs des mains et la partie supérieure de la cuisse n'offrent rien de particulier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Revue des cas principaux du service pendant le dernier trimestre.

Tumeurs du genou. Complications générales. Guérison.

Le 8 avril dernier, le nommé Kierel (Georges), cocher, se présenta à l'hôpital de la Charité pour une maladie qu'il portait depuis un an.

C'est un homme d'une constitution délabrée, bien qu'il ne soit âgé que de quarante-huit ans. Il déclare cependant ne souffrir que du genou gauche. Selon lui, il y a un à peu près, il serait tombé sur le brancard de sa voiture, et la face antérieure et supérieure de la jambe aurait porté, dans la chute, le poids du corps tout entier; il en serait résulté une ecchymose assez considérable ; et de plus, une tumeur très manifeste.

Voici ce qu'on observe au moment de l'entrée du malade : Le genou présente des irrégularités, des bosselures et une augmentation sensible dans son volume. Ces bosselures sont placées au-dessus de la rotule; elles sont de forme et de grosseur variables, et remontent jusqu'au niveau du tiers moyen de la cuisse. Sur la ligne, et du même côté que le condyle interne du fémur, se remarque une tumeur évidemment plus molle que les précédentes, on n'observe aucun changement dans la coloration de la peau qui recouvre ces bosselures, et la pression ne parvient point à faire passer la matière qu'elles contiennent des unes dans les autres; il ne paraît pas non plus que ces tumeurs communiquent avec l'articulation. Celle qui est située vers le condyle interne du fémur est douloureuse à la pression, tandis que les bosselures de la partie supérieure de la rotule sont complétement indolentes; elles sont seulement le siége d'une sorte de crépitation obscure tout à fait analogue à cette sensation sur laquelle M. Velpeau a souvent appelé l'attention, et qu'on trouve dans les tumeurs renfermant des grumeaux de fibrine dénaturée qui succèdent aux épanchements sanguins.

Le 10 avril, M. Velpeau pratique une ponction exploratrice dans la bosselure sus-rotulienne, une matière molle d'un jaune pâle s'en échappe; cette matière paraît formée de filaments analogues à ce qu'on rencontre dans les épanchements

dont nous venons de signaler la nature. L'inspection microscopique y fait constater une assez grande quantité de globules du sang.

Le 19 avril, le malade est pris de symptômes généraux qui semblent être les prodromes de quelque complication générale. Il y a de la fièvre, de l'inappétence, des vomissements; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre. M. Velpeau pronostique comme probable un érysipèle qui se maifeste en effet. La face se tuméfie, une plaque d'un rouge violacé, disparaissant sous la pression du doigt, à bords anguleux, d'abord bien limités et d'un teinte uniforme, se développe sur la joue gauche, qu'elle envahit bientôt.

Le 22 avril et les jours suivants, l'érysipèle s'étend, se répand sur les deux joues, le nez, le front, la face tout entière; des phlyctènes apparaissent. Le malade est saigné, des frictions avec la pommade au sulfate de fer sont prescrites; les accidents s'éteignent.

Vers le 2 mai, la tumeur située à la partie interne semble devenir le siége d'un travail inflammatoire; elle augmente de volume, devient chaude, douloureuse, tendue; on la recouvre de cataplasmes émollients, et l'on pratique des frictions mercurielles. Quelques jours après, M. Velpeau l'incise, et donne issue à une assez grande quantité de pus de mauvaise nature, séreux et mélangé de grumeaux.

Le 12 mai, la tumeur s'est remplie de nouveau; deux ouvertures sont encore pratiquées, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule; le pus est roussâtre et séreux. Les jours suivants, la région du genou devient le siége d'une inflammation assez vive; des topiques émollients la dissipent bientôt, les plaies des incisions sont cicatrisées vers le commencement de juin.

Le 19 juin, apparition d'un nouvel érysipèle de la face; il a la même marche, le même siége que le premier; seulement, les symptômes généraux qui l'accompagnent sont moins intenses.

Le 25, il a disparu; on n'a mis en usage que la pommade ferrée, les boissons délayantes et la diète.

Le 12 juillet, formation d'un abcès nouveau à la partie interne du genou.

Le 19, double incision; sortie d'un pus rougeâtre.

Depuis lors, le foyer se vide, se déterge peu à peu; on continue les topiques émollients.

Le 1er août, l'état du malade est des plus satisfaisants. Vers la fin de ce mois le mieux persiste; le malade demande sa sortie, qui lui est accordée, sa santé générale paraissant s'altérer encore par le séjour à l'hôpital.

— Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est principalement l'apparition de ces deux érysipèles survenus sans qu'on puisse les rattacher à aucune cause appréciable. On en a, du reste, observé à la Charité un assez grand nombre dans ces derniers mois, et chez des malades présentant des lésions fort diverses; actuellement encore, il s'en montre quelques exemples dans les salles.

Suppuration dans l'articulation radio-carpienne. Infection purulente. Mort. Autopsie.

Virginie-Julie, âgée de vingt-quatre ans, journalière, est entrée à la Charité le 19 juillet dernier. C'est une femme d'une constitution ordinaire; elle est habituellement bien réglée, et a eu un enfant. Elle n'est arrivée à Paris que depuis peu de jours.

Cette malade se plaint d'une douleur et d'un gonflement considérable siégeant au poignet du côté gauche. Elle en fait remonter l'origine à trois mois, et ne peut donner que fort peu de détails sur la manière dont la maladie a débuté.

On constate à la visite du 20, au-dessus du poignet gauche, au niveau de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, une tuméfaction considérable offrant les caractères de la tumeur blanche. On voit de plus à la face antérieure et postérieure de l'articulation, deux ouvertures fistuleuses qui permettent à un stylet d'arriver jusqu'aux os. On constate ainsi une nécrose évidente.

M. Velpeau prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et une compression méthodique avec les bandelettes de diachylon. Cette compression devra envelopper presque toute la main et toute la partie inférieure de l'avant-bras.

Le 26 juillet, la malade accuse une douleur très vive dans les parties comprimées; on enlève le pansement, et on le réapplique jusqu'au 29, époque à laquelle la suppuration devient assez considérable. On se contente de recouvrir la partie de cataplasme émollients.

Les choses marchent ainsi jusque vers le 3 du mois d'août, une complication fâcheuse vient alors se joindre à la maladie du poignet. La malade, à la visite du 3, paraît en proie à une vive anxiété; l'expression de la face est inquiète, les yeux sont hagards, la parole brève, les idées incohérentes et sans suite; céphalalgie, douleur dans la gorge, soif, fièvre.

Le 5 août, les symptômes généraux ont plus d'intensité; l'arrière-bouche, le voile du palais sont le siége d'une vive rougeur; la déglutition est très difficile; la langue est sèche, la peau brûlante, les dents fuligineuses; la fièvre est intense, et l'anxiété augmente sans cesse. — Gargarisme aluminé.

Le 7, un commencement de fausses membranes se voit à l'entrée du pharynx. Elles se présentent sous l'aspect de plaques blanchâtres; quelques-unes sont détachées. L'état général est toujours à peu près le même. Il n'y a pas eu de frissons.

Le 11, l'angine diphtéritique a sensiblement perdu de son intensité; néanmoins les symptômes généraux vont toujours en s'aggravant. Dans la nuit du 10 au 11, la malade a été prise d'un délire violent. — Potion opiacée.

La suppuration de l'articulation radio-carpienne continue.

Le 13, l'agitation est toujours excessive, délire continuel, pas de tremblements. La malade se croit enchaînée, elle pousse des cris. Deux légères eschares se montrent au sacrum. A la partie inférieure de la cuisse, au-dessus du condyle interne, on constate une tuméfaction avec fluctuation manifeste et tous les signes de l'existence d'un vaste abcès. M. Velpeau pratique une incision qui donne issue à une suppuration très abondante jaune-verdâtre assez bien liée. On recouvre la plaie de cataplasmes émollients. L'évacuation du pus paraît avoir soulagé la malade; néanmoins, les jours suivants, l'affaissement, l'adynamie augmentent, le délire se reproduit; elle meurt le 16 août avant la visite.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le cerveau ne présente autre chose qu'un état de ramollissement plus qu'ordinaire. Les poumons sont parfaitement sains, aucune trace de tubercules ni d'abcès métastatiques. Le cœur et le péricarde sont intacts. Le foie, la rate, les reins, les intestins n'offrent non plus aucune lésion.

Les veines, examinées avec le plus grand soin, ne présentent aucune trace d'inflammation; on a principalement porté l'attention sur ceux de ces vaisseaux, soit profonds, soit superficiels, qui avoisinent le siége primitif de la maladie; on a aussi incisé avec grand soin les veines de la cuisse où s'est développé l'abcès, partout on les a trouvées dans un état normal en apparence au moins.

Le foyer de la cuisse est extrêmement considérable; il s'étend depuis l'extrémité supérieure du fémur, au-dessus de l'insertion du triceps, jusques au-dessous de l'incision, environ au niveau de la partie inférieure du condyle interne. Cet immense foyer environne tout le fémur; il contient une énorme quantité de pus semblable à celui qui a été évacué. Son siége principal est sous le muscle triceps tout entier.

Ophidiomanie. Opération simulée. Rechute.

Le 1er août 1845 est entrée à la Charité la nommée Gardel Anne, âgée de cinquante-six, cuisinière. Elle a été couchée au n° 26.

Cette femme, d'une constitution ordinaire, paraît être d'une santé générale assez bonne.

Elle prétend être atteinte d'une maladie qui, depuis fort longtemps, ne lui laisse de repos ni le jour ni la nuit. Elle raconte que, dans sa jeunesse, elle avait l'habitude de boire de l'eau d'une mare, et qu'elle est persuadée qu'elle a ainsi avalé des animaux, qui depuis se sont développés. Elle ajoute que, ces serpents ayant pris un volume considérable, il y a six ans on fut obligé de lui ouvrir le ventre et qu'on en retira un entre autres qui était devenu énorme et qu'on lui montra après l'opération : il avait, disait-elle, au moins un mètre de long. Avant de se résoudre à cette opération, ajoute-t-elle, on avait dépensé des sommes considérables en traitements internes, mais tout avait échoué.

Le genre de manie dont cette femme est atteinte offre un certain intérêt. Ainsi, après cette première opération, elle se crut guérie pendant quelque temps; mais elle réfléchit bientôt qu'il était possible qu'il y en eût plusieurs, et, à dater de cet instant, l'idée qu'un autre animal existait dans l'abdomen la poursuivit sans cesse. Depuis six ans, dit-elle, elle est forcée de le nourir, et elle se croit soumise dans toutes ses actions aux volontés fantasques de cet animal. Elle affirme très sérieusement que tout ce qu'elle fait est le résultat de la volonté de ce serpent; que si elle veut dormir, il faut qu'il le permette, autrement qu'il la pique pour la réveiller. De temps en temps, elle sent qu'il lui demande de la nourriture, et elle ne peut uriner sans que l'animal y consente.

Cette malheureuse femme est tellement convaincue de la réalité de toutes ces absurdités, qu'elle en tombe dans des accès de tristesse et de désespoir qui chaque jour vont en s'accroissant. Sans la religion qui la retient, elle assure qu'elle en aurait depuis longtemps fini avec vie, qui n'est pour elle qu'une longue suite de tortures.

Cependant elle a encore un espoir; elle espère que, en entrant à l'hôpital, on voudra bien la soumettre une fois encore à l'opération; elle demande avec les instances les plus vives qu'on la débarrasse de cet insupportable supplice. Elle assure qu'elle est disposée à tout souffrir, les opérations les plus douloureuses mêmes, pour être délivrée de son serpent.

En présence d'une manie si singulière, M. Velpeau voulut essayer d'agir sur le moral de cette femme en simulant une opération. Il parut écouter cette femme; il lui parla sérieusement d'un moyen douloureux qui la guérirait, et, paraissant adopter ses idées, il fit tout disposer pour frapper vivement l'esprit de la malade. On lui annonça l'opération à l'avance; les élèves furent prévenus de prendre au sérieux tout ce qui allait se passer. On apporta la malade à l'amphithéâtre. Les instruments étaient préparés; on lui recommanda le courage; ses yeux furent bandés, et M. Velpeau pratiqua lentement une incision de quelques centimètres sur le côté gauche de l'abdomen, incision qui n'intéressa, bien entendu, que la couche la plus superficielle de la peau. Dès que l'ouverture fut faite, un aide fit glisser entre sa main et la petite plaie une couleuvre très grosse et préparée à l'avance; on débanda les yeux de la malade au moment où le serpent était complétement sorti, et elle put le voir suffisamment pour être emportée de l'amphithéâtre avec la persuasion qu'on le lui avait extrait de l'abdomen.

Les lèvres de la plaie furent immédiatement rapprochées avec des bandelettes de diachylon.

Tout alla bien une partie de la journée, la malade se réjouissait d'être débarrassée; mais vers le soir, il lui vint à l'idée que peut-être, au lieu d'un animal, elle en portait plusieurs, et, à dater de cet instant, tout fut perdu. Tourmentée de cette pensée, elle l'exprima le lendemain à la visite, et prétendit ressentir de nouvelles douleurs. M. Velpeau ne crut pas devoir recommencer, pensant qu'il serait très possible qu'un troisième animal suivît le second, et ainsi de suite. On lui donna l'*exeat*, en l'assurant qu'elle était parfaitement guérie.

Tumeur fibreuse de l'utérus avec pertes sanguines. Traitement palliatif.

Binet, âgée de trente-huit ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital le 1er août. Cette femme, d'une constitution assez robuste, est ordinairement bien réglée; elle est sujette à un écoulement leucorrhéique qui se montre de temps en temps. Elle dit avoir eu, il y a un an à peu près, une inflammation d'intestins qu'elle ne peut, du reste, guère expliquer; il est possible d'en douter, à cause des explications peu satisfaisantes qu'elle fournit à cet égard.

Quoi qu'il en soit, elle se portait tout à fait bien, quand, il y a trois semaines seulement, selon elle, des douleurs se firent sentir dans les reins, dans les aines, à l'hypogastre et dans la partie supérieure et interne des cuisses.

Aujourd'hui, 2 août, ces douleurs persistent encore, et, de plus, la malade a été prise de pertes de sang considérables.

Le doigt porté dans le vagin fait facilement reconnaître que le bassin est à peu près complétement rempli par une masse dure, bosselée, qui paraît très sensible, car la femme s'agite et se plaint vivement, pour peu qu'on y exerce de pression. La main libre, placée sur l'hypogastre, trouve, un peu à droite, une tumeur arrondie de la grosseur du poing, et qui se continue évidemment avec la tumeur principale sentie par le vagin; en effet, les mouvements imprimés par la main appliquée sur l'hypogastre sont parfaitement perçus par le doigt introduit dans le vagin. Le col de l'utérus, un peu relevé, est placé directement contre la face postérieure de la symphyse des pubis. La tumeur principale ne descend pas très bas dans le bassin, elle semble arrêtée au niveau du détroit supérirur.

L'excrétion des urines ne paraît cependant pas entravée, à ce que dit la malade; mais il existe une constipation opiniâtre.

Un large vésicatoire est appliqué sur le point douloureux de l'hypogastre. On administre à l'intérieur la potion de seigle ergoté.

Vers le 12 août, les douleurs sont diminuées du côté droit; elles ont envahi le côté opposé. On y applique également un vésicatoire. La malade perd toujours un peu de sang; on continue l'ergot de seigle.

Le 18, les douleurs et la perte ont cessé.

Le 26, la langue étant chargée et la constipation opiniâtre, on donne une bouteille d'eau de Sedlitz. On administre le seigle jusqu'au 30.

La malade sort non guérie, mais n'ayant plus ni perte, ni écoulement, ni douleurs.

(*La fin à un prochain numéro.*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 19 novembre 1845. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Guersant* lit un rapport sur un mémoire présenté à la Société par M. Gosselin, ayant pour titre : Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement. Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur passe en revue les principaux procédés d'abaissement, et les descriptions qu'il en donne sont suivies de l'indication des opérations nombreuses qu'il a pratiquées lui-même sur le cadavre, et qu'il a fait suivre immédiatement d'une dissection minutieuse des yeux sous l'eau. Chaque dissection lui a donné la preuve qu'en suivant exactement les divers procédés, on n'est pas toujours arrivé à faire parfaitement ce qu'on voulait, et il a surtout constaté que c'est toujours l'abaissement de la capsule qui est le temps le plus difficile. Dans la seconde partie, l'auteur se pose les trois questions suivantes :

1° Que se propose le chirurgien dans l'opération de la cataracte par abaissement?

2° Quelles manœuvres faut-il employer?

3° Quels résultats peut-on en espérer?

S'appuyant sur ce qu'il a observé dans ses expériences, il croit pouvoir répondre à la première question : que le chirurgien doit avoir pour but de détourner le cristallin opaque, et de détruire plus ou moins la membrane cristalline sans espérer de l'enlever complétement, à la seconde : qu'il faut déchirer la capsule avant de l'abaisser, lorsque le cristallin lui sert encore de soutien, et abaisser de nouveau les lambeaux, après avoir déprimé le cristallin, à la troisième : que l'on peut espérer quelquefois des succès complets, mais le plus ordinairement des demi-succès. Il croit que le chirurgien remplit mieux le but qu'il se propose par l'extraction que par l'abaissement. Il termine son mémoire en indiquant une altération du corps vitré qui peut être déterminée par les manœuvres d'abaissement, et qui est la cause des insuccès que l'on remarque chez quelques individus dont la pupille est très nette après l'opération et qui cependant ne voient pas.

M. le rapporteur conclut à l'admission de M. Gosselin comme membre titulaire et au renvoi de son travail au comité de publication.

M. Robert fait remarquer que, pour faire ses expériences, M. Gosselin a dû nécessairement agir sur des yeux sains, et qu'il ne peut pas y avoir de parité à établir avec des yeux cataractés depuis plus ou moins longtemps. Quand les différents milieux de l'œil sont sains, les divers temps de l'opération doivent être beaucoup plus faciles que lorsqu'ils sont malades, et le plus ordinairement on les trouve altérés lorsque la cataracte existe. Ainsi, il arrive souvent que l'on a peine à plonger le cristallin dans l'humeur vitrée; que sous l'effort qu'on lui fait supporter pour l'abaisser, il passe dans la chambre antérieure, ou bien il se rompt. D'autres fois il tombe dans le fond de l'œil, mais en faisant un bond comme une balle. Dans ces cas le corps vitré est très peu consistant, à tel point même qu'il en sort souvent une petite quantité par la piqûre de l'aiguille. Dans les yeux sains, on ne trouve pas cette difficulté à déprimer le cristallin, et l'on ne lui voit pas faire cette espèce de ressaut qui vient d'être signalé. Une preuve que le corps vitré est souvent diffluent, ce sont les cas, rares à la vérité, mais dont on trouve des exemples dans la science, d'individus qui ont recouvré la vue à la suite d'un mouvement de bascule ou de déplacement du cristallin opaque, sans opération. Il y a peu de temps, M. Robert a eu occasion de voir un cas semblable chez un individu dont un des yeux, cataracté depuis longtemps, a recouvré brusquement les facultés visuelles à la suite d'une course. M. Robert trouve que l'auteur du mémoire a mal indiqué le procédé de Sanson. Ce chirur-

gien portait d'emblée l'aiguille en avant du cristallin qu'il faisait basculer, opérant ainsi l'abaissement et la réclinaison. Dans ce premier temps, il abaissait le cristallin et son enveloppe; puis il revenait, avec l'aiguille, déchirer et entraîner ce qui restait de la capsule. M. Robert fait aussi remarquer que l'on n'emploie pas toujours sur le malade les manœuvres qui sont conseillées. Que si la capsule est opaque, on sera toujours guidé par elle pour l'atteindre; que si elle est transparente, il faudra bien quelquefois s'en rapporter au basard, puisque rien ne peut indiquer si elle est décbirée ou non.

M. Chassaignac regrette que M. Gosselin n'ait pas insisté sur le choix des aiguilles. Celles dont on se sert habituellement sont droites ou courbes; c'est à ces dernières qu'il donne la préférence: elles facilitent la déchirure de la capsule, et donnent la possibilité de mieux atteindre les portions du cristallin ou de la capsule qui peuvent rester dans le champ de la pupille après l'abaissement. Mais pour que les aiguilles courbes rendent des services, il faut que leur extrémité soit solide; aussi, sous ce rapport, celle à trois pans de Scarpa l'emporte beaucoup sur celle de Dupuytren. On a reproché à l'aiguille de Scarpa la crête qui règne sur sa concavité, et qui fait que dans l'effort d'abaissement on est exposé à couper le cristallin; c'est ce qui fait que beaucoup de chirurgiens lui préfèrent celle de Dupuytren, qui est plane, mais nécessairement plus faible. Dans le but de conserver à l'aiguille courbe toute sa force, M. Chassaignac a proposé de placer la crête sur la partie convexe. On a bien reproché à cette modification la possibilité de blesser l'iris; mais cette crête n'est pas assez tranchante pour que ce résultat soit à craindre. Quant à ce qu'a dit M. Robert de l'influence de la liquidité du corps vitré, qui fait éprouver un bond au cristallin qu'on y plonge, M. Chassaignac croit que c'est une pure hypothèse; car cela ne peut s'expliquer ni par la nature du cristallin, ni par celle du milieu dans lequel il tombe.

M. Robert répond qu'il n'a pas voulu dire que le cristallin, dans les cas dont il a parlé, sautât d'une manière très sensible; mais il soutient que toutes les fois qu'un corps un peu solide tombe dans un liquide, il y a toujours un petit mouvement de soubresaut. C'est ce mouvement qui est imprimé au cristallin quand le corps vitré est diffluent. M. Robert pense que le choix des aiguilles a peu d'influence sur les résultats à obtenir. Ainsi, en Allemagne, on se sert beaucoup des aiguilles droites : Chélius et Beer n'en emploient pas d'autres. Avec les aiguilles courbes, qui sont d'un usage presque général en France, si le cristallin est mou, on le déchire toujours; s'il est solide, la différence n'est pas sensible. On a reproché aux aiguilles courbes, et particulièrement à celle de Dupuytren, de ne pas offrir toute la solidité désirable; mais les efforts qu'elles ont à supporter ne sont pas bien grands; il n'y a de difficulté que pour pénétrer dans la sclérotique, et l'on n'en trouve que quand on porte l'instrument sur elle obliquement au lieu de l'attaquer perpendiculairement, ou bien lorsqu'elle est ossifiée comme chez les oiseaux; mais ce cas est exceptionnel.

M. Malgaigne a fait un grand nombre d'expériences sur l'abaissement du cristallin, mais à un autre point de vue que celles de M. Gosselin; il a vu qu'un auteur allemand, un des Richter, pense-t-il, après avoir varié à l'infini ses aiguilles, était revenu aux aiguilles rondes, à celles de Guy de Chauliac et d'Ambroise Paré, et cela après avoir été témoin des succès vraiment extraordinaires d'un oculiste ambulant qui ne se servait que d'une aiguille droite, ronde et très fine.

M. Michon s'étonne que M. Gosselin ait dit qu'il fallait préférer l'extraction à l'abaissement, par ce motif que, dans ce dernier cas, on fait ce qu'on peut et non ce qu'on veut. Il fait observer que ces paroles peuvent également s'appliquer à l'opération par extraction dans laquelle on a à redouter la blessure de l'iris soit directement avec le couteau, soit en l'entraînant avec le cristallin la sortie de l'humeur vitrée, etc., etc., ce que pourtant ne veut pas faire le chirurgien. Il rappelle même des cas dans lesquels il a été impossible de faire sortir le cristallin. Il rejette cette proposition, qu'il regarde comme trop absolue et même comme inexacte.

M. Guersant répond à M. Robert que M. Gosselin ne se prononce pas d'une manière positive sur ses expériences, et que tout le premier il admet qu'il n'y a pas à établir une comparaison tout à fait exacte entre les yeux sur lesquels il a opéré et des yeux cataractés. A M. Chassaignac, il avoue que M. Gosselin n'a pas parlé de la différence des aiguilles, et c'est peut-être une lacune dans son Mémoire. A M. Michon, qu'il est positif, pour la plupart des chirurgiens, que l'on fait mieux ce qu'on veut dans l'extraction, et qu'il faut une grande maladresse pour ne pas faire sortir le cristallin dans cette opération.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

—*M. Malgaigne* fait un rapport verbal sur une thèse écrite en latin, et ayant pour titre : *De lithiasi vesicæ urinariæ in genere*, et *in specie de extractione calculi per sectionem perinæi;* par M. Basilius Bassow (de Moscou). C'est, dit le rapporteur, une bonne composition sur l'étiologie, la symptomatologie et la genèse des calculs, ainsi que sur l'anatomie chirurgicale du périnée; mais c'est surtout un panégyrique de la taille latéralisée par le procédé de frère Jacques, taille qu'il préfère aux tailles bilatérale et quadrilatérale, ces dernières ne donnant pas à son avis une ouverture beaucoup plus grande. L'auteur de ce travail ayant vu que plusieurs relevés généraux donnaient approximativement une mort sur huit opérés, a trouvé que cette proportion était beaucoup trop forte, et il a fait une statistique de laquelle il résulte que dans différents hôpitaux de Moscou, on trouve 1 mort sur 11 opérés, 1 sur 12, 1 sur 13, 1 sur 17, 1 sur 34, 1 sur 43. Un des chirurgiens de ces hôpitaux aurait eu des succès encore plus remarquables, puisque sur 35 opérés il n'en aurait pas perdu un seul. Ailleurs il est dit que sur 114 opérés, il n'y aurait eu que 2 morts. La plus remarquable des statistiques faites en France, est celle de Saucerotte (de Lunéville), qui dit qu'avant lui on ne perdait qu'un malade sur dix, et que depuis qu'il employait le procédé d'Hawsins, il n'en perdait qu'un sur vingt. Un fait a frappé le rapporteur, c'est que dans cette thèse de M. Bassow, chaque relevé donne le nom des chirurgiens qui ont fait ces opérations, et que plus ces chirurgiens sont élevés en grade, plus leurs succès sont grands. Ceux qui ont plus de revers sont désignés sous le nom de *chirurgi juniores.* Au total, dit M. Malgaigne en terminant son rapport, il est malheureusement vrai qu'en France on n'obtient pas de si beaux succès, et qu'à bon droit on a lieu d'être stupéfait de ces résultats. Il conclut en demandant qu'il soit adressé des remercîments à l'auteur du travail, et à ce que son nom soit inscrit sur la liste des membres correspondants.

M. Marjolin fils dit que lors de son voyage en Allemagne, plusieurs chirurgiens des hôpitaux qu'il visitait lui donnaient le conseil d'aller jusqu'à Saint-Pétersbourg ou à Moscou, d'où arrivait le bruit de tant de succès. A Vienne on est loin d'avoir d'aussi beaux résultats; mais il faut dire aussi qu'on y voit très peu de calculeux. M. Marjolin se demande si la classe que l'on désigne en Russie sous le nom de jeunes chirurgiens, n'est pas celle des élèves; il n'y aurait alors rien d'étonnant à ce qu'ils eussent moins de succès que les maîtres.

M. Guersant a eu occasion de voir plusieurs médecins russes qui lui ont dit que dans leur pays on rencontrait immensément d'enfants affectés de calculs. Il trouve qu'il est fâcheux que les relevés qu'on y a faits soient bruts, et n'indiquent pas dans quelle proportion les enfants s'y trouvent; car s'ils y entrent pour une grande partie, ces relevés ne sont plus extraordinaires. Il rappelle qu'à l'hôpital des Enfants, de Paris, son prédécesseur, M. Baffos, ne perdait guère qu'un malade sur vingt. Il a eu, lui, 3 morts sur 30 opérés.

M. Chassaignac sait positivement qu'en Russie les chirurgiens désignés sous le nom de chirurgiens ordinaires ne sont pas des élèves, et qu'il en est parmi eux qui, déjà docteurs, sont venus en France perfectionner leur éducation chirurgicale, et y ont fait preuve de grandes connaissances. Il pense que leurs insuccès tiennent peut-être à ce que la lithotritie ayant enlevé les cas les plus favorables, ils n'ont eu à opérer que des malades dans de mauvaises conditions. Il se demande aussi si le climat de la Russie ne serait pas plus favorable que le nôtre au succès des opérations.

M. Deguise fils rappelle que dans le mémoire de Dupuytren on trouve une table statistique dans laquelle on voit figurer M. Deguise père pour dix-neuf opérations et un seul mort.

—*M. Danyau* fait voir un enfant qu'il a opéré du bec-de-lièvre immédiatement après la naissance. Cet enfant, du sexe féminin, né à la Maternité dans la nuit du 10 au 11 novembre, présentait à la lèvre supérieure et sur le côté gauche, une division qui ne s'étendait pas dans toute la hauteur, et qui s'arrêtait à deux ou trois millimètres de l'ouverture de la narine. On distinguait parfaitement qu'il y avait eu division de la voûte palatine; mais la réunion était complète. L'opération fut pratiquée 34 ou 36 heures après la naissance. M. Danyau se contenta d'aviver avec les ciseaux les bords de la solution de continuité; il appliqua trois aiguilles, fit la suture entortillée, et ne mit aucune espèce de bandage. Immédiatement après l'opération, l'enfant prit le sein, et depuis il continua à teter avec la plus grande facilité. 22 heures après l'opération, M. Danyau retira les fils après les avoir fait humecter avec le lait de la nourrice, et de suite il en appliqua de nouveaux. Le lendemain il les renouvela encore. Le troisième jour, 70 heures après l'opération, il retira les deux aiguilles supérieures, appliqua sur la lèvre un petit emplâtre agglutinatif, et n'enleva l'aiguille inférieure que 22 heures plus tard. Au bout de quatre jours la réunion était complète, et depuis elle s'est maintenue telle.

— *M. Malgaigne* présente la pièce d'anatomie pathologique de l'anévrisme du tronc brachio-céphalique, dont il avait plusieurs fois entretenu la Société. Pendant la vie, on avait cru que le sac passait par-dessus la clavicule et le sternum; à l'autopsie, on a pu s'assurer qu'il n'en était point ainsi. La clavicule était rongée, ainsi que la partie supérieure du sternum, dont l'articulation avait disparu. L'anévrisme n'appartenait pas précisément au tronc brachio-céphalique, mais seulement à sa partie tout à fait supérieure, et semblait même plutôt être un anévrisme de la partie inférieure de la carotide avec dilatation du tronc brachio-céphalique. Le sac se retrouvait difficilement, confondu qu'il était avec les muscles et les os. Il y avait, au reste, un commencement de guérison; les artères étaient oblitérées, un caillot énorme très solide remplissait le sac, et le sang n'arrivait plus dans la poche que par un pertuis très étroit.

— *M. Maisonneuve* met sous les yeux de la Société une portion de la colonne vertébrale d'un individu qui a succombé dans son service à Bicêtre. Il y a trois mois cet homme avait fait une chute d'un lieu élevé, et il en était résulté une paraplégie complète. Le chirurgien avait diagnostiqué une fracture de la neuvième ou de la dixième vertèbre dorsale. Il y avait aussi plusieurs côtes fracturées. Pour tout pansement on mit le blessé dans la position horizontale, et plus tard on fut obligé de l'asseoir sur son lit, à cause d'une grande gêne de la respiration, qui fut attribuée à la fracture des côtes. Vers le deuxième mois, cet homme fut pris d'une fièvre hectique à laquelle il a succombé, ayant constamment présenté, depuis son invasion, une teinte jaune ictérique de la peau. A l'autopsie, on trouva le corps de la dixième vertèbre dorsale fracturé, ainsi qu'une apophyse transverse de la neuvième. La colonne vertébrale avait perdu sa rectitude, de telle sorte que la partie supérieure était portée en avant, et l'inférieure en arrière. La moelle était tout à fait détruite au niveau de la fracture, où il n'y avait plus traces de substance nerveuse. En outre, les reins étaient décolorés, la substance corticale d'un blanc-jaunâtre, et il y existait des granulations jaunes qui contenaient du pus, ainsi que les urines. M. Maisonneuve se demande s'il n'y a pas une relation entre la paralysie déterminée par la fracture et cette altération des reins.

— Séance levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

PREMIÈRE ORDONNANCE. — « Art. 1er. Le Conseil de l'Université reprend sa constitution, telle qu'elle est établie au décret organique du 17 mars 1808. Il s'appelle Conseil royal de l'Université.

» Art. 2. Le vice-président dudit Conseil joint à ce titre celui de chancelier de l'Université.

» Le conseiller qui exerce, à titre provisoire, les fonctions de chancelier autres que la présidence, sera revêtu du titre vacant de trésorier de l'Université, et aura droit aux attributions de ce titre qu'exerce en ce moment le conseiller vice-président.

» Art. 3. Le conseiller qui exerce, à titre provisoire, les fonctions de secrétaire du Conseil, sera pourvu définitivement du titre de secrétaire-général du Conseil royal de l'Université.

» Art. 4. Les inspecteurs généraux des études reprennent le titre d'inspecteurs généraux de l'Université.

» Art. 4. L'instruction primaire sera représentée directement dans le Conseil royal de l'Université.

» Art. 6. Toutes dispositions et ordonnances contraires à la présente ordonnance et au décret organique sont et demeurent abrogées. »

DEUXIÈME ORDONNANCE. — « A dater de ce jour, les conseils académiques ne seront plus sujets au renouvellement annuel établi par l'arrêté du Conseil de l'Université, en date du 26 mai 1812. Le nombre des membres sera ramené à dix par l'effet des extinctions, en n'y comprenant pas le recteur et les inspecteurs d'académie. Il sera ajouté un membre, soit directeur d'Ecole normale primaire, soit inspecteur primaire, pour représenter dans les conseils le service de l'instruction primaire. »

TROISIÈME ORDONNANCE. — « Art. 1er. Le baron Thénard, membre de l'Académie des sciences, vice-président du Conseil royal de l'Université, pair de France, est nommé chancelier de l'Université.

» Art. 2. M. Rendu, doyen des conseillers de l'Université, ci-devant chargé provisoirement des fonctions de chancelier, est nommé trésorier de l'Université. »

QUATRIÈME ORDONNANCE. — « Art. 1er. L'inspecteur général chargé de l'administration de l'Académie de Paris aura le titre de vice-recteur. Il exercera les attributions qui lui ont été ou lui seraient dévolues par le grand-maître de l'Université, ministre de l'instruction publique. »

Toutes ces ordonnances sont datées du 7 décembre 1845. Elles sont suivies d'un arrêté de M. Salvandy portant la même date du 7 décembre 1845, et ainsi conçu :

« Pendant la durée de l'absence de M. le baron Thénard et de l'indisposition de M. Rendu, M. Orfila, doyen des conseillers de l'Université, présidera le Conseil et exercera les fonctions de chancelier. »

— Le docteur Blanchet ouvrira, le 26, son cours sur les yeux et les oreilles, à sa Clinique, rue du Paon, 8.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 151. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Tubercules syphilitiques.

(Suite du numéro du 27 novembre.)

Il est un autre groupe d'accidents tertiaires qui doit nous occuper maintenant; c'est ce que l'on connaît, en syphilographie, sous le nom de tumeurs gommeuses, c'est-à-dire les tubercules profonds, les tubercules du tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, ou interstitiel.

Le tubercule tertiaire se voit bien plus souvent au revers de la peau, immédiatement au-dessous de la peau et des muqueuses, que plus profondément. On peut définir les accidents de cette nature une éruption tuberculeuse du revers de la peau et des membranes muqueuses. Ainsi, il y a d'abord, et dans une période moins avancée, tubercules muqueux, ou de la superficie; plus tard, tubercules de l'épaisseur de l'enveloppe tégumentaire; puis enfin les tubercules de l'envers, constituant le phénomène tertiaire.

Les tubercules dont nous nous occupons maintenant peuvent siéger dans toutes les régions du corps. On les rencontre tout aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, et dans une proportion à peu près la même partout. Le plus souvent, ils ne se développent pas en très grand nombre à la fois. Dans quelques cas ils sont confluents. Dans le temps où il existait à l'hôpital du Midi une division de femmes malades, nous en avons eu une dans nos salles, qui avait perdu la presque totalité de la peau de la cuisse par suite du développement de ces tubercules sous-cutanés. Ils peuvent être ou disséminés, ou réunis en groupe. Quelquefois ils forment une espèce d'anneau; mais cette forme est la plus rare. Ces tubercules ne sont le plus souvent annoncés par aucune espèce de sensation douloureuse. Cependant, il y a quelques cas rares dans lesquels les malades accusent une sensibilité plus vive de la partie qui doit devenir le siége de ces productions.

Le plus habituellement donc, aucun sentiment pénible, ou même désagréable, ne fait connaître le moment où la maladie commence. Elle débute par une très petite tumeur, de la grosseur d'une lentille ou d'un petit pois, d'une tête d'épingle même. Si vous suivez attentivement le malade, vous sentez peu à peu, et lentement, la tumeur grossir et finir par atteindre le volume d'une grosse noix. L'accroissement des tubercules se fait d'une manière lente et sans douleur. Lorsqu'ils sont sous-cutanés, on peut, en imprimant quelques mouvements à la peau, à laquelle ils adhèrent par une sorte de petite pédicule, les déplacer et se convaincre de leur mobilité sur les parties sous-jacentes.

Nous avons dit que leur développement est très lent. En effet, ils mettent deux, trois, six mois, un an même avant d'arriver au terme de leur évolution. Nous avons vu des malades les garder pendant plusieurs années. C'est, on peut l'assurer, le plus lent des accidents syphilitiques. Néanmoins, un peu plus tôt chez les uns, , un peu plus tard chez les autres, le tubercule finit par se ramollir, et une sorte de fonte purulente s'établit, qui commence au centre du tubercule et va se propageant jusqu'à la circonférence. Le tubercule a contracté des adhérences dans toute sa périphérie; il se trouve renfermé dans une sorte de poche ou de kyste; c'est dans l'intérieur de ce kyste que se fait le ramollissement; peu à peu, à travers les parois de la poche, on sent une fluctuation obscure qui se dessine de plus en plus. De dure qu'elle était, la tumeur devient molle et présente la consistance d'un abcès. La peau, qui avait pu jusqu'alors rester sans altération de couleur, prend une teinte rouge, violacée, s'amincit, se gangrène, et par l'ouverture que produit la chute de l'eschare, s'échappe un pus ichoreux, mal lié, gangréneux. Dans quelques cas, le tissu cellulaire voisin s'empâte, et une très petite tumeur peut finir par devenir énorme.

Lorsque cette scène a lieu, vous voyez sortir de la plaie les matières dont nous vous parlions plus haut. Des débris organiques sortent avec le pus qui les entraîne. A l'ouverture unique qui s'était formée d'abord, succède une ulcération plus vaste, plus étendue, qui a toute la profondeur du tubercule; on voit dans cette cavité des productions demi-membraneuses, demi-gangréneuses; les bords présentent l'aspect d'ulcères de mauvaise nature. Nous ne saurions mieux comparer les ulcérations qui succèdent à cette fonte purulente des tubercules tertiaires, qu'aux ulcérations de l'ecthyma profond, ou à celles qui succèdent à quelques cas de rupia très avancés; de telle sorte qu'une fois arrivés à la période ulcéreuse, il est quelquefois possible de confondre les tubercules sous-cutanés avec des ulcérations qui ne sont pas spécifiques.

Les ulcérations consécutives au ramollissement des tubercules tertiaires de la vérole constitutionnelle suivent la marche des ulcérations syphilitiques ordinaires. Elles persistent tant que la coque du tubercule n'est pas éliminée par le travail suppuratif. Il y a des circonstances dans lesquelles l'ulcération consécutive à la fonte tuberculeuse arrive à la cicatrisation spontanée; une fois que la poche, le kyste a été expulsée au dehors par la suppuration des parties voisines, les ulcères marchent à la réparation, si aucune autre condition ne s'y oppose, et produisent une cicatrice semblable à celles des brûlures profondes. Quel que soit leur siége, du reste, les tubercules tertiaires suivent fatalement la marche que nous avons indiquée, et il est rare qu'ils se terminent autrement que par suppuration.

Pour tracer d'une manière complète l'histoire des tubercules tertiaires de la syphilis, nous devrions faire, ou du moins esquisser rapidement l'histoire de ces tubercules dans chaque région du corps en particulier. Sans entrer dans ces détails que ne comporte point la nature d'un cours de ce genre, nous croyons cependant qu'il est bon d'appeler l'attention sur quelques-uns des points où ces tubercules se développent le plus souvent. Un des siéges les plus fréquents et les plus importants à connaître de ces productions, c'est le tissu cellulaire sous-muqueux de la langue. On rencontre très fréquemment le tubercule tertiaire syphilitique dans l'épaisseur de la langue, et cette affection mérite d'être étudiée avec le plus grand soin, avec d'autant plus de soin, qu'à une époque qui n'est pas encore très éloignée de nous, on l'a confondue avec des maladies tout à fait différentes et d'une nature tout autre. Nous avons vu tomber sous le couteau de chirurgiens habiles des langues que l'on pensait être atteintes de cancers, et qui n'étaient autre chose que des langues tuberculeuses, dont l'iodure de potassium aurait, en peu de temps, opéré la complète guérison.

Les tubercules syphilitiques de la langue commencent sans que le malade soit averti de leur apparition par aucune douleur, aucune exagération de la sensibilité. La langue devient dure, se bosselle, soit dans toute son étendue, soit dans un seul point. En même temps, cet organe devient moins habile et exécute moins facilement les mouvements nécessaires à la déglutition et à l'articulation des sons. A aucune époque le sujet n'éprouve de douleurs lancinantes. Si la maladie fait des progrès, soit qu'on l'ait abandonnée à elle-même, soit qu'on ne puisse pas l'enrayer même par une énergique médication, il y a bien quelques souffrances plus ou moins vives, mais elles ne ressemblent en aucune manière aux douleurs aiguës et intolérables des tumeurs cancéreuses. Les laisse-t-on marcher, elles se ramollissent; le ramollissement, comme pour les tumeurs sous-cutanées, se fait volontiers par le centre de la tumeur. Dans les tumeurs cancéreuses, au contraire, on remarque, chez beaucoup de sujets, une tendance à se fissurer de la circonférence au centre, de la superficie aux parties profondes. Le caractère de la fonte centrale est un des plus importants pour le diagnostic.

Lorsque la suppuration est assez avancée, la tumeur s'ouvre et se transforme en une ulcération profonde à bords sinueux; il survient un empâtement, un gonflement des parties voisines, engorgement qui reste limité, circonscrit. Or, il est rare qu'un cancer de la langue arrive à la fonte purulente, à l'ulcération, sans que les ganglions lymphatiques voisins ne se prennent. C'est donc un caractère négatif de la plus haute valeur que l'intégrité des ganglions lymphatiques dans

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Révolution universitaire. — Le Conseil royal, ce qu'il était. — Sa constitution intime. — Ses inconvénients et ses dangers. — Le Conseil de l'Université, ce qu'il sera. — Son influence probable. — Le passé et l'avenir. — Injure faite aux médecins de Lille. — Opinion d'un journal de Montpellier sur les deux Commissions. — La Chambre des pairs et la Chambre des députés. — Programme des deux Commissions. — Deux erreurs de Jean Raimond.

En présence de ce qu'on est convenu d'appeler le coup d'Etat de M. de Salvandy, de ces ordonnances qui modifient si profondément l'organisation du Conseil royal de l'instruction publique, il est naturel de nous demander, nous médecins, si nous avona à perdre ou à gagner à cette révolution universitaire, et si l'état nouveau dea choses aura une inlluence défavorable ou heureuse sur nos destinées. Il me semble même que nous sommes ici mieux placés que bien d'autres pour voir cette affaire sous son point de vue véritable et dégagé des vapeurs qui s'élèvent d'un certain horizon. La presse politique, en effet, est souvent entraînée falalement à louer ou à blâmer les actes ministériels, parce qu'il faut systématiqnement approuver ou combattre tout ce qui émane du pouvoir. C'est ce qui est arrivé pour les ordonnances récentes; chacun les a jugées avec ses convictions, avec ses passions politiques; on les a louées d'une façon imprudente et quelquefois suspecte; on les a blâmées avec peu de justesse et de justice, presque toujours on les a, selon moi, inexactement interprétées. Heureusement que, si ce n'était par tempérament, les exigences de ce journal me feraient une nécessité de me soustraire à toutes ces préoccupations politiques qui troublent ou égarent les intelligences les plus robustes; heureusement encore que je peux ici, en dehors des récriminations et de la flatterie, apprécier ces actes ministériels sous leur côté vérilablement intéressant, c'est-à-dire le côté pratique; heureusement enfin que je n'ai à les envisager que sous un point de vue spécial et limité, c'est-à-dire sous le point de vue des affaires médicales.

Pour bien apprécier la portée des ordonnances récentes, il faut voir quel était le véritable état dea choses sous le régime que M. de Salvandy vient de détruire, car je laisse de côté et l'historique du Conseil royal et la question de légalité des ordonnances nouvelles, sujets dont la presse politique s'est amplement occupée.

Huit personnes composaient le Conseil royal de l'instruction publique. A chacune d'elles incombait une tâche différente; l'une avait le département des sciences, l'autre des lettres, celle-ci de la philosophie, celle-là des colléges, une autre du droit, etc. Sous le nom d'*affaires médicales*, un membre dirigeait tout ce qui concerne, universitairement parlant, la médecine.

Ce Conseil était maître absolu de ses actes et de ses décisions, dont l'appel ne pouvait avoir lieu qu'au Conseil d'Etat dans des cas déterminés et dont d'ailleurs l'application se présentait fort rarement. Le ministre lui-même était à peu près impuissant contre les actes du Conseil royal. L'ordonnance de M. de Vatismenil (1828) lui donnait bien le droit d'approbation, ce qui entraîne nécessairement le droit de désapprobation; mais ce droit, en quelque façon semblable aux prérogatives royales du *veto*, était un droit en puissance et non réel, une de ces armes dont aucun ministre n'ose se servir par mille raisons qu'il est facile de comprendre. Il n'y avait donc dans la puissance du ministre rien de sérieux, rien d'efficace, et le véritable ministre c'était le Conseil royal, ministre sans responsabilité, sans contrôle, sans publicité, sans aucun de ces éléments enfin que les mœurs modernes et la constitution ont imposés aux actes du gouvernement.

Le Conseil royal, pris dans son ensemble, présentait donc des conditions extraordinaires et tout à fait en désaccord avec nos institutions actuelles; mais, en pénétrant dans sa constitution intime, on est frappé d'anomalies plus singulières encore.

Ainsi, pour ne pas sortir du sujet habituel de nos préoccupations, les affaires médicales étaient dirigées, avec juste raison on peut dire étaient gouvernées, par un seul membre. Là, pas d'examen, pas de discussion possibles. Quelle contradiction utile attendre, en effet, d'un chimiste célèbre, d'un littérateur éminent, d'un philosophe, d'un publiciste illustre sur des affaires purement médicales? Anssi tout se passait-il avec la plus touchante unanimité; et si, dans les affaires de philosophie, le conseiller de la médeoine n'élevait jamais de difficultés, il n'avait pareillement à craindre aucune opposition du conseiller de la philosophie dans les affaires médicales. Et ainsi des aulres. Si bien, que les trois Facultés du royaume, que les vingt-deux Ecoles préparatoires, enseignement, administration, professeurs, élèves, personnel de tout genre, places, honneurs, avancement, promotions, concours et nominations directes, toute cette immense machine était mue par un seul homme, et cela, sans contrôle, sans responsabilité, sans contradiction, et inamovible.

Voilà, toujours pour ce qui nons concerne, le pouvoir immense, exorbitant que M. de Salvandy vient d'amoindrir et d'affaiblir. Cet état des choses présentait-il des inconvénients sérieux, des dangers réels?

Oui, certainement, il y a inconvénient et danger à mettre un pouvoir aussi énorme entre les mains d'un seul homme, quelque intelligent, quelque habile, quelque bien intentionné soit-il. Si l'on veut bien réfléchir, en effet, aux conditions que l'exercice de ce pouvoir absolu rendrait nécessaires, la prudence, la modération, la justice, la connaissance profonde des hommes, l'intelligence parfaite des institutions, le sentiment et la prescience des besoins à satisfaire, une ardeur contenue pour les innovations, l'autorité qui impose au professeur, l'indulgence qui ramène l'élève, la science qui commande à tous, croit-on que de telles conditions soient faciles à remplir? Je suppose, je veux, j'admets qu'elles l'ont été jusqu'alors: mais ne peut-on pas supposer aussi qu'elles puissent ne pas l'être? Et ne serait-ce pas là un malheur immense et déplorable?

Ce malheur, M. de Salvandy a voulu le prévenir, et, pour mon compte, je lui en rends grâce. Il a voulu gouverner l'Université, mais avec le contrôle des chambres et de la presse; il a courageusement ouvert cette salle mystérieuse où le Conseil royal rendait ses arrêts irresponsables; il y a fait entrer l'examen, la discussion, c'est-à-dire la lumière, et tout cela est parfaitement conforme à nos mœurs et à nos institutions.

Ainsi au lieu de huit membres dont se composait le Conseil royal de l'instruction publique, le Conseil de l'Université se composera de trente personnes, dix inamovibles, et vingt amovibles. Dans la catégorie de ceux qui sont aptes à devenir conseillers de l'Universilé, figurent les professeurs des facultés. Nul doute alors que M. de Salvandy ne prenne dans la Faculté de Paris un cerlain nombre de professeurs pour compléter le département des affaires médicales. Le secret qui a été si bien gardé sur ce grand acte ministériel, l'est aussi sur ses conséquences, et nul ne prévoit encore sur quels noms M. le ministre fera tomber son choix. Heureusement qne la Faculté de Paris est assez riche de lumières et de bonnes intentions pour que nous n'ayons pas à redouter à ce sujet les égarements du pouvoir.

Cet état nouveau des choses aura-t-il nne heureuse influenee sur les destinées de nos institutions? Tout esprit droit et sincère ne peut le mettre en doute. Certes, ce devait être un fardeau bien lourd pour un seul homme, que le poids immense des affaires médicales; et quelle intelligence assez puissante pourrait se flatter de mener toujours à bien l'ensemble et les détails de cette vaste entreprise? De plus, si les actes du Conseil royal échappaient en quelque sorte à la responsabilité légale, n'y avait-il pas une responsabilité morale qui incombait à chacun de ses membres dans ce qui le concernait particulièrement? Et n'est-ce pas un avantage de soustraire ces hommes à la possibilité de céder quelquefois à des motifs autres que des motifs légitimes? Les conseils nombreux où siégent de hautes capacités et de hautes lumières, sont néanmoins sujets à l'erreur; que doit-il en être d'un conseil où l'on ne rencontre qu'une seule intelligence, qu'une

les cas de tubercules syphilitiques tertiaires. Ainsi, pour tout résumer en quelques mots, marche de la maladie locale du centre à la circonférence; absence de douleurs lancinantes; absence d'engorgements des ganglions voisins; voilà des signes à l'aide desquels on arrive facilement dans la plupart des cas, à poser un diagnostic certain et positif. N'oublions pas l'iodure de potassium, cette précieuse ressource à laquelle il suffit de s'adresser pendant huit ou dix jours pour voir disparaître comme par enchantement les tubercules syphilitiques, tandis que le cancer n'est nullement modifié par cet agent thérapeutique. Il y a encore un autre caractère fort important, essentiel. Le cancer ne s'arrête pas; enlevez la tumeur cancéreuse, l'affection récidive. Il n'en est pas de même du tubercule syphilitique. Une fois enlevé, il laisse après lui une plaie simple qui guérit suivant les lois ordinaires. Les mêmes tubercules sous-muqueux peuvent exister dans le pharynx, dans les voies aériennes; leur marche est absolument la même, et nous n'en dirons rien de plus.

Nous avons dit que les tumeurs gommeuses peuvent siéger partout. Un des endroits de l'économie où elles se développent plus fréquemment que l'on ne pense, et dont la connaissance est extrêment importante, c'est le tissu pulmonaire. Depuis plusieurs années, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires qu'il faut de toute nécessité rattacher au tubercule syphilitique. Dans le parenchyme de cet organe, le tubercule spécifique suit la même marche que dans toute autre partie du corps; c'est la même forme, la même évolution, la même terminaison fatale par la fonte purulente. Les malades crachent du pus comme dans la période la plus avancée des tubercules pulmonaires; les sujets maigrissent, s'affaiblissent, et bientôt arrive la mort, suite des troubles survenus dans les fonctions respiratoires. Suivant la différence du siége, vous comprenez les accidents possibles, de même que les accidents qui doivent se manifester nécessairement. Il est un point fort important, et que nous ne voulons point laisser échapper; c'est celui-ci, à savoir, que lorsque le tubercule syphilitique tertiaire se développe, il peut devenir l'occasion d'une maladie du voisinage. Qu'un tubercule vienne à se développer sur la voûte palatine, sur la cloison du nez, il se pourra qu'il devienne la cause d'une maladie des os, soit de la voûte palatine, soit du vomer, etc.

Nous avons trouvé des tubercules dans le foie, dans le cerveau, dans la rate; toutes altérations parfaitement connues dans la science, mais que l'on n'a pas toujours rapportées à leur véritable cause. Nous avons eu tout dernièrement occasion de vous faire voir un cœur dont le tissu contenait dans son épaisseur des tubercules bien évidents, quelques-uns même en voie de ramollissement. Chez cet homme, l'examen des poumons fit voir que ces organes étaient farcis de tubercules; de plus il y avait des tubercules térébrants de la peau. Chez cet individu, à quelle cause, sinon à la vérole, devait-on rapporter ces altérations, ces dégénérescences organiques; il ne présentait dans ses ascendants aucun antécédent de phthisie, et avant son infection syphilitique il n'avait jamais présenté le moindre signe qui pût faire chez lui soupçonner la diathèse tuberculeuse. Le sujet dont nous vous parlons était un véritable type. Nous devons faire observer que suivant l'organe dans lequel se développent les tubercules, les phénomènes varieront; mais toujours et partout, l'influence de la médication spéciale sera la preuve irréfragable de la nature spécifique de la maladie.

Ainsi, toutes les fois que vous aurez affaire à des lésions profondes, obscures, larvées, rentrant dans une symptomatologie générale, tous ces phénomènes pathognomoniques absolus, mais que vous pourrez remonter aux antécédents, arrêtez-vous à cette conclusion, que la maladie pourrait bien être syphilitique. Si l'on avait toujours eu cette idée présente à l'esprit, combien de phthisiques, nous n'en doutons point, chez lesquels ont aurait pu obtenir une guérison complète! Toutes les fois qu'une maladie douteuse aura résité aux médications ordinaires, essayez des médications antisyphilitiques. Vous serez étonnés, bien que vous soyez prévenus, des résultats admirables et inattendues que vous obtiendrez.

Nous arrivons à une des maladies les plus curieuses, les moins connues, nous devons dire aussi les moins communes de la troisième période des accidents syphilitiques constitutionnels, maladie que nous ne sachions pas avoir encore été décrite par aucun auteur. C'est l'induration des corps caverneux de la verge. Nous dirons que cette affection est assez rare; cependant il ne se passe point d'année que nous n'en rencontrions huit ou dix exemples, et les considérations que nous allons vous présenter à ce sujet sont le résultat de l'analyse de soixante ou quatre-vingts observations environ qui nous sont propres.

Induration des corps caverneux de la verge. — Quelquefois chez un malade, à la troisième période de la vérole, il arrive qu'un petit point dur se manifeste dans l'un des corps caverneux, ou dans chacun des corps caverneux à la fois. Un jour, sans avoir été averti par aucune douleur, par aucun phénomène appréciable, le malade sent dans l'épaisseur de la verge une petite dureté de la grosseur d'un grain de millet. Peu à peu cette dureté augmente de volume, va progressant, soit d'un seul, soit des deux côtés à la fois, sans occuper un point des corps caverneux de préférence; ainsi on les constate tout aussi bien en dessus qu'en dessous ou latéralement. La maladie marche lentement, doucement, sans douleur aucune; mais à mesure que l'induration fait des progrès, la verge commence à dévier de la ligne droite, et voilà ce qui arrive. Si l'on a affaire, par exemple, à une induration latérale d'un seul corps caverneux, le tissu érectile perd sa perméabilité dans le point induré; que le malade ait une érection, le corps caverneux du côté sain se gonfle seul, le corps caverneux malade reste avec les dimensions qu'il présente à l'état de flaccidité, et la verge décrit une ligne courbe à concavité latérale; le malade présente une érection que nous pourrions appeler, qu'on nous passe cette expression, une érection *inguino-crurale*, l'extrémité de la verge regardant le pli de l'aine. L'induration a-t-elle pour siége le dos de la verge, la verge se redresse pendant l'érection, et forme un arc de cercle à concavité supérieure, que nous ne saurions mieux comparer, qu'on nous passe encore cette comparaison, qu'à la queue d'un carlin, le gland venant rejoindre la symphyse des pubis. Nous avons vu toutes les variétés de la maladie que nous vous décrivons, et nous avons observé certains malades chez lesquels pendant l'érection la verge décrivait un anneau complet.

Quelle est la cause de cette bizarre conformation de la verge? Jusqu'à la fin de la maladie, les sujets n'éprouvent aucune espèce de douleur. Jamais l'affection ne se termine par suppuration. Le plus ordinairement, il n'est possible d'obtenir aucune guérison. Nous avons cherché à remonter à l'étiologie de cette affection. Il y a des cas dans lesquels l'induration des corps caverneux nous a semblé appartenir nettement à une lésion du tissu fibreux analogue, identique à celle qui survient dans l'albuginite. Dans ces circonstances, nous sommes arrivé, à l'aide du traitement des accidents tertiaires, à obtenir la guérison complète, lorsque la maladie n'était encore que peu avancée. Lorsqu'il s'est déjà produit une transformation fibreuse, l'art est impuissant, et l'on n'a plus aucune espérance de rendre à l'organe sa perméabilité première. Sans pouvoir l'affirmer d'une manière positive, il nous a semblé que chez le plus grand nombre de nos malades, le point de départ de cette induration avait été une blennorrhagie très intense. Chez quelques sujets, nous avons constaté comme cause première des violences exercées sur la verge pendant qu'elle était en érection. Chez un jeune homme, étudiant en médecine, il nous a semblé possible de faire dépendre l'affection d'une apoplexie sanguine des corps caverneux. Pendant une érection très forte, il y avait eu douleur violente, probablement rupture des cellules, épanchement de sang, formation de caillots qui n'auront pu se résorber. Enfin, d'autres fois, nous avons pu croire qu'il y avait eu phlébite plastique, au point de départ de laquelle nous n'avons pu remonter.

D[r] A. F.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service pour 1844.

Phthisie pulmonaire, et son traitement.

Les maladies aiguës montrent toute la puissance de la médecine; par elle, la vie des hommes est entre les mains de l'homme de l'art, qui peut se flatter d'avoir conservé la vie à des individus voués à une mort certaine, si on avait confié à la nature le soin de les guérir; les maladies chroniques, au contraire, sont d'une telle ténacité, que l'art échoue souvent en les combattant, et que l'inefficacité des moyens employés par le médecin semble le faire douter de son art. Parmi ces maladies il en est une contre laquelle les plus grands praticiens ont presque toujours lutté en vain, nous voulons parler de la phthisie pulmonaire, ce fléau de nos climats qui frappe sans pitié, et laisse si peu d'espoir au médecin et au malade. Aussi doit-on louer les praticiens qui font d'utiles efforts soit pour prolonger la vie des malades, soit pour obtenir une cure radicale. Parmi ces praticiens, nous devons signaler M. le docteur Bricheteau, chef du service médical dont nous rendons compte, qui ne cesse d'apporter la plus scrupuleuse attention dans l'étude comme dans le traitement curatif de la phthisie pulmonaire, et dont la pratique éclairée a été couronné quelquefois de succès. Pendant l'année 1844, les phthisiques ont été traités durant le premier semestre par les cautères et la potion stibiée, pendant le second semestre, par les cautères seuls, en grand nombre. Nous allons exposer successivement ces deux modes de traitement, et lorsque cet exposé sera achevé, nous présenterons des considérations relatives à chacun d'eux.

1° Traitement de la phthisie par les cautères et la potion stibiée.

Lorsque la phthisie était reconnue, sans avoir égard au degré, pourvu que le malade n'eût pas de diarrhée, on appliquait sur le siég des tubercules, presque toujours sous les deux clavicules ou sous une seule, suivant qu'un seul poumon ou les deux à la fois étaient affectés, un ou deux cautères avec la potasse caustique, ou le caustique de Vienne. En même temps on prescrivait une potion gommeuse, dans laquelle on mettait de 5 à 10 centigrammes de tartre stibié. Le malade prenait le premier jour une cuillerée de cette potion; si le second jour il n'avait pas eu de nausées ni de vomissements, ni de diarrhée, on administrait deux cuillerées de la potion; le troisisième jour trois, et le quatrième jour la potion entière. Alors le malade, à partir du cinquième jour et pendant toute la durée du traitement, prenait chaque jour une potion

---

seule capacité? La discussion, la critique même et l'opposition ne sont-elles pas des sources de lumières et des garanties contre l'erreur?

Ces motifs généraux suffiront, je l'espère, pour légitimer l'opinion favorable que j'ai conçue des dernières ordonnances universitaires. J'aurais pu m'appuyer sur l'exemple et sur l'application, mais je me suis abstenu pour laisser à mon opinion toute la gravité d'une opinion de principe. Le passé est passé, abandonnons-le sans amertume pour nous tourner avec espérance vers l'avenir. D'ailleurs, pour dire en deux mots toute ma pensée sur ce point, je crois sincèrement que les erreurs et les fautes qui ont été commises sont mille fois plus imputables aux vices de l'institution qu'aux intentions des hommes. C'est un terrible et bien dangereux pouvoir que le pouvoir absolu; et que Dieu a été bon de ne pas le remettre à certaines oppositions de moi connues!

— Puisque je parle d'affaires ministérielles, si j'avais la prétention d'être lu par un ministre, je signalerais à M. de Salvandy un acte récent de son département qui met fort légitimement en émol le corps médical d'une de nos principales villes. Voici le fait. La place de médecin du collège royal de Lille est devenue vacante. Cette ville possède quarante docteurs en médecine parmi lesquels, pour les lumières et pour la dignité professionnelle, l'administration n'avait que l'embarras du choix. Or l'administration, faisant en cela une sorte d'injure à nos confrères civils, a nommé à la place vacante un médecin militaire appartenant à l'hôpital d'instruction de cette ville. Cela n'est pas juste. Je veux bien croire que, sous tous les rapports de capacité, le choix du ministre est excellent; mais nos confrères de Lille ne pouvaient, sans des motifs qu'il est impossible d'alléguer, être privés de l'honneur et du bénéfice d'une place qui leur revenait naturellement. Les médecins civils ne peuvent, en aucun cas, prétendre à des fonctions médicales de l'ordre militaire; il me semble qu'it serait fort logique et fort équitable de maintenir une parité parfaite. Je serais fort heureux d'appeler l'attention et la sollicitude de M. le ministre sur ce fait grave, qui met en suspicion, pour ainsi dire, le corps médical de toute une grande cité.

— Je lisais, ces jours-ci, dans un journal de médecine de Montpellier, un article remarquable sur le Congrès et sur les deux Commissions qui fonctionnent à cette heure. Je n'accepte pas toutes les opinions de l'auteur sur ces deux questions; mais il en est une que je désire faire connaître à mes lecteurs, parce qu'elle me semble envisager le fait des deux Commissions sous un point de vue vraisemblable, s'il n'est pas réel. Qu'a été le Congrès? se demande l'auteur. — Je n'ai pas le texte sous les yeux, mais je suis sûr de rappeler le sens. — Un mouvement provoqué, manifesté et accompli par la démocratie médicale. La Commission qui en est la suite, représente donc les intérêts démocratiques de la corporation. Or, les exigences des institutions modernes veulent qu'à cet élément démocratique on donne un contrepoids conservateur et aristocratique, et c'est ce qu'a fait M. le ministre en nommant la Commission des hautes études, presque entièrement formée des sommités scientifiques et professionnelles de la corporation. Ainsi donc, d'après les expressions même de l'auteur, la Commission du Congrès serait, dans nos affaires médicales, la chambre des députés, c'est-à-dire le mouvement et la réforme, et la Commission ministérielle représenterait la chambre des pairs, c'est-à-dire l'esprit de résistance et de conservation. J'avoue que la comparaison me paraît un peu ambitieuse; néanmoins il y a un fond de vérité dans tout cela. Il n'est pas possible de croire que les deux Commissions soutiennent et représentent les mêmes intérêts; leur origine, leur nature, leur composition s'y opposent; si cela ne paraît pas tout à l'heure bien clair à tous les esprits, un avenir prochain élucidera probablement les choses. Toujours est-il que le journal de Montpellier me paraît avoir très intelligemment compris la position respective des deux Commissions. Ce qu'il y a de certain encore, c'est que la Commission du Congrès sait, et tout le monde sait avec elle, ce qu'elle veut, où elle tend, quelles réformes elle désire, quels intérêts elle veut satisfaire, quelles améliorations elle cherche à obtenir. En peut-on dire autant de la Commission ministérielle? Ce serait fort téméraire. Pour moi qui ne vois encore rien poindre à l'horizon, si ce n'est les honorables membres de la Commission aristocratique, arrivant en toute hâte qui de Montpellier, qui de Bordeaux, qui de Strasbourg, je ferme ma lunette jusqu'à mardi prochain en leur souhaitant une bonne et heureuse arrivée.

Jean RAIMOND.

P. S. J'avais été mal renseigné de quelques détails relatifs au legs de cent mille francs dont j'ai parlé dans mes dernières *Causeries*. J'avais attribué à l'influence et aux vives instances d'un professeur de la Faculté de Paris la détermination de la testatrice; des renseignements exacts et précis me font un devoir de déclarer que cet honorable professeur est resté étranger à cette affaire, et qu'il n'a connu le testament qu'après le décès de la testatrice. Quoique je n'aie eu, dans mon article, aucune intention malveillante ou désobligeante, quoique, à mon avis, on pût regarder comme un acte louable et approuvable de provoquer un legs en faveur d'une institution scientifique, je ne dois pas moins rétablir la vérité d'un fait dès que cette vérité m'est connue. C'est ainsi que j'ai toujours compris les devoirs du journaliste. Avec les intentions les plus droites on peut commettre des erreurs, mais l'empressement à rectifier celles-ci doit être une preuve de la sincérité de celles-là.

Quant au fond, l'affaire est à peu près telle que je l'ai racontée. Cependant j'ai appris que dans un premier membre de phrase du testament, le legs paraît fait à la Faculté de médecine de Paris; et dans un second membre de phrase, il paraît affecté à l'*Académie* de médecine; cette rédaction si confuse est une preuve de plus que l'honorable professeur est entièrement étranger à l'acte dont il s'agit. D'ailleurs, cette affaire en est encore dans les obscurités des opérations préliminaires.

— Autre erreur, car on a ainsi des jours de malheur. J'avais laissé M. Dubois (d'Amiens) paisible possesseur, pour 1846, du secrétariat annuel de l'Académie de médecine; M. Dubois résigne cet honneur; il se retire; et l'Académie voulant honorer le talent, l'activité et le zèle, porte très légitimement ses vues sur l'honorable M. Melier. Le succès de cette candidature paraît assuré.

— Enfin, je dois quelques excuses à M. Rochoux et à son *âme* que je tiens depuis deux mois emprisonnée dans un de nos cartons. Oui, l'âme de M. Rochoux!..... Vous verrez cela dans une de mes prochaines *Causeries*.

Bibliographie.

Cours élémentaire de pathologie chirurgicale, d'après la doctrine de l'Ecole de Montpellier, par le docteur ALQUIÉ, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Sous ce titre, à notre avis trop modeste, *Cours élémentaire*, M. Alquié se propose de montrer les applications que l'on peut, que l'on doit faire, suivant lui, des doctrines vitalistes de l'Ecole de Montpellier à la pathologie chirurgicale. Nous disons que ce titre est trop modeste; en effet, la première partie de l'ouvrage dont nous avons à rendre compte n'est rien moins que de la chirurgie élémentaire; c'est de la haute science, c'est ce que nous ne craindrions pas, si l'on n'avait dans ces derniers temps fait un peu d'abus de ce mot, d'appeler de la *philosophie* chirurgicale. Et l'on en saura d'autant plus de gré à l'auteur que, si l'époque actuelle a produit un grand nombre d'ouvrages dans lesquels on a cherché à appliquer à la pathologie interne les principes généraux de la science, il n'en est pas un peut-être où l'on trouve une application de ces mêmes principes à la pathologie externe, où l'on fasse de la pathologie chirurgicale générale. La meilleure manière d'apprécier un pareil livre, c'est d'en donner une courte et rapide analyse, c'est d'exposer en quelques mots la marche qu'a suivie l'auteur, c'est de montrer le but qu'il a voulu atteindre et quels développements il a su donner à la pensée générale qui l'a guidé dans son travail.

Et d'abord, le professeur, résumant brièvement dans un premier chapitre les doctrines de l'Ecole qui s'enorgueillit d'avoir produit les Guy de Chauliac, les Joubert, les Goulard, les Lapeyronie, les Del-

entière, c'est-à-dire, 5,10 centigrammes d'émétique, selon la susceptibilité de l'estomac. Si dans le cours du traitement des vomissements ou de la diarrhée se manifestaient, on suspendait la potion et on traitait ces derniers accidents. Il est inutile d'ajouter que les cautères doivent être entretenus en parfaite suppuration, et que de nouveaux cautères seront appliqués lorsque les tendront à se cicatriser. Si pendant la durée d'un traitement des sueurs abondantes venaient à fatiguer le malade, on chercherait à les faire cesser par l'usage de l'acétate de plomb donné en potion, d'abord à la dose de 5 centigrammes; on augmentera tous les jours d'un centigramme jusqu'à la disparition complète de cette fâcheuse complication. Quant à la diarrhée, stupéfier l'intestin par l'opium, semble le meilleur moyen de l'arrêter. On peut employer aussi le riz, le cachou, et d'autres astringents connus. M. Bricheteau administre quelquefois avec succès une mixture avec une partie de digitale et deux parties d'ipécacuanba. Lorsqu'un malade entre à l'hôpital avec une phthisie récemment déclarée, une émission sanguine de deux palettes est pratiquée avant de commencer le traitement. Enfin, il arrive fréquemment de rencontrer des malades phthisiques atteints d'un accès de fièvre périodique survenant le soir, débutant par le froid, remplacé par la chaleur, et ce dernier stade suivi lui-même de sueur. Dans ce cas, il faut bien se garder de traiter cette fièvre par les antipériodiques ordinaires; car on ne ferait que hâter la fonte tuberculeuse qui devient mortelle en un temps fort limité.

Ainsi en résumant le tableau précédent : 1° si un malade a de la diarrhée, ne donnez pas la potion stibiée, arrêtez d'abord la diarrhée; 2° si un malade a des sueurs, donnez la potion stibiée, en même temps prescrivez à l'intérieur l'acétate de plomb; 3° s'il y a des exacerbations périodiques rémittentes et même des accès intermittents, donnez encore le tartre stibié, et ne tenez aucun compte de la périodicité fébrile; 4° si un malade a une phthisie récente avec de la toux, une douleur pectorale, des crachements de sang, etc., pratiquez une légère saignée.

Ajoutons que si un malade arrive à l'hôpital avec des tubercules pulmonaires ramollis, disséminés dans tout le poumon; si on constate chez lui plusieurs cavernes dans les différentes parties du poumon, on ne donne pas la potion stibiée quand bien même il n'y aurait pas de diarrhée. Les efforts seraient impuissants, le poumon étant trop malade. Le tartre stibié, en un mot, sera donné lorsque les tubercules seront limités vers le sommet du poumon, ou que les cavernes seront en bien petit nombre.

On sera peut-être étonné de la rapidité avec laquelle nous posons en quelque sorte des préceptes, sans parler des conditions individuelles ou idiosyncrasie du degré de la phthisie le plus propre au traitement heureux. Cette lacune n'est qu'apparente; car, malheureusement, il est impossible (l'observation quotidienne nous montre chaque jour notre impuissance) de dire *à priori* quels sont les malades qu'il faut préférer, choisir comme placés dans les conditions les plus favorable au traitement. L'existence des cavernes n'est point une contre-indication au traitement dont il s'agit; la force physique et le degré de la phthisie sont insignifiants dans le traitement; c'est ainsi que nous avons vu des individus robustes, quoique phthisiques, ne pouvoir pas supporter l'émétique; au contraire des individus chétifs, près du marasme, retirer un très grand soulagement du tartre stibié. Les observations inverses ont eu lieu.

Ainsi, il n'y a point d'induction rigoureuse possible, au milieu de cette obscurité, à tirer par rapport au diagnostic des médications thérapeutiques qui nous occupent.

Faisons connaître maintenant les résultats numériques de cette médication :

Phthisies pulmonaires,	38
Malades sortis guéris,	2
Malades non guéris, mais dans un état satisfaisant,	2

Rien n'est plus triste sans doute que cette statistique. Sur trente-huit, deux sont sortis guéris; peut-être dans quelques années d'autres masses tuberculeuses alors occultes, se développeront, se ramolliront, et feront succomber ces malades qu'on est fier d'avoir pu conserver.

La potion stibiée est sans aucun doute un moyen utile et efficace quand elle est tolérée (c'est là le but principal qu'on se propose d'obtenir); mais nous croyons qu'elle peut hâter la marche de la maladie. Ainsi, pour certains malades, le tartre émétique toléré est d'un grand secours; pour les autres, le médicament est nuisible par la diarrhée qu'il détermine ou accroît.

Faisons connaître en quelques mots l'action de cette potion, qui est une ressource précieuse quand on sait la donner à propos.

De tous les malades soumis à la potion stibiée, deux seulement l'ont tolérée tout le temps nécessaire au traitement; les autres furent pris de diarrhée vers le douzième jour, quelques-uns tolérèrent la potion jusqu'au quinzième du traitement. L'effet produit en premier lieu par le tartre émétique toléré est d'augmenter d'une manière notable l'appétit des malades; bientôt cette boulimie passagère est remplacée par un dégoût pour les aliments et particulièrement pour les aliments gras. Trois malades demandaient le régime maigre, ne pouvant tolérer les autres aliments. Un autre effet du tartre émétique toléré consiste dans le dégoût qu'ont tout d'abord certains malades pour prendre cette potion. Des sujets refusent cette médication; on ne peut les convaincre de la nécessité de prendre ce médicament, qui devient pour eux un tel objet de répugnance quo tous leurs efforts sont insuffisants pour obéir au médecin. Dans ces cas, insister serait inutile; aussi doit-on recourir à une autre voie thérapeutique. Si on interroge les malades qui éprouvent un effet salutaire de l'émétique, interrogés sur le bien-être qu'ils éprouvent, ils vous répondent qu'ils ont la poitrine dégagée, qu'ils crachent plus facilement, qu'ils ont plus de force, moins de sueur, qu'ils digèrent mieux, vont plus régulièrement à la selle. En même temps, ils ont moins de fièvre, reprennent peu à peu de l'embonpoint, recouvrent du sommeil sans sueur, etc. Terminons en disant qu'il est difficile de juger les effets de l'émétique sur la plupart des phthisiques parce qu'ils sortent au milieu du traitement, soit par inconstance, soit par ennui, soit enfin par dégoût pour le remède.

2° Traitement de la phthisie par les cautères.

Vingt-deux malades ont été traités par les cautères, appliqués en grand nombre sous les clavicules, en avant et en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses. A l'intérieur, on donnait de l'eau gommée; puis, s'il survenait de la diarrhée et des sueurs, on combattait ces accidents comme il a été dit plus haut.

Cette méthode thérapeutique par les cautères a été employée avec succès ultérieurement par M. Lallemand, qui, sur ce point, partage les opinions de M. Bricheteau. Le grand effet de cette méthode thérapeutique n'est pas sans doute d'obtenir une guérison radicale de la phthisie, mais de pouvoir prolonger la vie des malades; l'observation a confirmé ce principe. Les cautères en grand nombre ont eu un succès que nous nous plaisons à signaler ici : les malades ont été soulagés, des cavernes de nouvelle formation ont été entravées dans leur marche, des tubercules parvenus à la seconde période n'ont pas continué leur marche progressive, des individus atteints d'une phthisie récente ont dû une existence plus longue aux nombreux exutoires appliqués et renouvelés selon le besoin; mais ajoutons que nous n'avons pas été assez heureux pour constater un cas complet de guérison; beaucoup de malades sont sortis dans un état satisfaisant, mais emportant avec eux les traces d'un mal non radicalement guéri.

M. Bricheteau a cité dans ses conférences la femme d'un employé de l'octroi, dans un état de phthisie avancée, qu'il avait fait vivre cinq ans en lui appliquant un grand nombre de cautères au sommet des deux poumons, où existaient les cavernes : il les fait creuser assez profondément; on sait qu'il est parvenu une fois jusque dans la caverne, qu'il a fait ainsi cicatriser et affaisser avec succès.

Quelle conclusion nous est-il permis de tirer de l'emploi de ces deux moyens thérapeutiques? Si l'on envisage le grand nombre de phthisies qui ravagent nos climats; si, d'un autre côté, on a égard à la pauvreté des malheureux qui encombrent les hôpitaux, à l'impuissance dans laquelle ils se trouvent d'aller demander à un climat plus chaud les bienfaits d'une température qu'ils ne rencontrent pas sur le sol natal, on ne saurait trop louer le praticien de chercher à soulager une classe pauvre. Deux méthodes ont été exposées : par l'une, on peut espérer guérir; indépendamment du fait que nous venons de rapporter, M. Bricheteau a recueilli dans sa pratique privée, ainsi que dans son hôpital, quelques faits incontestables de guérison actuelle du moins de la phthisie par le tartre stibié.

L'inconvénient de ce moyen, nous l'avons dit, est de provoquer la diarrhée. Les cautères soulagent, mais n'attaquent pas la nature du mal. Les deux moyens réunis ne pourraient-ils pas rendre d'utiles services, l'un en arrêtant le progrès du mal, l'autre en l'attaquant dans sa source, ce que fait d'ailleurs quelquefois M. Bricheteau? Nous n'avons pas eu cette année de faits de cette nature un peu concluants soumis à notre observation.

De la paralysie.

Le traitement de la paralysie du mouvement est très rebelle. Nous allons parler ici des hémiplégies survenues à la suite d'apoplexies, et nous verrons quelle est l'action des excitants du système musculaire. La brucine a été le médicament adopté pour guérir ces paralysies : c'est un médicament presque tombé dans l'oubli, et qui cependant est d'une bien grande utilité; son efficacité me paraît aussi grande que celle de la strychnine, et il a de plus l'avantage sur ce dernier médicament de pouvoir être donné à des doses plus élevées sans crainte de déterminer des accidents funestes. Disons en commençant que l'on ne doit jamais chercher à guérir une paralysie consécutive à une apoplexie avant que six mois se soient écoulés depuis l'attaque. Toute tentative de guérison avant ce terme est dangereuse et peut entraîner des accidents graves par suite d'une action toxique sur le système cérébro-spinal. Comment expliquer ce fait? Cela est difficile; les autopsies qui ont été faites dans ces circonstances n'ont rien appris; on n'a pas trouvé d'apoplexie nouvelle; peut-on supposer un empoisonnement? Cette supposition ne paraît pas fondée, car, sur d'autres malades traités pour des hémiplégies anciennes, la brucine n'a jamais produit d'accidents funestes quoique le médicament fût donné à une dose fort élevée.

Passons maintenant en revue l'action de la brucine et la manière de l'administrer; à cet effet, rapportons ici une observation qui fait pour ainsi dire la base de notre compte-rendu. Nous verrons dans l'article suivant l'effet de la brucine dans les paralysies saturnines. Mais avant, disons que sur trois hémiplégies consécutives à une apoplexie cérébrale un seul malade a guéri.

Au n° 34 de la salle Saint-Ferdinand est entré, en décembre 1843, le nommé Fontaine (Philippe), âgé de quarante-cinq ans, demeurant rue Chapon, 11, né à Paris.

Cet homme, frappé d'une apoplexie cérébrale le 1er novembre 1839, avait recouvré assez de forces pour continuer son commerce en menuiserie. En 1843, ses forces physiques s'affaiblirent à un tel point qu'on fut obligé de le faire admettre à l'hôpital Necker; à son entrée, une hémiplégie du côté gauche fut constatée; les facultés intellectuelles étaient également altérées; il y avait une surdité presque complète. Dès le premier jour de son arrivée à l'hôpital, le malade fut traité par la brucine à la dose d'un centigramme; pour boisson, on prescrivit l'infusion d'arnica. Le premier jour, le malade ne ressentit rien de particulier; le second jour, on donna deux centigrammes; on continua à augmenter chaque jour d'un centigramme jusqu'à ce que l'effet du médicament devint appréciable. Ce fut à la dose de 10 centigrammes que le malade put nous rendre compte des sensations qu'il éprouvait. L'effet du médicament fut le suivant : Une heure après avoir pris les pilules de brucine, le malade accusait une chaleur générale siégeant particulièrement dans les cuisses et les jarrets; cette chaleur était accompagnée d'une susceptibilité générale; à ces premiers symptômes succédaient des convulsions régulières, revenant par intervalles et déterminant une vive contraction musculaire; en même temps, il y avait de la rougeur à la face, de la céphalalgie; le malade conservait néanmoins sa raison. Les convulsions survenaient lorsque le malade était debout, la chute était inévitable. La durée des convulsions était d'une heure; jamais il n'y a eu de trismus des mâchoires. Ensuite venait de la lassitude dans tous les membres, et un besoin irrésistible de sommeil.

Lorsque la brucine détermine les convulsions à une dose donnée, il ne faut pas de suite augmenter cette dose, mais attendre une diminution dans ses effets; lorsque cette diminution est notable, on recommencera à augmenter d'un centigramme chaque jour : c'est ce qui eut lieu chez ce malade,

pech, s'appuyant à chaque pas sur l'autorité de ces praticiens distingués, s'élève hautement contre la funeste distinction de l'art de guérir en médecine et en chirurgie. Ces deux divisions, dit-il avec raison, sont purement arbitraires et conventionnelles; elles s'opposent à toute espèce de progrès; la science est une; les sources du diagnostic sont les mêmes en médecine et en chirurgie; les méthodes d'observation doivent être les mêmes. Pour tout dire, en un mot, le chirurgien, suivant une expression du professeur Bérard de Montpellier, n'est autre chose qu'un médecin *opérant*.

Passant à l'étude de la pathologie chirurgicale générale proprement dite, l'auteur définit les maladies chirurgicales : celles dont le traitement demande *ordinairement* l'emploi des moyens manuels. Est-ce à dire, pour cela, que les maladies méritent la qualification de chirurgicales seulement lorsqu'il y a nécessité de topiques, d'opérations sanglantes? Nullement. « Il suffit que, communément, une lésion du » corps exige l'emploi d'un moyen manuel, pour qu'elle soit appelée » chirurgicale. Ainsi, la syphilis et tous ses désordres sont considérés » comme du ressort de la chirurgie, quoique fréquemment on obtienne » la guérison par des médicaments seuls » Il s'ensuit de là, naturellement, que M. Alquié n'admet pas avec quelques auteurs la certitude absolue dont on a voulu, bien à tort, gratifier la chirurgie, et qu'il combat, comme un étrange paradoxe, cette assertion, que la chirurgie aurait seule en partage des principes arrêtés et sûrement applicables, tandis que la médecine serait pleine d'incertitudes « Les » mêmes lois, ajoute-t-il, les mêmes principes, dirigent toute la science » des maladies; l'emploi des remèdes manuels pendant le traitement, » auquel l'hygiène, la matière médicale concourent aussi, distingue » seulement le médecin opérant. » Nous n'insisterons pas plus longuement sur les rapports de la chirurgie avec les autres branches des sciences médicales; nous ne suivrons pas non plus l'auteur dans les considérations critiques auxquelles il se livre à propos de l'examen historique des diverses nosographies chirurgicales anciennes et modernes; nous nous bornerons à signaler la classification qu'il propose pour les maladies réputées chirurgicales, classification dans laquelle il s'est efforcé, point qu'il regarde comme nécessaire, de mettre les distinctions nosologiques en rapport avec les indications thérapeutiques majeures. Pour lui, les maladies chirurgicales se divisent en trois classes :

1° Lésions physiques ou mécaniques, subdivisées en deux ordres; lésions congénitales, lésions accidentelles;

2° Lésions organiques, divisées en désorganisations simples et productions nouvelles, ou dysgénèses;

3° Lésions fonctionnelles, qu'il distingue en lésions générales et en lésions vitales localisées.

L'étiologie en chirurgie forme le sujet d'un chapitre, dans lequel on lira avec intérêt quelques pages aussi attachantes qu'instructives sur diverses questions graves, les diathèses, véritables affections latentes de l'économie humaine; les prédispositions organiques; l'influence du moral sur les affections morbides; enfin l'hérédité, considérée dans ses rapports avec la production des maladies. La symptomatologie a fourni à M. Alquié l'occasion de parler des sympathies, qui n'ont pas en général une grande importance pour le diagnostic ou le traitement des maladies externes, ne constituant que des épiphénomènes accessoires aux caractères propres des états morbides; d'examiner la doctrine des métastases, symptômes si fréquents dans les maladies chirurgicales puis les différents types qui se rencontrent en chirurgie comme en médecine, quelque singulière que paraisse au premier abord cette assertion. Enfin, viennent les sources du diagnostic en chirurgie, et par diagnostic l'auteur entend la connaissance de l'état morbide. Ce paragraphe comprend encore l'appréciation des méthodes de diagnostic, en tête desquelles doit se placer la méthode analytique, ou par exclusion, qui offre le plus de chances d'arriver à la vérité; l'examen des moyens à l'aide desquels on parvient à le déterminer, et la séméiotique, dont l'objet est de découvrir ce qui s'est déjà passé et ce qui se passe actuellement dans les maladies, et de prévoir ce qui adviendra.

Le dernier chapitre du volume dont nous n'avons pu, à notre grand regret, tracer qu'une esquisse pâle et décolorée, ce chapitre, résumé pratique des longues et laborieuses recherches de l'auteur, est entièrement consacré à l'établissement des lois générales de la thérapeutique en chirurgie. C'est sans contredit, selon nous, la partie la plus importante du livre, celle dont les chapitres précédents ne doivent être considérés que comme le préambule nécessaire. Cette section du cours de pathologie se subdivise en trois articles, dans lesquels l'auteur pose les lois générales de la thérapeutique, les règles à suivre dans le traitement des maladies chirurgicales, et passe en revue les divers moyens usités en chirurgie, ainsi que les effets que l'on peut attendre de leur emploi.

Si, sur certains points de doctrine, et ces points sont peu nombreux, nous ne partageons pas toujours complétement, nous élève de l'Ecole de Paris, toutes les idées émises par l'auteur, qui, du reste, est déjà connu du monde médical par des productions auxquelles on ne saurait refuser une grande valeur, nous ne pouvons terminer ce compte-rendu sans dire que cette première partie, destinée à servir d'introduction à un cours étendu et complet de pathologie chirurgicale, se recommande autant par le fond que par la forme, autant par des aperçus ingénieux et la finesse des détails, que par une hauteur de vues tout à fait remarquable, et par une sévérité de logique qui révèle un observateur exercé.

Dr A. FOUCART.

qui prit jusqu'à 20 centigrammes de brucine.

Voici un fait curieux que nous avons eu occasion d'observer également sur d'autres malades que ceux du service de M. Bricheteau, et qui prouverait que la brucine n'est plus tolérable à des doses données, tandis que les doses intermédiaires sont inoffensives. A la dose de 10 centigrammes, la brucine détermine quelquefois des convulsions. Vous n'augmentez plus la dose jusqu'à ce que tout accident ait disparu; puis alors vous augmentez chaque jour d'un centigramme. Il arrive que le médicament est sans action, donné à 11, 12, 13, 14, 15 centigrammes même; mais si vous vous élevez à 16, les convulsions reparaissent. Si le lendemain vous revenez à 15 centigrammes, les convulsions cessent entièrement; si vous remettez le malade à 16 centigrammes, les convulsions se reproduiront de nouveau. Il est difficile d'expliquer cet effet sur notre économie; mais nous croyons utile de l'indiquer aux praticiens qui voudront employer la brucine.

Revenons à notre malade. Il a pris de la brucine jusqu'à la fin de mars 1844, époque à laquelle il marchait parfaitement sans appui. Voici dans quel ordre l'amélioration s'est manifestée. Vers le milieu de janvier, le malade, appuyé sur un bâton, fit quelques pas dans la salle; mais il était obligé de se soutenir aux lits qui l'entouraient. Vers la fin de février, il se promenait au milieu de la salle, aidé de son bâton seulement; il ne vacillait plus. Au milieu de mars, le malade marchait sans appui, errait dans les salles, descendait les escaliers avec facilité et, profitant des beaux jours, faisait une promenade de deux heures sans se reposer. A la fin de mars, le malade soutenait une marche de quatre heures sans se reposer; il sentait de la vigueur dans ses membres. A la même époque, on suspendit la brucine; on mit le malade aux bains sulfureux, qui produisirent un très bon résultat. Le malade est resté toute l'année dans le service; la paralysie n'a pas récidivé. Toute médication avait été abandonnée dès le mois d'avril. Cette observation est intéressante par le succès complet qu'on a obtenu. Dans les trois autres hémiplégies, le succès n'a pas été aussi satisfaisant. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est l'absence des douleurs de tête, des vertiges, de la dilatation des pupilles, de la rêvasserie pendant le sommeil, effets ordinaires de la brucine, et que nous aurons l'occasion de signaler dans un instant, en parlant des paralysies par les intoxications saturnines.

Intoxication saturnine.

Nous diviserons en deux parties ce que nous avons à dire sur les effets du plomb. Dans la première, nous examinerons l'intoxication saturnine récente; dans la seconde, l'intoxication saturnine ancienne.

L'intoxication saturnine récente est accompagnée de symptômes en apparence plus graves, mais qui ont l'immense avantage de céder à un traitement bien dirigé. Ce traitement est basé surtout sur la gravité des symptômes, résultat de l'intensité de l'intoxication. Le premier phénomène qui frappe quand on examine un malade affecté de coliques de plomb, est la couleur jaune de son corps, l'altération de son visage, l'enduit qui recouvre les dents, les gencives, la fétidité de l'haleine; par-dessus tout cela, une douleur abdominale intense, une constipation opiniâtre; l'abdomen est rétracté, petit, bosselé, inégal dans un grand nombre de points. Enfin, si on examine la circulation, on sera étonné de la rencontrer normale; le malade a peu de fièvre. Deux indications à remplir frappent d'abord : 1° soulager le malade; 2° débarrasser l'économie du principe morbifique. Les douleurs tiennent généralement à une constipation opiniâtre: il faut donc débarrasser l'intestin. On emploiera à cet effet des purgatifs très actifs: les drastiques, l'huile de croton à la dose d'une ou deux gouttes; la médecine noire, l'huile de ricin et la demie de nerprun à doses fort élevées. Secondez aussi l'efficacité du purgatif par des lavements purgatifs. Le lavement des peintres est un médicament très actif, qui rend de grands services. L'intestin étant vidé, on calmera les coliques en se servant de l'opium; on prescrira des pilules d'opium. Le premier jour on donnera 5 centigrammes d'opium, le second 10 centigrammes, on augmentera chaque jour de 5 centigrammes; mais on ira rarement au delà de 30 centigr., parce qu'en général les douleurs ont diminué lorsque le malade prend 15 ou 20 centigr. d'extrait d'opium. Les préparations opiacées jouissent, dans ces cas, d'une efficacité incontestable pour procurer du repos au malade et favoriser le sommeil. Indépendamment des purgatifs et de l'opium, on prescrit à l'intérieur la limonade sulfurique, et chaque jour on place le malade pendant une heure dans un bain sulfureux; au sortir du bain, le corps du malade est noirci par la formation du sulfure de plomb, particulièrement à l'abdomen et aux membres. Ce traitement, continué ainsi pendant trois semaines, amène une guérison radicale, si c'est la première fois que le malade est atteint de la colique des peintres. En général, plus l'amélioration est sensible, moins les couches de sulfure de plomb occupant l'abdomen et les membres sont épaisses; on peut même dire que dès qu'elles ont disparu, la guérison est achevée. En même temps la coloration ictérique, ainsi que le dépôt grisâtre des dents, disparaissent; le malade peut sortir. Ainsi, l'intoxication saturnine qui atteint les peintres et, par dessus tout, les hommes qui travaillent au blanc de céruse, n'est pas grave quand le malade a été soigné à temps, et lorsqu'il ne s'expose plus à cette intoxication; mais il arrive souvent que, reprenant ses travaux dans la manipulation du plomb, la maladie récidive avec une nouvelle intensité, et devient plus difficile à guérir. Il en est de même pour ces intoxications négligées d'abord, qui, lorsqu'on appelle le médecin, ne sont plus curables par les progrès de la maladie.

Quels sont donc les effets de la récidive, ou de l'influence d'une intoxication prolongée? Ces effets sont d'amener soit des paralysies complètes dans un ou plusieurs membres, soit des paralysies partielles, surtout celles des muscles extenseurs. Ces paralysies occupent principalement les membres supérieurs; c'est là le siége principal. Ces accidents ne sont pas mortels, mais difficiles à guérir. D'autres accidents plus graves consistent, suivant les uns, dans une altération du grand sympathique, altération qui consisterait soit dans une névralgie, soit dans une névrose, soit enfin dans une paralysie de ce nerf. Lorsque le grand sympathique est ainsi affecté, le malade tombe dans une véritable cachexie saturnine, et la mort en est le résultat. Parmi ces accidents, un seul est bien constant; c'est la paralysie des muscles extenseurs du membre supérieur, ou des muscles extenseurs de l'avant-bras. Ces paralysies simples ou doubles, partielles ou complètes réclament d'abord le traitement général que nous venons d'indiquer plus haut, plus un traitement particulier pour ces paralysies. Il faut promener d'abord des vésicatoires volants d'un petit diamètre tous les deux jours sur la partie paralysée, puis appliquer sur ces vésicatoires de petites doses de brucine; ou donner à l'intérieur cet alkoïde, suivant la méthode indiquée plus haut. Cette thérapeutique a été suivie d'un plein succès dans deux cas sur quatre. Nous devons noter ici des symptômes cérébraux remarquables, tels que céphalalgies violentes, vertiges, dilatation des pupilles, trismus de la mâchoire, écume à la bouche comme dans l'épilepsie, convulsions tellement intenses qu'on est souvent obligé de lier le malade dans son lit. Au bout d'une heure, tous ces symptômes disparaissent. Dans les paralysies saturnines les convulsions sont cloniques, bien différentes des convulsions observées dans les paralysies consécutives à l'apoplexie, qui toutes étaient toniques.

Tel est le résultat que nous avons obtenu. Il est bien entendu que le malade, une fois guéri, devra renoncer aux travaux du plomb; sans cela, il verrait revenir les accidents avec une telle gravité que l'art ne saurait les guérir.

Il vient de se former à Madrid une Société de secours mutuels entre les élèves en médecine et en chirurgie. Le but de cette institution est de secourir les associés dans le cas d'emprisonnement, pour des causes non infamantes, et de leur procurer des honneurs funèbres en cas de décès. (*Boletin de medecina Matritense.*)

Le Sirop d'écorces d'oranges amères, de M. Laroze, pharmacien, à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 26, est une des bonnes préparations qui méritent sous tous les rapports de fixer l'attention du praticien observateur : 1° parce qu'il fournit le moyen d'administrer un tonique et un apéritif à doses toujours constantes; 2° parce qu'il est pris avec plaisir par le malade et facilement supporté par l'estomac et les intestins, dont il régularise les fonctions. Inutile d'énumérer ses succès dans les gastrites aiguës ou chroniques, les névroses des viscères : tous les praticiens qui l'ont expérimenté savent que son action, plutôt hygiénique que médicamenteuse, APRÈS UN USAGE DE QUELQUES JOURS SEULEMENT permet aux malades, dont l'estomac ne pouvait supporter auparavant qu'une alimentation végétale et encore très restreinte, de se nourrir à leur fantaisie du règne animal, et cela sans redouter aucune suite fâcheuse, sans craindre de la fatigue ou de l'irritation pour l'estomac ou les intestins.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 152. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 17 DÉCEMBRE 1845.

LE CONGRÈS MÉDICAL.

(Deuxième article.)

On sait que le programme de questions qui avait été soumis à l'examen du Congrès, présentait deux grandes divisions répondant aux deux points de vue sous lesquels doivent être envisagées les institutions médicales, c'est-à-dire l'enseignement et l'exercice. Il est à remarquer d'abord que ce programme, à part quelques petites questions de détail qui pouvaient à la rigueur rentrer dans un de ses paragraphes, embrassait la généralité des sujets qui constituent l'organisation médicale. Toutes les questions qui ont été agitées soit dans la presse, soit dans les commissions instituées, soit dans les sociétés savantes, s'y trouvaient posées ou indiquées. Il faut bien admettre que ce programme a répondu aux besoins véritables de la discussion; car le Congrès, à qui toute liberté avait été laissée sur ce point, n'en a pas interverti l'enchaînement logique et n'y a apporté aucune modification considérable. Il faut remarquer encore que les solutions diverses qu'avaient reçues la plupart de ces questions, se trouvaient indiquées dans le programme avec une scrupuleuse impartialité, et que le champ le plus vaste et le plus libre avait été ouvert à toutes les opinions. Les rédacteurs du programme s'étaient soigneusement abstenus de montrer leurs idées et leurs tendances propres, et en cela ils avaient fait preuve d'une saine appréciation de ce que doit être un Congrès et d'un grand respect pour la liberté et la spontanéité des opinions.

La première question que le Congrès a eu à agiter, était relative à la division de l'enseignement des sciences médicales dans les Facultés et dans les Ecoles préparatoires. Sur le rapport très habile et très habilement soutenu de M. Gintrac, le Congrès a décidé que cette division était utile et devait être maintenue. Assurément le Congrès s'est montré, sur cette question, conservateur au delà des prévisions, dirons-nous des espérances, des partisans les plus actifs des Ecoles préparatoires. Nous craignons de ne pas montrer à un si haut degré cet esprit de conservation. Pour nous, en effet, le nombre des Ecoles préparatoires paraît hors de toutes proportions avec les intérêts réels de l'enseignement. Nous ne concevons pas que l'existence de certaines Ecoles secondaires qui possèdent plus de professeurs que d'élèves, soit utile et avantageuse. Nous avons peine à croire que celles de ces écoles qui sont dépourvues de matériel, d'hôpitaux et de cliniques, d'amphithéâtres d'anatomie, puissent être regardées comme des institutions dont la perte serait regrettable. De sorte que d'accord avec le Congrès sur la question générale de l'utilité que peuvent présenter aux élèves et aux familles les Ecoles préparatoires, nous demanderions cependant que le nombre en fût considérablement réduit, et qu'il fût restreint aux grandes villes où existent de grands hôpitaux. Dix, douze au plus, de ces Ecoles préparatoires, nous paraîtraient plus que suffisantes. Dans l'état actuel des choses, il n'y en a pas dix qui, pour employer une expression de caisse, fassent leurs frais; les autres végètent et languissent dans un état presque complet d'abandon. Quel zèle, quel empressement peut-on demander à des professeurs réduits à faire des cours devant une douzaine d'élèves, et pour ceux-ci, quels encouragements, quelle émulation!

Il est vrai que le Congrès a demandé, et fort justement selon nous, que les Ecoles préparatoires devinssent entièrement universitaires. Raison de plus pour en restreindre le nombre. Jamais on n'obtiendra des Chambres une subvention suffisante pour faire fonctionner vingt-deux Ecoles préparatoires. Nous croyons savoir que M. le ministre de l'instruction publique a très bien compris l'impossibilité d'arriver à ce résultat; aussi, si nous sommes bien renseigné, ne proposerait-il aux Chambres de faire rentrer dans le giron universitaire, et de doter d'une allocation au budget, d'abord, que les écoles pour lesquelles les départements ont déjà fait ou feraient les dépenses nécessaires pour les fournir d'un matériel suffisant et convenable. Il nous paraît fort juste, en effet, que les départements qui veulent jouir des avantages d'une école, s'imposent quelques sacrifices pour lui donner les éléments nécessaires à l'enseignement. Ces dépenses une fois faites, les départements n'auraient plus que de légères allocations à voter annuellement pour l'entretien et les acquisitions nouvelles, et le corps enseignant de ces écoles serait soustrait à l'imminence de l'état actuel des choses, où les conseils-généraux, fatigués de voter des fonds aussi stériles, peuvent, en supprimant brusquement le traitement des professeurs, remettre tout en question.

Supprimer un grand nombre d'Ecoles préparatoires, faire rentrer entièrement les autres sous la direction et sous l'administration universitaires, voilà deux mesures auxquelles nous nous rallierions volontiers. Mais ce ne sont pas les seules qui puissent donner de la valeur et de l'importance à ces Ecoles. Une mesure de la plus grande urgence consiste à en recruter le personnel enseignant par la voie du concours. Les vœux du Congrès ont été fort explicites à cet égard, et nos convictions sont de tous points conformes aux siennes. L'idée qui a présidé à la nomination des professeurs des Ecoles a été malheureuse; c'est un point sur lequel sont unanimes tous les bons esprits qui ont étudié la matière. Nous ne nous appesantirons pas sur ce sujet délicat, qui pourrait éveiller des susceptibilités nombreuses que nous voulons respecter; mais nous croyons fermement qu'une condition indispensable de viabilité des Ecoles est la nomination au concours des professeurs, au concours entièrement libre, où puissent se présenter un si grand nombre de jeunes et belles intelligences qui restent sans emploi et sans utilité autour de nos Facultés, et surtout autour de la Faculté de Paris. Faites que dans dix ou douze grandes villes du royaume, de jeunes hommes pleins de science et d'avenir puissent trouver une position honorable, et vous verrez ces places, accordées aujourd'hui à de seules influences locales, être recherchées avec ardeur, obtenues par des luttes sérieuses, et remplies avec talent. Le concours, après tout, n'effraie que ceux qui ont de justes motifs d'en être effrayés; si les localités possèdent des hommes réellement aptes à l'enseignement, ils ne recuIeront pas devant les preuves à donner de leur aptitude, et ils en devront au concours une consécration plus légitime et plus belle.

Nous demandons donc le concours pour les Ecoles préparatoires, le concours absolu, immédiat, et pour toutes les places qui tiennent à l'enseignement. Mais, d'accord sur ce point avec le Congrès, nous cessons de l'être sur la question du *modus faciendi* de ces concours et sur le mécanisme, pour employer l'expression dont il s'est servi lui-même, par lequel ils doivent fonctionner dans les Ecoles.

Le Congrès a voulu que les juges de ces concours fussent pris mi-partis parmi les professeurs des Ecoles, mi-partis parmi les praticiens de la ville où siégent ces Ecoles. Nous éprouvons le regret de ne pouvoir partager ce vœu du Congrès, qui nous semblerait avoir pour résultat de redonner d'une main aux influences locales ce que le concours voudrait leur ôter de l'autre. A notre avis, et cela par des considérations que nous ne voulons encore qu'indiquer, les jugements des concours pour les Ecoles préparatoires doivent être entièrement soustraits à ces influences. Ces concours devraient avoir lieu soit devant les Facultés auxquelles les écoles ressortissent, soit devant ces Ecoles, mais avec un jury étranger assez nombreux pour contre-balancer l'inconvénient que nous signalions tout à l'heure. Tel avait été du reste le vœu de la Commission du Congrès, qu'une argumentation très habile de M. le docteur Hunaut (d'Angers) parvint à renverser. Nous le regrettons; nous voyons dans le mode adopté par le Congrès des inconvénients très graves, que l'expérience ne manquerait pas de mettre bientôt en lumière. Nous aimerions presque autant la nomination directe, car au moins les formes de la justice ne seraient pas violées, que des concours ainsi institués.

Nous regrettons d'autant plus ce vœu du Congrès relatif au mode à suivre dans les concours des Ecoles préparatoires, que nous savons que l'institution même du concours pour ces Ecoles n'est pas en faveur au ministère. Nous craignons qu'on ne s'arme des inconvénients que présente le mode adopté par le Congrès pour rejeter l'institution, et qu'ici la forme n'emporte le fond. Ce sera un malheur pour les Ecoles. Si l'on tient sincèrement à leur existence, il faut vouloir toutes les conditions qui peuvent l'assurer. Ce n'est pas tout d'avoir un état-major sur des cadres, de pouvoir énumérer sur des almanachs des titres de chaire et des noms de professeurs, il faut que ces chaires soient remplies et bien remplies, et elles ne peuvent l'être que par le concours libre.

Les autres conditions demandées par le Congrès pour ces écoles, répondent à des besoins généralement sentis et depuis longtemps exprimés; augmentation du matériel, enseignement clinique en harmonie avec le service des hôpitaux, certificat d'aptitude après la huitième inscription, appel nominal, etc.; toutes ces modifications de détail sont fort utiles, et seront probablement accordées sous le régime universitaire.

Examinons maintenant les vœux du Congrès relativement aux Facultés de médecine. Y.

(*La suite à jeudi prochain.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. Jobert (de Lamballe).

Kyste sus orbitaire. Usure du frontal avec intégrité du périoste. Ablation de la tumeur. Sa nature graisseuse. Guérison.

Le nommé Girard, âgé de vingt-cinq ans, bijoutier, portait depuis son enfance une tumeur située au-dessus du sourcil gauche, arrondie, qu'il dit avoir été d'abord roulante sous la peau, et ne lui avoir jamais causé la moindre douleur.

Cette tumeur grossit peu à peu, et atteignit le volume d'une noix. A l'âge de dix ans, il consulte un médecin qui ouvre cette tumeur et en tire un liquide transparent; celle-ci s'affaissa et le malade fut guéri. Mais trois années plus tard, la tumeur reparut, et l'année suivante elle avait un peu dépassé son premier volume. Un médecin l'ouvrit alors, et enleva en même temps une partie du kyste.

Cette dernière opération n'empêcha point la tumeur de reparaître peu de temps après; enfin, elle grossit, s'étendit vers la paupière, et finit par atteindre le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, est située au dessus du sourcil gauche et au niveau de la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes de l'arcade orbitaire; elle fait saillie sous la peau et déborde la paupière supérieure. Sa surface est lisse; ses limites sont bien tranchées; elle représente à peu près la forme d'un triangle dont la base serait en bas.

Cette tumeur, d'une consistance comme élastique, résiste à la pression, est irréductible, et paraît adhérer à l'os coronal; elle offre enfin de la demi-transparence et un peu de fluctuation.

La peau qui la recouvre est saine, sans changement de couleur, et n'y adhère en aucune façon.

Enfin, le malade n'éprouve aucune douleur dans la tumeur ou dans les parties voisines; il n'a jamais ressenti de troubles du côté du système nerveux, et la vue, du côté de la tumeur, est intacte.

Le 29 juillet 1845, M. Jobert procède à l'ablation de cette tumeur de la manière suivante:

Afin de ménager le plus grand nombre possible de filets nerveux sus-orbitaires, il incise verticalement, et de haut en bas, la peau qui recouvre la tumeur; ensuite il la dissèque avec précaution de chaque côté, en prenant soin de ne pas ouvrir le kyste. Arrivé à la face postérieure, il s'aperçoit que la tumeur adhère intimement au périoste; alors il la tire à lui, tend les liens ou tissus intermédiaires, et détruit complétement les adhérences.

La tumeur enlevée, on constate alors que la partie du frontal sur laquelle appuyait la tumeur présente une dépression notable au toucher et à la vue, bien qu'elle soit encore recouverte par le périoste sain.

L'opéré perdit peu de sang; quelques artères d'un petit calibre donnèrent seules, et M. Jobert pensa qu'il était inutile d'en faire la ligature. Aussi, réunissant les deux lambeaux de peau au moyen de trois points de suture entortillée, l'opérateur, avec quelques compresses et des rondelles d'agaric, exerça simplement une compression assez forte pour empêcher le sang de s'accumuler au-dessous des lambeaux, et de nuire ainsi à la réunion immédiate. Quelques tours de bandes terminent le pansement.

Le malade est ensuite couché dans la salle Saint-Augustin, où il reste deux jours seulement. Il sort de l'hôpital, et y revient chaque matin pour se faire panser.

Pour terminer cette observation, qu'il nous suffise de dire que la réunion par première intention ne fût point obtenue, mais que la plaie, après avoir fourni pendant quelque temps une assez grande quantité d'un pus louable, se couvrit de bourgeons charnus et finit par se cicatriser par deuxième intention.

Autopsie de la tumeur. — La tumeur une fois enlevée, on put en apprécier exactement la forme, le volume et la nature. Cette tumeur, plus volumineuse que le pouce, représentait la forme d'un cône légèrement aplati d'avant en arrière; sa surface est lisse et arrondie; elle est molle, fluctuante, et formée par une sorte de poche ou enveloppe fibro-séreuse, mince, mais résistante, qui contient un liquide épais, visqueux, transparent, d'apparence gélatineuse et parsemé de grumeaux blancs opaques, qui s'écrasent sous le doigt et ressemblent à des grains de riz ou de semoule. Cette matière paraît n'être autre chose qu'un corps gras; car, jetée dans l'eau chaude, elle se liquéfie et vient surnager à la surface sous forme de gouttelettes.

Quant aux rapports exacts de la tumeur, il est bien évident, d'après ce qui précède, qu'elle s'était développée entre la peau, d'une part, et le périoste ou péricrâne d'autre part.

Sans nous étendre sur cette espèce de tumeur, que l'on sait être assez rare, sans nous arrêter sur cette perte de substance éprouvée par le frontal, le périoste restant intact, sur cette usure remarquable du tissu osseux, résultant sans doute de la compression exercée par la tumeur, et analogue à celle

que l'on rencontre avec les tumeurs anévrismales qui sont en contact avec les os, nous nous bornerons aux deux remarques suivantes :

— Dans l'ablation d'une tumeur située à la région frontale, on donne pour précepte de faire une incision selon la direction des plis qu'imprime à la peau la contraction du muscle occipito-frontal, c'est-à-dire dans une direction à peu près parallèle à celle du sourcil.

Ce précepte, bien souvent inutile pour cacher la légère difformité d'une cicatrice, fut franchi par M. Jobert, qui, avec juste raison, préféra pratiquer une incision verticale. En agissant ainsi, il ménageait les principaux filets du nerf frontal qui sortent de la cavité orbitaire, et ne s'exposait point à paralyser les muscles qui reçoivent l'influx nerveux du rameau du nerf ophthalmique de Willis.

— Dans l'extirpation de ces sortes de tumeurs, la peau, une fois incisée, Dupuytren ouvrait le kyste, le vidait et en faisait ensuite l'extraction ; mais M. Jobert pensa qu'il serait plus facile, le kyste n'étant pas ouvert, de disséquer la tumeur, de la séparer des tissus ambiants auxquels elle adhérait.

De cette façon, en effet, un kyste non adhérent est rapidement énucléé ; et, s'il est adhérent, les liens qui le retiennent aux tissus voisins sont plus facilement tendus et divisés. Il en résulte donc que l'opération dure moins longtemps, qu'elle est moins douloureuse pour l'opéré et moins pénible pour l'opérateur. G. G.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies nerveuses. De l'hystérie. De ses symptômes.

(Suite du numéro du 7 octobre.)

D'après ce que nous avons dit dans nos précédentes séances, il reste évident qu'il n'existe aucune lésion matérielle et appréciable constante dans l'hystérie. Examinons maintenant un autre point de la question. Ce n'est pas sans motif que les anciens ont donné le nom d'hystérie à la maladie qui nous occupe. On pensait donc, dès autrefois, que l'utérus jouait un grand rôle dans la production de l'affection elle-même et de ses phénomènes. Quelles sont les raisons les plus importantes qui viennent à l'appui de cette opinion ? Nous trouvons dans quelques auteurs, et Pujol entre autres partage cette malheureuse manière de voir, nous trouvons l'hystérie indiquée et décrite comme une métrite chronique. Laissant de côté, sans nous en occuper plus longuement, cette opinion insoutenable, nous passons à des raisonnements plus sérieux. L'hystérie, disent ceux qui voient dans cette maladie une affection intimement liée à l'appareil utérin, l'hystérie dépend de l'utérus : 1° parce qu'elle est particulière aux femmes ; 2° parce qu'elle est due à une continence exagérée et absolue. Il nous semble, pour le dire en passant, que la raison n'est pas très bonne ; mais Georget en a tenu compte, et nous devions le mentionner. 3° On a dit, lorsque l'on touchait une femme pendant l'accès hystérique, avoir senti des mouvements vermiculaires dans le vagin. D'autres ont parlé de mouvements utérins perçus par la main appliquée sur l'hypogastre. 4° Il y a, dit-on encore, un écoulement vaginal après l'accès, écoulement que certains auteurs ont qualifié d'écoulement spermatique. 5° On a dit que les rapports sexuels étaient le remède de l'hystérie. 6° Enfin on a prétendu qu'il y avait chez les femmes hystériques lésion constante, quelle qu'elle fût, de l'utérus ou des ovaires.

La première de ces raisons est assez forte. De ce qu'une maladie est particulière aux femmes, cependant doit-on conclure que l'utérus est le siége de la maladie ? Tout au plus pourrait-on croire que l'utérus a une influence indirecte sur la production des accidents. Nous ne croyons pas que, par cette raison, que la maladie dont nous parlons affecte les femmes en particulier, ce soit une raison de supposer que son siége est dans l'utérus. Nous avons dit dans une séance précédente que l'hystérie est une affection en quelque sorte propre aux femmes. Néanmoins, on voit quelquefois des hommes présenter des symptômes de véritable hystérie : nous vous en avons cité un exemple que nous avions observé nous-même, faisant cependant nos réserves, et vous mettant en garde contre les mensonges que pourrait inspirer à certains individus la cupidité ou une raison quelconque qui nous échapperait. Il est de toute évidence que si les hommes pouvaient avoir des attaques d'hystérie bien positives, bien démontrées, on serait mal venu à rapporter la maladie au système utérin.

La seconde raison ne signifie rien ; on ne voit pas quels rapports peuvent exister entre la continence et l'hystérie ; d'ailleurs s'il en était ainsi, pourquoi les hommes continents ne seraient-ils pas exposés aux mêmes accidents ? Or, nous n'avons pas d'exemples que la continence ait déterminé chez des hommes des phénomènes hystériques. Nous laisserons de côté la troisième et la quatrième raison ; ce ne sont point là des recherches scientifiques à faire ; et d'ailleurs l'introduction du doigt dans le vagin de femmes non hystériques ne donne-t-il pas lieu quelquefois à des mouvements vermiculaires bien appréciables ?

La dernière preuve que l'on a donnée, nous voulons dire la lésion de l'utérus ou de ses annexes, n'est pas meilleure. Qu'il y ait des lésions de ces organes, cela ne veut point dire que ces lésions soient la cause de l'hystérie. Tout au plus peuvent-elles avoir déterminé l'altération qui produit l'hystérie ; mais surtout, et ceci est positif, chez les femmes hystériques on ne trouve aucune affection du système utérin ; il n'y a ni polype, ni cancer, ni changement de direction du corps, ni du col de l'organe. Ces caractères négatifs ont une importance immense dans les cas du genre de ceux-ci. De plus, chez beaucoup de femmes, il y a des altérations organiques de l'utérus, sans qu'il y ait d'hystérie ; c'est le cas le plus commun. Ces altérations sont très fréquentes chez les femmes. Il n'y a peut-être pas une seule femme qui ne présente une modification particulière du système utérin. Presque toutes celles qui ont eu des enfants ont un déplacement, soit antéversion, soit rétroversion de la matrice. De plus, dit Georget, il n'y a pas d'organe qui ait moins de retentissement sur le système nerveux que l'utérus. Suivant Pujol, une preuve que c'est de l'utérus que dépend l'hystérie, c'est que c'est vers quarante ou cinquante ans que se manifeste l'hystérie, à l'époque même où l'utérus cesse ses fonctions, où les femmes cessent d'être réglées. Cette assertion n'est pas exacte. L'époque de la vie à laquelle on observe le plus fréquemment les accidents nerveux de cette nature, c'est celle qui est comprise entre quinze et vingt-cinq ans. L'hystérie, a-t-on prétendu, est liée à la leucorrhée. Mais presque toutes les femmes ont de la leucorrhée plus ou moins, et d'ailleurs parmi les hystériques on trouve autant de malades leucorrhéiques qu'on en trouve qui ne le sont pas.

Par toutes ces raisons, nous ne pouvons admettre que l'utérus soit le siége de l'hystérie. D'une part, aucun symptôme qui indique que la matrice est malade ; d'autre part, la nature même des causes sous l'influence desquelles se développe le plus fréquemment l'affection. C'est en effet les impressions morales vives et principalement la frayeur qui entrent pour les dix-neuf vingtièmes peut-être dans la production de l'hystérie. Les causes sont toutes morales, agissent sur le système nerveux, et nous avons la conviction profonde que l'hystérie n'est autre chose qu'une affection des centres nerveux, du cerveau et de la moelle épinière, et nous ajouterons probablement aussi du système nerveux ganglionnaire. Les phénomènes sont trop nombreux, qui se passent dans les appareils de la vie organique, pour que l'on ne soit pas en droit d'admettre que le système nerveux ganglionnaire est gravement intéressé ; et, de plus, c'est dans les régions où les ganglions sont les plus volumineux et les plus nombreux que se font sentir ces phénomènes.

Pour nous, évidemment, l'hystérie est une névrose ; elle n'est pas complétement sans aucun élément matériel, mais elle ne dépend pas d'une lésion organique. Lorsque cette lésion organique la détermine, elle n'en est qu'une cause médiate, mais jamais immédiate. Jamais, par exemple, l'hystérie ne dépend d'une maladie du cœur, du poumon, de l'utérus, etc., affections qui s'accompagnent rarement de phénomènes nerveux. Dans l'immense majorité des cas, pas même secondairement, nous ne regardons l'utérus comme jouant un rôle dans la production de l'hystérie. Il est évident que c'est une névrose pure et simple à laquelle vous avez affaire.

Symptômes de l'hystérie. — Il est nécessaire de distinguer dans l'hystérie, dans ses symptômes, divers moments, diverses périodes. Evidemment, nous aurons à décrire séparément, et cette division n'est pas arbitraire, les phénomènes précurseurs de l'attaque d'hystérie, ceux qui s'observent pendant l'attaque, ceux qui se manifestent dans l'intervalle de deux attaques. Toutes ces divisions sont extrêmement importantes, car l'état dans lequel se trouve le sujet malade est loin d'être le même dans les différentes circonstances que nous venons de vous signaler. Tous les symptômes que nous allons examiner ne sont que des modifications plus ou moins importantes de la manière d'être de l'individu.

Nous avons dit que nous parlerions d'abord des phénomènes précurseurs. Y a-t-il en effet des phénomènes précurseurs chez les femmes affectées d'hystérie ? Ceci est très important, car nous verrons plus tard, en faisant l'histoire des maladies que l'on peut confondre avec l'hystérie, que chez les épileptiques il n'y a presque jamais de symptômes précurseurs ; que l'*aura epileptica* dont on a fait tant de bruit et dont quelques auteurs ont regardé l'existence comme presque constante, est au contraire excessivement rare, puisque d'après Georget on ne la trouverait guère que dans les *quatre centièmes* des cas. Il est bien aussi quelques malades qui éprouvent avant l'attaque d'épilepsie quelque dérangement dans l'intelligence ; mais cela est très rare aussi ; le plus souvent, l'accès débute inopinément. Il n'en est pas de même de l'hystérie. La plupart des femmes qui sont atteintes de cette maladie sentent leur accès venir ; les symptômes qui leur révèlent l'arrivée de l'attaque sont des changements dans les mouvements et dans leur régularité, dans la sensibilité, le sommeil, dans les fonctions de la vie organique. L'hystérique qui doit avoir bientôt un accès est triste, morose, irritable, colère ; d'autres fois, elle est d'une gaieté presque folle, et cela sans aucun motif.

Ces changements dans le moral sont très remarquables ; chez les unes, ils surviennent quelques heures seulement avant l'accès ; chez d'autres, on les observe plusieurs jours d'avance. L'intelligence des malades est modifiée soit en plus, soit en moins, c'est-à-dire qu'elles peuvent être tout à fait incapables de fixer leur attention sur un sujet quelconque, ou que leur intelligence est doublée ; les troubles des sens sont assez fréquents ; souvent on observe chez les femmes qui vont avoir un accès des étourdissements, des éblouissements, des tintements d'oreille, des vertiges et des tournoiements de tête. D'autres fois, il y a perversion d'un ou de plusieurs sens, du goût, par exemple, de l'odorat, de l'ouïe, soit que les facultés sensoriales soient exagérées où qu'elles soient presque complétement annulées. Certaines hystériques sont très impressionnables par les changements dans l'état de l'atmosphère ; l'électricité qui se trouve dans l'atmosphère au moment d'un orage agit très manifestement sur elles. Nous nous rappelons avoir donné des soins à une femme hystérique tellement impressionnable qu'elle sentait très bien lorsqu'un nuage électrique passait au-dessus de la maison qu'elle habitait. Cette dame, qui appartenait à un rang honorable dans la société, ne pouvait être soupçonnée de mensonge, et n'avait certainement aucun intérêt à nous en imposer. Nous venons de passer en revue les principales modifications qui surviennent dans les divers appareils des sens et dans les facultés intellectuelles. Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins remarquables et quelquefois singuliers. Les malades éprouvent souvent une intolérable céphalalgie ; il semble que leur tête soit comprimée entre les branches d'un étau ; chez d'autres, il y a une sensation pareille à l'ébranlement que feraient ressentir des coups de marteau sur la tête, etc. C'est aussi dans cette période de prodromes que l'on observe le clou hystérique, douleur locale, parfaitement circonscrite, des plus violentes, assez semblable à la sensation que ferait éprouver l'enfoncement d'un clou dans les téguments, douleur plus ou moins continue, ordinairement insupportable, et dont Sydenham a donné la plus exacte des descriptions.

A ces symptômes nous joindrons les suivants : sensation de resserrement du thorax, bâillements et pandiculations fréquents ; mouvements spasmodiques et convulsifs dans les muscles de la face principalement, portés même dans quelques cas jusqu'à dégénérer en trismus. Des troubles non moins graves se montrent dans les fonctions organiques ; douleurs dans la région de l'épigastre ; vomissements de matières glaireuses ; souvent le ventre se ballonne ; l'exhalation gazeuse est augmentée ; les malades sont prises de hoquets, d'éructations ; elles rendent par la bouche et par l'anus de grandes quantités de gaz ; cette tuméfaction du ventre arrive souvent pendant l'attaque ; nous avons vu souvent une jeune fille à laquelle nous donnions nos soins, tomber par terre subitement, et son ventre se ballonner tout à coup d'une manière effrayante. Dans un grand nombre de cas, il survient une toux sèche et nerveuse qui dure quelques jours avant que l'accès ne survienne ; des palpitations nerveuses, des alternatives de frissons et de chaleur, etc. Nous n'en finirions point si nous voulions passer en revue, sans en omettre un seul, tous les phénomènes que l'on peut observer avant l'accès d'hystérie. Nous venons de signaler les principaux changements qui se manifestent chez les femmes avant qu'elles n'éprouvent l'attaque proprement dite, attaque qui consiste surtout dans la perversion des mouvements et, plus souvent, dans la perversion des mouvements de contraction.

Quelquefois, les signes dont nous venons de parler cessent tout à coup, et l'attaque n'a pas lieu ; mais c'est le cas le plus rare. Ordinairement, l'attaque qui a été annoncée de cette manière a lieu. Ce qui la caractérise, avons-nous dit, ce sont les mouvements convulsifs, ils sont très violents ; ce sont des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des membres, d'adduction et d'abduction. Le tronc, qui semble bondir, est agité de mouvements vermiculaires. La poitrine se dilate ; le ventre se gonfle ; il y a des convulsions cloniques de tous les muscles du corps. On a remarqué que dans l'hystérie, les petits muscles, ceux de la face principalement, sont généralement moins agités que dans l'épilepsie. Cependant il faut tenir peu de compte de phénomènes aussi accessoires, et se garder de les considérer comme caractéristiques. Nous avons vu souvent des malades dont le visage grimaçait d'une façon véritablement effrayante. Tels sont les symptômes de l'attaque d'hystérie, quant à ce qui est relatif aux mouvements. Au moment de l'attaque, l'intelligence est complétement abolie, en ce sens que les malades ne peuvent avoir de communication avec l'extérieur. Cependant la perception des objets extérieurs n'est pas toujours perdue pour les malades. Dans la description sommaire que nous vous avons faite précédemment, vous avez vu que la plupart des malades perdaient entièrement connaissance, malheureusement pour le diagnostic, à la détermination duquel cette circonstance crée une difficulté de plus. Il en est fréquemment ainsi ; mais souvent aussi les malades ont connaissance de ce qui se passe autour d'elles. Cette possibilité de la persistance de la connaissance est une raison pour laquelle on doit se garder de parler près des malades, de manière qu'elles l'entendent, de choses qui pourraient les affliger ou leur donner des inquiétudes ; cette imprudence pourrait avoir les plus funestes résultats.

Souvent, pendant les attaques, les hystériques poussent des cris plaintifs. D'après ce que plusieurs d'entre elles se rappellent au réveil, on est fondé à croire qu'elles éprouvent des douleurs atroces. Il n'est pas d'expression dont elles ne se servent pour rendre compte de ces douleurs, beaucoup plus vives que dans l'épilepsie. Elles sont en proie à une suffocation imminente ; presque toutes elles accusent une sensation bizarre, particulière à la maladie qui nous occupe ; c'est celle d'une boule très pesante qui, partant de l'hypogastre, plus souvent, suivant Georget, de l'épigastre, remonte à la gorge et détermine la suffocation. C'est à cette sensation que l'on a donné le nom de *boule hystérique*. Il paraîtrait que, pendant l'accès, l'oreille est le siége de bourdonnements, de sifflements désagréables. La production de la voix et de la parole est impossible, et il n'est même pas très rare de rencontrer des femmes chez lesquelles cette perte de la parole persiste pendant un certain temps encore après la cessation de l'accès.

Quelquefois les malades éprouvent un spasme, une contraction convulsive du larynx, et, pendant un temps plus ou moins long, la voix est entièrement changée. Voilà d'une manière à peu près complète, les symptômes que présentent les centres nerveux pendant l'attaque d'hystérie. Mais il y a d'autres phénomènes encore dont on doit tenir compte. Dans toute cette série de symptômes, vous n'en voyez aucun que l'on puisse rapporter à l'utérus, et véritablement nous ne comprenons point comment, encore aujourd'hui, quelques auteurs persistent à placer dans le système utérin le siége et les causes de l'affection qui nous occupe. Est-il, nous le demandons de bonne foi, est-il un seul des symptômes que nous venons d'énumérer, que l'on puisse rapporter à une affection de la matrice ou de ses annexes ? N'est-il pas, au contraire, de la dernière évidence qu'il y a là purement et simplement une modification des fonctions nerveuses ? Nous espérons dé-

montrer d'une manière aussi évidente, en vous faisant la description des phénomènes indirects, qu'il n'en est pas un seul que l'on puisse rattacher plus positivement à une modification, quelle qu'elle soit, de l'appareil utérin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 décembre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Beaudan, médecin des épidémies de Clermont (Oise), adresse une observation de bec-de-lièvre congénital opéré avec succès par la méthode de M. P. Dubois.

— *M. E. Boudet* adresse une note relative aux inconvénients graves qui résultent quelquefois de l'emploi de l'émétique en solution sur les premières voies digestives, et sur les moyens de les prévenir.

Ce moyen consiste à donner l'émétique en pilules. La formule adoptée par M. Boudet est la suivante :

Emétique,	1 grem. 60 centigr.
Gomme adragante,	1 gram. 60 centigr.
Poudre de guimauve,	1 gram.

Faites 16 pilules. — Cheque pilule contient 1 décigram. d'émétique.

— La discussion recommence sur le rapport de M. Velpeau relatif à l'emploi des injections iodées dans les cavités closes, à propos d'un travail de M. le docteur J. Roux, de Toulon, sur une hydarthrose scapulo-humérale guérie par ce procédé.

Dans la précédente séance, M. *Roux* avait présenté plusieurs objections aux opinions de M. Velpeau. Il croit qu'un sentiment de paternité naturel sans doute, mais excessif, peut porter M. Velpeau à préférer les injections iodées aux injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle. On a beaucoup exagéré le danger de ces dernières. M. Roux les a pratiquées peut-être 15 ou 1800 fois, il n'a vu que quatre accidents mortels. Pour lui, la méthode des injections vineuses est bonne, innocente, préférable aux injections iodées, dont il ne nie pas l'efficacité ; mais on trouve du vin partout, et l'on n'en peut dire autant de l'iode.

Relativement aux hydarthroses, M. Roux ne croit pas comme M. Velpeau que les injections iodées puissent être sans danger dans les grandes articulations. D'ailleurs, les hydarthroses rebelles sont fort rares; elles cèdent en général aux moyens connus, et il est prudent d'employer les moyens ordinaires avant de recourir aux ponctions, moyen qui n'est pas sans danger.

M. Blandin. J'ai de nombreuses observations à faire sur le rapport de M. Velpeau. Il s'agit, en effet, d'une des plus importantes questions de la chirurgie Je demande en conséquence la remise de la discussion à la première séance.

M. Velpeau fait observer qu'il accepte avec plaisir la discussion, mais qu'il est forcé de quitter l'Académie. Néanmoins, il peut encore rester vingt minutes; il écoutera M. Blandin et, dans la séance prochaine, il répondra.

M. Blandin. Puisque M. Velpeau a presque complétement entrepris l'histoire thérapeutique des épanchements articulaires, je suis fâché qu'il n'ait pas parlé de moyens puissants qui, le plus souvent, réussissent : je veux parler de l'emploi des frictions mercurielles à haute dose, de l'immobilité, de la compression exercée avec un appareil inamovible.

Pour mon compte, je n'ai jamais manqué de réussir par ces moyens. Je ne prétends pas dire cependant que le succès soit certain dans tous les cas. Je conçois donc l'idée de la ponction, et, comme M. Velpeau, je pense qu'une ponction simple faite comme on la pratique aujourd'hui peut être inoffensive. Les modifications introduites dans le Manuel opératoire des ponctions permettent d'y recourir avec moins de crainte. Ainsi, récemment, j'ai pu ponctionner deux articulations sans déterminer d'accidents.

M. Velpeau paraît ne pas redouter l'introduction de l'air dans la séreuse articulaire. Je suis loin de partager sa manière de voir à ce sujet; et dans le fait cité par Boyer, et que M. Roux nous rappelait il y a peu d'instants, la présence de l'air a dû jouer un rôle important dans la production des accidents. L'air est en effet un corps étranger, qui agit comme tel et devient une cause certaine d'inflammation.

M. Velpeau, mettant à profit cette occasion de parler des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle, dit que ce procédé commence à être adopté par tout le monde. Je proteste, avec l'honorable M. Roux, contre cette allégation. Et, pour mon compte, je ne vois pas la nécessité de remplacer un bon moyen qui réussit toujours, l'injection vineuse, par un moyen faible qui souvent échoue, l'injection iodée.

Sans doute, on a fait de nombreuses objections contre l'emploi du vin. Mais, en étudiant les faits, on verra que les accidents ont tenu au trop de chaleur du liquide, à son infiltration, en un mot à l'inattention du chirurgien dans la grande majorité des cas. Et je dois dire que je ne puis croire que l'infiltration de l'iode dans le tissu cellulaire des bourses ne présente aucun danger.

L'injection vineuse bien faite est tellement bonne que la guérison est certaine et prompte. Un homme a quitté mon service aujourd'hui même; il a été opéré il y a huit jours seulement, et il est radicalement guéri.

L'injection iodée donne-t-elle des résultats merveilleux ? Je ne le crois pas, et, comme M. Velpeau avoue qu'elle ne détermine pas l'oblitération du sac vaginal, par cela seul je pense qu'il doit y avoir récidive.

M. Velpeau se sert d'un tiers d'eau contre deux tiers d'iode; j'ai fait dix injections avec ce liquide ainsi dosé il y a deux ou trois ans : le plus grand nombre des malades n'a pas été guéri.

J'ai fait en ville chez un malade qui le voulait, et en présence de M. Velpeau, l'injection iodée. Il y a eu insuccès. Une deuxième fois, sur ce même malade, j'ai recommencé en rendant le liquide plus fort : même résultat. Une troisième fois, j'ai employé le vin : j'ai guéri le malade.

Un autre malade a été opéré trois fois avec l'iode sans succès. Un malade vient me consulter pour une hernie qu'il avait, dit-il, depuis qu'il avait été opéré d'une hydrocèle par l'iode. Je l'examine, c'était une récidive.

En résumé, suivant moi, l'injection iodée est un moyen très infidèle.

Maintenant, pour en revenir aux articulations, M. Velpeau recommande aux chirurgiens de se servir d'un trois-quarts plat : je ne comprends pas le motif de cette préférence, et je pense, au contraire, que le trois-quart rond est bien plus convenable.

M. Velpeau se demande qui a pu retenir les chirurgiens qui ne font pas plus souvent la ponction des jointures. Je vais le lui dire : ce qui retient, mais c'est la crainte des accidents dont on a trop d'exemples; ces accidents, l'inflammation, la gangrène, la suppuration, M. Velpeau ne les a pas rencontrés. Mais de là, on doit conclure seulement qu'il a été très heureux, et l'on peut prédire à coup sûr que son bonheur ne persistera pas, et qu'il aura sans doute des accidents s'il fait des injections articulaires.

Je termine ici mon argumentation : je désire vivement que cette question soit traitée largement.

M. Velpeau. Le discussion a été renvoyée à la séance prochaine; je ne veux donc pas la continuer aujourd'hui, parce que je dois à l'instant quitter l'Académie; mais je veux dire seulement quelques mots pour rassurer mes confrères ici présents, qui ont eu leurs malades opérés par l'iode. On les a menacés de récidive; c'est, jusqu'à présent, un accident que je n'ai pas rencontré.

M. Rochoux trouve cette discussion moins importante qu'on ne le croit. Il en sortira quelques faits de détail et voilà tout. Quant aux questions de théorie, l'orateur s'élève contre la théorie italienne du contre-stimulisme, que l'on a voulu appliquer au traitement des hydarthroses. C'est une théorie aussi insoutenable que celle des propriétés vitales. Il ne croit pas à l'efficacité de l'émétique à haute dose dans les hydarthroses, pas plus qu'il n'y croit comme traitement général de la pneumonie, de la pleurésie.

Les kystes séreux, contre lesquels on emploie les injections iodées, sont des maladies fort légères, pour le traitement desquelles l'iode ne doit pas être plus malheureux que les moyens ordinaires. Quant à l'hydrocèle, il l'a toujours guérie par les injections vineuses : il ne voit pas de nécessité urgente à en modifier le traitement. Dans les hydarthroses, il croit que les injections iodées doivent mieux réussir; mais, tout en rendant hommage au beau rapport de M. Velpeau, il regrette qu'il n'ait pas établi l'excellence de ses résultats sur une statistique comparée. Quant à lui, il a vu, à Bicêtre, sur des vieillards qui se trouvaient dans de mauvaises conditions, des hydarthroses guéries sans injection.

M. Gimelle. Contrairement à quelques membres, l'orateur considère l'hydarthrose comme une maladie grave, non pas quelle puisse entraîner immédiatement la mort, mais comme laissant après elle soit la faiblesse, soit la roideur de l'articulation, quelquefois l'atrophie du membre, quelquefois même comme amenant des dégénérescences qui nécessitent l'amputation du membre.

Il faut bien que M. le rapporteur ait cru à une certaine gravité de l'hydarthrose pour avoir préconisé une opération que les anciens et les modernes regardent comme très dangereuse, et que personne dans cette enceinte, moins l'honorable rapporteur, ne prend sous son patronage.

Pour lui, il a employé environ cent trente fois l'émétique à haute dose dans l'hydarthrose; il a toujours guéri dans un espace de temps très court, et il n'a jamais eu de récidive.

Quant à l'hydrocèle, il emploie l'injection iodée; il s'en trouve bien; elle cause moins de douleurs que l'injection veineuse; cependant dans un cas la douleur a été excessive, et deux fois il y a eu récidive.

M. Gerdy. L'hydarthrose simple guérit avec les moyens les plus simples. Le moindre inconvénient des injections iodées est d'être inutiles dans ces cas. D'ailleurs, ce n'est pas une nouveauté. Depuis longtemps M. Lugol les emploie dans les maladies scrofuleuses des articulations. Mais elles sont dangereuses, elles peuvent produire l'empoisonnement. Un homme est mort dernièrement dans le service de M. Cruveilhier, après avoir subi l'injection iodée. Les cartilages étaient érodés; il y avait des adhérences dans l'articulation. C'est une mauvaise opération qu'on n'oserait pas faire sur son propre fils.

Quant à l'hydrocèle, M. Velpeau dit que les injections vineuses ne sont pas absorbables; cela n'est point exact. L'iode est absorbable, oui; mais c'est pour cela qu'il est plus dangereux; car alors il empoisonne. M. Gerdy cite la thèse récente d'un élève de Paris, dans laquelle on cite des expériences faites sur des chiens : de l'iode injecté, dans les proportions indiquées par M. Velpeau, dans le tissu cellulaire de ces animaux, a déterminé chez les uns des accidents mortels, chez les autres la gangrène. Il rappelle un fait de la clinique de M. Jobert, où un malade s'est présenté avec une gangrène du scrotum survenue après une injection iodée. A Calcutta il y a eu un fait semblable.

Il résulte de ces faits que l'iode ne guérit pas mieux, et qu'il occasionne des accidents.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas chercher d'autres agents pour guérir l'hydrocèle? L'orateur ne le pense pas; mais il faut expérimenter les substances communes non toxiques C'est ce qu'il a fait pour son compte en injectant de l'eau chaude pure ou alcoolisé, de l'eau alumineuse, de l'eau salée, de la decoction d'écorce de chêne, etc. Il a guéri par tous ces moyens. Il croit qu'en expérimentant sur une grande échelle on arriverait a des résultats utiles.

Ici M. Gerdy raconte l'histoire d'un malade affecté d'hydrocèle qui avait parcouru tous les services cliniques, pour juger lui-même de l'efficacité des divers traitements employés. Il finit par préférer l'injection vineuse.

M. Velpeau ne s'est pas très explicitement expliqué sur les injections iodées dans le péritoine pour guérir l'ascite. M. Gerdy frissonne à cette idée, et il conjure M. Velpeau d'y renoncer s'il l'a conçue.

Il ne peut donc adopter les conclusions favorables du rapport. L'Académie ne peut pas sanctionner une chirurgie téméraire et imprudente; elle doit être fort réservée, et voir que c'est la chirurgie sage et prudente des Dubois, des Boyer et des autres maîtres qui ont fait la gloire de la chirurgie française.

M. Blandin revient sur son argumentation dernière et sur les faits rappeles par M. Gerdy. Il indique un nouvel accident qui serait arrivé dans le service de M. Gerdy même, relatif à une injection iodée pratiquée sur un kyste de la région cervicale.

Comme dernière remarque, M. Blandin fait observer que, d'après ce qu'a écrit M. Velpeau, les malades qu'il opère par sa méthode sont renvoyés si vite de l'hôpital, qu'on ne peut pas apprécier le résultat final de son traitement.

M. Gerdy répond que le fait dont il vient d'être question s'est passé pendant les vacances et pendant son absence.

M. Roux demande a ajouter quelques mots; mais M. Velpeau demande à donner immédiatement quelques explications, l'heure étant avancée, et l'Académie devant se former en comité secret.

M. Velpeau, tout en se réservant pour la prochaine séance, ne veut que rectifier quelques faits dont on vient de parler. Ainsi, M. Blandin a prétendu que je renvoyais les malades très vite; c'est une erreur; je les garde tout le temps nécessaire pour voir, et pour bien voir les résultats. C'est à l'hôpital, et non à la consultation, que j'opère les malades.

On a parlé d'un opéré mort dans le service de M. Cruveilhier. Je suis bien aise qu'on me fournisse l'occasion de rétablir ici la vérité. Ce malade était affecté d'une hydarthrose du genou datant de sept à huit ans. Il fut soumis à l'injection iodée; la guérison fut un peu lente, mais enfin elle fut obtenue, et près de trois mois après, ce malade allait très bien, marchait dans les salles et dans les cours, quand il fut pris tout à coup d'une hémoptysie très abondante. Je le fis passer dans le service de M. Cruveilhier, et là il fut atteint d'une fièvre typhoïde à laquelle il succomba. Je vous le demande, Messieurs, y a-t-il là quelque chose qui puisse être imputé à l'iode?

On a parlé de faits étrangers, on a même été en chercher un jusqu'à Calcutta. Vous concevez que j'ignore trop complétement les détails scientifiques de ces faits pour leur accorder une valeur quelconque.

M. Gerdy a terminé, avec sa manière gracieuse accoutumée, par demander de la prudence, de la sagesse, par invoquer le souvenir de ces grands chirurgiens parmi lesquels il se place, cela va sans dire. Je prie M. Gerdy de croire que, pas plus que lui, je ne fais bon marché de la vie de mes malades, que je tiens autant que lui à leur guérison, et que j'y emploie tous mes soins et toute mon intelligence.

Quant aux injections dans le péritoine, je ne les ai jamais pratiquées; j'en ai été toujours effrayé. Mais un chirurgien bien placé et très honorablement connu, M. Dieulafoy, de Toulouse, a pratiqué deux fois l'injection iodée pour des cas d'ascite, et deux fois le succès a couronné sa hardiesse.

M. Gerdy s'oppose aux conclusions favorables du rapport, mais l'auteur du travail ne peut pas souffrir des objections que l'on fait à la méthode; son observation est curieuse, intéressante; en fin de compte, le malade a guéri sans accidents graves; l'auteur est un chirurgien méritant et instruit, l'Académie ne lui refusera pas les éloges que je demande pour lui.

En terminant, M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie le genou du malade dont a parlé M. Gerdy, et il démontre qu'il n'existe ni adhérences, ni érosion des cartilages.

L'Académie se forme en comité secret, et la fin de le discussion est renvoyée à une prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 26 novembre 1845. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Denonvilliers et Chassaignac, candidats au concours pour la chaire d'anatomie, demandent un congé de trois mois, qui leur est accordé.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire, et celle d'un membre correspondant. M. le docteur Gosselin réunit l'unanimité des suffrages pour la première place; M. le docteur Bassow (de Moscou), est nommé à la seconde, également à l'unanimité.

— *M. le docteur Rigal* (de Gaillac) a la parole pour plusieurs communications. Il met sous les yeux de la Société deux moules en plâtre. L'un représente le pied droit d'un homme adulte qui est pourvu d'un gros orteil surnuméraire, lequel fait, par son articulation avec le pied, un angle d'environ 60 degrés. L'amputation n'en a été faite que très tard, parce que l'individu qui portait ce vice de conformation a voulu s'en faire une dispense du service militaire. M. Rigal fait observer que chez cet homme la loi de symétrie est complete, car cet annexe très sensible et très développé à droite, est aussi un peu indiqué à gauche. L'autre moule représente une tumeur du volume d'une orange ordinaire, formée aux dépens de la phalange du doigt annulaire de la main gauche, et qui a nécessité la désarticulation de ce doigt; opération qui a été suivie d'une réunion parfaite, que l'auteur attribue à l'application d'un bandage particulier qui lui est propre, et qu'il fera connaître. Il promet d'adresser à la Société l'histoire détaillée de ces deux cas.

Il donne de mémoire l'observation d'une fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement, guérie par les seuls efforts de la nature, par l'occlusion du vagin. Plusieurs membres de la Société élevant quelques doutes sur l'existence réelle d'une fistule dans ce cas, M. Rigal s'engage à en donner l'observation complète avec tous les renseignements désirables.

Il dit ensuite qu'ayant lu dans les procès-verbaux de la Société de chirurgie du mois de juillet dernier un fait d'éléphantiasis des bourses présenté par M. Lenoir, il a rassemblé quelques cas de cette même maladie; que par suite des recherches qu'il a faites depuis longtemps à cet égard, il est porté à croire que dans le pays qu'il habite elle est endémique. Il rappelle que son père l'a décrite dans les Anneles de Montpellier, et que dans son travail il se déclarait partisan des sétons multiples. Il donne la substance d'un cas d'éléphantiasis du scrotum, traité sans succès au moyen des vésicatoires par Delpech. Il enverra cette observation complète, ainsi que celle d'une maladie semblable du pénis, qui a nécessité une opération des plus graves et des plus difficiles, suivie de succès.

— *M. Chassaignac* a pratiqué, il y a quelques heures seulement, l'ablation d'un polype séreux des fosses nasales, contenant dans un petit kyste une matière qu'il croit être de l'adipocire. Cette matière sera soumise au microscope. Il se souvient d'un cas dans lequel après une pareille opération de polypes des fosses nasales, il avait conseillé des injections avec une dissolution concentrée de sulfate de zinc. Pendant une aspiration du liquide le malade sentit une espèce de craquement, à la suite duquel il y eut des accidents très graves, caractérisés par une violente douleur avec fièvre. M. Chassaignac est porté à croire qu'il y a eu pénétration du liquide dans les sinus frontaux; il voudrait savoir si des membres de la Société ont observé semblable chose.

— *M. Huguier* présente un sein qu'il a enlevé ce matin même à une femme qui avait eu déjà deux enfants. Cet organe était très dur, excepté dans deux ou trois endroits où il présentait une mollesse qui avait fait annoncer qu'il y avait des kystes. L'examen de la pièce prouve en effet qu'elle est constituée par trois tissus différents, l'un fibreux, radié, d'une consistance très grande, criant sous le scalpel; l'autre d'apparence graisseuse, et sur la circonférence plusieurs kystes contenant une matière liquide qui varie du vert au jaune et au noir. Cette pièce est une preuve de plus que les tumeurs squirrheuses du sein sont formées le plus ordinairement de plusieurs tissus. La femme qui le portait présentait ceci de particulier, que le sein du côté opposé était entièrement atrophié.

— *M. Maisonneuve* fait voir la vessie d'un homme qu'il a eu à observer dans les circonstances suivantes : Venu une première fois dans les salles de chirurgie de Bicêtre, se plaignant de difficulté à uriner, mais ne voulant pas absolument se laisser sonder, il sortit au bout de quelques jours sans qu'il lui eût été fait aucun traitement. Un mois après, il entra dans un service de médecine ayant encore plus de peine à uriner, et de plus avec une fièvre intense. On pensa qu'il était urgent de débarrasser la vessie du liquide qu'elle pouvait contenir, et l'interne du service, étant parvenu à vaincre les craintes de cet homme, introduisit une sonde flexible et ne retira que peu d'urine. La sonde ne donnant pas tout le résultat qu'on en attendait, M. Maisonneuve fut prié de voir le malade. Ce fut alors qu'il constata la présence d'une tumeur volumineuse de consistance molle, s'étendant de la partie postérieure du pubis jusqu'à l'ombilic. La sonde, introduite par l'urètre, pénétra dans une poche, mais il ne sortit pas de liquide; M. Maisonneuve, croyant ne pas être dans la vessie, se décida à faire une ponction au-dessus du pubis. Le trocart fut enfoncé profondément et l'on sentit qu'il traversait une tumeur solide. Il arriva dans une petite cavité d'où s'échappa un filet d'urine limpide. Une seconde ponction fut faite; elle donna les mêmes résultats, moins le jet d'urine : au bout de huit jours le malade mourut.

A l'autopsie on trouva la vessie très volumineuse, mais ne présentant à l'extérieur rien qui annonçât qu'elle fût malade. L'urètre était sain, la prostate à l'état normal. La vessie étant ouverte, on vit une dégénérescence qui, à partir du col, envahissait tout l'organe, ne laissait intact qu'un très petit espace tout à fait en haut. C'était un tissu encéphaloïde, dans lequel on retrouvait çà et là une substance caséeuse comme celle du tubercule. Les reins étaient altérés, mais il semblait que ce fût mécaniquement par l'urine qui y était retenue. Les uretères étaient très dilatés et également remplis d'urine.

M. Maisonneuve fait remarquer que cet homme avait conservé jusqu'à ces derniers temps toute l'apparence d'une excellente santé et que rien dans son habitude extérieure n'indiquait qu'il fût sous le coup d'une altération cancéreuse aussi grave.

Le même membre fait voir une vertèbre dorsale, qui porte sur ses lames l'empreinte de plusieurs fractures consolidées. Le corps de la vertèbre paraît intact, et le canal vertébral ne présente pas de déformation à son niveau. Cette pièce provient d'un aliéné qui, ayant fait il y a trois ans une chute d'un troisième étage, avait eu une fracture bien constatée de la colonne vertébrale, à laquelle il avait survécu sans conserver de paralysie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA SABINE DANS LA MÉTRORRHAGIE.

Première observation. — La comtesse B..., âgée de trente-huit

ans, d'une constitution sèche, mais habituellement bien portante, avait été obligée, dans ces derniers temps, de faire plusieurs voyages pour des affaires de famille. Sa santé s'en était altérée, et ses règles étaient devenues irrégulières; tantôt elles étaient peu abondantes, tantôt réduites à presque rien; mais elles étaient toujours accompagnées de douleurs dans la région des reins et de l'utérus, et de prostration des forces. Vers le commencement du mois de juin, les règles devinrent si abondantes que cette dame en fut alarmée; elle envoya chercher le docteur Fantonetti. Quand ce dernier arriva, il la trouva dans un état de faiblesse extrême; la perte continuait, et augmentait surtout lorsque cette dame voulait se lever. Comme la malade avait déjà fait usage de boissons astringentes, l'auteur de cette observation prescrivit l'application de la glace sur la partie inférieure de l'abdomen, et 8 grains de seigle ergoté à prendre toutes les trois heures. La première dose amena des vomissements; il en fut de même de la seconde, qui produisit en outre des vertiges et des syncopes. Six heures après, on revint au même médicament, mais sans plus de succès. Alors le docteur F. songea à l'*ergotine*, qu'il donna en pilules à la dose de 6 grains toutes les trois heures. La malade en prit pendant deux jours 72 grains, sans aucun résultat. L'hémorrhagie continuait, et l'affaissement faisait des progrès. Se rappelant les succès que j'avais obtenus de la sabine, et le mémoire que j'avais consigné sur ce point dans la *Gazette médicale* de 1844, l'auteur administra la sabine à la dose de 6 grains toutes les trois heures. A la quatrième dose, l'hémorrhagie commença à diminuer, et à la douzième elle avait cessé complétement. Cependant quand la malade se leva, l'hémorrhagie reparut encore; mais la sabine fut reprise et administrée pendant trois jours à la dose de 8 grains toutes les trois ou quatre heures. — Cette dame s'est toujours bien portée depuis.

Deuxième observation. — Une dame de trente-deux ans, mariée et mère de cinq enfants, d'une santé ordinairement bonne et habituellement bien réglée, s'aperçut au commencement de cette année que ses règles devenaient irrégulières, et qu'au lieu de durer six jours, comme cela avait lieu auparavant, elles se prolongeaient jusqu'au huitième jour. Cette dame se purgea et prit quelques bains entiers à 25° de Réaumur, sans en retirer aucun avantage. Au mois de mai, l'hémorrhagie menstruelle dura pendant onze jours. Au mois de juin, nouvelle hémorrhagie pendant laquelle cette dame rendit du sang en grande quantité avec des caillots.

Lorsque le docteur Fantonetti fut appelé auprès de cette dame, elle était au septième jour de la perte. La face était pâle, la peau froide, le pouls à 100 par minute, l'affaissement considérable; nausées, soif vive, tintements d'oreilles; un peu de sensibilité à l'hypogastre; douleurs de reins. L'hémorrhagie augmentait quand la malade se mettait sur son séant. (Glace sur les parties inférieures du ventre; 8 grains de seigle ergoté en poudre toutes les trois heures.) — Les trois premières prises de seigle ergoté occasionnèrent des vertiges et des vomissements; l'auteur les remplaça par l'*ergotine* à la dose de 6 grains toutes les deux heures. La malade prit facilement ce médicament; mais au bout de deux jours, elle était dans le même état. Cependant on le continua encore pendant quarante heures, sans plus de succès; le pouls était misérable, l'affaiblissement extrême. (Six grains de poudre de sabine toutes les deux heures.) — La première prise fut suivie d'une sensation de poids sur l'estomac et de brûlure; mais les autres passèrent très bien. A la cinquième dose, il y avait déjà de l'amélioration, et à la douzième l'hémorrhagie était réduite à un écoulement séreux peu abondant. A la quinzième, la guérison était complète.

Aux deux observations précédentes, si concluantes par elles-mêmes et que nous avons empruntées à un journal italien, le *Journal des Progrès* de Venise, nous pourrions ajouter plusieurs autres faits que nous avons recueillis depuis la publication de notre premier travail et qui établissent d'une manière non moins péremptoire les propriétés antihémorrhagiques de la sabine; tout récemment encore, pendant que nous écrivions ces lignes, il nous a été donné d'en constater l'efficacité chez une jeune dame de trente ans, habituellement bien portante, et qui avait déjà eu dans sa vie plusieurs métrorrhagies qui se prolongeaient pendant des semaines et quelquefois même pendant un mois entier, malgré les bains de siége froids, les lavements et les injections froides, etc. La perte pour laquelle nous avons été appelé à lui donner des soins durait depuis déjà dix jours; l'affaiblissement était considérable, la peau décolorée, l'appétit presque entièrement perdu; un gramme cinquante centigrammes de poudre de sabine, administrés en trois prises dans la journée, firent cesser entièrement l'écoulement sanguin. Depuis, cette perte s'est encore renouvelée par suite du retour des conditions qui en avaient déterminé la production. Nous avons donné 5 grammes de sabine, en quatre prises, dans une seule journée, et non-seulement il n'est pas survenu d'accidents, mais encore les fonctions digestives ont semblé éprouver une amélioration des plus notables.

Il paraîtra peut-être extraordinaire à quelques personnes qu'un médicament regardé jusqu'ici comme un emménagogue par excellence, jouisse de la propriété de suspendre les hémorrhagies utérines. Nous n'avons pas à examiner ici la question des emménagogues; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que la sabine arrête dans un intervalle très court les pertes sanguines et les écoulements blancs leucorrhéiques, donnée à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme trois à quatre fois par jour. Nous ne l'avons jamais vue donner lieu à aucun accident; tout au plus si les malades accusent une petite sensation d'ardeur vers la gorge. Nous n'avons jamais employé que la poudre, soit en pilules, soit en bols; mais il est très probable que l'infusion de sabine ou l'huile essentielle qu'on obtient de la distillation de cette plante possèdent les mêmes propriétés.

Du reste, l'emploi de la sabine contre la leucorrhée et la métrorrhagie date d'assez loin. A la fin du dernier siècle, Wedekind publia un travail dans lequel il mit en relief les bons effets de cette substance dans les métrorrhagies et les leucorrhées atoniques; mais ce remède était complétement oublié, lorsque Gunther, en 1826, et Sauter le tirèrent de l'injuste oubli dans lequel il était tombé. Sauter l'employait même dans l'état de grossesse, pour combattre des métrorrhagies survenant chez des femmes grosses et d'une constitution faible. De cette manière, il dit avoir arrêté les pertes et empêché des fausses couches imminentes. Nous n'avons pas encore trouvé l'occasion d'employer la sabine dans ces dernières circonstances; mais M. Gendrin, qui se sert souvent de ce précieux agent, dit en avoir obtenu des effets aussi remarquables que ceux signalés par Sauter.

En appelant l'attention de nos confrères sur un nouveau moyen antihémorrhagique, nous croyons rendre un véritable service à la science; non pas que nous croyions que la sabine jouisse d'une efficacité toujours constante (il n'y a pas de médicament de ce genre), mais parce que, de tous les agents auxquels on peut avoir recours, c'est celui qui donne les meilleurs résultats. Les observations de M. Fantonetti établissent indubitablement que la sabine réussit là où le seigle ergoté a échoué. En faut-il davantage pour que ce médicament prenne une place honorable dans la thérapeutique usuelle?

Dr ARAN.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-huitième liste.

M. le docteur Mury, à Vire (Calvados).
M. le docteur Teissier, professeur à l'École d'accouchement, à Troyes (Aube).
M. Sylvestre, officier de santé, à Coulmier, par Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or).
M. le docteur Dance, à Sait-Pol-de Chalamon (Haute-Loire).
M. le docteur Martial, à Saint-Bonnet le-Château (Loire).
M. Faugier, à Lesson (Loire).
M. Germain, pharmacien à Is-sur-Thil.
M. le docteur Sapiot, à Is-sur-Thil.
M. le docteur Comaudré, à Florac.
M. Hubert, médecin à Sommesous (Marne).
M. le docteur Brochot, à Royan.
M. le docteur Vian, prêtre et aumônier de l'hôpital civil et militaire de Draguignan (Var).
M. le docteur Rougon, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Brignoles.
M. le docteur Piffard, médecin des épidémies, à Brignoles.
M. le docteur Imbert, à Tourver.
M. Vian, pharmacien à Brignoles.
M. Eissautier, pharmacien à Brignoles.
M. Blacas, vétérinaire à Brignoles.

Total de la vingt huitième liste,	18
Listes précédentes,	4875
Total général, à ce jour,	4893

NOUVELLES.

Par ordonnance du ministre de l'instruction publique, M. Saint-Marc Girardin, conseiller titulaire de l'Université, est confirmé définitivement dans les fonctions de secrétaire-général du Conseil royal de l'Université.

Par une autre ordonnance du même ministre, sont nommés conseillers ordinaires de l Université :

MM. Roussel, inspecteur général de l'Université, vice-recteur de l'Académie de Paris; Giraud, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre du droit; Donné, inspecteur général de l'ordre de la médecine; Beudant, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre des sciences; Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre des sciences; Alexandre, inspecteur général de l'ordre des lettres; Cayx, membre de la Chambre des députés, inspecteur général de l'ordre des lettres; Letronne, membre de l'Institut, inspecteur général honoraire; Naudet, membre de l'Institut, inspecteur général ordinaire; Matter, inspecteur général honoraire; l'abbé Glaire, doyen de la Faculté de théologie de Paris; Dumas, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris; Le Clerc, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des lettres de Paris; Blondeau, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de droit de Paris; Bouillaud, membre de la Chambre des députés, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Pouillet, membre de la Chambre des députés, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris; Guigniaut, membre de l'Institut, professeur de la Faculté des lettres de Paris; Poirson, proviseur du collége royal Charlemagne; de Wailly, proviseur du collége royal Henri IV; Bouillet, proviseur du collége royal Bourbon.

— Le Conseil royal de l'Université a tenu le 16 décembre sa première séance. MM. les conseillers ordinaires s'étaient tous rendus à l'appel du ministre grand-maître de l'Université. Le ministre a pris la parole, et, dans une allocution qui a duré près de trois quarts d'heure, il a fait connaître le but de cette reconstitution du Conseil, et indiqué les principaux travaux auxquels l'assemblée serait immédiatement appelée.

— Sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, MM. Valet, chirurgien-major de 2e classe au 2e hussards, et Varlet, chirurg. aide-major de 1re classe au 6e léger.

— M. Lafranque, chirurgien-major de 1re classe au 27e de ligne, passe au 5e de ligne, en remplacement de M. Dortholan, nommé au 1er de ces régiments.

— Sont admis à la retraite, MM. Laporte, chirurg.-major de 1re classe au 1er lanciers, et Baral, chirurg. aide-major de 2e classe au 7e de ligne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 153. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 19 DÉCEMBRE 1845.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

On se rappelle peut-être ce cas d'hydarthrose chronique du genou dont il fut question ici, et auquel M. Velpeau appliqua l'injection iodée. Nous rendîmes un compte exact des premières suites de l'opération. Une tension assez forte, de la chaleur, une vive sensibilité pendant les trois premiers jours, tels furent les phénomènes observés. Mais la fièvre resta locale ; à peine du moins le pouls et la chaleur générale s'élevèrent-ils au-dessus du type normal. Insensiblement, l'engorgement avait diminué ; la sensibilité morbide avait été prompte à disparaître, ainsi que la chaleur. Déjà le jeune malade pouvait se servir de son membre ; il lui était possible de marcher assez longtemps dans les salles, lorsque tout à coup il fut pris d'une hémoptysie qui s'accompagna d'une frayeur étrange, d'une épouvante indicible, comme si ce jeune homme avait senti par tout son être les approches certaines de la mort. Il fut évacué du service de M. Velpeau dans un service de médecine, où il ne tarda pas à succomber à une fièvre typhoïde ataxique. A l'autopsie, on trouva dans le poumon, non pas des tubercules, comme on avait été en droit de le supposer, mais des foyers apoplectiques nombreux (apoplexie pulmonaire), et dans l'intestin, la plus confluente éruption folliculaire qu'il fût possible de rencontrer. On aurait dit que pas une seule glande de Brunner n'avait échappé à l'action morbide ; et quant aux follicules agminés, ils avaient acquis pour la plupart un volume disproportionné ; quelques-uns avaient les dimensions d'une grosse amande, d'autres celles du pouce. Il semblerait que, dans ce cas, un miasme, un agent toxique quelconque, eût porté au sang une atteinte subite et profonde ; et nous ne pouvons nous empêcher de voir, dans l'hémorrhagie qui a ouvert la scène morbide, le signal de la défibrination propre à la fièvre typhoïde. Ce symptôme rentrerait dès-lors dans la classe des phénomènes hémorrhagiques si étroitement liés à cette pyrexie.

Notons que l'injection iodée fut pratiquée trois mois auparavant, remarque importante ; car, si la fièvre typhoïde avait été plus rapprochée de l'opération, on pourrait, à la rigueur, se demander si cet agent toxique dont nous parlions n'aurait pas été précisément le liquide iodé qu'on avait été obligé de laisser dans l'articulation en assez grande quantité.

Il n'y a pas, ce nous semble, à raison du temps écoulé entre l'injection et la pyrexie qui a fait succomber l'opéré, il n'y a pas, disons-nous, à s'adresser une telle question.

D'ailleurs, tout le monde sait que l'intoxication iodée a des caractères anatomiques spéciaux qui ne sont pas, à beaucoup près, ceux de la fièvre typhoïde.

Maintenant, parlons du genou. La surface synoviale était humectée, mais l'excès de synovie avait disparu : il n'y avait plus de collection. Il n'existait pas d'adhérences d'une surface articulaire à l'autre. Le cartilage d'encroûtement était aminci par places, comme érodé. Le tissu réticulé de l'extrémité inférieure du fémur était très vasculaire et très hypérémié.

Ce qui importe à la cause de l'injection iodée, c'est que, n'y ayant pas eu d'accidents primitifs, il n'y eût pas non plus d'adhérences intra-articulaires. Voilà, en effet, les deux choses qui étaient à craindre *à priori;* l'irruption d'une incoercible phlogose au contact du liquide irritant dans une articulation, et, si la phlogose avait pu être maîtrisée, la formation de liens membraneux entre les surfaces de rapport, c'est-à-dire l'effacement de la cavité articulaire, l'ankylose.

Déjà, dans un assez grand nombre de cas (douze ou quinze), M. Velpeau n'a vu se réaliser ni l'une, ni l'autre appréhension. M. Velpeau s'en prévaut avec juste raison, ce semble ; mais les chirurgiens ne reviendront pas facilement de l'espèce d'épouvante que leur cause l'idée d'introduire un modificateur énergique dans une cavité articulaire.

Cette question est soumise aux délibérations de l'Académie. Nous analyserons la discussion qui se poursuit à ce sujet. En attendant, on nous permettra de consigner ici une remarque préalable. Souvent l'hydarthrose, nous voulons dire la collection synoviale, est secondaire. La cause, le mal essentiel, est au delà de la surface exhalante. L'os lui-même est affecté ; il l'est d'une manière sourde et latente, mais c'est lui qui fomente l'irritation de la surface synoviale et qui produit l'excès de sécrétion. Dans ces conditions, à quoi bon s'attaquer à ce qui est secondaire ; et qu'aura-t-on gagné lorsqu'on aura tari la collection ?

Quand l'hydarthrose est si opiniâtre, il est fort à supposer qu'autre chose que la synoviale est intéressé dans l'affection. Par exemple, voici des surfaces articulaires (celles que M. Velpeau a montrées à ses élèves) dans lesquelles le cartilage d'incrustation est aminci, comme érodé. Quelle est la signification de ce fait anatomique ? Pour nous, conformément aux résultats des belles recherches de M. Richet sur les tumeurs blanches, nous voyons dans cette disparition imminente de la lame cartilagineuse la preuve de la phlogose sous-jacente, c'est-à-dire de l'ostéite. Le cartilage est un produit comme le poil, comme l'ongle, comme l'épiderme. Il n'éprouve rien par lui-même, et n'a, pour ainsi parler, aucune part déterminante à ses propres vicissitudes. S'il disparaît, ce ne peut être que consécutivement. La lamelle compacte à laquelle il est uni, est soulevée tantôt par une couche de sang, tantôt par des bourgeons fongueux, et tend à se détruire par places ou en totalité. Le cartilage, dit M. Richet, suit exactement les mêmes altérations ; il s'érode ou s'amincit, et disparaît. Quelquefois il se détache en entier, comme l'ongle dans le panaris, se roule sur lui-même, et on le trouve caché dans un coin de l'articulation.

Nous n'avons pas vu, dans la pièce de M. Velpeau, ce qu'il y avait sous le cartilage ; mais il nous suffit que celui-ci fût érodé, pour affirmer que la phlogose était au-dessous.

Cela posé, voici notre conclusion, que nous formulons avec toute la réserve que commande l'autorité imposante dont nous discutons ici les maximes : L'articulation était guérie, si l'on n'entend parler que de la collection synoviale ; mais l'os n'était pas guéri, c'est-à-dire que l'élément principal de la maladie subsistait. Alors, n'aurait-il pas été à craindre que, dans un temps plus ou moins rapproché, à la faveur de cette ostéite persistante, l'élément accessoire, la collection elle-même, reparût ?

— Par une transition naturelle, nous passons de l'injection iodée dans les articulations, à la même injection appliquée au traitement des abcès froids ou chroniques. M. Jobert (de Lamballe) nous a montré un homme qui avait été affecté d'un énorme abcès froid de la région cervico-dorsale, et qu'il a traité de cette manière avec un succès dont il n'était guère permis de se flatter, à cause du volume de la tumeur. On sait que M. Jobert a retiré le même avantage de l'emploi de l'injection iodée dans la cure de la phthisie ou tuberculisation testiculaire.

— Ce chirurgien a pratiqué devant nous, il y a quelque temps, une amputation de cuisse pour une affection tuberculeuse des extrémités articulaires tibio-fémorales. C'est une opération bien simple que l'amputation de la cuisse ; et cependant nous n'hésitons pas à dire que l'opération de M. Jobert, prise en elle-même, peut-être le sujet de réflexions importantes. Deux choses nous ont frappé dans la manière de procéder du chirurgien de Saint-Louis : 1° le peu de chairs qu'il laisse au moignon ; 2° le soin minutieux avec lequel il recherche les vaisseaux et en fait la ligature, afin qu'il ne s'épanche pas de sang dans la plaie après la réunion. C'est à ces deux règles que M. Jobert attribue les résultats vraiment très heureux de sa pratique en ce qui touche les amputations. Nous parlons au nom de la science et de l'art, et rien ne serait plus répréhensible, dans notre position, que de nous laisser dominer par un sentiment personnel favorable ou contraire. C'est à bon escient, et après vérification assidue, que nous arguons des succès qui couronnent la pratique d'un chirurgien dans des conditions données. Peu de chairs et conséquemment peu de surfaces saignantes, une plaie moindre ; point de sang entre ces surfaces, qui puisse les séparer quand elles ont été affrontées et les irriter ; réunion de ces surfaces par la suture entortillée ; voilà en quoi consiste cette pratique. On comprend que, par ces circonstances, la réunion immédiate soit la règle quand elle est l'exception ailleurs.

— Nous avons vu, dans un autre hôpital, un exemple de l'influence défavorable que le sang épanché dans les plaies exerce sur la cicatrisation. Il s'agissait de l'extirpation d'un ganglion cervical, à la suite de laquelle on avait dû lier le tronc de l'artère faciale. La plaie était abstergée ; il ne coulait plus de sang. On réunit *bord à bord* par la suture. Au troisième jour, le foyer de la plaie était rempli de caillots de sang putride, et non-seulement la réunion immédiate avait été empêchée, mais encore la cicatrisation secondaire se fit longtemps désirer. Qu'était-il arrivé ? Il s'était produit une exhalation de sang à la surface de la solution de continuité ; et pourquoi ? Parce que les côtés opposés avaient été réunis bord contre bord, et non surface contre surface. Il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément les épingles, et, par une réserve mal entendue, se borner à comprendre seulement la peau dans la suture.

— Quel homme pourra jamais espérer de réunir dans un cadre suffisamment compréhensif les variétés infinies d'une maladie qui, au premier abord, s'offre à l'esprit avec une certaine apparence d'uniformité, la fièvre typhoïde ? Nous avons eu, l'année dernière, comme phénomène hémorrhagique, l'hématurie, et cette année, ainsi qu'on l'a vu par l'observation de M. Velpeau, l'hémoptysie. Nous avons eu la fièvre typhoïde à l'état de pyrexie ataxique si aiguë et si violente que, si ce n'eût été la défibrination du sang, on n'aurait pas hésité à diagnostiquer une arachnitis. Voilà maintenant, dans le service de M. Rayer, à la Charité, un exemple de fièvre typhoïde *charbonneuse*. Lee sujet est une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde de médiocre intensité, a présenté une tumeur gangréneuse, un anthrax du volume d'un œuf de dinde, sur la région fessière. La plaie s'est mondifiée, et la malade est en pleine convalescence.

Tant il est vrai que toutes les pyrexies continues se touchent ou même se confondent, distinctes seulement par des circonstances purement extérieures et accessoires !

—Citons, puisque nous avons été conduit à nous occuper une fois encore, qui ne sera pas la dernière, de la fièvre typhoïde, citons un cas du service de M. Alquié, médecin en chef du Val-de-Grâce, cas remarquable par la marche extrêmement rapide de la maladie et par la nature des lésions. L'éruption folliculaire était aussi confluente que dans le fait de M. Velpeau, et s'étendait jusque dans le gros intestin. Mais ce qui était frappant surtout, c'était l'altération de la membrane muqueuse gastrique, qui, dans la grosse tubérosité, était extrêmement épaissie, d'un rouge très foncé ou même noirâtre par places, et qui rappelait celle des individus qui succombent à l'ingestion du deuto-chlorure de mercure. Jamais nous n'avions vu à ce degré la phlogose ou, si l'on veut, l'hypérémie de la membrane muqueuse de l'estomac dans la fièvre typhoïde.

— Les deux faits suivants sont des exemples d'albuminurie observés dans le service de M. le professeur Fouquier, il y a quelque temps, et au sujet desquels M. le docteur Boudet, chef de clinique, bien connu de nos lecteurs, a eu la bonté de nous fournir quelques notes :

Une femme de vingt-huit ans, après de violents chagrins et ayant été exposée à l'humidité, offrit, il y a cinq ans, pendant deux ans et demi, les signes de la maladie de Brigth : elle fut guérie par les diurétiques. Il y a quatre mois, à la suite de privations, récidive : anasarque ; urines se solidifiant par la chaleur, pesant 1019 au densimètre ; diarrhée. Bientôt, écoulement abondant de sérosité à travers l'épiderme, qui est intact ; diminution de l'anasarque ; accès épileptiforme ; coma ; mort. — Epanchement de sérosité dans toutes les séreuses, l'arachnoïde exceptée. Reins volumineux, friables, en partie anémiés, en partie congestionnés, sans granulations. Foie et rate hypertrophiés ; tubercules dans le premier. Oblitération par un caillot de la veine crurale gauche.

Passons à la seconde observation. Nous ferons ressortir ensuite les circonstances principales de l'une et de l'autre.

Un homme de trente et un ans, bien constitué, adonné aux boissons spiritueuses, s'aperçut, en juillet 1845, qu'il avait de l'enflure aux pieds. Les urines diminuèrent. Point de douleurs de reins, ni de fièvre. A l'entrée du malade dans le service, anasarque ; le scrotum a le volume de la tête d'un enfant nouveau-né ; urine fort albumineuse, pâle, d'une densité normale. Mort prompte par asphyxie. — Epanchement séreux dans la plèvre droite, le péricarde et le péritoine. Reins gros, friables, anémiés et congestionnés par places ; plusieurs cônes ont disparu. Rate très volumineuse ; 0,16 de long. Foie un peu hypertrophié, parsemé de noyaux squirrheux. Tubercules dans un poumon.

Ces faits prêteraient à de longs développements, surtout si, se fondant sur la variété des lésions de nutrition observées dans les deux cas, on voulait essayer de démontrer combien il est vraisemblable que l'albuminurie ne marque elle-même qu'un trouble profond de la nutrition. Bornons-nous à noter cette coïncidence avec l'albuminurie de tubercules ou de noyaux squirrheux dans le foie et dans le poumon ; l'hypertrophie du foie et de la rate chez les deux sujets ; cette transsudation extrêmement curieuse de la sérosité à travers l'épiderme intact, chez la femme, et, chez elle aussi, la guérison d'une première atteinte d'albuminurie ; la mort prompte de l'homme par asphyxie, et finalement l'existence d'une phlébite oblitérante chez une cachectique. Cette phlébite est assez fréquente dans cette condition. Lorsque la nutrition a été atteinte dans ses sources, et ne fournit plus que des matériaux insuffisants à l'entretien d'une vie languissante, le sang prend une plasticité mensongère, effet de la diminution des globules, et l'on voit, dans quelques cas, survenir l'œdème, résultat de l'oblitération des veines, comme dans la *phlegmasia alba dolens*. X...

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De l'hydropneumothorax, de sa marche et de son traitement.

(Suite et fin du numéro du 9 décembre.)

Nous avons dit, dans un précédent article, que la marche de la maladie n'était pas toujours la même, et que de notables différences se faisaient remarquer selon que le point de départ de l'affection était dans une diathèse tuberculeuse, ou dans une pleurésie avec épanchement purulent. Lorsqu'il y a pleurésie purulente, le pneumothorax est précédé d'abord de l'apparition des signes d'un épanchement, matité dans les points déclives de la poitrine, égophonie, absence de respiration, etc. Mais en même temps il se manifeste des symptômes généraux fort graves, un état fébrile intense qui précède le pneumothorax. Le début de la maladie, lorsqu'il y a pleurésie purulente antérieurement à la perforation du poumon, est marqué par une série d'accidents d'une toute autre nature. Chez les phthisiques, au moment où le tubercule sous-pleural se ramollit, s'ouvre dans la plèvre, il y a développement de phénomènes qui simulent une pleurésie suraiguë. Souvent alors l'ouverture pleurale est des plus étroites, et ne permet absolument que l'entrée de l'air dans la plèvre, sans laisser échapper aucune goutte du liquide renfermé dans la cavité séreuse. Dans la pleurésie purulente, presque toujours, le premier phénomène est une vomique de pus, chose facile à concevoir, car l'ouverture se fait alors de dedans en dehors, tandis que pour les tubercules l'ouverture se fait de dehors en dedans. L'apparition de la vomique de pus est un signe presque caractéristique d'un pneumothorax déterminé par une pleurésie purulente.

On a cru pendant longtemps, et c'est là une erreur que nous devons signaler, que lorsqu'il y avait vomique de pus, ce pus venait du poumon lui-même. Il est au contraire extrêmement rare de trouver des abcès du poumon assez étendus pour donner lieu à un accident de cette nature, tandis qu'il est très fréquent de l'observer dans les cas où il y a pleurésie purulente. Lors donc qu'il surviendra un vomissement de pus abondant, votre première pensée devra se fixer sur la possibilité de l'existence d'une pleurésie purulente; vous devez songer, non pas à un abcès qui se serait soudainement ouvert, mais à une collection purulente qui se sera fait jour à travers la plèvre et le parenchyme du poumon. C'est en vertu des lois de l'organisme que le pus est ainsi expulsé de l'économie, lorsqu'il est renfermé dans la cavité de la plèvre. Il est beaucoup plus fréquent de voir le pus traverser le poumon, organe dont la résistance est moins forte, la perméabilité plus grande, que de le voir sortir et se frayer un passage au travers des parois de la poitrine; cependant, il ne faudrait pas croire qu'il n'y eût pas d'exemple du passage du pus par une ouverture spontanément faite dans les parois thoraciques. Il est même des circonstances dans lesquelles, mais ceci est excessivement rare, le pus s'échappe à la fois et par le poumon et par une perforation de la cage thoracique.

Il y a, comme on le voit, de notables différences entre le début du pneumothorax, suite de pleurésie purulente, et celui qui reconnaît pour cause le ramollissement d'un tubercule sous-pleural. Suivons la marche de l'affection dans le premier de ces deux cas, et continuons le parallèle. Le premier phénomène, et il est constant, c'est un vomissement de pus; mais à la suite d'une perforation pleurale et pulmonaire consécutive à l'inflammation purulente de la plèvre, il peut arriver que l'air extérieur ne pénètre pas dans la cavité séreuse. L'ouverture s'est faite de dedans en dehors; l'ouverture peut être tellement disposée, que le lambeau de plèvre forme soupape, permette le passage du liquide dans un sens, ne le permettre pas dans l'autre. Les malades qui se trouvent dans ce cas sont incontestablement dans les meilleures conditions possibles quant à leur état. Ils rejettent au dehors le pus qui se rassemble dans la plèvre, et l'air ne peut y pénétrer. Malheureusement ces cas sont peu communs, et le plus souvent, du moment qu'il y a une ouverture au travers de la plèvre et du tissu pulmonaire, l'air se précipite dans la cavité. Alors, à la percussion, on constate à la partie supérieure de la cage thoracique, dans une étendue plus ou moins élevée, une sonoréité anormale, qui tient à la présence des gaz qui surnagent le liquide. Dans la partie inférieure, au contraire, matité plus ou moins étendue aussi, suivant la quantité de liquide épanché.

Pour nous résumer en deux mots, quant à ce qui a rapport aux différences de début des deux sortes d'hydropneumothorax, nous dirons: que lorsque cette affection succède au ramollissement d'un tubercule, il y a d'abord épanchement de gaz, puis sécrétion et collection de liquide transparent ou trouble, séreux ou purulent; que lorsque la perforation succède à une pleurésie purulente, il y a d'abord épanchement de liquide trouble et purulent, puis épanchement de gaz. Les différences sont tellement tranchées au début, qu'il est impossible au médecin de se méprendre lorsqu'il peut observer les malades à la première période de leur affection.

La terminaison de l'hydropneumothorax est le plus souvent fâcheuse, et le pronostic très grave, non pas tant à cause de la maladie en elle-même qu'à cause de l'affection dont elle est la conséquence. Dans le plus grand nombre des cas, l'altération pathologique primitive, quelle qu'elle soit, qui détermine la perforation, est profonde et grave; dans le plus grand nombre des cas, elle entraîne fatalement la mort. Lorsque le pneumothorax succède à une pleurésie purulente, la présence de l'air devient fréquemment la cause d'une fétidité extrême du pus, qui subit une sorte de décomposition putride. Par lui-même, le pneumothorax n'est pas toujours de nature à tuer le malade; presque toujours, c'est à l'affection primitive que succombe le sujet.

Le diagnostic de l'hydropneumothorax n'est pas très difficile, le plus communément. Lorsque la maladie est à une période très avancée, que la quantité d'air renfermé dans la cavité de la plèvre est très considérable, partant que la sonoréité est très forte et très étendue, il ne serait pas impossible de confondre le pneumothorax avec l'emphysème du poumon; mais nous devons faire observer qu'alors, les phénomènes propres au pneumothorax pur et simple ne sont pas de longue durée; au bout de peu de temps, habituellement, vous arrivez à constater chez ces sujets les symptômes pathognomoniques du pneumothorax, symptômes que nous avons énumérés, et sur lesquels nous n'avons plus à revenir. Une chose plus difficile, c'est de reconnaître la maladie qui a produit la perforation pleurale. Nous disons, de reconnaître; car le plus souvent, on devine, et presque toujours avec justesse, la cause qui l'a déterminée. Nous ne croyons pas exagérer en disant que quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, le pneumothorax reconnaît comme point de départ l'affection tuberculeuse ou la pleurésie purulente. Une fois ces deux affections admises comme primitives, le plus ordinairement, et lorsqu'il ne s'agit plus que de choisir entre elles deux, la chose devient aisée, tant la marche du pneumothorax est différente dans l'un et dans l'autre cas, tant les phénomènes du début sont dissemblables; on a donné comme une des causes possibles, avons-nous dit précédemment, le cancer du poumon. Mais le cancer du poumon ne survient jamais seul, et d'ailleurs il est fort rare. Tout au plus peut-on le supposer lorsqu'il existe chez le sujet malade une diathèse cancéreuse, qui s'est déjà révélée dans d'autres organes ou dans d'autres appareils d'une façon manifeste. Peut-être encore, pourrait-on invoquer la gangrène du poumon; mais, sans être rare, elle n'est pas très commune non plus, et, d'ailleurs, elle a des caractères par lesquels il est facile de la constater. Nous n'entrerons donc point, sous le rapport du pronostic, dans des détails plus circonstanciés; car il se rattache de la manière la plus intime à ce que nous avons dit des terminaisons, à ce que nous avons dit du diagnostic de l'affection primitive.

Les lésions anatomiques sont un des points les plus curieux de l'histoire du pneumothorax. Elles vous sont déjà à peu près toutes connues d'après l'étude des causes, et voici, d'après la thèse de M. Saussier dont nous vous avons parlé plus haut, l'ordre de fréquence des affections qui ont produit la maladie dont nous nous occupons. Sur 131 cas, il a noté les résultats suivants :

Pneumothorax avec phthisie pulmonaire,	81
Avec pleurésie,	29
Avec gangrène pulmonaire,	7
Avec emphysème,	5
Avec hydatides du poumon,	1
Avec apoplexie pulmonaire,	3
Avec cancer du poumon,	1
Avec hémothorax,	1
Avec abcès du poumon,	1
Avec fistule hépato-pneumo-pleurale,	1

Pour vous faire l'histoire anatomique de ces diverses lésions, il faudrait vous tracer celle de chacune des affections auxquelles on doit les rapporter, et ce n'est point ici le lieu. Mais il est un point important qu'il ne faut pas perdre de vue, et sur lequel nous insisterons. Il n'est pas toujours facile de constater la perforation après la mort, et même il y a certains cas où il est tout à fait impossible de trouver le point où elle s'est faite. On se rendra facilement compte de cette difficulté si l'on réfléchit qu'il suffit d'une perforation extrêmement petite pour donner lieu à la production du pneumothorax, que la perforation peut très facilement s'obstruer par des mucosités, des fausses membranes; enfin, qu'une perforation très petite peut être, au bout d'un certain temps, complètement et définitivement oblitérée par des adhérences, par une fausse membrane, de telle sorte qu'il soit impossible de la retrouver.

En général, lorsque l'on fait l'autopsie d'un sujet qui a succombé à un hydropneumothorax, il faut prendre les précautions les plus minutieuses: la première chose à faire, c'est de s'assurer si la cavité de la plèvre contient réellement des gaz. Au moment où l'on ouvre la poitrine, on entend presque toujours un petit sifflement. Mais ce sifflement peut être aussi bien produit par l'entrée de l'air que par la sortie des gaz renfermés dans la séreuse. On éclaircira facilement ce doute en plaçant sur la paroi encore intacte de la poitrine un petit cercle de bois ou de métal analogue à ceux dont on se sert pour retenir les serviettes de table, remplissant d'eau la cavité de ce rouleau et pratiquant avec un bistouri à lame étroite une petite ponction. Si par l'ouverture il s'échappe des bulles de gaz au travers de la couche d'eau, on est certain que la plèvre contenait de l'air; et il a été souvent facile de recueillir ces gaz pour les soumettre à l'analyse. Avant d'ouvrir plus largement la poitrine, on ouvrira l'abdomen, et l'on s'assurera de la position du diaphragme et de la forme que présente le plancher inférieur de la poitrine.

Dans le pneumothorax, le diaphragme forme presque toujours un plan droit, au lieu de figurer une voûte à convexité supérieure. Souvent même, lorsque l'épanchement est très abondant, le diaphragme est saillant dans l'abdomen, et forme une voûte à convexité inférieure. Une fois ces observations faites, on ouvre la poitrine, et le plus communément on rencontre des traces d'une inflammation de la plèvre, même lorsque c'est une affection tuberculeuse qui est le point de départ de la maladie. Le liquide pleural est plus ou moins trouble, plus ou moins épais; des fausses membranes tapissent la cavité séreuse. Une fois la pleurésie constatée, il faut rechercher la perforation. Le meilleur moyen, nous oserions presque dire le seul, c'est d'insuffler le poumon en le tenant plongé sous le liquide de l'épanchement, ou, si ce liquide s'est écoulé, sous une quantité d'eau suffisante pour le recouvrir. Les bulles d'air qui viennent sortir à la surface du liquide sont le meilleur guide à l'aide duquel on puisse arriver à la connaissance du point précis où existe la perforation.

Le plus souvent, il n'y a qu'une ouverture fistuleuse; quelquefois deux, très rarement davantage. En se conformant avec soin à ces précautions, on arrivera aisément dans la plupart des cas à constater l'existence de tous les désordres qui accompagnent le pneumothorax. On comprendra, sans que nous ayons besoin d'y insister, toute l'importance que doit avoir l'intégrité du tissu du poumon; la moindre piqûre, en effet, suffirait pour empêcher de trouver la perforation.

Traitement. — Le traitement de l'hydropneumothorax comprend deux choses: le traitement de la maladie, le traitement de l'accident. Le traitement de la maladie n'est pas toujours le même. L'affection primitive, à laquelle on doit rapporter la perforation pulmonaire, pouvant être très variable, la thérapeutique se ressentira de ces différences. Le traitement sera donc celui de la maladie elle-même, et malheureusement, cette maladie étant ou très grave, ou tout à fait incurable, la phthisie, par exemple, la gangrène, le cancer, le traitement sera le plus souvent inutile. Mais le traitement de l'accident est fort important. C'est lui dont il faut s'occuper au plus tôt, car la suffocation est imminente.

Les moyens thérapeutiques, ici encore, sont fort restreints. Il faut d'abord placer le malade dans des conditions telles que le passage de l'air dans la cavité de la plèvre soit le moins facile, Ainsi, l'on recommandera au malade de respirer avec les plus grandes précautions, de garder le silence le plus absolu, d'éviter toute espèce d'effort. Il devra résister autant qu'il le pourra au besoin de tousser, toutes circonstances qui auront pour résultat de prévenir, ou du moins de rendre moins fréquent et moins facile l'entrée de l'air dans la plèvre, partant, de diminuer les accès de suffocation causés par la compression du poumon par les gaz renfermés dans la cavité de la membrane séreuse.

On fera prendre au malade des boissons gommeuses, mucilagineuses, tièdes, de manière à éloigner autant que possible les quintes de toux. Un des agents thérapeutiques qui calment le mieux la toux, c'est l'opium et ses préparations. On emploiera quelquefois avec succès les évacuations sanguines, qui ont pour effet d'affaiblir un peu le sujet et de diminuer la violence des mouvements respiratoires. On placera quelques sangsues sur le point du thorax où le malade ressentira le plus de douleur. Tous ces moyens ne sont guère autre chose que des palliatifs, mais ils sont néanmoins très importants et utiles à connaître. Si l'on parvient à rendre pendant quelques jours la respiration plus faible et plus lente, on aura quelques chances de prolonger un peu la vie du malade.

Le sujet à propos duquel nous vous avons présenté ces considérations toutes pratiques, a été soumis par nous au traitement que nous venons de vous indiquer. Au moment de son entrée, la respiration était chez elle à 48 par minute; maintenant, elle n'est plus que de 20; nous avons obtenu une diminution de plus de moitié. Si la collection gazeuse était très considérable, on pourrait avec un trois-quarts très délié, plongé obliquement à travers la paroi thoracique, donner issue à une portion de l'air renfermé dans la plèvre. Pour la jeune femme dont il s'agit, elle est évidemment tuberculeuse. Nous n'avons donc aucun espoir de la sauver, et d'arriver à une guérison complète. De plus, elle est dans un état de faiblesse telle que nous n'espérons pas la voir résister longtemps, ni à l'affection principale dont elle est atteinte, ni aux accidents de dyspnée et de compression pulmonaire auxquels elle est en proie.

DE QUELQUES AFFECTIONS INTERMITTENTES LARVÉES.

On a dit avec raison qu'une maladie bien connue était à moitié guérie. Les fièvres intermittentes pernicieuses, quand elles se déclarent dans les circonstances qui éveillent l'attention du médecin, sont ordinairement combattues avec succès par le quinquina donné opportunément et en quantité suffisante. Ces fièvres, ordinairement aussi dégagées de complications inflammatoires, ne laissent, dans l'esprit du médecin, aucune hésitation sur l'indication à remplir, et il n'y a, sur ce point, aucune dissidence entre les praticiens.

Il n'en est plus ainsi quand, dans le cours d'une ou de plusieurs maladies à formes aiguës, des symptômes plus violents se manifestent, qui ne semblent que l'exagération des symptômes ordinaires, marqués seulement par un retour à peu près régulier, et dont on croit trouver la cause dans quelques circonstances accidentelles de l'alimentation, du froid, d'une impression morale.

Ces symptômes, cependant, prennent une intensité nouvelle à chaque accès et deviennent mortels ou se prolongent, parce que leur caractère n'a pas été reconnu, ou qu'il l'a été trop tard. Le danger est d'autant plus grand que les malades, fatigués par les maladies antérieures, sont moins capables de résister. L'erreur est d'autant plus facile que la maladie primitive absorbe l'attention du médecin, et qu'un accès faible succédant ordinairement à celui qui aurait pu donner quelque inquiétude, laisse croire qu'il ne s'agit que d'une exacerbation passagère, en éloignant l'idée du traitement qui lui convient.

Il est des médecins dont l'autorité est imposante, qui se refusent complétement à admettre ces fièvres intermittentes dangereuses coïncidant avec une inflammation, et qui pensent que celle-ci seule doit être prise en considération, que le quinquina, par conséquent, ne trouve jamais son application dans ces cas si graves. On comprend combien il est important d'être fixé à cet égard.

Des maladies extérieures ou légères, par cela même qu'elles sont extérieures, nous servent quelquefois, par l'analogie, à reconnaître la nature d'affections profondes et graves dont le diagnostic est obscurci par des complications et par le trouble simultané de plusieurs fonctions essentielles à la vie.

Quand on observe le point de départ de quelques névralgies superficielles, de la névralgie sus-orbitaire, par exemple, on reconnaît qu'elle succède souvent à un coryza, surtout à celui qui s'étend jusqu'aux sinus frontaux.

Qu'y aurait-il d'extraordinaire, si les inflammations, ou, pour parler plus exactement, si les catarrhes des autres membranes muqueuses imprimaient aux nerfs qui les avoisinent, la même modification que le catarrhe pituitaire au nerf sus-orbitaire?

Cette idée, qui paraît singulière au premier abord, semble justifiée par ce qui arrive dans quelques catarrhes bronchiques, dans certaines coqueluches, et dans quelques diarrhées.

Voici un exemple bien remarquable d'une bronchite coïncidant avec une névralgie intermittente qui a mis la vie de la malade en danger.

— Une jeune femme de vingt-quatre ans, d'un caractère vif, d'une constitution faible en apparence, mais d'une énergie vitale très grande, et pouvant suffire à de grands exercices, était sujette depuis la puberté à des angines tonsillaires, à des douleurs névralgiques qui affectaient alternativement la tête, le cœur et la poitrine. Fatiguée par trois couches aussi rapprochées que possible, elle avait cependant, après la dernière, acquis un embonpoint qui ne lui était pas ordinaire, lorsque, à la fin du mois de septembre dernier, son appétit se perdit, alors qu'elle était sous une influence morale qui lui causait une grande agitation. La gorge devint douloureuse; et, ce qui n'était pas arrivé depuis quatre ans, un abcès se forma dans l'amygdale, et ne s'ouvrit que le dixième jour après les douleurs inhérentes à cette terminaison.

La convalescence, ordinairement immédiate après l'ouverture de l'abcès, ne fut point franche cette fois. Quelques jours après, une bronchite se déclara avec fièvre, dyspnée et le sifflement qu'elle présente ordinairement chez cette malade. Au bout d'un mois elle touchait à son déclin. La malade se levait, prenait quelques aliments, mais le pouls conservait de la fréquence, lorsqu'un soir, la fièvre augmente, des vomissements se manifestent, la toux devient plus vive, avec une sensation douloureuse au-dessous des fausses côtes gauches. L'auscultation ne fait point reconnaître d'inflammation dans le tissu pulmonaire; c'est toujours du râle sous-crépitant très humide dans toute la hauteur de la poitrine.

Le lendemain les vomissements ont cessé; mais il reste une disposition aux nausées, augmentée par toutes les boissons. L'eau pure et fraîche peut seule être supportée. La langue et le voile du palais sont d'un rouge écarlate, sans douleur cependant.

Le troisième jour, une éruption miliaire paraît sur la poitrine avec des sueurs plus abondantes encore. La fièvre continue.

Dans la soirée, les vomissements et la toux reparaissent avec une agitation plus grande encore que la veille. Ces symptômes sont considérés comme une exacerbation de ceux qui sont liés à l'éruption et à la bronchite. Ils se renouvellent les jours suivants, toujours dans la soirée, plus forts un jour que l'autre, sans que la pensée vienne qu'ils puissent tenir à une complication particulière. L'estomac ne peut toujours supporter que de l'eau pure. La malade la tient un instant dans la bouche avant de l'avaler, et la sueur n'en est point arrêtée.

Le cinquième jour, je quitte la malade à onze heures et demie du soir. L'agitation avait commencé avec les symptômes de la veille. Une heure après mon départ, les vomissements, la toux, prennent une intensité toujours croissante; le pouls devient encore plus fréquent, et le cœur bat avec une sensation si douloureuse, qu'elle s'écrie qu'il va se rompre; les idées s'exaltent, la raison s'égare; la crainte de la mort s'exhale en terreurs, en cris, en prières. La figure est pâle, et le front couvert d'une sueur grasse et presque froide.

J'étais arrivé au milieu de cette scène effrayante, à laquelle j'avais opposé tous les révulsifs extérieurs, tous les antispasmodiques, qui n'avaient entravé en rien la marche de l'accès; car je fus alors convaincu qu'il s'agissait d'une complication dangereuse.

A sept heures le calme était revenu. Les vomissements, les battements de cœur avaient cessé. Il restait un peu de toux, sans douleur, sans oppression. Le râle sous-crépitant persistait au même point.

Je fis sur-le-champ donner 20 grains de sulfate de quinine en lavement; une seconde dose semblable trois heures après, et on fit une friction sur la cuisse avec une troisième, semblable aussi. La rougeur si vive de la langue et du voile du palais m'empêcha de donner le quinquina par la bouche. J'eus tort, comme on va le voir.

Au milieu de la journée, vers les quatre heures, la malade ne se sent plus si bien, et on se rappelle alors que les jours précédents c'était aussi vers cette heure qu'il y avait quelque chose de nouveau, quoique la violence des symptômes ne se manifestât que dans la nuit. La journée se passe dans ce malaise supportable. L'éruption miliaire est devenue plus générale. Les sueurs continuent.

A minuit, les vomissements, la toux, les déchirements de cœur, l'agitation, les cris, les frayeurs, tous les symptômes de la veille reparaissent, mais moins violents, et durent moins longtemps. On continue le quinquina à la même dose et par les mêmes voies que la veille.

La journée est calme, et la malade arrive jusqu'à minuit, transpirant beaucoup, toussant un peu, sans douleur et sans oppression, ayant quelques nausées, toujours calmées par l'eau fraîche. Le râle muqueux persistait au même degré.

A minuit, retour terrible de tous les accidents, aussi violents que ceux de l'avant-veille, et constituant ainsi une double tierce bien marquée. Mais cette fois l'affaissement des forces est porté si loin au milieu de l'accès, que sans considération pour l'état de la langue, de la gorge et la disposition de l'estomac, je fais prendre du vin de Malaga d'abord, puis de l'eau-de-vie étendue d'un peu d'eau sucrée, qui sont bien supportés. A cinq heures l'accès est terminé.

A sept heures je donne le sulfate de quinine par la bouche. Je me borne cependant à 16 grains. On en donne encore 40 en lavements, qui sont conservés.

La journée est calme, et l'accès de la nuit qui correspondait à l'accès faible, se déclare à l'heure ordinaire, mais avec une bénignité qui aurait complétement rassuré, si celui qui devait le suivre n'eût correspondu à l'accès qui avait été si grave.

Dans l'intervalle de ces deux accès, je m'étais entouré de l'expérience de trois de nos plus honorables confrères. Des doutes s'étaient élevés dans l'esprit de l'un d'eux sur le caractère réellement intermittent de ces accidents, qui pour lui sont toujours sous la dépendance d'une inflammation profonde, qui doit seule fixer l'attention. Les deux autres partageant ma manière de voir, ne redoutèrent point l'administration du quinquina. Il avait été si bien supporté, et mes idées étaient tellement arrêtées, que je ne balançai pas à le continuer. On le donna comme la veille, et j'attendis, non sans anxiété, l'heure de l'accès.

La journée fut parfaite.

A minuit il se manifesta une légère moiteur (car les sueurs avaient cessé); la malade s'endormit, et la nuit tout entière se passa dans un sommeil si tranquille et si réparateur, qu'à son réveil elle avait oublié toutes ses douleurs et toutes ses terreurs. Elle ne pouvait croire au changement si complet qui s'était opéré en elle, et un sourire involontaire accompagnait toutes les paroles par lesquelles elle manifestait son contentement; mais, à mesure que la fin du jour avançait, la crainte d'un nouvel accès l'agitait au point que tout son corps se couvrait de sueur immédiatement.

La nuit qui l'effrayait fut aussi complétement bonne que la dernière, et le lendemain l'appétit se fit sentir si impérieusement qu'il fallut donner des bouillons et des potages toutes les trois heures, et le troisième jour l'estomac si révolté digérait comme en pleine santé du poisson et du poulet.

Le râle muqueux persista encore deux jours après la cessation des accidents, sans oppression, presque sans toux. La douleur à la région de la rate, qu'un des consultants trouva plus développée, ne reparut plus. Il ne fut plus question ni de vomissements ni même de nausées. Le pouls, à 70 pulsations le matin, était le soir à 60. L'éruption miliaire tombait en pellicules le neuvième jour.

Malgré les détails dans lesquels je suis entré, on ne trouvera pas déplacé, je pense, que je fasse encore remarquer combien est digne d'attention la terminaison subite et complète de tous les accidents qui se présentaient sous une forme inflammatoire, et le retour, sans convalescence, à leur intégrité de fonctions de tous les organes essentiels à la vie, auxquels se distribue le même nerf, le cœur, les poumons, l'estomac et le cerveau, qui en est le point de départ, qui tous avaient été frappés du même désordre renouvelé six fois avec un danger arrivé à son dernier degré de gravité dans la quatrième et la sixième.

S'il n'est pas toujours rigoureusement exact de dire que le résultat du traitement démontre la nature de la maladie, on ne peut pas disconvenir que dans le cas actuel il est déjà fort remarquable que des accidents de forme inflammatoire, assez tranchés pour être considérés comme tels par un des hommes les plus expérimentés, n'aient pas été augmentés par le traitement qui a été suivi, s'il était réellement opposé à la nature de la maladie.

Mais si, loin d'être augmentés, ces symptômes si graves ont été arrêtés subitement et complétement, il n'est plus guère possible de méconnaître l'indication, l'opportunité, et je puis ajouter la nécessité du traitement qui a été suivi.

Cependant l'opinion opposée appartient à un médecin trop haut placé pour qu'on ne sente pas le besoin de rechercher sur quelles bases elle peut être fondée. Il doit y avoir quelque chose de juste dans le jugement d'un observateur aussi exact. Les faits sur lesquels il s'appuie ne peuvent être que vrais, mais c'est la manière de les interpréter qui diffère.

Il est constant, en effet, que les intermittentes graves dont nous venons de donner un exemple se développent pendant le cours de maladies inflammatoires, et l'on peut dire avec vérité qu'elles leur sont liées intimement. C'est précisément cette intimité qui en fait toute l'obscurité et tout le danger en donnant le change sur leur véritable caractère. Aussi, dans l'opinion que nous discutons, disait-on : L'état inflammatoire constitue toute la maladie, il faut, par un examen minutieux, en apprécier l'étendue, la profondeur et l'intensité. C'est lui seul qui doit fixer toute l'attention, c'est lui seul qu'il faut combattre. Les accidents qui l'accompagnent, sous une forme intermittente plus ou moins régulière, sont des phénomènes trompeurs, et il serait dangereux, au milieu de l'inflammation qui leur donne naissance, de les combattre par une médication bien propre à aggraver cet état inflammatoire.

Nous avons déjà fait remarquer que c'est moins dans les inflammations franches, que dans les inflammations catarrhales, que ces accidents intermittents se manifestent, et l'exemple simple, et en quelque façon superficiel, que nous avons cité de la névralgie sus-orbitaire a été pour nous d'un grand enseignement; et, si notre opinion est la vraie, c'est lui qui nous a mis sur la voie de ces symptômes si graves dont l'explication est difficile, puisqu'ils ont été interprétés en sens contraire par des hommes également recommandables réunis en consultation.

En tirant de cet exemple tout le parti possible, on voit comment une névralgie profonde produit des symptômes qui paraissent singuliers et qui ne le sont plus quand on en a la clef.

Si dans cette névralgie sus-orbitaire, si limitée et si régulière, tous les vaisseaux de la conjonctive s'injectent et se tuméfient; si les larmes sont sécrétées avec abondance, si elles acquièrent une âcreté qui excorie les joues; si les fonctions non-seulement de l'œil, mais du cerveau lui-même en sont troublées au point que les malades ne peuvent ni supporter la lumière, ni se livrer à aucun travail intellectuel, que sera-ce donc si une affection semblable a son siége dans le nerf qui anime à la fois les organes les plus nécessaires à la vie! Qu'on se figure quel désordre elle doit apporter dans la respiration; qu'on se représente l'exhalation augmentée, altérée et devenue irritante dans les innombrables divisions des bronches, et déjà l'on comprendra cette toux répétée qui ne permet pas aux malades un mouvement complet d'inspiration; qu'on y ajoute l'injection de tous les vaisseaux capillaires, comme ceux de la conjonctive, le gonflement de la membrane muqueuse, qui en est le résultat, on y verra la cause de ces efforts si pénibles d'inspiration et d'expiration surtout, dans lesquels l'air traverse avec sifflement ses canaux rétrécis matériellement; que si on ajoute encore ce qu'il peut y avoir de spasmodique dans les contractions d'une portion des bronches et du diaphragme; si on réfléchit aux effets de la stase du sang dans les poumons et par suite dans le cerveau, on aura le tableau des angoisses des malades en proie à cette névralgie, et de l'espèce d'aliénation mentale qui s'empare d'eux au début pour être bientôt suivie d'un affaissement qui résulte et de la compression du cerveau et du défaut d'hématose : remarque qui n'est pas sans importance pour le traitement durant l'accès.

Mais les poumons ne sont pas seuls à éprouver les effets de cette névralgie intermittente; l'estomac et le cœur, qui sont sous la même influence nerveuse, ne participent que trop souvent aux mêmes désordres, et cette double complication augmente singulièrement les douleurs et le danger de chaque accès. Les vomissements répétés, qui expulsent avec des efforts énervants quelques glaires filantes et quelquefois sanguinolentes, concourent encore à la congestion du cerveau; mais ce qui met les malades au désespoir, ce qui les exaspère et les énerve encore plus que les vomissements, ce sont les contractions du cœur précipitées et convulsives, tout en conservant leur régularité. La malade qui fait le sujet de cette observation exprimait le trouble déchirant qu'elle éprouvait dans cet organe, en disant qu'il se *contractait en carré*; elle cherchait, par une compression inutile, à atténuer cette sensation douloureuse.

On comprend que pendant tout ce désordre, le cerveau, qui, comme nous l'avons dit, en reçoit le contre-coup, ne peut guère conserver son intégrité de fonctions; aussi les cris, les frayeurs de la mort sont-ils accompagnés d'un vrai délire qui ne se termine qu'avec l'accès. Mais, au lieu de cette marche progressivement décroissante à laquelle nous sommes accoutumés dans la plupart des maladies inflammatoires, c'est tout à coup que les symptômes effrayants se dissipent et font place à un calme complet.

Que si l'on pouvait croire encore que la bronchite dont le râle muqueux est le témoignage, est la cause essentielle de tous les accidents, on serait détrompé en entendant ce râle muqueux persister au même degré plusieurs jours après que tout est rentré dans l'ordre.

Enfin, s'il eût pu me rester quelque doute sur la nature des accidents dont il est question, ils auraient été dissipés par le retour des mêmes symptômes quinze jours plus tard. Le quinquina avait été discontinué depuis trois jours; mais déjà, depuis l'avant-veille, il y avait du malaise, de l'agitation, de la fréquence du pouls, un peu d'oppression, sans toux et sans râle muqueux, lorsque, à huit heures du soir, un accès semblable à ceux que j'ai décrits se manifesta. J'arrivai à onze heures; déjà les idées se troublaient. Je donnai, presque coup sur coup, six petites cuillerées d'eau-de-vie à peine coupée d'un peu d'eau sucrée; la malade éprouva comme un commencement d'ivresse, puis un calme subit, et un quart d'heure après, l'accès était terminé. Le quinquina a été continué à 20 grains par la bouche, et 40 en lavements. La malade remarquait que la surdité succédait plus promptement à l'administration du médicament par cette voie que par l'estomac. Cette fois la convalescence n'a pas été si franche, et ce n'est que huit jours plus tard que l'appétit s'est déclaré.

Je ne sais si l'expérience ultérieure confirmera la liaison que j'ai cru reconnaître entre quelques affections des membranes muqueuses et certaines névralgies plus ou moins régulièrement intermittentes; mais il me semble entrevoir, dans cette connexion, l'explication de quelques phénomènes morbides dont on ne se rendait pas bien compte. Déjà un médecin de Tours vient de signaler une intermittente larvée coïncidant avec une coqueluche, et l'on sait combien il est ordinaire de la voir succéder à un catarrhe des voies aériennes. Les vomissements qui l'accompagnent, et qui en sont un des caractères, se trouveraient ainsi expliqués par la participation à la maladie d'une autre branche du même nerf qui fournit des rameaux importants au larynx.

Dernièrement, une femme de quarante ans, qui avait la diarrhée depuis quelques jours, fut prise d'une colique violente à quatre heures du matin, et les selles devinrent sanguinolentes. Dans la matinée, tout avait disparu. Les nuits suivantes, à la même heure, mêmes accidents. Les règles survinrent, qui n'apportèrent aucun changement. Des lavements opiacés n'eurent pas plus d'effet. Je fis prendre 12 grains de sulfate de quinine dans la journée; les douleurs furent beaucoup moindres. On continua le quinquina; les douleurs disparurent complétement après cette seconde dose.

Ainsi, encore, se trouveraient expliquées les névralgies si rebelles du pharynx qui jettent les malades dans l'hypochondrie; celles de l'anus et du col de la vessie, qui, sans succéder *exclusivement* aux irritations des membranes muqueuses de ces orifices, en sont si fréquemment précédées.

Enfin, sans vouloir ici saisir inopportunément l'occasion de m'arrêter sur des maladies qui ont fixé mon attention, je puis faire remarquer combien ce que je viens de dire est applicable à quelques maladies de la matrice; et quand je me reporte encore à toutes les circonstances qui accompagnent la névralgie dont j'ai parlé au commencement de cet article, j'y trouve aussi l'explication de beaucoup de symptômes qu'on ne croit pouvoir rapporter à une névralgie de cet organe. Mais si cette cause suffit, comme dans la névralgie sus-orbitaire, pour dilater tous les vaisseaux capillaires, pour augmenter l'exhalation muqueuse de la cavité utérine, pour en altérer les qualités, on comprendra tous les symptômes qu'elle détermine, l'acuité des douleurs, l'abaissement de l'organe, l'impossibilité de marcher, et cette exaltation nerveuse qui met les malades au désespoir et les jette quelquefois dans une aliénation mentale passagère. HERVEZ DE CHÉGOIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de la pommade mercurielle dans le traitement de la coqueluche; par M. le docteur CASSAIGNAC.

Chez sept enfants de l'âge de six mois à deux ans, atteints de coqueluche, M. Cassaignac a fait appliquer, soir et matin, dans la cavité de l'aisselle, une friction avec deux grammes d'onguent napolitain.

En même temps, il a fait administrer, à l'intérieur, le sirop d'ipécacuanha additionné de deux centigrammes de tartre stibié par chaque trente grammes, en prescrivant de le donner à la dose de deux cuillerées à café tous les trois ou quatre jours seulement.

Sous l'influence de cette médication, il est survenu une salivation très abondante, et les quintes ont toujours diminué, quelquefois même disparu, dans l'espace de vingt-quatre heures.

Afin de mieux s'assurer de l'efficacité réelle du moyen, M. Cassaignac, après avoir chez les trois sujet les plus gravement affectés enrayé les quintes au moyen de quatre frictions, a suspendu l'emploi de ces dernières, et vingt-quatre heures n'étaient pas écoulées depuis le moment de cette suspension, que déjà la toux avait reparu avec une grande intensité : elle ne céda qu'à de nouvelles frictions.

Ces applications intraleptiques ont été continuées en moyenne pendant neuf jours, après quoi toute espèce de médication a été mise de côté. Les petits malades, il est juste de le dire ici, n'étaient pas complétement guéris à cette époque; mais, si les quintes ont reparu dans la suite, elles ne sont du moins revenues que de loin en loin, et constamment elles ont offert moins de violence et de longueur que dans le principe.

Efficacité de l'ergot de seigle et du camphre, dans un cas de spermatorrhée; par M. le docteur ROBERT.

Un jeune homme âgé de vingt-cinq à trente ans, d'une bonne constitution originelle, se trouva, par suite de la masturbation portée à l'excès, affecté de pollutions nocturnes qui se répétaient jusqu'à cinq et six fois par nuit, et qui, dans l'espace de quatre mois, le conduisirent à un état effrayant de marasme.

Après avoir été traité sans succès par un médecin de la ville, ce malade entra dans le service de M. le docteur Robert, à l'hôpital Beaujon. Au moment de son admission, l'appétit était diminué, l'intelligence baissait; la peau était sèche, pâle et terreuse; le visage était terne; l'ensemble du corps présentait une sorte d'atrophie séniliforme; le pouls était chlorotique, petit, saccadé, comme érectile.

M. Robert, après avoir vainement eu recours à plusieurs médications, entre autres à la cautérisation, tans recommandée par M. le docteur Lallemand, essaya l'ergot de seigle associé au camphre, suivant la formule ci-dessous :

Poudre d'ergot de seigle,	10 centigr.
Poudre de camphre,	5

M. et F. S. A. une pilule.

Le malade prit, matin et soir, une pilule semblable.

Peu de jours après le commencement de cette préparation, les pollutions cédèrent complétement; le malade reprit des forces, de l'embonpoint, de la couleur, de l'énergie morale et intellectuelle.

La cautérisation fut également continuée comme par le passé, une fois tous les douze ou quinze jours. Mais, néanmoins, l'effet des pilules a été des plus incontestables; car le jeune homme a fait remarquer que, dès qu'il en voulait suspendre l'usage, les pollutions reparaissaient; et, aujonrd'hui encore, sorti qu'il est de l'hôpital, il a besoin, pour consolider son rétablissement, de toujours insister sur l'usage du même moyen, mais à plus faible dose seulement.

Note sur l'action exercée par l'urine sur certains insectes; par M. le docteur DEBOURGE, de Rollot.

Les accidents auxquels peut donner lieu l'introduction de la forficule perce-oreille dans le conduit auditif externe ont, sans doute, été bien exagérés par certains auteurs; toutefois, ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention des praticiens.

M. le docteur Debourge propose un moyen bien simple pour y remédier; c'est l'introduction d'un peu d'urine dans ce canal.

Suivant l'auteur, la forficule succombe en moins d'une minute, et elle résiste un peu plus lougtemps dans l'huile.

L'action léthifère de l'urine est encore pius rapide avee la grosse fourmi des bois.

Nous ne devons pas oublier d'ajouter, en terminant, que ce moyen est d'une innocuité complète sur la membrane qui revêt les parois du conduit auriculaire.

ADHÉSIONS ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

Vingt-neuvième liste.

M. le docteur Cardenal, à Villeréal (Lot-et-Garonne).
M. Bigeon, médecin des épidémies, inspecteur des eaux minérales de Dinan, membre correspondant des Sociétés académiques de médecine, de médecine pratique, médicale, académique des sciences de Paris, etc., à Dinan (Côtes-du-Nord).
M. Boutet, pharmacien à Châteauroux (Indre).
M. Grillot, médecin à Autun (Saône-et-Loire).
M. Médard, médecin, chirurgien aide-major au 7e régiment d'infanterie légère, à Lyon (Rhône).
M. Maillefer, médecin, chirurgien aide-major au 7e régiment d'infanterie légère, à Lyon.
M. Desailly, pharmacien à Grandpré (Ardennes).
M. Delannoy-Mauduit, pharmacien à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais).
M. Stock, médecin à Saint-Avold (Moselle).
M. Garnier, vétérinaire au 6e hussards, à Saint-Avold.
M. Bollard, docteur-médecin à Bergues (Nord).
M. Arthaud, pharmacien, ex-pharmacien de l'hôpital de la Marine à Rochefort, ex-préparateur de chimie de l'Ecole de ladite ville, à Clairac (Lot-et-Garonne).
M. Deviller, pharmacien à Clermont (Oise).
M. Bilbocq, pharmacien à Signy-le-Petit (Ardennes).
M. Perier, docteur-médecin à Corbigny (Nièvre).
M. D'Hennezel, docteur-médecin au Tolloy par Bains (Vosges).
M. le docteur Franon, à Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne).
M. Ducognon, pharmacien à Avize (Marne).
M. Cizos, pharmacien à Versailles (Seine-et-Oise).
La Société médicale de La Réole (Gironde).
M. Dupuis, pharmacien à Maromme, représentant de la Société pharmaceutique de Rouen, a adhéré aussi pour son propre compte. (Dans toutes les séances du Congrès où se trouve M. Dupuis, de Rouen, *lisez* : pharmacien à Maromme.)
M. Chevallier, médecin à Arvert, par La Tremblade (Charente-Inférieure).
M. Lartigue fils, pharmacien à Lalinde près Bergerac (Dordogne).
M. Chrétien, médecin cantonal, médecin en chef de l'hôpital civil de Thaun, à Thaun (Haut-Rhin).
M. Fontanel, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, à Feurs (Loire).
M. le docteur Mouillard, à l'Ile-Dieu, arrondissement des Sables-d'Olonnes (Vendée).
M. le docteur Audiffret, médecin à Gannat (Allier).
M. le docteur Trappenart, à Gannat.
M. Parrayon, pharmacien à Lyon.
M. Pelletier, pharmacien à Lyon.
M. Cros, pharmacien à Lyon.
M. Tissier, pharmacien à Lyon.
M. Boitel, pharmacien à Lyon.
M. Pasquier, pharmacien à Lyon.
M. Valat, pharmacien à Lyon.
M. Fournier, pharmacien à Lyon.
M. Malignon, pharmacien à Lyon.
M. Hutet, pharmacien à Lyon.
M. Bouchut (du Change), pharmacien à Lyon.
M. Clément Lacroix, pharmacien à Lyon.
M. Brosson, pharmacien à Lyon.
M. André, pharmacien à Lyon.
M. Rodde, pharmacien à Lyon.
M. Camuset, pharmacien à Lyon.
M. Grange, pharmacien à Lyon.
M. Lardet, pharmacien à Lyon.
M. Victorin Biétrix-Sionest, pharmacien à Lyon.
M. Biétrix aîné et comp., pharmacien à Lyon.
M. Marchet, pharmacien à La Guillotière.
M. Vézu, pharmacien aux Brotteaux.
M. Lachenay, pharmacien aux Brotteaux.
M. Cheysson, pharmacien aux Brotteaux.
M. Michel, à Tarare (Rhône).
M. le docteur Manigand, à Lyon.
M. le docteur Girard, membre de la Société médicale d'émulation, à Lyon.
M. Repiquet, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, membre de la Société de médecine, à Lyon.
M. Hellot, médecin-dentiste, à Lyon.

Total de la vingt-neuvième liste,	57
Listes précédentes,	4893
Total général, à ce jour,	4950

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 16, le Conseil royal de l'Université est divisé en sections, ainsi qu'il suit :

1° *Section de l'état et du perfectionnement des études.*

MM. le baron Thénard, président; Rossi, Orfila, Poinsot, Cousin, Saint-Marc Girardin, Dubois, Giraud, l'abbé Glaire, Dumas, Pouillet, Bouillaud, Le Clerc, Letronne, Cayx.

2° *Sections réunies de l'administration et de la police des écoles, et des affaires du sceau.*

MM. Orfila, président; Saint-Marc Girardin, Rousselle, Beudant, Alexandre, Naudet, Matter, Guigniaut, De Wailly.

3° *Sections réunies de la comptabilité des écoles et du contentieux.*

MM. Rendu, président; Dubois, Poinsot, Geoffroy Saint-Hilaire, Donné, Blondeau, Poirson, Bouillet.

— L'article 73 du décret du 17 mars 1808 ayant disposé que les fonctions de secrétaire général du Conseil royal de l'Université seraient déférées à un conseiller ordinaire, M. Saint-Marc Girardin n'a pas cru devoir les conserver.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Guigniaut, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris, conseiller de l'Université, a été nommé secrétaire général du Conseil royal de l'Université, et est entré immédiatement en fonctions.

— La *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, qui est depuis longtemps adoptée par l'Université pour les Facultés et Ecoles de médecine du royaume, vient d'être adoptée également par le Conseil de santé des armées, pour les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 154. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Le Journal ne paraîtra pas jeudi prochain, 25 décembre, jour de Noël.

Sommaire.

PARIS, 22 DÉCEMBRE 1845.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

CORRESPONDANCE (suite).

M. le docteur *La Rivière*, à Saint-Avold (Moselle). — C'est le moment de redoubler de zèle et de vigilance pour assurer le succès de l'œuvre du Congrès. Vous avez donné un trop noble et trop bel exemple pour que nous ne le suivions pas au fond de nos provinces... C'est le moment de réunir nos efforts, de redoubler de dévouement aux intérêts du corps médical. La Commission permanente peut compter sur toutes nos sympathies et sur notre concours.

— M. *Deroy*, médecin, à Beton-Bazoches. — Comptez donc entièrement sur moi, Messieurs; vous qui avez bien voulu prendre à cœur notre sainte cause, celle des vœux émis par le Congrès. Vous trouverez toujours en nous sympathie et concours.

— M. le docteur *Mouillard*, à Ile-Dieu (Vendée). — Permettez-moi aussi de payer un tribut d'hommage, de gratitude et d'admiration bien sincère, à ces hommes dévoués et courageux qui ont travaillé avec tant d'ardeur à la réhabilitation de notre grande famille, tout en resserrant nos liens de confraternité. Puissent leurs généreux efforts être couronnés d'un plein succès !

— M. le docteur *Rigal*, délégué de l'arrondissement de Gaillac (Tarn). — J'approuve tout ce qu'a fait la Commission permanente, plus particulièrement ses tentatives pour organiser l'association des médecins de Paris. Il faut que nous trouvions là le type de ce que nous avons à faire en province. D'ici à peu de jours j'assemblerai ma phalange. Les soldats d'élite que j'ai pu voir sont pleins de reconnaissance pour le Congrès et pour les hommes dévoués qui préparent les travaux qui vont en assurer les résultats.

— M. *A. Schneider*, pharmacien à La Roche-Guyon (Seine-et-Oise). — Permettez-moi de profiter de cette circonstance pour vous témoigner toute la gratitude que vous doivent tous les membres de notre corps pour les soins et le dévouement que vous apportez à l'accomplissement désintéressé de la mission énorme que vous avez bien voulu accepter.

— M. le docteur *J. Lecœur*, professeur-adjoint à l'Ecole de Caen. — Veuillez recevoir l'expression de mes regrets bien sincères de n'avoir pu me rendre à Paris, à l'époque de Congrès, pour coopérer, pour ma très minime part, aux vastes travaux de cette réunion médicale à laquelle plus que jamais je me fais honneur d'avoir un des premiers adhéré de tout cœur.

— M. le docteur *Perrier*, à Corbigny (Nièvre). — Je profite de cette occasion pour vous dire que c'est avec un bien vif intérêt que nous suivons le développement de toutes les admirables choses qu'il vous a été donné de faire et de voir à Paris. Pour ma part, je me reprocherai longtemps d'avoir pensé, en voyant votre Congrès, que c'était un nouvel avortement de nos projets; aussi, pour réparer ma faute, si je pouvais quelque chose dans ma petite sphère d'action, vous pouvez compter sur toute ma bonne volonté, et je vous engage même à ne pas m'inscrire parmi les tièdes.

— M. le docteur *Jarriau*, à Saint-Savin, annonce les démarches faites dans le sens de la circulaire n° 1.

— M. le docteur *Dupré*, à Bar-sur-Aube, écrit sur le même sujet.

— M. *Horlier*, officier de santé à Rosny (Seine-et-Oise). — Avant de terminer, laissez-moi offrir à MM. les membres de la Commission permanente, mes témoignages de bien vive reconnaissance pour le zèle constant, la fermeté éclairée qu'ils apportent dans l'exécution de l'honorable mandat que la grande famille médicale leur a confié.

— M. le docteur *Fuilhan*, délégué de l'arrondissement de Laon. — Votre circulaire n° 1 nous a fortifiés dans nos espérances. Les hommes qui ont eu l'idée d'organiser un Congrès médical et qui y sont parvenus au delà de toute prévoyance, ne seront jamais au-dessous de leur mission. Ils seront sensibles aux bienveillances du pouvoir, mais leurs devoirs leur seront toujours sacrés. — Nous sommes trop fiers de la conduite sage et prudente que vous avez tenue pour que notre concours ne vous soit pas acquis partout et toujours. — Persévérez dans des sentiments aussi nobles et aussi élevés, et le corps médical vous devra une régénération utile et glorieuse... L'idée des associations ne trouvera pas de résistance dans notre arrondissement.

— M. le docteur *Frêne* et M. *Bonnefoi*, pharmacien à Montmerle (Ain). — Nous nous occupons, autant qu'il est en nous, des divers points indiqués dans votre circulaire du 25 novembre.

— M. le docteur *Barrion*, à Bressuire (Deux-Sèvres). — Tenez-nous donc au courant de vos travaux, afin que dans notre sphère d'action nous puissions contribuer aussi à la réussite de cette grande entreprise.... Paris s'émouve et la province aussi. Le chemin est ouvert, il faut marcher maintenant, c'est-à-dire qu'il faut traduire en acte toutes ces éloquentes paroles, tous ces excellents rapports, tous ces généreux discours.... Qu'importe après tout le mauvais vouloir ? Nous avons pour nous la justice et la raison, avec cela notre cause doit triompher tôt ou tard. Pour mon compte, j'entre en plein dans les vues de la Commission instituée par le Congrès, qui n'a pas voulu qu'aucun de vous abandonnât le poste d'honneur qui lui avait été confié. Vous avez bien agi en cette circonstance; ce n'est pas moi seulement qui le dis, c'est tout le monde.

— M. le docteur *Lembert* jeune, à Paris, rend compte de ses démarches pour l'organisation de l'association dans le 7e arrondissement de Paris.

— M. le docteur *Doucet*, à Loudun (Vienne). — Je me hâte de vous dire combien j'approuve en tous points la décision que la Commission du Congrès a cru devoir prendre. J'applaudis pour ma part d'avance à tout ce qu'elle fera, convaincu que tout sera pour le mieux.

— M. le docteur *Demazière*, à Bergues, donne de nouveaux détails sur ses démarches relatives à ce qui est indiqué dans la circulaire n° 1.

— M. le docteur *Peyrelongue*, à Beaumont-sur-Oise, écrit dans le même sens.

— M. le docteur *Breon*, à Paris, annonce l'organisation prochaine de l'association dans le 5e arrondissement de Paris.

— MM. *Monsaint*, *Maubec* et *Leroux*, au nom de la Société des pharmaciens d'Elbeuf, annoncent le résultat de leurs démarches dans le sens de la circulaire n° 1.

— M. *Monsaint*, pharmacien à Elbeuf. — A l'exemple de mes confrères de Maromme, de Saint-Malo, de Ham, etc., je viens vous payer mon tribut d'éloges et d'admiration pour votre conduite noble et ferme. Quelque affligeant que soit le fait récent qui a contristé tous les adhérents au Congrès, il est néanmoins consolant de penser que l'honneur et les intérêts du corps sont sous la sauvegarde d'hommes fermes et à la hauteur de la mission importante qui leur a été confiée. Persévérez, Messieurs, dans vos louables efforts; le concours de vos commettants ne vous fera pas faute.

— M. le docteur *Desparanches*, délégué du département de Loir-et-Cher, à Blois, indique les démarches faites dans le sens de la circulaire n° 1.

— M. *Lavenu*, pharmacien, à Fécamp. — Je suis heureux de voir que vos votes se sont portés sur des hommes, non-seulement capables de comprendre la grande mission que nous leur avons confiée, mais encore ambitieux d'en poursuivre l'exécution avec zèle et loyauté. De mon côté, vous pouvez compter que je serai toujours un des plus chauds partisans de la réforme que demande la grande famille médicale.

— L'*Association médicale de la Sarthe* (Commission du chef-lieu) a fait réimprimer et distribuer à ses frais la circulaire n° 1 de la Commission permanente du Congrès. Elle l'a accompagnée de la lettre suivante adressée aux membres de cette association : — Très honorés collègues, nous vous transmettons le texte même de cette importante circulaire, afin que vous puissiez, en pleine connaissance de cause, vous associer à l'approbation que méritent les honorables membres de la Commission du Congrès. — En remplissant un devoir de haute dignité, ils ont répondu à la confiance que nous leur avions donnée. Toutes nos sympathies leur sont acquises; tous nos efforts doivent tendre à seconder les leurs dans l'accomplissement de la grande tâche qu'ils se sont généreusement imposée. — Les membres de la Commission du chef-lieu, Lécouteux, président; Vallée, Menard, Mordret, Longchamps, Janin, Voisin, Bachelier, Barbier, Suhard, secrétaire.

— *La Société de pharmacie du Bas-Rhin.* — Après avoir entendu de notre confrère, M. Schaeuffele, un rapport fort détaillé de tous les travaux dont le Congrès en général et la section de pharmacie en particulier ont eu à s'occuper, après avoir reçu les communications les plus intéressantes de tous les faits qui ont précédé et suivi la session, nous avons, à l'unanimité, décidé de vous exprimer, au nom de tous les pharmaciens, le sentiment de notre haute et profonde reconnaissance pour le Congrès médical de France. — Le président, Spielmann; le secrétaire, Kampmand.

— M. *Davallon*, délégué des pharmaciens de Lyon, rend compte des démarches faites dans le sens de la circulaire n° 1.

(*La suite prochainement*).

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Agitations académiques. — Infortunes du sel de Bayonne. — Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire. — M. Serres et M. Duvernay. — Peccadilles de part et d'autre. — Les injections iodées à l'Académie de médecine. — M. Velpeau trop tendre père. — M. Gerdy procureur général. — Les fers sont au feu.

Nos Académies ont été fort agitées pendant la semaine qui vient de s'écouler. Ce n'est pas ce qui m'en fâche, au contraire, et même je crois que, pour les Académies, il faut retourner le vieux proverbe applicable aux honnêtes filles, dont la plus honnête est celle dont on parle le moins. Une Académie dont on ne parle pas, peut être une Académie fort honnête; mais à coup sûr c'est une Académie fort ennuyeuse. Il n'est que trop vrai que nos Académies sont beaucoup trop honnêtes.

Cette semaine une animation extraordinaire y a régné. A l'Académie des sciences, d'abord, nous avons eu deux épisodes dignes d'être racontés. Le premier est relatif au sel de Bayonne, dont les infortunes ont été nombreuses et complètes. Un physiologiste célèbre avait pris ce sel sous son haut patronage; il l'avait d'abord essayé dans sa cuisine domestique; il en avait fait assaisonner le bouillon des pauvres malades de l'Hôtel-Dieu; il l'avait soumis à l'analyse chimique, et de toutes ces épreuves il était résulté que ce sel, blanc, pur et sincère, pouvait être comparé au sel de l'écriture, *sal sapientiæ*. C'est du moins ce que disait M. Magendie dans un rapport dont la forme, extrêmement laudative, et les conclusions on ne peut plus favorables, traduisaient éloquemment l'impression que ce sel avait produite sur les papilles nerveuses de l'honorable professeur du Collége de France.

Malheureusement pour lui — je parle du sel —, quelques membres de l'Académie qui ne s'étaient pas livrés aux mêmes exercices culinaires que le rapporteur, ont élevé des objections graves sur ces conclusions un peu trop commerciales; ils ont montré les inconvénients dans lesquels s'engageait l'Académie des sciences en patronant une denrée d'épicerie; ils ont vu déjà ce rapport transformé en prospectus, et l'Académie des sciences affichée sur les vitres de nos honnêtes marchands de poivre et de cannelle. La pudeur de M. Dumas s'en est vivement alarmée. D'ailleurs, ajouta M. Ballard, et puis après M. Payen, le sel dont s'est servi la cuisinière de M. Magendie était un échantillon de choix, tel qu'on le trouve dans toutes les salines où on le prépare avec soin; mais qui assure qu'une fois livré à la consommation, ce sel ne subira pas les adultérations, les sophistications des autres?

Ces observations jetèrent une grande hésitation dans l'assemblée; en vain M. Magendie soutint la parfaite innocence de ses conclusions; en vain en proposa-t-il vingt formules différentes; aucune ne put satisfaire la docte Compagnie; et après une heure de doute et d'embarras, le rapport fut renvoyé à la commission composée de M. Pelouze et de M. Magendie.

Ces choses se passaient le lundi 8 décembre. Le lundi suivant, M. Magendie tire de sa poche le malencontreux rapport et lit des conclusions nouvelles. Nouvelles, si l'on veut. Même hésitation, même embarras de la part de l'Académie. Alors survient M. Pelouze, qui était absent à la séance précédente. Messieurs, dit-il ou à peu près, je n'ai nullement goûté au sel de Bayonne, je n'en connais ni la saveur ni la blancheur, et mon verre à réactifs en est aussi vierge que mon palais. C'est vous dire que je n'ai participé en rien à la confection du rapport ni de ses conclusions, que je trouve comme vous un peu trop relevées en goût. Et voilà M. Pelouze qui propose des conclusions entièrement opposées à celles de son cocommissaire. Ceci n'arrangeait guère M. Magendie, qui s'agitait sur son fauteuil comme s'il eût été assis sur un boisseau de gros sel de Bayonne. — Messieurs, s'écrie M. Flourens, pour sortir d'embarras l'Académie n'a simplement qu'à voter des remercîments à l'auteur. — Mais il n'y a pas d'auteur, crie à son tour M. Magendie; il n'y a que du sel, du sel excellent, mais que l'on ne peut remercier. La difficulté n'avançait pas. Alors un membre, que j'ai eu la maladresse de ne pas reconnaître, s'écria: L'ordre du jour! Cet heureux à-propos est rapidement saisi par M. le président, et l'ordre du jour, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

M. Magendie remet son manuscrit dans sa poche, se retire en maugréant et

Salsos revomens *pectore fluctus.*

Il est certain que M. Magendie s'est un peu exposé à cette déconvenue. Il s'est montré partisan trop chaleureux et, par cela même, maladroit du sel de Bayonne. Comme on le lui a très bien observé, la plupart des producteurs de sel, et surtout ceux du midi, livrent au commerce du sel parfaitement pur. C'est le commerce qui l'altère, c'est le débitant qui le sophistique, et rien ne garantit que le sel de Bayonne ne subira pas le même sort. Ce sel sort pur des salines, il a cela de commun avec la plupart des autres sels; il ne mérite donc pas des éloges exclusifs dont la spéculation ne manquerait pas de s'emparer au plus vite, et ce produit, comme les autres, deviendrait l'occasion de fraudes innombrables. Dans un seul quartier de Paris, vingt-quatre échantillons de sel donnèrent ce résultat fort inquiétant, que seize provenaient de sels falsifiés. Un établissement considérable s'était formé à Paris, où l'on préparait exclusivement le plâtre destiné à être mélangé avec le sel de cuisine. Le sel de Glauber mêlé au sel marin est une des falsifications les plus fréquentes; et comme ce sel, ainsi falsifié, sale infiniment peu et que par conséquent il en faut davantage, je laisse à penser ce que doivent produire ces doses incessantes de sulfate de soude sur l'intestin débile du débile Parisien.

— L'autre épisode de l'Académie des sciences est plus grave, quoique à vrai dire je ne l'aie pas très bien compris. M. Duvernoy, savant modeste, le collaborateur et l'ami de Cuvier, venait de lire la préface qu'il a cru devoir imprimer dans le dernier volume de l'Anatomie comparée de l'illustre naturaliste, lorsque M. Serres a demandé la parole pour savoir si cette préface serait insérée dans le compte-rendu. Sur une réponse affirmative, M. Serres s'est élevé très chaudement contre M. Duvernoy, qui, dans une sorte d'exposé historique de l'anatomie comparée moderne, avait complétement passé sous silence les travaux d'une école opposée à celle de Cuvier, d'une école qui a été

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Des anévrismes des os. Tumeur pulsative du condyle interne du fémur. Ligature de l'artère fémorale. Cessation des battements et diminution du volume de la tumeur. Retour des battements et augmentation du volume de la tumeur. Amputation de la cuisse. Autopsie de la tumeur. Guérison.

(Suite et fin du nº 72.)

Si nous avons tardé à donner la fin de cette observation, la raison en est que nous voulions faire connaître en même temps le résultat des deux opérations que ce malade a subies, et les particularités que l'autopsie de la tumeur nous a révélées.

Chez le malade qui nous occupe, il s'agissait donc, autant qu'on pouvait le prévoir dans l'état actuel de la science, d'une tumeur fongueuse sanguine ou anévrismale du condyle interne du fémur.

Dans cette affection, on sait que ce sont les artères mêmes du tissu osseux qui ont subi les premières altérations, une véritable dilatation, de manière à acquérir un calibre plus considérable. Ceci une fois établi, quel est le traitement qu'il convient d'opposer à cette lésion? La nature vasculaire de la tumeur a d'abord fait penser à employer la compression dans le but, soit de mettre obstacle à son développement ultérieur, soit même de diminuer son volume primitif; mais l'inutilité de ce moyen et les accidents qu'il pouvait déterminer le firent bientôt repousser de la pratique.

Obligés de recourir à un meilleur moyen thérapeutique, les chirurgiens ne virent alors, en prenant en considération la marche de cette affection, rien de plus sûr et de plus expéditif que l'amputation du membre au-dessus de la lésion.

Des douleurs assez vives pour priver le malade de sommeil, la destruction progressive du tissu osseux, la rupture de la tumeur à travers la synoviale articulaire (les cartilages diarthrodiaux restant intacts), l'ulcération de la peau, et enfin des hémorrhagies répétées qui ne tardent point à déterminer l'épuisement, le marasme et la mort, tels sont, en effet, les accidents qui accompagnent ou suivent le développement d'une pareille tumeur. Ce n'est donc point sans quelque raison que l'amputation a pu être proposée et pratiquée en semblable circonstance.

Autrefois, la vascularité de la tumeur avait suggéré la pensée d'employer la compression. A une époque plus rapprochée de nous, l'étude des altérations anatomiques et la connaissance des rapports intimes qui existent entre la tumeur et les branches de l'artère fémorale, devaient naturellement conduire les chirurgiens à faire la ligature de ce vaisseau. Aussi, dans ce but, Dupuytren, MM. Lallemand et Roux pratiquèrent-ils cette opération.

Voyons quels en furent les résultats? Tantôt le sujet succomba, soit par la maladie elle-même, dont la marche ne fut en rien modifiée, ou dont les progrès, ralentis pour quelque temps, n'en continuèrent pas moins plus tard, soit par les accidents qui vinrent compliquer l'opération; tantôt, au contraire, le malade guérit. Nous devons dire que les guérisons complètes sont en très petit nombre.

Quand il y a guérison, quels sont les changements que subit la tumeur sanguine des os, par quelles phases passe-t-elle? Dira-t-on que le sang s'y décompose, que la fibrine s'y solidifie sous forme de couches concentriques, et finit par oblitérer la cavité osseuse; en un mot, qu'il se passe ici quelque chose de semblable ou d'analogue à ce que l'on observe dans certains modes de guérison des autres anévrismes, dans la guérison par solidification du caillot de la tumeur?

En cherchant à nous éclairer sur le mécanisme de guérison de ces tumeurs, nous avons trouvé les auteurs muets sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'expérience prouve que la ligature compte déjà trois succès.

En résumé, la chirurgie possède deux moyens thérapeutiques à opposer aux tumeurs anévrismales des os: l'amputation du membre et la ligature de l'artère principale. Cette dernière opération peut échouer à la vérité; mais, comme on l'a vue réussir, et qu'en admettant même un insuccès, il resterait toujours comme ressource extrême l'amputation du membre, on se décide à pratiquer la ligature de l'artère fémorale chez ce malade.

Dans quel point du trajet de l'artère convenait-il de placer la ligature? M. Nélaton préféra pratiquer cette opération à la partie moyenne de la cuisse, au niveau de l'angle formé par la rencontre du muscle couturier et du moyen adducteur. Voici d'ailleurs les raisons qui le guidèrent dans ce choix:

1° La compression du tronc fémoral à la partie moyenne de la cuisse, fait disparaître complétement les pulsations de la tumeur;

2° La ligature à la partie moyenne du membre assure davantage le rétablissement de la circulation par les branches artérielles et collatérales, et surtout par la fémorale profonde;

3° La distance qui sépare la tumeur du point d'élection de la ligature est assez considérable pour que l'on trouve le vaisseau sain et ses tuniques nullement altérées;

4° S'il survenait des hémorrhagies consécutives, on pourrait alors plus facilement lier l'artère à sa partie supérieure.

Ligature de l'artère fémorale. — Le 10 mars 1845, on procède donc à cette opération: le malade est couché sur le dos, le corps un peu incliné du côté droit. Le membre inférieur gauche est dans l'extension, tandis que l'autre, celui qui porte la tumeur, est demi-fléchi.

L'opérateur s'assure de la position de l'artère, et trouve que la veine saphène interne croise l'artère à la partie moyenne de la cuisse; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le *fascia superficialis* sont incisés dans l'espace de deux pouces environ; la saphène interne apparaît immédiatement; elle est respectée et repoussée en dedans et en arrière. L'aponévrose fémorale divisée, on pénètre dans l'espace intermusculaire qui sépare le muscle couturier et le vaste interne d'une part, et le moyen adducteur d'autre part. Alors l'écartement de ces muscles, obtenu au moyen de deux sondes cannelées appliquées par leur partie élargie, permet de découvrir la gaîne des vaisseaux fémoraux. Celle-ci, une fois incisée avec précaution, M. Nélaton aperçoit au-devant du tronc artériel son nerf satellite, ménage celui-ci, isole l'artère, et passe enfin une sonde cannelée au-dessous d'elle.

Avant de passer le fil à ligature, le chirurgien s'assure que c'est bien l'artère, et l'artère seule que soulève la sonde; ce qu'il reconnaît bien positivement de la manière suivante: Un doigt comprime le vaisseau sur la sonde, le malade ne manifeste aucune douleur, et le toucher pratiqué avec soin ne fait découvrir aucune pulsation, soit au-dessous du point comprimé sur le trajet de l'artère, soit dans la tumeur du fémur.

Certain de l'isolement parfait du vaisseau, l'opérateur en fait la ligature.

L'opération terminée, on s'occupe du pansement; les lèvres de la plaie sont rapprochées à chacun de ses angles au moyen de deux bandelettes agglutinatives qui se croisent; ensuite la plaie légèrement béante à son milieu, est recouverte d'un linge enduit de cérat, de charpie, d'une compresse, et un bandage roulé ordinaire assujettit le tout.

L'opéré est porté à son lit, et soumis à un régime sévère. Repos, diète, boissons délayantes; un bouillon seulement. Alors la tumeur, examinée de nouveau, est plus molle, légèrement affaissée, et n'offre plus de battements.

Le 11 mars, le lendemain de l'opération, le malade va bien cependant il a eu quelques rêvasseries et a goûté peu de sommeil. Le pouls étant un peu fréquent, M. Nélaton prescrit une petite saignée. Le membre a conservé sa chaleur normale; sa sensibilité est intacte; on aperçoit les veines sous-cutanées, qui continuent de ramener le sang de la périphérie vers le centre; ce qui prouve évidemment que du sang artériel arrive dans les parties situées au-dessous de la ligature; cependant on ne peut sentir les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne.

Quant à la tumeur, on n'y sent plus de battements; elle est plus molle, elle s'affaisse facilement et laisse percevoir au doigt qui la presse une sensation analogue à celle que donnerait un coagulum. Le malade n'accuse aucune douleur dans la plaie, mais il se plaint de souffrir beaucoup à la partie supérieure de la cuisse, à six ou huit centimètres au-dessus de l'incision; là en effet une douleur intolérable se fait sentir au moindre mouvement ou à la plus légère pression. On n'enlève pas les pièces du premier pansement.

Le 12 mars, les pulsations ne sont pas encore perçues dans les artères du pied, la tumeur ne présente ni douleur, ni souffle, ni battements; mais le malade ressent au-dessus de la ligature une douleur vive qui augmente à la pression et qui occupe l'aine et la partie externe et antérieure de la cuisse. Le pouls est fréquent, plein et tendu; la soif est vive; en un mot, il existe un mouvement fébrile des plus prononcés.

Quelle complication allait survenir chez notre opéré? Que pouvait-on soupçonner?

Une inflammation des vaisseaux lymphatiques qui, comme on le sait, sont si abondants dans cette région et forment un faisceau autour de l'artère crurale, et dont la division était inévitable pendant l'opération de la ligature. Mais il n'y avait que de la douleur, et aucune trace de rubans sinueux et rosés sur le trajet de ces vaisseaux, et aucun engorgement des ganglions inguinaux.

Une phlébite? Mais le toucher ne peut faire reconnaître en aucun point la présence d'un coagulum dans les veines; et d'ailleurs il n'existe ni tuméfaction du pied, ni engorgement du membre.

Une artérite? Mais il faudrait supposer que cette affection s'étendît jusqu'à la région inguinale qui déjà présente de la douleur; or, propagée jusqu'à cette hauteur, l'inflammation envahirait l'origine de la fémorale profonde, et une oblitération aussi étendue est incompatible avec la persistance de la circulation. On sent en effet quelle différence existe entre une ligature d'artère et une oblitération, suite d'artérite; dans cette dernière, le caillot est plus étendu, bouche les collatérales, empêche la circulation, et détermine la gangrène du membre bien plus souvent.

Un érysipèle? Il n'existe chez notre malade aucune rougeur.

Serait-ce alors un phlegmon? Tout en reconnaissant que les symptômes caractéristiques de cette affection ne sont pas encore manifestes, M. Nélaton, cependant, est porté à penser qu'il pourrait bien y avoir un commencement d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané et profond. Aussi le traitement est-il dirigé d'après ce diagnostic; vingt sangsues sur la partie douloureuse, boissons délayantes, diète. On renouvelle le pansement.

Le 13 mars, la douleur a diminué sous l'influence de l'application des sangsues, et le malade a pu dormir cette nuit.

Le 14 mars, la fièvre a disparu; on ne peut encore percevoir aucun battement ni dans la tumeur du genou, ni dans les artères pédieuse et tibiale postérieure. Le malade demande à manger, et, n'ayant pas été à la garde-robe depuis le jour de l'opération, on donne un lavement purgatif et deux potages.

Le 15 mars, c'est-à-dire le cinquième jour à dater de l'opération, des battements, faibles mais évidents, reparaissent dans la tumeur du genou, bien qu'ils ne puissent être perçus dans les artères du pied; cependant le membre conserve sa chaleur et sa sensibilité normales. La plaie de la ligature laisse écouler un pus abondant, louable, résultant d'un phlegmon profond, que M. Nélaton avait prévu par la douleur ressentie par le malade à la partie supérieure de la cuisse et qu'il avait combattu par les antiphlogistiques locaux.

Pour acquérir la conviction que les battements perçus par les doigts appliqués sur la tumeur sont biens transmis par la tumeur elle-même et non par les artères collatérales, M. Nélaton fait compter par un des internes les battements du cœur du malade; il trouve alors que les battements et de la tumeur et du cœur sont parfaitement isochrones.

Ce retour des pulsations dans la tumeur semblerait faire craindre un insuccès; mais nous devons nous rappeler que

---

parallèle à celle de Cuvier et sa contemporaine, d'une école enfin dont les principes ont été l'occasion de si nombreux et si brillants débats dans le sein même de l'Académie des sciences. Tout le monde comprend qu'il s'agit des principes de l'école philosophique dont Geoffroy Saint-Hilaire fut parmi nous l'ardent et le persévérant propagateur. Peut-être M. Serres, entraîné par le pieux souvenir de l'étroite et constante amitié qui l'unit à Geoffroy Saint-Hilaire, a-t-il mis dans ses paroles un peu plus de vivacité, un peu plus d'animation que cela ne convenait à l'égard d'un collègue aussi paisible et aussi inoffensif que M. Duvernoy; mais le sentiment qui l'animait est noble et respectable, l'amitié qui survit à la mort est, hélas, chose si rare! Bref, M. Serres s'est irrité et a semblé demander la suppression, ou tout au moins la modification de la préface pour l'insertion officielle dans le Recueil de l'Académie.

M. Flourens a cru voir là une atteinte à la liberté des opinions des membres de l'Académie; et comme il était écrit que dans cette affaire chacun commettrait sa peccadille, M. Flourens, ordinairement si mesuré, si contenu, si parlementaire, s'est laissé aller à une très vive apostrophe contre l'anatomie philosophique, dont l'ombre du respectable Geoffroy a dû frémir d'indignation. « Pour mon compte, s'est écrié l'honorable secrétaire perpétuel, je n'ai jamais compris ce que c'était que cette anatomie philosophique dont on fait tant de bruit. » Voilà de ces choses que, vu l'éminente position que M. Flourens occupe au bureau de l'Académie des sciences, vu la tâche qui lui incombera tôt au tard de faire académiquement l'éloge de Geoffroy, vu certains souvenirs rétrospectifs qui, malgré moi, se sont présentés à mon esprit, voilà, dis-je, de ces choses que l'on a entendues avec étonnement sortir de la bouche si prudente de M. Flourens. Elles n'étaient pas faites, ces choses, pour apaiser l'honorable susceptibilité de M. Serres, qui, dans une réplique plus vive encore, a défendu la mémoire de son célèbre ami. Heureusement que quelques mots calmes, dignes et conciliateurs, prononcés par M. Isidore Geoffroy, ont mis un terme à un débat qui devenait fort irritant. L'assistance, étonnée de cette animation inaccoutumée, prenait un vif intérêt à ces allocutions incandescentes; et ceux qui, comme Lessing, n'aiment pas la science *froide*, ont été servis à souhait lundi dernier.

— A l'Académie de médecine, les choses n'ont pas été tout à fait aussi brûlantes, mais elles pourront le devenir, et les fers sont au feu. C'est dire qu'il s'agit de chirurgiens; car depuis longtemps ces messieurs ont le monopole des discussions émouvantes. Il est question, en effet, des injections iodées, dont M. Velpeau est le père, et dont il fait aujourd'hui un si fréquent usage. Or, M. Velpeau, à l'occasion d'un rapport sur une observation de M. J. Roux, de Toulon, relative à une hydarthrose scapulo-humérale traitée et guérie par l'injection iodée, n'a pas manqué cette belle occasion de porter cette question thérapeutique devant l'Académie, et dans toute l'étendue de ses applications. Le travail de l'honorable professeur de la Charité, complet, savant, riches de faits et d'observations, a été écouté avec attention; mais il devait être attaqué, et il l'a été avec une certaine énergie qui n'a pas dit encore son dernier mot.

Par M. Roux d'abord, qui s'en est pris surtout à l'hydrocèle. C'est là en effet, à mon avis, la partie faible des opinions de M. Velpeau. L'hydrocèle guérit-elle par l'injection vineuse? Oui, c'est incontestable. Guérit-elle souvent? Oui, c'est incontestable. Guérit-elle sans accidents? Oui, dans l'immense proportion des cas. Donc, à quoi bon recourir à d'autres moyens quand la thérapeutique en possède un si efficace, si commode, que l'on trouve partout, qui n'est pas cher; ce que l'on ne peut dire de l'iode, qui manque dans plusieurs pharmacies de campagne et qui est maintenant hors de prix par l'emploi général que l'on fait des iodures? Que l'injection iodée soit un mauvais moyen de guérir l'hydrocèle, c'est ce que les centaines de faits recueillis par M. Velpeau ne permettent pas de dire; et quant à son innocuité, elle est semblable à celle, du moins entre les mains de son inventeur, de l'injection vineuse. Mais je soutiens que c'est un moyen de luxe, sans vouloir répéter ce que disait en riant aux éclats un facétieux académicien, qu'il fallait réserver l'iode pour les *bourses* bien garnies.

M. Blandin n'aime pas l'iode, et il l'a bien prouvé en lui imputant toutes sortes de méfaits. Pas autant néanmoins que M. Gerdy, qui lui a fait son procès en règle, d'un style de réquisitoire et d'un ton de procureur général. Il a broutillé de droite et de gauche trois ou quatre historiettes d'hôpitaux qu'il a pompeusement nommé des faits, et il a terminé par une péroraison à la Gerdy, c'est-à-dire en lançant des insinuations peu bienveillantes sur son collègue. Heureusement pour M. Velpeau que ces faits sont, quelques-uns inconnus et sans aucun détail scientifique qui puisse leur faire accorder la moindre valeur, les autres étrangement altérés, témoin celui relatif à un jeune homme opéré d'une hydarthrose du genou par l'injection iodée et qui meurt trois mois après d'une fièvre typhoïde. Y a-t-il dans ce fait quelque chose qui puisse être imputé à l'opération?

La discussion a été renvoyée à la prochaine séance; et si la fin répond au début, l'injection iodée, que M. Velpeau dit fort bénigne, pourra bien susciter une vive inflammation.

Jean Raimond.

NOUVELLES.

M. Magendie ouvrira mercredi 24 décembre, à onze heures, le cours de médecine du Collége de France. Il traitera des progrès récents de la médecine dus aux applications de la physique et de la chimie. Les études cliniques auront lieu à l'Hôtel-Dieu tous les jours à sept heures et demie.

— M. le docteur Belhomme commencera, le mercredi 24 décembre, un cours sur les maladies mentales, à sept heures et demie du soir, à l'Athénée royal, rue de Valois, 2.

—Nous publierons prochainement les extraits des journaux de Paris et des départements qui ont parlé du Congrès. On verra combien est factice toute cette agitation d'opposition, et ce qu'il faut penser de ce mouvement rétrograde qu'on voudrait faire faire à l'opinion publique.

chez le malade de Dupuytren il y a eu aussi retour des battements dans la tumeur et que cependant le malade guérit. Cependant, si l'on peut encore espérer la guérison de notre malade, on doit craindre que ce phlegmon, qui est venu compliquer l'opération, ne suive la gaîne des vaisseaux, n'empêche la coagulation du sang dans la tumeur, et ne détermine enfin une hémorrhagie consécuve. Aussi se tiendra-t-on en garde contre ce dernier accident, dont la gravité serait extrême.

Les 18, 19 et 20 mars, on pansa la plaie deux fois par jour, car il s'en écoulait beaucoup de pus, surtout quand on pressait légèrement de haut en bas; du reste, le pus est de bonne nature et la plaie a très bon aspect.

L'état général est meilleur : le pouls est calme, la peau présente de la moiteur et une chaleur normale; enfin, le malade dort bien et mange une portion. Rien de nouveau n'est survenu du côté des artères tibiale et pédieuse ou de la tumeur, qui toujours reste indolente et présente seulement des battements plus prononcés.

Le 21 mars, la plaie donne toujours issue à une grande quantité de pus; à la partie supérieure et externe de la cuisse, on perçoit une fluctuation manifeste. M. Nélaton propose au malade de pratiquer une incision sur le foyer purulent : celui-ci s'y refuse. Du reste, l'état général est satisfaisant : pas de fièvre, pas de dévoiement, sommeil, appétit; deux portions d'aliments.

Le 22 mars, une incision est pratiquée à la partie supérieure de la cuisse et laisse échapper beaucoup de pus; aussitôt la douleur sourde, gravative ressentie au niveau de la région inguinale disparaît et la plaie de la ligature ne fournit plus de pus.

Le 23 mars, c'est-à-dire le douzième jour à dater de l'opération, le fil à ligature tombe, et dès ce moment la plaie se rétrécit chaque jour de plus en plus.

Le 25 mars, la plaie de la partie supérieure de la cuisse laisse encore écouler un peu de pus, mais l'état général est bon: le malade mange quatre portions.

Le 28 mars, c'est-à-dire le dix-huitième jour après la ligature de la fémorale, les battements ont reparu dans l'artère pédieuse, mais point encore dans la tibiale postérieure. Quant à la tumeur, elle est plus tendue et un peu douloureuse à la pression.

Le 31 mars, M. Nélaton ne perçoit plus de battements dans la tumeur. L'incision pratiquée à la partie supérieure de la cuisse se cicatrise et ne fournit plus de pus.

Le 12 avril, le malade se plaint d'une douleur continue, circonscrite à la tumeur, augmentant par le toucher et surtout par la *toux* : phénomène singulier et qui pour cette raison a été constaté avec la plus scrupuleuse attention. Ce malade ne peut mieux comparer la douleur qu'il ressent qu'à la sensation d'une compression très forte exercée sur le genou. On ne peut encore percevoir les battements de l'artère tibiale postérieure.

La tumeur n'a pas augmenté depuis la ligature, elle a environ trente-cinq centimètres de circonférence; on y perçoit une fluctuation obscure. La flexion de la jambe sur la cuisse est plus prononcée qu'avant l'opération. L'état général ne laisse rien à désirer.

Jusqu'à cette époque, il était encore permis d'espérer une terminaison favorable; mais dans le mois suivant des symptômes graves ne tardèrent point à paraître et à faire ressortir toute l'étendue du mal : en effet, le 19 mai, la circonférence de la tumeur est augmentée de deux centimètres environ; M. Nélaton y perçoit de nouveau des battements.

Les jours suivants, la douleur, contre laquelle on a en vain employé les cataplasmes laudanisés, un emplâtre de poix de Bourgogne, etc., est tellement vive que le malade ne peut plus dormir; les battements enfin sont devenus de plus en plus intenses.

Le 30 mai, le malade, qui se levait un peu chaque jour, fit une chute; et à partir de ce moment les douleurs se montrèrent avec une nouvelle intensité, ce qui engagea M. Nélaton à proposer l'amputation du membre.

Amputation de la cuisse. — Cette opération, qui fut pratiquée le 16 juin 1845, ne présenta rien de particulier.

L'opérateur eut soin d'amputer un peu haut, à une certaine distance de la tumeur du fémur, dans la crainte que l'altération organique ne se propageât dans l'intérieur du canal médullaire, et l'on verra dans l'examen de la tumeur, qui va suivre, que cette crainte n'était pas sans fondement.

Autopsie de la tumeur du condyle interne du fémur. — Après avoir disséqué avec soin la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les tendons ou expansions aponévrotiques des muscles, on arrive sur la tumeur, que l'on avait eu soin d'injecter préalablement par l'artère fémorale. On trouve alors le périoste, qui est épaissi, distendu et qui recouvre de toutes parts la tumeur, excepté à sa partie inférieure; celle-ci est en contact immédiat avec la couche cartilagineuse diarthrodiale, qui est parfaitement intacte et assez épaisse pour conserver encore la forme de l'extrémité fémorale.

Après avoir fait une coupe dans le sens de la longueur du fémur, de manière à raser en quelque sorte la base de la tumeur et à comprendre environ la moitié du condyle interne, voici ce que l'on observe :

Toute la partie supérieure de la tumeur est limitée par le périoste seul, et la partie inférieure par une couche cartilagineuse qui est ferme, résistante et qui a une demi-ligne d'épaisseur. En aucun point de la coupe, on ne découvre nulle trace de tissu osseux.

En dedans du périoste, on voit une couche épaisse de matière encéphaloïde contenant dans son centre des espèces de cavités plus ou moins grandes remplies par la cire à injection. Enfin, tout à fait au milieu de la tumeur, on trouve un vaste foyer rempli de matière à injection et de sang légèrement coagulé; ce foyer est séparé des parties voisines par *une membrane lisse, résistante, bien organisée*, et dont la formation semble remonter à une époque éloignée. La coupe de la tumeur offre dix à onze centimètres d'avant en arrière et un peu moins de haut en bas.

Le fémur offre une destruction complète limitée par une ligne qui, partant de son bord interne et au-dessus de la tumeur, descend obliquement sur sa face antérieure jusqu'au rebord droit ou externe de la poulie articulaire. Au-dessus de cette ligne une injection sanguine se remarque sous le périoste, et recouvre le tiers inférieur de la face antérieure du fémur. De l'extrémité inférieure de la ligne oblique décrite, en part une autre qui remonte en arrière obliquement jusqu'à la ligne externe de la bifurcation de la ligne âpre; cette ligne représente une solution de continuité du tissu osseux restant, solution que M. Nélaton pense être le résultat de la chute que fit le malade quelque temps avant l'amputation.

En enfonçant un stylet soit dans la matière encéphaloïde, soit dans le foyer sanguin, on traverse l'extrémité inférieure du fémur jusqu'à la rencontre de la couche cartilagineuse ou de la couche de tissu osseux qui a résisté et qui se trouve à la partie externe, vers l'endroit de la solution de continuité; si l'on arrive au niveau de la solution, on rencontre le périoste, qui se laisse traverser par le stylet.

Le stylet, enfoncé dans le foyer sanguin et dirigé vers la cavité médullaire, y pénètre sans éprouver de résistance; la moelle ne paraît point altérée au niveau de l'amputation.

En résumé, l'extrémité inférieure du fémur présentait une perte de substance comprenant: 1° tout le condyle interne, dont la limite se trouve encore dessinée par le cartilage diarthrodial resté intact malgré la destruction complète du tissu osseux sous-jacent; 2° une grande partie du condyle externe, qui est réduit à une coque osseuse de peu d'épaisseur; 3° la partie inférieure et interne du corps du fémur dont le canal médullaire s'ouvre inférieurement par un orifice infundibuliforme.

Cette vaste excavation était remplie par une masse de tissu encéphaloïde contenant dans son centre plusieurs épanchements sanguins et, de plus, un large foyer tapissé par une *membrane* qui indique suffisamment, par son degré d'organisation, *une formation ancienne* et *l'existence d'une véritable poche anévrismale.*

A l'appui de cette dernière opinion, ajoutons que la matière à injection poussée par les artères s'était épanchée dans cette poche; phénomène qui ne saurait être expliqué par une rupture, vu la résistance que présentait l'enveloppe de cette cavité. Il existait donc chez ce malade, au moment de l'amputation, une tumeur encéphalo-anévrismale du fémur, tumeur que l'on avait regardée, au début, comme un anévrisme simple de cet os.

Quant aux suites de l'amputation, quelques petits accidents retardèrent la cicatrisation; mais le malade finit par se rétablir d'une manière complète.

Il quitta l'hôpital le 15 octobre 1845, un mois après la cicatrisation parfaite de la plaie; temps pendant lequel il s'exerça à marcher avec un cuissard.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE. (6e chambre.)

Présidence de M. Perrot.

Audiences des 2 et 16 décembre.

LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES CONTRE LES DENTISTES NON PORTEURS DE DIPLÔMES.

La loi du 19 ventôse an XI, qui réglemente les différentes branches de l'art de guérir, est-elle applicable à l'exercice de la profession de dentiste? — Oui.

Nous avons annoncé que MM. Audibrand, Regnard, Thoirac et Rossi, médecins ou chirurgiens-dentistes, actionnaient devant la 6e chambre MM. Williams Rogers, Paul Simon, Aimé et Eugène Rubeck, comme s'étant livrés à une partie de l'art de guérir, sans s'être pourvus des diplômes exigés par la loi du 19 ventose an XI.

M. Delmond, qui avait été d'abord porté sur la liste des plaignants, a demandé acte au tribunal de ce que le fait aurait eu lieu à son insu, et le tribunal l'a retranché purement et simplement du procès.

Me Chamaillard donne d'abord lecture des articles 1, 2, 3, et 35 de la loi du 19 ventose an XI, pour bien établir que nul, en dehors des docteurs en médecine et en chirurgie et des officiers de santé, n'a le droit de pratiquer en France aucune branche de l'art de guérir. Cette loi ne nomme pas littéralement les dentistes; ce n'est pas qu'elle ait voulu ouvrir leur profession au premier venu, c'est, au contraire, qu'elle l'a implicitement réservée aux docteurs et aux officiers de santé. S'il en était autrement, cette loi eût été plus facile pour l'ignorance et le charlatanisme, et moins protectrice de la santé des citoyens que l'ancienne législation.

Longtemps les soins et les opérations de la bouche ont été, ainsi que la petite chirurgie, abandonnés aux barbiers, mais l'ordonnance de 1768 créa spécialement des experts-dentistes, et spécifia les épreuves auxquelles ils seraient soumis désormais. Voici les articles des lettres patentes de 1768 qui les concernent :

« 126. Ceux qui voudront ne s'appliquer qu'à la cure des dents seront tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir audit collége de chirurgie en la qualité d'experts.

» 127. Ne pourront aucuns aspirants être admis à ladite qualité d'experts, s'ils n'ont servi deux années entières et consécutives chez l'un des maîtres en chirurgie, ou chez l'un des experts établis dans la ville et faubourgs de Paris, ou enfin sous plusieurs maîtres ou experts des autres villes, pendant trois années; ce qu'ils seront tenus de justifier par des certificats en bonne forme, et par des actes d'entrée chez lesdits maîtres ou experts, enregistrés comme il a été dit ci-devant art. 83, au greffe de notre premier chirurgien, dans la quinzaine de leur entrée, à peine de nullité.

» 128. Seront reçus lesdits experts en subissant deux examens en deux jours différents dans la même semaine, après avoir présenté requête dans la forme ordinaire, à laquelle seront joints leurs extraits baptistaires, des certificats de religion et ceux de service.

» Ils seront interrogés le premier jour sur la théorie, et le second sur la pratique desdits exercices, par le lieutenant de notre premier chirurgien, les quatre prévôts et le receveur en charge, en présence du doyen de la faculté de médecine, du doyen du collége de chirurgie, des deux prévôts et et du receveur qui en sortent, de tous les membres du conseil et de deux maîtres de chacune des quatre classes, qui seront successivement choisis à leur tour.

» S'ils sont jugés capables dans ces examens, ils seront admis à ladite qualité d'experts, en payant les droits portés ci-après pour les experts, et en prêtant serment entre les mains de notre premier chirurgien ou de son lieutenant.

» 129. Défenses sont faites auxdits experts, à peine de 300 fr. d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie autre que celle pour laquelle ils auront été reçus, et de prendre sur leurs enseignes ou placards, affiches ou billets, la qualité de chirurgiens, à peine de 100 fr. d'amende. Ils auront seulement la faculté de prendre celle d'experts-dentistes. »

Voilà donc la position des dentistes avant la révolution bien clairement définie; ils sont soumis à un temps d'études spéciales, à deux examens, l'un théorique, l'autre pratique. Il est vrai qu'en 1792 cette profession fut ouverte à qui voulut l'adopter, ainsi que toutes celles ressortant du grand art de guérir; mais quand la loi de ventose vint mettre un terme à cette anarchie, parce que le mot *dentistes* ne se trouve pas dans son texte on a prétendu qu'elle ne leur était pas applicable. Et qui l'a prétendu? Je m'empresse de le dire, Messieurs : c'est la Cour de cassation par son arrêt de 1827. Voici les faits qui y ont donné lieu :

Marie Delpeuch, veuve Audemar, dentiste à Limoges, fut citée à la requête du ministère public devant le tribunal de police correctionnelle de cette ville pour se voir appliquer les peines que prononce l'art. 15 de la loi du 19 ventose an XI contre les individus qui exercent l'art de guérir sans avoir obtenu l'autorisation. Par jugement du 16 août 1826, ce tribunal, ne voyant qu'une simple contravention dans le fait reproché à la prévenue, se déclara incompétent, et renvoya le ministère public à se pourvoir devant la simple police.

Sur l'appel interjeté par le procureur général, ce jugement fut réformé, quant à la compétence, par l'arrêt attaqué, qui, statuant en même temps sur le fond, renvoya Marie Delpeuch de l'action intentée contre elle, par le motif que le fait pour lequel elle était poursuivie ne rentrait dans aucune des dispositions pénales en vigueur.

Sur le pourvoi formé contre cet arrêt est intervenu celui dont la teneur suit :

« Attendu que, si l'art. 1er de la loi du 19 ventose an XI, relative à l'exercice de la médecine, porte que nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé ni obtenir le droit d'exercer l'art de guérir sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la même loi, il résulte de son article 3 que ces dispositions n'étaient applicables qu'aux docteurs en médecine et aux chirurgiens reçus par les anciennes Facultés de médecine et de chirurgie et les communautés de chirurgie, et en ayant obtenu le droit d'exercer l'art de guérir; qu'il suit de l'article 126 des lettres patentes du roi portant règlement pour le collége de chirurgie de Paris, du mois de mai 1768, que si ceux qui ne voulaient s'appliquer qu'à la cure des dents étaient tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir au collége de chirurgie, c'était seulement en qualité d'experts et non comme membres en chirurgie ou agrégés du collége des maîtres;

» Qu'aux termes de l'art. 129, il était fait défense auxdits experts, à peine de trois cents livres d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie hors celle pour laquelle ils avaient été reçus, et de prendre sur leur enseigne, placards, affiches ou billets, la qualité de chirurgien, sous peine de cent livres d'amende, et qu'ils n'avaient que la faculté de prendre celle d'experts-dentistes;

» Qu'il résulte du rapprochement de ces lois, que les personnes qui veulent ne s'appliquer qu'à la cure des dents ne sont point comprises dans les dispositions de la loi du 19 ventose an XI, puisque ces dispositions ne concernent que ceux qui avaient obtenu ou qui désiraient obtenir le droit d'exercer l'art de guérir dans son intégrité, et que, selon l'art. 25 de cette loi, tous les individus auxquels elles sont applicables acquièrent le droit d'exercer la médecine et la chirurgie, avec cette seule restriction portée par l'art. 29, que les officiers de santé ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur; qu'en cet état la législation de la cour royale de Limoges, après avoir constaté en fait que la dame Delpeuch exerçait exclusivement la profession de dentiste, qu'elle ne prenait que cette qualité sur ses billets ou adresses, et même qu'elle y déclarait formellement qu'elle ne se livrait à l'exercice ni de la médecine ni de la chirurgie, a pu, sans violer les lois, déclarer qu'elle n'était passible d'aucune peine pour n'être munie d'aucun diplôme, certificat ou lettre de réception;

» Attendu d'ailleurs que l'arrêt est régulier en sa forme, la cour, d'après ces motifs et vidant le délibéré, rejette le pourvoi du procureur général près la cour royale de Limoges. »

Cet arrêt, il faut le respecter sans doute comme tout ce qui émane de la cour suprême; mais nous pouvons dire qu'il étonna tous les arrêtistes, que tous sans exception en discutèrent et en blâmèrent les considérants. La cour de cassation elle-même sembla se donner un démenti lorsque, dans une espèce absolument identique, elle déclara, le 20 juillet 1835, que l'art. 35 de la loi du 19 ventose an XI est applicable aux oculistes non pourvus de diplôme.

Vous-mêmes, Messieurs, c'est-à-dire les magistrats qui vous ont précédés sur les siéges que vous occupez si dignement, les magistrats composant la 6e chambre de ce tribunal, vous ne vous êtes pas crus liés par l'arrêt de 1827 contre le cri de vos consciences et ce que vous commandaient vos lumières. Permettez-moi de remettre sous vos yeux le texte du jugement rendu par cette chambre, le 4 janvier 1834; jugement qui, n'ayant pas été attaqué par voie d'appel, a acquis l'autorité de la chose jugée et forme un monument précieux de jurisprudence;

« Attendu que, d'après l'art. 35 de la loi du 19 ventôse an XI, tout individu qui se livre à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie, sans être muni du diplôme exigé par cette loi, doit être condamné à une amende pécuniaire;

» Que les opérations relatives à la profession de dentiste appartiennent essentiellement à la chirurgie, d'où il suit que tout individu qui s'y livre sans être pourvu du diplôme exigé par la loi du 19 ventose an XI est passible de la peine qu'elle prononce;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Gouvignon et la femme D... pratiquent journellement lesdites opérations, bien qu'ils ne soient munis d'aucun diplôme; que, par conséquent, il y a lieu de leur appliquer la peine pécuniaire portée en l'article 35 de la loi précitée; que vainement oppose-t-on dans l'intérêt desdits prévenus, que la loi ne parle point nominativement des dentistes; qu'il suffit, en effet, que la partie qu'ils exercent soit une des branches de la chirurgie, pour qu'ils se trouvent soumis à l'obligation de se pourvoir d'un diplôme;

» Que les opérations auxquelles ils se livrent exigent des connaissances spéciales, et que, confiées à des mains inhabiles, elles peuvent avoir des suites fort graves; qu'aussi, dans tous les temps, a-t-on exigé les garanties de capacité de la part de ceux qui se destinaient à la profession de dentiste; qu'ils étaient tenus autrefois de se faire recevoir par le collége de chirurgie, et qu'il est impossible de supposer que les rédacteurs de la loi du 19 ventose an XI aient entendu les affranchir de tout examen;

» Attendu que l'art. 35 de cette loi n'ayant pas déterminé la quotité de l'amende qu'il prononce, on ne peut appliquer à ceux qui contreviennent à ces dispositions que la peine pécuniaire la plus faible, c'est-à-dire l'amende de simple police;

» Par ces motifs, vu l'art. 35 de la loi du 19 ventose an XI et l'art. 466 du Code pénal,

» Condamne Gouvignon et la femme D... chacun à 15 fr. d'amende, et chacun à la moitié des dépens. »

Voulez-vous savoir, Messieurs, quelle est l'opinion des maîtres de

la science sur la question de savoir si l'art du dentiste se rapproche essentiellement de l'art de guérir, et si ceux qui l'exercent doivent ou non être pourvus de diplômes; permettez-moi de vous lire une lettre du doyen de la Faculté de médecine, à la date du 10 juin 1844 :

« Monsieur, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le Mémoire que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser, et que vous avez publié pour attirer l'attention du corps médical sur les abus qui se sont introduits dans l'exercice de la chirurgie dentaire.

» Cette question m'a déjà et depuis longtemps préoccupé, d'autant plus que j'ai été à portée d'apprécier la gravité et les conséquences de l'abus que vous signalez.

» Je m'occupe, en ce moment, des moyens de remédier à un état de choses que je déplore comme vous. Je m'estimerai heureux si le résultat de mes efforts peut rendre à la profession que vous exercez si honorablement, toutes les garanties de capacité dont elle doit être accompagnée.

» Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distingué,

» Orfila. »

Nous possédons, Messieurs, vingt lettres de ce genre, émanées des hommes les plus éminents en médecine et en chirurgie; je ne vous les lis pas pour ne pas abuser de vos moments.

Me Sudre prend la parole dans l'intérêt des prévenus. Il retrace à son tour l'histoire de l'art du dentiste depuis l'époque où il se confondait avec celui du barbier, jusqu'à l'époque de 1792, où il recouvra sa liberté, que lui avait enlevée l'ordonnance de 1768.

La question aujourd'hui est de savoir si le législateur de l'an XI a omis volontairement les dentistes, ou s'il les a compris implicitement dans la catégorie des docteurs et des officiers de santé. Evidemment, il savait qu'il existait des dentistes, et il les eût nommés littéralement s'il avait cru devoir leur appliquer la nouvelle loi. S'il ne l'a pas fait, c'est qu'il n'a pas jugé qu'elle dût les atteindre; il les a seuls laissés dans l'état où il les trouvait, c'est-à-dire en possession de la liberté illimitée de 1792.

Peut-être serait-il bon que les dentistes fussent soumis à des études, à des épreuves spéciales. Cela pourrait être, mais ce n'est pas ce que vous êtes appelés à juger. Pour vous, magistrats, il n'y a qu'une seule question à décider : la loi de l'an XI est-elle actuellement applicable aux dentistes? Voilà tout ce que vous avez à décider. Vous avez vu que la cour suprême s'était prononcée pour la négative. Elle n'a pas été seule à le faire, deux ministres du roi ont partagé cet avis. Nos adversaires ont partout cherché des armes contre nous; ils ont frappé à toutes les portes, même à celle de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, dans les attributions duquel la question ne rentrait pas trop directement, et voici sa réponse :

« Monsieur, j'ai reçu les réclamations que vous m'avez adressées relativement aux abus qui existent dans la profession de chirurgien-dentiste.

» Toutes les fois que l'administration a été consultée sur la question de savoir s'il faut être docteur en médecine ou officier de santé pour exercer la profession de dentiste, elle a répondu affirmativement. Il lui a paru, que, l'art du dentiste étant une branche de la chirurgie, nul ne devait être autorisé à le pratiquer sans avoir justifié des connaissances exigées du chirurgien, et qu'il y avait lieu lieu d'appliquer aux contrevenants les dispositions des art. 35 et 36 de la loi du 19 ventose an XI.

» Mais c'est aux tribunaux qu'appartient l'application des lois, et il paraît être établi par la jurisprudence de la Cour de cassation que les dentistes qui ne prennent point indûment la qualification de docteur ou d'officier de santé ne sont passibles d'aucune peine.

» Il faudrait donc une disposition législative, Monsieur, pour remédier aux abus dont vous vous plaignez; mais c'est un point qui ne peut être traité indépendamment des autres réformes que peut réclamer l'état actuel de l'organisation médicale en France.

» Agréez, Monsieur, mes salutions,

» Le ministre de l'agriculture et du commerce,

» Cunin Gridaine. »

M. le ministre de l'instruction publique n'a pas été moins explicite :

« Monsieur, j'ai reçu la lettre que vous m'avez adressée pour appeler mon attention sur la trop grande facilité avec laquelle le gouvernement accordait, selon vous, à certains individus, la permission d'exercer l'art du dentiste sans qu'ils fussent munis d'un diplôme d'officier de santé. La loi du 19 ventose an XI, relative à l'exercice de la médecine, ne reconnaît que trois classes de praticiens : les docteurs en médecine, les docteurs en chirurgie et les officiers de santé, et il résulte de son silence à l'égard des personnes qui bornent exclusivement leur pratique au traitement de certaines maladies spéciales, qu'elles peuvent exercer en qualité d'experts, à la condition de ne prendre aucun des trois titres déterminés par la loi du 9 ventose an XI, et de se munir d'une permission de l'autorité départementale ou communale. Un arrêt de la cour de cassation, en date du 22 février 1827, a établi en principe que les personnes qui se livrent à la profession de dentiste ne sont pas obligées par la loi à subir des examens.

» Je ne puis donc, Monsieur, prendre aucune mesure pour prévenir ou réprimer les faits que vous avez portés à ma connaissance.

» Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

» Le pair de France, ministre de l'instruction publique,

» Villemain. »

On peut être de l'avis de M. le ministre de l'instruction publique, on peut demander qu'à l'avenir une loi nouvelle vienne régler les conditions d'un art qui peut intéresser la santé publique; mais il faut répéter avec M. Villemain que rien dans l'état actuel de la législation ne vous autorise à enlever à d'honnêtes citoyens un état qu'ils exercent depuis quinze ou vingt ans, et qu'ils ont embrassé quand la loi n'y avait imposé aucune condition.

Me Paillet. — La profession de dentiste est évidemment une de celles qui appellent la confiance publique; mais cette confiance, n'est-on donc tenu à rien pour la justifier? Le législateur de l'an XI a-t-il voulu abolir les garanties et les lettres patentes de 1768? N'a-t-il pas voulu, au contraire, les accroître et les proportionner mieux à l'état plus avancé de notre civilisation? Pour résoudre cette question, deux choses sont à examiner : l'esprit d'abord, et ensuite le texte de la loi.

L'esprit, où pourrions-nous plus sûrement le saisir que dans le rapport de l'immortel Fourcroy? Permettez-moi de vous en citer un passage :

« Depuis le décret du 18 août 1792, qui a supprimé les Universités, les Facultés et les corporations savantes, il n'y a plus de réceptions régulières de médecins ni de chirurgiens.

» L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation. Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont pas la moindre notion. Presque partout on accorde des patentes également aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi. Aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée.

» Ceux qui étudient depuis sept ans et demi dans les trois écoles de médecine instituées par la loi du 14 frimaire an III, peuvent à peine faire constater les connaissances qu'ils ont acquises, et se distinguer des prétendus guérisseurs qu'on voit de toutes parts. Les campagnes et les villes sont également infestées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. Les pratiques les plus meurtrières ont pris la place des principes de l'art des accouchements, » etc.

Des lettres patentes de 1778 édictent, art. 29, une pénalité de 300 livres d'amende contre les *experts-dentistes* qui auraient exercé aucune autre partie de la chirurgie que celle pour laquelle ils avaient été reçus. Donc, ils avaient été reçus pour une partie de la chirurgie; donc, leur art en faisait partie à cette époque, et l'on voudrait qu'une législation plus récente, plus éclairée, en eût fait, quoi? une profession mécanique, ouverte à l'ignorance, à la cupidité du premier venu? Si donc, dans le texte, la loi de l'an XI ne prononça pas le mot *dentiste*, c'est qu'elle l'a compris implicitement dans les trois catégories des gens exerçant l'art de guérir; elle a entendu qu'ils fussent docteurs en médecine ou en chirurgie, ou du moins officiers de santé. Comment veut-on que le dentiste soit étranger à l'art de guérir? Mais il procède par morcellement et par ablation sur le corps humain. Que fait autre chose la chirurgie?

On nous concède aujourd'hui qu'un oculiste doit être chirurgien; mais l'on ajoute que le dentiste n'est pas dans le même cas, apparemment nous n'avons que deux yeux à risquer avec l'un, tandis que nous avons trente-deux dents à sacrifier à l'autre. Mais le mal de dents peut être aussi grave, aussi dangereux que le mal d'yeux. Sans parler de la dentition, dont le travail enlève tant de jeunes enfants, est-ce que chez les adultes mêmes les maux de dents ne proviennent pas souvent d'une véritable maladie dont le siége est ailleurs, et qui peut aller jusqu'à compromettre l'existence même du sujet?

J'ouvre le Dictionnaire de l'Académie; au mot Dentiste, j'y vois : *Dentiste*, substantif masculin; chirurgien qui ne s'occupe que des dents; *dentiste*, adjectif; on dit : *chirurgien-dentiste*. Notez que j'ai lu cela dans la dernière édition. Il en est de même dans le répertoire de jurisprudence, et dans le précieux ouvrage de M. Favard de l'Anglade.

Dans tous les traités de chirurgie, sans en excepter un, vous trouverez une partie plus ou moins considérable où l'auteur s'occupe des dents, de leurs maladies, et de toutes les opérations dont elles peuvent être l'objet.

Que nous oppose-t-on? L'arrêt de 1827, un arrêt isolé, qui cédera quelque jour comme tant d'autres contre un arrêt en sens contraire.

Me Paillet critique les considérants de cet arrêt, en s'appuyant sur l'autorité du *Journal du Palais* et de l'*Encyclopédie du Droit*. Une preuve, ajoute-t-il, que nos adversaires sentent qu'ils devraient être docteurs, ou au moins officiers de santé, c'est qu'ils se rattachent sans cesse à la grande famille médicale, c'est qu'ils payaient la patente avec tous ses membres jusqu'en 1844, et que depuis ils ont cessé de la payer avec eux.

Mes clients ne cachent pas qu'ils ont un intérêt pécuniaire dans ce début; mais, sans vous parler ici d'un intérêt bien plus grand, celui de l'humanité, il y a là aussi un honneur, une solidarité professionnels. Des docteurs en médecine et en chirurgie ne se soucient pas d'avoir pour collègues, pour confrères les premiers venus, des hommes qui, se rabaissant aux besoins de la cause, consentent à n'être plus que de simples ouvriers mécaniciens.

M. l'avocat du roi, sans nier qu'il serait peut-être à désirer qu'une loi nouvelle vînt réglementer la profession de dentiste, pense que la loi de l'an XI ne saurait lui être appliquée. Cette profession demande plutôt des praticiens que des théoriciens : pour arracher, plomber, limer des dents, les études de docteur, et même celles d'un officier de santé, seraient complétement inutiles.

A coup sûr, si les hommes éminents qui ont signé les lettres dont lecture a été donnée se voyaient interrompus dans leurs précieux travaux par quelqu'un qui viendrait leur proposer de lui arracher une dent, à coup sûr ils le recevraient fort mal.

C'est volontairement que la loi de l'an XI n'a pas prononcé le mot de dentistes; elle a voulu les laisser exercer librement un art tout à fait mécanique. S'ils en sortaient, s'ils se permettaient de médicamenter leurs clients, ou de pratiquer sur eux de véritables opérations de chirurgie, alors cette même loi les atteindrait; mais on n'articule aucun fait de cette nature contre les prévenus, et M. l'avocat du roi conclut en conséquence à leur renvoi de la plainte.

Après avoir entendu encore quelques courtes observations de MMes Paillet, Baroche et Crémieux, le tribunal rend le jugement suivant :

« Attendu que la loi du 19 ventose an XI est intervenue pour organiser et réglementer l'art de guérir;

» Attendu que les dentistes ne sont pas littéralement nommés dans cette loi; que, d'autre part, l'ancienne législation qui les soumettait à des conditions spéciales n'existe plus;

» Attendu que la question est de savoir si chacun peut, sans études et sans titre, exercer l'art du dentiste;

» Attendu que la loi du 19 ventose an XI est générale; qu'elle comprend sous une même dénomination tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art de guérir;

» Que si l'on veut aller plus loin, dans une susceptibilité assez naturelle, quand il s'agit de l'application d'une loi pénale :

» Attendu que la loi, en nommant les médecins, les chirurgiens et les officiers de santé, n'a pas entendu se servir d'expressions purement abstraites, mais a voulu comprendre tous ceux qui exercent *in extenso* ou en partie l'art de guérir;

» Qu'ainsi se dire dentiste, c'est se dire médecin-dentiste ou chirurgien-dentiste; comme se dire oculiste, c'est se dire médecin-oculiste ou chirurgien-oculiste;

» Que dès lors il est vrai de dire que les dentistes sont nommément compris dans la loi du 19 ventose an XI;

» Que le décider ainsi c'est se conformer d'ailleurs aux besoins de l'humanité, car l'art du dentiste tient tout à la fois à la médecine et à la chirurgie;

» Mais, attendu qu'il n'est pas établi que les dentistes poursuivis aient pris la qualité de docteurs en médecine ou en chirurgie, et que les peines correctionnelles prononcées contre ceux qui usurpent ces qualités ne leur sont pas applicables;

» Attendu, toutefois, qu'il y a dans la loi une prohibition d'exercer l'art de guérir, prohibition dont la sanction naturelle est une peine;

» Vu l'article 35 de la loi du 19 ventose an XI :

» Condamne chacun des prévenus à 15 fr. d'amende, et les condamne tous solidairement aux dépens. »

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 155. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 26 DÉCEMBRE 1845.

Nous avons publié deux extraits de la correspondance de la Commission du Congrès médical. Le but de cette publication doit avoir été facilement aperçu de nos lecteurs. La Commission ne nous a pas communiqué ces extraits, pour donner satisfaction à quelques vains intérêts d'amour-propre; elle a voulu répondre par là, et nous avec elle, à des insinuations inexactes sur l'état réel de l'opinion publique relativement aux résultats du Congrès, relativement à ce que le corps médical attend des efforts de la Commission qu'il a instituée et à ce qu'il espère des promesses du pouvoir. L'agitation que le Congrès a fait naître, loin de se ralentir, comme quelques personnes l'assurent plus d'après leurs désirs que d'après la situation exacte des choses, est sur tous les points et d'après les renseignements les plus précis, plus ardente que jamais. Les honorables collègues qui ont assisté au Congrès ont partout répandu le feu sacré, et partout aussi on se réunit, on s'assemble, on agit, pour que les vœux du Congrès obtiennent satisfaction. Les preuves que nous pourrions offrir de ce fait sont innombrables; nous cherchons vainement celles qui pourraient appuyer les assertions contraires.

— Il est certain qu'une minorité qui voudrait suppléer le nombre par le bruit, tente vainement d'arrêter l'agitation que le Congrès a fait naître dans le monde médical. Pour notre compte, nous lutterons de tous nos efforts contre quelques déplorables tendances, qui timides d'abord, montrent aujourd'hui visiblement leur but, qui cherchent à affaiblir l'impression profonde produite par le Congrès, à en dénaturer les actes, à rompre les premiers liens de confraternité que cette circonstance a fait naître, à semer le soupçon et l'inquiétude, à substituer l'isolement fatal aux fécondes idées d'association qui germent de toutes parts. Nous ne voulons pas rechercher quel peut être le mobile secret ou patent de pareils actes; il nous suffit de les signaler à l'opinion publique. Que certains votes du Congrès trouvent des dissidents et des contradicteurs, nous le comprenons, c'est le droit de la presse d'éclairer les esprits quand elle les croit égarés par l'influence du Congrès; nous-même nous avons voté contre quelques-unes de ses décisions, et nous donnons ici, en toute liberté, les motifs de notre opposition. Mais se livrer à des plaisanteries d'un goût fort équivoque sur l'ensemble et les détails des actes du Congrès, jeter le ridicule sur cette assemblée, aux travaux de laquelle ont participé tant d'honorables confrères des départements, répandre la méfiance sur des intentions et des actes qui se produisent au grand jour de la publicité, ce n'est pas là une opposition sérieuse, digne, ayant pour but les intérêts véritables du corps médical, et qui puisse rallier un seul esprit intelligent et bien intentionné.

— Un journal rapporte que la présidence du Congrès a été offerte à M. Magendie, qui l'aurait refusée. Ce fait est entièrement inexact. La Commission d'organisation n'a fait ni fait faire, ni directement, ni indirectement, aucune proposition de ce genre à M. Magendie, dont le nom ne se trouvant pas sur la liste des adhérents, n'a pas même été prononcé dans le sein de la Commission. La seule démarche officielle de la Commission a été faite auprès de M. Serres, qui, sans hésitation et du premier mot, accepta la proposition. On sait combien le choix *unanime* de la Commission a répondu aux espérances du Congrès.

— On a dit encore que la plupart des sommités du corps médical s'étaient tenues éloignées du Congrès. Si le fait était exact, il ne prouverait pas grand'chose en faveur des sommités. Nous qui représentons directement les intérêts du plus grand nombre, c'est-à-dire les intérêts démocratiques de la corporation, nous tenons néanmoins à venger l'élément aristocratique du maladroit éloge qu'on lui inflige: car avant tout il faut être vrai. Le Congrès a réuni quatre membres de l'Institut, l'Académie royale de médecine presque en masse, la majorité des professeurs de la Faculté de Paris, un grand nombre de professeurs de la Faculté de Strasbourg, la plupart de ceux des Ecoles préparatoires, l'Ecole de pharmacie de Paris en masse, *toutes* les Sociétés scientifiques et associations de Paris et des départements qui ont envoyé des *délégués*, et dans la plupart des arrondissements, les hommes les plus éminents et d'une réputation incontestable. Cela s'appelle-t-il, oui ou non, des *sommités?* Et ces aristocrates, ces talons-rouges du journalisme médical se seraient-ils donc trouvés en si mauvaise compagnie sur nos listes d'adhésions?

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un exemple de cysticerque sous-conjonctival s'est ajouté à ceux, en petit nombre, que la science possédait. Il s'est présenté à M. Sichel, qui a bien voulu nous faire assister à l'opération.

L'observation offre la plus parfaite analogie, ou même, sauf l'âge et le sexe du sujet, une complète identité avec le troisième cas du mémoire de M. Sichel, inséré dans le Journal de M. Malgaigne (1843).

La tumeur existait à la partie supérieure interne de la conjonctive, un peu au-dessus du diamètre transversal du globe oculaire droit, à 3 millimètres de la cornée. Lorsque le sujet regardait horizontalement, elle restait cachée sous la paupière supérieure, et rien n'annonçait que l'œil fût le siége d'une lésion quelconque. La tumeur était globuleuse, pourtant un peu allongée dans le sens transversal; recouverte en dedans par la membrane clignotante, mais seulement dans une très petite étendue; transparente avec un point opaque blanc-grisâtre au centre. La couche externe, formée par la conjonctive, était parcourue de vaisseaux très ténus et concentriques. Elle était absolument indolore. La vue était aussi bonne de l'œil affecté que de l'autre; seulement, il faut noter une gêne légère dans le mouvement d'adduction du globe.

Le diagnostic ne pouvait être douteux. Une tumeur sous-conjonctivale indolente, opaline, transparente, avec une tache gris-jaunâtre au centre, ne saurait désormais embarrasser un praticien instruit quant à la détermination de sa nature. Il n'y a qu'un cysticerque qui puisse se présenter sous cet aspect. La tache gris-jaunâtre marque la place de la tête et du corps rétractés de l'animal.

Le sujet était un garçon de sept ans et demi, lymphatique, pâle, ayant eu des glandes au cou, et ayant fait plusieurs maladies graves. Il y a deux ans, il rendit deux lombrics à six mois de distance l'un de l'autre: il n'en a plus rendu depuis. Il y a trois mois, la moitié interne de l'œil droit devint rouge; l'injection dura pendant quinze jours. La conjonctivite se reproduisit au bout de la quinzaine suivante, et c'est alors que la grosseur près du grand angle fut remarquée. Au moment où nous avons vu le sujet, le jour de l'opération, la tumeur datait de deux mois environ.

M. Sichel se posa la question de savoir s'il se bornerait, conformément à l'opinion que nous avons émise dans ces colonnes, à exciser la paroi antérieure de la tumeur, ou s'il essaierait d'enlever le kyste en entier; et il s'arrêta à ce dernier parti.

L'opération fut longue et difficile. L'enfant se débattait. Il fallut l'attacher sur une table. On l'avait mis d'abord sur les genoux d'un aide. Les paupières, fixées par un élévateur et un abaisseur, l'œil maintenu par une érigne implantée dans la sclérotique, M. Sichel commença, au moyen de ciseaux fins et d'une petite pince, la séparation de la lame conjonctivale mince qui recouvrait le kyste. Le sang coulait en abondance; les larmes, les cris de l'enfant, son agitation, bien qu'il fût étroitement contenu, rendirent cette dissection très laborieuse; et, malgré l'habileté de l'opérateur, le kyste ne fut séparé qu'au bout d'un assez long temps, et après plusieurs interruptions.

L'opération s'étant prolongée, et la lumière naturelle ayant fait défaut, il fallut remettre au lendemain l'examen du cysticerque qui, toutefois, put être séparé du kyste le jour même, séparation infiniment délicate à cause de la ténuité extrême des parties à isoler.

Le lendemain, l'isolement ne put être complet à raison du ramollissement que l'animal avait subi; on se borna à placer le tout sous le microscope entre deux lames de verre. Le corps de l'entozoaire avait environ deux millimètres de longueur sur un millimètre de largeur. La tête offrait autour de la bouche une couronne de 26 crochets, et autour de cette couronne étaient placés 4 suçoirs arrondis. Le cou était recouvert de petites élévations vésiculeuses assez distantes l'une de l'autre, qui lui donnaient un aspect perlé. Le corps présentait un nombre beaucoup plus considérable de ces vésicules; ce qui, joint aux lambeaux du tissu cellulaire, lui donnait une demi-opacité et même par places une opacité complète.

L'opération n'a pas eu de suites fâcheuses: seulement, une application de six sangsues a été nécessaire pour combattre un chémosis commençant. On a aussi administré un purgatif. Au bout de quinze jours, on ne voyait presque plus de traces de l'opération.

Ce sera pendant longtemps encore, si ce n'est toujours, un sujet impénétrable de méditations et de recherches que cette génération d'êtres vivants, non plus dans une cavité d'un autre être doué de vie, mais dans l'épaisseur même de ses tissus. Que savons-nous à cet égard? L'hydroémie paraît être une condition favorable de la production des cysticerques. Ils étaient surtout communs chez les porcs, à l'époque où ces derniers animaux vivaient dans l'humidité des forêts qu'ils ne quittaient que pour être tués. Chez l'homme, il semblerait, d'après quelques cas, que l'état hydroémique du sang est aussi une condition favorable à la production du cysticerque. Le sujet de l'observation que nous venons de rapporter était affaibli et originellement lymphatique. Mais comment, par quelle inconcevable opération, le germe d'un nouvel être se produit-il et se développe-t-il dans le sang trop aqueux? Et d'abord, s'y produit-il ou y est-il introduit, et s'il y est introduit, qu'est-ce donc qu'un germe qui peut traverser par endosmose les parois des vaisseaux capillaires?

Quelle part faut-il faire à la conjonctivite qui a précédé l'apparition de la tumeur? A-t-elle été cause ou effet? Verrons-nous dans une inflammation accidentelle le *nisus formativus* qui a produit l'être nouveau, ou bien celui-ci a-t-il par sa présence non encore soupçonnée, déterminé les deux conjonctivites *très localisées* qui ont été observées?

Quant au procédé opératoire, nous sommes obligé de répéter que, dans les opérations chirurgicales, et toujours, l'intérêt scientifique doit être subordonné à l'intérêt humain. L'opération d'un cysticerque sous-conjonctival pourrait être aussi rapide, aussi peu douloureuse et aussi sûre que l'excision de la luette. Il ne s'agirait que de saisir la tumeur à l'aide d'une pince et d'en exciser la paroi antérieure avec des ciseaux courbes. A la vérité, l'entozoaire serait presque infailliblement coupé en deux; mais peut-être, s'il est permis d'employer une locution vulgaire, les morceaux en seraient-ils bons et suffiraient-ils à la détermination de l'animal. D'ailleurs les caractères de la tumeur sont tellement évidents, qu'il n'est plus nécessaire de l'examen microscopique de l'entozoaire, pour affirmer le diagnostic. Le seul cas dans lequel il pourrait y avoir doute, serait celui d'un kyste dont la paroi antérieure serait assez épaisse pour cacher le point gris-jaunâtre, indice certain de la présence de l'animal.

L'abrasion du kyste sous-conjonctival laisserait à la surface de la plaie le fond même du kyste, dont la cicatrisation et la transformation muqueuse s'opéreraient facilement.

— Une jeune fille du service de M. Blache avait des tumeurs périostiques sur l'un des tibias et à la tête, avec douleurs nocturnes. Sa moralité semblait à l'abri du soupçon. Ce fait nous suggère la question suivante: Un ascendant, parvenu à la période secondaire de la syphilis et ayant pris du mercure, pourrait-il communiquer à l'individu qu'il engendrerait une syphilis tertiaire dont les manifestations auraient lieu à une époque plus ou moins éloignée de la naissance? L'engendré devant être considéré comme une dépendance du *géniteur*, on ne voit pas pourquoi il échapperait aux vicissitudes de la diathèse acquise antérieurement par celui-ci.

— M. Blandin continue à appliquer la section sous-cutanée du sphincter au traitement de la fissure à l'anus, et nous devons reconnaître que, dans deux cas récents, cette opération a été suivie d'un résultat aussi prompt qu'avantageux.

M. Marchal (de Calvi) vient d'employer cette méthode opératoire sur un homme affecté de cancer du rectum, chez lequel il croyait avoir remarqué que la presque impossibilité et les angoisses de la défécation étaient liées aussi bien à un spasme du sphincter anal qu'à la présence de la masse cancéreuse. La section sous-cutanée du muscle constricteur a eu pour effet de faciliter les selles d'une manière très sensible. M. Marchal pense qu'il serait préférable que la lame de l'instrument de M. Blandin fût mousse à l'extrémité.

— M. Jobert (de Lamballe) oppose de rudes arguments à la méthode de traitement des fistules de l'urètre par la boutonnière. Ces arguments sont les plus sûrs: ce sont des faits. Encore dernièrement, nous avons vu dans ses salles, à l'hôpital Saint-Louis, un individu chez lequel une perte de substance de l'urètre, de plus de deux centimètres, a été comblée avec la peau des bourses.

— Une femme du service de M. Rayer est affectée d'un abcès iliaque puerpéral du côté droit, qui se vide par l'anus. Elle est entrée à l'hôpital de la Charité un mois après sa couche. Déjà la suppuration était formée. Il est donc indubitable que le phlegmon s'est développé dans la maison où cette femme a accouché, à l'insu du médecin qui la traitait. Nous avons déjà appelé l'attention sur la nécessité de surveiller les nouvelles accouchées, et surtout de les bien examiner avant de leur accorder l'*exeat*.

Il n'y a pas eu de cause appréciable de l'abcès puerpéral chez la femme dont il s'agit, si ce n'est que le travail a été extrêmement douloureux, beaucoup plus que ne l'avait été celui d'un premier enfantement, et que l'expulsion du produit a été très brusque, de telle sorte qu'il faillit tomber à terre.

—Tous les chirurgiens savent combien, d'une manière générale, l'engorgement chronique des ganglions lymphatiques est lent à se résoudre. Ce n'est pas que les applications réitérées

de sangsues en petit nombre, alternant avec les vésicatoires et les frictions fondantes, ne produisent des guérisons; mais l'énoncé même de ce mode de traitement indique suffisamment qu'il exige un long temps.

M. Ricord emploie, à l'hôpital du Midi, une méthode beaucoup plus expéditive; elle consiste dans la destruction progressive de la masse ganglionnaire par le caustique de Vienne.

On commence par étendre sur la tumeur, suivant son plus grand diamètre, une première couche de la pâte caustique, et l'on attend la chute de l'escharre. Celle-ci tombée, on applique une nouvelle couche de caustique, et ainsi de suite; mais à mesure que l'on s'approche de la base de la tumeur, on a soin de rendre la couche de pâte de Vienne de plus en plus mince, afin de ménager les parties sous-jacentes, qu'il peut être si important de respecter. A l'aine, par exemple, on n'aurait pas beaucoup de chemin à faire au-dessous de la masse strumeuse, pour escharrifier l'artère crurale.

Constamment, dans les salles de M. Ricord, il y a un certain nombre de malades soumis à ce mode de traitement. Ceux que nous avons eu l'occasion d'observer en ont éprouvé généralement de très bons résultats.

Il nous a semblé que le caustique agissait par deux effets distincts: une partie de la tumeur, celle qui est en rapport avec la pâte, est détruite, et le reste subit une élévation de l'action vitale, qui y détermine un mouvement résolutif.

M. Marchal (de Calvi), qui a traité un grand nombre d'engorgements ganglionnaires chroniques au Val-de-Grâce, s'est bien trouvé aussi de l'emploi de cette méthode. Dans les cas où elle ne lui semble pas applicable, il seconde, avec un avantage marqué, le traitement mixte indiqué plus haut (sangsues, vésicatoires, fondants), par l'administration d'un julep, avec addition de teinture d'iode, 12 à 25 gouttes.

Il est d'observation que l'iodure de potassium ne produit pas d'effet appréciable contre les engorgements ganglionnaires.

— M. Marchal (de Calvi) a extirpé chez un militaire une masse ganglionnaire ayant son siége sous l'angle de la mâchoire et offrant approximativement le volume d'un œuf de poule. La tumeur étant liquide par places et ayant été ouverte, s'est affaissée, et la dissection en a été laborieuse.

Mais ce qu'il y a eu de plus remarquable dans ce cas, c'est une déviation assez sensible de la bouche du côté opposé à celui de l'opération. L'incision avait été faite parallèlement au bord inférieur du maxillaire inférieur, à un peu plus d'un centimètre de ce bord, et avait dû intéresser quelques rameaux du nerf facial, d'où la paralysie partielle qui a eu pour résultat la déviation de la bouche en sens inverse. Du reste, on dirait que l'action nerveuse se rétablit insensiblement à travers la cicatrice, car la déviation est manifestement moindre qu'elle n'avait été d'abord. X...

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Faits recueillis par M. LONG, aide de clinique.

Ongle incarné. Procédé opératoire de M. Baudens.

Quand l'ongle incarné rentré dans les chairs ne peut être redressé par les moyens ordinaires, par les procédés plus ou moins ingénieux que l'on possède; quand il y a ulcérations, végétations; quand enfin l'ablation de la portion unguale incarnée est indiquée, M. Baudens recourt constamment au même mode opératoire, à celui qu'il a publié, il y a une douzaine d'années, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce procédé opératoire, prompt, d'une facile exécution, remplit parfaitement les indications chirurgicales. Voici en quoi il consiste: Le talon d'un bistouri ordinaire, tenu de la main droite comme un canif, est appliqué à quelques millimètres au-dessus de la racine de l'ongle, afin d'agir immédiatement au-dessus de sa matrice. L'orteil est présenté au bistouri par son bord incarné, fixé par la main gauche de l'opérateur, comme une plume à écrire au moment de la tailler. L'instrument est plongé alors perpendiculairement jusqu'à l'os, puis ramené en avant sur son plat; il rase la première phalange en excisant un lambeau dans lequel sont contenues la matrice de l'ongle, la portion rentrée de cet ongle, et les parties molles ulcérées et fongueuses, de manière à faire table rase et à n'avoir plus à y revenir.

Cette opération dure quelques secondes à peine; la douleur est instantanée, sans durée, et quand le sang a cessé de couler, on panse la plaie avec un petit plumasseau de charpie enduit de cérat, soutenu par un tour de bande. Pour prévenir une excès de réaction inflammatoire et la douleur qui l'accompagne, on pose sur le gros orteil un morceau de glace en permanence pendant quelques jours, après lesquels on lève le premier appareil. A cette époque, la plaie est couverte de granulations que bientôt il faut réprimer avec le nitrate d'argent, et à leur place on voit se former une cicatrice, cornée, solide, qui ne saurait reproduire le mal ni s'ulcérer par le frottement de la chaussure. M. Sp..., actuellement employé au ministère de la guerre, a été opéré par ce procédé en 1831, à Alger, par M. Baudens: le mal ne s'est pas reproduit.

Depuis lors, le chirurgien en chef du Val-de-Grâce a répété souvent cette opération, dont il n'a eu qu'à se louer. M. Baudens a eu des imitateurs; il ne s'en plaint pas; seulement, dans l'intérêt de la vérité, il eût été désirable que les auteurs qui ont décrit son procédé eussent bien voulu citer son nom.

Ce procédé opératoire, mis dernièrement en usage chez un soldat placé dans les salles de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, a permis aux assistants de se convaincre des assertions que j'émets; et vingt-cinq jours après avoir été opéré, ce militaire a pu retourner à sa compagnie pour reprendre son service.

Hygroma prérotulien. Ponctions par la méthode de M. Baudens.

Au n° 3 de la salle 31 des gardes municipaux, est couché un garde qui s'est présenté avec une tumeur molle de la grosseur du poing, fluctuante, sans rougeur, sans chaleur, siégeant à la région antérieure du genou, en avant de la rotule, qu'elle déborde dans tous les sens. Le billet d'hôpital porte: hydarthrose du genou; mais un examen attentif fit bientôt reconnaître que l'articulation était saine.

Vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, ce militaire a fait, sur le genou, une chute dont il ne s'est pas préoccupé, et aujourd'hui encore il ne peut indiquer ni la cause, ni la date de la tumeur dont il est porteur.

M. Baudens, dans une leçon clinique, émet l'opinion que la chute sur le genou a déterminé un épanchement de sang dans la bourse muqueuse prérotulienne. Le sang épanché peu, dit-il, donner lieu à des produits variables selon que la résorption porte sur les éléments solides ou sur les éléments liquides. Dans le premier cas, la tumeur reste liquide; dans la seconde hypothèse, elle devient solide. Enfin, elle peut être mixte. C'est ainsi que M. Baudens l'a trouvée plusieurs fois composée d'un liquide de consistance et de couleur chocolat. Deux fois même, dans sa pratique, il y a rencontré des hydatides. Dans le cas actuel, la fluctuation est manifeste, le liquide fuit sous le doigt sans faire entendre le bruit de cuir bouilli propre aux hydatides. Tout porte à croire que le liquide est séreux, tel qu'on le trouve habituellement dans l'hydrocèle non compliquée. Vider la tumeur sans permettre à l'air d'y pénétrer, tel est le problème que M. Baudens s'est posé, et qu'il a résolu par un moyen simple auquel il a recours fréquemment dans les cas d'abcès par congestion. Voici en quoi il consiste:

Il fit, à l'aide d'une bande, de haut en bas, à partir de trois à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule jusqu'au-dessous de cet os, une compression circulaire; le liquide refoulé fit naître une tumeur dont les reliefs fortement accusés se tradulsaient près de la crête du tibia. Une ponction directe fut alors pratiquée dans le lieu le plus déclive à l'aide d'un bistouri étroit, et en ayant soin de diviser les tissus profonds plus largement que la peau, afin de donner à la plaie la forme d'un infundibulum. Un liquide séreux, limpide, s'est immédiatement écoulé avec force; un aide appliqua fortement l'une et l'autre main sur la tumeur, et celle-ci fut complètement vidée. Au moment où le liquide allait s'arrêter, le pouce, appliqué sur la plaie comme sur l'ouverture d'une saignée, ne permit pas à l'air de pénétrer; deux morceaux de sparadrap remplacèrent le pouce; une large et épaisse compresse remplaça la main de l'aide qui comprimait la tumeur, et le tout fut maintenu par des circulaires de bandes. Dix jours plus tard, la tumeur s'était reproduite, mais beaucoup moins volumineuse. Ponctionnée de nouveau, elle ne se reproduisit plus, et le malade sortit de l'hôpital un mois plus tard, sans avoir éprouvé le moindre accident, et radicalement guéri. On a proposé, de nos jours, un trocart plat, muni d'un robinet que l'on introduit dans la poche par un trajet oblique et long de plusieurs centimètres. Sans doute on ne saurait trop se préoccuper de l'introduction de l'air; mais ce trocart offrant dans la pratique plus de difficultés que le moyen employé par le chirurgien en chef du Val-de-Grâce, sans être plus efficace, le procédé que nous venons d'exposer nous semble préférable.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Hypertrophie ancienne du foie et de la rate. Priapisme probablement dû à l'administration des cantharides, et suivi de mort. Observation recueillie par M. FOUREAU-BEAUREGARD, interne.

M. F... (Jules-Nicolas), âgé de trente-cinq ans, ciseleur, marié, est entré à la salle Saint-Lazare le 10 novembre 1845.

L'intelligence de ce malade, naturellement bornée, et les souffrances auxquelles il est en proie, lui ôtent la présence d'esprit nécessaire pour nous rendre bien compte de ses antécédents. Voici ce qu'on a pu apprendre en réunissant son dire à celui de sa femme.

Depuis quatre ans le malade traînait; il avait perdu une partie de la bonne santé dont il jouissait autrefois; il se plaignait d'une gêne, d'un embarras dans les deux hypochondres; quelquefois aussi il se plaignait de douleurs de reins; ses urines étaient tantôt claires, tantôt troubles.

Il y a dix-huit mois, il se plaignit d'un violent point de côté à gauche, qui se dissipa momentanément, pour reprendre de temps à autre. Enfin le 1er janvier 1845, le malade contracta des chancres hors de chez lui; il ne dirigea d'abord contre eux aucun traitement; il consulta plus tard un charlatan fort connu, qui lui fit boire des préparations de salsepareille et lui donna des poudres rougeâtres pour saupoudrer les ulcérations de la verge; il en fit un long usage, ainsi que d'autres préparations qui restent inconnues. Sa femme prétend cependant qu'elle ne lui en a jamais vu prendre par la bouche. Une diminution dans l'énergie des facultés viriles vint dès lors se manifester. Ce symptôme inquiéta vivement le malade, qui, rapportant alors ses douleurs dans les hypochondres, son impuissance, ses ulcérations syphilitiques, sa faiblesse de verge, comme il disait, à une seule et même cause, la syphilis, essaya par tous les moyens possibles de reconquérir la santé (de se blanchir).

Il y a trois semaines seulement le dernier chancre s'est cicatrisé; il a eu alors des relations avec sa femme pour la dernière fois.

Le pansement avec le vin aromatique était le dernier remède qu'il eût employé.

Il y a quinze jours il s'adressa à un pharmacien, toujours pour se blanchir; celui-ci lui fit prendre pendant trois jours la médecine du curé de Deuil; cette médecine produisit dix à douze selles chaque jour, et l'affaiblit beaucoup; il continua cependant à travailler. Il y a cinq jours ses jambes ont commencé à enfler, puis les cuisses; son ventre, naturellement gros, a pris plus de volume. Il a toussé, et avalé une once de pastilles d'épicacuanha, dont on lui avait prescrit quelques-unes pour ce symptôme. Il y a quatre jours, son point de côté, à gauche, s'est fait sentir plus vivement; il a enfin consulté un médecin, qui lui a fait appliquer un vésicatoire grand comme la main sur l'hypochondre gauche. Dans la nuit qui a suivi cette application, le malade a été pris tout à coup d'une défaillance terrible, pendant laquelle est survenue une érection qui s'est bientôt accompagnée d'un œdème de toute la peau de la verge, sans aucun désir vénérien, et qui a persisté depuis. On lui a mis chez lui 15 sangsues au périnée.

Le 11 novembre, à son entrée, le malade est dans un état d'anxiété et de souffrance remarquables; son intelligence, qui paraît bornée, ne permet pas de faire ressortir aucun renseignements plus précis sur son accident.

Il a la face pâle, d'un blanc mat; se plaint d'un point de côté dans l'hypochondre gauche, où on voit la plaie d'un vésicatoire récent; aucune douleur à la pression; le ventre est ballonné; donne en général à la percussion un son tympanique assez prononcé; point de traces de fluctuation; le malade nous dit avoir habituellement le ventre volumineux; c'est un homme d'une forte constitution, quoique d'apparence lymphatique. Le pénis est dans un état d'érection permanente, qui s'est manifestée tout à coup il y a deux jours; son volume est plus considérable que d'ordinaire; le gland n'est point tendu; les lèvres du méat sont rapprochées; la peau du prépuce et du reste de la verge est légèrement œdémateuse, elle recouvre un peu la couronne du gland. En la découvrant jusqu'à sa base, on trouve dans le repli préputial, à droite la cicatrice d'un chancre; à gauche et sur la circonférence même du gland, un trou arrondi un peu induré: cicatrice d'un autre chancre.

La peau de la verge a une teinte rosée assez prononcée; les veines sont médiocrement développées; le pénis a une longueur de 20 centimètres et une circonférence de 18 centimètres à sa base; la peau du scrotum est aussi infiltrée, moins que celle du pénis; le testicule gauche seul est douloureux à la pression; les douleurs se propagent profondément dans la région périnéale. Le malade annonce n'avoir pris aucun remède intérieur pour produire l'érection. Les poudres dont il s'est servi, il les a appliquées comme topique. Les cuisses, les parois de l'abdomen, sur les côtes principalement, présentent un peu d'œdème; les jambes, les malléoles, et surtout la face externe du pied, offrent une infiltration beaucoup plus considérable. Le malade urine péniblement, sans doute à cause de la compression de l'urètre; il assure, du reste, ne pas avoir eu de blennorrhagie depuis longtemps; ses urines, pâles, légèrement troubles, ne donnent point de traces d'albumine.

La respiration se fait bien dans les deux côtés de la poitrine. Il y a un peu de réaction; le pouls est à 88 assez plein; pas de chaleur extraordinaire à la peau.

On prescrit: Emulsion sucrée 2 pots, une bouteille d'eau de Sedlitz, un bain prolongé; nitrate de potasse 0,30, camphre 0,30, en 3 pilules.

Le soir, anxiété plus grande du malade: le pouls est à 96 plein, dur; même état du pénis; le scrotum est plus douloureux; langue grisâtre, humide; le bain a duré trois-quarts d'heure et n'a procuré aucun soulagement; 2 selles.

On prescrit 2 demi-lavements avec 1 gramme de camphre dans chaque.

12 novembre. La réaction générale augmente d'intensité: les douleurs du malade sont plus vives; les cuisses sont fléchies sur le bassin et écartées; nuit sans sommeil; 102 pulsations; pouls plein et dur; la peau de la verge prend une teinte plus rouge; l'œdème n'augmente presque pas; miction difficile; douleur dans l'épaule et l'hypochondre gauche: saignée de 3 palettes; émulsion sucrée 2 pots; bain; nitrate de potasse 0,60, camphre 0,60, en 6 pilules.

Le soir, le sang offre une couenne inflammatoire épaisse, d'apparence granuleuse à la surface; le sang exhale une forte odeur de camphre; réaction toujours intense; pouls plein et dur; même état de la verge; aucun soulagement: 40 sangsues au périnée; lavement avec 2 grammes de camphre, à prendre en quatre fois à une demi-heure d'intervalle.

Le 13, l'état du malade ne s'est point amélioré; l'épuisement commence; il est plus abattu et désespère de sa guérison; l'œdème du pénis a un peu augmenté, la peau en est d'un rouge-vif érysipélateux, luisante. Le gland, toujours comprimé par le prépuce, conserve de la mollesse. Le testicule gauche est plus douloureux; l'épididyme plus gros que l'autre. Emulsion sucrée 1 pot; hydrogala 1 pot; nitrate de potasse 0,60, camphre 0,60, en 6 pilules; bain.

Le soir, le pouls est à 116; il a beaucoup perdu de sa dureté. Il y a de l'anhélation, une anxiété très grande; rien à l'auscultation dans la poitrine. Le malade a vomi deux fois; des mucosités surnagent au milieu d'un liquide albumineux.

Le 14, la maladie a fait des progrès; les douleurs sont très vives; on ne peut ni comprimer légèrement, ni essayer d'abaisser la verge; la teinte rouge de sa peau est devenue plus foncée; le scrotum est d'un rouge vif; le pouls augmente de fréquence (120); il s'est beaucoup déprimé; langue grisâtre, très légèrement enduite, tendant à se sécher. L'abdomen percuté donne une légère sensation de fluctuation; il y a matité considérable au niveau des hypochondres, mais surtout à droite. Emulsion sucrée 1 pot; hydrogala 1 pot; glace sur le pénis. Pilules avec camphre, nitrate de potasse, acétate de plomb, opium.

Une diète sévère a toujours été maintenue.

Le soir, l'anxiété du malade est au comble; la respiration est pénible et très fréquente : l'application de la glace n'a pas amené de changements ; le pouls est à 145, médiocrement plein. Les battements du cœur, violents, sont en désaccord avec la petitesse du pouls. Le malade a la conscience de sa fin prochaine ; ses idées sont un peu incohérentes; agitation ; mort à dix heures du soir.

Autopsie trente-six heures après la mort. Le pénis est dans le même état que pendant la vie, en érection fermé; point de roideur cadavérique dans les autres parties du corps. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une petite quantité de sérosité dans le péritoine ; l'estomac est très distendu par les gaz; le gros intestin aussi ; les replis du mésentère sont chargés de graisse.

La première chose qui frappe la vue, est l'énorme développement du foie : il remplit toute la largeur de l'abdomen d'un hypochondre à l'autre; du côté droit, il atteint la crête iliaque; du côté gauche, il descend jusqu'au-dessous du rebord des fausses côtes ; il est double en volume et en poids; il conserve sa couleur naturelle à l'extérieur, mais il est altéré dans sa texture. La substance brun-rougeâtre a presque entièrement disparu : elle n'occupe guère qu'un quinzième de l'espace ; la substance jaune est plus grenue, les grains en sont plus larges, plus saillants ; ils donnent un peu au foie l'aspect qu'il prend dans la cirrhose; il y a, en somme, une hypertrophie considérable.

La rate, qui est entièrement cachée par le lobe gauche du foie et qui a repoussé l'estomac au-dessous d'elle, a au moins six fois son volume ordinaire ; sa forme est un carré presque parfait. A l'intérieur, son aspect rappelle celui d'un poumon hépatisé ; sa consistance est cependant plus considérable. On en fait sourdre par la pression des gouttelettes de pus ; on trouve çà et là quelques dépôts de lymphe plastique ; le long du bord postérieur et au-dessous d'un dépôt fibrino-albumineux de 2 centimètres de diamètre, on trouve une sorte de coque noirâtre dont une des parois est formée par la membrane d'enveloppe épaissie ; elle contient du sang épanché. Les veines du foie et de la rate contiennent du sang qui offre l'apparence d'une boue liquide couleur chocolat.

L'estomac est dilaté.

On remarque à sa partie moyenne des rides nombreuses et une surface généralement mamelonnée. Quant à la couleur, la putréfaction, qui a déjà commencé à s'emparer de l'organe, empêche de la bien juger. La muqueuse est épaisse et conserve encore assez de consistance.

Le gros intestin est rempli de matières noirâtres molles plutôt que liquides ; ces matières paraissent contenir un peu de sang. La muqueuse est intacte.

La muqueuse de l'intestin grêle est pâle, d'apparence amincie.

Le sang qui sort de la veine cave et de toutes les veines du bassin est, sous forme de boue liquide, couleur lie-de-vin ou chocolat.

Le pancréas est hypertrophié, comme le foie et la rate.

Les reins, décolorés, mollasses, sont à l'état ordinaire.

Les poumons sont pâles, décolorés, presque exsangues, et le sang qui s'échappe de leurs veines a une consistance gelée de groseilles.

Le cœur est un peu augmenté de volume.

Les testicules sont d'un volume normal ; du côté gauche, l'épididyme a la grosseur du petit doigt.

Les canaux déférents, les vésicules séminales, qui ont le volume ordinaire, n'offrent rien à considérer d'anormal.

La muqueuse de l'urètre est saine dans toute son étendue.

Le bulbe de l'urètre est très gorgé d'un sang pareil à celui trouvé dans les autres organes ; si on exprime fortement chacune de ses deux moitiés, on fait sourdre des vésicules une quantité de gouttelettes de pus ou de sang mêlé intimement avec du pus.

La prostate est saine, de couleur blanche.

Les racines des corps caverneux sont pleines d'un sang pareil à celui que contient le bulbe de l'urètre.

Enfin, les corps caverneux eux-mêmes sont gorgés d'un sang noir, sirupeux, poisseux, différant un peu par conséquent de celui des autres organes.

Le cerveau et le cervelet sont à l'état normal.

— Le malade dont on vient de lire l'histoire a présenté pendant la vie deux ordres de symptômes et, après la mort, deux ordres de lésions bien distincts. A l'hypertrophie si considérable du foie, de la rate et du pancréas, il convient de rapporter les douleurs qu'il éprouvait depuis plusieurs années dans les hypochondres, la tuméfaction du ventre, l'ascite, l'œdème des membres inférieurs, enfin la détérioration lente de la constitution, conséquence d'une assimilation et d'une nutrition nécessairement imparfaites avec de telles lésions, et qui eût finalement provoqué la mort, mais dans un temps assez éloigné, sans l'incident du priapisme et des désordres funestes qui lui ont succédé.

En effet, le priapisme est le phénomène dominant de cette seconde série de symptômes sur lesquels je veux appeler l'attention. Leur ensemble appartient à un état morbide dont la marche a été aiguë et la terminaison funeste. L'érection du pénis en a marqué le début. Celui-ci eut lieu dans le cours de souffrances dont les lésions du foie, de la rate et du pancréas rendent bien compte, mais que le malade attribuait à une affection syphilitique pour laquelle il consulta nombre de charlatans, et prit des remèdes dont la composition était le plus souvent tenue secrète. Il est juste de dire aussi qu'un ou deux jours avant, il avait appliqué à la base du thorax un vésicatoire que nous avons vu et qui n'avait pas huit centimètres de diamètre. Mais là n'est certainement pas la véritable cause du priapisme ; nous n'avons pu établir cette cause d'une manière rigoureuse, malgré tout le soin que nous y avons apporté, et il a fallu à cet égard nous arrêter à des probabilités.

Il nous a d'abord paru impossible d'attribuer ce priapisme à la lésion du foie et de la rate ; l'observation des faits antérieurs s'oppose à une interprétation de ce genre.

L'exposé des symptômes syphilitiques ou vénériens éprouvés par le malade antérieurement à son entrée à l'hôpital, l'examen des organes génitaux pendant la vie et après la mort, ne révèlent aucune lésion du gland, du prépuce, de l'urètre ou de la vessie, capable d'avoir produit le priapisme.

Il est d'autant plus rationnel de ne pas admettre le développement spontané du priapisme, que le malade se plaignait depuis plusieurs mois d'impuissance, et que même il avait consulté plusieurs médecins pour cette faiblesse des organes génitaux, qu'il attribuait à la vérole.

Le vésicatoire de 6 à 7 centimètres dont nous avons déjà parlé, peut-il fournir une explication plus satisfaisante du priapisme et des accidents qui l'ont suivi ? Ce fait serait unique dans la science, et nous aimons à croire, pour notre sécurité de praticien appelé à prescrire souvent ce remède et dans des proportions bien autrement grandes, qu'il n'en a pas été ainsi.

Il est plus probable que, pour combattre l'impuissance dont le malade se plaignait, un des ignobles charlatans auxquels il s'adressait lui aura donné quelque préparation contenant des cantharides; mais c'est ce qu'il a été impossible d'établir rigoureusement, puisque cet homme n'a pu ou n'a pas voulu nous présenter un échantillon des poudres qu'il avait prises, et, s'il faut en croire son voisin d'hôpital, il aurait déclaré que, malgré tous nos efforts, nous ne connaîtrions pas la vérité.

L'altération du sang, constatée après la mort, a été l'une des lésions les plus frappantes parmi celles qui appartiennent à l'état aigu ; et déjà, pendant la vie, l'aspect du sang tiré de la veine avait quelque chose d'anormal et de tout à fait insolite. Nous ne saurions dire si, dans le cas supposé d'empoisonnement par les cantharides, cette altération doit lui être directement attribuée, ou si elle n'est pas, quelle que soit la cause du priapisme, consécutive à l'inflammation purulente des veines du pénis démontrée par l'autopsie. D'après une interprétation assez vraisemblable des faits, la mort serait le résultat d'une phlébite avec résorption purulente, et la marche des accidents eût été celle-ci : priapisme prolongé et intense, inflammation consécutive du corps caverneux, inflammation et suppuration du système veineux de ces organes, altération du sang, suppuration de la rate. Il est permis de croire que si le malade eût vécu plus longtemps, le foie et les poumons eussent présenté des altérations semblables à celle de la rate. D'ailleurs, les symptômes observés dans les deux derniers jours de la maladie avaient déjà fait soupçonner l'existence d'une phlébite, et placer le point de départ de celle-ci dans les organes génito-urinaires. On le voit, le priapisme une fois établi, la série des accidents éprouvés par le malade peut être expliqué d'une manière satisfaisante. Il ne reste donc de vraiment incertain dans la pathogénie de ce fait que la cause du priapisme, et on a vu plus haut celle pour laquelle les probabilités se réunissaient en plus grand nombre. V.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 23 décembre. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. le président procède au tirage au sort de la députation de l'Académie qui doit aller présenter ses compliments au roi à l'occasion du 1er janvier.

Le sort désigne MM. Husson, Louis, Baron, Oudet, Renault, Tilhaye, Patissier, Chevalier, Burdin, Guibourt, Ségalas et Devillers.

— L'ordre du jour appelle la réélection des membres du Bureau. On procède à la nomination du président.

Le scrutin accuse 79 votants.

MM. Roche obtient	70 suffrages.
Bégin,	5
Velpeau,	2
Husson,	1
Forestier,	1

M. Roche est proclamé président pour l'année 1846.

Nomination du vice-président.

Nombre des votants, 82.

MM. Bégin obtient	73 voix.
Velpeau,	7
Jobert,	1
Duméril,	1

M. Bégin est proclamé vice-président.

Nomination du secrétaire annuel.

Nombre des votants, 80.

MM. Mélier obtient	66 voix.
Dubois (d'Amiens),	6
Prus,	3
Louis,	2
Longet,	1
Bricheteau,	1
Bourdon,	1

M. Mélier est proclamé secrétaire annuel.

— On procède ensuite à la nomination de trois membres du Conseil d'administration.

MM. Caventou, Delens, Bouley jeune réunissent la majorité des suffrages, et sont nommés pour remplir ces fonctions.

— La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre 1845. — Présidence de M. ÉLIE DE BEAUMONT.

— M. le docteur *Coste* donne lecture de la suite de son travail sur les premiers développements des êtres vivants. Il s'occupe aujourd'hui d'un état qui serait antérieur à l'apparition des cellules, et qui est caractérisé par l'existence des sphères organiques.

Lorsque, dit M. Coste, chez les mammifères le fluide séminal est parvenu à travers la matrice jusque sur les trompes utérines pour envelopper l'œuf de ses molécules mouvantes, on voit, à mesure que ces molécules en pénètrent la substance, le vitellus subir les premières modifications qui vont amener l'organisation du germe. Il commence par se limiter en un globe granuleux, régulièrement sphérique, enveloppé d'une matière visqueuse que Barry a prise à tort pour une membrane distincte.

Au bout de quelques heures, la sphère vitelline primitive se partage en deux moitiés à peu près égales, et chacune de ces moitiés est immédiatement ramenée à la forme sphérique par la rétraction centripète de la viscosité intergranulaire. A peine cette première division est-elle accomplie ; qu'il s'en exécute d'autres successives sur chaque segment nouveau, jusqu'à ce que le vitellus se résolve en un nombre considérable de sphères d'un volume décroissant.

Lorsque la segmentation du vitellus est parvenue à son terme, il s'opère dans chacune des sphères granuleuses qui en résultent, un travail qui va les convertir en véritables cellules. Il y a donc, entre l'état amorphe de la matière vivante et son appel à la réalisation des parois cellulaires, une forme organique distincte que l'on peut considérer comme un premier acte d'individualisation ; comme une première manifestation de la vie.

Un examen plus attentif montre qu'il existe au milieu de chaque sphère vitelline un globule diaphane homogène d'une apparence graisseuse, et qu'on ne pourrait mieux comparer qu'à une goutte d'huile.

On observe ces sphères organiques dans le vitellus des mammifères, des batraciens, des poissons osseux, des mollusques, des insectes et des vers. C'est à leurs dépens que se forme la membrane muqueuse blastodermique, c'est-à-dire celle qui deviendra plus tard la base de l'organisme tout entier.

Nerfs des membranes séreuses. — M. le docteur *Bourgery* adresse une note en réponse à celle de M. Pappenheim rapportée dans une des dernières séances. Si cet observateur étranger et un autre anatomiste allemand, M. Volkmann, ont de leur côté découvert des nerfs dans les séreuses, M. Bourgery n'avait point connaissance de leurs recherches, qui n'avaient eu nulle publicité en France, et très peu, à ce qu'il paraît, en Allemagne même. Quoi qu'il en soit, il a, lui, apporté le 1er septembre dernier, à l'Académie des sciences, une préparation montrant distinctement des rameaux nerveux dans un feuillet du péritoine.

Il n'a pas pris, comme le prétend M. Pappenheim, des fibres cellulaires blanchies par l'acide azotique pour des nerfs. Cet acide ne produit point d'apparences dont un œil exercé puisse être dupe. C'est M. Pappenheim qui prend pour des filaments cellulaires des nerfs revêtus de leur membrane fibreuse.

Anthropologie. — *M. Guyon* envoie une note sur une race blanche dont il a trouvé quelques types dans les montagnes des Aurès, pendant l'expédition faite en cette contrée par M. le général Bedeau, commandant supérieur de Constantine. Cette race n'existe pas en corps isolé de nation; elle est nombreuse dans la petite ville de Menna et dans la tribu des Mouchagas, qui ne parle que la langue particulière à la race blanche des Aurès. Ces blancs passent aux yeux des Kabyles et des Arabes pour de mauvais observateurs de la loi du prophète. L'auteur les fait provenir des Vandales qui envahirent l'Afrique dans les premiers siècles de l'ère chrétienne. Ils sont d'une taille élevée, ont les cheveux blonds et les yeux bleus comme les hommes du Nord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 2 septembre 1845. — Présidence de M. SÉGALAS.

M. Szokaski fait un rapport sur un travail de M. Furnari, ayant pour titre : Voyage médical dans l'Afrique septentrionale, ou de l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races. Dans un historique préliminaire des mœurs, des caractères physiques et moraux des différentes races qui peuplent la Régence, l'auteur fait remarquer, entre autres faits intéressants, que les habitants de l'Algérie ont la paupière supérieure plus longue que les Européens, et il attribue à cette particularité la disposition à l'entropion de la paupière supérieure, maladie fréquente dans un climat où les contractions répétées des muscles orbiculaires des paupières, pour abriter l'œil contre une lumière trop intense, l'usage habituel des lourdes coiffures, trop serrées autour du front, contribuent au renversement de la paupière en dedans.

La cornée, chez les Arabes, est plus petite et plus bombée que chez les Européens, et cependant la myopie est presque inconnue chez eux, ce qui prouve, selon M. Furnari, que cette affection ne peut provenir de la trop grande convexité de cette membrane. M. Szokaski n'admet point cette conséquence et la réfute.

Les maladies internes du globe oculaire sont en proportion beaucoup plus rares en Afrique que sur le continent européen. En revanche, les affections externes sont très fréquentes, et reconnaissent pour cause les intempéries des saisons, la poussière du désert, la malpropreté, l'usage très fréquent, chez les femmes, de se teindre les cils et les sourcils. La rareté des ophthalmies internes dépendrait, selon l'auteur, de ce que les peuplades africaines sont moins exposées aux excitations cérébrales, qui donnent le plus souvent naissance aux amauroses, aux glaucomes, aux choroïdites chroniques, aux cataractes.

M. Furnari a souvent observé diverses formes d'affection vénérienne, telles que des iritis syphilitiques ; cependant cette maladie paraît n'avoir exercé, jusqu'à présent, que peu d'influence sur la santé générale du peuple. L'occupation des Français n'est pas étrangère à l'extension du virus syphilitique.

Les ophthalmies scrofuleuses sont fréquentes, surtout parmi les juifs habitant les villes de la Régence. L'hydrophthalmie aiguë, maladie extrêmement rare chez nous, a été vue souvent et décrite par M. Furnari.

Quant à l'ophthalmie d'Afrique qui atteint les Européens, il paraît certain, dit l'auteur, qu'elle est d'une nature catarrhale. Elle présente plus de gravité que sous d'autres climats, et se termine souvent par l'inflammation des organes profonds du globe oculaire ; mais elle n'atteint ni ce degré d'intensité, ni la propriété contagieuse, qui sont propres à l'ophthalmie d'Egypte.

M. Szokalski termine son rapport, en disant que l'ouvrage de M. Furnari ouvre un nouveau champ aux recherches et aux observations. A ce titre surtout, dit-il, nous le recommandons à l'attention de la Société.

M. Amédée Latour fait remarquer que le livre dont on a fait l'analyse ne traite pas seulement de l'ophthalmologie, mais qu'il s'occupe aussi de l'hygiène des Arabes, de leur chirurgie, etc. Il cite l'importation faite par M. Furnari de la méthode qu'ils emploient pour la réunion du bec-de-lièvre au moyen des mandibules d'un coléoptère.

Séance du 5 octobre 1845.

M. Chailly rend compte d'un mémoire de M. Depaul, ayant pour titre : *De l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente.*

En voici les conclusions : « Le travail de M. Depaul est le plus complet et le plus utile de tous ceux qui ont été publiés sur cet important sujet. Si la partie où l'auteur traite des soins généraux à donner à l'enfant et des procédés de l'insufflation elle-même reproduit ce que chacun de nous connaît, il n'en est pas de même de celle où sont rapportées les expériences qu'il a répétées d'après MM. Duméril, Magendie et Piorry. Ces expériences, toutes personnelles à l'auteur, nous ont paru prouver jusqu'à la dernière évidence que, les poumons de l'enfant résistant à une insufflation assez forte, les craintes que nous inspiraient le procédé ne sont en aucune manière fondées, surtout si l'on exécute l'insufflation avec la mesure convenable. Elles démontrent aussi qu'il faut faire usage de ce moyen précieux, qui jusqu'alors n'a

pas été suivi de bons résultats, parce qn'on ne s'en servait qu'avec timidité, redoutant de déterminer la mort à laquelle on voulait arracher le produit.

» La science et l'humanité n'auront qu'à gagner au travail de M. Depaul, qui se recommande du reste par d'autres travaux importants, sa thèse de concours pour l'agrégstion sur le torticolis, et surtout sa thèse inaugurale sur le diagnostic des présentations et des positions du fœtus au moyen de l'auscultation, sujet neuf et fécond en résultats pratiques. »

— *M. Foy* donne une analyse rapide du *Traité de l'art de formuler*, que M. Mialhe adresse à l'sppui de sa candidature pour obtenir le titre de membre de la Société. Après avoir discuté quelques points de ce travail remarquable, il s'exprime ainsi :

« Nous terminerons en vous rappelant tout l'encouragement que l'on doit aux travailleurs, tous les tâtonnements, toutes les erreurs et les déceptions à travers lesquels les vérités sont forcées de passer avant de s'établir dans les sciences. Nous vous demanderons, pour l'œuvre de M. Mialhe, une place honorable dans vos archives; pour l'auteur lui-même, une place au milieu de vous. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Mialhe est proclamé membre de la Société médicale du Temple.

Le secrétaire-général, Henry Blatin, d.-m.-p.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Deuxième liste.

MM. le docteur Lemazurier, de Versailles (Seine-et-Oise), 3 fr.
le docteur Babie, à Meudon (Seine-et-Oise), 5
le docteur Emile Piton, à Marly (Seine-et-Oise), 10
le docteur Lecœur, à Caen (Calvados), 10
le docteur Battaille, de Paris, 10
le docteur Trèves, de Paris, 5
le docteur Smith, de Paris, 2
le docteur Samuel Doucet, de Loudun (Vienne), 5
Acar, pharmacien à Ham (Somme), 5
Lenoir, pharmacien à Ham (Somme), 5
Louvet, pharmacien à Péronne (Somme), 5
Douvillé, pharmacien à Péronne (Somme), 5
Courtois, pharmacien à Péronne, 5
Blonet, pharmacien à Péronne, 5
Senez, pharmacien à Lihons (Somme), 5
Lefèvre, pharmacien à Lihons, 5
Desmarquet, pharmacien à Nesle (Somme), 5
le docteur Deroy, à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne), 5
le docteur Alph. Larivière, à St-Avold (Moselle), 2
le docteur Stock, à St-Avold, 3
le docteur Bollard, à Bergues (Nord), 5
le docteur Lafère, à Bergues, 5
Claeys, médecin à Bergues (Nord), 3
le docteur Demazière, à Bergues, 5
le docteur Lacorbière (Beunaiche de), à Paris, 10
le docteur Dupré, à Bar-sur-Aube (Aube), 5
le docteur Castelly, à Puy-l'Evêque (Lot), 5
Schneider, pharmacien à Laroche-Guyon (Seine-et-Oise), 10
le docteur Périer, de Corbigny (Nièvre), 5
le docteur Bissou, de Paris, 5
le docteur Lafond, dc Jonzac, à Rueil (Seine-et-Oise), 5
le docteur Amussat, à Paris, 20
Amnssat fils, à Paris, 5
le docteur Franon, à Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne), 5
le docteur Ernest Boudet, à Paris, 5
le docteur Lerma, à Paris, 5
le docteur Lefur, à Guéménée-sur-Seorff (Morbihan), 5
le docteur Combes (Hippolyte), professeur à Toulouse (Haute-Garonne), 20
le docteur Desparanches, à Blois (Loir-et-Cber), 5
le docteur Cbevallier, à Arvert, par La Tremblade (Charente-Iuférieure), 5
le docteur Augrand, au Havre (Seine-Inférieure), 5
le docteur Velpeau, professeur à la Faculté de Paris, 25
le docteur Pagé, à Preuilly (Indre-et-Loire), 20
le docteur Jarriau, à Saint-Savin (Vienne), 3
le docteur Demay, à Saint-Savin, 3
le docteur Blondet, à Saint-Savin, 3
le docteur Ristelhueber, à Strasbourg (Bas-Rhin), 2
le docteur Schæffer, à Strasbourg, 2
le docteur Schneiter, à Strasbourg, 2
Fahlmer, pharmacien à Strasbourg, 2
Oberlin, professeur à l'Ecole de pharm. de Strasbourg, 2
le docteur Sallion, à Nantes (Loire-Inférieure), 5
le docteur Sylvestre, à Coulmier-le-Sec (Côte-d'Or), 4
Grevel, à Josselin (Morbihan), 5
le docteur Mouillard, à l'Ile-Dieu (Vendée), 5
le docteur Ségalas, à Paris. 20
le docteur Levrat ainé, à Lyon (Rhône), 5
le docteur Boyer, à Paris, 5
le docteur Cherest, à Paris, 10
Dutournel, pharmacien à Paris, 5

Total : 209

NOUVELLES.

Prix décernés. — A la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier, quatre prix et une mention honorable ont été accordés aux auteurs des meilleures thèses.

Prix pour les sciences médicales. — M. A. Souty, auteur de la thèse n° 73, intitulée : Considération sur les maladies des Européens dans les climats chauds, et spécialement sur la dysenterie, l'hépatite, la fièvre jaune.

Prix pour les sciences chirurgicales. — A M. Dubrcuilh, auteur de la thèse n° 34 : De la Névrite, coup d'œil historique et recherches expérimentales sur cette maladie.

Prix pour les sciences anatomiques et physiologiques. — A M. A. Courty, auteur de la thèse n° 68 : De l'Œuf, et de son développement dans l'espèce humaine.

M. de Comeiras, auteur de la thèse n° 56 : Topographie médicale de l'Archipel, a obtenu une mention honorable.

Prix proposés dans la séance du 1er juillet dernier. — La Société médico-chirurgicale de Montpellier a mis au concours la question suivante :

« Recherches sur la nature et le traitement de la Chorée. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

Les mémoires devront être adressés, avant le 15 juin 1846, à M. le docteur Rodrigue, rue Aiguillerie, 20, à Montpellier.

— La Société phrénologique de Paris vient, aux termes de son règlement, de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1846. Ont été nommés :

Président, M. Belhomme; Vice-présidents, MM. Harel, Sorlin; secrétaire général, M. Place; M. Lecouteulx, trésorier; Poyer et Letelliers, secrétaires des procès-verbaux; M. Rivail, archiviste conservateur. La séance annuelle est fixée au 11 janvier 1846.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 DÉCEMBRE 1845. (18e ANNÉE.) N°. 156. TOME VII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Le Journal ne paraîtra pas jeudi prochain, 1er janvier 1846.

Sommaire.

PARIS, 29 DÉCEMBRE 1845.

Un journal qui fait peau neuve et qui s'est tenu complétement éloigné du mouvement dont le corps médical est encore agité, qui n'a trouvé dans son esprit et dans son cœur que des paroles de critique ou de blâme pour ceux qui ont pris une part active à cette manifestation, qui a eu le triste courage d'incriminer des intentions aussi ouvertement, aussi publiquement désintéressées, ce journal ne craint pas d'écrire aujourd'hui les choses que voici : « A d'autres l'honneur du » bruit, du tumulte, de l'agitation des individus; à elle (c'est » une *Gazette*) l'honneur d'avoir eu la première part dans le » mouvement des esprits.... Si quelque chose d'utile et de » définitif sort des tentatives récentes d'une portion du corps » médical, on verra à qui il faut en attribuer la cause *effi-* » *ciente*, à qui la cause *occasionnelle*. »

En fait de *bruit*, nous serions désespéré d'en faire jamais autant et de la même nature que ce journal; nous n'ambitionnons pas la plus petite part de sa gloire sur ce point. Quant à la cause *efficiente* du Congrès, on voit bien que ce journal s'est donné la mission, comme il l'annonce, de représenter la *médecine étiologique* (sic). Seulement, sa cause *efficiente* peut paraître à d'autres tant soit peu *éloignée*, si éloignée qu'en vérité on ne l'aperçoit plus. Ce journal était encore dans les limbes du futur contingent que la *Gazette des Hôpitaux* se trouvait depuis longtemps sur la brèche pour la défense des idées qui ont prévalu au Congrès. Nous ne sommes pas assez ferrés sur la médecine *étiologique* pour dire dans quelle série de causes il faut ranger notre vieille opposition de vingt ans; mais à coup sûr nous n'aurions jamais l'outrecuidance de l'appeler *efficiente*.

—

Voiture répondit à quelqu'un qui lui reprochait d'avoir ajouté beaucoup de belles choses à la harangue d'un ambassadeur : « S'il n'a pas dit cela, il devait le dire. » Voilà, à notre sens, ce que nous devrions faire à l'égard du Congrès si nous étions véritablement pénétrés d'un sentiment de dignité professionnelle. Au lieu de chercher à amoindrir, à ridiculiser cette manifestation, nous devrions nous efforcer d'en grandir l'importance et la valeur, afin que le pouvoir et le public prissent de nous l'opinion que nous voudrions qu'ils en eussent. Voilà, certes, une politique singulièrement adroite et habile que celle qui consiste à faire croire au pouvoir que ce que fait le Congrès est frappé d'incapacité, que les discussions n'ont été ni sérieuses, ni dignes, ni suffisamment étendues, que le Congrès s'est assemblé sans savoir ce qu'il voulait, qu'il s'est retiré sans savoir ce qu'il avait fait. Injustes, inconsidérées et surtout maladroites attaques qui pourraient faire beaucoup de mal, si elles ne se dissipaient pas comme de veines vapeurs devant l'éclat et le retentissement produits par le Congrès. Dans cette occasion, une partie, minime il est vrai, de la presse médicale parisienne, a manqué à ses devoirs et à sa mission, soit par intérêt propre, soit par quelque motif d'antipathie personnelle, certains journaux n'ont été ni justes, ni vrais dans leurs récits et dans leurs appréciations. Il n'en a pas été de même du plus grand nombre, et nous citons avec plaisir le *Bulletin de Thérapeutique*, la *Revue médicale*, le *Journal de Chirurgie*, le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le *Journal de Pharmacie*, le *Journal de Chimie médicale*, etc., avec lesquels la *Gazette des Hôpitaux* s'est trouvée en communion d'idées et de principes.

Quant à la presse médicale des départements, nous cherchons vainement encore un seul journal où l'idée, les actes et les résultats du Congrès aient été le prétexte d'une opposition quelconque.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Commotion du cerveau. Fracture du rocher.

Au n° 5 de la salle Saint-Jean, est couché un homme de trente et quelques années, ouvrier maçon, qui travaillait, il y a quelques jours, à la construction d'un pont de chemin de fer. Pendant qu'il travaillait, il fit une chute d'une hauteur d'environ dix mètres, sur un amas de moellons. La détermination exacte de la hauteur de laquelle est tombé cet homme est peu importante : qu'il nous suffise de dire qu'il a fait une chute d'un point assez élevé.

Immédiatement après l'accident perte de connaissance complète; les parties qui ont porté principalement sur les pierres situées au-dessous de l'échafaudage où il travaillait sont les parties latérales droites du corps. Ainsi, le côté droit de la tête, l'épaule, le côté droit du thorax, présentent des traces de contusions qui témoignent de la vérité des faits racontés par le malade. Nous avons dit que le blessé avait perdu connaissance au moment de sa chute. Cette circonstance indique que le système nerveux central, que le cerveau, a été frappé de commotion. Le sujet dont nous vous entretenons a eu effectivement ce que l'on décrit généralement en chirurgie sous le nom de commotion du cerveau, affection qui est caractérisée par une perte complète de connaissance survenant immédiatement après l'accident, et durant plus ou moins longtemps.

Il n'est pas impossible que la commotion cérébrale s'accompagne de fracture des os du crâne et d'épanchement de sang dans la boîte osseuse encéphalique; il n'est pas impossible qu'il y ait en même temps contusion du cerveau; d'ailleurs, les distinctions établies entre la contusion et la commotion ne sont pas toujours extrêmement tranchées, et l'on a décrit quelquefois simultanément, et sous le même nom, ces deux lésions du système nerveux. Cependant, il est vrai de dire que toutes les fois qu'un sujet perd connaissance immédiatement après avoir fait une chute d'un lieu élevé, il y a chez lui commotion cérébrale. Chez notre malade, nous pouvons dire de suite que la contusion scapulo humérale dont il est atteint est assez forte, mais qu'elle n'est point accompagnée de fracture, soit de l'omoplate, soit du col de l'humérus, soit enfin, ce qui est assez fréquent dans les chutes sur l'épaule, de fracture de la clavicule. La contusion de l'épaule est donc sans aucune gravité, et se terminera promptement de la plus heureuse façon.

Une lésion plus grave est la fracture d'une des dernières côtes. Notre blessé éprouve une douleur très vive dans un point bien déterminé et bien circonscrit. Cette douleur augmente lorsque le malade respire fortement ou veut tousser, et elle paraît être tellement intense pendant la toux, que le sujet a refusé de faire un effort de toux, lorsque nous l'en avons prié, pour reconnaître la crépitation. Il y a eu, peu de temps après l'accident, un crachement de sang assez abondant. Lorsque l'on applique le doigt sur le point le plus douloureux, et le blessé nous a lui-même indiqué ce point avec la plus grande précision, on perçoit un craquement, une crépitation bien manifeste à l'endroit où existe la fracture. La lésion dont nous parlons ici est plus grave que la contusion scapulo-humérale. Cependant, il n'y a pas de déplacement des fragments, au moins appréciable, et nous n'avons pas lieu de supposer que l'extrémité de ces fragments ait gravement intéressé l'appareil pulmonaire.

Nous arrivons à une lésion des plus graves, à un symptôme des plus importants que l'on puisse observer chez des sujets qui sont ainsi tombés d'un endroit élevé. Cet homme nous dit avoir rendu du sang par l'oreille, et en avoir rendu en très grande abondance, puisqu'il prétend que cet écoulement de sang dura pendant vingt-quatre heures. Nous n'admettons pas comme l'expression exacte de la vérité cette durée de vingt-quatre heures que le blessé donne à l'hémorrhagie qu'il a éprouvée, et qui serait vraiment extraordinaire. Nous ne doutons point de la réalité de l'hémorrhagie; nous révoquons en doute seulement la longue durée de l'accident. Nous devons dire, du reste, que cette durée importe peu au diagnostic.

Une question plus intéressante est la détermination du lieu qui a donné naissance à l'hémorrhagie, la connaissance du point de départ du sang. Et d'abord, il n'y a point de plaie dans le voisinage de l'oreille, il n'y a pas de déchirure du pavillon. L'erreur n'a pas été possible. C'est bien par le conduit auditif que le sang s'est écoulé. Quelle est en séméiologie la signification de ce fait, à savoir que du sang s'est écoulé par l'oreille chez un individu qui a été atteint de commotion du cerveau? Examinons les diverses sources desquelles il a pu provenir. Nous venons de dire qu'il ne provient pas de l'extérieur. Il serait rigoureusement possible qu'il vînt d'une solution de continuité de la peau du conduit auditif; mais plusieurs raisons s'opposent à ce que nous admettions ce fait. Les téguments qui tapissent le conduit auditif ne contiennent pas de vaisseaux volumineux; la peau, en cet endroit, est fine, peu vasculaire; mais elle est soutenue de toutes parts par des os, et il serait difficile de comprendre comment elle pourrait se déchirer. Nous admettons donc de la manière la plus positive l'intégrité de la peau qui tapisse le conduit auditif. Y a-t-il eu déchirure de la membrane du tympan, de la cloison tympano-auriculaire? Cela me paraît certain, et j'y reviendrai tout à l'heure; mais si nous ne nous occupons maintenant de cette déchirure que sous le point de vue de

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Bonne année. — L'Association médicale.

Bon jour et bon an, cher et honoré lecteur ! Que toutes les félicités pleuvent sur vos amis, sur votre famille; vivez heureux, content et honoré; voilà ce que mon cœur vous souhaite plus vivement que ma plume ne sait vous l'exprimer. De ces souhaits, je n'excepte personne, pas même ceux qui, en retour de mes vœux de bonne année, se livrent à l'innocente distraction de m'adresser leurs périodiques injures. J'ai là de l'encre, du papier, un journal qui accueille obligeamment mes élucubrations, un public qui plus obligeamment encore à la bonté de les lire, rien ne me serait plus facile que de répondre à ces messieurs; mais en vérité je n'en ferai rien; car ce serait leur dire que je suis irrité, ce qui n'est pas, je le jure. Je crois bien que de cela ils s'irritent eux-mêmes et que ma parfaite tranquillité est pour eux un excitant énergique; je ne saurais qu'y faire; je n'ai pas le plus léger antispasmodique à leur offrir, et j'espère que la crise finira par s'user toute seule. Je le leur souhaite de bon cœur, mais pour eux seulement; car cette permanence d'irritation pourrait bien troubler, à la longue, quelque importante fonction de leur économie.

Voici donc une nouvelle année, et avec elle de nouvelles espérances qui vont aussi nous imposer de nouveaux devoirs. Nous avons fait un pas immense dans l'année qui finit, et j'en parle ici très librement, parce que je suis sûr de m'adresser à des cœurs sympathiques et dévoués. Le corps médical a secoué les chaînes d'indifférence et de torpeur qui garrottaient ses forces; il a rompu cet isolement qui paralysait sa puissance; il a compris tout ce que porte dans ses flancs la réunion et la concentration de nos efforts communs; il a vu surtout les résultats que tout cela peut produire. A la vue de cette agitation générale, le pouvoir s'est ému de nos souffrances; il s'est enquis de nos intérêts; il a fait un pas pour leur donner satisfaction, et quoi que disent et que fassent les adversaires du Congrès, jamais, non jamais, nos plaintes isolées n'auraient produit un résultat semblable. Ainsi s'est réalisé ce que cent fois j'ai dit à mes confrères dans de petites ou de grandes occasions. Assemblez-vous, réunissez-vous, faites entendre d'accord et d'ensemble la grande voix de la famille médicale, et le pouvoir qui n'entend pas vos doléances isolées, s'impressionnera de vos plaintes générales.

Cela est-il arrivé, oui ou non; et à l'heure qu'il est, le pouvoir s'occupe-t-il, oui ou non, des intérêts et des besoins de la famille médicale?

Mais, mes chers confrères, pouvons-nous et devons-nous nous arrêter ici? Non, non; et maintenant plus que jamais nous avons besoin d'action, d'accord et d'ensemble. Le Congrès n'est qu'un premier pas fait dans une voie nouvelle. Par lui nous avons senti notre force, la puissance et la fécondité de l'association; il s'agit maintenant d'utiliser ces forces, de faire porter à l'association tous les fruits qu'elle peut donner; et pour cela, le concours de tous est de plus en plus nécessaire.

La première chose à faire est de mettre immédiatement en application les principes que vous avez votés au Congrès. Vous avez proclamé l'association un acte d'une importance immense; eh bien, que vos actions soient d'accord avec vos votes; associez-vous donc, et que bientôt il n'y ait pas un arrondissement en France où le principe de l'association ne se soit traduit en fait.

Nous sommes, en France, et pour toutes choses, un peu trop disposés à demander au gouvernement, et à attendre de lui une infinité d'améliorations que nous ne devrions demander qu'à nous-mêmes, et dont la réalisation est possible par notre seul concours. Vous rencontrerez de généreux utopistes qui se plaignent amèrement de l'abandon dans lequel le gouvernement laisse le médecin vieux et infirme; et tandis que l'employé d'une administration, le militaire, etc., trouvent secours et protection dans leurs vieux jours, n'est-il pas injuste et affligeant, disent-ils, que le médecin soit abandonné alors que la vieillesse ou les infirmités le privent de ses moyens d'existence? — Il y aurait d'abord bien des choses à répondre sur l'assimilation complétement erronée que l'on fait entre le médecin et le fonctionnaire public, assimilation que je repousse de toutes mes forces, et qui, je l'espère bien, ne se réalisera jamais.

D'ailleurs, a-t-on bien réfléchi sur la manière dont s'exerce la *générosité* du gouvernement envers la plupart de ses serviteurs? N'est-ce point en retenant mensuellement une partie de leurs appointements qu'il a pu fonder les caisses de retraite? Et en fin de compte, n'est-ce pas l'employé lui-même et par ses propres deniers qui se pensionne?

Eh bien, par le principe de l'association et de la mutualité, on parvient aussi facilement que par les voies administratives et gouvernementales à assurer à la vieillesse et à l'infirmité des moyens d'existence, on parvient à adoucir la position d'une famille malheureuse dont le chef vient d'être enlevé par une mort prématurée. Il ne faudrait pour cela et pour chacun d'entre nous qu'un très modique sacrifice annuel, dont une part capitalisée tous les ans et accrue soit des souscriptions nouvelles, soit des intérêts, arriverait en peu d'années à une somme suffisante pour assurer des secours à toute infortune, et peut-être une retraite honorable à chaque médecin.

L'association, telle que l'a voulu le Congrès, doit être provoquée dans le triple but de la science, de la dignité professionnelle, de la prévoyance. Ce triple but est grand et généreux, mais il n'est pas également facile à atteindre. Bien des années s'écouleront peut-être, et je le crains, avant qu'on ait pu régulariser le fonctionnement partiel des associations diverses sous le point de vue scientifique. La question se présente encore environnée d'épais nuages; il y a là de grandes difficultés à vaincre, et sans désespérer de l'avenir, ne nous faisons pas illusion sur la réalisation actuelle ou prochaine de l'association scientifique.

Le but de la dignité professionnelle offre beaucoup moins de difficultés. Pour l'atteindre il ne s'agit, en effet, que de quelques dispositions réglementaires relatives aux conditions d'admission et d'exclusion. Il faut compter sur la contagion du bon exemple; l'association une fois formée dans un arrondissement, il n'est pas un médecin honorable qui ne veuille en faire partie, et par cela seul qu'il en fera partie il restera honorable. Car c'est là l'immense avantage de l'asso-

l'écoulement du sang, nous sommes forcé de conclure que telle n'est point la source de l'hémorrhagie. La cloison tympano-auriculaire est formée de trois feuillets ; l'un externe, continuation du tégument externe, excessivement mince, presque épidermique, contenant dans son épaisseur des vaisseaux d'une ténuité telle, qu'ils échappent à la vue simple. La membrane du tympan est à peine vasculaire, si peu vasculaire même, que quelques anatomistes ont nié l'existence de vaisseaux dans son épaisseur. Enfin le feuillet le plus interne est formé par la membrane muqueuse de la caisse du tympan, membrane muqueuse plus épaisse que les deux feuillets précédents, mais néanmoins sillonnée par quelques vaisseaux capillaires très déliés, non susceptibles de déterminer par leur déchirure une hémorrhagie appréciable au dehors.

D'après cela, c'est plus profondément que nous devons aller chercher la cause de l'hémorrhagie qui s'est faite chez cet homme par le conduit auditif, et elle nous paraît, à nous, venir de l'intérieur même du crâne. Nous sommes porté à penser qu'à la suite de la chute qu'il a faite, il s'est produit une fracture du rocher, des parois osseuses de la caisse du tympan, fracture qui a dû intéresser la partie supérieure de cette caisse dans le point où le rocher est si mince, que lorsque l'on interpose l'os temporal entre l'œil et la lumière, on constate une transparence manifeste. C'est cette paroi si mince, partant si fragile, si exposée aux ruptures, c'est cette partie qui, selon nous, a été intéressée. Il y a entre la dure-mère et la membrane interne de la caisse du tympan, des vaisseaux d'un calibre assez fort qui traversent les ouvertures du rocher situées au niveau de cette caisse. C'est probablement un certain nombre de ces vaisseaux propres de la caisse du tympan qui ont été rompus, et qui ont fourni le sang. Nous pensons de plus, vu l'abondance du sang qui s'est écoulé, qu'il n'y a pas eu une simple fissure ou fêlure, mais qu'il y a eu fracture complète s'étendant dans la direction du canal de Fallope ; et, comme dans ce canal passe un vaisseau artériel assez important, il ne serait pas impossible que ce vaisseau rompu eût fourni le sang. Tout ceci n'est que probable ; mais ce dont nous sommes certain, ce qui nous est positivement démontré, c'est qu'il y a fracture de la caisse du tympan.

Un écoulement de sang par le conduit auditif est donc toujours une chose importante à noter, un signe qui annonce une lésion grave ; dans l'immense majorité des cas, il indique une fracture de la portion pierreuse du temporal dans le lieu que nous vous avons désigné. Si aujourd'hui nous n'avons pas encore de signe plus positif de cette fracture, nous sommes encore en droit de supposer que d'ici à fort peu de jours nous aurons des symptômes caractérisques, et qui ne pourront laisser subsister dans l'esprit de personne la moindre incertitude. Ce n'est pas la première fois, on le croira facilement, que des cas analogues se présentent à notre observation. Dans plusieurs circonstances, nous avons porté des diagnostics semblables à celui que nous établissons devant vous, et chez un grand nombre de sujets, qui n'avaient offert d'abord que des phénomènes équivoques, au bout de peu de jours nous avons vu survenir une lésion presque pathognomonique, nous voulons dire la paralysie de la face du côté correspondant à la fracture. Nous nous rappelons, entre autres, un blessé qui fut apporté l'an dernier dans nos salles, et qui fut atteint d'une paralysie faciale, d'une paralysie de la luette, et de la perte de la faculté de goûter, pour un des côtés de la langue. Sous ce rapport, nous appelons formellement votre attention sur ce symptôme ; le jour où, chez l'individu dont nous vous entretenons, il surviendra une paralysie du nerf facial, il ne sera plus possible de méconnaître une fracture du rocher étendu jusqu'au niveau de l'aqueduc de Fallope.

Quel rapport, nous demandera-t-on, quel rapport existe-t-il entre la fracture du rocher dans ce point et la paralysie faciale ? Le voici : C'est qu'alors la paralysie faciale est forcément produite par une compression du nerf facial, soit qu'il y ait déplacement d'un fragment osseux, soit par un autre mécanisme sur lequel nous allons revenir.

A la rigueur, on pourrait expliquer cette paralysie par l'existence d'un épanchement dans l'aqueduc de Fallope, épanchement qui pourrait n'être constitué que par du sang. Mais, comme dans tous les cas où l'on a pu faire des autopsies chez des sujets qui, après avoir fait une chute sur la tête, avaient présenté ce phénomène, on a rencontré la fracture du temporal, il est naturel de conclure qu'il y a dans le cas actuel aussi fracture du rocher.

Nous avons eu, il y a quelques années, au n° 40 de la salle Saint-Paul, un fait très curieux que nous n'oublierons jamais : on avait apporté à l'hôpital un homme qui, après avoir fait une chute, avait rendu une grande quantité de sang par l'oreille. Chez cet individu survint cette paralysie faciale, complète d'abord pour un côté du visage, et qui peu à peu finit par disparaître entièrement. Il est possible qu'il n'y ait eu là qu'un épanchement sanguin, produisant la compression du nerf de la septième paire ; mais une autre explication tout aussi plausible peut être donnée de cette circonstance.

Toutes les fois qu'il y a fracture, au bout d'un certain temps survient, dans les points qui avoisinent la fracture, un gonflement du périoste. Puis arrive un épanchement d'une matière sécrétée par le périoste et destinée à former cette virole osseuse si bien décrite par Duhamel, et connue en chirurgie sous le nom de cal provisoire. Eh bien ! qu'il y ait eu fracture du rocher dans le point où existe l'aqueduc de Fallope, que la membrane qui tapisse l'intérieur de ce conduit vienne à se gonfler et que survienne cette exsudation destinée à former le tissu osseux réparateur nécessaire à la consolidation de la fracture, le diamètre du canal sera diminué d'autant, et le nerf qui le traverse sera comprimé. Que maintenant, le travail de consolidation continue à s'effectuer ; le cal provisoire disparaît, le canal reprend son calibre normal, la compression cesse, le nerf facial reprend ses fonctions, la paralysie cesse. On voit, par là, que la cessation de la paralysie faciale dans ces circonstances est loin d'être une preuve qu'il n'y avait qu'épanchement sanguin sans fracture ; elle peut très bien dépendre aussi de ce que la compression exercée sur le nerf par la matière de l'exsudation consolidatrice, cesse par le fait de la résorption de cette matière.

Comme toutes les fois que chez des malades qui à la suite de chutes sur la tête avaient été atteints de paralysie faciale, et qui ont succombé, on a trouvé constamment des fractures du rocher, il est naturel de penser que le blessé que nous étudions en ce moment se trouve dans le même cas ; assurément, cela est fort grave ; mais il ne faudrait cependant point, vous guidant sur ce que vous avez lu des fractures du crâne et de leur gravité, il ne faudrait pas croire que la fracture du rocher fût toujours mortelle. Le plus ordinairement, la fracture qui est limitée au rocher n'est pas suivie d'accidents très redoutables. S'il y a eu des vaisseaux rompus, le sang s'écoule au dehors par la solution de continuité de l'os, et ne donne pas lieu à la compression du cerveau, si funeste dans ses effets immédiats.

Le nombre est assez grand des malades qui, se trouvant dans la même circonstance que le sujet couché au n° 6 de la salle Saint-Jean, ont fini par se rétablir. Un des derniers cas que nous ayons observés est celui d'un homme couché l'année dernière au n° 15 de la salle Saint-Jean, et qui sortit de notre service parfaitement rétabli.

Nous nous résumons en disant que la fracture du rocher seulement n'est pas aussi grave que les fractures de la base du crâne ne le sont ordinairement. Cependant, elles peuvent acquérir une gravité beaucoup plus grande des complications qui surviennent quelquefois. On la voit, dans certains cas, s'accompagner d'une inflammation de la dure-mère et du cerveau. Il n'y a plus alors simple commotion du cerveau, et le danger s'accroît d'autant. Le pronostic est encore plus fâcheux quand à la fracture du rocher vient se joindre la contusion du cerveau. En deux mots : la fracture est-elle simple, elle n'est pas habituellement si dangereuse qu'on le suppose ; est-elle compliquée, ce sont les complications, les lésions coexistantes qui constituent le plus grand danger.

Quelles que soient les circonstances d'un cas semblable à celui que nous avons fait passer sous vos yeux, il est nécessaire de mettre en usage le traitement le plus énergique ; c'est ce que nous avons fait ici. Une première saignée générale a été pratiquée ; une ou deux autres le seront encore ce soir, et peut-être demain. Une vessie remplie de glace est placée sur la tête du blessé ; nous avons prescrit du sulfate de magnésie pour opérer une révulsion sur le tube digestif. Le malade sera tenu à une diète sévère. Il ne faut rien moins que tous ces moyens combinés pour prévenir le développement de l'inflammation des méninges, et de la substance cérébrale. Y eût-il eu chez notre malade contusion du cerveau, et il n'y en a pas de signes évidents, nous avons tout lieu de penser que la médication énergique que nous avons ordonnée suffira pour prévenir les accidents, et pour empêcher un travail inflammatoire de s'établir.

A. F.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 3 décembre 1845. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Nélaton, juge du concours pour les prix à décerner aux internes des hôpiteux, demande et obtient un congé qui se prolongera pendant toute la durée de ce concours.

— *M. Huguier* a examiné au microscope, avec M. Robin, la tumeur du sein qu'il a présentée dans la dernière séance. Il donne lecture de la note suivante : « Les parties durea du centre de la tumeur qui avaient l'aspect du squirrhe ou de l'encéphaloïde cru, mais n'avaient pas la consistance ni la friabilité de ce dernier, ni le suc cancéreux, sont composées 1° en grande partie de fibres fusiformes ayant un noyau dans la partie la plus renflée ; ces fibres sont larges de 0,008 à 0,005, et longues de 0,100 mill. à 0,130 mill. ; 2° de globules caractéristiques qu'on rencontre toujours concurremment avec ces fibres. Ces globules ont un diamètre qui varie entre 0,010 et 0,017. Ils se distinguent des globules de tous les autres tissus morbides par leur bord net et régulier, leur contenu liquide, ne renfermant lui-même que deux à trois ou quatre granules beaucoup plus petits, et ne renfermant pas de noyau proprement dit. Ces globules nagent dans des granules moléculaires semblables à ceux contenus dans les globules eux-mêmes. Les globules ne renferment pas de granules graisseux comme on en trouve habituellement dans ceux du cancer. Il n'y en a pas non plus dans la sérosité qu'on exprime de la tumeur, tandis qu'il y en a dans le cancer. On outre, jamais dans le cancer ou le squirrhe on ne trouve ces fibres fusiformes (tissu fibro-plastique de M. Lebert), ni ces globules à bords nets (cellules fibro-plastiques de M. Lebert), lesquels caractérisent au contraire les tumeurs sarcomateuses, fibreuses de la mamelle et de la dure-mère (tumeurs fibro-plastiques de M. Lebert). Dans une partie de la tumeur on voyait une surface mamelonnée en choux-fleurs, faisant saillie dans un kyste. Ces espèces de bourgeons étaient de couleur jaune-rosé, irrégulièrement mamelonnés ; quelques-uns, plus saillants que les autres, étaient supportés par un pédicule de même substance et de même aspect que le reste des bourgeons. Cette masse en choux-fleurs occupait une surface qui avait à peu près 3 centimètres dans tous les sens. Ces bourgeons ou choux-fleurs étaient mous, mais élastiques et difficiles à déchirer. La pression n'en faisait sortir aucun suc analogue au suc cancéreux, mais seulement un peu de sérosité. Après la coupe, la surface coupée était lisse, d'aspect fibreux. Ce tissu avait la même composition élémentaire que le reste de la tumeur. Dans toutes les parties de la tumeur on trouvait çà et là des groupes de tubes glandulaires terminés en cul-de-sac, mais la plus part déformés quoique bien reconnaissables. Tous les culs-de sac étaient pleins de globules de 0,010 à 0,011 de diamètre mélangés de granules moléculaires. Ces globules sortaient des tubes, soit isolés, soit par groupes, nageant dans un sérum limpide avec un grand nombre de granulations moléculaires. L'acide acétique ne les dissolvait pas, mais les rendait plus pâles et les gonflait un peu. On trouvait aussi çà et là des portions de tubes rompus pleines des mêmes globules indiqués plus haut. Ces portions de tubes étaient plongées au milieu d'un amas de fibres de tissu cellulaire ; Le liquide contenu dans les kystes, malgré sa différence de coloration, avait pourtant la même composition ; c'était un sérum dans lequel nageaient des globules graisseux de volume irrégulier, et un assez grand nombre de globules de colostrum très bien caractérisés. Le liquide, coloré en noir, était le seul qui fût mélangé de globules sanguins déformés. «

M. Michon fait observer qu'il résulterait de ce que vient de dire M. Huguier que la glande mammaire s'était atrophiée en même temps qu'il y avait production du tissu fibreux ; il se serait passé là ce qu'on observe quelquefois ailleurs, savoir : atrophie d'une part et de l'autre développement d'un tissu accidentel.

M. Huguier répond qu'on ne peut pas suivre exactement la formation du tissu fibreux, et qu'on ne peut pas voir si ce n'est pas une transformation des enveloppes mêmes des granulations de la glande mammaire.

— *M. Danyau* met sous les yeux de la Société un polype fibreux de la matrice qu'il a eu à observer dans les circonstances que voici ;

---

ciation de retenir dans les liens du devoir ceux que l'isolement entraînerait soit par instinct, soit par faiblesse. L'association libre nous préservera peut-être des rigueurs des conseils de discipline qui répugnent à un grand nombre de médecins ; et si l'on voyait en effet que par elle on obtient presque tous les résultats que l'on cherche par d'autres voies, l'utilité des conseils de discipline pourrait être très légitimement prise en doute, tandis que, à peu près, tout le monde est d'accord sur certains inconvénients qu'ils présentent.

Quant au but de prévoyance, c'est celui que l'association peut le plus vite et le plus facilement atteindre. Les départements non encore associés ont des exemples admirables à suivre, ils n'ont qu'à prendre les statuts des associations déjà formées dans ce but, celle de l'association de Paris, de la Gironde, de la Haute-Garonne, de la Sarthe, etc. En quelques mois, avec un médecin actif et dévoué par arrondissement, l'association de prévoyance peut être fondée partout.

Que le Congrès ne produise que ce seul résultat, que de cette manifestation ne sorte qu'une chose, l'association de prévoyance générale, et tous ceux qui y ont participé ou de près ou de loin, pourront dire avec satisfaction qu'ils ont coopéré à une entreprise utile et honorable pour la corporation.

Mais nous avons encore bien d'autres motifs pour hâter la réalisation de l'association. Il est à peu près certain qu'un projet de loi sur l'organisation médicale sera dans cette session présenté au parlement. Selon mon habitude, je vais commencer par la supposition la plus agréable ; et je suppose donc que ce projet réponde à tous nos désirs, qu'il donne satisfaction à tous nos griefs. Convenez que cette supposition est fort légitime après toute la bienveillance que le pouvoir nous a montrée, après les solennelles promesses faites devant le corps médical de la France réuni. Devrons-nous dans ce cas rester inactifs ? Non, certes, et ne serait-ce que par reconnaissance pour le ministre qui se montrerait aussi empressé à l'endroit de nos intérêts, ce serait notre devoir d'appuyer ce projet de loi par une pétition immense et collective qui fît bien voir au législateur que c'est avec toutes les sympathies des intéressés que la loi nouvelle se présente devant lui. Ce fait n'est pas si fréquent au parlement qu'il ne dût pas vivement impressionner les membres des deux chambres.

Retournons la médaille, et c'est avec peine que je fais cette supposition, avec vive espérance qu'elle ne se réalisera pas, supposons néanmoins que, par un motif ou par un autre, nous soyons trompés dans notre attente, que le projet ne soit pas présenté ou que ce projet ne tienne pas compte de nos vœux, resterons-nous passibles devant cet oubli des promesses ? Cette déception nouvelle ne sera-t-elle pour nous qu'une douleur stérile et muette ? Nous serions bien dignes alors de toute l'indifférence du pouvoir, des moqueries de nos adversaires et de la risée du public.

Mais nous ne nous exposerons pas à cette indignité, et, dans la pénible hypothèse dont il est question, le corps médical se levant comme un seul homme, ferait entendre son énergique et puissante protestation.

Dans tous les cas, n'est-ce pas l'association seule qui nous donnera le pouvoir de mettre ensemble et harmonie dans nos actes ? Que si vous avez besoin d'appuyer le pouvoir, que si la nécessité se fait sentir de protester contre ces actes, où vous trouverons-nous, où vous trouverez-vous vous-mêmes si vous restez dans cet isolement égoïste et fatal ?

Associez-vous donc, chers confrères, et hâtez-vous ; les temps approchent, l'heure arrive, croyez-en une voix amie et désintéressée qui n'a rien à perdre au *statu quo*, rien à gagner au changement ; que le commencement de cette année soit marqué par une prompte et énergique initiative de votre part en faveur de l'association médicale : c'est le vœu le plus complet que je puisse former pour vous.

Jean Raimonn.

NOUVELLES.

La Société royale de médecine de Marseille avait mis au concours la question suivante :

« Déterminer, d'après l'expérience et l'observation, quel est le pouvoir de la nature du traitement des maladies aiguës, et quel est celui de l'art dans la guérison des maladies chroniques. »

Le prix, qui était une médaille d'or de 400 francs, a été décerné en séance publique, le 16 novembre 1845, à M. Joseph-Casimir Smith, de Varsovie, réfugié polonais, résidant à Benfeld (Bas-Rhin) ; une première mention honorable à M. Charles Gerard, de Gray (Haute-Saône) ; une deuxième à M. Gaillard, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers.

La Société propose maintenant la question suivante :

« Quelles sont les ressources que la flore médicale indigène présente aux médecins des campagnes ? »

Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues et cependant bien constatées par leur propre expérience ou par l'expérience populaire, des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appelleront l'attention des praticiens.

Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires en même temps que les noms scientifiques de ces plantes et les localités où elles croissent.

Les mémoires devront être envoyés au docteur Beuil, secrétaire général de la Société, rue du Baignoir, 32, avant le 1er juillet 1847, terme de rigueur.

Le prix sera une médaille d'or de 300 francs.

— On nous annonce que la haute commission des études médicales a rejeté à une majorité de 16 voix contre 12, l'institution des officiers de santé.

— L'un des secrétaires de la haute commission des études médicales, a reçu, par le courrier du Havre du 27 courant, un mémoire signé : Un pharmacien du Calvados. Il regrette de ne pouvoir accuser réception de ce mémoire, qui lui a paru convenable dans le fond comme dans la forme, à son auteur anonyme.

Il s'empressera de donner communication de ce travail à la haute commission, lorsque la question qu'il concerne viendra à la délibération.

Une femme jeune encore, ayant fait déjà deux fausses couches, devint enceinte pour la troisième fois. Arrivée au huitième mois de la grossesse, elle fut prise de douleurs sans cause appréciable d'avortement. Une sage-femme mandée près d'elle ne put venir que quatre heures plus tard. A son arrivée, les douleurs ayant continué, elle trouva que l'enfant se présentait par les extrémités inférieures; mais en même temps, elle s'aperçut qu'une tumeur d'un certain volume faisait saillie à la vulve : elle termina l'accouchement facilement en faisant quelques tractions sur les pieds. L'utérus débarrassé, la tumeur resta au dehors; et ce fut alors qu'on appela M. Danyau. Quand il vit la malade, il constata que la matrice était revenue sur elle-même; mais la tumeur était restée à l'extérieur. Le toucher lui fit reconnaître qu'il avait affaire à une production polypeuse du volume du poing, adhérant à la lèvre antérieure de l'utérus par un pédicule aplati, large d'un pouce environ et ne présentant aucune pulsation. Ce cas lui a rappelé un fait qu'il a cité dans sa traduction de Nægelé, et qui avait été observé par M. Ansiaux, mais dans lequel la tumeur n'ayant pas été enlevée de suite tomba en putréfaction. La crainte que pareille chose se produisît l'a engagé à en faire immédiatement l'extraction. La nécessité de l'opération arrêtée, il s'agissait de savoir s'il ferait l'excision pure et simple, dans laquelle il avait à craindre l'hémorrhagie, ou s'il ferait la ligature. Mais redoutant cette dernière à cause des douleurs qu'elle peut occasionner, il se décida pour l'excision. Il n'y eut d'abord qu'un peu de sang qui sortait en nappe; mais comme l'écoulement continuait, il jugea à propos d'appliquer des éponges imbibées d'eau froide qui mirent fin à l'hémorrhagie. On s'assura qu'il n'y avait pas de perte interne. Le lendemain seulement les éponges furent retirées, et la malade était en très bon état. En examinant cette tumeur, dit M. Danyau, on voit qu'elle aurait pu être énucléée comme dans un cas présenté il y a peu de temps à la Société par M. Michon. Elle est formée, en effet, par un corps fibreux sur la partie saillante duquel on voit parfaitement la substance utérine, et l'on suit très bien les fibres longitudinales très apparentes sur le pédicule. M. Danyau insiste sur la rapidité remarquable du développement de cette tumeur, car il paraît constant qu'elle n'existait pas lors de la dernière fausse couche, et pendant toute la durée de la grossesse rien ne l'avait fait soupçonner. Il rappelle qu'il a donné, dans le Journal de chirurgie pour 1844, l'analyse d'un Mémoire de M. Oldham sur ces productions polypeuses pendant la grossesse où ce développement rapide est indiqué.

M. Malgaigne serait porté à croire que la présentation des pieds pourrait tenir à ce que la matrice avait été retenue dans l'excavation par la tumeur pendant toute la durée de la grossesse.

M. Danyau ne pense pas que cette cause puisse être invoquée. Quand il a vu la malade, la matrice était bien revenue sur elle-même dans le petit bassin; mais rien ne lui fait supposer qu'elle n'avait pas pris son développement accoutumé. Il fait remarquer d'ailleurs que, dans le cas de M. Ansiaux dont il vient de parler, l'enfant s'était présenté par la tête.

M. Michon, considérant que la portion de pédicule restée sur la tumeur est assez courte, fait remarquer que chez une femme dont la matrice aurait été à l'état normal, on aurait pu craindre d'avoir laissé une trop grande longueur des fibres de la lèvre antérieure; mais que la section, faite comme elle l'a été, est suffisante dans le cas de parturition où se trouvait celle-ci, les lèvres participant au développement général de l'utérus, et revenant ensuite sur elles-mêmes après l'accouchement.

M. Danyau dit qu'il a examiné la malade ce matin même, et qu'il a trouvé effectivement la lèvre antérieure tout à fait au niveau de l'autre.

M. Malgaigne fait voir un grand nombre de fragments d'un calcul qu'il a extrait de la vessie d'un enfant par la taille latéralisée. Au contact de la sonde le calcul avait paru très dur, et l'on croyait à sa nature murale; mais quand on le saisit avec les tenettes, il se trouva très friable, et se cassa sous la plus légère pression en une multitude de morceaux. On distingue encore le noyau resté intact, et les diverses couches concentriques qui ont été brisées. Cette opération a été extrêmement laborieuse, parce qu'il a fallu porter à plusieurs reprises les tenettes dans la vessie. Il est probable que dans ce cas la lithotritie eût été plus périlleuse que la taille, parce qu'il eût été très difficile d'obtenir la sortie de tous ces fragments. M. Malgaigne voulant atteindre par le rectum le fond de la vessie, là où étaient les portions de calcul, pour les pousser vers l'ouverture périnéale, n'y put parvenir. Il fait cette remarque pour faire voir l'impossibilité où on aurait été de pratiquer la méthode de Celse, quoique ce fût chez un enfant.

M. Guersant a vu un jeune sujet qui avait été lithotritié par M. Ségalas, et chez lequel la vessie était remplie de fragments de calculs qui ne pouvaient sortir; il le tailla, et retira 91 grammes de calculs. L'opération fut très pénible; on fut obligé d'introduire trente-deux fois les tenettes, et plusieurs fois aussi la curette : l'enfant a très bien guéri.

— *M. Malgaigne* présente ensuite une pièce pathologique provenant d'un fœtus de cinq mois et demi, ayant donné signe de vie pendant quelques instants seulement. Un développement extraordinaire du ventre lui ayant fait supposer que cet enfant avait une ascite, il en fit l'autopsie, et, le ventre étant ouvert, il fut frappé de voir que la vessie remontait jusqu'à l'ombilic. Sur les côtés de la colonne vertébrale, depuis la partie postérieure de la vessie jusqu'aux reins, il existe une suite de poches communiquant les unes avec les autres, et qui ne sont autre chose que les deux uretères énormément distendus. Le canal de l'urètre est entièrement imperforé. Il existait dans le péritoine un liquide citrin légèrement sanguinolent, et ressemblant beaucoup à celui qui était contenu dans la vessie et dans les poches urétérales. Les cavités des plèvres contenaient aussi une certaine quantité d'un liquide à peu près identique à celui du péritoine.

M. Huguier fait observer que cette dilatation des voies urinaires n'a pas pu avoir lieu sans qu'elles fussent remplies par du liquide; il se demande si ce ne serait pas ce liquide qui aurait causé la péritonite par suite de son épanchement dans cette cavité, plutôt qu'il n'en aurait été l'effet.

M. Morel-Lavallée croit qu'on a affaire à une rétention et à un amas d'urine avec rupture de la vessie, mais sans ascite. Il dit que s'il était certain que le liquide contenu dans le péritoine fût de l'urine, ce fait servirait à prouver que le fœtus urine dans l'amnios.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 20 novembre 1845. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — L'Académie royale de médecine de Belgique envoie le programme des questions mises par elle au concours, et y joint le compte-rendu de ses travaux. (M. Foucart, rapporteur.)

— *M. Sorlin* rapporte l'histoire d'une gastralgie qui dure depuis trente ans, sinon d'une manière continue, du moins avec des intermittences de courte durée. La femme qui est atteinte de cette maladie a éprouvé de grands chagrins; elle vivait en mauvaise intelligence avec son mari, aussi notre confrère fait remarquer que les instants de répit accordés par le mal sont toujours survenus pendant l'éloignement du mari. L'affection a débuté par des migraines avec vomissements, et bientôt après ont éclaté les symptômes caractéristiques de l'affection nerveuse de l'estomac.

Depuis trois ans, la maladie, qui avait résisté aux traitements antiphlogistiques et aux antispasmodiques de toutes sortes, a subi une modification; des douleurs se sont manifestées le long du trajet du nerf facial, tantôt à droite, tantôt à gauche; la malade a ressenti aussi parfois des douleurs vives à la région occipitale ou au sinciput. Enfin, depuis deux ans, cette dame est tourmentée de bourdonnements d'oreilles et de vertiges qui, heureusement, respectent son sommeil et ne reparaissent que le lendemain matin. D'ailleurs, plus de douleurs à l'estomac, plus de digestions difficiles; la température du corps est normale; et dans les plus grandes crises on n'observe pas le moindre mouvement fébrile. Les choses en sont à ce point, et notre confrère demande si on ne saurait pas lui indiquer quelque moyen nouveau de guérison qu'il n'ait point encore essayé.

M. Charles Masson pense que lorsque la maladie avait son siége dans les organes de la digestion, on aurait pu tenter avec avantage l'application successive de cautères le long du rachis au moyen du caustique de Vienne. Or ce moyen a obtenu une grande amélioration dans la santé d'un confrère, membre de la Société. Chacun peut se rappeler que depuis vingt-cinq ans il éprouvait dans les membres des secousses convulsives et comme produites par le dégagement de l'étincelle électrique. Ces douleurs subites, instantanées, lui arrachaient des cris douloureux; elles revenaient plus fréquemment que par le passé; se jetant parfois sur les organes profonds, elles amenaient des vomissements de matières noirâtres, des suffocations, des syncopes; la vessie était paresseuse, les matières ne marchaient que lentement dans le canal intestinal. On avait été conduit à penser que la paralysie incomplète de la vessie, la rétention d'une portion de l'urine et l'altération qu'elle subissait, causaient ces accidents généraux si inquiétants. Le malade fut sondé, et prit l'habitude de se sonder lui-même; mais le mieux n'ayant pas répondu aux espérances conçues, huit autres furent placés successivement le long du rachis. Depuis ce temps la santé de notre collègue est devenue meilleure. Les douleurs ont diminué sensiblement; le rectum et la vessie ont fonctionné d'une façon plus satisfaisante. M. Charles Masson reconnaît que s'il a tant insisté auprès de son ami malade pour qu'il voulût bien se soumettre à cette médication qui l'effrayait, ce n'est qu'après en avoir conféré avec le docteur Serrurier que ce confrère a partagé sa manière de voir.

M. Sorlin dit avoir appliqué sans succès et même avec augmentation des accidents, des vésicatoires et des cautères sur le crâne. Il a obtenu quelque soulagement en faisant frictionner avec de l'extrait de jusquiame, mais la dilatation de la pupille l'a forcé de renoncer à ce médicament. L'usage des préparations d'opium et de morphine n'a pu être continué, parce qu'il provoquait des nausées et des vomissements.

M. Charles Masson demande si à la place de l'extrait de jusquiame on n'aurait pas par erreur administré de l'extrait de belladone? M. Serrurier a obtenu dans des cas de névralgie des sueurs abondantes suivies de rémission, en administrant l'iodure de potassium. Il en donne de 6 décigrammes jusqu'à 1 gramme par jour.

— *M. Léger.* Je vais vous entretenir, Messieurs, d'un fait curieux par sa rareté. M. *** a fait la guerre de Russie, et en est revenu avec des rhumatismes. Il y a douze ans, il a été pris d'une ophthalmie double, très intense, surtout à droite; la cornée perdit sa transparence, et, pendant deux mois, il y eut cécité complète. Après ce temps, un traitement énergique à l'intérieur et un séton à la nuque firent justice du mal. Mais les rhumatismes se montrèrent de temps en temps, et surtout à droite et à la région du cou. Le malade était d'ailleurs fort attentif à ses souffrances; il était, ce qu'on appelle dans le monde, un homme douillet. Au mois d'octobre dernier, en voulant relever le collet de son paletot, dans le mouvement qu'il fit il ressentit une douleur violente au cou et entendit un craquement. Il me fit appeler le surlendemain; il me raconta ce qui s'était passé; je lui dis que son rhumatisme du cou était revenu, et je conseillai des onctions avec un liniment laudanisé et le repos. Il retourna à son bureau, mais ne put écrire; il signait en soutenant son bras droit avec sa main gauche. Je ne revins point dans cet intervalle; on lui conseilla de frotter la partie douloureuse avec un mélange de savon vert et d'eau-de-vie camphrée, et de l'exposer à l'action du feu; mais la douleur s'en accrut; il survint une sorte d'érysipèle, et il me fit appeler. Mon premier soin fut de demander à voir le mal causé par le remède : je vis une difformité à la région de la clavicule, et ma première pensée fut qu'elle était fracturée à la réunion de son tiers interne avec les deux tiers externes; je ne pus d'ailleurs obtenir d'autres explications que celles qu'il m'avait données; dans l'action de relever le collet de son paletot il n'avait fait, assurait-il, aucun effort violent.

Vous savez que l'invasion des douleurs rhumatismales se fait brusquement; je ne pouvais en croire ni mes yeux ni mes doigts; M. Velpeau fut appelé, et partagea ma conviction; il reconnut l'existence de la fracture produite par l'effort musculaire.

Dix jours s'étaient passés, nous convînmes d'appliquer un bandage simple; je soutins le coude et le maintins contre le corps sans appliquer le coussinet de l'aisselle; la fracture est guérie; la difformité est légère.

M. Serrurier demande si l'on n'a point soupçonné l'existence d'un vice vénérien, et expliqué ainsi la friabilité de l'os.

M. Léger répond que le malade avait éprouvé en Russie une affection qui offrait des signes douteux d'une infection syphilitique.

M. Serrurier. Je donnais des soins à un homme malade de la poitrine. Je causais avec lui; il allonge la jambe, j'entends comme un craquement; je crois que c'est la crépitation d'une articulation : le fémur était fracturé.

M. Thore a vu un malade se fracturer l'humérus en soulevant sa couverture; après un accouchement fort simple, et dans lequel on n'avait usé d'aucune manœuvre, l'enfant est venu avec une fracture de la clavicule.

M. Tanchou. Le fait rapporté par M. Léger est fort remarquable; mais je pense qu'on ne doit point attribuer cet accident à un effort musculaire. La clavicule y est prédisposée; c'est l'os le premier ossifié du corps, un des plus minces, un des plus durs, et par conséquent un des plus fragiles. Cette fragilité est peut-être augmentée aussi par l'existence d'un vice vénérien; les douleurs qualifiées de rhumatismales reconnaissaient peut-être la syphilis pour cause. Je désirerais savoir si la consolidation s'est fait attendre.

M. Léger. Nous sommes au 42[e] jour; les fragments ne sont plus mobiles, le cal est formé.

M. Tanchou. Il est évident que la consolidation s'est opérée plus lentement.

M. Foucart demande si le malade a éprouvé des accidents syphilitiques secondaires entre l'apparition des accidents primitifs et l'époque à laquelle s'est produite la fracture. Sur la réponse négative de M. Léger, qui affirme connaître le malade depuis quinze ans, et qui assure que le sujet n'a jamais offert aucun phénomène syphilitique de cette nature, M. Foucart pense qu'il est impossible de rapporter la fragilité des os au vice syphilitique, l'expérience journalière prouvant que les accidents syphilitiques se succèdent toujours dans un ordre régulier, constant; par conséquent, les altérations du tissu osseux ne peuvent s'observer chez des individus qui n'ont été atteints d'aucun accident dit secondaire, à moins que l'on ne voulût, ce qui serait à la rigueur possible, supposer que les accidents secondaires auront échappé à l'observateur et au malade.

M. Belhomme demande s'il ne serait point important de s'assurer de la composition de l'urine, pour savoir si les matériaux qui la composent sont dans les proportions normales.

— *M. Guillon* raconte qu'un enfant, sevré à l'âge de trois mois, était tombé à sept mois dans un tel état de dépérissement qu'on s'attendait de moment en moment à le voir succomber. Sa maigreur était extrême, son visage terreux et ridé; il poussait d'instant en instant un petit cri plaintif à peine entendu; il y avait un dévoiement continuel et des vomissements de matières verdâtres; aucune boisson, ni le lait coupé, ni l'eau de poulet, n'était tolérée par l'estomac. Notre confrère pensa que le seul moyen de sauver cet enfant était de lui donner une nourrice; on en choisit une jeune et vigoureuse, mais l'enfant n'avait point la force de prendre le sein. On fut obligé pendant trois jours de lui donner le lait par cuillerées d'heure en heure; après ce temps l'enfant put teter, et ce fut un heureux moment pour les parents. Depuis lors les forces se sont rétablies, et aujourd'hui l'enfant a seize mois et jouit d'une excellente santé. Seulement les os de l'humérus et du fémur gauche sont courbés; mais c'est un accident auquel M. Guillon espère remédier facilement au moyen d'un appareil convenable.

— Dans le compte-rendu de la dernière séance, en parlant du traitement employé par M. Guillon pour détruire les granulations de l'urètre, on avait parlé d'une sonde à bords tranchants. M. Guillon fait observer qu'il fallait dire une sonde à larges fenêtres à bords tranchants; sans quoi, on prendrait une idée fausse et de l'instrument et de sa manière d'agir.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 28 juillet et 11 août 1845. — Présidence de M. Battaille.

M. Gaide, après avoir rappelé que le grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren, avait coutume de dire qu'il n'y avait pas de petits sujets en médecine, et qu'il était fâcheux que certaines maladies fussent dédaignées et abandonnées à l'ignorance et à la routine, raconte qu'une dame étant tourmentée par un oignon, le coupa avec un rasoir. Le lendemain de cette petite opération, elle se plaignit d'une douleur, mais sans aucun phénomène extérieur qui pût faire soupçonner des suites fâcheuses, et pour laquelle notre honorable confrère crut faire suffisamment en ordonnant un cataplasme. Cependant, deux jours après, une tuméfaction érysipélateuse s'était manifestée. Ces accidents parurent alors assez sérieux pour nécessiter l'application de quelques sangsues. Quelques jours plus tard, un abcès se développa au voisinage de l'articulation; on donna issue au pus en faisant une ouverture dans un point éloigné de l'articulation, et l'on établit une compression méthodique. Mais en examinant l'os, on vit que l'articulation du premier métatarsien avec la première phalange du gros orteil était cariée. Une consultation décida qu'il y avait nécessité à opérer la résection du premier métacarpien. Attendu l'état inflammatoire des parties, cette opération ne fut pratiquée qu'au bout de deux semaines, et elle ne fut suivie d'aucun accident sérieux. La tête de l'os était entièrement détruite, et ressemblait à une dentelle excessivement déliée. M. Gaide fait remarquer que trois semaines ont suffi pour amener cette altération, et que cette dame n'était ni goutteuse, ni scrofuleuse, et que l'oignon n'était pas le siége d'une bourse muqueuse.

A cette occasion, une discussion s'engage sur la nature du cor, de la verrue et de l'œil-de-perdrix, à laquelle prennent part MM. Homolle, Smith, Charrier, Blatin, Mercier, Richelot, Delcroix. M. Szokalski donne connaissance de quelques recherches qu'il a faites sur ce sujet. La Société engage cet honorable collègue à poursuivre ses travaux. M. Szokalski accepte cette proposition, et fera connaître le résultat de ses études dans une des prochaines séances.

— *M. Blatin* présente à la Société un petit instrument destiné à donner à boire aux malades. Cet instrument, en métal et de la capacité d'une cuiller, représente une sorte de sabot dont l'extrémité est terminée par une ouverture étroite et horizontale qui laisse passer la boisson. Cet appareil a pour avantage de ne pas laisser répandre le liquide sur le lit ou les vêtements du malade.

— *M. Battaille* cite un cas de fièvre typhoïde dans lequel la contagion semblerait avoir joué un certain rôle. Notre confrère cependant reste dans le doute, et laisse à la Société le soin d'apprécier comme elle le voudra l'observation suivante :

Une dame parfaitement bien portante va voir, à la campagne, un de ses parents atteint d'une fièvre typhoïde au seizième jour. La vue de ce malade produisit sur elle une pénible sensation, et elle fut tout à coup prise d'un malaise assez fort pour l'obliger à repartir immédiatement. Le lendemain cette dame était elle-même atteinte d'une fièvre typhoïde bien caractérisée.

M. Homolle conteste, dans ce cas particulier, la possibilité de la contagion. Il pense que cette dame était simplement à la période d'incubation, et que l'émotion qu'elle éprouva fut la cause occasionnelle de l'apparition des accidents typhoïdes.

M. Thirial, bien que partisant de la contagion de la fièvre typhoïde, surtout dans les épidémies des petites localités, se range, dans ce cas, à l'opinion de M. Homolle. La période d'incubation, caractérisée la plupart du temps par quelques symptômes de malaise plus ou moins prononcé, ne s'annonce pas toujours cependant par des phénomènes appréciables. Alors l'invasion de la maladie est brusque et instantanée. Il a vu dernièrement un malade qui fut pris, à la suite d'une violente colère, des symptômes d'une fièvre typhoïde. Il est évident qu'il était depuis plusieurs jours sous l'influence d'une incubation latente, et la colère ne peut être considérée que comme la cause occasionnelle qui a déterminé le développement subit de la fièvre.

M. Gaide se range du côté de M. Thirial, et soutient aussi qu'elle est précédée d'une période d'incubation. Il pense qu'un laps de temps aussi rapproché que celui qui existe dans le fait de M. Battaille, n'est pas suffisant pour développer une fièvre typhoïde; et raisonnant par analogie, il demande s'il serait possible de soutenir qu'une variole développée le lendemain d'une visite à un varioleux, a été gagnée de la veille, et s'il ne serait pas plus raisonnable d'admettre que l'incubation avait marché sans symptômes apparents.

M. Charrier est disposé à croire que la période d'incubation varie suivant l'intensité des épidémies. Plus l'épidémie est grave, et plus courte est la période d'incubation. Lorsque les signes de la putridité sont bien établis, quand l'épidémie a un caractère de malignité tranchée, les maladies parcourent avec une plus grande rapidité leur période d'incubation, qu'elle soit ou non accompagnée de phénomènes morbides.

M. Belhomme, sans se prononcer relativement à la contagion des fièvres typhoïdes, veut qu'on tienne compte des observations, et s'étonne que cette contagion soit encore en litige parmi les médecins, attendu qu'il y a des faits qui la démontrent d'une manière évidente. S'il y a, dit-il, altération du sang et des humeurs, il doit y avoir des effluves, des émanations qui s'échappent du corps des malades; de là une infection de l'air ambiant capable d'entraîner l'altération des fluides chez une personne bien portante, mais cependant dans des conditions d'aptitude à absorber ces miasmes délétères. C'est ainsi qu'il a vu, dans une même famille, le père, le fils et la mère frappés par la fièvre typhoïde.

Le secrétaire annuel, Vinchon.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur un nouveau moyen de tamponnement dans le cas d'épistaxis trop prolongée; par M. le docteur Morand, de Tours.

Le nouveau moyen proposé par M. Morand consiste en un *tampon* qu'il appelle *hémostatique*. Il le prépare en roulant un morceau d'amadou de manière à lui donner la forme d'un cône allongé, dont le volume doit être en rapport avec la cavité nasale qu'il doit occuper. Il maintient cet amadou en l'entourant d'un fil de chanvre ou de laine dont les spirales doivent être lâches et placées à grande distance les unes des autres, pour empêcher le gonflement de l'agaric ; il le graisse avec du beurre, de l'axonge ou du suif, et il l'introduit dans la narine par son extrémité conique. Pour cela, il pousse en tournant, en vrillonnant, sans trop presser, et il fait pénétrer le tampon aussi loin que possible ; il le retient en place à l'aide d'une bandelette de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap agglutinatif fixée par ses extrémités sur les côtés du nez.

Le succès de ce moyen dépend surtout de l'exactitude avec laquelle le tampon remplit la fosse nasale qu'il doit occuper ; par conséquent, ses dimensions doivent varier selon les circonstances. Quant au corps gras qui doit être employé pour en enduire la surface extérieure, il n'est pas indifférent de le choisir mou ou liquide ; en effet, cette précaution n'ayant pour but que de favoriser l'introduction du tampon, il faut éviter que ce dernier ne s'imprègne du corps gras, ce qui ne manquerait pas d'arriver si l'on se servait d'huile, par exemple, et ce qui aurait en outre le grave inconvénient de rendre le glissement moins facile.

Dans ce tampon, dont les avantages se constatent surtout chez les enfants pour lesquels il est si difficile de recourir à l'emploi de la sonde de Belloc, en raison de leur indocilité et de l'étroitesse des fosses nasales à cet âge, dans ce tampon, disons-nous, l'amadou agit à la fois et comme agent compressif et comme corps irritant susceptible de déterminer le gonflement de la membrane muqueuse, le resserrement des tissus et par suite la cessation sans retour de l'hémorrhagie; il favorise donc par son action stimulante la crispation des bouches béantes des vaisseaux capillaires.

Considéré sous le point de vue de la disposition qui doit lui être donnée pour occuper toute la capacité des fosses nasales, il présente assurément un très grand rapport avec le tampon de charpie proposé par les professeurs Lallemand et Abernethy, et surtout avec le tampon d'éponge préparée recommandé par M. le docteur Calvy; mais il l'emporte sur le premier parce qu'il est formé d'une seule pièce, spongieuse, plus élastique, plus susceptible de se gonfler et de remplir complètement les narines, tout en offrant un degré suffisant de fermeté pour qu'il soit possible de l'introduire par le seul effort de l'index et du pouce. Quant à l'éponge, il paraît devoir lui être préféré parce qu'il est d'un tissu plus doux, d'un contact moins irritant, parce qu'il ne se gonfle pas outre mesure comme elle le fait, que le volume modéré qu'il acquiert permet d'en faire l'extraction au bout de vingt-quatre heures, et enfin parce qu'il se trouve partout, ce qui ne se rencontre pas pour l'éponge préparée.

Lorsque le tampon d'amadou est retiré des fosses nasales, on voit qu'il a acquis un tiers en plus de son volume primitif ; augmentation due à son imprégnation par le sang et les mucosités. Il présente à sa surface des caillots de sang qui se sont formés dans les anfractuosités des cavités nasales, et qui ont dû sans doute y suppléer le tampon en obturant les ouvertures des vaisseaux capillaires.

Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; par M. le Dr Florent Cunier.

Dans les cas d'ophthalmie dépendant d'un vice scrofuleux, M. Cunier commence par l'administration d'un purgatif; pour les enfants, il prescrit le sirop de rhubarbe ; pour les adultes, c'est au sulfate de magnésie qu'il donne la préférence.

Le lendemain de cette purgation, il met les malades à l'usage de la poudre suivante :

Calomel préparé à la vapeur,	60 centigrammes;
Soufre doré d'antimoine,	15
Sucre blanc,	4 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, divisée en douze prises bien égales.

Nota. Pour les enfants de huit à quinze ans, on réduit la dose à moitié ; pour ceux qui sont au-dessous de huit ans, on la réduit au tiers ou même au quart.

M. Cunier fait prendre un paquet de cette poudre toutes les heures, et il continue ainsi jusqu'à ce qu'il survienne des prodromes de salivation.

Suivant que la photophobie et le blépharospasme offrent un degré plus ou moins considérable d'intensité, il prescrit de pratiquer, à des intervalles plus ou moins rapprochés (par exemple toutes les heures, toutes les deux heures, ou quatre, trois ou seulement deux fois par jour) une onction douce sur le front et sur les régions temporales avec une pommade consistant dans un mélange à parties égales d'onguent napolitain et d'extrait alcoolique de belladone. La dose de cette pommade est du volume d'une noisette pour chaque onction.

Le second jour du traitement, il fait appliquer derrière chaque oreille un emplâtre vésicatoire de Janin, qu'il recommande de laisser en place jusqu'à ce qu'il tombe de lui-même.

Quant au régime diététique, il ordonne les viandes blanches et les légumes verts; mais il défend absolument les pommes de terre, le lait, le beurre et les pâtisseries. Pour boisson, il conseille l'usage de la bierre brune (il n'est pas besoin de dire que notre vin de France de bonne qualité mérite à tous égards la préférence sur la bierre). Il tient à ce que les malades habitent un appartement sec, bien aéré et bien éclairé. Enfin, lorsque la nécessité l'exige, il fait abriter les yeux à l'aide d'une visière ou d'une compresse flottante.

Aussitôt que la photophobie commence à céder, M. Cunier prescrit le traitement antistrumeux général. Du reste, ce praticien préfère aux autres moyens le sirop d'iodure de fer, qu'il donne aux enfants à la dose de trois à six cuillerées à café par jour ; et aux adultes, à celle de trois à quatre ou cinq cuillerées à bouche. Outre ce médicament, il a quelquefois au si recours aux préparations de feuilles de noyer et aux bains avec le sel de cuisine, dont il a retiré de notables avantages. Enfin, il seconde l'action de ce traitement pharmacologique, en soumettant les sujets à l'usage des viandes rôties et grillées, des légumes au gras fortement salés, et de l'infusion de cônes de houblon.

Élèves inscrits à la Faculté de médecine de Paris. — Le nombre total des inscriptions prises du 1er au 15 novembre dernier, est de 839. Le chiffre des premières inscriptions est de 186.

Élèves inscrits dans les écoles secondaires de médecine. Voici le relevé officiel du nombre des élèves existant en 1845, dans les vingt Écoles préparatoires :

NOMS DES ÉCOLES.	ÉLÈVES nouveaux.	Total des élèves.	BACHEL. ès-lettres.	BACHEL. ès-scienc.	OBSERVAT.
—	—	—	—	—	—
Grenoble,	8	20	15	5	Cinq élèves ne prennent pas d'inscription.
Caen,	13	27	10	6	
Lyon,	32	94	19	3	
Limoges,	10	16	4	0	
Besançon,	20	4t	20	4	
Marseille,	12	40	12	3	
Poitiers,	14	27	15	1	
Reims,	8	20	2	1	
Toulouse,	41	64	12	2	
Arras,	8	30	0	0	
Angers,	6	33	17	6	
Nantes,	8	34	22	2	
Orléans,	5	26	12	1	
Nancy,	14	27	10	0	
Rouen,	10	24	14	4	
Amiens,	13	35	1	0	
Rennes,	25	75	30	3	
Bordeaux,	18	36	13	1	
Dijon,	7	21	7	0	
Tours,	13	38	17	1	
	285	728	552	43	

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 7, DEUXIÈME SÉRIE,

(1845)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

Paris. — Imprimerie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.